



DOKUMENTATION DER 34. NIEDERSÄCHSISCHEN SUCHTKONFERENZ 10|2024

STOPP STIGMA

BESSERE BEHANDLUNG VON ABHÄNGIGKEITS- ERKRANKUNGEN DURCH ENTSTIGMATISIERUNG?

Berichte zur Suchtkrankenhilfe



Niedersachsen. Klar.

STOPP STIGMA

BESSERE BEHANDLUNG VON ABHÄNGIGKEITS- ERKRANKUNGEN DURCH ENTSTIGMATISIERUNG?

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.
Schillerstraße 32
30159 Hannover

Redaktion:
Thomas Altgeld
Alexandra Schüssler

Layoutkonzept und Gestaltung:
hgb – Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Erschienen im August 2025

Druck:
Unidruck, Hannover

VORWORT

DR. ANDREAS PHILIPPI

Niedersächsischer Minister
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Stopp Stigma – Bessere Behandlung
von Abhängigkeitserkrankungen durch
Entstigmatisierung?

6

VORTRÄGE

PROF. DR. GEORG SCHOMERUS

Stigmatisierung von Menschen mit Suchtkrankheiten
als Barriere für Behandlung und Prävention

7

CAROLIN SCHÜRMANN

Nicht-Behandlung von Suchterkrankungen in Familien

9

**DR. FRIEDERIKE BARTHELS,
MATTHIS MORGENSTERN,
REINER HANEWINKEL**

Stigmatisierung von pathologischen Glücksspieler:innen

17

PROF. DR. RITA HANSJÜRGENS

Beitrag der Suchtberatung zur Entstigmatisierung

22

**ANJA BISCHOF, GALLUS BISCHOF,
SVEN SPEERFORCK, CHRISTIAN
SANDER, JENNY SPAHLHOLZ,
GEORG SCHOMERUS, HANS-
JÜRGEN RUMPF**

Strategien für Interventionen zu Grundannahmen bei
Medizinstudierenden in Bezug auf Alkoholkonsumstörungen:
die StIGMA-Studie

27

PROF. DR. KNUT TIELKING

Wege in die Suchtrehabilitation zwischen Stigma und
erfolgreichem Zugang – Erfahrungen aus dem Projekt SEMRES

32

**JULIAN STRIZEK,
MONIKA NOWOTNY,
ALEXANDRA PUHM**

Stigmafreie Haltung der Gesellschaft fördern: Gemeinsam-
keiten und Unterschiede zwischen Suchterkrankungen und
anderen psychischen Erkrankungen

40

ANHANG

48

Verzeichnis der Referent:innen
Themen bisheriger Suchtdokumentationen

Vorwort

Stopp Stigma Bessere Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen durch Entstigmatisierung?

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie ganz herzlich zur 34. Niedersächsischen Suchtkonferenz. Leider ist es mir aus Termingründen nicht möglich, Sie live zu begrüßen. Das finde ich sehr schade. Denn das Thema der diesjährigen Konferenz: „Stopp Stigma – bessere Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen durch Entstigmatisierung?“ ist wichtig und verdient viel Aufmerksamkeit.

Ich möchte Sie gerne gleich zu Beginn zu einem kleinen Gedankenspiel einladen. Wenn Sie selbst erkrankt wären, würde es Ihnen leichter fallen zu sagen: „Ich habe eine Depression“ oder wäre es für Sie einfacher zu sagen: „Ich habe eine Suchterkrankung“? Wie denken Sie, würde Ihr Umfeld darauf reagieren? Wenn jemand an einer Erkrankung leidet, erfährt dieser in der Regel Trost, Ermutigung und Hilfe. Suchterkrankten wird jedoch oftmals mit Vorwürfen oder Distanzierung begegnet statt mit Verständnis und Unterstützung. Auch wenn das Bundessozialgericht Sucht bereits 1968 als chronische Erkrankung anerkannt hat, ist dieses Verständnis auch nach über einem halben Jahrhundert noch nicht in unserer Gesellschaft angekommen.

Vielmehr ist Sucht nach wie vor eine besonders stark stigmatisierte Erkrankung. Sie ist bei vielen Menschen mit Schuld und mit Versagen assoziiert. Besonders tragisch ist es, dass sich suchtkranke Menschen durch diese Vorurteile oft selbst stigmatisieren. Die Betroffenen empfinden oft Schuldgefühle und Scham. Sie vermeiden, über ihre Krankheit zu reden und Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dabei sind Suchterkrankungen weit verbreitet und ziehen erhebliche individuelle und gesellschaftliche Folgen nach sich. **Allein in Niedersachsen haben etwa 1,3 Millionen Personen eine diagnostizierte Abhängigkeitserkrankung – es ist also jeder sechste Mensch direkt betroffen.** Diese Menschen benötigen möglichst frühzeitig Unterstützung, um Chronifizierungen zu vermeiden und das soziale Umfeld zu stärken. Denn auch zahlreiche Menschen im persönlichen und beruflichen Umfeld der Betroffenen leiden oftmals unter der Abhängigkeitsstörung.

Studien zeigen, dass in Deutschland rund drei Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in

suchtbelasteten Familien leben. Vermutlich sind es sogar deutlich mehr. Angehörige erfahren ebenfalls Stigmatisierung in ihrem Alltag. Es ist daher ungemein wichtig, auch den Angehörigen frühzeitig Unterstützung anzubieten. Ich bin der festen Überzeugung: Abhängigkeitserkrankungen sind gut behandelbar, – wenn wir es schaffen, Menschen möglichst frühzeitig zu behandeln. Dies gelingt am besten, wenn ihnen die Fachkräfte an jeder Stelle des Hilfesystems vorurteilsfrei und mit Empathie begegnen. Dazu gehört, dass auch Fachkräfte ihr Verhalten gegenüber den betroffenen Personen immer wieder reflektieren. Sie müssen sich bewusst machen: Eine Abhängigkeitserkrankung definiert einen Menschen nicht, sie ist lediglich eine Facette seiner Person. Das alles steht im Zentrum der heutigen Veranstaltung. Ich wünsche Ihnen eine spannende Veranstaltung und der Tagung einen guten Verlauf. Vielen Dank und Glück auf!

Dr. Andreas Philippi
Niedersächsischer Minister
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Stigmatisierung von Menschen mit Suchtkrankheiten

als Barriere für Behandlung und Prävention der Hilfe

Wenn man über Suchtkrankheiten spricht, dann ist das Stigma der sprichwörtliche Elefant im Raum. Kaum ein Gespräch über Sucht, kaum ein Hilfsangebot bleibt davon unberührt. Das Stigma von Suchtkrankheiten unterscheidet sich vom Stigma anderer psychischer Krankheiten dahingehend, dass es eine starke normative Funktion hat. Suchtkrankheiten werden primär als Fehlverhalten angesehen, für das die erkrankte Person eine Verantwortung trägt. Die Ausgrenzung der Betroffenen signalisiert, dass dieses Verhalten in den Augen der Mehrheit nicht in Ordnung ist. Das Stigma von Suchtkrankheiten kann damit als Appell verstanden werden, dieses Verhalten zu ändern, um der Stigmatisierung zu entgehen. Allerdings passt diese theoretisch „suchtpräventive“ Funktion von Stigma nicht mit der Realität von Suchtkrankheiten überein. Stigma ist vielmehr eine wichtige Barriere, die eine frühzeitige und effektive Hilfe für Suchtprobleme auf unterschiedlichste Art und Weise erschwert.

Wichtig ist dabei, zwischen den drei „Säulen“ der Stigmatisierung zu unterscheiden: Dem öffentlichen Stigma, dem Selbststigma und dem strukturellen Stigma. Diese drei Varianten der Stigmatisierung werden zunächst von den Betroffenen erlebt: Das öffentliche Stigma äußert sich in den Abwertungen, denen Menschen mit Suchtkrankheiten im Kontakt mit anderen Menschen ausgesetzt sind. Hierunter fällt auch die unfreundliche oder herablassende Behandlung von Menschen mit Suchtkrankheiten im Gesundheitssystem. Selbststigmatisierung wird erlebt, wenn eine Person die prävalenten Vorurteile gegenüber Menschen mit Suchtkrankheiten auf sich selbst anwendet, da sie sich aufgrund der eigenen Suchterkrankung selbst zu der stigmatisierten Gruppe zugehörig fühlt. Ablehnende Haltungen, die ich zunächst gegenüber anderen Menschen mit Suchtkrankheiten eingenommen habe, richten sich auf einmal gegen mich selbst. Das Ergebnis der Selbststigmatisierung sind Selbstwertverlust und z. B. eine geringere Abstinenzversicht. Strukturelles Stigma wird erlebt, wenn Regeln und Abläufe zum Nachteil einer bestimmten Patient:innengruppe funktionieren. Gerade bei Suchtkrankheiten ist das im Hilfesystem vieler-

orts der Fall. Psychotherapien müssen wegen Substanzkonsum abgebrochen werden, bestimmte psychotherapeutische Settings sind Menschen mit Suchtkrankheiten versperrt. Oft geht es dabei nicht um den pragmatischen Ausschluss von Intoxikation, die tatsächlich eine Psychotherapie unmöglich macht, sondern um das Aufstellen von Behandlungshürden, um vorgeblich die Motivation der Patient:innen zu prüfen, die durch eine Abstinenz ihre „Therapiefähigkeit“ unter Beweis stellen müssen. Nach Auffassung des Vortragenden ist „Therapiefähigkeit“ eine Eigenschaft, die grundsätzlich nur auf Therapeut:innen zutreffen kann. Es gibt keine „therapieunfähigen“ Patient:innen, sondern nur nicht angemessen angepasste Therapien.

Insgesamt führt die Erwartung dieser verschiedenen Varianten der Stigmatisierung dazu, dass Suchtprobleme geheim gehalten werden. Sie werden vor anderen Menschen geheim gehalten, um der Stigmatisierung durch andere zu entgehen, sie werden in Strukturen geheim gehalten, um einer Sanktionierung zu entgehen und sie werden vor sich selbst geheim gehalten, um der Selbstabwertung in der Selbststigmatisierung zu entgehen.

Letzteres wird in der Suchttherapie häufig als „Leugnen“ oder „Verdrängen“ oder „Bagatellisieren“ bezeichnet und bürdet den Betroffenen eine weitere Schuld auf, nämlich nicht „ehrlich“ zu sein. Diese Ansprüche an die „Ehrlichkeit“ der Klient:innen erscheint angesichts der drohenden Stigmatisierung bei der Offenbarung eines Suchtproblems der Komplexität des Themas nicht gerecht zu werden. Zahlreiche Studien zeigen, dass das Erleben und das Vermeiden von Stigmatisierungen zu Geheimhaltung und verzögerter Inanspruchnahme von Hilfe führen. Oft zeigt sich auf Bevölkerungsebene, dass stärkere Stigmatisierung nicht etwa mit einem geringeren, sondern mit einem höheren Alkoholkonsum auf Länderebene assoziiert ist.

Der zweite Teil des Vortrags widmet sich der Frage der Verantwortung für eine Suchtkrankheit bzw. für die Therapie. Da Schuldzuweisungen so zentral für die Stigmatisierung von Suchtkrankheiten sind, stellt sich die Frage, wie es denn um die individuelle Verantwortung für den Konsum steht. Tatsächlich ist die individuelle Verantwortung nur eine Seite der Medaille. In einer Gemeinschaft gibt es immer auch eine kollektive oder soziale Verantwortung. Handlungen finden immer in einem sozialen Kontext statt, der die Handlungen begünstigt oder erschwert. Damit ist in Bezug auf Suchtkrankheiten nicht nur das unmittelbare Umfeld gemeint, das durch seine eigenen Trinkgewohnheiten die Trinkgewohnheiten aller mitbestimmt, sondern auch die Gesellschaft. Wie gehen wir als Gesellschaft mit Alkohol um. Bei Abhängigkeitserkrankungen ist dieses Verhältnis zwischen indivi-

dueller und kollektiver Verantwortung dynamisch. Menschen ohne Suchterkrankungen können einen verhältnismäßig großen Anteil individueller Verantwortung tragen. Sie können Konsumententscheidungen treffen und diese umsetzen. Auch hier bestimmt das Umfeld in größerem Ausmaß den Umfang des Konsums mit, dennoch besteht die Möglichkeit, solche kollektiven Konsummuster zu durchbrechen. Beim Vorliegen einer schweren Abhängigkeitserkrankung ist jedoch die Fähigkeit zur individuellen Verantwortungsübernahme eingeschränkt. Hier wird die Verantwortung des Umfeldes entsprechend größer. Für Menschen mit Suchtkrankheiten ist es wesentlich wichtiger, ob in ihrem Umfeld getrunken wird oder nicht, ob Alkohol verfügbar ist oder nicht, wie die Preispolitik für Alkohol aussieht, wie Werbung für Alkohol gestaltet ist, ob es diese Werbung überhaupt gibt oder ob irgendwelche Arten von Verkaufsbeschränkungen für Alkohol bestehen. Das Fehlen von solchen strukturellen Maßnahmen der Alkoholprävention trifft damit Menschen mit Suchtkrankheiten viel härter als Menschen ohne Suchtkrankheit. Das dynamische Modell der Verantwortung bei Suchtkrankheiten kann auch dafür verwendet werden, Recovery-Prozesse abzubilden. Recovery bedeutet, wieder zunehmend mehr eigene Verantwortung für den Konsum zu übernehmen. Damit wird das Umfeld zunehmend aus der Verantwortung entlassen, auch wenn diese nie ganz aufhört. Grundsätzlich existieren individuelle und kollektive Verantwortung immer gleichzeitig, die Gewichte der beiden Aspekte von Verantwortung verändern sich jedoch in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung.

Nicht-Behandlung von Suchterkrankungen in Familien

Selbststigmatisierung und mangelnder Selbstwert sind wesentliche Hindernisse für die Hilfesuche bei Abhängigkeitserkrankungen, besonders für betroffene COAs (Child of Addicts).

Ich wuchs als Tochter einer alkoholkranken Mutter (Gerti, 1959–2013) in einer ländlichen Region in Bayern auf und entwickelte selbst als Mutter und Führungskraft in der Gesundheitskommunikationsbranche eine Alkoholkonsumstörung. Die dahinter liegenden Ursachen sowie die interdependente Dynamik von intergenerationalen Traumata, gescheiterten Bewältigungsstrategien und Selbstwertverletzungen in Familien ist ein komplexes und in Deutschland noch zu oft unbesprochenes Phänomen. Nach ersten Traumabehandlungen und der Überwindung meiner Alkoholkonsumstörung, dauerte es weitere Jahre, die Ausmaße dysfunktionaler Denk- sowie Kommunikationsweisen im Zusammenhang mit Selbststigmatisierung zu verstehen.

Geprägt durch das Rollenmuster „Heldenkind“ allen gefallen und meinen Selbstwert über Leistung aufwerten zu wollen (Mielke, o.D.), etablierte ich mich mit mühsam erarbeiteten Bildungsabschluss nicht nur zu einer „kultivierten Trinkerin“, sondern hatte

im Laufe meines Lebens mit diversen selbstschädigenden Verhaltensmustern und unreflektierten Traumaerfahrungen sowie Selbstwertverletzungen zu kämpfen, die ich lange als normales Erleben sozial gewohnter Dynamiken einstufte.

Die Vernachlässigung durch meine Mama Gerti und die traumatisierenden Erlebnisse in meiner Familie waren für mich alltägliche Normalität. Meine innere Unruhe und emotionalen Schmerzen verdrängte ich bereits als Heranwachsende automatisiert mit Ablenkungs- und Fluchtverhalten. Da ich trotz emotionalem Leidensdruck als Kind und Jugendliche behütet und nach außen umsorgt schien, relativierte ich Negativerfahrungen häufig als natürliche Konsequenzen meiner eigenen „missratenen“ Natur („ich habe es nicht anders verdient/ wer nicht hören will, muss fühlen“).

Nicht selten nahm ich mich als „Tochter von der Alkoholikerin“ als fehlerhafte Mangelware in meinem sozialen Umfeld wahr, die immer eine Schippe

drauflegte, um sich ebenbürtig oder besser fühlen zu können. Meistens kompensierte ich unangenehme Erlebnisse und Enttäuschungen mit hohem Leistungsstreben und überrasgender Funktionalität in kultivierten Abhängigkeitsverhältnissen. Später versuchte ich meine emotionalen Überforderungen überwiegend mit Alkoholkonsum zu dämpfen oder zu betäuben. Mein Konsumverhalten und Leistungsstreben war ein großer Bestandteil meiner früheren Identität – sowie Teil meiner früheren Lebensroutinen. (Abb. 1)

Als mich meine Mutter im Alter von 11 Jahren verließ, freute ich mich schon bald als wohl umsorgte Heranwachsende zu der angesehenen trinkenden Gemeinschaft gehören zu dürfen, in der niemand ein nennenswertes Alkoholproblem zu haben schien. Ich übernahm die Stigmatisierung gegenüber meiner Mutter oder anderen alkoholkranken Menschen aus meinem sozialen Umfeld und sah ihr Alkoholproblem als ihr persönliches Versagen und nicht als Folge

SEELISCHE BELASTUNGEN IM „NORMBEREICH“

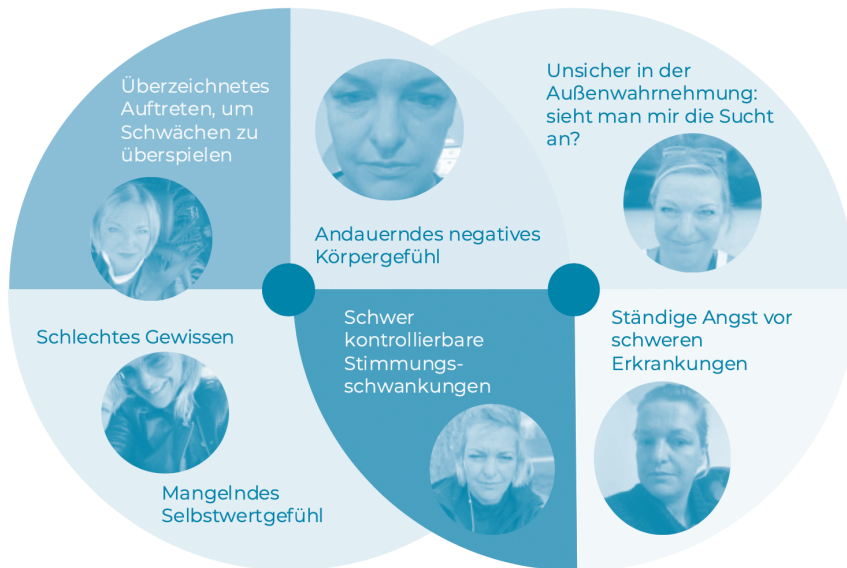


Abb. 1: Seelische Belastungen im „Normbereich“

einer ernstzunehmenden Erkrankung oder als logische Konsequenz eines schädlichen zellgiftigen Drogenkonsums an.

