

Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft.

Präambel

Fünf einfache ethische Prinzipien, formuliert in der Europäischen Charta Alkohol¹, bringen die Anforderungen an eine am Menschen orientierte und fachlich begründete Suchtprävention auf den Punkt:

- 1 Das Recht auf Schutz in Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.
- 2 Das Recht auf korrekte, unparteiische Information.
- 3 Das Recht, insbesondere für Kinder und Jugendliche, in einer schützenden Umwelt aufzuwachsen. Dies bezieht den Schutz vor Alkohol- und Tabakwerbung ein.
- 4 Das Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.
- 5 Das Recht, keinem Druck zum Suchtmittelkonsum ausgesetzt zu werden und im abstinenten Verhalten bestärkt zu werden.

Diese schon im Jahr 1995 formulierten Grundsätze für Alkoholpolitik sind noch immer aktuell – und übertragbar auf die Suchtprävention insgesamt. Sie müssen allerdings in Bezug auf neuere Entwicklungen und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse sowohl ergänzt als auch konkretisiert werden.

Seit Langem wissen wir, dass viele Präventionsangebote die Menschen, die sie erreichen sollen, nicht erreichen. Häufig profitieren von Präventionskampagnen oder -projekten nur gebildete Schichten. Soziale Ungleichheit verhindert auch in der Suchtprävention, dass alle Menschen gleichberechtigt Zugang zu geeigneten Angeboten erhalten und diese auch wahrnehmen können.²

Suchtprävention kann keine Fehlentwicklungen der Wirtschafts- und Sozialpolitik ausgleichen. Sie kann jedoch, richtig angewandt, Fehlentwicklungen gegensteuern und damit jede Einzelne und jeden Einzelnen vor gesundheitlichen Schäden bewahren und gesellschaftliche Kosten im Gesundheitswesen sowie im Sozial- und Wirtschaftssektor senken.

Aus diesen Gründen will sich die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) als Vertreterin nahezu aller in der Suchthilfe und Suchtprävention tätigen Verbände und Organisationen klar und deutlich für eine wirksame Suchtprävention positionieren. Die DHS und ihre Mitgliedsverbände verfolgen das Ziel, nachhaltige Fortschritte in der Suchtprävention zu erreichen, zu sichern und anzuregen.

¹ WHO, Regionalbüro Europa, 1995. Im Folgenden werden die ethischen Prinzipien auf alle psychotropen Substanzen übertragen.

² CSDH (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

Einleitung

Süchtiges Verhalten hat viele Ausprägungen: Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten, illegalen Drogen und auch Verhaltensweisen können zu Sucht bzw. suchtähnlichen, pathologischen Gesundheitsstörungen führen. Neben den Gefährdungen durch Abhängigkeit stehen immer häufiger auch riskante Verhaltensweisen und riskante Konsummuster im Fokus der Prävention. Es gilt, den Einstieg in Konsum und schädigende Verhaltensweisen zu verhindern bzw. so lange wie möglich hinauszuschieben.

Suchtprävention ist eine tragende Säule deutscher Suchtpolitik. Gleichwohl ist sie im Vergleich zu den Säulen „Therapie“, „Schadensminimierung“ und „Repression“ und auch in Bezug auf die hohen Erwartungen, die mit ihr verknüpft sind, immer noch die finanziell weitaus schwächste. Während für Therapie oder Repression gesetzliche Grundlagen und daraus abgeleitete Finanzierungswege bestehen, existieren diese bezüglich der Suchtprävention nur bedingt.

Aufgrund des finanziellen und fachlichen Engagements des Bundes, der Länder, Kreise und Kommunen sowie des fachlichen und finanziellen Engagements der in der DHS organisierten Verbände hat sich Suchtprävention in Deutschland während der vergangenen zwanzig Jahre als eigenständiges Arbeitsfeld entwickelt. Die dafür vornehmlich bei den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege angegliederten Fachkräfte und Fachstellen für Suchtprävention sind – neben einigen in Kommunen beschäftigten Suchtpräventionsfachkräften – bundesweit die einzigen hauptamtlich Tätigen bzw. Agenturen, die sich ausschließlich der Suchtprävention widmen.

