



Heino Stöver, Susann Höselbarth (Hrsg.)

Drogenpraxis Drogenpolitik Drogenrecht

Handbuch für Substanzgebrauchende,
Fachkräfte in Beratung und Behandlung,
Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen

Fachhochschulverlag

DER VERLAG FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

6., vollst. überarb. Auflage



Heino Stöver, Susann Hößelbarth (Hrsg.)

Drogenpraxis Drogenpolitik Drogenrecht

Handbuch für Substanzgebrauchende,
Fachkräfte in Beratung und Behandlung,
Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen

Fachhochschulverlag

DER VERLAG FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.skvshop.de | www.fhverlag.de

6., vollständig überarbeitete Auflage 2024

ISBN 978-3-8248-1334-6

PDF ISBN 978-3-8248-9881-7

Alle Rechte vorbehalten

Fachhochschulverlag. Der Verlag für angewandte Wissenschaften. Ein Imprint der

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2024

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Druck: TZ-Verlag und Print GmbH, Bruchwiesenweg 19, 64380 Roßdorf

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Verfasser:innen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasser:innen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§§ 106 ff. UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhalt

	Grußwort	11
	Vorwort	14
A	GRUNDLAGEN	
I	Begriffe, Definitionen, Klassifikationen von Substanzgebrauchsstörungen <i>Gallus Bischof</i>	17
II	Sucht und Stigma <i>Georg Schomerus</i>	26
III	Die Realität von Substanzkonsum und Abhängigkeit zwischen Lebensstil und Krankheit <i>Peter Degkwitz</i>	35
IV	Modelle zu Entstehung und Verlauf von Substanzkonsum und Abhängigkeit <i>Peter Degkwitz</i>	62
V	Verhaltenssuchte – ein Überblick <i>Klaus Wölfling</i>	94
VI	Selbstheilung <i>Gallus Bischof</i>	106
VII	Kriminalisierung und Inhaftierung drogenkonsumierender Menschen in Deutschland: Versorgungslage und Schlussfolgerungen für eine gesundheitsbezogene Rehabilitation und Resozialisierung <i>Heino Stöver, Daniel Deimel, Larissa Steimle</i>	115
VIII	Gender und Sucht. Wie kann gendersensible Suchtarbeit gelingen? <i>Heino Stöver, Susann Hößelbarth</i>	129
IX	Sucht und soziale Lage im Kontext von Obdachlosigkeit, Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit <i>Dieter Henkel</i>	139
X	Substanzkonsum im Kontext von Migration und Flucht <i>Heike Zurhold</i>	156
XI	„Schlimm ist’s – man hat zweierlei ...“ – Die Problematik mit Doppeldiagnosen bei mehrfach beeinträchtigten Menschen mit Abhängigkeitsstörungen <i>Johannes Sahoraj</i>	164
XII	Sexualität in der Suchthilfe <i>Daniel Deimel, Heino Stöver</i>	177

B	PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	
I	Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter <i>Tanja Hoff</i>	189
II	Suchtprävention in der stationären Jugendhilfe <i>Rebeka Kleinat</i>	199
III	Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter – Methoden und Handlungsansätze <i>Heino Stöver, Larissa Hornig</i>	213
IV	Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe (BSP) <i>Melanie Bildesheim, Dorothee Imsieke</i>	229
V	Förderung der Selbsthilfe – eine wichtige Aufgabe professioneller Drogen- und Aids-Hilfen <i>Axel Hentschel</i>	240
VI	Harm Reduction – Methoden, Programme und Praktiken. Aktueller Stand und Ausblick <i>Heino Stöver, Susann Hößelbarth</i>	251
VII	Drogenarbeit im Partysetting <i>Rüdiger Schmolke</i>	262
VIII	Drug-Checking <i>Tibor Harrach, Rüdiger Schmolke</i>	272
C	HILFEANSÄTZE	
I	Soziale Arbeit in der Suchthilfe <i>Susann Hößelbarth, Heino Stöver</i>	285
II	Zieloffene Suchtarbeit <i>Joachim Körkel</i>	303
III	Kontaktläden als Basisangebote gesundheitlicher und psychosozialer Unterstützung <i>Susann Hößelbarth, Heino Stöver</i>	315
IV	Drogenkonsumräume in Deutschland – Ein Blick in die Zukunft <i>Dirk Schäffer</i>	328
V	20 Jahre „Trinkerräume“ in deutschen Kommunen <i>Heino Stöver, Larissa Steimle</i>	338
VI	Beratung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen – Rahmenstandards und Leistungen <i>Nina Pritzens</i>	345

VII	Opioidüberdosierung und Drogennotfallprophylaxe mit Naloxon <i>Simon Fleißner, Olaf Ostermann, Dirk Schäffer, Kerstin Dettmer, Heino Stöver</i>	355
VIII	Akutbehandlung von Abhängigkeitserkrankten <i>Kai Wendt</i>	366
IX	Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation und Nachsorge <i>Thomas Kuhlmann</i>	376
X	Sozialtherapie bei Abhängigkeitserkrankungen <i>Dario Deloie</i>	386
XI	Opioid Agonisten Therapie (OAT) <i>Thomas Poehlke</i>	398
XII	Psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung <i>Stefan Wiedemann, Anneke Groth</i>	409
XIII	„Double Trouble“ für Versorger:innen und Patient:innen – Die Herausforderungen bei der Versorgung von Doppeldiagnose-Patient:innen <i>Johannes Sahoraj</i>	417
XIV	Wohnen – ein Menschenrecht! Auch für drogenkonsumierende Menschen! <i>Gabi Becker</i>	428
XV	Suchthilfe im Justizvollzug <i>Heino Stöver, Susann Hößelbarth</i>	444
XVI	Praxis und Bedeutung der feministischen Frauensuchthilfe in Deutschland <i>Martina Tödte</i>	465
XVII	Gesundheitsprävention und Angebote für drogengebrauchende, der Sexarbeit nachgehende Frauen <i>Svenja Korte-Langner</i>	475
XVIII	Männerspezifische Ansätze in der Sucht-/gefährdetenhilfe <i>Heino Stöver</i>	486
XIX	Alkohol- und medikamentenbezogene Störungen bei älteren Menschen <i>Tanja Hoff</i>	498
XX	Drogenkonsum/-abhängigkeit und Alter <i>Susann Hößelbarth, Heino Stöver</i>	513
XXI	Mehr Kultursensibilität bzw. mehr Diversitätssensibilität in der Drogenhilfe <i>Kerstin Brauer, Ulf Siefker</i>	527

XXII	Nachhaltige Inklusion mit Drogenabhängigen durch Beschäftigung, Qualifizierung und Ausbildung <i>Hans Beierlein</i>	537
XXIII	Angehörige von Substanzgebraucher:innen <i>Larissa Hornig, Corinna Nels-Lindemann</i>	553
XXIV	Kinder aus suchtbelasteten Familien <i>Diana Moesgen, Janina Dyba</i>	567
XXV	Familienwohl als (neue) Perspektive der Suchthilfe <i>Thomas Heynen, Fanny Jilg, Yves Rinnen</i>	579
D	METHODEN UND EVALUATION	
I	Fachliche Grundlagen von Streetwork mit substanzkonsumierenden Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen <i>Juri Schaffranek</i>	595
II	Motivierende Gesprächsführung in der Sucht- und Drogenhilfe <i>Georg Kremer, Torsten Beckmann-Loeks, Philipp Dinkel, Ulrich Gehring, Christoph Straub</i>	615
III	Die systemische Beratung in der Arbeit mit abhängigkeits-erkrankten Menschen <i>Dominik Oesterreicher</i>	632
IV	Psychoedukation als Methode in der niedrigschwelligen Drogenhilfe – Chancen und Grenzen <i>Johannes Sahoraj</i>	644
V	Case Management als strukturierter Unterstützungsansatz in der Sucht- und Drogenhilfe <i>Martin Schmid</i>	656
VI	Konsumreduktionsprogramme <i>Joachim Körkel</i>	667
VII	Rückfall und Rückfallprophylaxe <i>Joachim Körkel</i>	684
VIII	Das Konzept der Achtsamkeit in der Behandlung von Menschen mit Substanzgebrauchs- und/oder Verhaltensstörungen <i>Regina Agostini</i>	699
IX	Die spirituelle Dimension der Achtsamkeit <i>Sven-Joachim Haack</i>	710
X	Einsatz digitaler Medien in der Suchttherapie <i>Dietmar Kramer</i>	715