Gerade während meiner Pubertät war es für mich wichtig, mich von meiner egoistischen Mutter als „Alkoholikerin“ und schwachen Menschen abgrenzen zu können und aller Welt zu zeigen wie stark und kultiviert ich trinken, leisten und zu besonderen Menschen gehören kann.

Trank ich in Gemeinschaft, fühlte ich mich erhaben und liebenswert. Wurde ich auf meine familiäre Vorgeschichte, mein ausgeprägtes Leistungs- oder Trinkverhalten angesprochen, koket-

tierte ich stets mit einer besonderen Stärke, Verantwortung oder Alkohol-expertise aufgrund meiner Kindheits-erfahrungen. Lange verdrängte und leugnete ich meine eigene Abhängigkeit in Abgrenzung zum Negativbild meiner Mutter, sodass ich mich unseren gemeinsamen emotionalen Verletzungen erst 10 Jahre nach ihrem Ableben im Alter von 42 Jahren offen und ehrlich stellen konnte.

Als ich zum Ende der Coronapandemie und am Ende meiner eigenen Kräfte mit neuen wertfrei fürsorgenden Personen außerhalb meiner gewohnten Systeme in Kontakt kam und darüber zu mir selbst finden konnte, begann ich meine eigene Identität

erstmalig unabhängig von Werten und Narrativen anderer aufzubauen. Zu meinen unterstützenden Personen zählten vor allem mein neuer Lebenspartner Christoph (seit 2020), meine Psychotherapeutin Janet Goede (seit 2021) sowie später Nathalie Stübens OAMN Community (2022). Allen drei Bezugssystemen gemein war eine wertfreie Haltung gegenüber menschlichem Suchtverhalten, die in Zusammenhang mit meinen unbemerkten posttraumatischen Belastungsstörungen, insbesondere mit meiner Selbststigmatisierung und beschädigtem Selbstwert auf eine inspirierende Weise stark korrelierten und mir in kürzester Zeit halfen, mein Selbstbild differenziert

betrachten zu können. Ohne jeweils etwas von mir zu erwarten und ohne mich zu bewerten. Durch diese neuen Interaktionen konnte ich mich Schritt für Schritt von meinen Scham- und Schuldgefühlen und vor allem toxischen Selbstbild, dass überwiegend von negativer Wertung und Leistungsansprüchen determiniert war, distanzieren.

Durch eine unabhängig positive und selbstfürsorgende Perspektive auf mein Selbst kam ich in die Position, alleine Verantwortung für mein Leben zu übernehmen und fand genau den Mut und die Trostkraft, mich von toxischen und trügerischen Hilfsmitteln wie Alkohol zu lösen und einen inneren Abstand zu dysfunktionalen Verhaltensweisen zu gewinnen.

Bis heute erschüttert mich die späte Erkenntnis, wie lange ich unter der normativen Kultivierung eines vermeintlich verantwortungsvoll erstrebenswerten Alkoholkonsums in unserer Gesellschaft im Spannungsfeld mit einer völlig unterschätzten emotionalen Überlastung und Selbstwertverletzung innerhalb meiner Bezugssysteme versuchte zu funktionieren, während ich mich immer schlechter behandelte und krank wurde.

Trotz all meiner Erkenntnisse, positiven Neuerfahrungen und therapeutischer Unterstützung, bin ich heute zwar schon im dritten Jahr alkoholfrei, aber noch nicht gänzlich frei von den Auswirkungen meiner komplexen Traumafolgestörungen und Bewältigungsstrategien in meinem sozialen Umfeld, die ich über 30 Jahre lang internalisierte.

Vor allem die zweimalige Konfrontation mit onkologischen Verdachtsdiagnosen zwischen 2021–2024 verstärkte meine posttraumatische Belastungsstörung erneut. Im Angesicht möglicher Krebsdiagnosen erhöhten sich die Schuldgefühle meinen Kindern gegenüber. Ich hatte Angst, ihnen durch mein früheres Trinkverhalten das gleiche Leid angetan zu haben, was mir als Kind widerfahren ist: zu früh von der eigenen Mutter getrennt und nicht genug geliebt werden zu können.

Die Sorge, sie im Stich zu lassen und ihnen das Bild einer sterbenden Mutter zumuten zu müssen, überwältigte mich derart, dass ich erneut starke Angstzustände und Panikattacken sowie Vermeidungsverhalten im Kontext meiner Operationen im Jahr 2022 und 2024 durchlebte.

Also begann ich als Teil meiner fortlaufenden EMDR-Therapie und positiven Alkoholabstinenz Erfahrungen mit Psychoedukation und systemischer Familienanalyse zum Thema Selbststigmatisierung und Traumafolgestörungen genauer in Bezug zu meinen subjektiven Erfahrungen und Verhaltensweisen zu recherchieren. Meine intensive Selbstanalyse und die Aufarbeitung meiner Patientengeschichte weiß ich als Teil meiner Traumaerfahrung einzuordnen. Gleichzeitig ist es für mich eine heilende, wenn auch fordernde Mission, die Alkoholabhängigkeit meiner Mutter Gerti und mir, unsere damit einhergehende Stigmatisierung, Selbstwertverletzung und Traumafolgestörungen im eigenen Reflektieren meiner persönlichen Erkenntnisse innerhalb meiner sozialen Systeme

und Lebenswelten für Betroffene, Mitbetroffene und Fachkräfte als Verständigungshilfen aus verschiedenen Rollen und Perspektiven authentisch weiterzugeben.

Mein Ziel ist es, für unsere nachwachsende Generation neue Weichen als positives Vorbild mit einem positiven Selbstwert stellen zu können und über meine Kommunikationsexpertise weiteren Betroffenen eine Hilfe zur gegenseitigen Selbsthilfe anbieten und darüber persönliche Sinnstiftung erhalten zu können. Auch wenn mein Genesungsprozess durch meine intensive Aufarbeitung hin und wieder gestresst wird, fühle ich als Gesamtbilanz eine positive Identitätsentwicklung, die ich beginne in Verbindung mit meinem Innersten aufrichtig lieben zu lernen. (Abb. 2)

Nach und nach wurde mir über meine Arbeit als Peer im intensiven Erfahrungsaustausch mit Expert:innen bewusst, dass meine Mutter nicht nur an den Folgen ihrer Alkoholerkrankung und Leberzirrhose starb ...

... sondern durch ihre ausgeprägte Selbststigmatisierung und massive Selbstwertverletzung ihre und meine Lebensqualität erheblich eingeschränkt wurde, da sie nie und ich erst sehr spät professionelle therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen konnte. Gerti war es sich selbst nicht wert, sich Hilfe zu nehmen, fühlte sich für ihre Sucht alleine schuldig und schämte sich bis zu ihrem letzten Atemzug zu Tode. An dieser Stelle möchte ich neben meiner eigenen Mitbetroffenheit klar und deutlich eine gesellschaftliche Mit-



Abb. 2: Ich bin 1 von Millionen

verantwortung der Alkoholindustrie und Alkohollobby an unserer Leidensgeschichte (stellvertretend für Millionen betroffener Familien in Deutschland) postulieren, die mit ihrem selbststigmatisierenden Marketingkonstrukt das emotionale Leid vieler Betroffener überhaupt erst in diesem Ausmaß verursacht. Unser kultivierter Anspruch auf risikoarmen und verantwortungsvollen Alltagskonsum kann insbesondere Menschen aus suchtbelasteten Familien in ihrer Wahrnehmung zu Alkohol negativ beeinflussen. Durch die Normalisierung des Alkoholtrinkens als alltägliche Stresskompensation und die Aktivierung zum Konsum über Geselligkeitsversprechen, werden insbesondere Menschen mit emotional unerfüllten

Grundbedürfnissen von der Kommunikation der Alkoholindustrie angesprochen. (Abb. 3)

Während ich als Tochter lange unter den Folgen transgenerationaler Schädigungsmuster unbehandelt litt und das Sterben meiner leiblichen Mutter aus der Ferne mehr oder weniger bewusst beobachtete, trank ich trotz all der Negativerfahrungen weiter Alkohol. Ich lebte als junge „Karrierefrau“ und Mutter für mein fremdbestimmtes und dennoch selbst gewähltes Leistungskonstrukt, ohne wirklich in Kontakt mit mir selbst und meinen tief liegenden Bedürfnissen oder Empfindungen zu kommen.

Positive ich-bezogene Emotionen autark aus mir selbst heraus ohne externe Bewertung oder Leistung zu empfinden und ohne in Interaktion mit anderen Menschen zu treten, ist heute noch eine alltäglich bewusste Übung auf meinem Genesungsweg.

Da ich parallel zu den geschilderten Umständen dennoch mit einem starken Selbstbewusstsein und einer ausgeprägten Reflexionsfähigkeit mit selbstkritischer Offenheit ausgestattet bin, verurteilte ich mich in meinem erwachsenen Leben häufig dafür, dass ich es lange nicht schaffte, meine Denk- und Empfindungsmuster zu ändern, mich aus belastenden Situationen konsequent zu lösen

SELBSTSTIGMATISIERUNG HINDERT HILFESUCHE



v.l.n.r.: Sophia Rieckhof, Carolin Schürmann, Prof. Georg Schomerus (Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie), Johanna Kummertat: Universitätsklinikum Leipzig

„Selbststigmatisierung ist unabhängig von der Dauer und Schwere des Alkoholproblems mit einer geringeren Selbstwirksamkeit bei der Verweigerung des Alkoholkonsums verbunden.“



Abb. 3: Selbststigmatisierung hindert Hilfesuche

oder gesunde Bewältigungsstrategien langfristig etablieren zu können. Diese Ambivalenz meiner persönlichen Stärken und Schwächen, die ich ausschließlich als Charaktereigenschaften und nicht als Symptome eines verletzten Selbstwerts bewertete, steigerte meine Scham und Selbststigmatisierung und machte mich für meine eigene Hilfsbedürftigkeit völlig blind, ähnlich wie Gerti. Für meine Kinder sorgte ich stets für Unterstützung, für meine eigenen Angelegenheiten hatte ich „keine Kraft“ bzw. fehlte mir schlichtweg der Mut, in meiner damaligen Wahrnehmung zugeben zu müssen, dass ich doch „kein Stück besser“ als Gerti sei.

Seitdem ich offen über meine eigenen Erfahrungen spreche, erfuhr ich aus verschiedensten vertraulichen Quellen, dass mein Schicksal auch in der multiplen generationsübergreifenden Interdependenz diverser Abhängigkeitserkrankungen innerhalb von sozialen Systemen, die uns im Alltagsleben und in unserer mentalen sowie physischen Gesundheit stark beeinträchtigen, kein Einzelfall ist.

Es gibt unzählige Beispiele, über die Menschen kaum ehrlich sprechen, weil sie sich für Erlebnisse schämen oder schuldig fühlen oder aufgrund ihrer Sozialisation mit andauernden Negativerfahrungen, emotionalen Missbrauch erst gar nicht als Lebens-

beeinträchtigung oder Krankheitslast erkennen können. Zudem existieren noch bei vielen Menschen starke Vorbehalte gegenüber sozialpsychologischen Hilfestellungen sowie Gesprächs- oder Verhaltenstherapien.

Die Dynamiken, die im progressiven Modell nach Schomerus (s. Abb. 4) beschrieben werden, wirkten also dysfunktional in verschiedensten Lebensphasen auf meine eigene Stigmatisierung ein. Mein vermeintlich kultiviertes Leistungs-, Beziehungs- und Trinkverhalten problematisierte sich nach dem Tod meiner Mutter (2013) und den Geburten meiner Kinder (2014 und 2016) drastisch in darauffolgenden persönlichen Krisen.

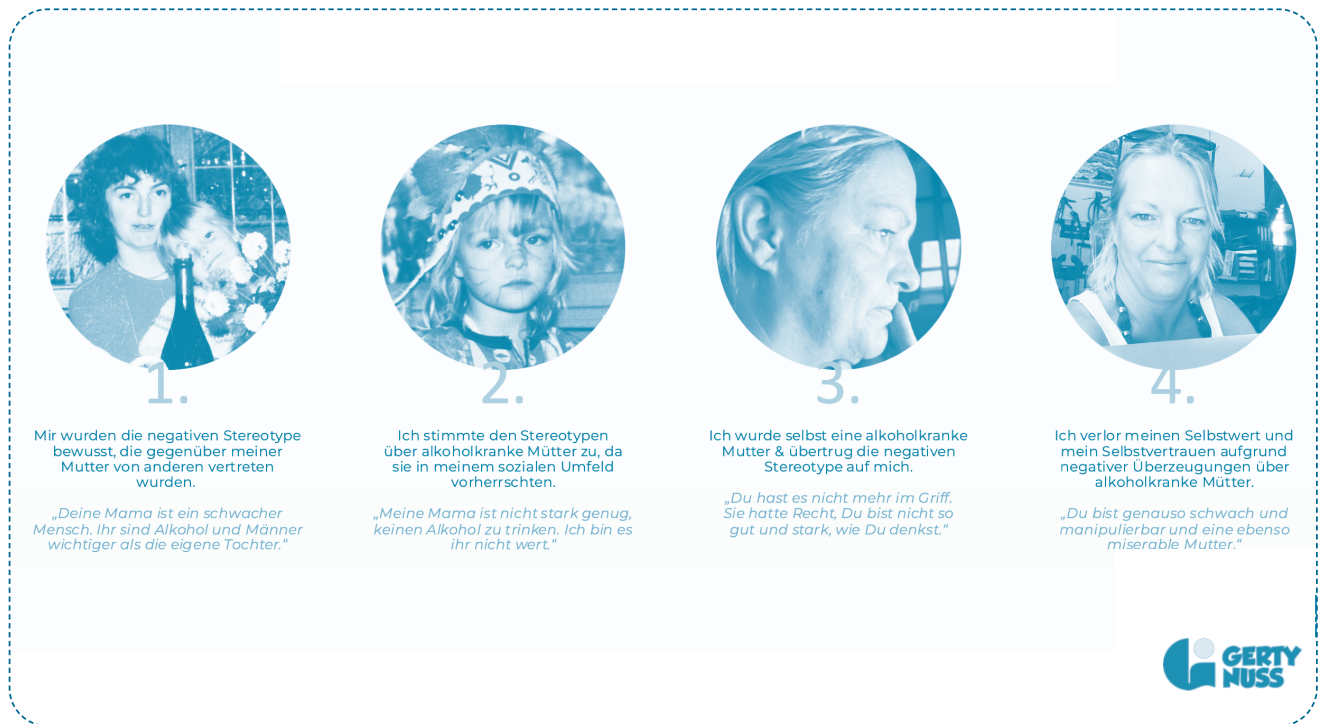


Abb. 4: Das progressive Modell nach Schomerus et al. (2011)

Begleitet von der Coronapandemie sowie dem Kriegsausbruch in Europa, befand ich mich in meinen zentral identitätsbildenden Vorbildrollen erneut in existenzieller Bedrohung wie in meiner Kindheit, ohne dass ich das als gesundheitliches Risiko oder Krankheitslast für mich richtig erkennen konnte. Stattdessen bewertete ich meine scheiternden Bewältigungsversuche weiter als persönliches Unvermögen und vorhergesagtes Privatversagen („Privat ist sie wie ihre Mutter“).

Anstatt mir also ernsthaft professionelle Hilfe zu nehmen und gesunde Bewältigungsstrategien anzuwenden

oder zu entwickeln, erlebte ich in einem stetigen Rückgang meiner Leistungsfähigkeit und Lebensqualität wie meine negativen Glaubenssätze offenbar stimmten. Andauernde Konflikte, die mich emotional immer weiter destabilisierten, zunehmender Stress und immer wieder neue unvorhersehbare Ereignisse, die ich vermeintlich nicht mehr selbst beeinflussen konnte, bauten sich über eine zu lange Zeit zu einem überwältigenden komplexen Ohnmachtsempfinden auf. Diese für mich als in großen Teilen selbst verschuldet wahrgenommenen Umstände („Du bist wie immer nicht in der Lage, die richtigen Entscheidungen für Dich zu treffen,

nun musst du damit klarkommen“) zu kompensieren, führten weiter zu einem unkontrollierten Konsum und gesundheitsschädigendem Verhalten, was dann einen für mich nicht mehr zu bewältigen scheinenden Teufelskreis in Gang setzte. Denn die damit verbundenen negativen Auswirkungen manifestierten sich auch in meinem emotionalen und körperlichen Wohlbefinden. Lange fühlte ich mich trotz Veränderungswillen zu schwach, mich verändern zu können und traute mir nichts mehr zu. Meine Scham- und Schuldgefühle aufgrund meines Konsumverhaltens verstärkten meinen inneren Konflikt so sehr, dass die Reste eines schwa-

chen positiven Selbstbilds nahezu zerstört schienen und mich noch tiefer in die Selbststigmatisierung und Selbstabwertung trieben.

Meine damalige Kommunikation nach außen war stark geprägt von negativen Bewertungen und Relativierungen sowie Bagatellisierungen meines eigenen Verhaltens, um meinen Selbstwert zu schützen, wodurch ich mich immer weiter isolierte und die Ernsthaftigkeit meiner Situation herunterspielte. Später, als mein Konsumverhalten auffälliger wurde, wurde ich sprachlos und zog mich immer weiter zurück.

Ich fühlte mich nicht mehr in der Lage, in liebevoller Auseinandersetzung mit mir selbst für mich zu sorgen. Stattdessen nahm ich kraft- und mutlos nur noch passive Opferrollen in meinem Leben ein, ergab mich meiner Situation statt für meine Bedürfnisse und Rechte richtig einzustehen.

Als ich mich über die Aufklärungsarbeit von Nathalie Stüben, Movendi International, den Guttemplern und weiteren Akteur:innen von Alkohol als Lebenselixier lösen konnte, fühlte ich mich das erste Mal in meinem Leben richtig frei. Mein alkoholfreies Leben ist die wichtigste Basis, mich und meine Familie aus alten Mustern zu befreien und mich selbst weiter Stück für Stück kennen- und lieben zu lernen. Ich bin voller Zuversicht und Freude in diesem Prozess nicht nur selbst und für meine Kinder, sondern für viele weitere Betroffene zu wachsen und sie mit meinen Erfahrungen zu bereichern.

