

STAATS LEXIKON

8. Auflage

Band 5

Schule – Virtuelle Realität

HERDER

kommen. Zudem sieht sich die Vergabe von Beihilfen einem Informations- und Kontrollproblem gegenüber. Denn damit im Fall des Marktversagens Mittel im richtigen Umfang und in der sinnvollen Dauer eingesetzt werden, bedarf es eines umfassenden und konkreten Wissens, über das die Vergabeinstitution nur begrenzt verfügen kann (\uparrow Information, \uparrow Österreichische Schule der Nationalökonomie). Ebenso schwierig dürfte eine adäquate Kontrolle der Mittelverwendung sein, sodass neben dem ineffizienten Einsatz auch ein Entstehen von Mitnahmeeffekten zu erwarten ist. Auch hinsichtlich der gesellschaftlichen Wirkungen sind nachteilige Effekte festzustellen. Da S.en durch den öffentlichen Haushalt aufgebracht werden, sind sie mittelfristig mit erhöhter Steuerbelastung verbunden. Dass dennoch S.en geleistet werden lässt sich politökonomisch (\uparrow Neue Politische Ökonomie) erklären, da dem durch Beihilfen begünstigten Personenkreis oder Sektor durch die Zuwendungen ein messbarer \uparrow Nutzen entsteht, auf die große Anzahl an Steuerzahlern allerdings lediglich ein jeweils individuell kleiner Beitrag entfällt. Diese Asymmetrie führt dazu, dass es für die kleinere Gruppe – die sich zudem besser organisieren kann – rational ist, zu ihren Gunsten Einfluss auf den Staat zu nehmen, während für die größere Gruppe der Nutzen einer Intervention geringer als die erwartbaren Kosten ist. Dieses Streben nach politischen \uparrow Renten (*rent seeking*), also des Erhaltens von Einkommen ohne Gegenleistung, führt zur Fehlallokation von Ressourcen, die nun nicht mehr für produktive Zwecke eingesetzt werden können und lähmt so die gesamte Volkswirtschaft. Damit einher geht ferner auch die Gefahr der Bildung einer „S.s-Mentalität“, die die Leistungsbereitschaft der Begünstigten reduziert. In diesem Fall werden notwendige strukturelle Veränderungen unterlassen, da Akteure auf Unterstützung durch den Staat hoffen. In Kombination mit einem abnehmenden Wettbewerbsdruck durch die nicht geförderten Mitkonkurrenten kann die Dynamik von Forschungs- sowie Entwicklungsprozessen und Produktverbesserungen leiden. Somit können insgesamt gerade S.en dazu führen, dass die (internationale) Wettbewerbsfähigkeit abnimmt, das \uparrow Wirtschaftswachstum sinkt und die \uparrow Arbeitslosigkeit steigt. Neben dem Gewöhnungseffekt – und eng mit ihm im Zusammenhang stehend – ist auch die Beharrungstendenz von S.en problematisch. Wenn S.en bedingt durch entspr.e regulatorische Festschreibungen über einen längeren Zeitraum gewährt werden, dann fallen nicht nur Anpassungen an die Dynamik der \uparrow Märkte schwer, sondern es verfestigt sich auch die Macht der Befürworter einer solchen Förderung. Diese nicht erschöpfende ökonomische und finanzpolitische Diskussion der Wirkung von S.en zeigt die Ambivalenz dieser Markteingriffe. Zwar können S.en durchaus durch tatsächliches Marktversagen oder außerökonomische Gründe gerechtfertigt werden, jedoch ist angesichts der zahlreichen negativen Effekte zu fragen, inwiefern sie das wirksamste und effizienteste

Instrument im Hinblick auf angestrebte Ziele sind. Die tendenziell negative Bewertung von S.en sind zunehmend Gegenstand politischer Kontroversen und Auslöser für Reformbestrebungen. So hat 2015 der Bund subventionspolitische Leitlinien verabschiedet, um bei neuen S.en mehr Transparenz und Steuerungsmöglichkeiten (\uparrow Steuerung) zu erreichen. Trotz aller Versuche ist es bislang jedoch nicht gelungen, das S.s-Volumen merklich zu reduzieren.