XI	Neue Wege in der Drogenberatung: internetgestützte Beratungsangebote <i>Fabian Leuschner</i>	724
XII	Peer-Education und Peer-Involvement-Ansätze <i>Larissa Hornig, Heino Stöver</i>	734
XIII	Nutzen, Evaluation und Qualitätssicherung in der Suchthilfe <i>Rebekka Streck</i>	742
XIV	Deeskalationstraining als sinnvolle Fortbildungsmaßnahme für Mitarbeiter:innen in Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen <i>Wilfried Wilkens</i>	752
XV	Zur Relevanz der Selbsterfahrung in der Ausbildung zur Suchttherapie <i>Gerald Abl</i>	763
XVI	Selbstfürsorge, kollegiale Hilfe und Supervision – Burnout in niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen vorbeugen und überwinden <i>Katrin Liel, Lena Müller-Lorenz</i>	774
E	DROGENPOLITIK UND DROGENMÄRKTE	
I	Drogenpolitik <i>Ingo Ilja Michels, Heino Stöver</i>	785
II	Handel mit illegalen Drogen: Kleinhandel, Kleinsthandel und Social Supply <i>Bernd Werse, Gerrit Kamphausen</i>	807
F	DROGENRECHT	
I	Polizeiliche Maßnahmen gegen offene Drogenszenen <i>Wolfgang Lesting</i>	827
II	Strafrecht <i>Justine Diebel, Mustafa Temmuz Oğlakcioğlu, Leo Teuter</i>	836
III	Drogenhilfe und Sozialrecht <i>Jürgen Sauer</i>	983
IV	Drogen und Job: Arbeitsrecht <i>Horst Thon</i>	1020
	Autorinnen und Autoren	1025

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,

es ist hervorragend, das Handbuch nach fast zwei Jahrzehnten komplett überarbeitet in den Händen zu halten. Meinen herzlichen Dank dafür ausdrücklich an alle Autor:innen und Recherchierenden. Sie alle haben sich mit ihrem Wissen, ihren Ideen und ihrem kontinuierlichen Interesse an den Themen für die neue – und wie ich meine sehr gelungene – Ausgabe eingesetzt. Damit haben wir erneut ein umfassendes Handbuch über Drogenkonsum, Drogen- und Suchtpolitik sowie Handlungsempfehlungen vorliegen, das sowohl für Expert:innen aus Suchthilfe und Prävention als auch für Laien wie Betroffene und Angehörige eine wertvolle Grundlage für Wege aus dem Drogengebrauch aufzeigt.

Wir alle wissen: Prävention und Suchthilfe sind essentiell. Wir brauchen sie, weil wir wissen, was passieren kann, wenn man nicht vorbeugt. Und wir brauchen sie, um Menschen zu helfen, um Probleme in den Griff zu bekommen, wieder zurück in ein Leben möglichst ohne Drogen und Sucht zu finden.

Suchthilfe und Prävention erreichen sehr verschiedene Gruppen von Menschen: alt, jung, gut oder weniger gut gebildet, noch fest im sozialen und gesellschaftlichen Alltag verankert oder bereits am Rand der Gesellschaft.

Dafür stellen wir uns gemeinsam wichtige Fragen wie: Wie erreiche ich sie? Wie spreche ich Jugendliche und junge Erwachsene an – und zwar ohne erhobenen Zeigefinger? Wie kann ich Familien oder Freunde erreichen, die mittelbar von Sucht betroffen sind? Wie schaffe ich es, sie nicht zu stigmatisieren? Denn schon die richtige Ansprache entscheidet über Erfolg und Misserfolg. Die richtige Ansprache entscheidet, ob ein Mensch Hilfe zulassen und annehmen kann.

Dafür brauchen wir vor allem und viel mehr niedrigschwellige Angebote, aber auch wissenschaftliche Evaluationen und Forschung für beispielsweise neue Behandlungsansätze. So dynamisch und global der Drogenmarkt ist, so vielfältig sind inzwischen die Rauschmittel und auch die Beschaffungsmöglichkeiten. Durch etwa Darknet und Kokstaxen ist alles jederzeit und überall erhältlich, egal ob in der Großstadt oder auf dem platten Land. Umso wichtiger ist, dass wir Drogen- und Suchtpolitik neu denken, dass wir Lebenswelt und Hilfesystem gemeinsam denken und entsprechende Strukturen schaffen und anpassen.

Der Konsum von Alkohol über Cannabis bis hin zum Zocken bei Sportwetten oder Glücksspiel sind weit verbreitet, ja geradezu alltäglich. Das ist bedenklich. Deshalb setze ich mich unter anderem dafür ein, dass Werbung im Fußballstadion für Glücksspiel und Alkohol untersagt wird. Ich setze mich auch dafür ein, dass Werbung für Tabakprodukte und Alkohol möglichst komplett aus der Primetime im Fernsehen und den sozialen Netzen wie Instagram und Tiktok verschwindet. Genau dort sehen diese oft verharmlosende Werbung vor allem

auch Kinder und Jugendliche. Und wir wissen, Werbung wirkt: Je früher Kinder und Jugendliche Werbung über Tabak und Alkohol sehen, umso früher wollen sie diese Produkte auch ausprobieren. Das können wir so nicht länger so laufen lassen.

Und wir müssen uns ehrlich in die Augen schauen und offen ansprechen, wo noch Steine im Weg liegen. Die gesellschaftlichen Bedingungen stellen uns tag-ein, tagaus vor gewaltige Herausforderungen. Die Arbeitswelt und die Globalisierung wirken sich auf Krankheit und Gesundheit ebenso aus wie der Prozess der Individualisierung und der sozialen Vereinsamung. Obendrein wird das Geld der öffentlichen Hand insbesondere für Prävention und Suchthilfe immer knapper, es soll gespart werden und aber gleichzeitig Bedingungen vorgehalten werden, die Halt und Sicherheit geben. Es scheint, als müsse eine Quadratur des Kreises gelingen.

Und wir stecken noch zu oft fest in alten Denkmustern früherer Drogenpolitik, als es vor allem um Verbote und Repressalien, um Stigma und Schuld ging. Sie wissen, dass ich angetreten bin, um für eine neue Sucht- und Drogenpolitik einzutreten: Eine Sucht- und Drogenpolitik, die für die Menschen da ist, die Schutz und Hilfe bietet. Wir müssen den Schritt von der Verbots- zur Hilfekultur gehen: Schutz und Hilfe müssen im Vordergrund stehen, nicht Ausgrenzung und Strafe. Menschen mit Suchtproblemen haben das Recht auf einen respektvollen Umgang! Und sie haben ein Recht auf Hilfe und Unterstützung. Und dafür muss Hilfe in Deutschland viel niedrigschwelliger werden, viel erreichbarer, viel umfassender. Das ist die Aufgabe unserer Gesundheits- und Hilfesysteme, und es ist auch die Aufgabe der Politik! Daran arbeite ich.

Aber jede noch so kleine Veränderungen – gerade in der Sucht- und Drogenpolitik – braucht sehr viel Geduld und Zeit. Dafür müssen meist verdammt dicke Bretter gebohrt und noch mehr Verständnis in der Gesellschaft geschaffen und letztendlich Hilfestrukturen immer wieder an neue Herausforderungen angepasst werden.

Zumal jede Sucht immer auch das soziale Umfeld betrifft. Familie, Freunde, Angehörige leiden darunter. Auf Arbeit entstehen Probleme. Auch Probleme in der Partnerschaft, der falsche Freundes- und Bekanntenkreis sind nicht unmaßgeblich für das Entstehen einer Sucht und deren Verlauf. Dann sind Fragen entscheidend etwa wie: Können wir offen über Probleme sprechen? Wie gehen wir als Gesellschaft mit Drogengebrauch und Sucht um? Gibt es Hilfe? Und wenn ja, wo und ist sie erreichbar?

Unser gemeinsames Ziel muss sein, eine evidenzbasierte Sucht- und Drogenpolitik umzusetzen. Wir müssen wegkommen von pauschalen Verboten und Strafen, hin zu mehr Schutz und Hilfe für Menschen, die konsumieren und Probleme entwickelt haben.

