Grundlagen Sucht

Skriptum

Sucht- und Drogen Koordination Wien
Institut für Suchtprävention
Für die Stadt Wien

Inhalt

1. Suchtmittelkonsum in Österreich – Wissenswertes zum Einstieg 3
2. Was ist Sucht bzw. eine Abhängigkeitserkrankung? 4
2.1. Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung 5
2.2. Substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung 7
2.3. Substanzungebundene Abhängigkeitserkrankung 8
3. Ursachen und Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung 8
3.1. Das Suchtdreieck: Wie Mensch, Substanz und Umwelt zusammenspielen 9
3.2. (Neuro-)Biologische Erklärungsansätze 15
3.3. Psychologische Erklärungsansätze 19
3.4. Soziologische Erklärungsansätze 22
4. Konsumformen – Konsummotive – Wirkungsweise von Suchtmitteln 32
4.1. Konsumformen 32
4.2. Abhängigkeit als Prozess 33
4.3. Konsummotive 33
4.4. Das „Klaviermodell“ (nach G. Koller) 35
4.5. Wirkungsweise von Suchtmitteln 36
4.6. Set, Setting, Substanz – Substanzen wirken nie nur allein 36
4.7. Mischkonsum, Mehrfachkonsum oder Polytoxikomanie 37
4.8. Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft 37
5. Rechtliche Aspekte 38
5.1. Suchtmittelgesetz (SMG) 39
5.2. Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) 43
5.3. Wiener Jugendschutzgesetz (WRJSCHG 2002) 43
6. Wiener Sucht- und Drogenstrategie – „Der Wiener Weg“ 43
7. Ansätze in der Suchtprävention 45
7.1. Universelle/selektive/indizierte Prävention 45
7.2. Verhaltens- und Verhältnisprävention 46
7.3. Früherkennung/Frühintervention 47
7.4. Förderung von Lebenskompetenz 47
8. Was können wir tun? Suchtprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe 49
8.1. Gemeinsam an der Entstigmatisierung der Betroffenen arbeiten 49
8.2. Anregungen zur Suchtprävention im Arbeitskontext 51
8.3. Beratung und Hilfe in Wien 52

9. Literaturverzeichnis 53

1. Suchtmittelkonsum in Österreich – Wissenswertes zum Einstieg

Wussten Sie, dass …

… das Potenzial eines Suchtmittels zur gesundheitlichen Gefährdung nicht vom rechtlichen Status (legal oder illegal) abhängig ist? Ein Beispiel hierfür ist Alkohol.

…. Suchtmittelkonsum nicht automatisch zu einer Abhängigkeit führt? Das Spektrum reicht von der Abstinenz über den kontrollierten Konsum bis zur Abhängigkeit.

… Menschen mit einer Suchterkrankung Ausgrenzung erfahren? Dies kann dazu führen, dass Menschen präventive-, Beratungs- und Behandlungsangebote ablehnen oder gar nicht erst nutzen, um nicht mit Sucht in Verbindung gebracht zu werden….. wir alle Suchtprävention ein Stück weit durch eine offene und akzeptierende Haltung, unterstützende Interaktionen mit anderen, wertschätzende Sprache und vielem mehr fördern können?

… das legale Suchtmittel Alkohol, gemessen an den Folgen – beispielsweise für die Gesundheit, an einer erhöhten Gewaltbereitschaft, den Unfallgefahren im Straßenverkehr – unverändert das „Suchtmittel Nummer eins" in unserer Gesellschaft ist?

… es keine gesunde Menge Alkohol gibt? Um das Erkrankungsrisiko möglichst gering zu halten, sollten Frauen nicht mehr als 0,4l Bier (das ist etwas mehr als ein kleines Bier) oder 0,2l Wein (das ist etwas weniger als ein Glas Wein) trinken. Männer sollten nicht mehr als 0,6l Bier (das ist etwas mehr als ein Krügerl Bier) oder 0,3l Wein (das ist etwas mehr als ein Glas Wein) trinken (Bachmayer et al., 2025).Expert*innen empfehlen zudem, an mindestens zwei Tagen die Woche keinen Alkohol zu trinken, um den Körper zu entlasten.

… 1,2 Millionen Österreicher*innen (15%) Alkohol in einem deutlich gesundheitsgefährdenden Ausmaß trinken? Der Anteil ist unter Männern doppelt so hoch wie unter Frauen. Davon gelten ca. 370.000 Personen (5% der Österreicher*innen) als alkoholabhängig. Den höchsten Anteil an Menschen mit problematischem Alkoholkonsum findet man bei Erwachsenen (ca. 40 bis 70 Jahre) und nicht – wie in der öffentlichen Berichterstattung manchmal verbreitet wird – bei den Jugendlichen (Bachmayer et al., 2025).

… sich ein genereller Rückgang im Rauchverhalten feststellen lässt, jedoch noch immer ein Fünftel der Österreicher*innen (rund 1,6 Millionen Menschen) täglich Zigaretten raucht? Zudem werden E-Zigaretten und Nikotinbeutel insbesondere bei jüngeren Menschen immer beliebter. Die Hälfte der Personen, die Zigaretten raucht, überlegt damit aufzuhören, weitere zehn Prozent haben bereits konkrete Pläne. Das Rauchverhalten von Männern und Frauen hat sich in den letzten Jahrzehnten zusehends angeglichen (Strizek, Busch et al., 2023; Strizek et al., 2025).

… jede zehnte Person in Österreich mindestens einmal pro Woche Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnimmt? Fünf Prozent tun dies täglich. Der Anteil an Personen, die mindestens einmal im Monat Schlaf- oder Beruhigungsmittel nehmen, hat in den letzten Jahren zugenommen (Strizek, Busch et al., 2023).

… schätzungsweise ein Drittel bis die Hälfte der Erwachsenen in Österreich bereits mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat, Männer häufiger als Frauen? Der Konsum von Cannabis ist in Österreich unter den illegalen Suchtmitteln am weitesten verbreitet. Meistens beschränken sich die Konsumerfahrungen jedoch auf eine kurze Lebensspanne. Aktive Konsument*innen sind unter Jugendlichen häufiger anzutreffen als unter Erwachsenen (Busch et al., 2024; Strizek et al., 2021; Strizek, Busch et al., 2023).

… in Österreich rund 64.000 Personen im Alter von 14 bis 65 Jahren ein problematisches Spielverhalten aufweisen und davon rund 37.000 Personen als pathologische Spieler*innen gelten? (Kalke & Wurst, 2015).

… rund 36.000 bis 39.000 Menschen in Österreich einen risikoreichen bzw. problematischen Opioidkonsum haben? Die Anzahl ist in den letzten Jahren stabil geblieben. Knapp zwei Drittel davon befinden sich in Behandlung (Busch et al., 2024).

… der Konsum von Kokain in Österreich leicht zugenommen hat? Zwei Prozent der 15- bis 34-Jährigen geben an, im vergangenen Jahr Kokain konsumiert zu haben (Strizek, Busch et al., 2023).

2. Was ist Sucht bzw. eine Abhängigkeitserkrankung?

„Sucht" ist der umgangssprachliche Begriff für eine chronische, wiederkehrende Erkrankung, die viele Ursachen und unterschiedliche Verläufe haben kann.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet diese Erkrankung im medizinischen Terminus als Abhängigkeitssyndrom – umgangssprachlich „Abhängigkeit". Dieses Abhängigkeitssyndrom wird durch eine Gruppe von körperlichen, verhaltensbezogenen

und kognitiven Symptomen charakterisiert, die sich nach wiederholter Einnahme bzw. wiederholtem Konsum von psychotropen[1] Substanzen (auch Medikamenten), Alkohol oder Nikotin entwickeln (World Health Organization [WHO], 2025). Die medizinische Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung kann nur von medizinischen und psychologischen Fachkräften gestellt werden, zum Beispiel von Ärzt*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen oder Psycholog*innen.

Wichtig ist an dieser Stelle: Eine Abhängigkeitserkrankung ist keine Frage von Willensschwäche oder moralischem Versagen. Daher ist es meist wenig zielführend, einem suchtkranken Menschen zu sagen, dass es nur „eisernen Willen" braucht, um abstinent zu werden oder den Konsum zu reduzieren. Dennoch braucht es – wie bei jeder anderen Krankheit auch – die Motivation und den Zugang, sich behandeln zu lassen beziehungsweise das gesundheitsschädigende Verhalten zu ändern.

2.1. Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung

Im österreichischen Gesundheitssystem wird die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung in der Regel anhand der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" (ICD-10), eines Diagnoseklassifikationssystems der Weltgesundheitsorganisation (WHO), gestellt.

Von einer Abhängigkeitserkrankung wird laut ICD-10 (Dilling et al., 2006) gesprochen, wenn „drei oder mehr der folgenden Kriterien (…) zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben."

[1] Eine psychotrope/psychoaktive Substanz ist ein Wirkstoff, der die Psyche des Menschen beeinflusst.

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.

2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch.

3. Ein körperliches Entzugssyndrom (...), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird.

4. Toleranzentwicklung gegenüber der Wirkungen der Substanz.

5. Starke Fokussierung auf den Substanzgebrauch - erkennbar an der Vernachlässigung anderer wichtiger Interessen und Aktivitäten. Viel Zeit wird für Beschaffung, Konsum und Erholung von der Substanz aufgewendet.

6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen.

Neben der ICD-10 gilt das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA) als ein maßgebliches Klassifikationssystem psychischer Störungen. Unter dem Begriff „Substanzgebrauchsstörung" wird nicht zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden, sondern zwischen „leicht, mittel und schwer".

Das DSM-5 kategorisiert die Substanzgebrauchsstörung anhand von elf Kriterien. Sind innerhalb der vergangenen zwölf Monate mindestens zwei Kriterien erfüllt worden, so liegt eine Störung vor. Abhängig von der Anzahl der zutreffenden Kriterien wird auch der Schweregrad der Störung festgestellt.

Die Kriterien sind:

1. wiederholter Konsum, sodass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden;
2. wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
3. wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme;
4. Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung;
5. Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden;
6. längerer Konsum oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust);
7. anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle;
8. hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen;
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums;
10. fortgesetzter Gebrauch, obwohl körperliche oder psychische Probleme bekannt sind;
11. starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving)".

2.2. Substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung

Ist eine Person von einer bestimmten Substanz abhängig, wird dies „substanz- oder stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung" genannt. Substanzen, die abhängig machen können, sind zum Beispiel:

- Alkohol
- Tabak/Nikotin
- Benzodiazepine
- Cannabis
- Opioide
- Ecstasy
- Speed
- Kokain
- GHB/GBL
- Methamphetamin

- Ketamin
- Psychedelika (z.B. LSD)

2.3. Substanzungebundene Abhängigkeitserkrankung

Eine übermäßige Nutzung von Handy, Computer oder Internet, problematisches Verhalten in Bezug auf Glücksspiele, zwanghaftes Kaufverhalten, ein übersteigertes Verlangen nach sexueller Befriedigung, zwanghafte Haltungen zu Leistung und Arbeit etc. können Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung haben. Diese Formen eines zwanghaften, nicht kontrollierbaren und problematischen Verhaltens werden als substanzungebundene beziehungsweise verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung/Verhaltenssucht bezeichnet. In der ICD-10 und dem DSM-5 wird derzeit die „Gambling Disorder" (Pathologisches Glücksspiel) als Verhaltenssucht (DSM-5) bzw. Impulskontrollstörung (ICD-10) erfasst. In der neuen ICD-11, die mit 01.01.2022 in Kraft trat und die ICD-10 voraussichtlich nach fünf Übergangsjahren ablösen wird, wird zusätzlich die Computerspielstörung („Gaming Disorder", on- und offline) als anerkannte Verhaltenssucht angeführt und das pathologische Glücksspiel (on- und offline) ebenfalls den Verhaltenssüchten zugeordnet. Die zwanghafte Kaufstörung und die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung sind in der ICD-11 bei den Impulskontrollstörungen angeführt (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025). Andere potentielle verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankungen (wie bspw. eine Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung) sind (noch) nicht in den aktuellen Diagnosemanualen als Erkrankung definiert. Es fehlen dafür Befunde aus epidemiologischer, neurobiologischer, psychologischer und klinischer Forschung. Es gibt aber Menschen, die hierbei ein problematisches Verhalten entwickeln und bei denen auch Merkmale ähnlich einer Abhängigkeitserkrankung auftreten. Betroffene Menschen benötigen auf jeden Fall professionelle Beratung und Begleitung.

3. Ursachen und Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung

Abhängigkeit ist - wie jede andere psychische Erkrankung auch - vielseitig und komplex. Es gibt keine ganz klaren, scharfen Grenzen. Auch wenn es festgelegte Diagnosekriterien gibt, sind die konkreten Symptome und die Stärke mit der sie auftreten, von Person zu Person und über die Zeit hinweg verschieden. Es gibt nicht die eine Abhängigkeit, sondern viele. Daher gibt es auch nicht die eine Ursache, sondern viele (West & Brown, 2014).

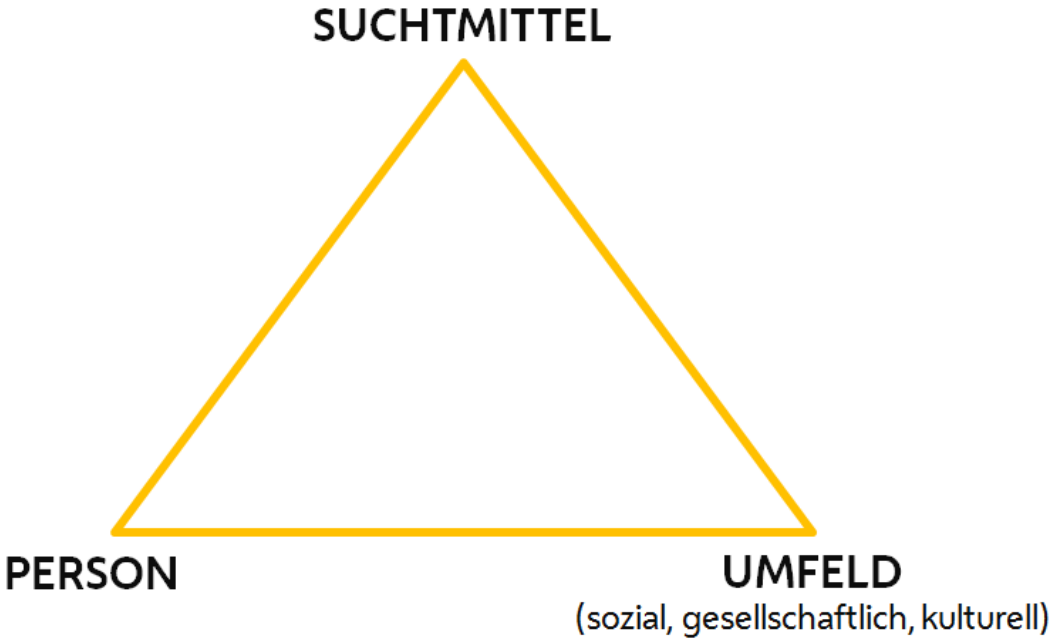
Erklärungsansätze kommen folglich auch aus verschiedensten Disziplinen, wie: Medizin, Psychologie, Soziologie, Soziale Arbeit, Pädagogik, Neurologie, Philosophie und Ökonomie. Jeder Erklärungsansatz bietet seine eigenen wichtigen Ergänzungen, aber auch Lücken. Ganzheitliche Erklärungen verbinden die verschiedenen Perspektiven. Das Verstehen von Abhängigkeit erfordert somit einen multidisziplinären Blick.

Auch die Ebenen auf denen Erklärungen ansetzen sind vielschichtig. Sie sind zumindest bio-psycho-sozial. Biologisch in Form von genetischen Vulnerabilitäten und neurologischen Ansätzen (strukturell und funktional). Psychologisch in Form von Entscheidungsprozessen, Lernabläufen, Motivation, Selbstkontrolle, Kompetenzen und anderen kognitiven Prozessen. Sozial im Sinne von gesellschaftlichen und lebensweltlichen Einflüssen. Jede Ebene bietet ihre eigenen zusätzlichen Erklärungen, die auch in Beziehung zueinanderstehen. Im Folgenden werden unterschiedliche Ansätze vorgestellt, die den komplexen Prozess aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Einen ersten Überblick über das Zusammenspiel der verschiedenen Ebenen bietet das sogenannte Suchtdreieck. In den anschließenden Kapiteln werden die theoretischen Grundlagen der jeweiligen Ebenen vertieft.

3.1. Das Suchtdreieck: Wie Mensch, Substanz und Umwelt zusammenspielen

Die Entstehung einer Suchterkrankung ist wie bei jeder anderen psychischen Erkrankung multifaktoriell zu erklären. Dies bedeutet, dass verschiedene Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen zusammenkommen und zusammenspielen. Das Suchtdreieck veranschaulicht dieses Zusammenspiel auf einfache Weise: Es zeigt drei miteinander verbundene Ecken, die jeweils für eine zentrale Ebene möglicher Einflussfaktoren stehen – nämlich die Ebene der Person, des Suchtmittels bzw. des Verhaltens und des Umfelds. Als biopsychosoziales Modell macht das Suchtdreieck deutlich, dass man eine Abhängigkeitserkrankung nur dann wirklich verstehen kann, wenn man alle drei Ebenen betrachtet. Es reicht also nicht aus, zum Beispiel nur die Substanz im Blick zu haben – auch persönliche und soziale/gesellschaftliche Faktoren spielen eine zentrale Rolle.