Literatur

The World Bank: Subsidies and Other Transfers (2020), URL: <https://data.worldbank.org/indicator/GC.XPN.TRFT.ZS> (abger.: 17.9.2020) • C.-F. Laaser/A. Rosenschon: Kieler Subventionsbericht und die Kieler Subventionsampel. Finanzhilfen des Bundes und Steuervergünstigungen bis 2017 – eine Aktualisierung, 2018 • Bundesministerium der Finanzen: 26. Subventionsbericht, 2017 • J. Dörr: Die europäische Kohäsionspolitik. Eine ordnungsökonomische Perspektive, 2017 • P. Bultmann: Beihilferecht und Vergaberecht, 2004 • W. Kortmann: Subventionen. Die verkannten Nebenwirkungen, in: WD 84/7 (2004), 462–472 • M. Grüne: Subventionen in der Demokratie. Analytische Grundlagen einer Subventionsordnung, 1997. JULIAN DÖRR UND MATTHIAS SEHR

Sucht

- I. Medizinisch-psychologische Aspekte –
- II. Entwicklung, Verläufe, Risiken

I. Medizinisch-psychologische Aspekte

1. Geschichte des Suchtbegriffs

S. (abgeleitet vom althochdeutschen *Siech* = Krankheit) ist seit der Reformationszeit als Begriff für den übermäßigen, unkontrollierten Konsum von Alkohol verbreitet. Erst um das Jahr 1800 wandelte sich der zuvor religiös geprägte Begriff zu einem *medizinischen Krankheitsbegriff*. Im angelsächsischen Bereich wird S. mit *addiction* („Versklavtsein“) bezeichnet. 1964 ersetzte die \uparrow WHO den Begriff *addiction* durch *dependence* (Abhängigkeit). Im DSM-5, dem führenden Manual zur Klassifikation psychischer Störungen, ist seit 2013 die Rede von *use disorders* (deutsche Version 2014 „Gebrauchsstörungen“), um den süchtigen Gebrauch von Substanzen, aber auch den Verlust der Kontrolle über Verhaltensweisen wie Glücksspiel-S. und Medien-S. zu bezeichnen.

2. Wirtschaftsmarkt Alkohol und Drogen

Produktion und Vertrieb psychoaktiver Substanzen stellen einen nicht unwesentlichen Wirtschaftsfaktor moderner Gesellschaften dar. Der Inlandsumsatz der Alkoholindustrie belief sich im Jahr 2018 auf 11,2 Mrd. Euro. Die Einnahmen des Staates (Bund, Länder) durch Alkoholsteuern erreichten im gleichen Jahr 3,18 Mrd. Euro. Nach vorsichtigen Schätzungen errechnet sich nach Abzug der Importwerte und Vorleistungen eine Brutto-

wertschöpfung der Drogenwirtschaft (Heroin, Kokain, Amphetamin [außer Methamphetamin] und Ecstasy) von etwa 1,2 Mrd. Euro für Deutschland im Jahr 2010. Dies entspricht etwa 0,05 % des BIP. Cannabis ist in den Schätzmodellen nicht enthalten, so dass die Wertschöpfung des illegalen Drogenhandels in Wahrheit deutlich höher liegen dürfte. In Europa steigt in den letzten Jahren der Konsum von *Psychostimulantien* (Amphetamine, Kokain) kontinuierlich an, so dass im 21. Jh. diese Substanzen eine bes. wichtige Rolle auf dem Drogenmarkt spielen dürften.

Alkohol und Tabak als legale Substanzen haben die mit Abstand höchsten Gebrauchsprävalenzen in der Bevölkerung. Private Haushalte gaben 2019 durchschnittlich 24,53 Euro monatlich für alkoholische Getränke aus.