Betroffene und Mitbetroffene in suchbelasteten Familiensystemen brauchen wertfreie Zuwendung plus mitfühlendes Verständnis, um ihre eigene Scham und Selbststigmatisierung überwinden, sich öffnen und Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

Scham und Selbststigmatisierung beeinträchtigen die Hilfesuche von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in hohem Maße und nicht selten bleibt die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe über Generationen innerhalb eines Familiensystems aus. Oft fehlt der Mut, aus vorgelebten Verhaltensmustern und auferlegten Wertesystemen ausubrechen, offen über die eigenen Gefühle zu sprechen oder Hilfe zu suchen, aufgrund von Angst vor zusätzlicher Verurteilung und Ablehnung oder aus Sorge trotz eigener Verletzungen und Leiden durch das Familiensystem dieses nach außen zu verraten (Netzbeschmutzung). Stigmatisierende Sprache und verurteilende Narrative über „Alkoholiker:innen“ im Umfeld von suchterkrankten Menschen können diese Gefühle zusätzlich unterstreichen. Sätze wie „Du bist genauso schwach und süchtig wie deine Mutter“ oder „Du musst dein Trinken in Griff bekommen“ führen beispielsweise dazu, dass sich Betroffene besonders schwach, falsch und isoliert fühlen während andere um sie herum scheinbar ohne Kontrollverlust „verantwortungsbewusst“ Suchtmittel als Alltagserleichterung vermeintlich unschädlich nutzen. Gerade in Kulturkreisen, in denen beispielsweise Alkoholtrinken als normale Routine

sozialisiert und gemeinschaftlich kultiviert wird, wiegt ungefragte Kritik zum Konsumverhalten (scheinbar nur einzelner) erkrankter Menschen schwer und kann uns so zusätzlich bei hohem Leidensdruck und trotz bestehendem Veränderungswillen demotivieren und lähmen. Besonders ein mangelnder Selbstwert hält uns davon ab, unser Recht auf Unterstützung zu erkennen oder aktiv zu suchen und einzufordern. Umso wichtiger ist es, dass wir im Umfeld von Menschen mit Suchtbelastungen eine unvoreingenommene Haltung mit unterstützender wertfreier Sprache über Abhängigkeitsprobleme wählen und einen respektvollen offenen Umgang miteinander pflegen. Solange Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nicht in der Lage sind, selbst positiv mit sich umzugehen, ist ein fürsorgendes und wertschätzendes Verhalten ihnen gegenüber umso förderlicher, auch wenn das häufig aufgrund von belastenden Beziehungen schwerfällt. Auch deswegen ist ein offener Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften elementar, um Stigma über ein gegenseitiges Verständnis zu den jeweiligen individuellen Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen gemeinsam abzubauen.

Literatur

Mielke, H. (o.D.): VON HELDEN, SÜNDENBÖCKEN, CLOWNS UND UNSICHTBAREN KINDERN. ROLLENMUSTER VON KINDERN AUS SUCHTFAMILIEN. NACOA-Deutschland. Verfügbar unter: <https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/neu/Rollenmuster.pdf>

Schomerus, G.; Corrigan, P.W.; Klauer, T.; Kuwert, P.; Freyberger, H. J.; Lucht, M. (2011): SELF-STIGMA IN ALCOHOL DEPENDENCE: CONSEQUENCES FOR DRINKING-REFUSAL SELF-EFFICACY. *Drug and Alcohol Dependence* 114,12–17

Stigmatisierung von pathologischen Glücksspieler:innen

Interessenskonflikte: keine.

Förderung: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V. und schleswig-holsteinisches Ministerium für Justiz und Gesundheit

Thematische Einführung: Selbst- und Fremd-stigmatisierung

Stigmatisierung stellt eine bedeutende Ursache für die geringe Inanspruchnahme des Hilfesystems insbesondere bei Betroffenen von Abhängigkeitserkrankungen dar (Schomerus et al., 2017). Hierbei können zwei Arten unterschieden werden (Schomerus & Angermeyer, 2011): Fremdstigmatisierung beschreibt den Zuschreibungsprozess („Labeling“) negativer Stereotype und negativer emotionaler Reaktionen, welcher zur Ausgrenzung einer Minderheit führt. Mit der Zeit können diese negativen Botschaften von Betroffenen verinnerlicht und auf sich selbst angewandt werden, was als Selbststigmatisierung bezeichnet wird. Stigmatisierung schadet den Betroffenen unmittelbar, da sie die (psychischen) Probleme aufrechterhält, teilweise auch verstärkt, und verhindert, dass Hilfe gesucht und in Anspruch genommen wird. Insgesamt sind Abhängigkeitserkrankungen mit am stärksten von Stigmatisierung betroffen (Schomerus & Angermeyer, 2011). In diesem Beitrag soll der Fokus auf die Stigmatisierung von pathologischen Glücksspieler:innen gelegt werden.

Glücksspiel und pathologisches Glücksspiel in Deutschland

Rund 50 % einer in Deutschland befragten Stichprobe hat in einem Zeitraum von 12 Monaten an einem kommerziellen Glücksspiel teilgenommen; bezogen auf die gesamte Lebenszeit nehmen ca. 70 % mindestens einmal an einem Glücksspiel teil (Bühringer et al., 2007). Mehr als die Hälfte (60 %) präferiert Spiele aus der Lotto-Gruppe, was mit einem geringen Risiko für die Entwicklung einer Glücksspielproblematik assoziiert ist (Bühringer et al., 2007). Ein deutlich höheres Glücksspielrisiko haben Internetkartenspiele und Glücksspielautomaten im Casino, auch wenn sie vergleichsweise selten gespielt und seltener präferiert werden (Bühringer et al., 2007). Die 12-Monats-Prävalenz für pathologisches Glücksspiel beträgt je nach Studie zwischen 0,2 und 0,6 %, was ungefähr 103.000 bis 290.000 betroffene Personen bedeutet (Erbas & Buchner, 2012). Diese Personen betreiben überwiegend Glücksspiel aus dem Bereich der Sportwetten, der Casinospiele und der Geldspielautomaten (Bühringer et al., 2007). Laut ICD-10 ist Glücksspiel als pathologisch einzuordnen, wenn es (1) wiederholt und episodenhaft auftritt, (2) die Le-

bensführung der betroffenen Person beherrscht und (3) zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt (WHO, 2024). Weitere Charakteristika sind Kontrollverlust über das Glücksspielverhalten und eine zunehmende Priorisierung dessen, trotz negativer Konsequenzen.

In Deutschland gibt es insgesamt nur wenig Forschung zur Stigmatisierung von pathologischen Glücksspieler:innen. Das in diesem Beitrag vorgestellte Projekt, welches von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V. und dem schleswig-holsteinischen Ministerium für Justiz und Gesundheit gefördert wurde, hatte daher zum Ziel, einen Beitrag zur Schließung dieser Wissenslücke zu leisten. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen, in Kombination mit Erkenntnissen aus anderen nationalen und internationalen Studien, zur Konzeptualisierung, Testung und Umsetzung einer Anti-Stigma-Maßnahme genutzt werden. Insgesamt wurden vier Studien mit unterschiedlichen Stichproben (Allgemeinbevölkerung, Betroffene von pathologischem Glücksspiel, Fachkräfte der Suchthilfe) und verschiedenen Hauptfragestellungen (unter anderem Art und Ausmaß der Stig-

matisierung, Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung, Wahrnehmung der Stigmatisierung durch Betroffene und Fachkräfte) durchgeführt, welche im Folgenden skizziert werden.

Studie 1: Online-Befragung der Allgemeinbevölkerung: Vier Fallvignetten im Vergleich

Insgesamt 2.052 Teilnehmende, online rekrutiert unter anderem über soziale Medien, nahmen an der Studie teil. Die Stichprobe bestand zur Hälfte aus Frauen, das mittlere Alter betrug 41 ± 15 Jahre.

In der Studie wurde das Ausmaß an Fremdstigmatisierung in vier verschiedenen Bedingungen miteinander verglichen. Als Basis für das Studiendesign und einige der verwendeten Fragebögen dienten die Studie von Schomerus et al. (2013) sowie von Angermeyer et al. (2013). Den Teilnehmenden wurde jeweils eine Fallbeschreibung („Vignette“) einer Person mit Glücksspielabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit, Internetabhängigkeit bzw. einer leichten depressiven Verstimmung als Kontrollbedingung vorgelegt. Es sollten dann Fragen zur Fremdstigmatisierung beantwortet werden, bei denen jeweils die Perspektive „was die meisten Menschen denken würden“ eingenommen werden sollte, um Effekten sozialer Erwünschtheit vorzubeugen.

Zentrales Ergebnis der Studie war, dass die Fremdstigmatisierung von pathologischem Glücksspiel im Vergleich zu den anderen verwendeten Störungsbildern auf den meisten Skalen am höchsten ausfiel. Häufig

war sie dabei signifikant höher als die Fremdstigmatisierung von Alkoholabhängigkeit. Zudem fiel die Stigmatisierung höher aus, wenn in der Vignette ein männlicher Name verwendet wurde.

Weitere Befunde zeigten, dass pathologische Glücksspieler:innen stärker als selbst verantwortlich für ihre Situation angesehen und eher als „grundlegend anders“ eingeordnet wurden. Zudem löste die in der Vignette mit Glücksspielproblematik beschriebene Person im Vergleich zu den in den anderen Vignetten beschriebenen Personen mehr Angst und ein größeres Bedürfnis nach sozialer Distanz bei den Befragten aus.

Studie 2: Online-Befragung der Allgemeinbevölkerung: Wissen und Einstellungen

An dieser Studie nahmen 1.800 Personen teil, ebenfalls online rekrutiert über unter anderem soziale Medien. Dieses Mal nahmen mit 60 % mehr Frauen als Männer teil. Das Durchschnittsalter betrug 55 ± 16 Jahre. Alle Teilnehmenden beantworteten Fragen zu Wissen und Einstellungen im Hinblick auf die beiden Störungsbilder Glücksspielabhängigkeit und Alkoholabhängigkeit. Die Antworten wurden dann miteinander verglichen.

Es zeigten sich systematische Unterschiede im Hinblick auf die Einschätzung der beiden Störungsbilder. Zwar wurde das Suchtpotenzial von Alkoholabhängigkeit und pathologischem Glücksspiel ähnlich hoch vermutet, jedoch wurde pathologisches Glücksspiel im Vergleich zu Alkoholabhängigkeit als besser kontrollierbar, in

einem stärkeren Ausmaß als Willensschwäche und mit weniger schwerwiegenden psychosozialen Folgen eingeordnet. Insgesamt war der Wissenstand in Bezug auf Verbreitung und Erkennbarkeit von pathologischem Glücksspiel gering. Als häufigste Informationsquelle wurden an erster Stelle Film und Fernsehen genannt, danach Betroffene im Freundeskreis.

Studie 3: Kurzbefragung aktueller und ehemaliger pathologischer Glücksspieler:innen

In dieser Studie wurden 41 aktuell und ehemals von pathologischem Glücksspiel betroffene Personen befragt, die im Mittel um die 50 ± 14 Jahre alt und mehrheitlich (75 %) männlich waren. Die Teilnehmenden wurden gebeten, Fragen zu ihrem Glücksspielverhalten sowie zur Selbst- und wahrgenommenen Fremdstigmatisierung zu beantworten.

Im Hinblick auf Selbststigmatisierung berichteten 80 % der Teilnehmenden von Scham- und Schuldgefühlen. 85 % berichteten, dass sie nicht möchten, dass jemand erfährt, dass sie aktuell nicht gut zurechtkommen. 70 % dachten außerdem, dass sie in der Lage sein sollten, sich zusammenzureißen.

Im Hinblick auf die wahrgenommene Fremdstigmatisierung brachten die Teilnehmenden überwiegend zum Ausdruck, dass sie diese etwas stärker durch die Gesellschaft und etwas weniger stark ausgeprägt im unmittelbaren sozialen Umfeld wahrnehmen. 65 % der Teilnehmenden dachten, dass die meisten Leute weniger von

jemandem halten, der:die wegen einer Glücksspielproblematik behandelt wurde und 50 % hatten den Eindruck, weniger ernst genommen zu werden, wenn sie von ihrer Glücksspielproblematik erzählen. Darüber hinaus zeigte sich, dass mit stärker ausgeprägter Glücksspielproblematik mehr Scham- und Schuldgefühle erlebt werden sowie das Gefühl sozialer Unzulänglichkeit stärker ausgeprägt ist. Bei der Interpretation dieser Daten muss beachtet werden, dass es sich hier überwiegend um Betroffene handelt, die bereits in Kontakt mit dem Hilfesystem sind. Es ist daher zu vermuten, dass die Selbst- und wahrgenommene Fremdstigmatisierung anders, mutmaßlich höher ausfallen als bei Personen, die nicht an das Hilfesystem angebunden sind.

Studie 4: Qualitative Interviews mit Fachkräften der Suchthilfe in Schleswig-Holstein

Abschließend wurden 20 Fachkräfte, die im Bereich der Suchtberatung tätig sind und in diesem Rahmen regelmäßig Kontakt zu Betroffenen mit pathologischer Glücksspielproblematik haben, zu den Themenbereichen Selbst- und Fremdstigmatisierung befragt. Die Stichprobe bestand zu 50 % aus Frauen und war im Mittel 45 ± 9 Jahre alt. Die geführten Interviews wurden anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die Fachkräfte berichteten, passend zur Befragung der Betroffenen, dass im Hinblick auf Selbststigmatisierung Scham- und Schuldgefühle im Vordergrund stehen. Negative Selbstzuschreibungen sowie ein geringer Selbstwert wurden ebenfalls häufig

im Beratungskontext von Betroffenen zur Sprache gebracht. Die Betroffenen erlebten laut den Fachkräften viel Unverständnis und Hilflosigkeit, sowohl sich selbst und ihrem eigenen Verhalten gegenüber als auch vom sozialen Umfeld. Die Fachkräfte erläuterten zudem, dass ihrer Beobachtung nach Selbststigmatisierung ein direktes Resultat der erlebten Fremdstigmatisierung ist. Darüber hinaus berichteten sie, dass Selbst- und Fremdstigmatisierung einen gravierenden Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben. Betroffenen fiel es aufgrund erlebter Stigmatisierung sehr schwer, sich Hilfe zu suchen, wodurch die Gefahr einer Chronifizierung oder Verschlimmerung bedeutend höher sei. Im Vergleich zu anderen Suchterkrankungen, wie zum Beispiel der Alkoholabhängigkeit, ist die Stigmatisierung von pathologischem Glücksspiel aus Sicht der Fachkräfte stärker ausgeprägt. Als Gründe für die Stigmatisierung nannten die Fachkräfte vor allem fehlendes Wissen und mangelnde Aufklärung in der Bevölkerung. Dementsprechend sahen sie Aufklärungskampagnen als effektive Maßnahme an, um die Stigmatisierung von pathologischem Glücksspiel zu verringern und die Situation der Betroffenen zu verbessern.

Ausgewählte nationale und internationale Befunde

Die oben berichteten Befunde untermauern und erweitern den bisherigen Forschungsstand. In einer Studie aus dem Jahr 2012 zur Inanspruchnahme von Hilfen stellte sich heraus, dass lediglich 20 % der befragten Betroffenen einmalig Kontakt zum Hilfesystem hatte (Bischof et al., 2012).

Davon berichteten nur 10 % von weitergehenden Kontakten, überwiegend zu Suchtberatungsstellen. Die Autor:innen schlussfolgerten demnach, dass von einer gravierenden Unterversorgung auszugehen ist. Diese wurde ebenfalls von einigen Fachkräften aus Studie 4 erwähnt.

Im Jahr 2009 untersuchte eine Arbeitsgruppe in Neuseeland, welche Hürden Betroffene schildern, die sich Hilfe gesucht haben im Vergleich zu den Hürden, die Betroffene wahrnehmen, die sich keine Hilfe gesucht haben (Pulford et al., 2009). Von beiden Gruppen wurden Stolz, Scham und Verleugnung als häufigste Gründe genannt, sich keine Hilfe zu suchen. Diejenigen, die sich keine Hilfe gesucht haben, berichten dabei quantitativ mehr Barrieren als diejenigen, die sich Hilfe gesucht haben. Es scheinen daher vor allem Hürden auf psychischer Ebene Betroffene davon abzuhalten, sich Hilfe zu suchen, insbesondere, wenn mehrere zusammenkommen.

Eine andere Arbeitsgruppe untersuchte im Jahr 2016 Betroffene in Australien hinsichtlich der wahrgenommenen Stigmatisierung (Hing et al., 2016). Pathologisches Glücksspiel wurde häufig als „persönliches Versagen“ wahrgenommen und Betroffene befürchteten soziale Ablehnung, feindselige Reaktionen und abwertende Verhaltensweisen. Die daraus resultierende Selbststigmatisierung beeinflusste Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und die physische sowie die psychische Gesundheit. Als weitere Folge wurde ein stark ausgeprägtes Schamgefühl genannt, welches bei Rückfällen noch weiter zunimmt.

Um diese schwierige Situation zu bewältigen, versuchten Betroffene zumeist, ihre Probleme vor anderen zu verstecken.

Implikationen für Anti-Stigma-Kampagnen

Die durchgeführten Studien weisen ebenso wie die anderen nationalen und internationalen Publikationen darauf hin, dass Selbst- und Fremdstigmatisierung ein großes Problem für Betroffene von pathologischem Glücksspiel sind. Die Befunde zeigen, dass die Bevölkerung wenig über pathologisches Glücksspiel als verhaltensbezogene Suchterkrankung weiß, was eine Ursache dafür sein könnte, dass Betroffene teilweise sogar noch stärkere Stigmatisierung erleben als Betroffene anderer, mutmaßlich bekannterer Abhängigkeitserkrankungen wie z.B. der Alkoholabhängigkeit. Betroffene erleben starke Scham- und Schuldgefühle, zudem wird ihnen mit Ausgrenzung und Unverständnis begegnet, was in der Summe dazu beiträgt, dass der Weg ins Hilfesystem schwierig und die Gefahr von Rückfällen und Chronifizierung groß ist.

Ziel des vorgestellten Projektes war, auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse eine Anti-Stigma-Kampagne zu entwickeln. Die Gesamtbetrachtung der Studienergebnisse lässt dabei zwei mögliche inhaltliche Ausrichtungen erkennen:

1. Über pathologisches Glücksspiel als verhaltensbezogene Suchtstörung aufklären. Die befragten Fachkräfte nannten Aufklärung über pathologisches Glücksspiel als Krankheit als wichtigste Maßnahme zur Verringerung der Stigmatisierung. Informationen dazu, dass pathologisches Glücksspiel als verhaltensbezogene Suchtstörung ähnlichen Gesetzmäßigkeiten folgt wie substanzbezogene Suchtstörungen könnte das Wissen und das Verständnis in der Bevölkerung erhöhen. Zudem könnten auch Scham- und Schuldgefühle bei den Betroffenen reduziert werden, indem vermittelt wird, dass pathologisches Glücksspiel keine Willens- oder Charakterschwäche ist, sondern eine ernstzunehmende und behandlungsbedürftige Erkrankung. Eine Herausforderung ist allerdings, dass das Label „psychische Störung“ ebenfalls stigmatisierend wirkt (Angermeyer & Matschinger, 2003), und somit die Gefahr besteht, durch diese Art des „Labelings“ mehr Distanz zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen zu schaffen. Daher soll die zweite Variante folgenden inhaltlichen Schwerpunkt haben:

2. Über pathologisches Glücksspiel als Verhaltensweise auf einem Kontinuum aufklären. Die Botschaft, dass Betroffene nicht grundsätzlich anders sind als Nicht-Betroffene, soll hier im Vordergrund stehen, um so die unter anderem in Studie 1 deutlich gewordene soziale Distanz zu Betroffenen zu reduzieren. Mit dieser Botschaft könnte deutlich gemacht werden, dass es einen fließenden Übergang zwischen psychischer

Gesundheit und psychischer Erkrankung bzw. zwischen gelegentlichem und pathologischem Glücksspiel gibt, was das kategoriale Denken und das „Labeling“ reduzieren könnte. Darüber hinaus könnten auf diesem Weg bei Betroffenen Selbstmitgefühl und bei Nicht-Betroffenen Mitgefühl für Betroffene gefördert werden, indem pathologisches Glücksspiel nicht als qualitativ andere, sondern als lediglich quantitativ andere Verhaltensweise dargestellt wird.