Deswegen ist auch die Regulierung von Cannabis so wichtig. Wir müssen uns eingestehen, dass die frühere Politik gescheitert ist. Trotz vieler Verbote in Deutschland haben immer mehr Menschen Cannabis konsumiert und mussten

aufgrund ihres Konsums behandelt werden. Mit der regulierten Abgabe können Konsument:innen gesundheitlichen Risiken besser vorbeugen. Auch Prävention, Beratung und Hilfe können besser funktionieren, wenn keine Strafverfolgung im Raum steht.

Mit der nach Jahrzehnten endlich beschlossenen Regelung zum Drug-Checking haben wir einen wesentlichen drogen- und suchtpolitischen Meilenstein erreicht: Drug-Checking bietet effektiven Schutz, in dem gefährliche Beimischungen erkannt und Wirkstoffgehalte bestimmt werden. Für viele wird Drug-Checking zudem ein wichtiger erster Kontakt mit Beratungsstellen sein, bei dem sie über Risiken des Konsums und bestehende Hilfsangebote informiert werden. Wichtig ist nun, dass die Bundesländer auch tatsächlich entsprechende Angebote ermöglichen. Und wir gemeinsam weiter an Hilfen etwa für Crackkonsumierende, an Pflegeplätze für ältere Drogengebrauchende und wissenschaftlichen Studien zu neuen Behandlungen arbeiten.

Für viele Autor:innen dieses Handbuches ist das alltäglicher Arbeitsinhalt, wofür ich allen ebenfalls danken möchte und ich hoffe und wünsche mir, dass Sie alle weiterhin mit diesem Einsatz und dieser Zuversicht am Ball bleiben für eine sich am Menschen orientierende Sucht- und Drogenpolitik.

*Ihr
Burkhard Blienert
Beauftragter der Bundesregierung
für Sucht- und Drogenfragen*

Vorwort

Über 20 Jahre sind vergangen seit der letzten, der 5. Auflage des Buches „Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht“. Neben neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen haben sich in diesen Jahren vielfältige neue fachliche Diskurse, Versorgungsangebote, methodische Ansätze und rechtliche sowie politische Veränderungen ergeben. Dazu gehören unter anderem:

- die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Substanzgebrauchsstörungen, neue Begriffe, Konsummuster und Substanzen;
- veränderte bzw. verschärfte Problemlagen von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen und damit einhergehende Herausforderungen für Prävention, Beratung und Behandlung im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen (z. B. Verstärkung sozialer Ungleichheiten, Fluchtbewegungen, Folgen der Corona-Pandemie);
- aktuelle fachliche Diskurse (z. B. zieloffene Suchtarbeit vs. zielvorgabende Drogenhilfe, Entstigmatisierung von Suchterkrankungen);
- neue Zugänge zu Zielgruppen (z. B. onlinegestützte Beratungsangebote und Präventionsansätze);
- veränderte und erweiterte Angebote sowie methodische Handlungsansätze der Drogenhilfe (z. B. zieloffene Suchtarbeit, Erweiterung gesundheitsfördernder und schadensminimierender Ansätze, Drogennotfallprophylaxe)
- neue Drogenmärkte und ihre Folgen für Konsumierende und deren Erreichbarkeit durch Präventions- und Hilfeangebote (z. B. Darknet);
- aktuelle drogenpolitische Diskussionen (z. B. Entkriminalisierungs-/Legalisierungsdebatte zu Cannabis und anderen Substanzen);
- veränderte rechtliche Rahmenbedingungen für die Unterstützung und Behandlung von Drogengebrauchenden, wie z. B. umfassende Veränderungen in den rechtlichen Bestimmungen zur medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger, Drugchecking, sozialrechtliche Möglichkeiten über das Bundesteilhabegesetz, Betrieb von Drogenkonsumräumen in weiteren Bundesländern.

Vor fast zwei Jahren haben wir uns deshalb entschieden, die vorliegende Neuauflage anzugehen. Herausgekommen ist ein umfassender Band, der sowohl die theoretischen Zugänge zu Substanzgebrauchsstörungen/Abhängigkeitserkrankungen wie auch Präventions- und gesundheitsfördernde Angebote, Handlungsansätze und Methoden in der Suchthilfe sowie drogenpolitische Hintergründe und Implikationen ins Auge fasst. Ebenso werden Resilienz und Gesundheit fördernde Themen für Mitarbeitende in der Suchthilfe selbst aufgegriffen. Somit werden die vielfältigen Perspektiven auf Lebenswelten und Versorgung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen in den Blick genommen.

Der Band enthält einen sehr umfangreichen juristischen Teil, der die Rechtsgebiete, die im Kontext von Substanzgebrauchsstörungen und der Unterstützung der Betroffenen durch die Suchthilfe von Bedeutung sind (Polizeiliche Maßnahmen, Strafrecht, Sozialrecht sowie Aspekte des Arbeitsrechts) darstellt.

Abgerundet wird der Band durch ein Kapitel zur Drogenpolitik, in dem die drogenpolitischen Entwicklungen, Kernthemen und -auseinandersetzungen und der aktuelle Stand von Gesetzesvorhaben erläutert wird.

Es handelt sich um eine vollständige Neufassung des Werks. Insgesamt ist die vorliegende 6. Auflage gegenüber der letzten nochmals deutlich erweitert. Der Band umfasst nun 67 Beiträge von insgesamt 69 Autorinnen und Autoren. Dabei handelt es sich um renommierte Wissenschaftler:innen und langjährig erfahrene und engagierte Mitarbeitende aus der Praxis der Suchthilfe.

Erstmals haben wir in dieser Auflage Beiträge zu Konsumproblematiken und Hilfeansätze für Menschen mit Konsumstörungen in Bezug auf legale Substanzen aufgenommen. Auch den sog. Verhaltenssuchten widmet sich ein Beitrag. Diese Sichtweise spiegelt Veränderungen in der Drogenkonsum- und -hilfepraxis wider: Polyvalente Konsummuster sind die Regel; interdisziplinäre und multiprofessionelle Kooperationen sind die Voraussetzungen effektiver Hilfen. Zudem verfestigt die getrennte Betrachtung Konsumierender von legalen und illegalen Substanzen Stigmata, Ausgrenzungsprozesse und Bewältigungshemmungen, ausgelöst durch den Konsum vermeintlich guter (legaler) und böser (illegaler) Substanzen. Gerade deshalb setzt sich dieser Band mit der komplexen Realität von Störungen im Substanzgebrauch auseinander und vertieft das Verständnis über die Vielfältigkeit der Herausforderungen der Entwicklung zielgruppenspezifischer und lebensweltnaher Präventions-, Unterstützungs-, Beratungs-, Behandlungs- und Nachsorgeangebote.

Es war Prof. Dr. Lorenz Böllinger, der vor über 40 Jahren dieses Werk begann, und dem großer Dank gebührt, die Bereiche Drogenpraxis, Drogenrecht und Drogenpolitik zusammengeführt zu haben! Alle drei Bereiche sind miteinander eng verbunden und beeinflussen Lebenswelten, Konsummuster und Angebote für Konsumierende psychoaktiver Substanzen sowie die begleitenden gesellschaftlichen Prozesse (z. B. Zugänge zu, Kontrolle von Drogen; Ausgrenzung und Integration Substanzgebrauchender).

Besonders danken wir allen Autorinnen und Autoren für ihre wertvollen Beiträge und ihre Geduld im Bearbeitungsprozess und der Fertigstellung dieses Bandes!

Wir danken weiterhin Ulla-Britt Klankwarth für ihre unermüdliche Lektoratsarbeit, ebenso wie Sarah Kalck vom Fachhochschulverlag für ihre geduldige und kompetente Bearbeitung der Manuskripte und ihre Präzision in Satz und Layout, und schließlich dem Leiter des Fachhochschulverlags, Prof. Ulrich Stascheit, für seinen Mut, dieses Mammutwerk erneut aufzulegen!

Wir trauern um Prof. Dr. Dieter Henkel, der im August 2023 verstorben ist. Seine zentralen Forschungsthemen behandeln den Zusammenhang von Sucht,

Arbeitslosigkeit und Armut – hier hat er große Pionierarbeit geleistet. Wir sind dankbar für die Zusammenarbeit (nicht nur) in diesem Band. Leider konnte er die Veröffentlichung nicht mehr erleben. Er hinterlässt eine große Lücke für die Menschen, die mit ihm lebten und arbeiteten, als leidenschaftlicher Forscher für seine Forschungsthematik, aber auch für das Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF), dessen Mitbegründer er war.