Suchtprävention als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe

Suchtprävention ist ein Arbeitsbereich mit eigenem Profil und eigenen Strukturen innerhalb der Suchthilfe. Die in der Medizin verwendeten Begriffe – und damit auch Konzepte – der „Primärprävention“, „Sekundärprävention“ und „Tertiärprävention“ wurden in der Suchtprävention ersetzt und mit einem veränderten Verständnis unterlegt. Die Unterteilung in „universelle“, „selektive“ und „indizierte“ Prävention orientiert sich u. a. an den unterschiedlichen Bedarfen der Zielgruppen; Risiko- und Schutzfaktoren werden berücksichtigt.

Die Qualität der präventiven Projekte, Programme, Kampagnen sowie der Politiken (Gesetze, Verordnungen und Interventionen) auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene lässt sich messen und muss gemessen werden. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Struktur- und Prozess- als auch der Ergebnisqualität.

Wird Suchtprävention nicht dauerhaft und konsequent fortgeführt, sind Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung gefährdet. Zudem entstehen hohe vermeidbare Kosten für medizinische Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, durch Produktivitätsausfälle und Arbeitslosigkeit, durch kriminelles Verhalten unter Substanzeinfluss oder bei Beschaffung, durch gefährdendes Verhalten im Straßenverkehr und weitere gesundheitliche, psychosoziale und materielle Folgeschäden. In diesem Sinne ist Suchtprävention eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe mit Verantwort-

lichkeit für alle hier angesprochenen gesellschaftlichen Sektoren, Institutionen und Akteure. Politiker/-innen, Entscheidungsträger/-innen, Forscher/-innen und in der Praxis Tätige müssen zusammenwirken, um die Gestaltung, Weiterentwicklung und Fortführung einer nachhaltigen und finanziell abgesicherten Prävention zu initiieren und zu gewährleisten. Mitarbeiter/-innen des Gesundheits-, Sozial-, Jugend- und Kulturbereichs müssen ihre Einflussmöglichkeiten nutzen, wirksame Suchtprävention einzufordern, umzusetzen und zu kommunizieren.

Ziele der Suchtprävention

Suchtprävention zielt darauf ab, gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden, die mit dem Gebrauch legaler und illegaler Substanzen sowie den Folgen süchtigen Verhaltens verbunden sind, vorzubeugen. Für jeden Menschen soll sich dadurch die Chance erhöhen, ein suchtfreies oder von Sucht so weit wie möglich unbeeinträchtigtes Leben zu führen.

Suchtprävention umfasst alle verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen, die riskanten und abhängigen Gebrauch von Suchtmitteln sowie süchtige Verhaltensweisen verhindern, reduzieren oder risikoärmere Verhaltensmuster fördern. Dies bezieht die positive Beeinflussung der Lebenszusammenhänge ein. Schon im Jahr 1983 führte die DHS in ihrer Veröffentlichung „Drogenprävention – eine Standortbestimmung“ den Abbau der Jugendarbeitslosigkeit als ein wirksames Mittel der Primärprävention an. Die Autoren stellten fest: „Prävention ist auch Gesellschaftspolitik.“ Heute findet sich dieser Gedanke im so genannten „Setting“-Ansatz wieder. Gemeint sind dabei nicht in erster Linie Interventionen in den verschiedenen „Settings“ (z. B. Familie, Schule, Betrieb), sondern eine gesundheitsförderliche Veränderung der Lebenswelten, also Verhältnisprävention. Die Settings werden verstanden als Orte, an denen die dort lebenden, lernenden oder arbeitenden Bevölkerungsgruppen Chancen zu mehr Kontrolle über die Rahmenbedingungen ihrer Gesundheit erlangen und dadurch ihre Gesundheit stärken können. Auch das „Empowerment“ spielt hierbei eine Rolle. Kinder und Jugendliche können in den „Settings“ Familie, Kita, Schule und Freizeit eine Stärkung der individuellen Kompetenzen erfahren. Für Erwachsene gilt dies z. B. im Rahmen der Arbeitswelt.

Suchtprävention zielt ebenso auf den Schutz des sozialen Umfelds bzw. Dritter, so beispielsweise beim Nichtraucherschutz, bei der Verhinderung des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS/FASD), an der Schnittstelle zur Gewalt- oder Verkehrsunfallprävention oder bei der Unterstützung von Kindern aus suchtbelasteten Familien und Lebensgemeinschaften.