Fazit

Sowohl Fremd- als auch Selbststigmatisierung stellen ein bedeutendes Problem für Betroffene von pathologischem Glücksspiel dar. Sie führen nicht nur zu zusätzlichem Leidensdruck und ggf. einer Chronifizierung der Problematik, sondern verhindern auch, dass Betroffene sich Hilfe suchen. Mit der Durchführung von vier verschiedenen Studien wurden in dem vorgestellten Projekt umfangreiche Erkenntnisse zur Fremd- und Selbststigmatisierung von Betroffenen in Deutschland gewonnen. Daraus wurden zwei verschiedenen Kernbotschaften für eine Anti-Stigma-Kampagne abgeleitet, welche im nächsten Schritt des Projektes hinsichtlich ihrer Wirksamkeit getestet werden sollen. Aufgrund des hohen Ausmaßes an Stigmatisierung, das Betroffene von pathologischem Glücksspiel erfahren, ist zu hoffen, dass Anti-Stigma-Kampagnen dazu beitragen können, Behandlungshürden zu senken und den Leidensdruck zu reduzieren.

Literatur

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003): THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS: EFFECTS OF LABELLING ON PUBLIC ATTITUDES TOWARDS PEOPLE WITH MENTAL DISORDER. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304–309. <https://doi.org/https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013): ATTITUDES TOWARDS PSYCHIATRIC TREATMENT AND PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS: CHANGES OVER TWO DECADES. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 146–151. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.122978>
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Kastirke, N., John, U., & Rumpf, H.-J. (2012): INANSPRUCHNAHME VON HILFEN BEI PATHOLOGISCHEM GLÜCKSSPIELEN: Befunde der PAGE-Studie. *SUCHT*, 58, 369–377. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000214>
- Bühringer, G., Kraus, L., Sonntag, D., Pfeiffer-Gerschel, T., & Steiner, S. (2007): PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL IN DEUTSCHLAND: SPIEL-UND BEVÖLKERUNGSRISIKEN. *Sucht*, 53(5), 296–307
- Erbas, B., & Buchner, U. G. (2012): PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELEN: PRÄVALENZ, KOMORBIDITÄT, DIAGNOSE UND HILFSANGEBOTE IN DEUTSCHLAND. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(10), 173–179
- Hing, N., Nuske, E., Gainsbury, S. M., & Russell, A. M. (2016): PERCEIVED STIGMA AND SELF-STIGMA OF PROBLEM GAMBLING: PERSPECTIVES OF PEOPLE WITH GAMBLING PROBLEMS. *International Gambling Studies*, 16(1), 31–48
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., & Williams, J. (2009): BARRIERS TO HELP-SEEKING FOR A GAMBLING PROBLEM: THE EXPERIENCES OF GAMBLERS WHO HAVE SOUGHT SPECIALIST ASSISTANCE AND THE PERCEPTIONS OF THOSE WHO HAVE NOT. *Journal of Gambling Studies*, 25, 33–48
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2011): STIGMATISIERUNG PSYCHISCH KRANKER. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 5(06), 345–356
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., Kraus, L., Kostrzewa, R., Rheinländer, J., & Rummel, C. (2017): DAS STIGMA VON SUCHTERKRANKUNGEN VERSTEHEN UND ÜBERWINDEN. *Sucht*, 63(5), 253–259
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2013): CONTINUUM BELIEFS AND STIGMATIZING ATTITUDES TOWARDS PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA, DEPRESSION AND ALCOHOL DEPENDENCE. *Psychiatry Research*, 209(3), 665–669
- WHO (2024): F63.0 PATHOLOGISCHES SPIELEN. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Abgerufen am 28.10.2024 unter www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2011/block-f60-f69.htm

Beitrag der Suchtberatung zur Entstigmatisierung

Stigmatisierung: Definition und Dynamik

Stigmatisierung ist ein sozialer Prozess, bei dem Individuen oder Gruppen aufgrund bestimmter Merkmale negativ bewertet und ausgegrenzt werden. Diese Merkmale können physischer, psychischer oder sozialer Natur sein und führen dazu, dass die Betroffenen auf unerwünschte Eigenschaften reduziert werden, was ihre gesellschaftliche Teilhabe erheblich beeinträchtigt. Hirschauer (2021) beschreibt Stigmatisierung als eine Form der Humandifferenzierung, die kulturelle Unterscheidungen aufgreift und Personen auf unerwünschte Eigenschaften reduziert, was zu dauerhafter sozialer Ausgrenzung führt. Humandifferenzierung wird in dieser Perspektive als ein grundlegendes Prinzip sozialer Ordnung beschrieben. Es basiert darauf, dass Menschen im Rahmen von Komplexitätsreduktion im Alltag Kategorien und Eigenschaften zugeschrieben werden. Diese wirken sich nicht nur auf die Strukturierung menschlichen Zusammenlebens aus, sie strukturieren es. Klassifizierungen sind die stabilste Form von Zuschreibungen und Stigmatisierung als Form einer asynchronen, weil abwertenden Zuschreibung wirken

daher manchmal wie Brandzeichen. Eine positiv konnotierte Zuschreibung in diesem Sinne wäre zum Beispiel „Mutter“.

Stigmatisierungen sind deshalb so stabil, weil Menschen, die stigmatisiert werden, diese für ihre Selbstbeschreibungen annehmen (Selbststigmatisierung). Dadurch verstärkt sich der Stigmatisierungsprozess selbst. Ein zentrales Konzept in diesem Zusammenhang ist das Thomas-Theorem, das besagt: „Wenn Menschen Situationen als real definieren, sind sie in ihren Konsequenzen real“ (Thomas & Thomas, 1928). Dies bedeutet, dass die subjektive Wahrnehmung einer Situation das Verhalten der Menschen beeinflusst und somit reale Konsequenzen nach sich zieht. Ein klassisches Beispiel hierfür aus einem anderen Kontext ist ein Bank-Run: Wenn Menschen glauben, dass eine Bank insolvent ist, werden sie massenhaft ihr Geld abheben, was tatsächlich zur Insolvenz der Bank führen kann, selbst wenn sie zuvor finanziell stabil war. Dieses Phänomen zeigt, wie subjektive Wahrnehmungen objektive Realitäten formen können. Wenn also Menschen eine Selbststigmatisierung aufbauen und sie für real und gerechtfertigt halten, verhalten sie sich den Zuschreibungen

entsprechend und verstärken damit die Zuschreibungen von außen. Aus psychologischer Perspektive ist daher das Konzept der selbsterfüllenden Prophezeiung, das von Merton (1948) eingeführt wurde, eng verbunden mit dem Thomas-Theorem. Eine selbsterfüllende Prophezeiung ist eine Vorhersage, die ihre eigene Erfüllung bewirkt, indem sie das Verhalten der Menschen so beeinflusst, dass die erwarteten Ereignisse eintreten.

Stigmatisierung von Sucht

Die Stigmatisierung eines Verhaltens, das als „unmäßig“ beschrieben wird und in Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen steht zum Beispiel Alkohol, hat tiefe historische Wurzeln und ist seit der Antike eng mit gesellschaftlichen Normen und Moralvorstellungen verknüpft. In vielen Kulturen wurde ein solches Verhalten als moralisches Versagen oder Charakterfehler angesehen, was zu sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung der Betroffenen führte, sie zum Beispiel als ungeeignet für Verantwortungspositionen einschätzte. Diese generalisierende Zuschreibung steht in einem engen Verhältnis mit einem weiteren Konstrukt, das als zentral für

menschliches Zusammenleben eingeschätzt wird und das insbesondere in als unsicher erlebten Situationen zum Tragen kommt: Vertrauen. In sozialen Interaktionen ist Vertrauen essenziell, da es die Grundlage für stabile und verlässliche Beziehungen bildet. Hartmann (2020) definiert Vertrauen als das „Akzeptieren einer vulnerablen Position gegenüber einer anderen Person“. Menschen mit einem als unmäßig beurteilten Substanzkonsum, der als Sucht kategorisiert wird oder wie es heute heißt einer Substanzkonsumstörung, werden oft als unzuverlässig und unberechenbar im sozialen Kontakt wahrgenommen. Sie gelten daher in unsicheren Situationen als „nicht vertrauenswürdig“, weil das Akzeptieren einer vulnerablen Situation gegenüber einer solchen Person zum Beispiel in Form eines Angewiesenseins in der Familie oder am Arbeitsplatz, in dieser Lesart eine Selbstgefährdung bedeuten kann. Insofern haben Menschen, denen ein unmäßiger Konsum unterstellt wird, aus sozialer Perspektive seit der Antike ein Vertrauensproblem.

Sucht, Krankheit und Stigma

In einer soziologischen Betrachtung wird Krankheit als ein vorübergehender Zustand verstanden, der von gesellschaftlichen Normen abweicht und durch Behandlung gemildert oder geheilt werden kann. Für das Phänomen Sucht im Rahmen dieser Kategorisierung stellt sich jedoch eine besondere

Herausforderung: Die Klassifizierung als „süchtig“ oder „abhängig“ dient einerseits als Voraussetzung für den Zugang zu Hilfsangeboten¹, andererseits verstärkt sie das bestehende Stigma, eben weil es sich um eine klassifizierende Zuschreibung handelt. Diese Doppelfunktion der Krankheitsklassifikation führt dazu, dass Betroffene zwar Unterstützung erhalten können, gleichzeitig aber mit negativen Zuschreibungen konfrontiert werden, die ihre soziale Ausgrenzung weiter vertiefen. Dabei ist die Klassifizierung im Rahmen einer professionellen Verständigung für die gesellschaftliche Anerkennung eher nicht das vorrangige Problem, sondern die Voraussetzung dieser Klassifizierung um Hilfe in einem sehr gut ausgebauten und effizienten Hilfesystem überhaupt erhalten zu können. Insofern trägt die Bürokratisierung von Hilfsangeboten ebenfalls zur Verstärkung des Stigmas, das mit der Zuschreibung von Sucht verbunden ist bei. Wenn dann noch Hilfeangebote aus Effizienzgründen standardisiert werden, kann dies dazu führen, dass individuelle Lebenslagen und spezifische Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt werden, was die Wirksamkeit der Hilfeangebote mindert und das Gefühl der Stigmatisierung bei den Betroffenen verstärkt. Folge einer „Diagnose“ Sucht kann auch sein, dass das Selbstbild der Betroffenen negativ beeinflusst wird. Sie nehmen sich selbst verstärkt als „süchtig“ und „chronisch krank“ wahr, was ihre Identität prägen und den Ausstieg aus der Sucht erschweren kann. Diese

Etikettierung kann auch dazu führen, dass Betroffene von ihrem sozialen Umfeld auf ihre Suchtproblematik reduziert werden, was dazu führt, dass sie in ihren Aussagen und Wahrnehmungen nicht (mehr) ernst genommen werden und aus systemischer Sicht die Rolle einer Indexperson annehmen, die bzw. deren Verhalten als zentrale Ursache für Schwierigkeiten in einem System zum Beispiel Familie oder Arbeitsplatz gesehen werden.

Rolle der Suchtberatung im sektorenübergreifenden Unterstützungssystem

Die Tätigkeit der Suchtberatung ist in einer sozialarbeiterischen Perspektive eng mit dem Konzept der Teilhabe verknüpft. Teilhabe bedeutet, dass Menschen in die Lage versetzt werden, aktiv am sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben auf der Basis ihrer Fähigkeiten teilnehmen zu können, verstanden als eigene Entscheidung und Einbringen ihrer Fähigkeiten. Für suchterfahrene Personen bedeutet dies nicht selten zunächst einmal Teilnahme an Angeboten zur professionellen Unterstützung, auf der Basis dessen, was sie mitbringen, erhalten zu können. Vor dem Hintergrund, dass viele Angebote vor allem im medizinischen Kontext an die Vorgabe eines Bekenntnisses zu einer abstinenten Lebensweise gekoppelt sind, ist dies zu ermöglichen, nicht trivial, gelten sie doch in medizinischen Kontexten als „schwierige Patient:innen“. Zusätzlich

¹ Dies ist eine wichtige Errungenschaft des Urteils des Bundessozialgerichts von 1968, das bis heute als Meilenstein für den gesellschaftlichen Umgang mit Betroffenen gilt und es ermöglicht hat, dass sich ein ausdifferenziertes medizinisches Unterstützungssystem – die Suchthilfe – bilden konnte.

zu der erlebten Stigmatisierung, die in dieser Beschreibung im Mittelpunkt des Interesses steht, kommen häufig weitere Erkrankungen auf körperlicher oder psychischer Ebene (zum Beispiel Schmerzen und/oder Depressionen), welche ebenfalls in Wechselwirkungen mit der Eskalation einer Suchterkrankung stehen können. Hier jedoch Unterstützung im medizinischen System zu erhalten, ist für suchterfahrene Personen nicht selten mit weiteren Ausgrenzungserfahrungen verbunden, sodass hier Hilfe erst gar nicht gesucht wird. Nicht selten wird die Ausgrenzung auch schon erwartet und ein diesbezügliches Abwehrverhalten (sich nicht an Terminabsprachen halten, intoxikiert kommen, latent aggressives Verhalten) trägt zum oben beschriebenen Selffulfilling Prophecy Effekt bei, was wiederum gegenseitiges Misstrauen erhöht. Diese Konstellation hat nicht selten zur Folge, dass sich unbehandelte körperliche oder psychische Erkrankungen in Kombination mit dem Konsum weiter verstärken bzw. sich chronifizieren. Die Gesamtsituation kann dann weiter eskalieren, wenn in der Folge chronifizierter Krankheitsprozesse, in Kombination mit einem sich parallel verstärkenden Konsumverhalten, Erwerbsarbeit nicht mehr geleistet werden kann, das Familiensystem die Personen nicht weiter mittragen will oder am Ende solcher biopsychosozialen Eskalationsprozesse der Verlust der Wohnung droht.

Anlass für das Aufsuchen von Suchtberatung ist häufig, dass eine soziale Situation eskaliert ist, zum Beispiel der Verlust des Arbeitsplatzes droht oder das familiäre Umfeld mit Ausgrenzung gedroht hat (Partner:in will sich trennen, Kinder dürfen nicht

mehr besucht werden). Diese Situation wird von den Betroffenen nicht immer sofort mit dem eigenen Konsumverhalten in Zusammenhang gebracht, erleben sie sich doch eher als Getriebene, deren Spielräume immer enger werden. Vor dem Hintergrund der oben geschilderten weiteren potentiell drohenden Eskalationsprozesse sozialer Ausschließung, ist ein Hauptziel der Suchtberatung wie im Ankerwirkmodell Suchtberatung herausgearbeitet (Ottmann, Hansjürgens, Tranel, 2024) daher zunächst, solche Eskalationsprozesse zu unterbrechen und die Personen in ihrem sozialen Umfeld zu stabilisieren. Dies gelingt zum Beispiel durch Reflexion potentiell eskalierender Situationen und ggf. der Einleitung von Soforthilfe, zum Beispiel bei der Integration in medizinische Behandlung zu unterstützen oder mit Ämtern Kontakt aufzunehmen, die Unterstützungsleistungen kürzen. Hierzu werden die Netzwerke der Beratungsstelle genutzt. Diese soziale Nothilfe in Verbindung mit dem Reflexionsangebot in Bezug auf das Konsumverhalten ermöglicht es den Betroffenen, aus akuten Krisen hervorzutreten und einen klareren Blick auf ihre Situation zu gewinnen. Durch zieloffene Beratung werden dann Wege erarbeitet, wie Betroffene ihre Lebenssituation verbessern, ggf. wieder mehr Verantwortung für ihr Leben übernehmen können und damit mehr Kontrolle wiedergewinnen können. Die Zieloffenheit der Beratung ermöglicht für Betroffene einen geschützten Raum, indem sie ihre Herausforderungen offen ansprechen und gemeinsam mit Berater:innen Lösungen erarbeiten, die ihren persönlichen Bedürfnissen und ihrer Situation entsprechen. Häufig stellt diese Erfahrung des Vertrauens in

die Fähigkeit der Personen, selbst zur Verbesserung ihrer Situation beitragen zu können, und das Überlassen eines selbstbestimmten Raumes eine Gegenerfahrung zu anderen sozialen Situationen dar und fördert somit einerseits Vertrauen in ein professionelles Unterstützungssetting und andererseits das Vertrauen in sich selbst, wieder mehr Kontrolle über das Leben erhalten zu können.

Ein weiterer zentraler Aspekt der Suchtberatung ist die Förderung selbstverantworteter auf Zukunft gerichteter Entscheidungsprozesse. Dazu gehört zum Beispiel sich zu entscheiden, ob eine Person die Krankenrolle annehmen und sich in ärztliche oder psychotherapeutische Behandlungen begeben möchte. Diese Entscheidung ist insofern nicht trivial, weil damit Anforderungen bezüglich ihrer zukünftigen Lebensgestaltung an Personen gestellt werden, zum Beispiel die Entscheidung für eine abstinente Lebensform. Diese Entscheidung hat in der Regel wichtige Konsequenzen für das weitere Leben der Klient:innen. Das Für und Wider wird in der Beratung gegeneinander abgewogen. Zentral ist, diese Entscheidung als Entscheidung der Klient:innen zu akzeptieren und im Falle einer Entscheidung gegen die Annahme der Krankenrolle auch weiter Beratung und Unterstützung anzubieten, um die Erfahrung der Ausgrenzung nicht zu wiederholen und damit gewonnenes Vertrauen wieder zu zerstören. Wie die Entscheidung auch ausfällt, werden die Betroffenen ermutigt, Veränderungsziele zu definieren und diese in ihrem eigenen Tempo zu verfolgen. Empowerment-Prozesse, die darauf abzielen, das Selbstbewusstsein und

die Fähigkeit zur Lebensbewältigung zu stärken, sind ein integraler Bestandteil der Arbeit der Suchtberatung. Dabei wird nicht nur die direkte Umsetzung von Veränderungen unterstützt, sondern auch der Mut gestärkt, eigene neue Wege zu gehen. Insofern ist ein Entscheidungsprozess für oder gegen eine medizinische Behandlung zwar ein wichtiger Bestandteil von Suchtberatung, aber auf keinen Fall ihr einziger und wird auch nicht in jeder Beratung angefragt.