Wir widmen dieses Buch Prof. Dr. Hans-Volker Happel, der unter großem Einsatz zusammen mit Kolleg:innen und Studierenden aus der Frankfurt University of Applied Sciences ehemals erste Ansätze der Schadensminderung für (und mit) Drogengebrauchende entwickelt und später im Verein Integrative Drogenhilfe in Frankfurt am Main erfolgreich umgesetzt hat.

Frankfurt am Main, Coburg im Februar 2024

Heino Stöver

Susann Hößelbarth

A GRUNDLAGEN

I Begriffe, Definitionen, Klassifikationen von Substanzgebrauchsstörungen

Gallus Bischof

1 Historische und kulturelle Bewertungen von Substanzkonsum

Die Verwendung psychoaktiver Substanzen findet sich durchgängig in der Menschheitsgeschichte. Archäologische Befunde deuten darauf hin, dass das im Rahmen der Sesshaftigkeit angebaute Getreide zunächst maßgeblich für das Brauen alkoholischer Getränke verwendet wurde. Alkoholische Getränke wiesen dabei einen niedrigen Alkoholgehalt auf und waren wichtige Nahrungsmittel und Flüssigkeitslieferanten, insbesondere angesichts der oftmals verunreinigten Wasservorräte. Andere Substanzen wie Cannabis und Opium wurden ebenfalls sehr früh genutzt, entweder in Zusammenhang mit religiösen Feiern oder als Arzneimittel. Allein in der Bibel finden sich fast 2.000 Hinweise auf Wein und Weinberge, wobei Rauschzustände ambivalent geschildert werden: einerseits als Quelle der Freude, andererseits als mit dem Verlust von Verstand verbundene Trunkenheit. Positive Wertungen von Rauschzuständen finden sich auch in verschiedenen weiteren Religionen, die antiken Griechen und Römer hatten mit Dionysos bzw. Bacchus eine dem Rausch bzw. Alkohol zugeordnete Götter. Bereits in der Antike finden sich zudem Hinweise auf den Konsum von meist Alkohol mit schädlichem Ausgang. Bereits Tacitus (ca. 58-120 n. Chr.) beschreibt ausschweifende Gelage der alten germanischen Führungseliten und Schriftsteller wie Seneca (4 v. Chr.-65 n. Chr.) dokumentierten exzessiven Alkoholkonsum. Es liegen Hinweise darauf vor, dass auch einflussreiche Politiker wie Alexander der Große oder der römische Kaiser Claudius Anzeichen eines suchartigen Alkoholkonsums aufwiesen, ohne dass zu dieser Zeit ein dem heutigen Verständnis von Abhängigkeit entsprechender Begriff existierte.

In der antiken griechischen Philosophie und im Christentum wurde der exzessive Konsum psychotroper Substanzen als eine Spielart der „Völlerei“ und als Verstoß gegen einen tugendhaften oder ethischen Lebenswandel betrachtet. Bis zum Aufstieg des Islam wurde jedoch Substanzkonsum an sich mehrheitlich nicht als problematisch betrachtet, wobei der Buddhismus bereits zuvor berausenden Substanzen gegenüber ambivalent eingestellt war, ohne ein generelles Verbot auszusprechen. In Europa wurde insbesondere im Zuge der Reformation bei Calvin und Zwingli Rausch als zu vermeidender Zustand betrachtet. Der

Konsum schwach alkoholischer Getränke wie z. B. Bier wurde demgegenüber angesichts der zweifelhaften Wasserqualität unverändert geduldet.

Der durch Vergärung mögliche erzielbare Alkoholgehalt wurde ab dem 12. Jahrhundert durch die aus dem arabischen Raum übernommene Technik der Destillation erhöht, wobei Destillate (*aquae vitae*) zunächst als Arzneimittel betrachtet wurden, deren Herstellung in Klöstern erfolgte. Die erste Problematisierung von psychotropen Substanzen und Verbotsanstrengungen erfolgten durch die Einführung der als „kulturfremd“ angesehenen Drogen Tabak und Kaffee. Im frühen 17. Jahrhundert erfolgten in verschiedenen europäischen Ländern Tabakverbote, deren Übertretung in drastischen Fällen wie im osmanischen Reich bis zur Hinrichtung führen konnten. Friedrich der Große wiederum bekämpfte den Kaffeekonsum und sorgte sich, dass die Kaffee an Stelle von Biersuppe trinkende Jugend noch zu fähigen Soldaten ausgebildet werden könne.

Im Gefolge der Aufklärung wurde ab dem frühen 18. Jahrhundert diskursiv zunehmend Wert auf Selbstkontrolle und Vernunft gelegt, die den Kräften des Rausches diametral entgegengesetzt standen. Dennoch wurde auch der Anstieg destillierter Getränke im 18. Jahrhundert und die damit verbundene Erscheinungsform insbesondere des „Elendsalkoholismus“ zunächst noch maßgeblich als Problem der fehlenden Selbstkontrolle betrachtet. Während der großen „Gin-Epidemien“, in denen der Verbrauch des preiswerten Gins (historisch meist minderwertige, mit Botanicals aromatisierte Destillate) insbesondere in England endemisch verbreitete, wurde der Bierkonsum als gesunde Alternative angepriesen. Zur Begrenzung der „Gin-Epidemie“, die primär als Problem der unteren Klassen betrachtet wurde, wurde der Verkauf von Gin mit Steuern belegt – eine frühe Form der Verhältnisprävention.

2 Die gesellschaftliche Erfindung der Sucht

Das Konzept der „Sucht“, welches auf etymologisch aus dem gotischen *siukan* (= krank sein) bzw. mittelhochdeutschen „siech“ stammt (und sprachlich nichts mit „suchen“ zu tun hat), wurde erstmals 1774 von dem amerikanischen Arzt Benjamin Rush auf den übermäßigen Konsum von Alkohol angewendet, welchen er als *Krankheit des Willens* betrachtete. Damit einhergehend beschrieb Rush einen Kontrollverlust über das Trinken, welche ausschließlich durch völlige Abstinenz geheilt werden könne. Ungefähr zeitgleich beschrieb der schottische Arzt Thomas Trotter die „[...] Begierde nach häufiger Trunkenheit [als] eine durch die chemische Natur der alkoholischen Getränke hervorgerufene Krankheit [...]“. Vor diesem Hintergrund wurde 1851 in Deutschland die erste „Trinkerheilstätte“ nahe Düsseldorf eröffnet. Ein halbes Jahrhundert später gab es in Deutschland schon 54 solcher Anstalten. Damals wurde eine „moralische Behandlung“ mit den drei As angeraten: „Abgeschiedenheit, Andacht und Arbeit“.

Insbesondere die sozialen Auswirkungen übermäßigen Alkoholkonsums („Branntweinpest“) führten zum Erstarken der Temperenzbewegung, die von den USA und Skandinavien ausgehend im 19. Jahrhundert auch Deutschland erreichte und sich in einen christlich-bürgerlich Zweig, welcher im Alkohol die Ursache gesellschaftlicher Zerrüttung wahrnahm und einem proletarischen Zweig, der in übermäßigem Alkoholkonsum ein Hemmnis für den Klassenkampf sah. Uneinigkeit bestand in der Temperenzbewegung bezüglich der Frage, ob ein maßvoller Konsum schwacher alkoholischer Getränke oder die völlige Alkoholabstinenz ein erstrebenswertes Ziel darstellen würde. Die stärker protestantisch geprägte auf Abstinenz fokussierende Temperenzbewegung führte in den USA schließlich zur Prohibition, d. h. einem völligen Verbot des Handels und Konsums alkoholischer Getränke, die von 1920 bis 1933 dauerte. Anders als von den Initiatoren erstrebt, führte die Prohibition zu einem Erstarken der organisierten Kriminalität, welche die aufgrund der Illegalität der Substanz stark gestiegenen Profitspannen im Alkoholhandel nutzte – eine Erfahrung, die sich im Bereich der illegalisierten Substanzen bis in die heutige Zeit fortschreibt. Während Alkohol frühzeitig auch aufgrund seiner weiten gesellschaftlichen Verbreitung problematisiert wurde, wurden andere Drogen noch bis zum Ende des 19. Jahrhunderts in den industrialisierten Ländern eher als Medikamente betrachtet und durch pharmakologische Innovationen – insbesondere durch die Isolation der psychoaktiven Wirkstoffe – im 19. Jahrhundert potenter. Anfang des 19. Jahrhunderts wurde Morphin, der Hauptwirkstoff des Opiums, erstmalig isoliert. Als hochpotentes Schmerzmittel wurde es in verschiedenen Kriegen zur Behandlung Verletzter eingesetzt, so z. B. im amerikanischen Sezessionskrieg (1861–1865) und im deutsch-französischen Krieg (1870/71). Eine Konsequenz waren Entzugerscheinungen und das ausgeprägte Verlangen nach erneuter Morphiumzufuhr bei behandelten Soldaten, die als „Soldatenkrankheit“ bezeichnet wurde. 1860 wurde aus den Blättern des Koka-Strauches das Alkaloid Kokain synthetisiert und ab 1879 als lokales Anästhetikum sowie – pikanterweise – zur Behandlung der Morphinabhängigkeit eingesetzt. Auf der Suche nach einem nicht-abhängigkeitserzeugenden Schmerzmittel wurde 1874 schließlich das Diamorphin synthetisiert, welches unter dem Markennamen *Heroin* Ende des 19. Jahrhunderts zur Bekämpfung von Husten und zur Behandlung der Morphinabhängigkeit auf den Markt kam. Die Abhängigkeitspotenz von Opium war in Ländern wie China zu diesem Zeitpunkt bereits lange bekannt; dort verbreitete sich der Opiumkonsum im 18. Jahrhundert in einem Ausmaß, dass staatlicherseits Opiumschmuggel und -konsum 1939 verboten wurden. England als Hauptprofiteur des Opiumhandels zwang China in den sogenannten Opiumkriegen (1839–1842 und 1856–1860) den Opiumhandel zu tolerieren. Auf Bestreben der USA, welche einerseits auf eine Schwächung des wirtschaftlichen Rivalen England und andererseits auf eine Verbesserung der Beziehungen zu China hinausliefen, wurde ab 1909 eine international Opiumkommission eingerichtet, deren Ziel das weltweite Verbot von Opium sein sollte. Die internationalen Absprachen kulminierten schließlich