3. Akute und chronische Substanzwirkungen

Bei der Einschätzung der Folgen exzessiven Substanzkonsums wird zwischen *akuten und chronischen Folgen* unterschieden. Akute Folgen sind solche, die sich aufgrund einer Intoxikation unmittelbar ergeben. Je nach Substanz und Menge sind Schnelligkeit und Stärke dieser Effekte sehr unterschiedlich. Beim Alkohol ergeben sich schon ab 0,3 Promille Reaktions- und Wahrnehmungseinschränkungen. Ab ca. 0,8 Promille kommen deutliche Verhaltensänderungen hinzu. Übermäßiger Alkoholkonsum (Rauschtrinken) ist definiert als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Standardgetränken (ein Standardgetränk = 10 Gramm reiner Alkohol) bei Männern und vier oder mehr bei Frauen bei einer Trinkgelegenheit. 10 Gramm Alkohol entsprechen etwa 0,3 Liter Bier oder 0,15 Liter Wein.

Während die Alkoholwirkung erst nach etwa 20 Minuten spürbar einsetzt, geschieht dies bei anderen Substanzen deutlich schneller. Bei injiziertem Heroin (intravenös) oder gesnieftem Kokain (nasal) tritt eine Wirkung schon nach ca. 5 Sekunden ein und das Gehirn wird abrupt überflutet.

Die wichtigsten *akuten* Folgen übermäßigen Alkoholkonsums sind *Gewalthandlungen, Unfälle und unerwünschte Sexualität*. Gewalterfahrungen können sich sowohl auf Täter- als auch auf Opferschaft beziehen. Die benannten akuten Alkoholintoxikationsfolgen geschehen bes. im Bereich des öffentlichen Raumes. Gerade dort vollzieht sich Alkoholkonsum bes. im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Aber auch im häuslichen Bereich kommt es unter Alkoholintoxikation – bes. Alkoholabhängigkeit – zu Gewalthandlungen, bes. gegen Frauen und Kinder.

Zu den *chronischen* Folgen übermäßigen Alkoholkonsums zählen mehr als 140 internistisch-somatische und eine Reihe psychischer Diagnosen. Bes. Karzinom-, Herz-Kreislauf- und Lebererkrankungen zählen zu den Folgen chronischen Alkoholmissbrauchs. Im psychischen Bereich erzeugen Gewöhnung und Abhängigkeit von Substanzen (Verlangen, Unfähigkeit zu wider-

stehen, zwanghaftes Denken an den Konsum) ein erhöhtes Risiko für spätere S.-Erkrankungen. Außerdem können bes. Depressionen, Angststörungen, Sexual- und Schlafstörungen in der Folge chronischen Konsums auftreten. Die WHO-Empfehlung für risikoarmen Alkoholkonsum lautet dementsprechend, dass Männer an 2–3 Tagen in der Woche maximal 30 Gramm Alkohol und Frauen maximal 20 Gramm Alkohol konsumieren sollten. Die einflussreiche *British Medical Society* empfiehlt für Männer maximal 24 Gramm täglich und für Frauen maximal 16 Gramm täglich. Darüber liegende Konsumhäufigkeiten und -mengen werden als *riskanter Konsum* bezeichnet. Es werden dann längerfristig erhöhte Quoten für somatische und psychische Krankheiten beobachtet.

4. Neurobiologie der Substanzwirkungen

Die neurobiologische Gehirnforschung (↑Hirnforschung) hat herausgefunden, dass psychotrope Substanzen auf direktem oder indirektem Weg ähnliche Wirkungen im Gehirn entfalten. Dies sind v.a. *euphorisierende, stressreduzierende und glücksinduzierende Wirkungen*, wobei dabei hauptsächlich komplexe *kognitive und emotionsmodulierende Konsequenzen* auftreten. Gemeinsame Wirkstrecke aller suchterzeugenden Substanzen ist das *dopaminerge System*, v.a. in den Gehirnregionen des *ventralen Striatum* und des *Nucleus accumbens*. Diese strukturell älteren Teile im Gehirn haben u.a. die Funktionen der Belohnung und der Emotionsgenese sowie Aufgaben im Zusammenhang mit Antrieb und Motivation. Substanzkonsum steht insofern in engem Zusammenhang mit *Luststeigerung, Unlustvermeidung und Emotionsmodulation*. Es entstehen Verhaltensgewohnheiten, die neurobiologisch durch Anpassungs- und Veränderungsprozesse im Gehirn begleitet werden. Hierzu zählt v.a. die Toleranzentwicklung, bei der eine Unempfindlichkeit gegenüber der missbrauchten Substanz entsteht. Dies wird dann oft vom Konsumenten durch höhere Konsummengen ausgeglichen, so dass sich eine Dosissteigerung ergibt.