Darüber hinaus hilft die Suchtberatung, Brücken zwischen den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld zu bauen. Dies geschieht beispielsweise durch die Förderung von Selbsthilfegruppen oder durch die Zusammenarbeit mit anderen sozialen und medizinischen Einrichtungen. Die Netzwerkarbeit trägt dazu bei, soziale Räume zu schaffen, in denen suchterfahrene Menschen als vollwertige Mitglieder akzeptiert werden und sich selbst einbringen können. Dadurch wird Teilhabe nicht nur ermöglicht, sondern aktiv gefördert.

Beiträge zur Entstigmatisierung

Durch die Annahme der Krankenrolle und die Integration in das medizinische Hilfesystem oder die aktive Umsetzung von Veränderungswünschen außerhalb des medizinischen Systems, können Betroffene wieder Verantwortung für ihr Handeln übernehmen, sich zunehmend wieder als verlässliche Interaktionspartner:innen etablieren und sich in dieser Perspektive für ihr Umfeld wieder als vertrauenswürdig erweisen. Dies gilt auch für die eigene Selbstwahrnehmung und

einen Zuwachs an Selbst-Vertrauen in diesem Sinne. In der Folge tragen diese Prozesse mit Blick auf einen gesellschaftlichen Impact zu einer Botschaft bei, dass Sucht behandelbar und bewältigbar ist. Indem Menschen durch Selbstreflexion und Unterstützung in die Lage versetzt werden, selbstgewählte Veränderungsprozesse auch umzusetzen und ein soziales Umfeld dies auch wahrnehmen kann, wird ein differenzierter Blick auf suchterfahrene Menschen gefördert. Die Unterstützung durch Suchtberatungen umfasst neben der individuellen Begleitung auch die Förderung von Selbsthilfeaktivitäten und die Wiedereingliederung in soziale Netzwerke. Hierdurch wird ein Bewusstsein geschaffen, das den Wert von Teilhabe und die Möglichkeit der sozialen Reintegration unterstreicht.

Die Netzwerkarbeit der Beratungsstellen mit regionalen Unterstützungssystem vor Ort (zum Beispiel mit dem Jugendamt oder dem Jobcenter) trägt dazu bei, differenzierte Perspektiven auf Sucht auch in sozialen Räumen zu etablieren und Vertrauen in die Möglichkeit der Veränderung von suchterfahrenen Personen zu ermöglichen. Dies trägt dazu bei, ein generalisiertes Misstrauen abzubauen. Durch den Aufbau von Kooperationen zwischen verschiedenen Akteur:innen (zum Beispiel Selbsthilfe und Schulen) entstehen Gelegenheiten, weitere soziale Räume für suchterfahrene Menschen auch jenseits von eigenen Veränderungsprozessen zu öffnen und ihnen die Möglichkeit zu geben, durch Berichte über ihre Erfahrungen und Veränderungsprozesse selbst aktiv zur Entstigmatisierung beizutragen. Indem suchterfahrende Personen (zu denen neben den Betroffenen auch

deren soziales Umfeld gezählt werden kann) ermutigt werden, als authentische Interaktionspartner:innen zu agieren, wird ein Prozess der gegenseitigen Akzeptanz gefördert. Dies ist wiederum ein Beitrag zur (Wieder-) Ermöglichung von Teilhabe von suchterfahrenen Personen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Suchtberatungen durch die Ermöglichung von Teilhabe im Zuge eines eigenen Recovery von Betroffenen aber auch darüber hinaus, einen wesentlichen Beitrag zur Entstigmatisierung leisten. Sie helfen suchterfahrenen Personen und ihrem sozialen Umfeld, gegenseitiges Vertrauen wieder aufzubauen. Durch die Unterstützung von selbstverantworteten Entscheidungen, insbesondere auch die Frage, ob eine suchtmmedizinische Behandlung angestrebt wird, tragen sie zur Nachhaltigkeit einer solchen Behandlung bei. Darüber hinaus ermöglicht Netzwerkarbeit in dem Sozialraum eine differenziertere Wahrnehmung suchterfahrener Personen. Letzteres geschieht sowohl durch Bildungsarbeit als auch durch konkrete Unterstützungsangebote, die Selbsthilfe, Annahme von professioneller Unterstützung und soziale Integration fördern. Letztlich stellen Suchtberatungen damit eine Plattform bereit, die es suchterfahrenen Personen selbst ermöglicht, aktiv zur Entstigmatisierungsarbeit beizutragen. Insofern kann dies klassischerweise als ein Beitrag von Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden.

Literatur

Bartelheimer, P., Behrisch, B., Daßler, H., Dobslaw, G., Henke, J., & Schäfers, M. (2022): TEILHABE – VERSUCH EINER BEGRIFFSBESTIMMUNG. In: Wansing, G., Schäfers, M., & Köbsell, S. (Hrsg.): Teilhabeforschung – Konturen eines neuen Forschungsfeldes, S. 13–34. Wiesbaden: Springer

Hansjürgens, R., Ottmann, S. (2025): ANKERWIRKMODELL SUCHTBERATUNG. Wirkannahmen zur Funktion Suchtberatung in: Soziale Arbeit. Berlin: DZI S. 17–24

Hartmann, M. (2020): VERTRAUEN: DIE UNSICHTBARE MACHT. Frankfurt am Main: S. Fischer

Hirschauer, S. (2021): MENSCHEN UNTERSCHIEDEN. Grundlinien einer Theorie der Humandifferenzierung. Zeitschrift für Soziologie, 50, 155–174

Merton, R. K. (1948): THE SELF-FULFILLING PROPHECY. *Antioch Review, 8*(2), 193–210

Thomas, W. I., Thomas, D. S. (1928): THE CHILD IN AMERICA: BEHAVIOR PROBLEMS AND PROGRAMS. New York: Knopf

DR. ANJA BISCHOF¹, GALLUS BISCHOF¹, SVEN SPEERFORCK², CHRISTIAN SANDER²,
JENNY SPAHLHOLZ², GEORG SCHOMERUS², HANS-JÜRGEN RUMPF¹

Strategien für Interventionen zu Grundannahmen bei Medizinstudierenden in Bezug auf Alkoholkonsumstörungen: die StIGMA-Studie

Einleitung

Menschen mit Alkoholkonsumstörungen sind besonders stark von Stigmatisierung und negativen Zuschreibungen betroffen (Kilian et al., 2021). Sie werden für ihre Erkrankung selbst verantwortlich gemacht und gelten als willensschwach und potentiell gefährlich. Auch im Gesundheitssystem sind Betroffene mit Stigmatisierung konfrontiert (Speerforck & Schomerus, 2022). Dies trägt dazu bei, dass nur ein kleiner Teil von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen adäquat versorgt wird (Font et al., 2018): In Deutschland werden nur ca. 10-16 % der Betroffenen mit einer Diagnose von Alkoholkonsumstörungen erreicht (Kraus et al., 2015; Rumpf et al., 2000). Auch die Anträge auf Rehabilitationsbehandlung für Suchterkrankungen sind in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen (Müller-Simon & Bütetisch, 2016). Insgesamt zeigt sich, dass Menschen mit Alkoholkonsumstörungen erst nach durchschnittlich 16 Jahren Abhängigkeit im Hilfesystem ankommen (Bachmeier et al., 2018).

Stigmatisierende Einstellungen bei Medizinstudierenden

Problematische Grundeinstellungen und negative Zuschreibungen gegenüber Menschen mit Alkoholkonsumstörungen lassen sich bereits bei Studierenden der Humanmedizin finden: Gefragt, bei welchen Erkrankungen Einsparungen in der Behandlung vorgenommen werden können, nannten 2.253 Medizinstudierende aus unterschiedlichen Fachrichtungen in einer bundesweiten Online-Befragung an erster Stelle „Alkoholismus“ (78,1 %; Hoffmann et al., 2020; Schmidt et al., 2022). Dies entspricht Daten aus internationalen Untersuchungen zu Stigmatisierungstendenzen bei Ärzt:innen (Avery, 2019; van Boekel et al., 2015), die zeigen, dass sowohl in der Allgemein- als auch in der psychiatrischen Versorgung von Patient:innen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ungünstigen Einstellungsmustern gegenüberstehen. Dies spiegelt sich in der Zuschreibung von negativen persönlichen Eigenschaften wider und

entspricht generellen stigmatisierenden Einstellungsmustern gegenüber Menschen mit Suchterkrankungen im Gesundheitswesen (Cazalis et al., 2023). Einige Studien untersuchten zudem den Einfluss von negativen Grundeinstellungen des Gesundheitspersonals auf das Behandlungsergebnis und stellten fest, dass das mangelnde Empowerment zu weniger Selbstwirksamkeitserwartung und dementsprechend zu einem negativen Behandlungsergebnis führte (van Boekel et al., 2013).

Überwindung von Stigma

Stigmatisierung von Suchterkrankungen ist eine signifikante Barriere zum Gesundheitssystem (Schomerus et al., 2017). Jede fünfte Person mit einer substanzbezogenen Störung hat bereits Diskriminierung im Gesundheitssystem erfahren (van Boekel et al., 2015). Dementsprechend gilt es, Stigmatisierung zu überwinden. Hierfür sind in den vergangenen Jahren Interventionsstudien im vor allem

1 Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / 2 Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

US-amerikanischen Raum durchgeführt worden, die verschiedene Komponenten, die für eine Überwindung von problematischen Einstellungsmustern gegenüber psychischen Erkrankungen im Allgemeinen hilfreich sein können, herausgearbeitet haben (Avery et al., 2019; McGinty & Barry, 2020; Nyblade et al., 2019):

- Informationsvermittlung über die Erkrankung, Stigma und Auswirkungen auf die Gesundheit

- Aufbau von Fertigkeiten für die Arbeit mit Betroffenen

- Partizipatives Lernen

- Kontaktinterventionen zur Förderung von Empathie und Mitgefühl

- Entstigmatisierende Sprache

- Lösungsorientierte Botschaften (z.B. Prognosen).

Insbesondere der Kontakt zu Betroffenen kann Vorurteile und negative Einstellungsmuster gegenüber Menschen mit Alkoholkonsumstörungen mindern (Rüsch, 2020). Dies gilt gleichermaßen für Tätige im Gesundheitssektor: Studien zeigen, dass sowohl der unmittelbare Kontakt mit Betroffenen als auch die Vermittlung von Fertigkeiten zum Umgang mit Betroffenen maßgeblich zu einer Reduktion stigmatisierender Einstellungsmuster bei Studierenden führen kann (Koyi et al., 2018; Lukowitsky et al., 2022; Mahmoud et al., 2018). Allerdings ist die Studienlage eingeschränkt.

Um eine bessere Versorgung von Menschen mit Alkoholkonsumstörungen zu gewährleisten und Barrieren zum Gesundheitssystem, die durch Stigmatisierungserfahrungen entstehen, zu verringern, ist es dringend erforderlich, bereits bei Studierenden der Humanmedizin ungünstigen Einstellungsmustern gegenüber Menschen mit Alkoholkonsumstörungen durch evidenzbasierte Interventionen entgegenzuwirken.

Die Studie „Strategien für Interventionen zu Grundannahmen bei Medizinstudierenden in Bezug auf Alkoholkonsumstörungen (StIGMA)“

Ziel der StIGMA-Studie ist die partizipative Entwicklung eines Curriculums mit Betroffenen mit Alkoholkonsumstörung und Studierenden und seine Wirksamkeitsüberprüfung in einer kontrollierten Studie. Bei Nachweis der Wirksamkeit kann das Curriculum in bestehende Lehrangebote im Rahmen des Medizinstudiums integriert werden.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Arbeitsgruppe S:TEP (Substanzbezogene und verwandte Störungen: Therapie, Epidemiologie und Prävention) der Universität zu Lübeck unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Jürgen Rumpf und der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Leipzig unter der Leitung von Prof. Dr. Georg Schomerus.

Nach einer systematischen Literaturrecherche zu wirksamen Interventionen, um Stigmatisierungstendenzen abzubauen, fand zu Beginn der Studie ein Auftaktworkshop statt, in dem in Kleingruppen aus Betroffenen, Studierenden und Dozierenden potenzielle Inhalte der Intervention partizipativ erarbeitet und diskutiert wurden. Wichtig war hierbei, einerseits auf die unterschiedlichen Erfahrungen und Wünsche der Betroffenen, andererseits auf die Bedarfe von Studierenden sowie die Einschätzung der Umsetzbarkeit durch Dozierende zu berücksichtigen.

In einem zweiten Schritt wurden Fokusgruppen mit Studierenden der Universität Leipzig und Betroffenen aus Selbsthilfegruppen und Patientinnen aus der Suchtbehandlung in Lübeck durchgeführt. In den Fokusgruppen mit Betroffenen wurden eigene Stigmatisierungserfahrungen im Gesundheitssystem, hilfreiche Unterstützung bei der Remission, Wünsche und Bedarfe thematisiert sowie Ideen gesammelt, welche Inhalte in Fallvignetten-Videos integriert werden müssten und welches Format dafür adäquat ist. Wichtig war den Teilnehmenden, dass in den Videos vermittelt werden sollte, dass eine Suchterkrankung überwunden werden kann. Weiterhin wurden in den Fokusgruppen Freiwillige für die Entwicklung und Aufnahme von narrativen Fallvignetten-Videos rekrutiert. In den Studierenden-Fokusgruppen wurden zunächst eigene Einstellungsmuster gegenüber Alkoholkonsumstörungen reflektiert sowie eigene Erfahrungen im Umgang mit Betroffenen sowohl im privaten als auch im beruflichen/universitären Kontext (z.B. im Rah-

men von Praktika) berichtet. Sodann erarbeiteten die Studierenden, welche Strategien ihrerseits angemessen wären, einer Stigmatisierung von Suchterkrankungen entgegenzuwirken und was Inhalte einer Intervention sein könnten.

Auf Basis der Literaturrecherche, des Auftaktworkshops und der Ergebnisse aus den Fokusgruppen wurde eine 120-minütige Intervention entwickelt (90 Minuten und 30 Minuten Auffrischung zu einem zweiten Termin), die in bestehende Lehrangebote im Rahmen des Medizinstudiums integriert werden kann. Inhalte der Intervention sind Selbstreflexion der Studierenden, Fallvignetten-Videos, ein Quiz mit Diskussion, ein Video einer Behandlerin von Alkoholkonsumstörungen sowie Fertigkeitenvermittlung in Bezug auf Gesprächsführung, Umgang mit Betroffenen und das Selbstverständnis als Ärztin oder Arzt. Die Intervention wurde im Anschluss in weiteren Fokusgruppen mit Studierenden und Betroffenen evaluiert.

Die Fallvignetten-Videos wurden im Rahmen der StIGMA-Studie mit Betroffenen aus Selbsthilfe und Behandlung gedreht. Wichtig war hierbei die Vermittlung von unterschiedlichen Lebensgeschichten, um stereotypischen Vorstellungen entgegenzuwirken, sowie Remissionsprozesse und Bedarfe und Wünsche der Betroffenen an Behandler:innen. Die Entwicklung von Fallvignetten-Videos wurde als Form der Kontakt-Intervention gewählt, da eine Standardisierung der Intervention angestrebt wurde, um die Vergleichbarkeit an beiden Standorten zu gewährleisten, die aufgrund unterschiedlicher und individueller

Betroffenen-Narrative sonst stark variieren kann. Weiterhin kann durch die Standardisierung auch eine Weitergabe der Interventionsmaterialien zu einem späteren Zeitpunkt und nach Wirksamkeitsnachweis ermöglicht werden.

Parallel zur Interventionsentwicklung fand im Wintersemester 2023/24 und Sommersemester 2024 an den Universitäten Lübeck und Leipzig die Befragung der Kontrollgruppe statt. Diese setzte sich aus Medizinstudierenden im Blockpraktikum Psychiatrie (Universität zu Lübeck) und im Unterricht am Krankenbett (Universität Leipzig; an beiden Universitäten 9. und 10. Semester). Die vorgezogene Kontrollgruppenerhebung wurde verwendet, um einer potenziellen „Kontaminierung“ der Interventionsgruppe durch Parallelisierung der beiden Gruppen vorzubeugen.

Die Intervention wird derzeit in der Folgekohorte (9. und 10. Semester) im Wintersemester 2024/25 und Sommersemester 2025 durchgeführt.

Beide Gruppen erhalten online eine Baselinebefragung zu Beginn des Semesters (Interventionsgruppe: vor der Intervention) sowie eine Nachbefragung nach 6 Monaten. Bei der Interventionsgruppe wird zusätzlich eine Post-Befragung nach Durchführung der Intervention eingesetzt. Die Fragebögen umfassen Einstellungen zur Behandlung, zur Glaubwürdigkeit von Menschen mit Alkoholkonsumstörung, Erwartungen bezüglich der Behandlungsprognose, Einstellungen zur Ressourcenallokation, Emotionalen Reaktionen, Stereotype, Nachvollziehbarkeit sowie eigenen

Erfahrungen mit Menschen mit Alkoholkonsumstörungen in Beruf, Familie und sozialem Umfeld.

Es wird erwartet, dass sich die partizipativ entwickelte Intervention in Bezug auf die Reduktion ungünstiger Einstellungsmuster gegenüber Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung als wirksam erweist. Dies kann sich begünstigend auf die Behandlung Betroffener auswirken, indem angehende Ärzt:innen einen behutsameren und empathischeren Umgang mit Betroffenen erlernen, sodass Ängste in Bezug auf die Behandlung, Scham und Schuldgefühle reduziert und einer früheren Behandlungsaufnahme der Weg gebahnt wird. Derzeit werden nur ca. 15% der Betroffenen im Gesundheitssystem erreicht (Mekonen et al., 2020) und die durchschnittliche Erkrankungsdauer bei Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung beträgt 16 Jahre (Bachmeier et al., 2018). Anstrengungen, die einer besseren Versorgung von Betroffenen dienen, sind also dringend erforderlich, um negative gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen zu reduzieren.

Ergebnisse der Studie sind Ende 2025 zu erwarten. Bei Nachweis der Wirksamkeit und nach Abschluss der Studie soll das strukturierte Curriculum anderen interessierten Hochschulen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Weiterhin besteht die Möglichkeit, das Curriculum auch für andere psychische Erkrankungen oder weitere Zielgruppen im Rahmen weiterer Studien anzupassen.