Strategien: Verhältnisprävention und Verhaltensprävention

Effektive Präventionsstrategien basieren auf zwei sich ergänzenden Ansätzen: Verhältnisprävention beeinflusst gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Jugendschutz, Verfügbarkeiten, Preise, Werbung etc.) und zielt auf die Veränderung der Lebenswelten. Verhaltensprävention soll das Verhalten einzelner Personen oder Zielgruppen positiv beeinflussen.

Häufig favorisierte Maßnahmen, die ausschließlich auf möglichst direkte Verhaltensänderungen zielen, sind für gesundheitspolitisch und epidemiologisch positive und dauerhafte Effekte allein nur bedingt geeignet, wenn und solange die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen den Konsum von Suchtmitteln und süchtiges Verhalten begünstigen. Vielmehr bestimmen Lebensbedingungen (sozialer Status) und Lebensumstände (Lebenswelten und Umfeld) maßgeblich das individuelle Verhalten und sind deshalb in der Prävention unbedingt zu berücksichtigen.

Zu den verhältnispräventiven Interventionen zählen gesetzliche Maßnahmen, die sich auf die Verfügbarkeit legaler und illegaler Suchtmittel beziehen (z. B. Jugendschutzgesetz, Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz) und das Angebot legaler Suchtmittel sowie kommerzieller Glücksspiele steuern oder reglementieren (z. B. Preisgestaltung/Besteuerung, Verkaufs- und Werbebeschränkungen). Darüber hinaus hat die Gestaltung der Verhältnisse in den Lebens- und Arbeitsbereichen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen suchtpreventive und gesundheitsfördernde Bedeutung. Suchtfördernde Strukturen und Gewohnheiten müssen erkannt und über alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens – von der frühen Kindheit bis zu den Lebensbedingungen alter Menschen – stärker in den Blick genommen werden, indem den Erfordernissen der Suchtprävention sowie der Gesundheitsförderung Rechnung getragen wird.

Eine so geartete verhältnisbezogene Prävention schafft die Grundlage, auf der verhaltensbezogene Prävention epidemiologisch erst wirken kann. Gemeinsam beeinflussen sie suchtbegünstigende Lebensbedingungen und Verhaltensweisen. Durch die Verbesserung der Lebensverhältnisse in Familie und Lebensgemeinschaft, Schule und Freizeit, Studium und Arbeitswelt wird die Grundlage für einen eigenständigen und kritischen Umgang mit Suchtmitteln erreicht (Risikokompetenz in Bezug auf selbstschädigendes Verhalten). Dazu gehört auch, den Einfluss kulturell verankerter Konsumsitten und -rituale zu thematisieren und ein realistisches Bild von Suchtmittelwirkungen und -risiken zu vermitteln.

Verantwortung und Struktur

Suchtprävention ist in Deutschland durch föderale Strukturen (Bund, Länder und Kommunalebene) und eine Vielfalt von Zuständigkeiten geprägt, z. B. in Fachdienststellen der öffentlichen Verwaltung und gesellschaftlichen Institutionen bzw. Trägern. Auf der Bundes-, Länder- und Kommunalebene übernehmen Jugend-, Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik und -verwaltung auch Aufgaben der Suchtprävention, die sich ergänzen und teilweise überschneiden. Sie sind durch Gesetz (Bund) oder durch Gesetz und Erlass (Länder) geregelt und werden weitgehend auf kommunaler Ebene umgesetzt.

In der Zuständigkeit der Bundesgesetzgebung stehen insbesondere die Jugendhilfe, der Jugendschutz, der Verbraucherschutz, die Werbung, der Straßenverkehr, das Arzneimittelgesetz, das Betäubungsmittelgesetz und die Suchtmittelsubvention (Bundesmonopolverwaltung für Branntwein, Agrarsubventionen für Wein- und Tabakanbau) sowie die Steuergesetze.

Die Zuständigkeit der Länder umfasst insbesondere die Gesundheits-, Glücksspiel-, Nichtraucher- und Ladenschlussgesetze. Die Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten kann auch hier durch Forschung oder mittels Modellprojekten befördert werden. Aufgabe der Kreise, kreisfreien Städte sowie der kreisangehörigen Städte und Gemeinden ist die Umsetzung der Gesetze und Erlasse, z. B. des Jugendschutzes, der Gesundheitsförderung und Prävention, des Gaststättenrechts und des Ordnungsrechts (u. a. Spielhallengesetzgebung). Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst der unteren Gesundheitsbehörde (Kreis oder Stadt) obliegt die kommunale Bedarfsfeststellung und Koordination, die Versorgung im Suchthilfebereich und die Durchführung von Projekten.