Das Modell bietet somit einen guten ersten, übersichtlichen Zugang, um die Komplexität von Sucht besser zu erfassen und die relevanten Ebenen ins Blickfeld zu rücken.



Jede dieser Ebenen umfasst eine Vielzahl an Einflussfaktoren, die sich in Risiko- und Schutzfaktoren unterteilen lassen. Diese Differenzierung zeigt auf, ob ein bestimmter Faktor die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung begünstigt (Risikofaktor) oder ihr entgegenwirkt (Schutzfaktor). Im nächsten Kapitel werfen wir einen genaueren Blick auf diese Einflussgrößen.

3.1.1. Die drei Ecken des Suchtdreiecks: Person – Suchtmittel – Umfeld

- **Person**:

Psyche: Hierzu zählen: Die persönliche Lebensgeschichte, die Persönlichkeitsentwicklung und dementsprechend die individuellen Ressourcen für eine Krisenbewältigung und für die Veränderung innerer und äußerer Umstände sowie die gerade aktuell verfügbaren persönlichen Möglichkeiten – etwa begründet im jeweiligen Lebensabschnitt.
Körper: Auch wenn Abhängigkeitserkrankungen nicht vererbbar sind, gibt es Vulnerabilitäten (z.B. impulsives Temperament), die auch eine genetische Komponente aufweisen und im Zusammenspiel mit weiteren Risikofaktoren eine Abhängigkeitserkrankung begünstigen können. Ebenso sind weitere (neuro-)biologische oder genetische Faktoren wie zum Beispiel Toleranzbildung gegenüber Substanzen, Abbaukapazitäten, körperliche Erkrankungen, Geschlecht, Alter und Köpergewicht zu berücksichtigen.

- **Suchtmittel oder Verhaltensweise**:

Unterschiedliche Suchtmittel beziehungsweise abhängigkeitsfördernde Verhaltensweisen haben jeweils unterschiedliche Abhängigkeitspotenziale. Neben der pharmakologischen Wirkung der Suchtmittel spielen hierbei auch die Verfügbarkeit, die Art der Einnahme, die Beschaffenheit der Substanz etc. eine Rolle. Bei abhängigkeitsfördernden Verhaltensweisen hat sich beispielsweise das Spielen an Automaten als problematischer erwiesen als andere Spielformen. Entscheidend sind – ähnlich wie bei legalen oder illegalen Substanzen – auch die Verfügbarkeit der Möglichkeiten abhängigkeitsfördernden Verhaltens, zum Beispiel die Verfügbarkeit von Spielautomaten sowie die gesellschaftliche Akzeptanz oder Ablehnung eines bestimmten Verhaltens.

- **Umfeld**:

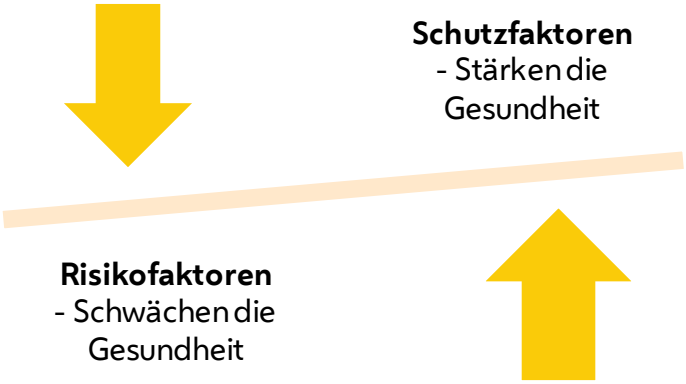
Soziales Umfeld: Das Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, aber auch die Chancen, eine bestehende Abhängigkeitserkrankung zu überwinden, stehen in engem Zusammenhang mit den sozialen Verhältnissen, in denen jemand lebt. Die familiäre Situation, der Freundeskreis und die beruflichen Möglichkeiten haben beispielsweise eine große Bedeutung.
Gesellschaftliche bzw. kulturelle Bedingungen: Soziale Perspektivenlosigkeit, Ausgrenzung, Armut sowie Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit sind hier zu nennen. Soziale Integration, Teilhabe – insbesondere auch an Bildung – und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind wesentliche Faktoren, die vor der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung schützen können oder dabei hilfreich sein können, eine Abhängigkeitserkrankung zu überwinden.

3.1.2. Risiko- und Schutzfaktoren

Wir wissen nun, dass bei der Entstehung und dem Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung zahlreiche Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Sie stammen aus den drei übergeordneten Ebenen – Substanz bzw. Verhalten, Person und Umfeld – und wirken je nach Ausprägung und Intensität unterschiedlich zusammen. Diese Faktoren lassen sich in Risikofaktoren und Schutzfaktoren unterteilen:

- **Risikofaktoren** sind Elemente, die das Risiko einer Abhängigkeit erhöhen können. Dazu gehören beispielsweise persönliche Krisen, ungünstige soziale Umstände oder eine rasche Toleranzbildung gegenüber Substanzen.
- **Schutzfaktoren** hingegen können das Risiko einer Abhängigkeit verringern. Dazu zählen ein stabiles soziales Umfeld, wie es Familie oder Freundschaften bieten

können, sowie Hobbys wie Sport. Auch persönliche Ressourcen wie Selbstwirksamkeit und Resilienz sind wichtige Schutzfaktoren.



Schutz- und Risikofaktoren beeinflussen wesentlich, wie ich mit den Herausforderungen des Lebens umgehe – und inwiefern ich sie überhaupt bewältigen kann.

Individuelle Kompetenzen tragen zum einen dazu bei, ob eher Schutz- oder Risikofaktoren überwiegen. Ein stark ausgeprägtes Selbstwirksamkeitsempfinden etwa kann dazu führen, dass ich mit belastenden Gefühlen auf nachhaltig gesunde Weise umgehe – zum Beispiel durch Bewegung, Achtsamkeit oder Gespräche – anstatt schädliche Bewältigungsstrategien wie einen erhöhten Alkoholkonsum anzuwenden. Auch das aktive Bitten um Unterstützung ist ein Ausdruck von hoher Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung: Es zeigt, dass ich in der Lage bin, mir Hilfe zu holen, wenn ich sie brauche.

Gleichzeitig dürfen Risiko- und Schutzfaktoren keineswegs allein dem Individuum zugeschrieben werden. Strukturelle Faktoren wie Bildung, Herkunft, Geschlecht oder sozioökonomischer Status sind zentrale Schutz- oder Risikofaktoren – und sie entziehen sich oft der persönlichen Kontrolle. Sie bestimmen maßgeblich mit, welche Chancen und Ressourcen einem Menschen im Leben zur Verfügung stehen, was wiederum Einfluss auf das Konsumverhalten hat.

Gerade weil Schutzfaktoren eine zentrale Rolle für die psychische Gesundheit und Suchtprävention spielen, ist es wichtig, die Lebenskompetenzen von Menschen frühzeitig zu stärken – idealerweise bereits im Elementarbereich, also im Kindergarten- und Vorschulalter. Im Weiteren werden einige (nicht alle) potentielle Schutz- und Risikofaktoren aufgelistet.

SCHUTZFAKTOREN

Individuum	Soziales Umfeld	Gesellschaft
Hohes Selbstbewusstsein	Wertschätzender und ermutigender Erziehungsstil	Möglichkeit an Teilhabe und Integration in Gesellschaft/ Gemeinde
Hohes Selbstwirksamkeits-gefühl	Stabile Bezugsperson(en)	Positive Werte und Normen wie z.B. Inklusion, Respekt, Toleranz, Hilfsbereitschaft, Entstigmatisierung
Hohe Bewältigungs-kompetenzen (soziale und emotionale Kompetenz)	Sichere Bindung	Gesetzliche Bestimmungen wie z. B. Altersgrenzen, Verkaufsbeschränkungen
Persönlichkeitseigenschaften wie z. B. Humor, Optimismus	Positives Familien-, Freund*innen oder Arbeitsklima	Gute sozioökonomische Bedingungen wie z. B. geringe Arbeitslosenrate, gute Infrastruktur der Wohnumgebung

RISIKOFAKTOREN

Individuum	Soziales Umfeld	Gesellschaft
Geringes Selbstbewusstsein	Ungünstige soziale Ausgangslage, wie z. B. Suchtproblematik in der Familie, strafauffälliger Freundeskreis	Soziale Benachteiligung/ Ausgrenzung
Verhaltensauffälligkeiten	Unbeständige/unsichere Bindung	Geringer sozialer Zusammenhalt
Mangelnde soziale, kognitive, emotionale Kompetenzen	Überforderung, Krankheit, häufiger Wohnungswechsel	Leichte Erhältlichkeit von Suchtmitteln
Persönlichkeitseigenschaften wie z. B. Ängstlichkeit,	Keine ausreichend stabilen Sozialkontakte/Freund*innen	Unklare Normen/Werte in einer Gesellschaft

starkes Bedürfnis nach intensiver Stimulation (Sensation-Seeking)		

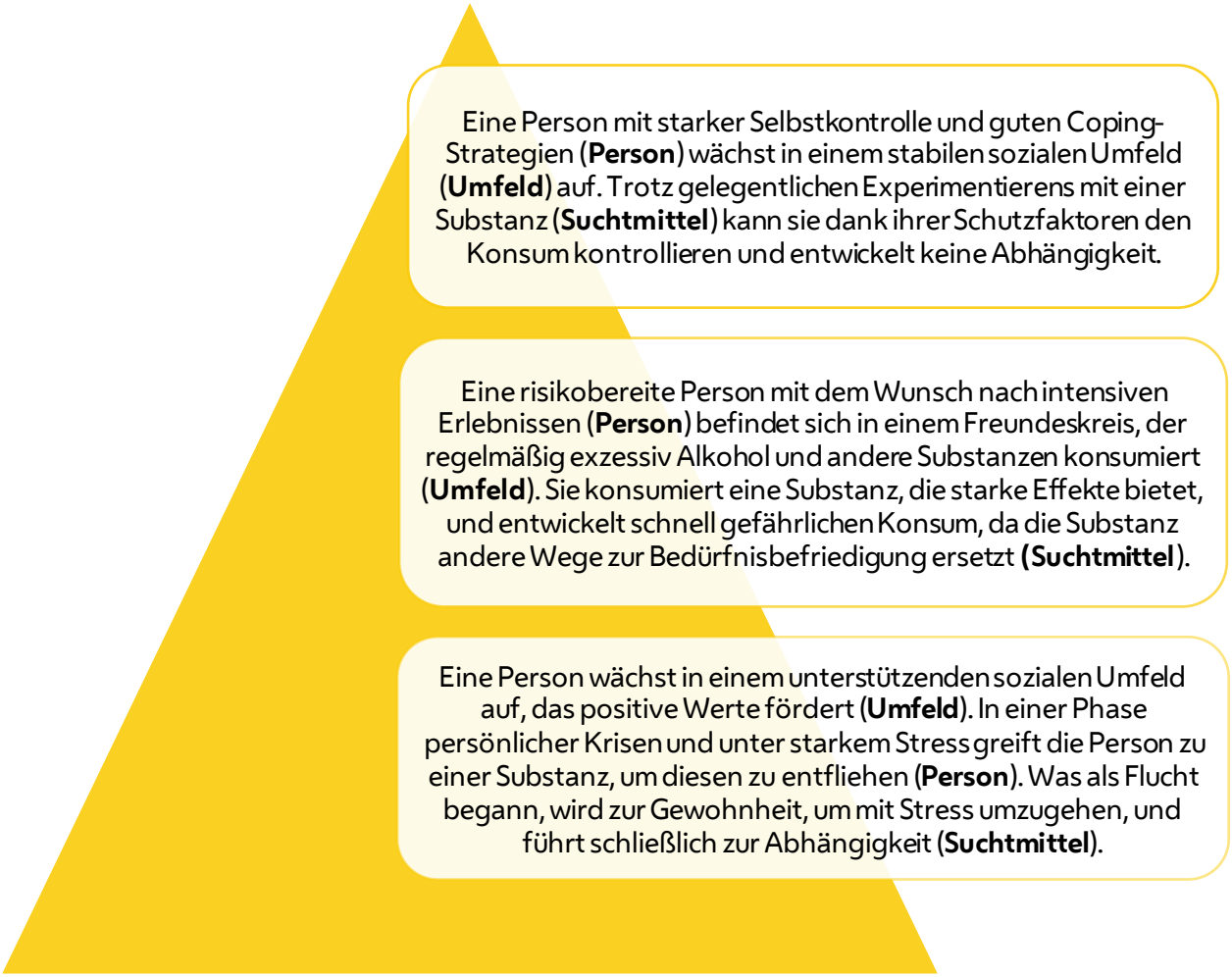
3.1.3. Das Suchtdreieck: Veranschaulicht durch (fiktive) Fallbeispiele

Zu Beginn haben wir das Suchtdreieck vorgestellt und damit die drei zentralen Ebenen aufgezeigt, die bei der Entstehung einer Sucht eine Rolle spielen. Anschließend haben wir uns mit den jeweiligen Schutz- und Risikofaktoren auf diesen Ebenen beschäftigt und dabei gesehen, wie vielfältig und zahlreich diese Einflüsse sein können.

Nun führen wir beide Aspekte zusammen, um das Thema greifbarer und praxisnäher zu gestalten. Die folgende Abbildung zeigt drei fiktive Beispiele von Personen, die jeweils unterschiedliche Schutz- bzw. Risikofaktoren auf den drei Ebenen mitbringen.

Bei zwei dieser Personen entwickelt sich eine Abhängigkeitserkrankung – jedoch jeweils durch ein anderes Zusammenspiel der Einflussfaktoren. Diese Szenarien dienen lediglich der Veranschaulichung und stellen keine eindeutigen Verläufe dar. Sie sollen zeigen, wie

individuell und komplex Suchtentwicklungen sein können.



Im nächsten Abschnitt schauen wir uns Erklärungsansätze auf den Ebenen Neurobiologie, Psychologie und Soziologie an. Da es verschiedene Wege und Erklärungen für eine Abhängigkeitserkrankung gibt, gibt es auch verschiedene Theorien.

3.2. (Neuro-)Biologische Erklärungsansätze

Der (neuro-)biologische Theorieansatz führt stoffgebundene Abhängigkeits-erkrankungen auf (neuro-)biologische Prozesse und Mechanismen zurück.
Die unterschiedlichen Substanzen greifen in verschiedene Stoffwechselprozesse des Gehirns ein und bewirken dort Veränderungen. Heute wird davon ausgegangen, dass eine psychoaktive Substanz zum Konsum verleiten kann, wenn sie hirneigene Mechanismen aktiviert und ein subjektiv empfundenes Belohnungsgefühl im Zentralnervensystem erzeugt.

3.2.1. Wollen, was wir nicht (mehr) mögen: Die Incentive-Sensitization Theorie

Jeder Tag ist gefüllt mit kleinen und großen Entscheidungen. Limitierte Zeit, Aufmerksamkeit und Energie zwingt uns dazu, uns laufend für das eine und gegen etwas anderes zu entscheiden (Ruff & Fehr, 2014). Um diese Aufgabe zu bewerkstelligen, hat unser Körper Belohnungsgefühle entwickelt (Paulus, 2007). Verhalten das mit Belohnungsgefühlen einhergeht, wird öfter ausgeführt (sog. positive Verstärkung).

Dabei geht man davon aus, dass Belohnungsverarbeitung nicht ein, sondern zumindest aus zwei Systemen besteht (Pool et al., 2016, Berridge & Kringelbach, 2015): ein System ist verantwortlich für das **Erleben von Belohnung**, also wie sehr uns etwas gefällt (auch „**liking**" genannt). Hier scheint vor allem das endogene **Opioidsystem** maßgeblich beteiligt zu sein. Das zweite übersetzt das Ausmaß in dem uns etwas gefällt in motivationale Energie, also **wie sehr wir etwas wollen** (auch „**wanting**" genannt). Hier wird vor allem das **dopaminerge System** verantwortlich gemacht. Dopamin führt also nicht zu Belohnungsgefühlen, sondern signalisiert, dass etwas Belohnendes in der Umwelt vorhanden ist und es sich lohnt Energie aufzuwenden um dieses zu erreichen (Robinson & Berridge, 2025).

Üblicherweise hängen beide Systeme eng miteinander zusammen: Wir wollen was wir mögen. Suchtmittel hingegen können diese natürliche Abgestimmtheit entkoppeln, so die Incentive-Sensitization Theorie (Robinson & Berridge, 2025). Fast jedes Suchtmittel wirkt direkt oder indirekt auf das dopaminerge System. Wiederholter Kontakt zu Suchtmitteln kann bei anfälligen Personen zu einer Sensitivierung des dopaminergen Systems führen (Robinson & Berridge, 2025). Die Incentive-Sensitization Theorie geht davon aus, dass dadurch das **Verlangen** („**wanting**") zunehmend **wächst** und Hinweisreize, die mit dem Suchtmittel assoziiert werden, an übermäßiger Bedeutung gewinnen, obwohl das erlebte **Belohnungsgefühl** („**liking**") **stagniert** oder sogar **abnimmt** (Levy, 2013; Robinson & Berridge, 2025). Die Systeme sind zunehmend entkoppelt und wir wollen immer mehr was wir eigentlich immer weniger mögen.