Literatur

- Avery, J. (2019): THE STIGMA OF ADDICTION IN THE MEDICAL COMMUNITY. In J. D. Avery & J. J. Avery (Eds.), *The Stigma of Addiction. An essential Guide.* (pp. 81–92). Switzerland: Springer Nature
- Avery, J., Knoepfmacher, D., Mauer, E., Kast, K. A., Greiner, M., Avery, J., Penzner, J. B. (2019): IMPROVEMENT IN RESIDENTS' ATTITUDES TOWARD INDIVIDUALS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS FOLLOWING AN ONLINE TRAINING MODULE ON STIGMA. *Hss j*, 15(1), 31–36. doi:10.1007/s11420-018-9643-3
- 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 F. S. e.V. (Ed.), *Basisdokumentation 2017 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung* (Vol. Band 25, pp. 6–27). Bonn: Fachverband Sucht
- Cazalis, A., Lambert, L., Auriacombe, M. (2023): STIGMATIZATION OF PEOPLE WITH ADDICTION BY HEALTH PROFESSIONALS: CURRENT KNOWLEDGE. A SCOPING REVIEW. *Drug Alcohol Depend Rep*, 9, 100196
- Font, H., Roelandt, J. L., Behal, H., Geoffroy, P. A., Pignon, B., Amad, A., Simioni, N., Vaiva, G., Thomas, P., Duhamel, A., Benradia, I., Rolland, B. (2018): PREVALENCE AND PREDICTORS OF NO LIFETIME UTILIZATION OF MENTAL HEALTH TREATMENT AMONG PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS IN FRANCE: FINDINGS FROM THE 'MENTAL HEALTH IN GENERAL POPULATION' (MHGP) SURVEY. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(6), 567–576
- Hoffmann, H., Koschinsky, J., Bischof, G., Schomerus, G., Rumpf, H.-J. (2020): MEDICAL STUDENTS' READINESS FOR CUTBACKS IN HEALTH CARE EXPENDITURES OF ALCOHOL DEPENDENT INDIVIDUALS AN INDICATOR FOR STIGMATIZATION? *Sucht-Zeitschrift Fur Wissenschaft Und Praxis*, 66(2), 105–112
- 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. *Alcohol Clin Exp Res*, 45(5), 899–911
- Koyi, M. B., Nelliott, A., MacKinnon, D., Rastegar, D. A., Fingerhoo, M., Alvanzo, A., Feldman, L., Neufeld, K. J. (2018): CHANGE IN MEDICAL STUDENT ATTITUDES TOWARD PATIENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS AFTER COURSE EXPOSURE. *Acad Psychiatry*, 42(2), 283–287
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T., Rehm, J. (2015): INANSPRUCHNAHME GESUNDHEITLICHER VERSORGUNG DURCH ALKOHOLABHÄNGIGE. *Sucht-Zeitschrift Fur Wissenschaft Und Praxis*, 63, 16(1), 18–26
- Lukowitsky, M. R., Balkoski, V. I., Bromley, N., Gallagher, P. A. (2022): THE EFFECTS OF SCREENING BRIEF INTERVENTION REFERRAL TO TREATMENT (SBIRT) TRAINING ON HEALTH PROFESSIONAL TRAINEES' REGARD, ATTITUDES, AND BELIEFS TOWARD PATIENTS WHO USE SUBSTANCES. *Subst Abuse*, 43(1), 397–407
- Mahmoud, K. F., Lindsay, D., Scolieri, B. B., Hagle, H., Puskar, K. R., Mitchell, A. M. (2018): CHANGING BSN STUDENTS' STIGMA TOWARD PATIENTS WHO USE ALCOHOL AND OPIOIDS THROUGH SCREENING, BRIEF INTERVENTION, AND REFERRAL TO TREATMENT (SBIRT) EDUCATION AND TRAINING: A PILOT STUDY. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 24(6), 510–521
- McGinty, E. E., Barry, C. L. (2020): STIGMA REDUCTION TO COMBAT THE ADDICTION CRISIS – DEVELOPING AN EVIDENCE BASE. *N Engl J Med*, 382(14), 1291–1292
- 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*
- Müller-Simon, B., Bütefisch, T. (2016): AKTUELLE ZAHLEN DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG FÜR DIE REHABILITATION ABHÄNGIGKEITSKRANKER. *Konturen*(2)
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprasiri, T., Turan, J., Wouters, E. (2019): STIGMA IN HEALTH FACILITIES: WHY IT MATTERS AND HOW WE CAN CHANGE IT. *BMC Med*, 17(1), 25
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G., John, U. (2000): INANSPRUCHNAHME SUCHT-SPEZIFISCHER HILFEN VON ALKOHOLABHÄNGIGEN UND -MISSBRAUCHERN: ERGEBNISSE DER TACOS BEVÖLKERUNGSSTUDIE [Utilization of professional help of individuals with alcohol dependence or abuse: findings from the TACOS population study]. *Sucht*, 46, 9–17
- Rüsch, N. (2020): DAS STIGMA PSYCHISCHER ERKRANKUNG. STRATEGIEN GEGEN AUSGRENZUNG UND DISKRIMINIERUNG. Mit Beiträgen von Martina Heland-Graef und Janine Berg-Peer. München, Jena: Urban & Fischer in Elsevier

Schmidt, H., Koschinowski, J., Bischof, G., Schomerus, G., Borgwardt, S., Rumpf, H.-J. (2022): EINSTELLUNGEN VON MEDIZINSTUDIERENDEN GEGENÜBER ALKOHOL-BEZOGENEN STÖRUNGEN: ABHÄNGIG VON DER ANGESTREBTEN MEDIZINISCHEN FACHRICHTUNG? [Attitudes of Medical Students Towards Alcohol-Related Disorders: Dependent on Intended Medical Specialization?]. *Psychiatr Prax*

Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., Kraus, L., Kostrzewa, R., Rheinländer, J., Rummel, C., Schneider, W., Speerforck, S., Stolzenburg, S., Sylvester, E., Tremmel, M., Vogt, I., Williamson, L., Heberlein, A., Rumpf, H. J. (2017): DAS STIGMA VON SUCHTERKRANKUNGEN VERSTEHEN UND ÜBERWINDEN. *Sucht*, 63, 253–259

Speerforck, S., Schomerus, G. (2022): REDUCING SUBSTANCE USE STIGMA IN HEALTH CARE. In Schomerus, G., Corrigan, P. W. (Eds.), *The Stigma of Substance Use Disorders* (pp. 232–251). Cambridge: Cambridge University Press

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., Garretsen, H. F. (2013): STIGMA AMONG HEALTH PROFESSIONALS TOWARDS PATIENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS AND ITS CONSEQUENCES FOR HEALTHCARE DELIVERY: SYSTEMATIC REVIEW. *Drug Alcohol Depend*, 131(1–2), 23–35

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., Garretsen, H. F. (2015): COMPARING STIGMATISING ATTITUDES TOWARDS PEOPLE WITH SUBSTANCE USE DISORDERS BETWEEN THE GENERAL PUBLIC, GPs, MENTAL HEALTH AND ADDICTION SPECIALISTS AND CLIENTS. *Int J Soc Psychiatry*, 61(6), 539–549

Wege in die Suchtrehabilitation zwischen Stigma und erfolgreichem Zugang Erfahrungen aus dem Projekt SEMRES¹

1. Einleitung

Psychotrope Substanzen werden in Deutschland von einem großen Teil der Bevölkerung konsumiert (Seitz et al., 2019). Der Konsum von Alkohol ist unter den legalen Substanzen dabei am weitesten verbreitet (30-Tages-Prävalenz 70,2 %), gefolgt von Nichtopioid-Analgetika und Tabak. Bis zur Legalisierung des Cannabiskonsums für Erwachsene 2024 war Cannabis die am stärksten konsumierte illegale Substanz. Alleine 9 Millionen Alkoholkonsumierende zeigen einen problematischen, 7,9 Millionen einen riskanten Alkoholkonsum (Olderback, 2023). Hinzu kommen verhaltensbezogene Suchtformen wie u.a. Glücksspiel mit einer 12-Monatsprävalenz der Spielteilnahme an irgendeinem Glücksspiel 2023 von 36,5 % der 16- bis 70-Jährigen (Meyer, 2024). Die Zahlen verdeutlichen die gesellschaftliche Relevanz sich um Prävention und Zugänge in die Suchthilfe Gedanken zu machen, um individuellen und gesellschaftlichen Schäden vorzubeugen. Dabei stellt sich auch die Frage, wie Suchtprobleme gesellschaftlich eingeordnet werden?

Formal ist Sucht seit dem Urteil des Bundessozialgerichtes 1968 in Deutschland eine anerkannte Krankheit. Zunächst auf „Alkoholismus“ bezogen findet das Urteil im Laufe der Jahre Anwendung auf andere Suchtformen. In der individuellen und gesellschaftlichen Bewertung schwingen jedoch bis heute zum Teil seit Jahrhunderten entstandene Zuschreibungen mit, die dazu führen, dass Menschen mit Suchtproblemen von einem Teil der Bevölkerung als charakterschwach, willensschwach und ihre Probleme selbstverschuldet nicht in den Griff bekommend gesehen werden (öffentliches Stigma) und sich selbst auch entsprechend sehen (Selbststigma). Hinzu kommen Ambivalenzen, wie gesellschaftlich akzeptierter Substanzkonsum und akzeptierte Verhaltensweisen (bspw. Sportwetten), die dazu beitragen, dass bei problematischem oder pathologischem Konsum bzw. problematischen oder pathologischen Verhaltensweisen die Bereitschaft sich diese als Betroffene:r einzugestehen, das eigene Verhalten zu ändern und als Gesellschaft offen damit umzugehen häufig gering ist. Diese Gemenge-

lage ist mit Grund dafür, dass Hilfen, die die Gesellschaft zur Verfügung stellt, oft zu spät oder gar nicht angenommen werden und viele Menschen mit Suchtproblemen Hilfsangebote wie eine Suchtrehabilitation zu spät oder gar nicht in Anspruch nehmen (Strukturelles Stigma) (Schomerus, 2024).

2. Wege in die Suchthilfe zwischen Stigma & Erfolg

Wege in die Suchthilfe sind vor dem skizzierten Hintergrund kein einfaches Unterfangen. Erst recht aus der Perspektive betroffener Menschen mit Suchtproblemen. Die Zeit zwischen der Entstehung und der Behandlung einer Suchterkrankung beträgt bei Alkoholerkrankungen bspw. ca. 10 Jahre (Drogenbeauftragte, 2021). In dieser Zeit sind Betroffene bereits Jahre vor der Inanspruchnahme von Hilfen in ihrem Umfeld auffällig, zum Beispiel in ihren Familien, Betrieben, Jobcentern, Vereinen etc. (DHS, 2019). All zu oft erfahren sie stigmabesetzte Reaktionen im Sinne eines Stigmas, das verstanden wird als „diskreditie-

¹ Der Workshop auf der Niedersächsischen Suchtkonferenz greift auf Zwischenergebnisse zum Modellprojekt SEMRES zurück, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durch die Hochschule Emden/Leer erarbeitet wurden. Deshalb sei an dieser Stelle dem Team der Hochschule gedankt, namentlich Lea Jürgens, Frank Bela Schädlich und Maïke Fründ sowie allen Beteiligten des Modellprojektes.

Suchtbehandlung braucht Änderungsmotivation

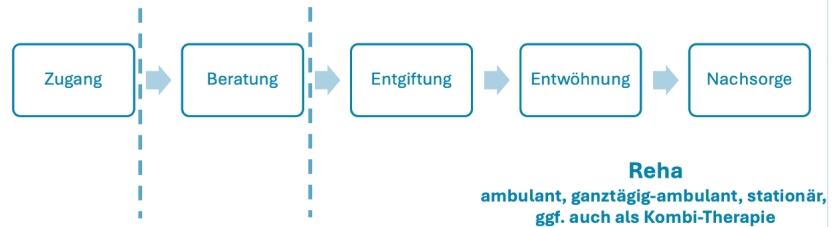


Abbildung 1: Der Weg in die Suchtbehandlung (eigene Abbildung)

rendes Kennzeichen oder Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängt und bewirken kann, daß wir uns bei der Begegnung von der Person abwenden. Es geht aber nicht um das Merkmal selbst, sondern um die „negative“ Definition des Merkmals bzw. dessen Zuschreibung“ (Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH, 2023). Dies gilt auch für das Stigma Sucht und wirkt sich auf den Zugang in die Suchthilfe und speziell in die Suchtrehabilitation aus. Sichtbar wird dies anhand der Fallzahlen aus den unterschiedlichen Bereichen des Suchthilfesystems. Diese „zeigen, dass nur ein Teil der Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland den Weg zu spezialisierten Hilfen und Angeboten findet. Es ist daher zu vermuten, dass viele betroffene Menschen entweder eigene oder keine Wege zum Umgang mit der Problematik finden oder dass sie in anderen Teilen der medizinischen und psychosozialen Versorgung Hilfe finden bzw. sie erst Jahre nach dem Beginn einer Suchtstörung gezielte Unterstützung erhalten“ (DHS, 2019: 5).

Der Weg in und durch die Angebote der Suchthilfe sollte also eine hohe Aufmerksamkeit bekommen, um Menschen mit Suchtproblemen möglichst frühzeitig, effektiv und effizient professionell zu unterstützen. Er beinhaltet idealerweise folgende Elemente, die individuell genutzt werden können (Abb. 1):

Der Zugang kann eigenmotiviert durch Betroffene selbst oder durch Impulse des sozialen Umfeldes (fremdmotiviert) von Seiten der Familie, Angehöriger, Freunde, Haus- oder Fachärzt:innen, Ärzt:innen in Krankenhäusern, Betriebe, Jobcenter, Sportvereine, Schulen, Hochschulen oder anderer Akteure erfolgen. Der erfolgreich gestaltete Kontakt zur Suchthilfe kann darüber entscheiden, ob Hilfsangebote in Anspruch genommen werden oder nicht, ob über eine Erstberatung hinaus weitere Kontakte in die Suchtberatung und darauffolgend weitere Maßnahmen wie Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge, Selbsthilfeangebote, Betreutes Wohnen u.a. genutzt werden oder nicht. Insgesamt sind die Versorgungsangebote der Suchthilfe in Deutschland sehr vielfältig, wie die nachstehende Übersicht zeigt: Abb. 2.

Entscheidend ist, was Menschen mit Suchtproblemen brauchen und suchen. Dabei stehen erfolgreiche Zugänge neben einer Änderungsmotivation im Zusammenhang mit einer Vielzahl an strukturellen Faktoren, wie zum Beispiel

- frühzeitige Kontaktangebote zum (Sucht-)Hilfesystem,
- niedrigschwellige und barrierearme Zugänge,
- zeitnahe Übergänge, insbesondere von der Suchtberatung in weiterführende Hilfen,
- eine gelungene Zusammenarbeit im Netzwerk von Lebenswelten Betroffener und der Suchthilfe.

Der Weg in die Suchthilfe und die zugrundeliegende Motivation sind vergleichbar mit einem Türspalt, der offen steht, um im Ansatz des trans-theoretischen Modells Veränderungsmotivation in konkrete Änderungs-handlungen umzusetzen (Prohaska & DiClemente, 1982). Angebote der Suchthilfe können unterstützen und zu einem gesünderen Leben beitragen. Hier setzt das Förderprogramm

rehapro mit dem Modellprojekt „Schnittstellenmanagement zur frühzeitigen Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und rechtzeitigen Vermittlung in Rehabilitation von Menschen mit Suchtproblemen (SEMRES)“ mit dem Sucht-Rehakompass (SRK) an.

3. Das Modellprojekt SEMRES/SRK

Im Rahmen des Förderprogramms rehapro² vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales wurde das Modellprojekt SEMRES 2020 auf den Weg gebracht (Laufzeit bis Juni 2025), um innovative Zugänge in die Sucht-Rehabilitation zu kreieren, zu erproben und zu evaluieren. Der Ansatz von SEMRES ist auf folgende Schwerpunkte gerichtet:

- Einer Chronifizierung des Krankheitsbildes Sucht soll präventiv begegnet werden.

- Die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ sollen gestärkt werden.
- Menschen mit Suchterkrankungen sollen frühzeitig erreicht und ihnen soll gezielt geholfen werden.
- Der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit stehen im Fokus.

- Die Vernetzung mit Institutionen und dem sozialen Umfeld der Betroffenen soll gefördert werden.

- Eine schnelle Ermittlung von Reha-Bedarfen soll durch Reha-Lots:innen und im Rahmen eines Sucht-Rehakompasses (SRK) erfolgen.

Als Zielgruppe sind folgende Personengruppen anvisiert:

- Menschen mit einer stoffgebundenen/stoffungebundenen Abhängigkeitserkrankung,

- Personen, die noch keine/wenig Erfahrung mit der Inanspruchnahme von suchtbearbeitenden Versorgungsleistungen haben,

- Menschen mit zu erwartenden oder beginnenden Rehabilitationsbedarfen,

- Personen, die aktuell Beiträge in die Rentenkasse einzahlen.