Zusätzlich bestehen gesetzliche Verpflichtungen und Aufgaben der gesetzlichen (nicht jedoch der privaten) Krankenkassen sowie der Rentenversicherung im Bereich der gesundheitlichen Prävention und damit auch der Suchtprävention.

Erfordernisse erfolgreicher Suchtprävention

Suchtprävention kann nur dann spürbare, dauerhafte Effekte erzielen, wenn Gesundheitspolitik, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen Vorrang vor wirtschaftlichen Partikularinteressen genießen. Die DHS sieht deshalb im Sinne einer wirksamen und erfolgversprechenden Suchtprävention in Deutschland notwendige Handlungsbedarfe in verhältnispräventiver, qualitativer und finanzieller Hinsicht. Solche Handlungsbedarfe muss ein nationales Präventionsgesetz aufgreifen und zur suchtpreventiven handlungsleitenden Option erklären.

Investitionen in die Suchtprävention sollen nachhaltig und effektiv sein. Doch sind Verhaltensänderungen infolge von Präventionsinterventionen in aller Regel nicht unmittelbar nachzuweisen. Investitionen in suchtpreventive Maßnahmen und durch sie begründete Einsparungen treten zudem oft in zeitlichem Abstand mehrerer Jahre auf. Und eine exakte Effektzuweisung einer bestimmten Investition ist aufgrund vieler verschiedener Einflussfaktoren auf die Zielgruppe oft nicht nachvollziehbar.

Dennoch sind Investitionen in suchtpreventive Maßnahmen fraglos zielführend und Erfolge zu beobachten. Unternehmen, die in betriebliche Suchtprävention investieren, können direkte und indirekte Kosten (beispielsweise durch Fehlzeiten, geringere Produktivität und Arbeitsunfälle) verringern. Dadurch profitieren sie auf betriebswirtschaftlicher Ebene. Die Erfolge sind messbar. Von einem besseren Betriebsklima profitiert auch die Mitarbeiterschaft.

Daneben sind Investitionen im kommunalen Bereich erforderlich. Aktives und fortdauerndes suchtpreventives Engagement einer Kommune reduziert Szenarien im öffentlichen und privaten Raum, die hohe Gefährdungs- und Bedrohungspotenziale aufweisen. Dies sind z. B. unangemessenes oder aggressives Verhalten in der Öffentlichkeit und in der Familie, Vandalismus und andere Straf- und Gewaltdelikte, „Spiel“ mit dem Risiko und Unfälle. Dritte werden durch Suchtprävention geschützt und Kosten für alle Beteiligten gesenkt. Suchtprävention trägt insgesamt zu mehr Lebensqualität in der Kommune bei.

Suchtpolitik wird im Hinblick auf Präventionsbemühungen nur dann erfolgreich sein, wenn sie konsequent und glaubhaft ist. Dies gilt für die Bereiche des Sozialleistungsrechts ebenso wie beispielsweise für die Wirtschaftsförderungs- bzw. Subventionspolitik, und zwar sowohl auf nationaler wie auf EU-Ebene. Zudem hängt ihr Erfolg maßgeblich davon ab, ob ein angemessenes Verhältnis zwischen den gesellschaftlich und gesundheitspolitisch definierten Zielsetzungen und den dafür eingesetzten Mitteln besteht. Es ist bekannt und nachgewiesen, dass und wie Prävention wirkt. Voraussetzung für ihre Wirksamkeit sind eindeutige Zielsetzungen, konkret beschriebene Zielgruppen und langfristige Planungen.

In der Prävention werden darüber hinaus Ressourcen benötigt für Evaluation, damit Wirkungen belegt und Strategien und Botschaften weiterentwickelt werden können. Nur so kann sich Prävention stets auf neue und auch wachsende Herausforderungen vorbereiten.