Eine Schlüsselrolle bei den neurobiologischen Erklärungsansätzen spielt das Stresshormon Cortisol. Ist ein Mensch intensiven Stressbelastungen ausgesetzt (Trauma oder langanhaltender Stress), hat dies einen Einfluss auf einen Bereich im Gehirn, in dem die Verarbeitung von Emotionen stattfindet. Das Belohnungssystem im Gehirn wird durch Stress anfälliger für Suchtmittel, weil diese kurzfristig Erleichterung und angenehme Gefühle erzeugen.

3.2.2. Die Opponent-Prozess Theorie - Das emotionale Pendel

Eine weitere neurologische Theorie ist die Opponent-Prozess Theorie (Solomon, 1980). Sie besagt, dass unser Körper versucht, ein Gleichgewicht (Homöostase) hinsichtlich unseres Nervensystems zu halten. Auch unsere **Emotionen** müssen in einem **Gleichgewicht** gehalten werden. Würden Emotionen unbestimmt andauern, könnten sie uns nichts Wichtiges mehr signalisieren und nicht motivieren. Emotionen müssen also ein natürliches Ende finden.

Jede Abweichung von unserem neutralen, emotionalen Gleichgewichtspunkt – ins Positive wie ins Negative – löst einen komplementären Gegenprozess aus, der das Gleichgewicht wiederherstellen soll. Auf die zumeist angenehme, emotionale Wirkung von Substanzen folgt, gemäß der Theorie, ein körpereigener Gegenprozess der eine

unangenehme Wirkung besitzt[2] (auch **Anti-Belohnungssystem** genannt; Koob & Le Moal, 2008). Die angenehme Wirkung der Substanz soll durch die unangenehmen Regulationsprozesse ausgeglichen werden, damit wieder eine neutrale Gefühlslage bzw. Gleichgewicht besteht. Dieses Gegensteuern erfolgt allerdings zeitlich versetzt. Sobald die Substanzwirkung nachlässt, überwiegt das Anti-Belohnungssystem und führt vorübergehend zu einem negativen emotionalen Zustand/**Unwohlsein** (Koob, 2021).

Während gemäß dieser Theorie Substanzeffekte bei regelmäßigem Konsum in ihrer Wirkung gleichbleiben, wird davon ausgegangen, dass sie mit fortschreitendem Konsum immer schneller und effizienter herunterreguliert werden, es folgt ein immer intensiverer Zustand des Unwohlseins (mit Symptomen wie Nervosität, Ängstlichkeit, Gereiztheit, Schlafschwierigkeiten, Schmerzen etc.). Das erklärt Toleranzbildung sowie eventuelle Entzugserscheinungen. Aufgrund von Lernprozessen beginnt der Körper bei häufigem Konsum bereits bei Hinweisreizen in der Umgebung mit dem unangenehmen Gegenprozess, intensives Craving ist die Folge (West & Brown, 2014). Während das Anti-Belohnungssystem aktiv ist, können zudem auch anderen Dinge/Aktivitäten weniger leicht Belohnungsgefühle auslösen (Koob, 2021). Das erklärt die zunehmende gedankliche Einengung auf die Substanz und den Interessensverlust.

Je länger das Anti-Belohnungssystem chronisch aktiviert wird, desto stärker verschiebt sich das emotionale Gleichgewicht ins Negative (Koob & Le Moal, 2008). Der Konsum dient dann nicht mehr dem „Gutfühlen", sondern dazu, **Unwohlsein zu vermeiden**. So entsteht ein Kreislauf: Man konsumiert weiter, obwohl der positive Effekt nachlässt, denn: Das drohende Unwohlsein und Craving verleiten weiterhin zum Konsum (Koob & Le Moal, 1997; Koob, 2021).

Anfänglich

Positiver Effekt einer Substanz übertrifft den negativen Effekt

Mit der Zeit

Positiver Effekt der Substanz = Homöostase Effekt des Körpers (es braucht die Substanz um sich neutral zu fühlen)

Abhängigkeit

Gleichgewichtspunkt hat sich verschoben: Negativer Effekt der Substanz überwiegt, starke Entzugssymtome

[2] Durch Herabregulation des endogenen Opioid- und Dopamin-Systems sowie Aktivierung des Stresssystems (Koob, 2021),

3.3. Psychologische Erklärungsansätze

Psychologische Erklärungsansätze suchen die Ursache des Suchtmittelgebrauchs und einer Abhängigkeit beim einzelnen Menschen. Die wichtigsten Ansätze hierzu sind:

Nach dem psychoanalytischen Ansatz wird die Ursache einer Abhängigkeit in einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung gesehen.

Im lerntheoretischen Ansatz wird die Persönlichkeitsentwicklung gleichgesetzt mit den Lernerfahrungen der jeweiligen Person. Eine Abhängigkeit gilt als erlerntes Verhalten.

Im bindungstheoretischen Ansatz gilt eine sichere Bindung als grundlegender Schutzfaktor gegen späteren problematischen Suchtmittelgebrauch, während unsichere Bindungen als Belastungsfaktor gelten. Ein Zusammenhang zwischen Bindung und Abhängigkeit zeigt sich häufig, wenn frühe Bindungserfahrungen von Entbehrung, mangelnder elterlicher Zuwendung oder Trauma geprägt sind.

Im systemischen Ansatz liegt der Fokus auf der Dynamik und den Beziehungen zwischen den Mitgliedern eines Systems, wie etwa Familienmitglieder*innen. Es wird weniger die Entstehungsgeschichte der Abhängigkeit betrachtet, sondern vielmehr, welche Mechanismen das aktuelle abhängige Verhalten aufrechterhalten oder verändern.

3.3.1. Entscheidungstheorien: Verlockung im Jetzt – Verlust im Morgen

Entscheidungstheorien erklären **Suchtverhalten,** wie jedes andere Verhalten auch, als Ergebnis, einer (mehr oder weniger) freien Entscheidung zwischen mehreren Optionen. Sie heben hervor, dass Suchtverhalten unter **normalen Entscheidungsprozessen** zumindest vorstellbar ist, ohne dabei krankheitswertige Prozesse - wie Abwesenheit von Kontrolle und freien Willen vorauszusetzen.

Im Alltag glauben wir, Entscheidungen rational zu treffen: Wir gehen davon aus, dass wir alle möglichen Optionen vergleichen, die Vor- und Nachteile systematisch abwägen und die beste Möglichkeit auswählen (West & Brown, 2014; Neth & Gigerenzer, 2015; Simon,

1972). In der Realität treffen wir Entscheidungen jedoch selten rational und überlegt, wie es das Alltagsverständnis nahelegt. Wir kennen meist nicht alle Optionen oder deren Folgen, sondern handeln **begrenzt rational** (Simon, 1972). Häufig entscheiden wir intuitiv, nach Faustregeln oder emotionalen Eindrücken (Slovic et al., 2007).

Suchtverhalten wirkt aus Außenperspektive oft unverständlich oder irrational. Doch aus Sicht der Betroffenen kann der **Konsum** trotz aller Nachteile als **beste verfügbare Option** erscheinen – vor allem, wenn Lebensumstände schwierig sind und Alternativen fehlen. Risiken, die eine geringe Wahrscheinlichkeit haben und in der fernen Zukunft liegen, werden kaum wahrgenommen, der Einfluss auf das Ergebnis wird überschätzt („Ich kann jederzeit aufhören") und das persönliche Risiko deutlich geringer bewertet als das anderer Personen (Gigerenzer & Gaissmaier, 2011).

Zudem bevorzugen wir tendenziell kurzfristige Belohnungen gegenüber langfristigen – je später eine Belohnung eintritt, desto weniger ist sie für uns wert („Verzögerungsdiskontierung"; Ainslie, 2018). Das liegt daran, dass sofortige Belohnungen sicherer erscheinen, während langfristige unsicherer und weniger greifbar sind (Kahneman & Tversky, 1972). Gleichzeitig möchten wir natürlich auch langfristige, für uns wichtige Ziele erreichen. Das führt dazu, dass wir stets zwei Strategien gleichzeitig anwenden: eine um kurzfristig unsere aktuellen Bedürfnisse zu befriedigen und eine um langfristig unsere übergeordneten Ziele zu erreichen (Heyman, 2013).

Menschen unterscheiden sich darin, wie stark sie kurzfristige Belohnungen bevorzugen – man spricht dann von Impulsivität (Bickel et al., 2014). Diese hängt teils mit der Persönlichkeit, teils mit Erfahrungen zusammen: Wer in unsicheren Bindungen aufwächst, lernt oftmals, Chancen sofort zu nutzen (Ellis et al., 2017).

Bei Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist diese **Impulsivität** oft besonders **stark ausgeprägt**: Sie bevorzugen schnelle Belohnung und werten langfristige Ziele ab. Suchtmittel an sich verstärken das, da ihre Wirkung sofort eintritt, während die Konsequenzen des Konsums oftmals weit entfernt und ungewiss sind. Umgekehrt sind Alternativen oft langwierig und unmittelbar mit negativen Konsequenzen verbunden – besonders im Entzug, wo die negativen Folgen schnell und spürbar sind (Heyman, 2018).

So entsteht ein Muster kurzfristiger Entscheidungen – selbst wenn in kühlen Phasen der Wunsch nach Veränderung und Konsumende besteht.

3.3.2. Selbstmedikation: Linderung statt Lust

Viele suchtkranke Menschen konsumieren Substanzen nicht primär wegen des Lustgewinns, sondern zur **Linderung unangenehmer Zustände** – so beschreibt es die Selbstmedikations-Theorie (Khantzian, 1997). Häufig liegen psychische oder körperliche Beschwerden zugrunde, etwa Angst, Depression, Schlafprobleme, Stress oder Schmerzen.

Das gewählte Suchtmittel dient dabei gezielt dem subjektiven Nutzen – es muss nicht objektiv helfen, sondern lediglich als hilfreich erlebt werden (West & Brown, 2014). So wird der Konsum zu einem Mittel, um emotionale, psychische oder körperliche Belastungen kurzfristig zu regulieren. Zu den typischen Bedürfnissen und Zuständen gehören Nebenwirkungen anderer Substanzen, Stress, negative Emotionen (Trauer, Angstzustände, Hoffnungslosigkeit, Aggressionen), (potentiell) traumatische Erfahrungen, psychotische Symptome, Schmerzen und Schlaflosigkeit (West & Brown, 2014).

Die Selbstmedikations-Theorie kann die Initiierung und Fortsetzung des Substanzkonsums gut erklären. Wie sich konkrete Veränderungen in Erleben und Verhalten durch die Abhängigkeit entwickeln bleibt jedoch offen.

3.3.3. Selbstkontrolltheorien: Wenn Handeln und Wollen auseinanderfallen

Die bisher beschriebenen Theorien zeigen, wie Suchtmittel zu starkem Verlangen führen und die Entscheidungsfreiheit einschränken. Doch sie beantworten nicht, **wie aus mehreren Optionen schließlich eine Handlung umgesetzt wird**. Immer wieder gelingt es uns, kurzfristig unangenehme Optionen zu wählen, um langfristige Ziele zu erreichen – wie etwa beim Lernen. Diese Fähigkeit nennt man **Selbstkontrolle:** Die Fähigkeit aktuelle Handlungsimpulse zu regulieren, auf momentane Versuchungen zu verzichten und sein Verhalten im Sinne von langfristigen Zielen und Werten zu strukturieren (auch: Selbstregulation oder Impulskontrolle; Inzlicht et al., 2021). Sie ist grundlegend für ein erfülltes Leben und oft bei psychischen Erkrankungen beeinträchtigt (Moffitt et al., 2011; Robson et al., 2020).

Selbstkontroll-Theorien sehen Abhängigkeit als Dysfunktion genau dieser Fähigkeit: das Verhalten kann nicht mehr in Einklang mit den eigenen Zielen gebracht werden (Henden, 2018). Um Versuchungen zu widerstehen, braucht es kognitive Strategien (Ainslie, 2013) – etwa durch bewusste **Aufmerksamkeitskontrolle**, die steuert, welchen Einfluss ein Reiz auf das Verhalten hat (Baumeister & Heatherton, 1996). Menschen mit einer Abhängigkeit haben hier oft Schwierigkeiten, vor allem bei substanzbezogenen Reizen (Field & Cox, 2008).

Eine weitere Strategie ist die **kognitive Neubewertung**: Wir stärken den Wert langfristiger Ziele, indem wir sie uns bewusst machen (Heyman, 2013). Zentral dabei ist das **Vertrauen in die eigene Fähigkeit**, diese Ziele auch zu erreichen (Ainslie, 2018). Jede Entscheidung, z. B. nicht zu rauchen, ist ein Schritt im langfristigen Projekt „Rauchstopp". Jeder Erfolg stärkt die Motivation, jeder Rückfall gefährdet sie.

Doch viele abhängige Menschen haben durch Rückschläge das **Vertrauen** in ihr **zukünftiges Selbst verloren** – und damit auch die Motivation, etwas zu verändern. Die Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstwahrnehmung sind eingeschränkt. Die paradoxe Folge: Man tut etwas, das man bewusst gar nicht will (Ainslie, 2018). Sucht erscheint so als eine **Dysfunktion der Bewertung und Motivation zugleich**.

3.4. Soziologische Erklärungsansätze

Soziologische Theorien erklären Suchtverhalten als Folge gesellschaftlicher und lebensweltlicher Einflüsse. Sie untersuchen, wie soziale Risiko- und Schutzfaktoren die Entstehung und Aufrechterhaltung von problematischem Konsum beeinflussen – etwa durch soziale Ungleichheit oder bestimmte soziodemografische Merkmale.

3.4.1. Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Bevor näher auf diesen Zusammenhang eingegangen wird, muss zunächst definiert werden, was unter sozialer Ungleichheit zu verstehen ist bzw. wie diese erfasst werden kann. Soziale Ungleichheit meint die „gesellschaftliche[n] Vor- und Nachteile […], [die aus der] asymmetrischen Verteilung knapper, begehrter ‚Güter'" (Hradil, 2009, S. 36) resultieren. Mit dem Begriff ‚Güter' sind sowohl Ressourcen wie Einkommen oder formale Bildungsabschlüsse als auch Lebensbedingungen (z.B. Wohn- und Arbeitssituation) gemeint (Hradil, 2009).

3.4.2. Der sozioökonomische Status

Soziale Ungleichheit wird häufig über die sogenannten „**vertikalen**" **Ungleichheitsdimensionen** Einkommen, Beruf und Bildung erfasst – zusammengefasst im Begriff „sozioökonomischer Status". Dieser beeinflusst Lebensbedingungen, Erfahrungen sowie Denk- und Verhaltensmuster und wirkt sich auf Chancen und Risiken im Leben aus (Geißler, 2014). Empirische Ergebnisse zeigen, dass auch in wohlhabenden Ländern mit verhältnismäßig geringen sozialen Unterschieden und grundsätzlich funktionierenden Gesundheitssystemen die individuellen Gesundheitschancen noch immer stark mit dem jeweiligen sozialen Status einer Person verknüpft sind (s. u.a. Klimont & Prammer-Waldhör, 2020; Lampert et al., 2013; Machado et al., 2025; Mackenbach, 2006).

Das wird u.a. damit erklärt, dass Personen mit einem niedrigeren sozialen Status im Schnitt **mehr Belastungen** aufweisen und gleichzeitig **weniger Ressourcen** zur Verfügung haben, um mit den Belastungen umzugehen. Dies betrifft sowohl **materielle** bzw. strukturelle als auch **psychosoziale Faktoren**. Beispielsweise haben Personen mit einem **niedrigeren sozioökonomischen Status** oft:

- geringere finanzielle Mittel,
- schlechtere Arbeits- und Wohnbedingungen,
- weniger Zugang zu Bildung und Gesundheitsdienstleistungen,
- weniger Möglichkeiten für alternative Freizeitbeschäftigungen,
- geringere Bewältigungsmöglichkeiten,
- stärkere psychosoziale Belastungen,
- geringere Selbstwirksamkeitserwartungen,
- weniger soziale Unterstützung und
- ein höheres Risiko für soziale Exklusion (s. auch Elkeles & Mielck, 1997, Mackenbach, 2006; Pförtner, 2013; Richter & Hurrelmann, 2009).

Ein niedriger sozialer Status fungiert zudem als chronischer Stressor, der wiederum akuten Stress durch z.B. mangelnde finanzielle Ressourcen auslöst (Wittchen & Hoyer, 2011). Ebenso stehen **Gesundheitsverhaltensweisen** mit dem jeweiligen sozialen Status sowie den damit einhergehenden psychosozialen sowie materiellen Belastungen und Ressourcen in Zusammenhang (Helmert & Schorb, 2009; Mackenbach, 2006; Pampel et al., 2010; Weyers et al., 2010).