In dem Projekt SEMRES/SRK sind zwei wesentliche Kernelemente benannt:

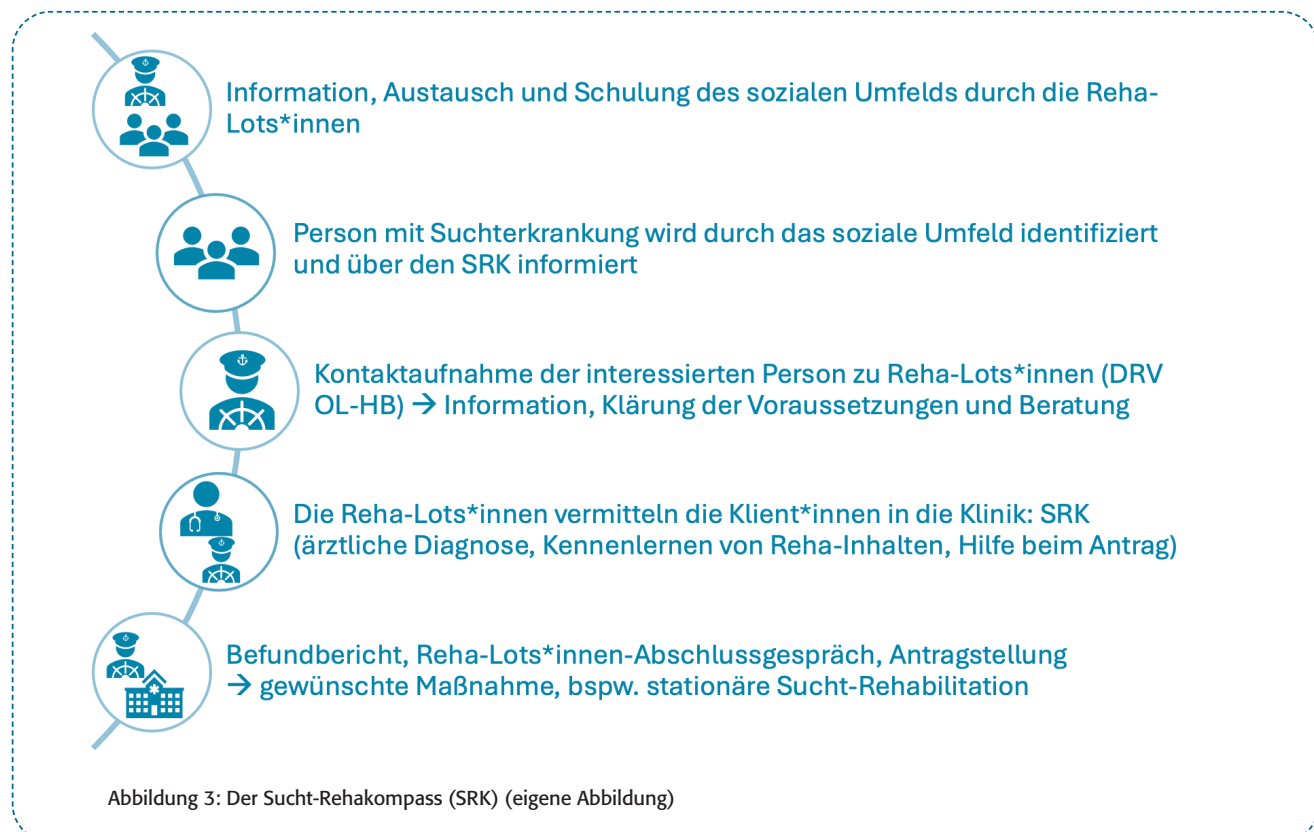
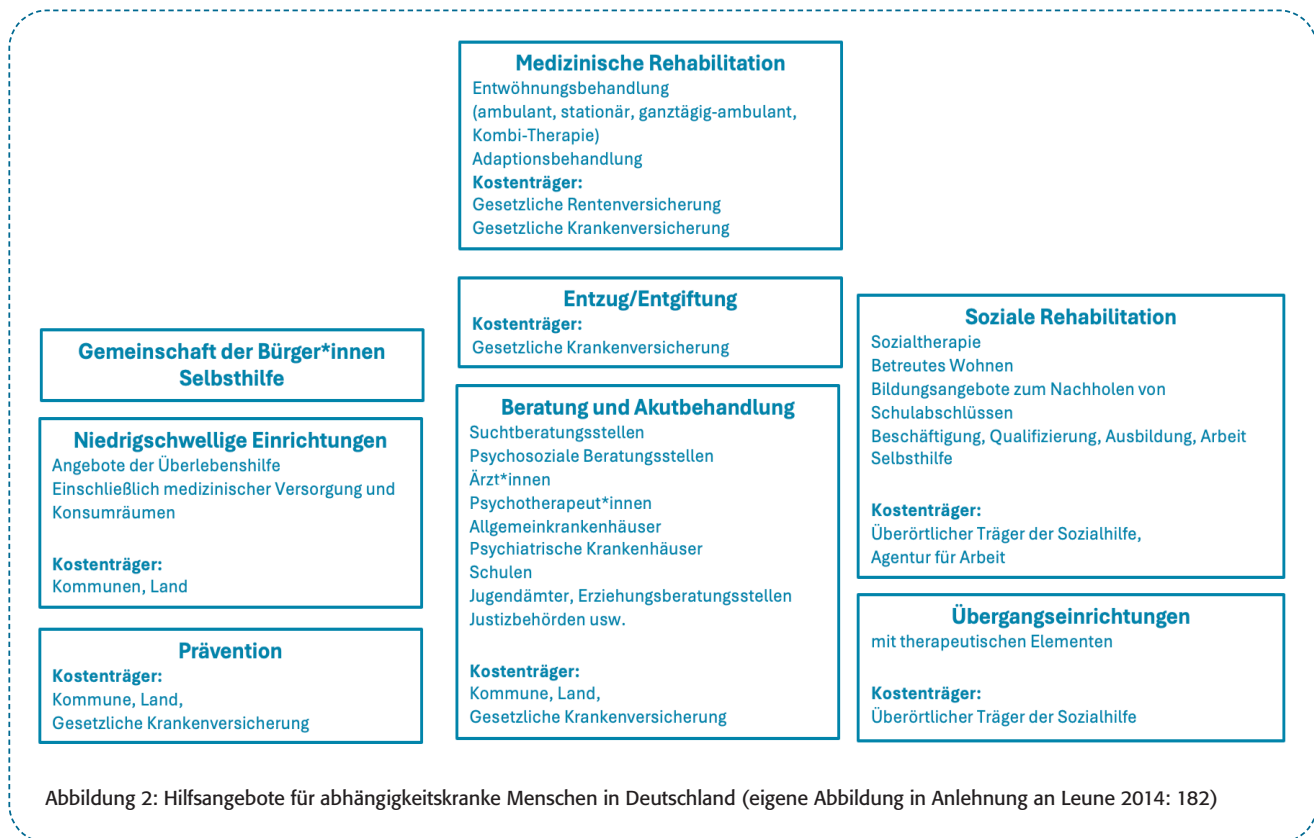
1. Die Rehalots:innen, die bei der DRV Oldenburg-Bremen angesiedelt sind und psychosoziale Beratung anbieten.

2. Der SRK, der als zweitägige Schnupper-Reha in einer Fachklinik für abhängigkeitskranke Menschen durchgeführt wird.

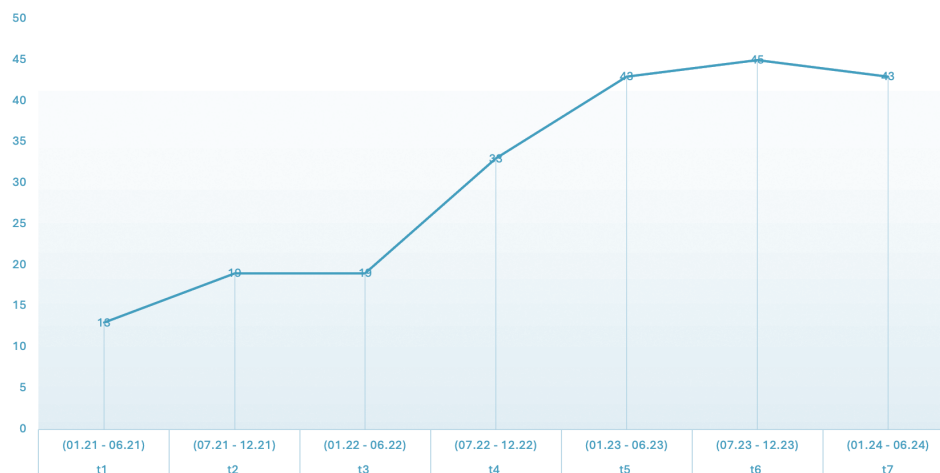
Dabei greifen die beiden Kernelemente ineinander, wie die nachfolgende Abbildung 3 zeigt.

Die Rehalots:innen betreiben im sozialen Umfeld von potenziell Betroffenen Informations- und Öffentlichkeitsarbeit über das SEMRES-Projekt und speziell den SRK. Hier ist die Netzwerkarbeit mit verschiedensten Kooperationspartner:innen, wie u.a. Betrieben, Jobcentern, Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Arbeitskreisen Sucht von großer Bedeutung. Neben Informationsveranstaltungen und Austausch finden Workshops über das Projekt und speziell das SRK-Angebot statt. Wird in der Folge eine Person mit Suchterkrankung identifiziert, werden durch die informierten und geschulten Kooperationspartner:innen Betroffene gezielt angesprochen und auf das SEMRES-Projekt aufmerksam gemacht. Hier wird der Intention gefolgt Kontakt zu den Rehalots:innen herzustellen, der in einer persönlichen Beratung münden kann. Sind die Inhalte, Voraussetzungen und das Interesse zur Teilnahme am SRK geklärt, wird der:die Klient:in in eine Fachklinik mit dem SRK-Angebot vermittelt. In einem zweitägigen SRK wird die gesundheitliche Situation der Teilnehmenden reflektiert und suchtspezifische Anliegen werden bearbeitet, wie u.a. ärztliche Diagnosen, Kennenlernen von Inhalten der Rehabilitation bis hin zur Unterstützung der Antragstellung auf eine Rehabilitation. Am Ende des SRK steht ein Befundbericht und es folgt ein Abschlussgespräch mit den Rehalots:innen, um Folgemaßnahmen zu klären und bei Bedarf über einen Reha-Antrag in eine Sucht-Rehabilitation zu gehen.

² Informationen zu rehapro sind auf folgender Internetseite zu finden: www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Foerderprogramm-rehapro/foerderprogramm-rehapro.html (Stand 10.01.2025)



Erste Kontaktaufnahme der SRK-interessent*innen bei der DRV



- Seit der Direktvermittlung werden deutlich mehr Personen erreicht
- Eingependelt zwischen 43 & 45 erreichten Personen in einem halben Jahr
- N = 215

Abbildung 4: Erste Kontaktaufnahme der SRK-Interessent:innen bei der DRV (eigene Abbildung)

Verlauf der Teilnehmer*innenzahlen im Projekt SEMRES im Vergleich zum Vorhalbjahr (Mitte 24)

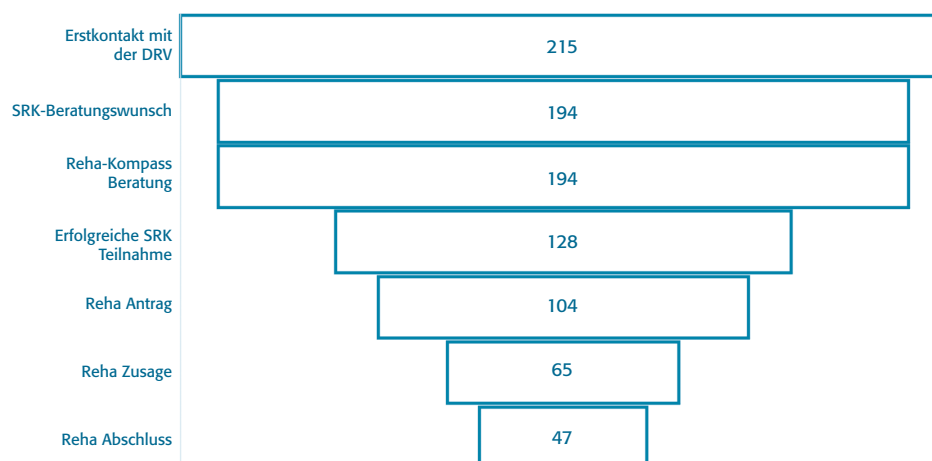


Abbildung 5: Verlauf der Teilnehmer:innenzahlen (eigene Abbildung)

Im bisherigen Projektverlauf haben über die verschiedenen Netzwerkpartner:innen seit 2020 215 Personen Kontakt zur DRV Oldenburg-Bremen aufgenommen. Nach der Konzeptionsphase konnte die Zahl der Teilnehmenden auf ca. 45 Personen pro Halbjahr gesteigert werden, wie Abbildung 4 zeigt.

Vom Erstkontakt bis zum Reha-Abschluss wird ersichtlich, dass knapp die Hälfte der Personen aus dem Erstkontakt einen Reha-Antrag stellt (N=104). Im weiteren Verlauf nach der Antragstellung haben 65 Personen eine Reha-Zusage erhalten, 47 Personen eine Reha abgeschlossen. Zu den Verlaufsdaten ist allerdings anzumerken, dass sie nur äußert verzögert zur Verfügung stehen, also schlussendlich mit mehr Anträgen und Abschlüssen unter den Antragstellenden zu rechnen ist. (Abb. 5)

Um die Nutzer:innen-Perspektive im Hinblick auf das subjektive Empfinden und Erleben des SRK abzubilden, wurden im SEMRES-Projekt qualitative Interviews mit Teilnehmenden aus dem SRK geführt und ausgewertet (N=8). Diese ergänzen im Anspruch eines Mixed-Method-Designs die quantitativen Ergebnisse aus den Reha-Statistiken der DRV, den Teilnehmenden-Befragungen zu drei Messzeitpunkten und der Netzwerkbefragung der Kooperationspartner:innen sowie weitere qualitative Erhebungen und Auswertungen mit Interviews der Reha-Lots:innen, Fokusgruppen und teilnehmender Beobachtung. Bei den Interviews der SRK-Teilnehmenden sind die Themenschwerpunkte

(Kategorien): Zugang, Motivation, SRK, Rehalots:innen, Rehabilitation, Krankheitsgeschichte und besonders auch Stigmatisierung.

In der Kategorie „Zugang“ zeigt sich, dass das Umfeld der Teilnehmenden aktiviert werden konnte, die Verantwortung aber weiterhin bei den betroffenen Personen bleibt. Dies verdeutlichen exemplarisch die nachstehenden Interviewaussagen:

„Und ähm (/) die Außenwelt hat da vielleicht einen kleinen Einfluss darauf, oder kann dich ein bisschen dahin schieben, (/) aber du musst alles selber machen, (*) letztendlich du.“ (11:29)

„(...) seine Frau hätte mal bei so einem Rehakompass von der Rentenversicherung teilgenommen und das wäre wohl ganz toll gewesen. (...) Der hat mich dann darauf verwiesen, hat mir glaube ich sogar auch die Nummer gegeben, von diesem Rehakompass und dann habe ich da angerufen.“ (14:7)

In der Kategorie „SRK“ äußerten sich nach dem SRK gefragt alle acht interviewten Personen sehr positiv über diesen. Folgende Aussagen sollen Beispiel für diese Einschätzung sein:

„Ich glaube irgendwer meinte das auch zu mir, ja warst du auch bei dieser Infoveranstaltung? Ich finde, das war überhaupt keine Infoveranstaltung, das war schon, da wurde schon direkt so ein bisschen antherapiert, gleich so ein paar Übungen gemacht, man war direkt emotional.“ (14:39)

„(...) es gibt nichts Besseres. Also ich hätte nie gedacht, dass das so gut klappen könnte ein neues Leben zu bekommen. Dafür bin ich sehr dankbar. Also bin ich stolz dieses Projekt, dass ich das mitmachen konnte.“ (17:39)

Zur Kategorie „Stigmatisierung“ gab es folgende Einschätzungen, die beispielhaft die Problematik bzw. Herausforderung für das Suchthilfesystem veranschaulichen sollen:

„Also wenn man noch nie so etwas gemacht, (...) man denkt (...) da geht es nur darum, von seinem Stoff wegzukommen, was man halt so für blöde Stigmata mit sich herumträgt. Habe aber gemerkt, das ist hier eher eine Psychotherapie, mit dem Oberthema Sucht (...). Und mit Fokus auf Themen, die vielleicht Süchtige haben, aber es geht jetzt hier nicht darum, wie bleibe ich jetzt die nächsten drei Wochen nüchtern. Weil das kriege ich hin.“ (14:8)

„Also man hat ja auch so ein Stigma im Kopf. Man denkt ja man selber ist immer der normalste Konsument (...). Habe dann aber auch ganz schnell gemerkt, das macht Halt an keiner Tür.“ (12:30).

Die beiden Zitate sind Hinweis darauf, dass im SRK das Stigma Sucht thematisiert und reflektiert wird und der SRK dadurch zur Entstigmatisierung beitragen kann. Er kann einen Raum zum Austausch schaffen und einen niedrigschwelligen Einblick und in der Folge auch Zugang in eine Suchtbehandlung ermöglichen.

Die abschließenden Ergebnisse zum SEMRES-Projekt werden Mitte 2025 erwartet. Schon anhand der Zwischenergebnisse können folgende Kernergebnisse festgehalten werden:

Zielgruppe: Menschen mit Suchtproblemen werden jünger erreicht. Gleichwohl muss die Zielgruppe jüngerer und unchronifizierter suchtkranker Menschen noch genauer getroffen werden.

Netzwerkarbeit: Die Netzwerkarbeit soll ausgebaut werden, da sie einen deutlichen Mehrwert für alle Beteiligten darstellt und einen früheren Zugang von Menschen mit Suchtproblemen in spezifische Suchthilfeangebote wie die Sucht-Reha unterstützen kann.

Kosten: Die Wirtschaftlichkeit und Attraktivität für die Kliniken, die einen SRK anbieten, muss für eine Verstetigung des Angebotes hergestellt werden.

Rehakompass: Der SRK als Schnupperangebot auf dem Weg in eine spezifische Suchthilfe, speziell die Sucht-Reha hat sich bewährt und soll verstetigt werden.

Rehalots:innen: Die neue Rolle der Lots:innen wurde als gut bewertet und hat die Wahrnehmung der DRV verändert, weil durch die Beratungstätigkeit und den unmittelbaren Versichertenkontakt der Weg in die spezifische Suchthilfe unterstützt wird.