Im Einzelnen sieht die DHS Erfordernisse vor allem auf drei Ebenen:

Verhältnis- und verhaltenspräventive Erfordernisse

- Suchtprävention muss beide Strategien umfassen:
 - die Steuerung von Angebot und Nachfrage durch die aktive Lenkung der Preise für Alkohol- und Tabakprodukte, der Verfügbarkeiten und der Werbung. Insbesondere hinsichtlich der Werbung befürwortet die DHS ein umfassendes Werbeverbot für Suchtmittel, wie es international bereits vielfach und national bereits für verschreibungspflichtige Medikamente gilt. Dies schließt auch die Werbung im Internet ein und ein Sponsoring-Verbot für die Hersteller;
 - die Nachfragereduktion durch Information, Aufklärung und Schulung der Konsumentinnen und Konsumenten sowie aller (Personal-)Verantwortlichen in Schule, Ausbildung und Studium und am Arbeitsplatz.
- Gesundheitspolitik mit dem Ziel der Suchtprävention bedarf einer inneren Konsistenz, sie muss glaubhaft sein. Hieraus ergeben sich Konsequenzen für das Steuer- und Sozialleistungsrecht, für Strategien der Wirtschaftsförderung und Subventionspolitik auf nationaler und EU-Ebene.
- Notwendig ist die Anerkennung des in der Gesellschaft fortdauernden Konsums aller bekannten Rausch- und Suchtmittel. Dies ermöglicht den Akteuren im Handlungsfeld „Sucht“ einen verbesserten niedrighwelligen Zugang zu Konsumenten und Konsumentinnen, nicht zuletzt den Abhängigen unter ihnen. Zudem ist es die Voraussetzung schadensminimierender Maßnahmen.
- Für die Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften sind Produzenten und Händler alkoholhaltiger Getränke, der Tabakindustrie sowie die Glücksspielanbieter verantwortlich – und wirksam zur Verantwortung zu ziehen. Selbstverpflichtungen der Industrie haben sich als unwirksam erwiesen. Sie sind durch gesetzliche Regulierungen zu ersetzen, die eine unabhängige und sanktionsbewährte Überprüfung ermöglichen.

- Erforderlich ist eine gesetzliche Verpflichtung zur Transparenz jeglicher Lobby-Aktivitäten von beispielsweise Tabak-, Alkohol- und Glückspielindustrie im Bereich staatlicher Politik auf nationaler (Bund, Länder, Kommunen) und EU-Ebene, insbesondere im Spenden- und Sponsoring-Engagement.
- Gesetzliche Auflagen und Beschränkungen für den Bereich von Spenden-Aktivitäten in nicht kommerziellen, gemeinnützigen Bereichen (z. B. Freizeit, Kultur, insbesondere im Sportbereich) sind zu erlassen und umzusetzen. Dies sollte sich auf die Höhe der finanziellen Zuwendungen beziehen sowie auf die Ausweisung der Identität von Spendern etc.
- Berufsgruppen und Berufsverbände sollen angeregt werden, eigene suchtpreventive Konzepte zu formulieren und ihre Einhaltung transparent zu machen.
- Alle Gremien, die über Erfordernisse und Strategien suchtpreventiver Maßnahmen oder Forschungsprojekte entscheiden, müssen Vertretungen definierter Zielgruppen beteiligen (z. B. Schüler, Jugendliche, Auszubildende, Studierende, Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, Seniorinnen und Senioren).

Qualitative Erfordernisse

- Suchtpreventive Interventionen müssen geprüfte Qualitätsstandards erfüllen bzw. die Ergebnisse durchgeführter Evaluationen und wissenschaftlicher Forschung berücksichtigen. Kontinuierliche Evaluation von Maßnahmen, Projekten und Politiken bietet langfristig auch die Gewähr dafür, flexibel und effektiv auf neue und wachsende Herausforderungen im Handlungsfeld „Sucht“ reagieren und präventiv agieren zu können.
- Die in der Suchtprävention Tätigen, vor allem die Fachkräfte für Suchtprävention, sind auf drei Handlungsmaximen zu verpflichten: auf abgestimmte Gesundheitsziele, auf die dem gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende Methodik (Interventionstypen) und daraus entwickelte Konzepte sowie auf professionelle Qualitätssicherung und Evaluation einschließlich der Veröffentlichung ihrer Daten.
- Suchtprävention hat die sozialen Lagen der Zielgruppen zu berücksichtigen und Angebote zu entwickeln und vorzuhalten, die den Lebenswelten der Betroffenen gerecht werden und den Zugang zu den Angeboten erleichtern.
- Medienkampagnen haben als ergänzende und unterstützende Maßnahmen zur Information der Bevölkerung bzw. einzelner Zielgruppen die Funktion, Aufmerksamkeit für suchtbetragene Themen zu wecken, zur Auseinandersetzung mit ihnen zu motivieren und die Bereitschaft für eine gesellschaftliche Veränderung in der Einstellung zu Suchtmitteln zu verbreitern.
- Für Präventionsfachkräfte im Gesundheitsbereich, in der Sozialen Arbeit und in angrenzenden Arbeitsfeldern sind verbindliche Aus-, Weiter- und Fortbildungen einzuführen, die zu dieser anspruchsvollen Tätigkeit befähigen.
- Für die Suchtprävention relevante Fragestellungen sollten mittels Forschung und Modellprojekten geprüft werden.