Was das mit Sucht zu tun hat? Das alles erhöht die Wahrscheinlichkeit, körperlich oder psychisch zu erkranken, und dazu zählen auch Abhängigkeitserkrankungen. Beispielsweise **rauchen** deutlich mehr Personen mit einem niedrigeren sozialen Status (Hiscock et al., 2012; Klimont & Prammer-Waldhör, 2020; Strizek, Busch, et al., 2023). Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und **Alkoholkonsum** stellt sich vielschichtiger dar: Personen mit niedrigem sozialen Status konsumieren zwar im Schnitt weniger Alkohol als Personen mit hohem sozialen Status (Strizek, Busch, et al., 2023) und weisen auch einen höheren Anteil an abstinenten Personen auf, jedoch sind sie stärker von durch den Alkoholkonsum verursachten negativen gesundheitlichen Folgen betroffen (auch bekannt als „**Alkohol-Paradoxon**“) (Boyd et al., 2022; Collins, 2016; Probst et al., 2020). Als mögliche Erklärung wird angeführt, dass bei Personen mit niedrigerem sozialen Status ein hoher Alkoholkonsum öfter mit anderen gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen korreliert (z.B. Rauchen, ungesunde Ernährung) (Boyd et al., 2022) sowie, dass Personen mit niedrigerem sozialen Status exzessivere Konsummuster aufweisen (Probst et al., 2020). Ein schlechterer Zugang zu Betreuungs- und Präventionsangeboten, aber auch mehr Belastungen durch Stress, Armut und körperlich belastende oder unsichere

berufliche Tätigkeiten sind weitere Erklärungsansätze (Boyd et al., 2022; Probst et al., 2020). Von einem problematischen bzw. pathologischen **Glücksspiel- oder Computerspielverhalten** sind ebenso mehr Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status betroffen (Kalke & Wurst, 2015; Strizek, Busch, et al., 2023).

Abbildung XX. Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass ebenso Krankheit zu einer **Verschlechterung der ökonomischen bzw. sozialen Lage** führen kann (auch Selektions- oder Drifthypothese) (Geyer, 2021; Schneider, 2008). Insbesondere schwere psychische Erkrankungen, wie es auch Suchterkrankungen sind, bergen das Risiko berufsunfähig und in Folge dessen arbeitslos zu werden. In diesem Zusammenhang spielen auch Stigmatisierungserfahrungen eine wesentliche Rolle (siehe auch Kapitel Stigma).

*Neben diesen „vertikalen" Ungleichheitsdimensionen, existieren auch „**horizontale**" **Ungleichheitsdimensionen** wie bspw. Alter, Geschlecht, Ethnie bzw. Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung etc., die zusätzlich zum sozioökonomischen Status die Lebenschancen beeinflussen.*

3.4.3. Geschlecht(-sidentität)

Männer weisen sowohl global gesehen als auch in Österreich ein deutlich höheres Risiko für einen problematischen **Alkoholkonsum** und die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit auf (Bosque-Prous et al., 2015; Strizek, Gaiswinkler, et al., 2023).
Ebenso **rauchen** in Österreich, aber auch weltweilt noch immer mehr Männer als Frauen, auch wenn sich sowohl das Rauchverhalten als auch der Alkoholkonsum in jüngeren Generationen zusehends angleichen bzw. in Österreich bei den unter 30-Jährigen sogar mehr Frauen als Männer täglich rauchen (Strizek, Busch, et al., 2023; Strizek et al., 2025). Und während mehr Burschen als Mädchen aktuell Nikotinbeutel konsumieren, sind E-Zigaretten bei den Mädchen weiter verbreitet (Strizek et al., 2025).
Hinsichtlich möglicher Probleme im Umgang mit **digitalen Medien** zeigt sich, dass Mädchen häufiger von einer problematischen Nutzung sozialer Medien berichten, Burschen hingegen öfter Hinweise auf ein pathologisches Gamingverhalten geben (Strizek et al., 2025).
Zudem weisen mehr Männer als Frauen ein problematisches bzw. pathologisches **Glücksspielverhalten** auf (Kalke & Wurst, 2015; Strizek, Busch, et al., 2023).

Als **Erklärung für die Geschlechtsunterschiede** werden u.a. soziale Normen bzw. geschlechtsspezifische Rollenbilder sowie im Zusammenhang mit Alkoholkonsum auch biologische Unterschiede[3] genannt.
Substanzkonsum und Risikoverhalten im Allgemeinen werden oft mit Männlichkeit assoziiert. Daher gilt beispielsweise Alkoholkonsum bei Männern als Norm, sie können damit Risikobereitschaft, Durchhaltevermögen und Non-Konformität zum Ausdruck bringen. Nichtkonsumierende (junge) Männer geraten oft in einen Rechtfertigungsdruck. Bei Frauen wird hingegen davon ausgegangen, dass übermäßiger Alkoholkonsum zu sozial abweichendem und verantwortungslosem Verhalten führt. Er wird als unvereinbar mit ihrer Rolle und ihren Aufgaben als Mutter angesehen. Hoher Alkoholkonsum wird daher bei Frauen mit stärkeren sozialen Sanktionen belegt als bei Männern (Hughes et al., 2016; Strizek, Gaiswinkler, et al., 2023).

Personen die aufgrund ihrer **Geschlechtsidentität und/oder sexuellen Orientierung diskriminiert** werden, weisen ein erhöhtes Risiko für psychische Belastungen bzw. Erkrankungen und einen problematischen Substanzkonsum auf. Gleichzeitig zeigt sich, dass den traditionellen Geschlechterrollen entsprechende Konsummuster auf LGBTQA+-Personen weniger zutreffen bzw. sich z.T. auch umkehren können. Beispielsweise konsumieren queere Frauen im Schnitt mehr Alkohol als heterosexuelle Frauen, queere

[3] Frauen besitzen aufgrund der im Schnitt geringeren Körpergröße und des geringeren Muskel- bzw. höheren Fettanteils weniger Körperwasser und weisen daher bei der gleichen konsumierten Alkoholmenge im Durchschnitt einen höheren Blutalkoholpegel auf.

Männer hingegen weniger Alkohol als heterosexuelle Männer und queere Frauen wiederum mehr Alkohol als queere Männer. Der Unterschied ist bei Frauen jedoch deutlicher als bei Männern (Hughes et al., 2016).

3.4.4. Alter

Substanzkonsum variiert auch über Kohorten und Lebensphasen hinweg. Je nach Lebensphase kommen unterschiedliche Schutz- und Risikofaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen sowie Konsummotive zum Tragen. In der **Jugend und im frühen Erwachsenenalter** spielen Experimentierverhalten und in diesem Zusammenhang auch Gruppenzugehörigkeit und -druck sowie Identitätsfindung eine wesentliche Rolle. Substanzkonsum wird auch zur Bewältigung von Stress und negativen Gefühlen im Zusammenhang mit psychischen oder sozialen (Entwicklungs-)Problemen eingesetzt. (Pinquart & Silbereisen, 2018; Thomasius et al., 2009)

Wenngleich erwerbstätig zu sein grundsätzlich einen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit darstellt, dient der Substanzgebrauch im **mittleren Erwachsenenalter** häufig der Stressbewältigung in Beruf und im Alltag (Angerer et al., 2014; Siegrist, 2015). Gleichzeitig kann eine Familiengründung und die damit einhergehende Bewusstmachung der eigenen Verantwortung und Vorbildwirkung auch dazu führen, dass der Konsum reduziert wird.

Mit der **Pensionierung** fallen bisherige bedeutende und identitätsstiftende Rollen sowie berufliche soziale Netzwerke weg. Die Tagesstruktur wird nicht mehr von außen vorgegeben und es existiert der Zeitraum während der Arbeit, in dem es nötig war nüchtern zu sein („Punktnüchternheit") nicht mehr. Der Verlust des Partners*der Partnerin oder enger Freund*innen, die Bewusstheit der eigenen Endlichkeit und zunehmende gesundheitliche Probleme zählen zu weiteren Belastungen im Alter. All das kann einen vermehrten Substanzkonsum begünstigen. Körperlich reagieren ältere Menschen ebenfalls empfindlicher auf psychoaktive Substanzen, Alkohol kann bspw. nicht mehr so gut durch die Leber abgebaut werden, zudem sinkt der Körperwasseranteil auf den er sich verteilt. Dadurch steigen die körperlichen Risiken. (vgl. auch Kutschke, 2012; Wolter, 2011) Ein spezifisches Thema im Alter ist auch Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit, die durch die vermehrte Einnahme von Medikamenten begünstigt wird und oft im Verborgenen bleibt. (Kutschke, 2012; Wolter, 2011)

Während häufig angenommen wird, dass problematischer Konsum bei Jugendlichen riskanter und am stärksten ausgeprägt ist, zeigen Befragungsdaten aus Österreich, dass in Bezug auf **Alkohol** der höchste Anteil an problematisch konsumierenden Personen bei den 40- bis 70-Jährigen zu finden ist (Strizek et al., 2021).

Hinsichtlich des **Nikotinkonsums** stellt sich die Situation anders dar, da im Laufe des Lebens viele Personen mit dem Rauchen wieder aufhören bzw. durch das Rauchen verfrüht sterben. Der höchste Anteil an täglich rauchenden Personen ist in Österreich aktuell bei den Frauen bei den 20- bis 64-Jährigen und bei den Männern bei den 20- bis 39-Jährigen zu finden (Klimont, 2020). Demgegenüber sind E-Zigaretten und Nikotinbeutel bei Jugendlichen sehr beliebt (Strizek et al., 2025). Bei Cannabis ist es ebenfalls so, dass der höchste Anteil an aktuell konsumierenden Personen unter jungen Erwachsenen zu finden ist (Strizek, Busch, et al., 2023).

Von problematischem oder pathologischem **Glücksspielverhalten** sind jüngere Personen öfter betroffen als ältere Personen (Kalke & Wurst, 2015; Strizek, Busch, et al., 2023), ebenso zeigen sich bei jüngeren Personen eher Hinweise auf ein **problematisches Computerspielverhalten** (Strizek, Busch, et al., 2023).

3.4.5. Migrationshintergrund

Der sogenannte **„Healthy-migrant"-Effekt** bezieht sich auf das Phänomen, dass Personen, die kürzlich in ein Land eingewandert sind (Migrant*innen erster Generation), trotz geringerer sozioökonomischer Ressourcen oft einen besseren Gesundheitsstatus sowie eine niedrigere Sterblichkeit als die Allgemeinbevölkerung aus dem jeweiligen Zielland aufweisen (Razum, 2009; Van Dorp et al., 2021). Dafür gibt es unterschiedliche Erklärungen:

- Personen, die als Arbeitskräfte in ein anderes Land auswandern, weisen grundsätzlich einen überdurchschnittlichen Gesundheitszustand auf bzw. ist Migration aufgrund der damit einhergehenden körperlichen und psychischen Belastungen nur für Personen mit gutem Gesundheitszustand möglich („Healthy-worker"-Effekt)
- Migrant*innen weisen ein besseres Gesundheitsverhalten auf
- Sozioökonomisch erfolglose sowie ältere und/oder kranke Menschen kehren in ihr Herkunftsland zurück („Late-entry"-Bias). (Razum, 2009)

Inwieweit der „Healthy-migrant"-Effekt für alle Migrant*innen gilt bzw. wie lange dieser Effekt anhält, sei jedoch in Frage gestellt.

Einerseits kann es mit einer längeren Aufenthaltsdauer zur Übernahme von Einstellungen, Werten und Verhaltensweisen aus dem Zielland kommen, die auch das Gesundheitsverhalten beeinflussen („**Akkulturationshypothese**", Van Dorp et al., 2021). Anderseits kommt es auf die **Bedingungen im Zielland** an (u.a. Zugang zu Gesundheitsdiensten) (Razum, 2009). Zudem müssen auch die **Gründe der Migration** berücksichtigt werden. Menschen, die aus ihren Herkunftsländern flüchten mussten oder

gezwungen wurden, dieses zu verlassen, haben andere Gesundheitschancen als Personen die aus beruflichen Gründen in ein anderes Land ausgewandert sind. Aufgrund der hohen Heterogenität der Gruppe sowie fehlender Daten ist es **schwierig bis unmöglich allgemeine Aussagen** hinsichtlich des Risikos für einen problematischen Substanzkonsum zu treffen. (Horyniak et al., 2016).
Spezifisch für Europa zeigt ein Review (Van Dorp et al., 2021), dass Jugendliche mit Migrationshintergrund weniger Alkohol trinken als jene ohne Migrationshintergrund, die Ergebnisse zu Tabak, Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen sind hingegen gemischt. Für Österreich zeigt sich, dass Personen, die aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Länder) oder der Türkei sowie aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 kommen, ein höheres Risiko haben täglich zu rauchen (Klimont & Prammer-Waldhör, 2020).

Da Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und dem Erleben eines potenziell traumatischen Ereignisses bestehen (Horyniak et al., 2016), gilt es insbesondere die Bedarfe von Migrant*innen, die potenziell **traumatische Ereignisse** wie Kriege oder Naturkatastrophen erlebt haben, in der Prävention und Behandlung zu berücksichtigen, da es sich hier um eine vulnerable Gruppe handelt.

3.4.6. Labeling-Theorie/symbolischer Interaktionismus: Sucht als soziale Etikette

Der symbolische Interaktionismus geht davon aus, dass **menschliches Verhalten** immer **durch soziale Beziehungen geprägt** ist. Menschen handeln nie isoliert, sondern reagieren auf das Verhalten anderer, deuten es und schreiben ihnen Eigenschaften oder Rollen zu – sie „etikettieren" sie mit sogenannten „Labels". Diese Zuschreibungen beeinflussen unser tägliches Handeln und können sich je nach Situation und im Lauf der Zeit verändern. Besonders bei als abweichend wahrgenommenem Verhalten sind solche Labels oft negativ – sie führen zur Stigmatisierung (Goffman, 2024). Darauf gehen wir später im Skript noch genauer ein.

Etikettierungen spielen nicht nur eine Rolle im Umgang mit süchtigen Menschen, sondern sind auch für das Verständnis wichtig, wie Konsumverhalten entsteht (Becker, 2014). Der Einstieg in den Konsum – etwa von Cannabis – erfolgt oft ohne klares Ziel. Erst durch wiederholte Erfahrungen im sozialen Kontext lernen Menschen, den Konsum zu deuten und zu bewerten. So entwickeln sich allmählich Motivation, Wirkung und Gebrauchstechniken. Außerdem eignen sich Konsumierende bestimmte Verhaltensweisen an – etwa zur Beschaffung oder zum Verstecken der Substanz.

Die Selbst- und Fremdzuschreibung als „Konsument*in" oder „Süchtige*r" beeinflusst das Selbstbild und stärkt das Gefühl, Teil einer bestimmten Gruppe zu sein. Gleichzeitig führen diese Etiketten dazu, dass das Verhalten gesellschaftlich als abweichend gesehen wird – oft basierend auf Normen, Gesetzen oder öffentlicher Meinung.

Der symbolische Interaktionismus versteht Suchtverhalten also als sozialen Prozess. Die Theorie hilft zu erklären, wie **gesellschaftliche Reaktionen** das **Verhalten** einzelner Menschen **prägen** und **festigen** können (Danko, 2024).

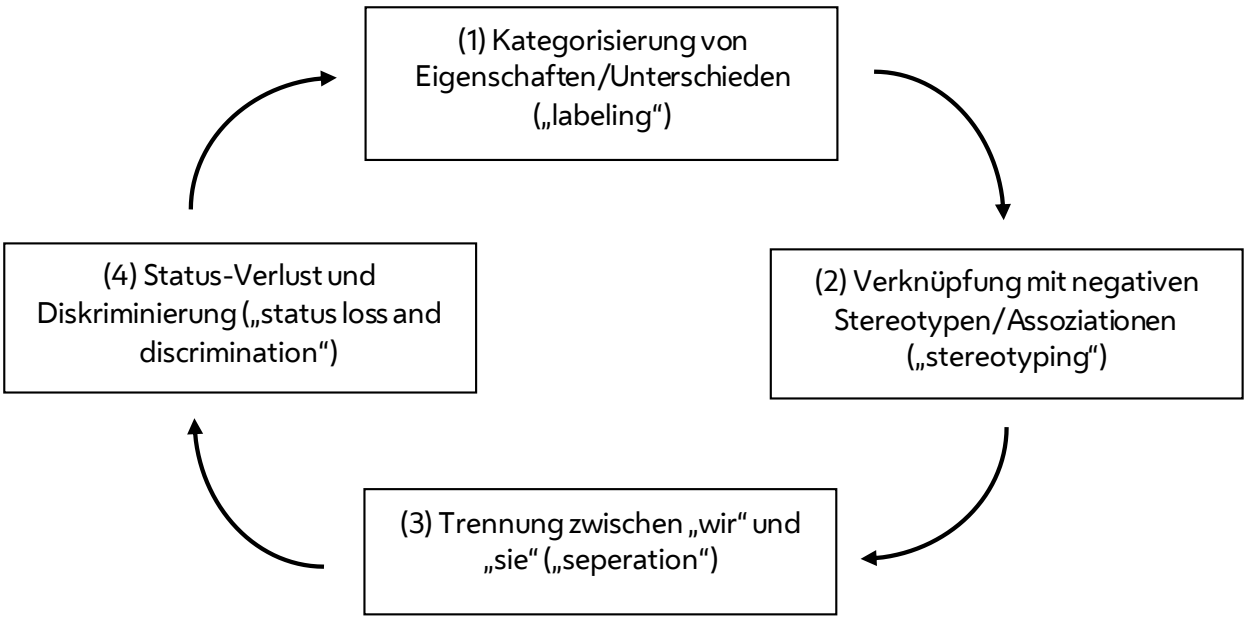
3.4.7. Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung

Das eben beschriebene Thema der Etikettierung fand in der Forschung zu psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und zu Abhängigkeitserkrankungen im Besonderen unter dem Stichwort „Stigma" Beachtung. Dieses Forschungsfeld ist mindestens aus zweierlei Gründen wichtig: Zum einen thematisiert es die sozialen Umstände, unter denen Menschen, die erkrankt sind, leben. Zum anderen ist das Feld der Stigmaforschung auch für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen zentral. Denn sie verdeutlicht unter anderem, warum psychisch erkrankte Menschen häufig Schwierigkeiten haben, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

3.4.8. Definition und Entstehung von Stigma

Ursprünglich bezeichnete Stigma im antiken Griechenland ein sichtbares Zeichen – wie ein Brandmal –, das Menschen als moralisch minderwertig kennzeichnete.
Heute meint der Begriff die abwertende Einordnung von Personen aufgrund sichtbarer oder unsichtbarer Merkmale (z. B. Krankheit, Herkunft oder soziale Zugehörigkeit). Diese Kategorisierung führt oft zu Vorurteilen, sozialer Abgrenzung („wir" vs. „die anderen") und Diskriminierung. Wird jemand dauerhaft auf eine abweichende Eigenschaft reduziert, kann dies zum sogenannten Masterstatus werden – also zur alles bestimmenden sozialen Identität (Becker, 2014).

Auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden oft im Lichte ihrer Eigenschaft, „Süchtige" zu sein, wahrgenommen. Ein einflussreiches Stigma-Modell stammt von Bruce G. Link und Jo C. Phelan (2001). Es beschreibt Stigmatisierung als Prozess mit vier aufeinanderfolgenden Schritten – besonders relevant bei psychischen Erkrankungen.



Wichtig im Modell von Link und Phelan ist: Stigmatisierung entsteht nicht nur durch ein Machtgefälle – sie wird auch durch Macht verursacht. Erst wenn Menschen oder Gruppen mit mehr gesellschaftlichem Einfluss bestimmte Zuschreibungen machen, können diese echte Nachteile für Betroffene bringen. Oder wie es Link & Phelan sagen: „It takes power to stigmatize" (2001, S. 375).

Stigmatisierung wirkt dabei oft wie ein Kreislauf: Wer einmal abgewertet wird – zum Beispiel wegen einer Abhängigkeitserkrankung – erlebt oft weitere Ausgrenzung und verliert an sozialem Status. Dadurch wird das ursprüngliche Machtungleichgewicht immer wieder bestätigt und verstärkt.

3.4.9. Formen von Stigmatisierung und ihre Konsequenzen

In der Literatur sowie zur Forschung zur Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen werden häufig folgende Formen oder Ebenen von Stigma/Stigmatisierung und Diskriminierung unterschieden:

Strukturelles Stigma bezeichnet die systematische Benachteiligung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen durch gesellschaftliche Strukturen – etwa durch diskriminierende Gesetze, ungleiche Verteilung von Gesundheitsressourcen und mangelnde Schulung im medizinischen Bereich (van Boekel et al., 2013). Kriminalisierung (Schomerus & Corrigan, 2022), Ausgrenzung in der Versorgung (Thornicroft et al., 2022; Livingston, 2020) und negative Haltungen im Gesundheitswesen erschweren den Zugang zu Hilfe und führen oft dazu, dass Betroffene ihre Erkrankung verschweigen (Yang et al., 2017; Schomerus & Speerforck, 2023).

Öffentliches Stigma beschreibt die negative gesellschaftliche Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen, besonders gegenüber Suchterkrankungen, die in Umfragen am stärksten abgelehnt werden (Grausgruber et al., 2018; Schomerus et al., 2023). Diese Vorurteile werden durch Medien, kulturelle Werte und stereotype Bilder geprägt. In der Folge verheimlichen viele Betroffene ihren Konsum („Label Avoidance") und ziehen sich sozial zurück (Schomerus & Corrigan, 2022).

Assoziiertes Stigma betrifft Angehörige und Fachpersonen, die mit Suchtkranken in Verbindung stehen. Angehörige werden häufig – stärker als bei anderen psychischen Erkrankungen – mitverantwortlich gemacht (Corrigan et al., 2006). Auch Fachkräfte in der Suchthilfe erfahren Stigmatisierung, obwohl dieses Phänomen bisher wenig erforscht ist (Eaton et al., 2015).

Selbststigmatisierung (auch: internalisiertes Stigma) beschreibt den Prozess, bei dem Betroffene gesellschaftliche Vorurteile und Abwertungen verinnerlichen. Laut dem *Progressive Model of Self-Stigma* wirkt das Stigma, wenn es wahrgenommen, akzeptiert und übernommen wird (Corrigan et al., 2011). Die Folgen sind ein Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit, sozialer Rückzug und das Aufgeben von Zielen – bekannt als „Why-try-Effekt" (Corrigan et al., 2009).

3.4.10. Die Persistenz von Stigma

Stigmatisierung, besonders von Menschen mit Suchterkrankungen, ist ein hartnäckiges Phänomen, das durch verschiedene Mechanismen auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene stabilisiert wird. Rüsch et al. (2021) beschreiben folgende Mechanismen:

- **Individuelle/psychologische Mechanismen**: Stereotype werden aufrechterhalten, da sie eine schnelle Einordnung ermöglichen und die Bestätigung bestehender Vorurteile fördern.
- **Sozialpsychologische Mechanismen**: Stigmatisierung führt zu „Looping-Effekten", bei denen Menschen das Verhalten zeigen, das von anderen erwartet wird, was das Stigma bestätigt.
- **Gesellschaftliche Mechanismen**: Stigmatisierung rechtfertigt soziale Dominanz und Ungleichheit, indem bestimmte Gruppen abgewertet werden, um gesellschaftliche Strukturen zu legitimieren.
- **Sprachliche Mechanismen**: Negative Beschreibungen von Gruppen (z.B. „Junkie", „Alki") in Sprache verstärken Stereotype und fördern Abwertung.

Diese Mechanismen tragen dazu bei, dass Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen weiterhin stark und stabil bleibt.

4. Konsumformen – Konsummotive – Wirkungsweise von Suchtmitteln

4.1. Konsumformen

Wie die verschiedenen Ansätze zeigen, ist die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ein dynamischer und vielschichtiger Prozess, welcher nicht linear verläuft.

Nicht jeder Konsum führt zu einer Abhängigkeit. Stattdessen gibt es unterschiedliche Konsumformen, und zwischen Abstinenz, Genuss und Abhängigkeit gibt es viele verschiedene Ausprägungen und fließende Übergänge (Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013). Grundsätzlich besteht in jeder Phase die Möglichkeit, dass ein Fortschreiten in Richtung Abhängigkeit stattfindet. Aber auch eine Umkehr ist möglich. Abhängigkeit ist nur eine mögliche Folge von Konsum (Degkwitz, 2005).

Gängige Begriffe, um die Konsumformen zu beschreiben, sind zum Beispiel:

- **Abstinenz:** Enthaltsamkeit; völliger oder zeitweiser Verzicht
- **Probierkonsum**: einmaliges oder sporadisches Probieren
- **Experimentierkonsum**: Neugierde und Sensationslust sind bestimmend; unregelmäßiger Konsum, der zu bestimmten Zeitpunkten, zum Beispiel an Wochenenden, intensiver ist
- **regelmäßiger Konsum**: Gewöhnung ohne zwangsläufige Abhängigkeit
- **Risikokonsum**: Durch die Art des Konsums bestehen erhöhte Risiken für schädliche Konsequenzen, zum Beispiel Unfallgefahr, Probleme in der Schule oder am Arbeitsplatz
- **schädlicher und problematischer Konsum**: ein Konsummuster, das körperliche und/oder psychische Schäden zur Folge hat. Die Betroffenen können den Konsum oder suchtfördernde Verhaltensweisen auch dann nicht einstellen, wenn sie sich der damit verbundenen Gefährdung und Schädigung bewusst sind.
- **Abhängigkeit:** süchtiger Gebrauch

4.2. Abhängigkeit als Prozess

Wie wir dem vorherigen Abschnitt entnehmen können, gibt es viele Formen des Konsums. Peter Degkwitz (2005) schlägt daher zur Beschreibung von Konsumformen bzw. Sucht ein „Korridormodell" vor. Demnach ist ein Sucht- bzw. ein Konsumprozess wie ein „langer Flur", der durch verschiedene Türen betreten und auch wieder verlassen werden kann und bei dem die Abhängigkeit nur ein mögliches Ende darstellt.

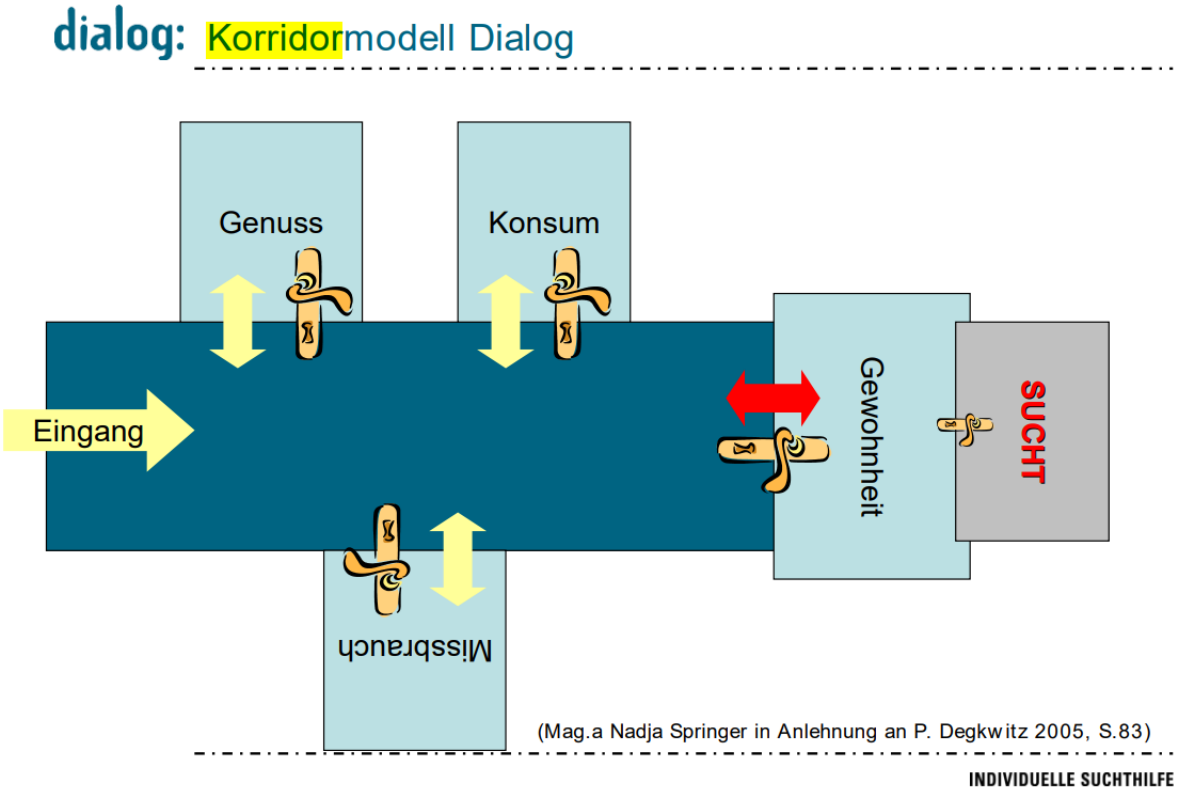


Abb. 1: Korridormodell (Verein Dialog in Anlehnung an Degkwitz, 2005, S. 83)

Wesentlich ist: Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht eindimensional und verläuft auch nicht linear, sondern prozesshaft.

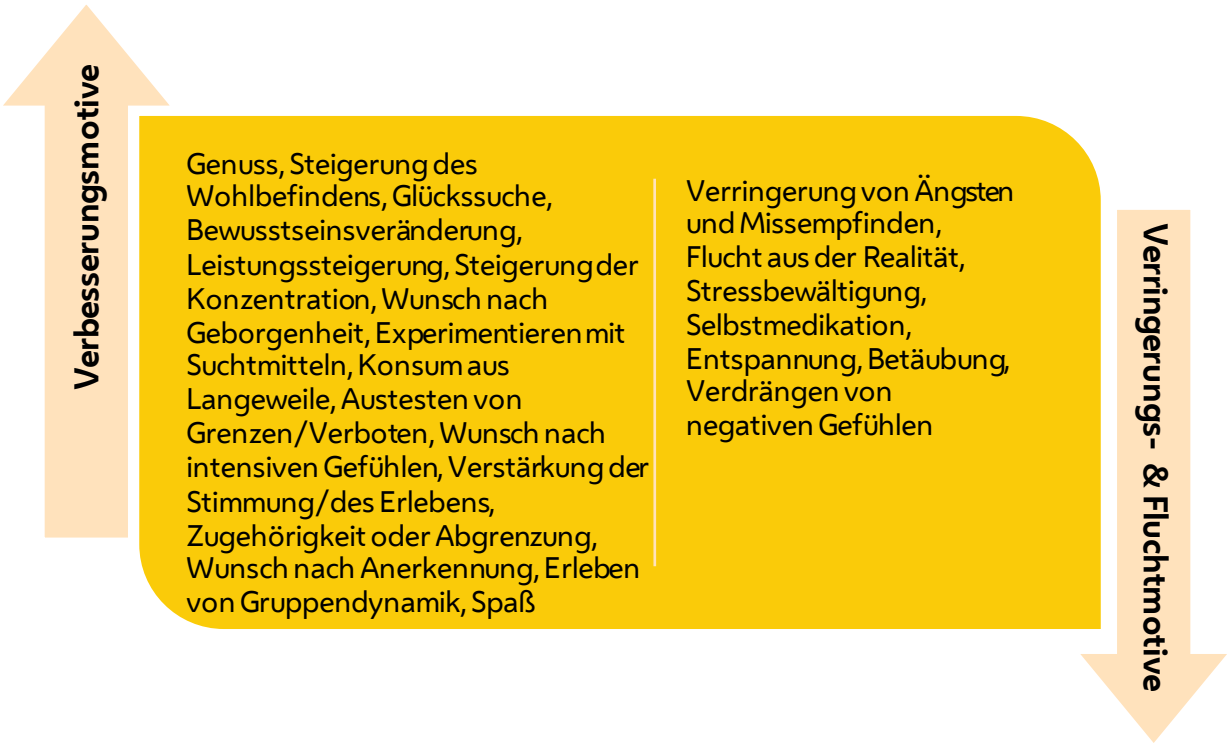
4.3. Konsummotive

Jeder Mensch hat unterschiedliche Beweggründe, warum er zu Suchtmitteln greift. Somit haben sie meist einen subjektiven Sinn, sonst würde man sie nicht konsumieren. Oftmals stehen diese Gründe in keinem direkten Zusammenhang mit der Substanz selbst. Ein Beispiel hierfür ist die soziale Erwünschtheit im sozialen Setting: Man greift zum Bier, weil

es alle Kolleg*innen tun und man nicht „gegen den Strom schwimmen möchte“. Die Substanz Alkohol ist hier nebensächlich.

Ein weiterer Beweggrund ist die Bedürfnisbefriedigung durch eine spezifische Substanz. Hierbei geht es darum, menschliche Grundbedürfnisse wie Zugehörigkeit, Lustgewinn, Kontrolle (der Gefühle zum Beispiel), Entspannung oder gesteigerte Leistungsfähigkeit durch Konsum zu erfüllen. Suchtmittel erscheinen dabei als eine schnelle und scheinbar einfache Lösung, um diese Bedürfnisse kurzfristig zu befriedigen.

Insgesamt möchte man mithilfe von Substanzen entweder „positive“ Zustände erzeugen/verstärken; oder „negative“ Zustände reduzieren/vermeiden. Daher kann man die Motive in die folgenden zwei Bereiche einteilen:



Problematisch wird es dann, wenn der Konsum als einzige Möglichkeit gesehen wird, um einen bestimmten Zustand zu erreichen.

Bei Menschen, denen keine andere Strategie zur Befriedigung bestimmter Bedürfnisse zur Verfügung steht, ist Verzicht auf ein Suchtmittel oder die Reduktion des Suchtmittels eine große Herausforderung. Denn: Nicht nur die Substanz selbst fällt weg, sondern auch die damit verbundene Bedürfnisbefriedigung. Beispielsweise wird Cannabis von einigen Konsument*innen zur Unterstützung des Schlafs oder zur Beruhigung bei Angstgefühlen verwendet. Beim Alkoholkonsum steht für viele Menschen der soziale Aspekt im

Vordergrund. Verzichtet man auf diese Substanzen, können auch die Bedürfnisse wie Schlaf, Beruhigung und Sozialisierung unbefriedigt bleiben. Zum Verständnis ist das Klaviermodell sehr nützlich.