5. Psychische Abhängigkeit

Die Entwicklung einer S. stellt ein *komplexes psychologisches, biologisches und soziales Geschehen* dar. Am Anfang steht meist der psychologische Lernprozess in Bezug auf die Substanzwirkung. Die ersten Substanzkonsumerfahrungen schaffen durch ihre i.d.R. angenehmen Wirkungen *eine positive Bindung an die Substanz und deren Konsum*, so dass der Wunsch nach Wiederholung entsteht. Diese initialen Lernerfahrungen machen die Einübung von *Selbstkontrollverhalten* nötig, damit der Konsum unter der bewussten Kontrolle des Individuums steht. Dieses Kontrollverhalten kann sich späterhin automatisieren, so dass die Verhaltensabläufe implizit geschehen. Lerntheoretisch erhöht eine angenehme Konsequenz auf ein Verhalten die Wahrscheinlichkeit der neuerlichen Ausführung dieses Verhaltens (*positive*

Verstärkung), wie andererseits das Verschwinden einer unangenehmen Ausgangsbedingung durch das ausgeführte Verhalten (Konsum) ebenfalls zu einer erhöhten Konsumfrequenz führt (*negative Verstärkung*). Beide Verstärkungsprinzipien sind an der Entstehung von S.-Erkrankungen beteiligt. Zunächst stellt sich im Zusammenspiel mit den biologischen Wirkungen und den Veränderungen im sozialen Geschehen (z. B. Erhöhung der Geselligkeit) häufigerer Konsum ein. Dieser kann sich – insb. bei Konsumenten mit problematischen psychischen Ausgangsbedingungen wie Angst oder Depression – zu regelmäßigem, gewohnheitsmäßigem Konsum weiterentwickeln. Meist schleichend und zunächst unbemerkt entsteht dann ein zunehmender Kontrollverlust über die Konsumhäufigkeit und die Konsummenge. Neben psychischen Problemen ist die Beeinflussung von Hyperstress ein wichtiges Konsummotiv, das zur S. führen kann.

6. Symptomatik

Die wichtigste Symptomatik einer S.-Erkrankung ist der *zunehmende Verlust der Selbstkontrolle über Menge, Zeitpunkt und Dauer des Konsums einer Substanz oder die exzessive Ausführung von konsumbezogenen Verhaltensweisen*. Insofern lässt sich eine S.-Erkrankung, ob bei Substanzsüchten oder im Bereich der Verhaltenssüchte, als eine Selbstkontroll- und Selbstregulationsstörung verstehen. Der Prozess des Verlustes der Verhaltenskontrolle, verkürzt Kontrollverlust genannt, geschieht meist schleichend, so dass der Betroffene es lange gar nicht realisiert, unbewusst verdrängt oder gar aktiv abwehrt. Späterhin kommen – vordergründig und kurzfristig selbstwertdienliche – kognitive und emotionale Prozesse hinzu, wie Verzerrungen, selektives Erinnern, Umdeutungen, Scham und externale Schuldzuweisung, die insgesamt eine schnelle Problemeinsicht verhindern. Insofern gehören zu den meisten S.-Erkrankungen als Symptome gegenüber der Umwelt – gerade in der Frühphase der Erkrankung – *Verleugnung, Bagatellisierung und Mangel an Krankheitseinsicht*. Im weiteren Krankheitsverlauf verschärfen und intensivieren sich die Symptome und betreffen *neben mentalen und emotionalen auch psychophysiologische Bereiche*, z. B. in Form von Entzugserscheinungen, Toleranzerhöhung, Dosissteigerung und unwiderstehlichem Verlangen.