Finanzielle Erfordernisse

- Leistungen für Suchtprävention müssen gesetzlich geregelt und damit verlässlich und planungssicher finanziert werden. Ziel aller politischen Entscheidungsgremien sollte die Regelfinanzierung suchtpreventiver Maßnahmen sein. Suchtprävention ist geprägt von Zuständigkeitsvielfalt und gesetzlichen Teilzuständigkeiten. Für den Aufbau einer einheitlichen und verbindlichen Finanzierung dieses Arbeitsfeldes ist die Transparenz aller Aktivitäten dringend herzustellen. Diese Transparenz bezieht sich ebenso auf die Finanzierung suchtpreventiver Aktivitäten öffentlicher und privater Anbieter. Es ist zwingend erforderlich, durch eine gemeinsame und verlässliche Finanzierung aller Sozial- und Krankenversicherungen einschließlich der privaten Krankenversicherung und der öffentlichen Hand (Bund, Länder und Kommunen) eine tragfähige Grundlage umfassend effektiver suchtpreventiver Arbeit zu schaffen.
- Öffentliche Suchtprävention muss als eigenständiger und – neben Beratung und Behandlung (Therapie und Rehabilitation) – gleichberechtigter Typ der öffentlich finanzierten Gesundheitsförderung abgesichert werden.
- Das Qualitätsmerkmal der Evaluation ist für den Bereich der Sozialen Arbeit eine besondere wissenschaftliche Herausforderung und bedarf daher unbedingt der finanziellen Absicherung. Erfolgreich evaluierte suchtpreventive Maßnahmen müssen in Regelfinanzierungen überführt werden.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. ermuntert die Gesetzgeber von Bund und Ländern zu einer Gesetzgebung, die nachhaltige Strukturen für die Verhältnisprävention (Einhaltung des Jugendschutzes, Reduzierung der Verfügbarkeit, Preiserhöhungen, Werbebeschränkungen etc.) und die Verhaltensprävention (Finanzierung evaluierter und als wirksam erwiesener suchtpreventiver Maßnahmen) schafft. Das schließt den flächendeckenden Einsatz und die Finanzierung weiterer Fachstellen für Suchtprävention (Verhältnis- und Verhaltensprävention) ebenso ein wie den Ausbau der Forschung und die Koordination und Qualifizierung dieses Handlungsfeldes.

Suchtprävention ist als Leistungsaufgabe und eigenständiges Arbeitsfeld in der Suchthilfe in die öffentliche Gesundheitsversorgung aufzunehmen. Der Vorrang lediglich medizinisch ausgerichteter Prävention ist aufzuheben. Dies gilt insbesondere für ein Gesetz zur Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz).

Hamm, 3. Juni 2014

Vom DHS-Fachausschuss Prävention (Dr. Hans-Jürgen Hallmann, Anne Lubinski, Jürgen Mühl, Brigitte Münzel, Dr. Johannes P. Petersen, Wolfgang Rometsch, Doris Sarrazin, Wolfgang Schmidt-Rosengarten, Conrad Tönsing und Dr. Michael Tremmel) unter Mitarbeit von Dr. Raphael Gaßmann, Christa Merfert-Diete und Prof. Dr. Renate Soellner dem Vorstand der DHS vorgelegt und von diesem nach Diskussion am 3. Juni 2014 einstimmig verabschiedet.