4.4. Das „Klaviermodell" (nach G. Koller)

Abb.5 : Klaviermodell nach G. Koller

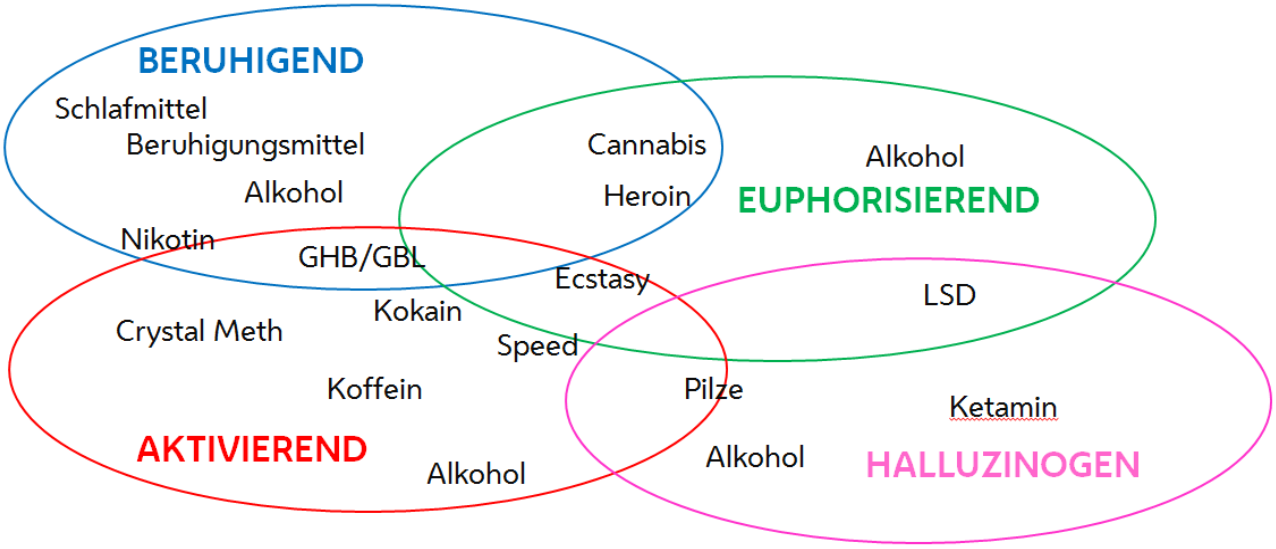
Jeder Mensch hat unterschiedliche und individuelle Strategien um mit Stress, persönlichen Krisen, Ängsten aber auch mit freudigen Erlebnissen und Lust umzugehen. Die Ressourcen und Skills, die ein Mensch dafür zur Verfügung hat, werden in diesem Modell symbolisch als Tasten eines Klaviers verstanden. Solche Ressourcen und Skills zur Bewältigung können z.B. sportliche Aktivitäten, Freund*innen treffen, Spazieren gehen, seinen Hobbys nachgehen, Fernsehen, Naturerlebnisse, gut Essen, Meditation, Lesen, sich eine angenehme Badewanne machen etc. sein. Aber hier spielen auch der Konsum von Substanzen (wie z.B.: Zigaretten, Alkohol oder auch illegale Substanzen) oder anderen suchtfördernde Verhaltensweisen eine Rolle. Eine zentrale Strategie der Suchtprävention bzw. der Rückfallprophylaxe ist es, eine möglichst große Breite von Bewältigungsstrategien für unterschiedliche Lebenssituationen zu entwickeln bzw. wiederzuentdecken. Bildhaft gesprochen bedeutet dies, die vielfältigen Möglichkeiten eines Klaviers zur Gestaltung einer Lebensmelodie zu verwenden. In Krisenzeiten oder Zeiten der Veränderung aber auch bei freudigen Ereignissen kann man auf unterschiedliche Ressourcen und Skills zurückgreifen und wir haben eine Vielfalt an Strategien und Möglichkeiten zur Verfügung, um diese Schwierigkeiten zu bewältigen (vgl. mit den Tasten eines Klaviers). Diese Tastatur kann als individuelles Lebensklavier angesehen werden. Je mehr Tasten ich habe, desto vielfältiger ist meine Lebensmelodie. Umgekehrt gilt genauso: Je weniger Tasten ich habe, desto eintöniger (monotoner) wird meine Lebensmelodie. Nach diesem Modell entsteht eine Suchtdynamik, wenn als Bewältigungsstrategie nur mehr wenige bzw. eine Taste bespielbar ist. Kritisch anzumerken ist zu diesem Modell, dass es fast ausschließlich auf die Person fokussiert ist und das Umfeld und das Suchtmittel nahezu ausblendet (siehe Suchtdreieck). Darüber hinaus ist der Prozess der Suchtentstehung meist nicht linear wie es dieses Modell suggeriert.

4.5. Wirkungsweise von Suchtmitteln

Mit dem Konsum von Suchtmitteln werden oft bestimmte Wirkungsweisen angestrebt und dementsprechend unterschiedliche Substanzen eingesetzt. Substanzen haben sehr oft mehrfache Wirkungsweisen – sie können zum Beispiel beruhigend und/oder aktivierend sein. Hier spielt die Dosierung eine große Rolle. Nachfolgend finden Sie typische Wirkungsweisen, wobei eine Zuordnung bestimmter Substanzen zu bestimmten Wirkungsweisen in der Regel nicht eindeutig möglich ist:

- [4]

[5]



Wirkungsweise von Suchtmitteln

Einen guten Überblick über unterschiedliche Substanzen und deren Wirkungsweise erhalten Sie zum Beispiel unter www.checkyourdrugs.at.

4.6. Set, Setting, Substanz – Substanzen wirken nie nur allein

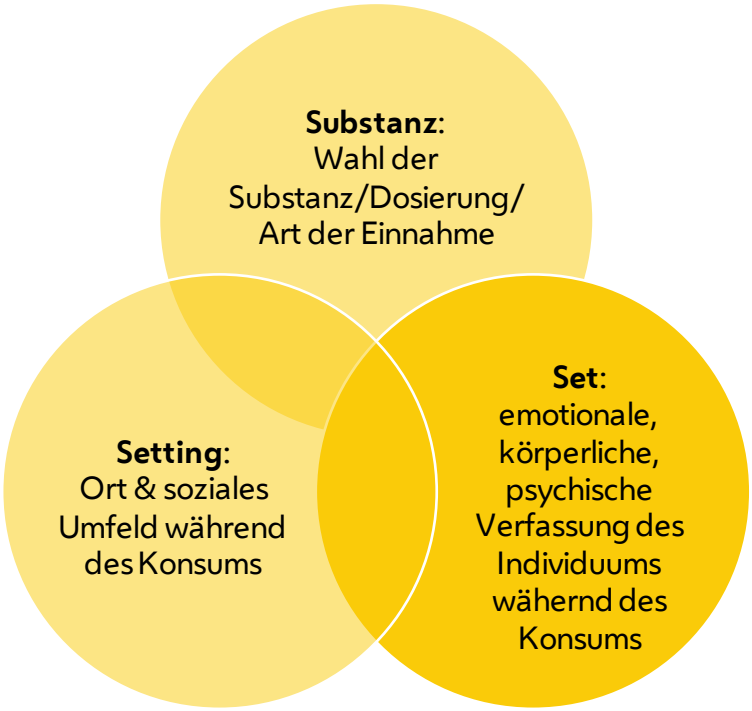
Die Wirkung von Substanzen wird nicht nur von der Substanz selbst, sondern auch von dem Set und Setting bestimmt (Zinberg, 1984):

- Der Faktor Set umfasst die emotionale Stimmung sowie den körperlichen und geistigen Zustand der Konsumierenden. Wie fühlt man sich? Ist man psychisch stabil und gut gelaunt? Auch die körperliche Verfassung spielt eine wichtige Rolle:

[4] Euphorisierend = intensives gutes Gefühl, Hochgefühl, Glücksgefühl auslösend
[5] Halluzinogen = Wahrnehmungen zum Beispiel im Denken, Fühlen, Sehen hervorrufend, die nicht der Realität entsprechen

Gewicht, Körpergröße, Hormonhaushalt, Stoffwechsel und eventuelle Krankheiten beeinflussen das Erleben.

- Setting bezieht sich auf den Ort, an den sich Konsumierende während des Konsums befinden, und das soziale Umfeld, das sie umgibt. Ist man an einem sicheren Wohlfühlort mit vertrauten Menschen? Befindet man sich zuhause, auf der Straße oder im Club? Ein unangenehmes Setting kann das Rauscherlebnis negativ beeinflussen.



4.7. Mischkonsum, Mehrfachkonsum oder Polytoxikomanie

Mischkonsum bezeichnet den gleichzeitigen oder zeitnahen Konsum mehrerer Suchtmittel. Damit überlappen sich die einzelnen Wirkungsweisen. Je nach Substanz potenzieren oder verstärken sich die jeweiligen Effekte und werden noch unkalkulierbarer als beim Konsum einer einzigen Substanz. Die gesundheitlichen Risiken erhöhen sich durch Mischkonsum und es kommt zu einer extremen Belastung für den Körper.

4.8. Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft

Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft kann vor allem die Gesundheit des Kindes gefährden. Sowohl illegale als auch legale Suchtmittel können zu:

- Schwangerschaftskomplikationen
- Fehlgeburten
- Fehlbildungen an den Organen

- motorischen Defiziten
- Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen
- sowie zum Teil irreparablen Folgeschäden für das Kind führen.

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist immer riskant, schon geringe Mengen können die Gesundheit des Babys gefährden (geringes Geburtsgewicht, Fehlbildungen, Verhaltensauffälligkeiten, Konzentrationsprobleme, Lernschwierigkeiten). Diese Beeinträchtigungen des Kindes werden unter dem Begriff „Fetale Alkoholspektrumstörung" (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) zusammengefasst. Ebenso gefährden Rauchen und Passivrauchen das ungeborene Baby. Am risikoreichsten ist es, wenn mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert werden.

➡ Während einer Schwangerschaft ist es daher das Beste für die Gesundheit des Kindes und der Mutter ganz auf den Konsum von Suchtmitteln zu verzichten.

Jedoch für opioidabhängige Schwangere ist die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) (Substitutionstherapie) die Behandlung der Wahl. Patientinnen, die bislang nicht in einer OAT waren, ist diese dringend zu empfehlen. Die Betreuung sollte in einer spezialisierten Einrichtung oder in einer Kooperation des/der substituierenden Ärzt*in mit einer Beratungsstelle erfolgen, um ein zusätzliches psychosoziales Angebot zu gewährleisten. Ein Therapieabbruch bedeutet eine reale Gefahr für die werdende Mutter und das ungeborene Kind. (Vgl. ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP, & ÖGPP 2017).

5. Rechtliche Aspekte

Bestimmte Suchtmittel können in Österreich – unter Berücksichtigung des jeweiligen Landesjugendschutzgesetzes oder Arzneimittelrechts – legal erworben und gebraucht werden. Dazu gehören in erster Linie Alkohol, Tabak und Medikamente.

Substanzen wie Cannabis, Kokain, Heroin, Ecstasy, Speed, LSD gelten in Österreich als illegal; ihr Gebrauch wird im Suchtmittelgesetz geregelt.

Das Potenzial eines Suchtmittels zur gesundheitlichen Gefährdung ist nicht vom rechtlichen Status (legal oder illegal) abhängig.
Nachfolgend wird ein Überblick gegeben, welche Gesetze diesbezüglich in Österreich von Bedeutung sind.

5.1. Suchtmittelgesetz (SMG)

Das „Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe" (Suchtmittelgesetz – SMG) ist die Hauptrechtsquelle für alle Themen im Zusammenhang mit Suchtmitteln, womit Suchtgifte und psychotrope Substanzen gemeint sind. Zu den Suchtgiften zählen zum Beispiel Cannabis, Heroin, Kokain, Morphium, retardierte Morphine wie Substitol®, Methadon, MDMA = Ecstasy, Methamphetamin („Crystal Meth"), LSD, GHB. Zu den psychotropen Stoffen gehören die meisten bekannten Diazepine – Medikamente mit beruhigenden bzw. schlaffördernden Eigenschaften – wie Flunitrazepam (zum Beispiel Rohypnol®), Oxazepam, Diazepam (zum Beispiel Valium®), Lorazepam, Zolpidem.

Wesentliche Inhalte des Suchtmittelgesetzes sind:

- allgemeine Vorschriften über den Umgang mit Suchtmitteln
- Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch
- Strafbestimmungen bei unrechtmäßigem Umgang
- Strafalternativen/Diversion: Prinzip „Therapie statt Strafe"
- Weitere strafrechtliche Bestimmungen und Verfahrensvorschriften (Suchtgiftverordnung, Psychotropenverordnung, Drogenausgangsstoffe, etc.)

Im Suchtmittelgesetz ist auch festgeschrieben, dass die Verwendung von Suchtmitteln nur zu bestimmten Zwecken zulässig ist, wie zum Beispiel zu medizinischen Zwecken – insbesondere für die Schmerz- oder Substitutionsbehandlung – oder zu wissenschaftlichen Zwecken.

Das Gesetz enthält auch diverse Vorkehrungen zur Verhinderung des unerlaubten Gebrauchs von Suchtmitteln (Missbrauch), wie zum Beispiel strenge Mengenkontrollen, Dokumentations- und Meldepflichten.

Jeder unrechtmäßige Umgang mit Suchtmitteln ist laut §27 verboten und strafbar. Dazu gehören:

- Erwerb
- Besitz
- Erzeugung

Weitergabe, Anbieten, Verschaffen

- Ein-/Ausfuhr,
- Beförderung
- Anbau zum Zweck der Suchtgiftgewinnung (Opiummohn, Kokastrauch, Cannabispflanze)

Wichtiger Hinweis: Es gibt keine erlaubte „Eigenbedarfsmenge"; der Besitz jeglicher Menge ist verboten. Nicht unrechtmäßig hingegen ist es, wenn Patient*innen ein vom Gesetz erfasstes Medikament besitzen, das ihr*ihm von ärztlicher Seite verschrieben worden ist.

Wenn die Polizei davon erfährt, dass jemand unerlaubt mit Suchtmitteln zu tun gehabt hat, muss sie eine Anzeige erstatten; das bedeutet, es erfolgt die Einleitung eines Strafverfahrens. Andere öffentliche Dienststellen oder Behörden müssen – statt einer Anzeige bei der Polizei – in diesen Fällen eine Meldung an das Gesundheitsamt erstatten.

Eine polizeiliche Anzeige bedeutet aber nicht, dass es zu einer Bestrafung kommen muss. Näheres dazu weiter unten.

5.1.1. § 13 Suchtmittelgesetz: Helfen statt Strafen

Das Suchtmittelgesetz enthält in § 13 Abs. 1 eine Bestimmung, die sich ausdrücklich auf den Suchtmittelmissbrauch durch Schüler*innen bezieht. Hierbei steht „Helfen statt Strafen" im Vordergrund. Es kommt nicht zu einer Strafanzeige, sondern die Schulleitung leitet Maßnahmen nach dem SMG ein.

Für die Praxis bedeutet dies: Wenn sich in der Schule ein begründeter Verdacht ergibt, dass ein*e Schüler*in illegale Suchtmittel konsumiert, wird die Schulleitung verständigt. Die Schulleitung ordnet eine schulärztliche Untersuchung unter Einbeziehung der Schulpsychologie an. Bei Schüler*innen unter 18 Jahren informiert die Schulleitung auch die Erziehungsberechtigten.

Wenn die schulärztliche Untersuchung den Verdacht bestätigt und festgestellt wird, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen wie eine Beratung bzw. Behandlung notwendig sind, wird der*die Schüler*in an eine Beratungsstelle vermittelt und zur Bestätigung der Durchführung der gesundheitsbezogenen Maßnahme eine Ambulanzkarte übergeben. Die Schulleitung darf nur darüber Kenntnis erlangen, ob die gesundheitsbezogenen Maßnahmen durchgeführt worden sind. Die Beratungsstelle unterliegt einer Schweigepflicht und darf keine Details über die gesundheitsbezogenen Maßnahmen, Gespräche oder Termine an die Schulleitung weitergeben.

Nur wenn die gesundheitsbezogenen Maßnahmen oder die schulärztliche Untersuchung verweigert werden, muss die Schulleitung das Gesundheitsamt verständigen.

5.1.2. Prinzip „Therapie statt Strafe“

Für Personen, die illegal Suchtmittel gebrauchen und angezeigt worden sind, gibt es im österreichischen Recht verschiedene Alternativen zur Bestrafung. Das Recht verfolgt bei Suchtkranken den Grundsatz „Therapie statt Strafe“. Das Gesundheitssystem spielt für Konsument*innen dabei die Hauptrolle, zu einem Verfahren der Justiz, zum Beispiel einer Gerichtsverhandlung kommt es nur in besonderen Fällen.

Die Staatsanwaltschaft stellt aufgrund einer Anzeige in Fällen eines „erweiterten" Eigengebrauchs das Strafverfahren sofort vorläufig für ein Jahr ein. Es erfolgt eine Meldung ans Gesundheitsamt.

Es kommt zu einer Begutachtung durch die Gesundheitsbehörde: bei Cannabiskonsument*innen, die in den letzten fünf Jahren nicht schon einmal auffällig waren – zum Beispiel durch eine Anzeige oder sonstige Meldung – erfolgt keine standardmäßige Begutachtung.

Gegebenenfalls werden aufgrund der Begutachtung „gesundheitsbezogene Maßnahmen" bei Suchtgiftmissbrauch vorgeschlagen, wie zum Beispiel: Z1 – ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, Z2 – ärztliche Behandlung inkl. Substitutions- oder Entzugsbehandlung, Z3 – klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Z4 – Psychotherapie, Z5 – psychosoziale Beratung und Betreuung.