Das von der WHO herausgegebene und in Deutschland zur Versorgung S.-Kranker maßgebliche Diagnosesystem ICD-11 (das ICD-11 der WHO wird voraussichtlich 2023 in Deutschland als Nachfolgesystem des seit 1991 gebräuchlichen ICD-10 eingeführt) beschreibt als Hauptsymptome der S.-Erkrankung u. a.: *Verlangen, Toleranzerhöhung, Verlust der Verhaltenskontrolle, Entzugserscheinungen sowie negative Veränderung und Einengung des Lebensstils auf exzessiven oder dauerhaften Konsum*. Die Störung kann in leichter, mittelgradiger oder starker Ausprägung vorliegen.

7. Schluss

Mit 1,6 Mio. Alkoholabhängigen und ca. 0,4 Mio. Drogenabhängigen stellen die S.-Krankheiten eine ernste Gefahr der Gesundheit der Bevölkerung dar. Hinzu kommen weitere ca. 6 Mio. Nikotinabhängige. Negative biographische Erfahrungen, frühe Traumatisierungen, psychische Funktionsstörungen und alltäglicher Hyperstress stellen meist die Entstehungsursachen für S. dar. Sie frühzeitig heilsam zu beeinflussen, ist die bes. wichtige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens und des Sozialleistungssystems.

Literatur

Statistisches Bundesamt: 81000-0120: VGR des Bundes – Konsumausgaben der privaten Haushalte, 2020 • European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: European Drug Report 2020. Trends and Developments, 2020 • C. Rummel/B. Lehner/J. Kepp: Daten, Zahlen, Fakten, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.): Jb. Sucht 2020, 2020, 9–32 • H. K. Seitz/F. Mueller (Hg.): Alkoholische Leber- und Krebserkrankungen, 2019 • F. Tretter: Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis, 2018 • K. Schaller/S. Kahnert/U. Mons: Alkoholatlas Deutschland 2017, 2017 • F. Tretter: Sucht. Gehirn. Gesellschaft, 2016 • P. Taschowsky: Illegale Aktivitäten in den volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von Zigarettenschmuggel und Drogen, in: WISTA 02/2015 (2015), 28–41. MICHAEL KLEIN

II. Entwicklung, Verläufe, Risiken

1. Entwicklungs- und Verlaufsperspektiven

S.-Erkrankungen zählen zu den bes. prävalenten psychischen Störungen in der Bevölkerung. Bei Männern stellen sie die häufigste einzelne psychische Störung überhaupt dar. So waren nach der „Deutschen Erwachsenengesundheitsstudie“ (2014) 19,4% der erwachsenen Männer im letzten Jahr von einer substanzbezogenen Störung nach DSM-IV betroffen. Alkohol- und tabakbezogene Störungen sind dabei mit großem Abstand am häufigsten vorhanden, andere seltener: Drogenabhängigkeit (0,3% der Erwachsenen), Glücksspiel-S. (0,8%) und Internet-S. (0,7%). Je nach Lebensalter, Geschlecht, Sozialschicht, Lebenslage, Sozialräumen und Migrationshintergrund können diese Prävalenzen z. T. erheblich schwanken. Im neuen Diagnosesystem DSM-5 wird innerhalb der S.-Störungen zwischen Substanz- und Verhaltenssüchten und nach den Ausprägungsgraden leicht, mittelgradig und schwer unterschieden.

Die ersten Substanzkonsumerfahrungen finden üblicherweise in der ↑Jugend statt. Hier werden durch Erfahrungslernen und Gewohnheitsbildung die Weichen für einen dauerhaft gelingenden oder misslingenden Umgang mit Substanzen gestellt. Deshalb sind kontrollierte, erzieherisch begleitete Erfahrungen, v. a. im Umgang mit Alkohol als legaler und weit verbreiteter Substanz, bes. wichtig. Entwicklungspsychologisch gilt als

kritische Phase in den Einstieg des Konsums von Alkohol und Tabak die Lebensphase zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr. Erfahrungen mit Cannabis und anderen illegalisierten Substanzen (v.a. Opioiden und Stimulantien) finden meistens erst nach dem 16. bzw. 18. Lebensjahr statt. Ob sich späterhin eine S.-Entwicklung ereignet, hängt neben bestimmten biopsychosozialen Risikofaktoren auch mit dem Gelingen des Erwerbs einer ausreichenden Verhaltenskontrolle und Selbstwirksamkeit in der frühen Phase der ersten Konsumerfahrungen zusammen. Bei allen genannten Substanzen zeigen Jungen höhere Prävalenzen für Konsum und auch höhere individuelle Konsumwerte, aber keinen früheren Einstieg als Mädchen.