1912 in der Verabschiedung des Internationalen Opium-Abkommens, in dem die beteiligten Staaten eine strenge Kontrolle von Opium und dessen Derivaten sowie von Kokain vereinbarten. 1925 wurde ein erweitertes Abkommen verabschiedet, welches neben dem Verbot von Kokain und Heroin auch ein Cannabis-Verbot beinhaltete. Die führte schließlich 1929 zur Verabschiedung des Opiumgesetzes in Deutschland, welches bis 1972 Grundlage der deutschen Drogenpolitik war und durch welches der Konsum bestimmter Substanzen nicht mehr mit gesundheitlichen, sondern mit justiziellen Kriterien bewertet wurde. Andere Substanzen wie z. B. Pervitin („Crystal Meth“) wurden zunächst in großem Umfang während des zweiten Weltkrieges zur Stimulation von Soldaten eingesetzt, LSD und MDMA wurde in den 1950er und 1960er Jahren zunächst als Medikamente im Rahmen von Psychotherapien eingesetzt, bevor diese infolge des zunehmenden Gebrauchs in der Gegenkultur der 1960er Jahre schließlich ebenfalls verboten wurden.

3 Diagnostik und Klassifikation

Nachdem Mediziner wie Benjamin Rush oder Thomas Trotter bereits im späten 18. Jahrhundert den übermäßigen Konsum von Alkohol als Krankheit beschrieben haben, wurde der Begriff des „chronischen Alkoholismus“ 1849 von dem schwedischen Mediziner Magnus Huss eingeführt. Huss verstand darunter organische („Nerven“-)Schädigungen durch starken Alkoholkonsum. Aus solchen organopathologischen Vorstellungen entwickelte Morton Jellinek vor dem Hintergrund der 1935 gegründeten „Anonymen Alkoholiker“ 1942 das Krankheitskonzept des „Alkoholismus“, nach welchem eine Art „Allergie“ bei einigen Menschen zu „Alkoholismus“ führe. Dieser wurde beschrieben als „Kontrollverlust“, „Unfähigkeit zur Abstinenz“ und dem Auftreten von Entzugserscheinungen. Die Erkrankung wurde als chronisch fortschreitend betrachtet, die nur durch Abstinenz gestoppt werden könne. 1952 fand das Krankheitsmodell des Alkoholismus erstmals Eingang in die 6. Überarbeitung des diagnostischen Systems der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der International Classification of Disease (ICD), welche der Abrechnung medizinischer Leistungen zugrunde liegt. In dieser ICD-6 gibt es das Unterkapitel „Störungen des Charakters, des Verhaltens und der Intelligenz“. Hier findet man die Codices „322 Alkoholismus“ und „323 andere Drogensucht“. Die Substanzabhängigkeiten werden im gleichen Unterkapitel geführt wie die Störungen des Charakters und des Verhaltens. In der ICD-8, der 8. Revision der Klassifikation von 1965, wandelte sich das entsprechende Unterkapitel zum Unterkapitel „neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nichtpsychotische psychische Störungen“. Zudem wurde der Begriff „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ ersetzt. Erneut wurde damit die Nähe der Abhängigkeitserkrankungen zu anderen psychischen Störungen dargestellt. Erst mit der 10. Revision, der ICD-10 von 1990, erhielten die Abhängigkeitserkrankungen ein

eigenes Unterkapitel „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Mit der Einführung der 2019 vorgestellten 11. Revision der International Classification of Diseases ICD-11 erfolgt eine Veränderung der diagnostischen Kriterien bei der Diagnose von Störungen durch psychotrope Substanzen. Neben der Erweiterung der Störungen durch Substanzkonsum um die Störungen durch süchtige Verhaltensweisen wie die Glücksspielstörung (Gambling Disorder) und die Computerspielstörung (Gaming Disorder) ergeben sich auch in dem Spektrum substanzbezogener Störungen behandlungsrelevante Veränderungen.

Unterschieden werden kann zwischen einem gesundheitlich riskanten Konsummuster (bei dem ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Folgeprobleme besteht, ohne dass diese bereits eingetroffen sein müssen) und „substanzbezogenen Störungen“, wie sie von den gängigen diagnostischen Klassifikationssystemen wie dem DSM-5 der American Psychiatric Association oder der ICD-11 der WHO beschrieben werden. Grundsätzlich werden suchartige Verhaltensweisen dabei definiert durch das Vorliegen von Symptomen, von denen eine gewisse Anzahl innerhalb eines bestimmten Zeitraums erfüllt sein müssen. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass ein prinzipiell dimensionales Störungsmodell aus Klassifikationsgründen durch die Einführung einer Schwelle in ein kategoriales Konstrukt überführt wird: man „hat“ die Diagnose einer Abhängigkeit bei Erfüllen einer gewissen Anzahl an Kriterien, werden weniger Kriterien erfüllt, kann die Diagnose nicht vergeben werden.

Die für die deutschen Krankenversicherungen bzw. das Abrechnungssystem relevante Klassifikation des ICD-11 besagt beispielsweise, dass ein schädlicher Gebrauch dann vorliegt, wenn Substanzkonsum bereits zu Beeinträchtigungen geführt hat und trotz des Wissens um den Zusammenhang weiter konsumiert wird. Die schwerwiegendere Abhängigkeit wiederum ist definiert durch 3 Kriterien, von denen zur Diagnosevergabe mindestens 2 erfüllt sein müssen:

1. Beeinträchtigte Steuerung des Substanzkonsums hinsichtlich Beginn, Menge, Umständen des Konsums oder Beendigung des Konsums, oft (aber nicht notwendigerweise) begleitet von einem starken subjektiven Drang oder Verlangen, die entsprechende Substanz zu konsumieren.
2. Substanzkonsum wird zunehmend Priorität im Leben eingeräumt, indem andere Aktivitäten oder Interessen wie tägliche Aktivitäten und Verantwortlichkeiten oder Gesundheit und Selbstfürsorge vernachlässigt werden, wobei der Substanzkonsum trotz auftretender Probleme fortgeführt wird.
3. Physiologische Auswirkungen (als Zeichen von Neuroadaptation) können auftreten in Form von (i) Toleranzentwicklung, (ii) Entzugserscheinungen nach Beendigung oder Einschränkung des Konsums und/oder (iii) in Form wiederholten Substanzkonsums zur Vermeidung oder Linderung von Entzugserscheinungen. Die Entzugserscheinungen müssen dabei klar dem jeweiligen Entzugssyndrom entsprechen und dürfen nicht einfach Nachwirkungen übermäßigen Konsums im Sinne eines „hangover“ sein.