Eine Fortsetzung eines Strafverfahrens gibt es nur, wenn das Gesundheitsamt innerhalb des darauffolgenden Jahres meldet, dass die angezeigte Person nicht zur Begutachtung erscheint oder notwendige Maßnahmen nicht nachgewiesen werden; andernfalls wird das Verfahren nach einem Jahr endgültig eingestellt.

Die aktuelle Fassung des österreichischen Suchtmittelgesetzes ist abrufbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011040

5.2. Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG)

Seit 2012 regelt ein eigenes Gesetz den Umgang mit den sogenannten neuen psychoaktiven Substanzen. Dieses Bundesgesetz ist jedoch nicht auf Stoffe und Zubereitungen anzuwenden, die dem Suchtmittelgesetz unterliegen. Es zielt nicht darauf ab, Konsument*innen zu bestrafen, sondern sie vor uneinschätzbaren Gesundheitsrisiken zu schützen. Es verbietet den Handel mit neuen psychoaktiven Substanzen[6] und die Herstellung mit Gewinnabsicht. Bei einem Verstoß drohen Freiheitsstrafen von bis zu zwei Jahren und mehr.

Die aktuelle Fassung ist abrufbar unter:
https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007605

5.3. Wiener Jugendschutzgesetz (WRJSCHG 2002)

Im Wiener Jugendschutzgesetz von 2002 wird für junge Menschen bis 18 Jahre neben Aspekten wie zum Beispiel Ausgehen und Altersnachweis auch der Umgang mit Alkohol, Tabakwaren, jugendgefährdenden Medien, Datenträgern, Gegenständen, Veranstaltungen, Glücksspielen sowie Wetten recht genau geregelt. Auch Eltern, Erziehungsberechtigte, Lokalbesitzer*innen oder Veranstalter*innen haben die Pflicht, die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes einzuhalten. Jugendschutz fällt in die Zuständigkeit der Bundesländer, und daher gibt es in Österreich neun Jugendschutzgesetze, die sich zum Beispiel bei den Ausgehzeiten und den Regelungen in Bezug auf Alkohol und Tabak in einigen Punkten unterscheiden.

Die aktuelle Fassung für Wien ist abrufbar unter:
https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000267

Wiener Sucht- und Drogenstrategie – „Der Wiener Weg“

In der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 ist, orientiert an der Grundsatzerklärung der Weltgesundheitsorganisation, folgendes Gesamtziel formuliert: *Das Ziel ist ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden aller Menschen in Wien*.

Demzufolge ist der chronischen Erkrankung einer Abhängigkeit mit individuellen Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungszielen, die physische, psychische und soziale

[6] Zu den neuen psychoaktiven Substanzen zählen vor allem Substanzen bzw. chemische Verbindungen, die unter dem Namen Research Chemicals bekannt sind. Sie werden beispielsweise als Badesalze, Räuchermischungen oder Pflanzendünger vermarktet; die Zusammensetzung bzw. die Wirkstoffe ändern sich dabei ständig.

Faktoren berücksichtigen, zu begegnen. Eine ausschließliche Orientierung an Heilung, die meist als Abstinenz verstanden wird, entspricht nicht der Realität von Suchtkranken. Viele Menschen können sich ein Leben ohne den Konsum von Suchtmittel gar nicht vorstellen; für andere ist das Ziel der Abstinenz oft trotz vielfacher Versuche nicht erreichbar.

Die klassische Zielpyramide in der Suchtarbeit beschreibt die Lebensgestaltung und Lebensbewältigung in Zufriedenheit als grundsätzliches Ziel. Die Basis dafür bildet das Überleben. Darauf aufbauend gibt es unterschiedliche Ziele, die sich an den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen der suchtkranken Menschen orientieren.

Zunehmend setzt sich das Verständnis durch, dass Abstinenz oder auch der kontrollierte Konsum, also der Verzicht beziehungsweise die Reduktion, nicht für sich selbst als Ziel stehen können. Es sind Wege, um eine Verbesserung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens bzw. der Lebensqualität und Lebensbewältigung zu erreichen. Abstinenz, kontrollierter Konsum wie auch Substitutionsbehandlung werden dabei als Methoden zur Zielerreichung gesehen.

Zielpyramide in Kombination mit Behandlungsmethoden nach Meili[7]

[7] Vgl. Meili (2004)

7. Ansätze in der Suchtprävention

Suchtprävention verfolgt die generelle Zielsetzung, die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung zu verhindern und die Gesundheit von Menschen zu fördern. Dafür ist es erforderlich, Gefahren, die zu einer Abhängigkeit führen können, möglichst früh zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren.

Suchtprävention zielt in erster Linie darauf ab, dass so wenig Menschen wie möglich überhaupt zu Suchtmitteln greifen, dass Menschen so spät wie möglich mit dem Konsum von Suchtmitteln beginnen und dass ihr Konsumverhalten keine problematischen bzw. gesundheitsschädlichen Auswirkungen hat; beziehungsweise, dass es nicht zu einer Abhängigkeitserkrankung führt. Um diese Zielsetzungen zu erreichen, gibt es verschiedene Möglichkeiten und Herangehensweisen in der Suchtpräventionsarbeit.

7.1. Universelle/selektive/indizierte Prävention

Zeitgemäße Suchtprävention ermöglicht in Anlehnung an die von Mrazek und Haggerty vom amerikanischen Institute of Medicine (1994) entworfene Einteilung eine inhaltliche Präzisierung in Bezug auf die Zielgruppe:

Universelle Prävention:

richtet sich an die allgemeine Bevölkerung bzw. an Bevölkerungssegmente ohne erkennbare Risikomerkmale. Dazu gehören zum Beispiel massenmediale Kampagnen, die Arbeit mit Kindergartengruppen oder mit Schulklassen.

Selektive Prävention:

richtet sich an definierte Gruppen. In der Regel sind diese Personen gesund und unauffällig. Die Wahrscheinlichkeit, eine Abhängigkeits-erkrankung zu entwickeln, ist bei ihnen jedoch aufgrund empirisch bestätigter Risikofaktoren erhöht (zum Beispiel Kinder aus suchtbelasteten Familien, Jugendliche mit Schulproblemen, etc).

Indizierte Prävention:

richtet sich an Personen mit bereits manifestem Risikoverhalten, die aber noch nicht die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeits-erkrankung erfüllen (zum Beispiel Personen, die an Wochenenden exzessiv Alkohol trinken).

7.2. Verhaltens- und Verhältnisprävention

Diese Einteilung unterscheidet danach, ob sich Präventionsmaßnahmen an die Person oder die Umwelt der Person richten.

Verhaltens-prävention

zielt auf eine Verhaltensänderung der eigentlichen Zielpersonen bzw. Personengruppen ab.

Sie sollen bestimmte Kenntnisse, neue Erfahrungen oder spezifische Ressourcen vermittelt bekommen, eine Veränderung des Verhaltens soll bewirkt werden.

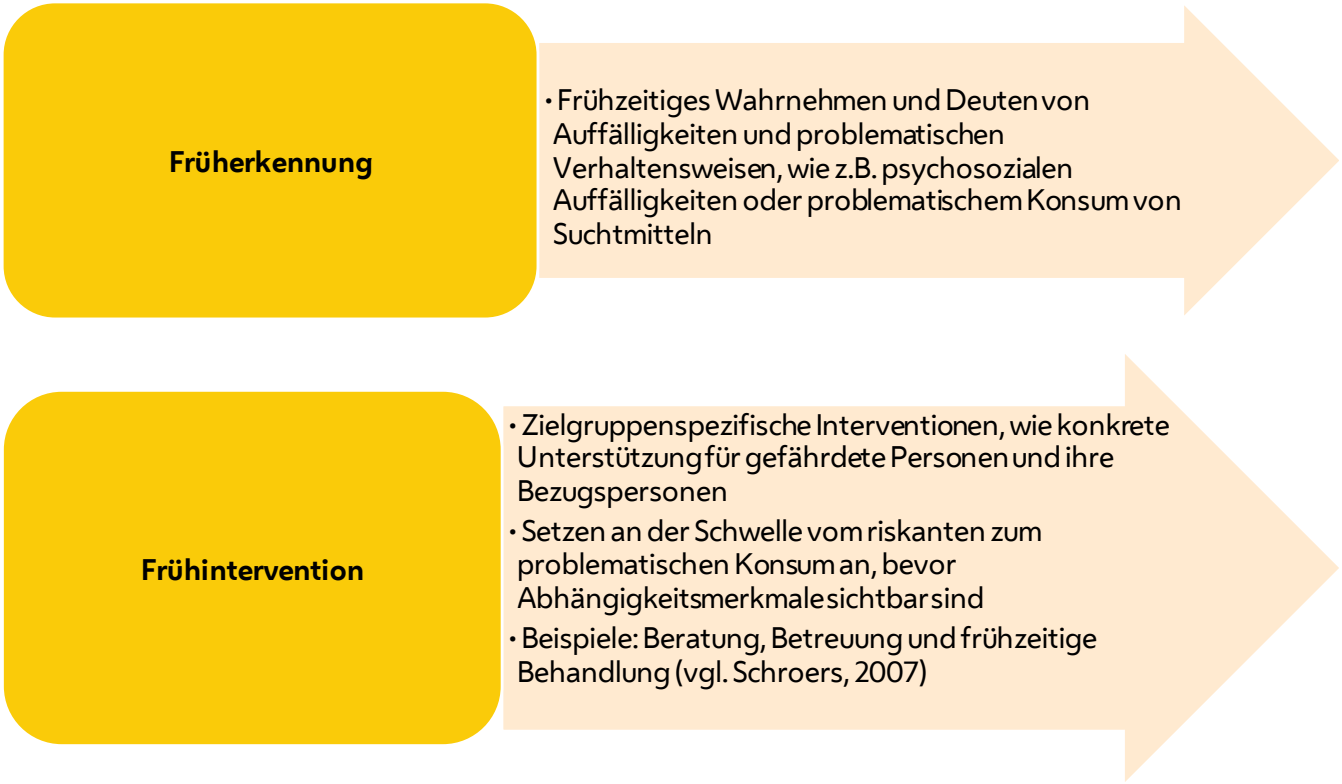
Verhältnis-prävention

zielt auf eine Veränderung der strukturellen Rahmen-bedingungen wie zum Beispiel Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen oder gesetzliche Bestimmungen ab.

Mit den entsprechenden Maßnahmen wird bei den Umwelt-bedingungen und Strukturen oder Gesetzen angesetzt.

Am effizientesten bzw. nachhaltigsten ist es, wenn Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention kombiniert werden, da damit die besten Effekte erzielt werden können.

7.3. Früherkennung/Frühintervention



7.4. Förderung von Lebenskompetenz

Es ist nachgewiesen, dass Maßnahmen und Programme zur Förderung und Stärkung der Lebenskompetenz gewalt- und suchtpräventive Wirkungen haben können.

Unter dem Lebenskompetenzansatz versteht man die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Menschen befähigen, mit altersadäquaten Herausforderungen und Aufgaben des täglichen Lebens erfolgreich umzugehen.

Dieser Ansatz beinhaltet beispielsweise Wissensvermittlung, die Förderung von sozialen und personalen Kompetenzen und die Beeinflussung der Normbildung.
Unter personalen und sozialen Kompetenzen versteht man zum Beispiel die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung sowie Einfühlungsvermögen, konstruktiven Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kommunikationsfertigkeiten, Selbstbehauptung und Standfestigkeit, kreatives Denken, Kritik- und Problemlösungsfähigkeit.

Lebenskompetent ist nach Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO (1994) eine Person, die (Bühler & Kröger, 2006):

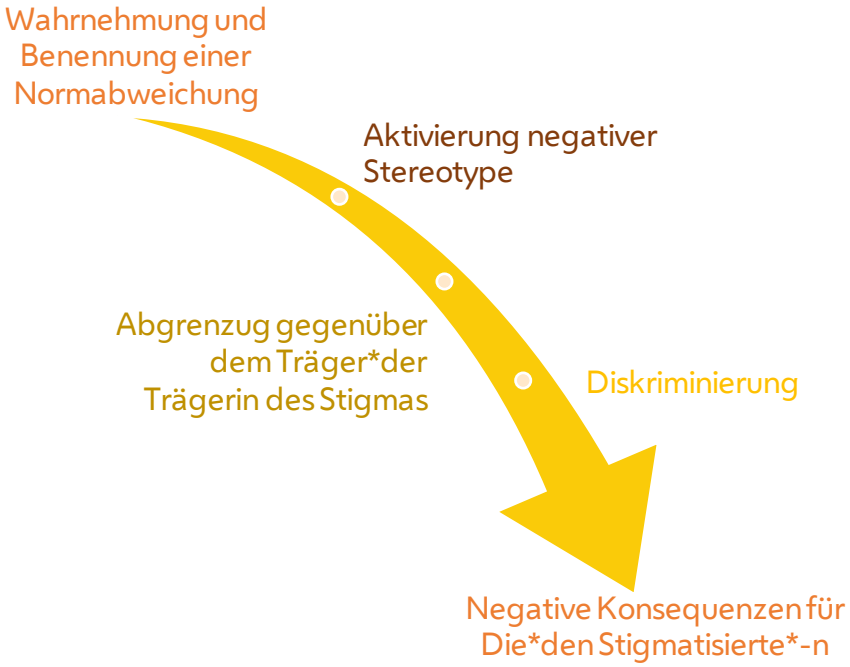
- sich selbst kennt und mag (Selbstwahrnehmung)
- empathisch ist
- kritisch denkt
- kreativ denkt
- kommunizieren kann
- Beziehungen knüpfen und aufrechterhalten kann
- durchdachte Entscheidungen trifft
- erfolgreich Probleme löst
- Gefühle bewältigen kann
- Stress bewältigen kann

Die Förderung dieser Lebenskompetenzen sollte so früh wie möglich – am besten also von Kindesalter an – erfolgen und in der Arbeit mit von Sucht betroffenen Personen ist das (Wieder-)Erlangen von Lebenskompetenzen von zentraler Bedeutung.

8. Was können wir tun? Suchtprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

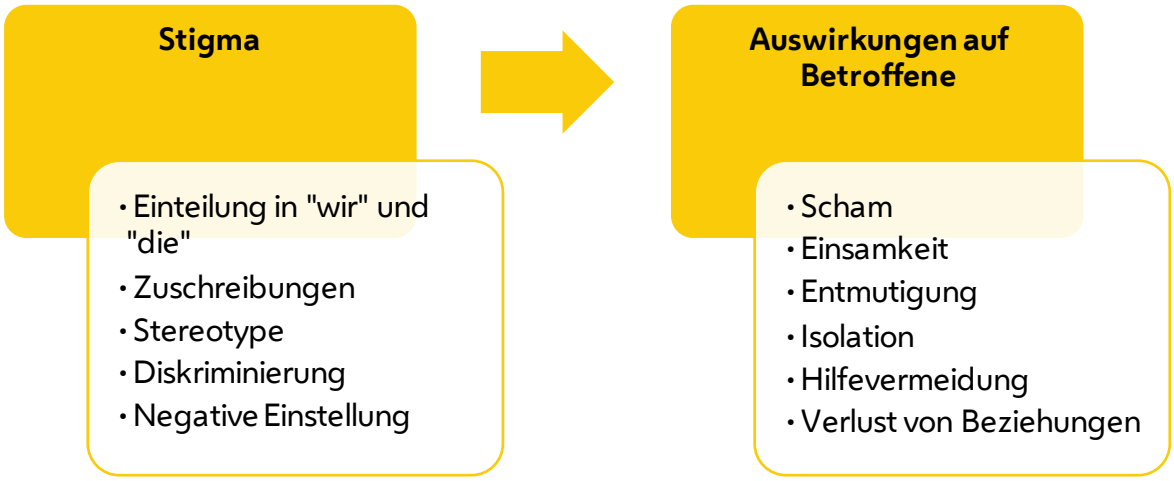
8.1. Gemeinsam an der Entstigmatisierung der Betroffenen arbeiten

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung werden wie bereits erläutert oft stark stigmatisiert. Den Betroffenen werden oft negative Eigenschaften zugeschrieben. Ein verbreitetes Vorurteil ist zum Beispiel, dass Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung einfach schwach sind und die Sucht selbst verschuldet haben: „Sie könnten doch einfach aufhören oder hätten gar nicht erst anfangen müssen."



Warum sind solche Aussagen so gravierend für Menschen? Soziale Beziehungen und die gesellschaftliche Wahrnehmung spielen eine entscheidende Rolle in unser aller Leben. Als soziale Wesen streben wir alle danach, gemocht und positiv wahrgenommen zu werden. Wenn ich als betroffene Person jedoch weiß, dass mein Umfeld oder die Gesellschaft auf meinen Konsum mit Ausgrenzung reagiert, besteht die Gefahr, dass ich mich zurückziehe oder niemandem davon erzähle.

Untersuchungen (u.a. Glass et al., 2014) bestätigen, dass Stigmatisierung und Ausgrenzung die Probleme von Sucht verstärken. Stigmatisierung erschwert die Behandlung von Suchtproblemen, verstärkt die negativen Folgen der Krankheit und isoliert die Betroffenen sowie deren Angehörige, anstatt sie zu unterstützen.



Es ist demnach von großem Wert, eine unterstützende und einfühlsame Umgebung zu fördern, in der Betroffene sich ohne Scham oder Angst vor Stigmatisierung oder Vorurteilen öffnen können.