2. Epidemiologie

Die epidemiologischen Daten der letzten Drogenaffinitätsstudie aus dem Jahr 2015 zeigen, dass mit 77,6% eine deutliche Mehrheit der 12- bis 17-Jährigen noch nie geraucht hat. 68% der Jugendlichen in dieser Altersspanne haben schon einmal Alkohol getrunken. Bei jedem siebten Jugendlichen (14,1%) gab es in den letzten 30 Tagen wenigstens einmal Rauschtrinken (fünf und mehr Gläser Alkohol zu einer Gelegenheit). Jungen zeigen beim Konsum von Alkohol höhere Werte als Mädchen. Dies betrifft die Zahl der Konsumerfahrungen ebenso wie die Zahl der Rauschtrinkenden. Knapp jeder zehnte Jugendliche (9,7%) hat schon einmal Cannabis probiert, auch hier wieder mehr Jungen als Mädchen. Der Konsum anderer illegalisierter Drogen ist vor dem 18. Lebensjahr selten.

3. Ätiologie

Die Genese einer S.-Störung verläuft über mehrere Jahre. Je jünger der Einstieg in einen problematischen Substanzkonsum erfolgt, desto schneller kommt es im Regelfall zu einer Abhängigkeitserkrankung. Je mehr Risikofaktoren bei einem Jugendlichen vorliegen und je weniger Schutzfaktoren vorhanden sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer S.-Erkrankung. Das Vulnerabilitäts-Stressmodell der Entstehung psychischer Störungen, das auch auf S.-Erkrankungen anwendbar ist, beschreibt diesen Zusammenhang genauer. Zu den wichtigsten Risikofaktoren gehören:

a) Umweltfaktoren (sozialer Bereich): konsumierende Peers, suchtkranke Eltern, hohe Verfügbarkeit von Substanzen, niedriger Preis, Wirkstärke und S.-Potenzial einzelner Substanzen, strukturell benachteiligter Sozialraum;

b) Personalfaktoren (psychologischer Bereich): hohes Stresserleben bei geringer Bewältigungskompetenz, niedriges Selbstwertgefühl, Angst, Depressivität oder andere psychische Probleme, niedrige Emotionsregulation;

c) Körper- und Organismusfaktoren (biologischer Bereich): genetische Risiken im Bereich Alkohol- und Drogenverträglichkeit, hoher Stressdämpfungseffekt durch

Substanzen, angeborene oder erworbene Toleranz gegenüber Substanzwirkung.

Als bes. Risikofaktoren des Jugendalters gelten ein sehr früher Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen, ein früher Konsum mit problematischen Formen wie exzessiver oder häufiger Konsum, das gleichzeitige Vorliegen psychischer Probleme und Verhaltensauffälligkeiten sowie ein ebenfalls stark konsumierendes Umfeld in den Bereichen ↑Familie und/oder Peer-Gruppe.

4. Funktionen des Substanzkonsums im Jugendalter

Im Jugend- und frühen Erwachsenenalter liegen Einstieg und Höhepunkt des Substanzkonsums zugl. Insofern kann die Lebensspanne zwischen dem 12. und etwa 24. Lebensjahr als sensible Periode zum Erwerb problematischen wie auch gelingenden Substanzkonsums betrachtet werden. Die Jugendlichen sammeln Konsumerfahrungen, die lernpsychologisch zu Stimmungs-, Gefühls- und Verhaltensänderungen führen, welche unmittelbar und sehr positiv (positive Verstärkung) erlebt werden oder negative Ausgangszustände wie Angst, Depressivität oder Selbstwertprobleme entscheidend reduzieren (negative Verstärkung). Gleichzeitig werden aufgrund von erziehungs- und medienbedingten Einstellungen Verhaltensentscheidungen getroffen, bestimmte Substanzen entweder zu konsumieren oder auf den Konsum einzelner Substanzen zu verzichten.