Die Diagnose des „Schädlichen Gebrauchsmusters“ („*Harmful pattern of use*“) ist in der ICD-11 definiert als „ein Muster des Substanzkonsums, das die körperliche oder geistige Gesundheit einer Person geschädigt oder zu einem Verhalten geführt hat, das die Gesundheit anderer beeinträchtigt. Die gegenüber dem ICD-10 neu eingeführte „Gesundheitsgefährdung anderer“ umfasst jede Form von körperlichem und psychischem Schaden, einschließlich Traumata oder psychischer Störung, die direkt auf ein Verhalten im Zusammenhang mit einer Intoxikation der Person zurückzuführen ist, auf die die Diagnose „Schädliches Gebrauchsmuster“ zutrifft. Die Diagnose erweitert demnach den „schädlichen Gebrauch“ sensu ICD-10, indem explizit substanzbedingte Verhaltensweisen, die zu einer Schädigung Dritter führen, zur Diagnosestellung herangezogen werden können (Saunders, Degenhardt, Reed & Poznyak, 2019). Das Muster des Alkoholkonsums zeigt sich bei episodischem Substanzkonsum über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bzw. bei kontinuierlichem Konsum über mindestens einen Monat. Gesundheitsschäden der konsumierenden Person treten aufgrund eines oder mehrerer der folgenden Gründe auf: (1) Verhalten im Zusammenhang mit einer Intoxikation; (2) direkte oder sekundäre toxische Wirkungen auf Körperorgane und -systeme; oder (3) ein schädlicher Verabreichungsweg. Die dazugehörige Substanz kann ebenfalls klassifiziert werden: neben den schon länger gängigen Rauschmitteln Alkohol, Nikotin, Cannabis, Opioiden, Kokain, Halluzinogene, MDMA, Stimulantien und Sedativa können auch neue psychoaktive Substanzen wie Cathinone oder synthetische Cannabinoide spezifiziert werden. Verbreitet ist in der Praxis jedoch die Mehrfachabhängigkeit von verschiedenen Substanzen.

4 Erklärungsmodelle, Stigmatisierung und deren Folgen

Seit dem Aufkommen des Krankheitsverständnisses von Abhängigkeit wurde fieberhaft nach möglichen Ursachen dafür gesucht, dass nur ein Teil der Konsumierenden eine Abhängigkeit entwickelt. Während das ursprünglich verbreitete moralische Modell, welches Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine bewusste und willentliche Kontrolle über den Substanzkonsum zuschreibt in der Bevölkerung noch immer verbreitet ist, besteht heute in der Fachöffentlichkeit weitgehend Einigkeit darüber, dass eine Abhängigkeitsentwicklung nur vor dem Hintergrund des Zusammenspiels von Merkmalen der Droge, der Person und der Umwelt verstehbar ist, wobei die jeweilige Gewichtung je nach Forschungsrichtung erheblich differieren kann. Unstrittig ist, dass insbesondere die verbreiteten Abhängigkeitsformen Substanzen betreffen, die zu einer Aktivierung des Neurotransmitters Dopamin in verschiedenen limbischen Strukturen des Zentralen Nervensystems führen und deren Wirkung vergleichsweise gut kalkulierbar ist (z. B. euphorisierende Wirkung bei Kokain oder Amphetaminen, sedierende Wirkungen bei Alkohol und Opiaten), während das Abhängigkeitspotential bei eher schlecht kalkulierbaren Substanzen wie Halluzinogenen als gering einzustufen ist.

Üblicherweise wird die Wirkung zunächst als angenehm empfunden (so führen abhängigkeits erzeugende Substanzen zu einer deutlich erhöhten Dopaminausschüttung gegenüber „natürlichen“ Verstärkern wie z. B. Essen oder Sex), bevor im Rahmen einer Abhängigkeitsentwicklung ein körperlicher Gewöhnungsprozess auftritt. Da alle gängigen Drogen in den Hirnstoffwechsel eingreifen und entweder die Wirkung körpereigener Botenstoffe übernehmen oder die Ausschüttung körpereigener Botenstoffe befördern bzw. hemmen, reagiert der Körper nach einer Phase des Drogenkonsums mit Anpassungen des eigenen Stoffwechsels, meist durch eine Toleranzentwicklung (die gleiche Menge einer Substanz wirkt nicht mehr so stark bzw. es muss eine größere Menge konsumiert werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen). In diesem Zusammenhang wird der Substanzkonsum zunehmend benötigt, um sich noch „normal“ fühlen zu können. Biologische Modelle weisen zudem auf ein genetisch erhöhtes Erkrankungsrisiko bei einem Teil der Betroffenen hin; so verhindert beispielsweise die in Teilen Asiens verbreitete genetisch bedingte Alkoholunverträglichkeit bei Betroffenen zuverlässig die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Neuere, vor dem Hintergrund der Hirnforschung entwickelte Modelle konzeptualisieren Abhängigkeitserkrankungen als Erkrankungen des Gehirns. Nach Nora Volkow (2015), einer prominenten Vertreterin dieses Modells, wird durch wiederholte Exposition mit einer abhängigkeits erzeugenden Substanz gleichsam der freie Wille durch die Abhängigkeitsentwicklung letztlich völlig ausgehebelt, wobei zumindest ätiologisch auch anderen Faktoren wie z. B. biographische Traumata ein Einfluss zugeschrieben wird.

Im psychologischen Bereich wurde zunächst nach spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen gesucht, die Menschen für eine Abhängigkeitsentwicklung prädisponieren („Suchtpersonlichkeit“), ohne dass konsistente Belege für spezifische Persönlichkeitsmerkmale gefunden werden konnten, die der Abhängigkeitsentwicklung vorangehen. Ein zusätzliches Problem ist bei solchen Ansätzen, dass regelhaft unklar bleiben muss, welche Merkmale der Betroffenen Ursache und welche Folge der Suchtentwicklung sind. Neuere psychologische Ansätze fokussieren stärker auf dysfunktionale Bewältigungsmechanismen, d. h., dass persönliche Schwierigkeiten durch Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation behandelt werden. Soziologische Modelle fokussieren demgegenüber stärker auf soziale Einflussfaktoren und Umweltfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht wie z. B. gestiegene Verfügbarkeit von Suchtmitteln und sozioökonomische Deprivation. Ein Beispiel für deutliche gesellschaftliche Einflussfaktoren stellt z. B. die Opioidkrise in den USA dar, die durch massenhafte Verschreibung von Opioiden ausgelöst wurde und insbesondere bei sozial schwächer gestellten Betroffenen zu einem endemischen Umstieg auf Heroin als preiswertere Ersatzdroge geführt hat (Carlisle Maxwell, 2015).

Modellannahmen zu Abhängigkeit bestimmen erheblich die gesellschaftlichen Reaktionen auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Unter allen in der ICD-11 gelisteten psychischen Erkrankungen sind Abhängigkeitserkrankungen in einem besonderen Maße stigmatisiert, indem Betroffenen zahlreiche negative

Stereotype zugeschrieben werden. Der Prozess der Stigmatisierung lässt sich durch folgende Komponenten charakterisieren (Andersen, Varga & Folker, 2022):

Zunächst erfolgt eine Etikettierung einer Normabweichung (z. B. als „psychisch krank“ oder „Drogenabhängig“), die eine Gruppe von der übrigen Gesellschaft separiert. Mit dieser Etikettierung werden negative Stereotype wie Gewalttätigkeit, Gefährlichkeit, Unehrllichkeit etc. verbunden. Die Betroffenen werden zusätzlich ausgegrenzt durch die Verwendung einer Sprache, durch die sie auf die wahrgenommene Normabweichung reduziert werden und von dem Rest der Gesellschaft abgesondert werden (z. B. Begriffe wie „Alkoholiker“, „Junkie“). Schließlich bedarf Stigmatisierung (und in stärkerem Maß Diskriminierung) eines Machtgefälles zwischen der stigmatisierenden und der stigmatisierten Gruppe.