→ Hilfe und Befähigung statt Ausgrenzung und Abwertung sollten im Umgang mit Suchtkrankheiten im Mittelpunkt stehen.

8.2. Anregungen zur Suchtprävention im Arbeitskontext

Nachfolgend finden Sie einige Punkte, die bei der Suchtprävention im Arbeitskontext und Gestaltung von Maßnahmen zu beachten sind:

Suchtprävention ist eine Querschnittsaufgabe, keine Zusatzaufgabe:

- Suchtprävention bei Kolleg*innen thematisieren
- Maßnahmen überlegen, die in den Arbeitsalltag integrierbar sind und sich an universeller Prävention orientieren

Nachhaltigkeit gewährleisten:

- alle Maßnahmen, wenn möglich, immer als kontinuierlichen Prozess betrachten
- „Blitzaktionen" oder Einzelveranstaltungen vermeiden

Chancengleichheit fördern:

- bei Maßnahmen zum Beispiel auch geschlechts- und kultursensible Aspekte mitberücksichtigen
- auf differenzierte Wahrnehmung des Individuums fokussieren anstelle von voreiligen Rollenzuschreibungen

Verhältnisse positiv beeinflussen:

- Maßnahmen gestalten, die zu einem positiven, stärkenden und stressreduzierenden Klima beitragen

Ressourcen stärken:

- personale und soziale Kompetenzen (Lebenskompetenzen) fördern, Risikokompetenz fördern
- vermehrt auch resiliente Verhaltensweisen fördern

Signale wahrnehmen, aufmerksam beobachten und ernst nehmen:

- auf Auffälligkeiten achten, zum Beispiel mangelnde Leistungen, unangemessenes Verhalten, häufige somatische und psychosomatische Symptome, Aufmerksamkeitsstörungen.

Verlässliche und vertrauensvolle Bezugsperson sein:

- eine vertrauensvolle Beziehung zu den Menschen aufbauen
- nichts versprechen, was nicht gehalten werden kann
- das Gespräch mit den Menschen suchen, dabei behutsam Kontakt aufnehmen

Stets schrittweise und überlegt vorgehen:

- keine Diagnosen stellen oder Handlungen setzen
- auffällige Beobachtungen mit Kolleg*innen bzw. anderen Fachleuten besprechen
- sorgfältige Planung des weiteren Vorgehens, wie zum Beispiel Kontaktaufnahme mit der Person, mit den Eltern, mit weiteren Institutionen

Akzeptierende Haltung:

- persönliche Ängste, Befürchtungen, Vorurteile, Einstellungen, Denk- und Verhaltensweisen reflektieren
- für sich persönlich klare Kriterien und Grenzen formulieren
- Gespräche sind in einer wertschätzenden und akzeptierenden Haltung zu führen, um eine Reflexion über den Konsum zu ermöglichen.

Von Bedeutung ist das Konsummotiv:

- bei Gesprächen über (erste) Konsumerfahrungen nicht ausschließlich über das Suchtmittel sprechen, sondern vor allem über die Motive des Konsums

Im konkreten Anlassfall professionelle Hilfe in Anspruch nehmen:

- Kontaktaufnahme zum Beispiel mit Einrichtungen aus dem Wiener Sucht- und Drogenhilfesystem

8.3. Beratung und Hilfe in Wien

Auf unserer Website (Sucht- und Drogen Koordination Wien) finden sie zahlreiche Anlaufstellen: Angebot Beratung, Behandlung & Betreuung - Sucht- und Drogenkoordination Wien (sdw.wien) (Sucht- und Drogenkoordination Wien).

9. Literaturverzeichnis

Ainslie, G. (2013). Intertemporal Bargaining in Addiction. *Frontiers in Psychiatry*, *4*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00063

Ainslie, G. (2018). The picoeconomics of addiction. In *The Routledge handbook of philosophy and science of addiction* (pp. 34-44). Routledge.

Angerer, P., Glaser, J., Gündel, H., Henningsen, P., Lahmann, C., Letzel, S., & Nowak, D. (Hrsg.). (2014). *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin*. ecomed Medizin.

Bachmayer, S., Strizek, J., & Uhl, A. (2025). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2023.* Gesundheit Österreich, Wien.

Baumeister, R. F., & Heatherton, T. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry*, *7*, 1–15.

Becker, H. S. (2014). *Außenseiter: Zur Soziologie abweichenden Verhaltens* (2. Aufl. 2014). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-01254-0

Berridge, K. C., & Kringelbach, M. L. (2015). Pleasure Systems in the Brain. *Neuron*, *86*(3), 646–664. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.02.018

Bickel, W. K., Koffarnus, M. N., Moody, L., & Wilson, A. G. (2014). The Behavioral- and Neuro-Economic Process of Temporal Discounting: A Candidate Behavioral Marker of Addiction. *Neuropharmacology*, *76*(0 0), 10.1016/j.neuropharm.2013.06.013. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.06.013

Bosque-Prous, M., Espelt, A., Borrell, C., Bartroli, M., Guitart, A. M., Villalbí, J. R., & Brugal, M. T. (2015). Gender differences in hazardous drinking among middle-aged in Europe: The role of social context and women's empowerment. *The European Journal of Public Health*, *25*(4), 698–705. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku234

Boyd, J., Sexton, O., Angus, C., Meier, P., Purshouse, R. C., & Holmes, J. (2022). Causal mechanisms proposed for the alcohol harm paradox—A systematic review. *Addiction*, *117*(1), 33–56. https://doi.org/10.1111/add.15567

Bühler, A. & Kröger, Ch. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). S. 23–24

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2025). ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

Busch, M., Anzenberger J., Brotherhood, A., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I., & Schwarz, T. (2024). Bericht zur Drogensituation 2024. Gesundheit Österreich, Wien.

Collins, S. E. (2016). Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Research: Current Reviews*, *38*(1), 83–94.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the „why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *8*(2), 75–81. https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x

Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, *189*(3), 339–343. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, *20*(2), 239–246. https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.239
Danko, D. (2024). Becoming a Marihuana User. Symbolischer Interaktionismus. In R. Feustel, H. Schmidt-Semisch, & U. Bröckling (Hrsg.). *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*. 2., erweiterte und ergänzte Auflage. Springer Nature, 251–264.

Degkwitz, P. (2005): „Sucht" in einer „praxeologischen" Sicht – Überlegungen zum Potential des soziologischen Ansatzes Bourdieus. In Dollinger, Bernd & Schneider, Wolfgang. Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 63–88

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Substanzgebrauchsstörung: Diagnosekriterien gemäß DSM-V. http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html. (Zuletzt zugegriffen am 18.07.2017 um 15:52 Uhr)

Dilling, H. et al. (Hg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. IDC-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern

Eaton, K., Ohan, J. L., & Dear, G. (2015). The stigmatisation of the provision of services for alcohol and other drug users: A systematic literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *22*(1), 19–25. https://doi.org/10.3109/09687637.2014.977230

Ellis, B. J., Bianchi, J., Griskevicius, V., & Frankenhuis, W. E. (2017). Beyond Risk and Protective Factors: An Adaptation-Based Approach to Resilience. *Perspectives on Psychological Science*, *12*(4), 561–587. https://doi.org/10.1177/1745691617693054

Elkeles, T., & Mielck, A. (1997). Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. In *Jahrbuch für Kritische Medizin: Bd. 26 "Soziale Medizin"* (S. 23–44). Argument Verlag.

Field, M., & Cox, W. (2008). Attentional bias in addictive behaviors: A review of its development, causes, and consequences. *Drug and Alcohol Dependence*, *97*(1–2), 1–20. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.030

Geißler, R. (2014). *Die Sozialstruktur Deutschlands*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19151-5

Geyer, S. (2021). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I109-2.0

Gigerenzer, G., & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic Decision Making. *Annual Review of Psychology*, *62*(1), 451–482. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120709-145346

Glass, J. E., Williams, E. C., & Bucholz, K. K. (2014). Psychiatric Comorbidity and Perceived Alcohol Stigma in a Nationally Representative Sample of Individuals with DSM-5 Alcohol Use Disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *38*(6), 1697–1705. https://doi.org/10.1111/acer.12422

Goffman, E. (2024). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (F. Haug, Übers.; 26. Auflage). Suhrkamp.

Grausgruber, A., Hackl, E., Moosbrugger, R., & Prandner, D. (2018). *Monitoring Public Stigma Austria 1998-2018 (MOPUSTIA18). Teilprojekt 3: Stigmaerfahrungen und Stigmamanagement—Qualitative Interviewstudie mit Betroffenenrechte*.

Helmert, U., & Schorb, F. (2009). Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Auflage, S. 133–148). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Henden, E. (2018). Addiction as a disorder of self-control. In *The Routledge handbook of philosophy and science of addiction* (pp. 45-53). Routledge.

Heyman, G. M. (2013). Addiction and Choice: Theory and New Data. *Frontiers in Psychiatry*, *4*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00031

Heyman, G.M. (2018). The puzzle of addiction. In *The Routledge handbook of philosophy and science of addiction* (pp. 9-22). Routledge.

Horyniak, D., Melo, J. S., Farrell, R. M., Ojeda, V. D., & Strathdee, S. A. (2016). Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. *PLOS ONE*, *11*(7), e0159134. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159134

Hradil, S. (2009). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Auflage, S. 35–54). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). The Influence of Gender and Sexual Orientation on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems: Toward a Global Perspective. *Alcohol Research: Current Reviews*, *38*(1), 121–132.

Inzlicht, M., Werner, K. M., Briskin, J. L., & Roberts, B. W. (2021). *Integrating Models of Self-Regulation. Annual Review of Psychology*, 319–345.

Kahnemann, D., & Tversky, A. (1972). Prospect Theory: A decision making under risk. *Econometrica*, *47*, 264–292.

Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, *4*(5), 231–244. https://doi.org/10.3109/10673229709030550

Kalke, J. & Wurst, M. F. (2015): Glücksspiel und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg

Klimont, J. (2020). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien.

Klimont, J., & Prammer-Waldhör, M. (2020). *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019*. Statistik Austria, Wien.

Koller, G. (1999): ZuMutungen. Ein Leitfaden zur Suchtvorbeugung für Theorie und Praxis. 3. Aufl. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.

Koob, G. F. (2021). Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Development. *Pharmacological Reviews*, *73*(1), 163–201. https://doi.org/10.1124/pharmrev.120.000083

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Addiction and the Brain Antireward System. *Annual Review of Psychology*, *59*(1), 29–53. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093548

Koob, G. F., & Moal, M. L. (1997). Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation. *Science*, *278*(5335), Article 5335. https://doi.org/10.1126/science.278.5335.52

Kutschke, A. (2012). *Sucht - Alter - Pflege: Praxishandbuch für die Pflege suchtkranker alter Menschen* (1. Auflage). Verlag Hans Huber.

Lampert, T., Kroll, L. E., Von Der Lippe, E., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit

Levy, N. (2013). Addiction is Not a Brain Disease (and it Matters). *Frontiers in Psychiatry*, *4*. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2013.00024

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*(1), 363–385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363

Livingston, J. D. (2020). *Structural stigma in health-care contexts for people with mental health and substance use issues.* Ottawa: Mental Health Commission of Canada.

Machado, S., Kyriopoulos, I., Orav, E. J., & Papanicolas, I. (2025). Association between Wealth and Mortality in the United States and Europe. *New England Journal of Medicine*, *392*(13), 1310–1319. https://doi.org/10.1056/NEJMsa2408259

Mackenbach, J. P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU*. COI for the Department of Health. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ue-healthinequalities-01.pdf

Meili, D. et al. (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele der Suchttherapie. In: Suchttherapie Ausgabe 1; März 2004; Verlag: Thieme, Stuttgart; S. 2–9

Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(7), 2693–2698. https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108

Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994): Reducing Risks for Mental Disorders. In: Frontiers for Preventive Intervention Research. National Academy Press: Washington, D.C.

Neth, H., & Gigerenzer, G. (2015). Heuristics: Tools for an Uncertain World. In R. A. Scott & S. M. Kosslyn (Hrsg.), *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences* (1. Aufl., S. 1–18). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781118900772.etrds0394

Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology*, *36*(1), 349–370. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529

Paulus, M. P. (2007). Neural basis of reward and craving—A homeostatic point of view. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *9*(4), 379–387. https://doi.org/10.31887/DCNS.2007.9.4/mpaulus

Pförtner, T.-K. (2013). *Armut und Gesundheit in Europa: Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-01412-4

Pinquart, M., & Silbereisen, R. K. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk*

Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 89–99). Hogrefe.

Pool, E., Sennwald, V., Delplanque, S., Brosch, T., & Sander, D. (2016). Measuring wanting and liking from animals to humans: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *63*, 124–142. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.006

Probst, C., Kilian, C., Sanchez, S., Lange, S., & Rehm, J. (2020). The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: A systematic review. *The Lancet Public Health*, *5*(6), e324–e332. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9

Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Auflage, S. 267–282). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2025). The Incentive-Sensitization Theory of Addiction 30 Years On. *Annual Review of Psychology*, *76*(1), 29–58. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-011624-024031

Robson, D. A., Allen, M. S., & Howard, S. J. (2020). Self-regulation in childhood as a predictor of future outcomes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *146*(4), 324–354. https://doi.org/10.1037/bul0000227

Rüsch, N., Heland-Graef, M., & Berg-Peer, J. (2021). *Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung: wissenschaftsbasiertes Sachbuch* (1. Auflage). Elsevier.

Ruff, C. C., & Fehr, E. (2014). The neurobiology of rewards and values in social decision making. *Nature Reviews Neuroscience*, *15*(8), 549–562. https://doi.org/10.1038/nrn3776

Schneider, S. (2008). Der Schichtgradient von Morbidität und Mortalität: Vorschlag für ein theoretisches Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, *33*(1), 43. https://doi.org/10.1007/s11614-008-0003-2

Schomerus, G., & Corrigan, P. W. (2022). Understanding the Stigma of Substance Use Disorders. In G. Schomerus & P. W. Corrigan (Hrsg.), *The Stigma of Substance Use*

Disorders (1. Aufl., S. 1–14). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108936972.001

Schomerus, G., Spahlholz, J., & Speerforck, S. (2023). Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *66*(4), 416–422. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3

Schomerus, G., & Speerforck, S. (2023). Suchtbehandlung ohne Schuldzuschreibung – eine Utopie? *Psychiatrische Praxis*, *50*(04), 175–177. https://doi.org/10.1055/a-2063-0747

Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen: Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen* (1. Auflage). Elsevier, Urban & Fischer.

Simon, H. A. (1972). *Theories of Bounded Rationality*.

Schomerus & P. W. Corrigan (Hrsg.), *The Stigma of Substance Use Disorders* (1. Aufl., S. 232–251). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108936972.013

Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2007). The affect heuristic. *European Journal of Operational Research*, *177*(3), 1333–1352. https://doi.org/10.1016/j.ejor.2005.04.006

Solomon, R. L. (1980). The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation. *American Psychologist*, *35*, 691–712.

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013): Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013, Wien

Strizek, J., Akartuna, D., Busch, M., & Schwarz, T. (2025). *ESPAD Österreich 2024. Ergebnisbericht*. Gesundheit Österreich, Wien.

Strizek, J., Busch, M., Puhm, A., & Schwarz, T. (2023). *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle*. Gesundheit Österreich, Wien.

Strizek, J., Busch, M., Puhm, A., Schwarz, T., & Uhl, A. (2021). *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial*. Gesundheit Österreich, Wien.

Strizek, J., Gaiswinkler, S., Nowotny, M., Puhm, A., & Uhl, A. (2023). *Handbuch Alkohol—Österreich Band 3: Ausgewählte Themen*. Gesundheit Österreich, Wien.

Thomasius, R., Stolle, M., & Sack, P.-M. (2009). Entwicklungspsychopathologisches Modell. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. J. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 139–146). Schattauer.

Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., … Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, *400*(10361), 1438–1480. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *131*(1–2), 23–35. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018

Van Dorp, M., Boon, A., Spijkerman, R., & Los, L. (2021). Substance use prevalence rates among migrant and native adolescents in Europe: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, *40*(2), 325–339. https://doi.org/10.1111/dar.13154

West, R., & Brown, J. (2014). *Theory of addiction*. Wiley Blackwell/Addiction Press.

Weyers, S., Dragano, N., Richter, M., & Bosma, H. (2010). How does socio economic position link to health behaviour? Sociological pathways and perspectives for health promotion. *Global Health Promotion*, *17*(2), 25–33. https://doi.org/10.1177/1757975910365232

Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011): Was ist klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), Klinische Psychologie & Psychotherapie (S. 3–25). Berlin/Heidelberg: Springer.

Wolter, D. K. (2011). *Sucht im Alter - Altern und Sucht: Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie* (1. Aufl). Kohlhammer.

World Health Organization (WHO): Management of substance abuse. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ (zuletzt zugegriffen am 23.06.2025 um 13:44 Uhr)

Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M., & Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: An international phenomenon. *Current Opinion in Psychiatry*, *30*(5), 378–388. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000351

Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use* (Vol. 7). New Haven, CT: Yale University Press.

© Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)
Dieses Skriptum ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte bleiben auch bei nur auszugsweiser Verwertung der SDW/dem ISP vorbehalten.

Herausgegeben von:
Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
Modecenterstraße 14/B/5. OG
1030 Wien
Stand: Juli 2025