Im Einzelnen sind folgende Funktionen zu benennen, die sich durchaus auch ergänzen und verstärken können:

- a) Zugehörigkeit zu konsumierenden attraktiven Peer-Gruppen;
- b) Erwachsenenverhalten symbolisch vorwegnehmen und ausdrücken;
- c) Stress- und Bewältigungshilfen durch Substanzkonsum;
- d) Selbstmedikation und Kompensation psychischer Probleme im Verhalten und Erleben;
- e) Neugierde, Reizhunger und Sensationslust.

Jungen zeigen in allen epidemiologischen Studien höhere Konsumwerte für Alkohol, Cannabis, Opiate und Stimulantien und gelten daher als bes. stark gefährdete Risikogruppe.

Die Substanzkonsummotive im Jugendalter lassen sich zusammenfassend in folgende fünf Hauptgruppen einordnen: Euphorisierung, soziale ↑Integration, Stressreduktion, Selbstmedikation, Eskapismus. Als bes. suchtfördernd gelten die letzten drei Faktoren.

5. Ausblick

Für Jugendliche ist die Zeit der Pubertät und die der folgenden mittleren Jugend (16.–18. Lebensjahr) ein Abschnitt voller Herausforderungen und Umstellungen. Neben den bekannten Entwicklungsaufgaben dieser Lebensjahre in den Bereichen Peer-Gruppe, Berufsfindung, gegengeschlechtliche Kontakte, bislang

weitgehend unberücksichtigt gehören der Erwerb erster Substanzkonsumerfahrungen, das Einüben von Selbstkontrollstrategien sowie die Ablehnung und der Verzicht des Konsums einzelner Substanzen zu den Entwicklungsaufgaben dieser Lebensspanne.

Kinder und Jugendliche zeigen in Deutschland einen hohen Konsum von psychoaktiven Substanzen und in Bezug auf Tabak und Alkohol einen vergleichsweise frühen Einstieg. Der Konsum dieser und weiterer Drogen kann als jungendliches Risikoverhalten verstanden werden, welches mit einer Reihe unerwünschter Konsequenzen (z. B. Gewaltverhalten, ungeschützte Sexualität, frühe Schwangerschaft, schulisches Leistungsveragen) assoziiert ist. Präventions- und Hilfsmaßnahmen müssen frühzeitig und umfassend einsetzen, um entscheidende und dauerhafte Veränderungen zu erreichen. Kinder und Jugendliche aus suchtselasteten Familien und mit selbst stark konsumierenden Peers müssen als bes. gefährdet für erhöhten Substanzkonsum und die assoziierten Verhaltensweisen angesehen werden. Eine der wichtigsten präventiven Aufgaben ist der Erwerb effektiver Selbstkontrolle und -steuerungsfähigkeit.

Literatur

M. Klein: Kinder im Kontext elterlicher Alkoholsucht, in: Suchtmedizin 20/1 (2018), 52–62 • B. Orth: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015, 2016 • F. Jacobi u. a.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. DEGS1-MH, in: Nervenarzt 85/1 (2014), 77–87 • M. Klein: Psychosoziale Aspekte des Risikoverhaltens Jugendlicher im Umgang mit Suchtmitteln, in: Gesundheitswesen 66/1 (2004), 56–60 • A. Leppin/K. Hurrelmann/H. Petermann (Hg.): Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention, 2000. MICHAEL KLEIN

Südasiens

1. Geographie, Sprachen und Religionen

Zur Region S. gehören Afghanistan, Bangladesch, Bhutan, die Indische Union, die Malediven, Nepal, Pakistan und Sri Lanka. Historisch und religiös ist das zu ↑Südostasien gehörende Myanmar mit S. verbunden. Im Zentrum S.s liegt Indien, welches Land- oder Seegrenzen mit allen anderen Staaten der Region besitzt – mit Ausnahme Afghanistans – und eine zentrale politische, wirtschaftliche und geostrategische Rolle in der Region einnimmt. Binnenstaaten S.s sind Afghanistan, Bhutan und Nepal. Die Geographie S.s ist vielfältig und reicht u. a. von den Höhen des Himalaya, den verschiedenen Flussebenen wie denen des Brahmaputra, Ganges oder Indus, der Steppe in Pakistan und Nordindien, dem semiariden Hochland von Dekkan bis zu tropischen und subtropischen Küstenräumen im südlichen Indien, auf Sri Lanka und den Malediven.