So werden Betroffene gegenüber anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen (und erst recht Menschen mit körperlichen Erkrankungen) als selbst verantwortlich für die Krankheitsentstehung und als gefährlicher wahrgenommen. In der Allgemeinbevölkerung besteht ein besonders ausgeprägtes Bedürfnis nach sozialer Distanz zu Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Die Stigmatisierungserfahrung führt bei vielen Betroffenen zu einer Internalisierung der Stereotype, der „Selbststigmatisierung“, die mit erhöhter Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeitsgefühlen und einer ungünstigen Prognose verbunden ist (Wagner, 2018). Drogenabhängigkeit wird dabei noch stärker stigmatisiert als Alkoholabhängigkeit (Kilian et al., 2021). Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden zudem auch im Gesundheitswesen stigmatisiert (Speerforck & Schomerus, 2022). Ausgrenzungserfahrungen wird weiterhin eine bedeutende Rolle für die gegenüber anderen psychischen Erkrankungen ausgeprägtere schlechte Erreichbarkeit von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen durch das professionelle Suchthilfesystem zugeschrieben (s. Bischof in diesem Band, → S. 106). So werden beispielsweise bei Alkoholabhängigkeit weniger als 20 % der Betroffenen durch fachliche Hilfen erreicht (Mekonen et al., 2020) und professionelle Hilfe wird meist in einem bereits fortgeschrittenen Erkrankungsstadium in Anspruch genommen. Erhebungen zeigen, dass die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer 16,6 Jahre betrug, bevor etwa eine stationäre Rehabilitation in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Jahr 2017 angetreten wurde (Bachmeier et al., 2018).

Empirisch konnte gezeigt werden, dass die Vorstellung von Sucht als einer Erkrankung des Gehirns, die initial sich die Entstigmatisierung von Sucht auf die Fahnen geschrieben hatte, zwar einen positiven Effekt auf die Zuschreibung von Schuld und Verantwortung an Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen erzielt, zugleich aber den Wunsch nach sozialer Distanz erhöht und auch bei den Betroffenen die Selbstwirksamkeit senkt, die Krankheit bewältigen zu können (Hall, Carter & Forlini, 2015).

In einer Übersichtsarbeit zu wirksamen Strategien zur Reduktion von Stigma bei Abhängigkeitserkrankungen kommen McGinty und Barry (2020) zu der Schlussfolgerung, dass Strategien als evidenzbasiert gewertet werden können, die entstigmatisierende Sprache („first person language“, d. h. Person und Erkranken-

kung werden unterschieden, „Menschen mit Abhängigkeitserkrankung“ anstelle von „Alkoholiker“), lösungsorientierte Botschaften (z. B. Abhängigkeitserkrankungen als gut behandelbare Störungen) und Verständnis erzeugende Narrative und Botschaften, die stärker gesellschaftliche (im Vergleich zu individuellen) Ursachen der Krankheitsentstehung hervorheben, einsetzen.

Literatur

- Andersen, M. M., Varga, S. & Folker, A. P. (2022). On the definition of stigma. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(5), 847-853. doi: 10.1111/jep.13684
- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Kemman, D., Kersting, S. & Weissinger, V. (2018). Teilband I: Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Basisdokumentation 2017 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung* (Bd. 25, S. 6-27, Bd. 25). Bonn: Fachverband Sucht.
- Carlisle Maxwell, J. (2015). The Pain Reliever and Heroin Epidemic in the United States: Shifting Winds in the Perfect Storm. *Journal of Addictive Diseases*, 34(2-3), 127-140. doi: 10.1080/10550887.2015.1059667
- Hall, W., Carter, A. & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2(1), 105-110. doi: 10.1016/s2215-0366(14)00126-6
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S. & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 45(5), 899-911. doi: 10.1111/acer.14598
- McGinty, E. E. & Barry, C. L. (2020). Stigma Reduction to Combat the Addiction Crisis – Developing an Evidence Base. *New England Journal of Medicine*, 382(14), 1291-1292. doi: 10.1056/NEJMp2000227
- Mekonen, T., Chan, G. C. K., Connor, J., Hall, W., Hides, L. & Leung, J. (2020). Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 116(10), 2617-2634. doi: 10.1111/add.15357
- Saunders, J. B., Degenhardt, L., Reed, G. M. & Poznyak, V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(8), 1617-1631. doi: 10.1111/acer.14128
- Speerforck, S. & Schomerus, G. (2022). Reducing Substance Use Stigma in Health Care. In Schomerus, G. & Corrigan, P. W. (Hrsg.), *The Stigma of Substance Use Disorders* (S. 232-251). Cambridge: Cambridge University Press.
- Volkow, N. D. & Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712-725. doi: 10.1016/j.cell.2015.07.046
- Wagner, S. (2018). Einfluss von Selbststigmatisierung auf die Gesundheit. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 20(7), 17. doi: 10.1007/s15005-018-2676-9

II Sucht und Stigma

Georg Schomerus

Suchtkrankheiten gehören zu den am stärksten stigmatisierten Krankheiten. Finanzielle Mittel für die Behandlung von Menschen mit Suchtkrankheiten haben in der öffentlichen Meinung im Vergleich zu anderen körperlichen und psychischen Krankheiten die niedrigste Priorität, und das hat sich in den letzten 20 Jahren nicht geändert (Schomerus et al., 2021). Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass z. B. die Bereitschaft, in Alltagssituationen mit Menschen mit Suchtkrankheiten in Kontakt zu treten, deutlich geringer ist als in Bezug auf Menschen mit anderen psychischen Krankheiten (Kilian et al., 2021). Dabei unterscheidet sich das Stigma von Suchtkrankheiten auch inhaltlich vom Stigma anderer psychischer Krankheiten: Menschen mit Suchtkrankheiten werden häufiger und stärker selbst für ihre Erkrankung verantwortlich gemacht, man unterstellt ihnen einen schlechten Charakter oder Willensschwäche. Solche negativen Stereotype haben sich seit Beginn der 1990er Jahre etwa in Bezug auf Alkoholprobleme in Deutschland kaum verändert (Schomerus et al., 2014). Eine Suchtkrankheit zu haben bedeutet, besonders starken negativen Reaktionen des sozialen Umfeldes ausgesetzt zu sein.

1 Theoretische Konzeptualisierung von Stigma

„Stigmatisierung“ ist ein mittlerweile sehr häufig gebrauchtes Schlagwort, das in den verschiedensten Kontexten verwendet wird. Das Stigmakonzept von Bruce Link und Jo Phelan (2001) bietet ein empirisch gut überprüftes Modell, das einer Trivialisierung des Begriffs entgegenwirkt. Stigmatisierung liegt nach Link und Phelan dann vor, wenn vier verschiedene, aufeinander bezogene Komponenten gemeinsam vorhanden sind.

1. Am Anfang des Stigmatisierungsprozesses steht das *Labeling*, die Zuschreibung eines negativen Etiketts. Es macht einen Unterschied, ob ein Mensch als jemand wahrgenommen wird, der ‚viel verträgt‘ oder ob er das Label ‚Alkoholiker‘ erhalten hat. Der Gebrauch legaler und illegaler Substanzen ist mit einer Vielzahl abwertender Bezeichnungen verbunden, etwa ‚Kiffer‘ oder ‚Junkie‘, aber auch weniger offensichtlich herabwürdigende Bezeichnungen wie ‚Drogenpatient‘.
2. Ein solches Etikett ist mit *negativen Stereotypen* verknüpft. Sobald eine Person etwa als ‚Kiffer‘ eingeordnet wird, werden alle stereotypen Vorstellungen, die jemand über diese Gruppe hat, mit dieser Person verbunden. Wird im Kran-

kenhaus von einem ‚Drogenpatienten‘ gesprochen, entsteht eine stereotype Vorstellung zum Beispiel von Kriminalität, Unzuverlässigkeit, Unehrllichkeit und Ungepflegtheit, ganz unabhängig von den tatsächlichen Eigenschaften der so bezeichneten Person.

3. Dies löst eine negative emotionale Reaktion und die *Abgrenzung* von der Person aus. Sie wird nicht mehr als Individuum und jemand von ‚uns‘ gesehen, sondern als Teil einer Gruppe, etwa der Gruppe der ‚Kiffer‘ oder ‚Drogenabhängigen‘, und damit als eine von ‚denen‘. Wir, die Mehrheit der Menschen mit ‚normalem‘ Substanzkonsum, grenzen uns von der Minderheit der abhängigen, devianten Konsument:innen ab.
4. Die Folgen dieses Prozesses sind *Abwertung*, *Diskriminierung* und *Statusverlust*. Nach Goffman (1963) beschädigt die Stigmatisierung die Identität der Person, verändert die Wahrnehmung und den Umgang mit einer Person tiefgreifend. Diese negativen Folgen von Stigmatisierung sind vielfach belegt. Nur wegen dieser negativen Folgen ist das Konzept der Stigmatisierung überhaupt relevant. Treten die einzelnen Komponenten der Stigmatisierung isoliert auf, sind sie alltäglich. Es schadet nicht, den Mann im gelben Auto als ‚Paketbote‘ zu labeln, oder die Frau im weißen Kittel als ‚Ärztin‘. Auch die Zuschreibung von Stereotypen ist alltäglich und dient der leichteren Orientierung in unserer sozialen Umwelt. Sobald aus diesen Komponenten aber eine schlechtere Behandlung, eine Benachteiligung, Abwertung und Ausgrenzung folgen, werden sie zum Problem. Stigmatisierung muss deshalb bekämpft werden.

Allerdings muss noch eine weitere Voraussetzung vorliegen, damit Stigmatisierung überhaupt wirksam werden kann: Es muss ein *Machtgefälle* vorhanden sein. Die einflussreiche Mehrheit stigmatisiert die machtlose Minderheit. Deshalb trifft Stigmatisierung diejenigen Menschen am stärksten, die über wenig Macht oder soziales Kapital verfügen (Link & Phelan, 2014). Ein erfolgreicher Geschäftsmann, der Drogen konsumiert, wird weniger stark stigmatisiert als ein Drogenkonsument ohne Beruf, Familie und sozialer Absicherung.

2 Intersektionalität

Eine wichtige theoretische Erweiterung des Stigmabegriffs ist in diesem Zusammenhang der Begriff der Intersektionalität. Historisch aus dem Zusammentreffen von Rassendiskriminierung und Sexismus in den Vereinigten Staaten entstanden (Crenshaw, 1989), beschreibt er, dass unterschiedliche Eigenschaften in einzelnen Personen zusammentreffen und zu mehrfacher Diskriminierung führen können (Dittrich & Schomerus, 2022). Man spricht von unterschiedlichen Systemen der Unterdrückung, die auf ein und dieselbe Person wirken. Beispiele für intersektionelles Stigma im Suchtkontext sind Frauen mit Drogen-

abhängigkeit, die ihre Sucht mit Sexarbeit finanziert haben und die aufgrund ihres Geschlechts, der Drogenabhängigkeit und der Sexarbeit Diskriminierung ausgesetzt sind (Medina-Perucha et al., 2019). Häufig mischt sich Rassismus mit dem Stigma einer Krankheit, etwa bei männlichen Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund. Auch Menschen mit einer Suchtkrankheit und einer anderen schweren psychischen Krankheit, etwa einer Schizophrenie, können Opfer mehrfacher Stigmatisierung sein.

3 Öffentliches Stigma

Stigmatisierung wirkt dabei zunächst im individuellen Kontakt: Stigma kann die Ursache dafür sein, dass ein Mitglied der stigmatisierenden Mehrheit eine Person, die der stigmatisierten Minderheit angehört, diskriminiert. Man spricht dann vom öffentlichen Stigma, das zu individueller Diskriminierung führt. Die abschätzige Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen in Alltagssituationen ist ein typisches Beispiel für öffentliches Stigma. Die Erwartung, in bestimmten Situationen Stigmatisierung ausgesetzt zu sein, führt zur Vermeidung solcher Situationen, zum sozialen Rückzug und zur Geheimhaltung. Wenn ich damit rechnen muss, bei einer Familienfeier schräg angeschaut oder offen kritisiert zu werden, wenn ich auf Alkohol verzichte, dann gehe ich möglicherweise nicht hin. Wenn mein Hausarzt mich spüren lässt, dass er mich wegen meines Substanzkonsums für weniger wert hält als andere Menschen, dann vermeide ich den Arztbesuch. Umgekehrt fühle ich mich dann gerade bei den Menschen, die auch Substanzen konsumieren, nicht abgewertet, sondern verstanden, geborgen und akzeptiert. Kontakte außerhalb des konsumgeprägten sozialen Netzwerks sind aufgrund der Stigmatisierung viel schwieriger und riskanter als Kontakte innerhalb der Gruppe der Konsumierenden, was Veränderungen der Konsumgewohnheiten erschwert. Hilfe für Suchtprobleme zu suchen, ist aufgrund der erwarteten Stigmatisierung besonders schwer, so dass damit häufig gewartet wird, bis die Probleme übermächtig geworden sind. Das öffentliche Stigma hat also auch dann erhebliche negative Auswirkungen auf die Betroffenen, wenn es durch Geheimhaltung und sozialen Rückzug vermieden wird. Die Gefahr, abgewertet und diskriminiert zu werden ist so allgegenwärtig, dass sie das ganze Leben von Menschen mit Suchtkrankheiten negativ beeinflussen kann.

4 Strukturelles Stigma

Das Stigma findet aber noch weitere Wege, um Menschen mit Substanzproblemen zu schaden. Strukturelles Stigma beschreibt, wie Regeln, Abläufe und Gesetze zum Nachteil einer bestimmten Gruppe wirken. Strukturelle Stigmatisierung ist im Bereich der Substanzabhängigkeit besonders häufig. Konsum-

räume, Substitutionsprogramme, alle strukturelle Maßnahmen der *Harm-Reduction* sind potenziell Angriffsziele für strukturelles Stigma, wenn sie geringere Priorität oder weniger Ressourcen erhalten, oder wenn sie auf andere Arten von politischem und gesellschaftlichem Widerstand stoßen (Schomerus et al., 2017). Auch die Kriminalisierung des Substanzkonsums kann als strukturelles Stigma verstanden werden. Sind die Regeln erst einmal gemacht, findet Stigmatisierung auch dann statt, wenn niemand der unmittelbar Beteiligten eine böse Absicht hat, aber die Regeln eine ungerechte Ungleichbehandlung vorgeben. Im Gesundheitswesen können Regeln, die Suchtkranke von bestimmten Therapieformen so gut wie ausschließen, als strukturelles Stigma aufgefasst werden. Abstinenzzeiten vor dem Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten benachteiligen Menschen, die oft aufgrund von mehrfachen psychiatrischen Diagnosen eine längere Abstinenz ohne psychotherapeutische Begleitung gar nicht schaffen können.

Um strukturelle Stigmatisierung in der Therapie zu vermeiden, muss für jedes therapeutische Setting die Frage gestellt werden, inwieweit bestimmte Regeln für den Erhalt essenzieller Settingqualitäten wirklich notwendig sind, oder inwieweit sie bestimmte Patient:innengruppen von vornherein von diesem Setting ausschließen. Es ist zum Beispiel sinnvoll, innerhalb von therapeutischen Settings keinen Substanzkonsum und keine Intoxikation zu dulden, weil die Substanzwirkung der therapeutischen Arbeit entgegensteht. Zudem kann die Begegnung mit intoxikierten Mitpatient:innen für andere Patient:innen extrem belastend sein, die möglicherweise eigene traumatische Erlebnisse mit Menschen assoziieren, die Substanzen konsumiert haben. Im Gegensatz dazu verbessert eine definierte Zeitspanne der Abstinenz vor dem Beginn der Therapie die Settingqualität eigentlich nicht, sie schließt nur Menschen mit schwereren Substanzgebrauchsstörungen von dieser Therapie aus. Damit wird implizit die Botschaft vermittelt, dass die Gruppe der Menschen mit Substanzabhängigkeit bestimmte Therapien (noch) nicht verdiene, weil erst eine Abstinenz erreicht werden muss, um die eigene Motivation und die Eignung für die Therapie unter Beweis zu stellen. Gerade für Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen, die also neben der Suchtkrankheit noch eine andere psychische Krankheit haben, ist das oft nicht möglich. Auch und gerade Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen leiden zum Beispiel oft unter den Folgen von Traumatisierungen, haben aber viel weniger Möglichkeiten, diesen Teil ihres komplexen Krankheitsgeschehens therapeutisch zu bearbeiten. Hier werden systematisch besonders schwer betroffene Menschen von bestimmten Therapien ausgeschlossen.

Dabei gibt es therapeutische Konzepte, die ein hohes Maß an Stabilität von den Patientinnen und Patienten verlangen. Solche exklusiven Therapiesettings erreichen eine bestimmte Qualität ihres Angebots auch dadurch, dass die Therapie teilnehmenden genau ausgewählt (und andere dadurch ausgeschlossen) werden. Diese Angebote haben ihre Berechtigung, müssten aber in einer definierten Versorgungsregion durch analoge Angebote für Menschen, die weniger Stabilität, aber deshalb nicht weniger Therapiebedarf aufweisen, komplementiert werden.