Dieser geographischen Vielfalt entspricht die Vielfalt der Sprachen, Ethnien, Bevölkerungen, Religionen und Kulturen in S. Die Sprachen im Norden S.s gehören

überwiegend zu den indoeuropäischen Sprachen, wohingegen die dravidischen Sprachen eine im Süden Indiens und Norden Sri Lankas verbreitete Sprachfamilie sind. 2016 lebten in S. auf einer Fläche, die 3,5% der Landmasse der Welt bedeckt, 1,766 Mrd. Menschen, wobei die Bevölkerungsdichte der Region höher ist als in jeder anderen Region der Länder des Globalen Südens. Leben in Bhutan 20 Einwohner pro Quadratkilometer, so sind es 455 in Indien und 1719 auf den Malediven. Die Bevölkerung S.s verteilt sich 2018 laut Weltbank wie folgt: Indien 1,352 Mrd.; Pakistan 212,2 Mio.; Bangladesch 161 Mio.; Afghanistan 37,17 Mio.; Nepal 28,08 Mio.; Sri Lanka 21,67 Mio.; Bhutan 754 390; Malediven 515 700.

In S. sind alle Weltreligionen mit Mio. von Gläubigen vertreten: ↑Hinduismus, ↑Islam, Sikhismus, ↑Christentum, ↑Buddhismus, Judentum, Jainismus und Zoroastrismus (Mazdaismus/ Parsismus). Der Hinduismus findet sich v. a. in Indien, Nepal und mit einer Minderheit in Bangladesch wieder, der Islam in Afghanistan, Bangladesch, Pakistan, Indien und den Malediven und der Buddhismus in Bhutan, Myanmar und Nepal. In Afghanistan, Bangladesch, Pakistan und auf den Malediven ist der Islam Staatsreligion, in Sri Lanka und Bhutan ist es der Buddhismus. Die im Vergleich zu anderen Weltregionen geringe Verbreitung des Christentums in S. ist nicht zuletzt auf die fehlende Unterstützung christlicher Missionare durch die Britische Ostindien-Kompanie (*East India Company*, 1757–1858) bzw. in der Zeit Indiens als britischer Kronkolonie (1858–1947) zurückzuführen, in deren Fokus eindeutig Handelsinteressen standen. Vereinzelt Gebiete in Südindien und Sri Lanka sowie einige wenige Stammesgebiete wurden erfolgreich missioniert und sind heute die Orte, an denen das Christentum schwerpunktmäßig existiert.

In S. gibt es eine Myriade an höchst unterschiedlichen kulturellen Bräuchen, Riten, Trachten, Speisen oder kunsthandwerklichen Traditionen. Entscheidende Faktoren für Existenz und Aufrechterhaltung der südasiatischen ↑Kulturen und ↑Traditionen waren nicht zuletzt die Allgegenwart der ↑Religionen S.s und die bes. Rolle der autonomen Fürstenstaaten und Stammesgebiete, die auch während der Zeit des ↑Kolonialismus weiterexistierten, und nicht zuletzt die Bedeutung der ↑Sprachen bzw. Schriften und literarischen Traditionen, die trotz der Verbreitung und Relevanz der englischen Sprache in S. nicht verdrängt wurden.

Eine große Heterogenität in kultureller, ethnischer, sprachlicher und religiöser Beziehung innerhalb der Staaten S.s ist ein zentrales verbindendes Kennzeichen der gesamten Region. So weisen Afghanistan, Pakistan und Myanmar zwar religiöse Homogenität auf, jedoch steht dieser eine große sprachliche und ethnische Heterogenität gegenüber. Demgegenüber gibt es im buddhistischen Sri Lanka trotzdem eine große Minderheit hinduistischer Tamilen. Bangladesch ist v. a. Heimat der muslimischen Bengalen, die aber ebenfalls im indischen