4. Fazit: Veränderte Zugänge durch SEMRES/SRK

Im Modellprojekt SEMRES/SRK haben die bisherigen Zwischenergebnisse, die hier auszugsweise vorgestellt wurden, gezeigt, dass die Kernelemente des Projektes mit den Rehalots:innen und dem SRK den Zugang in das Suchthilfesystem und hier speziell in die Sucht-Reha positiv verändern können. Insbesondere durch die Netzwerkarbeit und die Sensibilisierung des sozialen Umfeldes von suchtkranken Menschen, verbunden mit einem niedrighschwelligem und durch Rehalots:innen begleiteten Zugang in den SRK wird eine neue Variante der Unterstützung etabliert, die auf dem Weg in die Sucht-Reha oder in andere Präventions- oder Hilfsangebote führen kann. Es zeigt sich, dass neben den Innovationen des Projektes auch der Zugang durch traditionelle Vermittlungswege über Fachstellen Sucht verstärkt werden konnte. Das heißt die Zusammenarbeit der DRV mit den Fachstellen Sucht hat insbesondere durch die Rehalots:innen und das SRK-Angebot weitere Facetten erhalten. Sowohl der traditionelle als auch der innovative Zugang führen bei den Versicherten zur Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe. Der innovative Zugang scheint besonders für junge, belastete Personen mit Alkoholabhängigkeit attraktiv zu sein. Als besonders bedeutsam hat sich auch die Netzwerkarbeit gezeigt. Die Netzwerkpartner:innen berichten von

einem verbindlichen und guten Austausch mit den Lots:innen. Hierdurch wird der Zugang von suchtkranken Menschen besonders beeinflusst. Die Befragten berichten durchweg positiv vom SRK und der Lots:innenberatung. Im Gesamtergebnis ist der SRK eine erfolgreiche Maßnahme, Betroffene im Moment der Motivation zu erreichen und damit eine Behandlung zu bestärken und zu beschleunigen. Dabei kann der SRK zum Abbau von Fremd- und Selbststigma beitragen und hat damit einen gesellschaftlichen Einfluss im Anliegen, den Umgang mit Stigma und Sucht positiv zu verändern. Rückgreifend auf die oben genannte Stigma-Definition sei darauf hingewiesen, wie wichtig die Funktion von Sprache ist. Dies bringt das nachstehende Zitat, das als Anliegen des SEMRES-Projektes verstanden werden kann, zum Ausdruck:

„Eine entstigmatisierende Sprache respektiert die menschliche Würde und die individuelle Geschichte jeder Person. Sie bezieht sich auf die Krankheit selbst und nicht auf die Person als Ganzes. Dadurch können Barrieren abgebaut werden, die (Mit-)Betroffene davon abhalten, Hilfe in Anspruch zu nehmen.“ (DHS 2023: 1)

Auch die bisherigen Ergebnisse des SEMRES-Projektes richten sich auf Aspekte zum Abbau des Stigmas Sucht. Hier seien vier wesentliche Ansätze genannt:

1. Entstigmatisierende Sprache verwenden

2. Aufklärung über und Enttabuisierung von Sucht

3. Sucht als Gesundheitsthema platzieren

4. Suchthilfe als Teil der Gesundheitsversorgung weiter etablieren

Daran sollte weiter gearbeitet werden. Deshalb ist auch in Zukunft in Praxis und Forschung weiter zu hinterfragen, welche Wege sich verändern lassen, um Menschen mit Suchtproblemen zu unterstützen „stigmafreier“ und früher in der Suchthilfe anzukommen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2021): REHA-BERICHT 2021. Online: www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2021.html (27.10.2024)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2023): POSITIONSPAPIER DER DEUTSCHEN HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (DHS). Empfehlungen für stigmafreie Bezeichnungen im Bereich substanzbezogener und nicht-substanzbezogener Störungen. Hamm: DHS

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2021): DEUTSCHER KERNDATENSATZ ZUR DOKUMENTATION IM BEREICH DER SUCHTKRANKENHILFE. Definition und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2019): DIE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT SUCHT-PROBLEMEN IN DEUTSCHLAND. Hamm: DHS

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021): JAHRESBERICHT. Berlin

Koch, A. (2020): TRENDS UND RAHMENBEDINGUNGEN IN DER SUCHTREHABILITATION – Teil I–III; KONTUREN online, verfügbar unter: www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/ (6.01.2025)

Leune, J. (2014): VERSORGUNG ABHÄNGIGKEITSKRANKER IN DEUTSCHLAND. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181–202

Meyer, G. (2024): GLÜCKSSPIEL – ZAHLEN UND FAKTEN. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst: 67–86

Olderback, S. (2023): EPIDEMIOLOGISCHER SUCHTSURVEY 2021. Kurzbericht zum BMG-geförderten Forschungsvorhaben. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982): TRANSTHEORETICAL THERAPY: TOWARD A MORE INTEGRATIVE MODEL OF CHANGE. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 19(3): 276–288

Schomerus, G. (2024): (SELBST-)STIGMATISIERUNG VON SUCHTKRANKEN ALS BEHANDLUNGSHINDERNIS. XXXIV. Niedersächsische Suchtkonferenz – 28. Oktober 2024. Hannover: LVG

Seitz, N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., Kraus, L. (2019): TRENDS DES SUBSTANZKONSUMS UND SUBSTANZBEZOGENER STÖRUNGEN. Deutsches Ärzteblatt Jg. 116, Heft 35–36: 585–591

Stavro, K., Pelletier, J., Potvin, S. (2013): WIDESPREAD AND SUSTAINED COGNITIVE DEFICITS IN ALCOHOLISM: A META-ANALYSIS. Addict Biol. 2013 Mar;18(2): 203–213

Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH (2023): STIGMA. In: Lexikon der Psychologie. Heidelberg. verfügbar unter: www.spektrum.de/lexikon/psychologie/stigma/14871 (7.01.2025)

Stigmafreie Haltung der Gesellschaft fördern Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Suchterkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen

Die Anti-Stigma-Arbeit bei Abhängigkeitserkrankungen weist sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede im Vergleich zur Anti-Stigma Arbeit bei anderen psychischen Erkrankungen auf. Im vorliegenden Beitrag werden die Tätigkeiten und vorläufigen Ergebnisse der „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ in Österreich dargestellt, in deren Kontext allgemeine Empfehlungen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen erarbeitet und teilweise auch bereits publiziert wurden (Nowotny et al. in Vorbereitung; Puhm et al., 2023; Puhm et al. in Vorbereitung; Strizek et al., 2022b; Strizek et al. in Vorbereitung). Abschließend werden Spezifika im Kontext von „Stigma und Sucht“ diskutiert.

Entwicklung eines koordinierten Vorgehens gegen Stigmatisierung in Österreich

Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ist in Österreich als gesundheitspolitisches Ziel im Rahmen des Gesundheitsziele-Prozesses verankert¹ und innerhalb von Gesundheitsziel 9 („Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“) als eines von drei Handlungsfeldern priorisiert. Um dieses Ziel zu verfolgen, wurde 2018 ein Expert:innengremium (die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“) ins Leben gerufen, das sich aus Vertreter:innen aus den Bereichen Wissenschaft, psychosoziale Versorgungspraxis, Verwaltung, Kunst und Kultur, Medien sowie Erfahrungsexpertise (Betroffener und Angehöriger) zusammensetzt.

Auf Basis in Österreich bereits bestehender Projekte und Programme sowie wissenschaftlicher Evidenz und internationaler Best-Practice-Beispiele erarbeitete die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ seit 2020 Empfeh-

lungen für ein koordiniertes Vorgehen gegen die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Suchterkrankungen wurden qua deren Definition als psychische Erkrankung mitabgedeckt und Vertreter:innen der österreichischen Suchthilfe sind in der Kompetenzgruppe vertreten.

Die Komplexität des Phänomens Stigma und das Erfordernis eines Ansatzes auf mehreren Ebenen

Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist ein komplexer gesellschaftlicher Ausschlussprozess und findet in unterschiedlichen Formen bzw. auf unterschiedlichen Ebenen statt. Häufig werden dabei drei Ebenen unterschieden (vgl. z.B. Rüsch 2020): Öffentliches Stigma, strukturelle Stigmatisierung und Selbststigmatisierung. In Österreich hat die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung sich entschieden, öffentliches Stigma in kulturelle Stigmatisierung und direkte Stigmatisierung zu differenzieren, um damit die Bedeutung der

¹ Die nationalen Gesundheitsziele bilden einen Handlungsrahmen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in Österreich bis zum Jahr 2032, vgl. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele-und-arbeitsgruppen/gesundheitsziel-9/>

kulturellen Manifestation von negativen Stereotypen und Vorurteilen und deren Verbreitung durch Sprache, Symbole, Medien, Kunst aber auch Wissenschaft und Ideologien sichtbar zu machen und besser bearbeiten zu können.

Die Bedeutung kultureller Stigmatisierung lässt sich darin erkennen, als sie die Basis für andere Formen der Stigmatisierung darstellt, sei es als Ausgangspunkt für die Abwertung, Ablehnung oder Ausgrenzung im persönlichen Kontakt mit Mitmenschen (direkte Stigmatisierung) oder in Form von verinnerlichten und gegen die eigene Person gerichteten Stereotypen und Vorurteilen (Selbststigmatisierung). Zudem bildet die kulturelle Manifestation negativer Stereotype gleichermaßen die Legitimierung für institutionalisierte Formen von Ungleichbehandlung wie zum Beispiel einer ungleichen Ressourcenverteilung oder einer benachteiligenden Gesetzgebung für bestimmte Personengruppen (strukturelle Stigmatisierung).

Direkte Stigmatisierung durch diskriminierendes Verhalten im persönlichen Kontakt mit Mitmenschen ist die wohl sichtbarste Form von Stigmatisierung. Bisherige Erfahrungen im Kampf gegen Stigmatisierung zeigen jedoch, dass ausschließliche Maßnahmen zur Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung bestimm-

ter Zielgruppen allein noch keine ausreichend nachhaltigen Effekte bewirken, wenn nicht gleichzeitig auch die Rahmenbedingungen geändert werden, um Diskriminierung abzubauen (Stuart, 2017). Internationale Expert:innen (Thornicroft et al., 2022) empfehlen stattdessen einen multistategischen Ansatz, der auf unterschiedlichen Ebenen ansetzt und eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Bereichen erfordert. Nur so kann ein Abbau der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen gelingen und ein kultureller und sozialer Wandel hin zur Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen erreicht werden.

Von dieser Idee geleitet, wurden in Österreich Empfehlungen für neun Handlungsfelder² formuliert, denen drei Prinzipien zugrunde liegen:

- **Der intersektorale Ansatz** betont, dass Entstigmatisierung nicht allein Aufgabe des Gesundheitsbereiches ist und unterstreicht die gesellschaftspolitische Verantwortung für Stigma bzw. den gesamtgesellschaftlichen Nutzen einer Reduktion von Stigma.

- **Der Mehrebenen Ansatz** betont die Wechselwirkungen zwischen den Stigma-Ebenen (siehe oben) und dass durch das Schaffen von synergetischen Effekten zwischen diesen Ebenen der größte Effekt zu erwarten ist.

• Ein trialogisches Vorgehen

stellt einen partizipativen Prozess sicher und bezieht die Perspektiven von Betroffenen, Angehörigen und Professionist:innen bei allen Maßnahmen mit ein.

Ansatzpunkte zur Reduktion von struktureller Stigmatisierung

Strukturelle Stigmatisierung ist häufig weniger sichtbar und versteckt hinter der alltäglichen Praxis in Institutionen und in deren Regeln (Krupchanka & Thornicroft, 2017). Interventionen auf struktureller Ebene sollen die gesellschaftlichen Bedingungen ändern, die zu Benachteiligungen führen. Das übergeordnete Ziel zur Reduktion struktureller Stigmatisierung liegt in der Schaffung inklusiver Bedingungen in unterschiedlichen Lebensbereichen (zum Beispiel Bildung, Arbeitsmarkt, Gesundheitsversorgung, soziale Sicherheit, Infrastruktur). Dieses Ziel kann über Maßnahmen zum Schutz vor diskriminierender Gesetzgebung, über Maßnahmen zur Sicherung von Freiheitsrechten oder Rechten entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention³, über den Abbau von Zugangsbarrieren seitens der öffentlichen Verwaltung in verschiedenen Versorgungsbereichen, zum Beispiel im Bildungs-, Gesundheits- oder Wohnungswesen oder über eine prominentere Platzierung von psy-

2 (1) Legislative, Exekutive, Judikative, (2) Mental Health Advocacy, (3) Gesundheitsversorgung, (4) Soziale Absicherung und Selbstbestimmtes Leben, (5) Erwerbstätigkeit, (6) Bildung, (7) Medien, (8) Kunst und Kultur, (9) Wissenschaft

3 Empfehlungen zum Abbau struktureller Stigmatisierung in Österreich (Strizek et al. in Vorbereitung) orientieren sich an genau diesen Rechten nach UN-BRK

chischer Gesundheit in politischen Agenden erreicht werden (Hatzenbuehler/Link, 2014).

Der Vorteil von Interventionen auf struktureller Ebene liegt prinzipiell in deren breiter Wirkung auf große Teile der Gesellschaft. Strukturelle Veränderungen werden teilweise auch als Voraussetzung dafür erachtet, dass Interventionen auf individueller Ebene überhaupt wirksam werden können und im besten Fall eine Kaskade von Folgeeffekten auf darunterliegenden Ebenen in Gang setzen (Cook et al., 2014).

Ansatzpunkte zur Reduktion direkter Stigmatisierung

Maßnahmen gegen direkte Stigmatisierung basieren im Wesentlichen auf der Annahme, dass Wissen vor Vorurteilen schützt und daher mehr Wissen zu weniger Diskriminierung führt. Für erwachsene Zielgruppen hat sich dabei herausgestellt, dass kontaktbasierte Edukationsmaßnahmen effektiver wirken als Angebote, die ausschließlich Wissensvermittlung beinhalten (Corrigan et al., 2012). Erfolgskriterium für effektive kontaktbasierte Edukationsmaßnahmen sind zielgruppengerechte Inhalte, Anpassung an lokale Gegebenheiten, hohe Glaubwürdigkeit durch eine ausgewogene Darstellung, Kontakt mit Vertreter:innen und eine wiederholte Durchführung von Interventionen bei derselben Zielgruppe auf unterschiedliche Weise (Corrigan et al., 2013).

Typische Zielgruppen für kontaktbasierte Aufklärungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen – und entsprechend auch Gegenstand der Empfehlungen in Österreich (Strizek et al., 2022b) – sind:

- Gesundheits- und Sozialberufe

- Kinder und Jugendliche

- Pädagog:innen

- Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen

- Zielgruppen aus Verwaltungsbereichen wie Politik, öffentliche Ämter, Polizei oder Gerichte

Ansatzpunkte zur Reduktion von Selbststigmatisierung

Maßnahmen zur Reduktion von Selbststigmatisierung setzen auf einer individuellen und auf einer kollektiven Ebene an, die beide zur Förderung von Empowerment beitragen sollen (Puhm et al., 2023):

- **auf individueller Ebene** sollen Unterstützungsangebote zur Bewältigung von Stigma-Erfahrungen und zum Abbau von Selbststigmatisierung gesetzt werden. Beispiele hierfür bestehen etwa in Form des Angebots „In Würde zu sich stehen“. Vielversprechend erscheinen auch kreativ-partizipatorische Ansätze, ebenso haben Gruppenangebote Vorteile gegenüber individuellen Angeboten (Rüsch, 2020).

- **Auf kollektiver Ebene** wird die Förderung von Advocacy-Gruppen und sozialen Bewegungen zur Förderung von Inklusion empfohlen. Empowerment findet hier über den Zusammenschluss Gleichgesinnter und die Formierung von Interessengruppen statt, die die gesellschaftliche Dimension von Stigmatisierung aufzeigen und sich für die Rechte, die Gleichstellung und Inklusion benachteiligter Gruppen engagieren.

Ansatzpunkte zur Reduktion kultureller Stigmatisierung

Die Gestaltung und Ausrichtung von Public-Health-Messages können durch Aufklärung über psychische Gesundheit, psychische Krisen und Erkrankungen zur Enttabuisierung beitragen. Ein dimensionales Verständnis von psychischer Gesundheit bzw. Krankheit hilft etwa dabei, die Dichotomie zwischen „us“ und „them“ aufzuheben und damit scheinbar eindeutige und unveränderbare Grenzen aufzuheben. Die Betonung des Einflusses der gesellschaftlichen Verhältnisse auf psychische Gesundheit trägt dazu bei, dass die Verantwortung für psychische Erkrankungen nicht allein im betroffenen Individuum verankert wird.

Auch eine wertschätzende Sprache kann zur Reduktion von Stigmatisierung beitragen: insbesondere „People-first Language“ (z.B. Patient:in mit Alkoholerkrankung statt Alkoholiker:in) oder „Identity-First Language“ (z.B. alkoholkrank:e:r

Patient:in statt Alkoholiker:in) verdeutlichen, dass die Erkrankung zwar ein Merkmal dieser Person ist, aber nicht mit dieser gleichzusetzen ist.

Massenmedien wird aufgrund ihrer Reichweite eine besonders zentrale Rolle bei der Reproduktion bzw. Reduktion kultureller Stigmatisierung attestiert. Das Vermeiden reißerischer Beiträge und verkürzter Darstellungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ein gleichzeitig vermehrter Fokus auf positiven Erfahrungsberichten bzw. Krankheitsverläufen führt zu einer realistischen Darstellung von psychischen Erkrankungen und zu einer Stigmareduktion (Clement et al., 2013). Entsprechende Empfehlungen für eine nicht stigmatisierende mediale Darstellung bestehen in vielen Ländern und auch in Österreich wurden Leitfäden erarbeitet (HPE/MUW, 2021).

In den Bereichen Kunst und Kultur sollen Empfehlungen und entsprechende Beratungsangebote für Kulturschaffende dabei unterstützen, die unbeabsichtigte Reproduktion von Stereotypen und Vorurteilen zu reflektieren. Durch die Schaffung von Anreizen und die Förderung inklusiver Praktiken im Kunstbetrieb soll der gesellschaftliche Diskurs angeregt und die Basis für die kulturelle Anerkennung psychischer Vielfalt gelegt werden. Regionale themenbezogene Kunst- und Kulturevents werden empfohlen, um den sozialen Zusammenhalt zu fördern (Nowotny et al. in Vorbereitung).

Theorien und Konzepte prägen auf grundlegende Art und Weise, wie über psychische Erkrankungen reflektiert wird. Daher soll auch die partizipative und interdisziplinäre Forschungspraxis gestärkt werden, um die durch Theorien, Konzepte und Leitbilder verursachten Exklusionsmechanismen zu untersuchen und entsprechende Maßnahmen zur Gegensteuerung zu entwickeln. Selbstverständlich bedürfen auch vorhandene Stigma-Konzepte und bestehende Strategien zu deren Reduktion einer ständigen (Neu-)Evaluation in Hinblick auf die Erreichung gesetzter Ziele sowie möglicher nicht-intendierter Nebenwirkungen (Nowotny et al. in Vorbereitung).

Bestehende Maßnahmen zur Reduktion des Stigmas von Suchterkrankungen

Zu Beginn der Arbeiten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung wurden im Rahmen einer Bestandserhebung (Nowotny et al., 2020) bestehende Anti-Stigma-Maßnahmen in Österreich erfasst. Zum Thema Sucht konnten dabei 24 Aktivitäten identifiziert werden. Der größte Teil dieser Maßnahmen ist dabei dem Bereich der Bewusstseinsbildung zuzuordnen, zum Beispiel in Form von Schulungen, Workshops, Seminaren, Kunst- und Kulturveranstaltungen oder Vorträgen. Suchtspezifische Maßnahmen mit dem Ziel der Förderung sozialer Teilhabe und Inklusion (zum Beispiel Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes oder zur Förderung des sozialen Zusammenhalts) konnten

deutlich seltener identifiziert werden. Maßnahmen mit der Zielsetzung „Abschaffung struktureller Benachteiligung/Chancengerechtigkeit fördern“, „Förderung der Einbindung Betroffener“ und „Mental Health Advocacy“ wurden jeweils nur in Einzelfällen für den Suchtbereich identifiziert.

Nur bei einem Fünftel aller Maßnahmen im Suchtkontext waren Expert:innen aus eigener Erfahrung oder Angehörige eingebunden, obwohl dies ein zentrales Prinzip für erfolgreiche Anti-Stigma-Interventionen darstellt (Thornicroft et al., 2022). Entsprechend gilt es, Partizipation bei der Planung und Durchführung von Anti-Stigma-Maßnahmen („front seat“) zu fördern. Zusätzliche Möglichkeiten zum Ausbau von Partizipation bestehen (Strizek et al., 2022a)

- im Einsatz von Interessenvertretungen in Entscheidungsgremien und Gesundheitsplanung zur Verbesserung der Versorgung und Lebensbedingungen,

- im Einsatz von Peer-Arbeiter:innen in der Versorgung von Menschen mit einer Suchterkrankung zu Verbesserung der Versorgung,

- im Bereich der Etablierung partizipativer Suchtforschung

Besonderheiten bzw. Herausforderungen der Anti-Stigma-Arbeit im Suchtbereich

Besonderheiten und potenzielle Umsetzungsschwierigkeiten bei der Übertragung von Anti-Stigma-Maßnahmen auf den Suchtbereich bestehen auf allen bereits genannten Ebenen und gestalten sich zudem für legale bzw. illegale Suchtmittel deutlich unterschiedlich.

Sensibilisierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung setzen beispielsweise voraus, dass möglichst offen und ohne Vorbehalte kommuniziert werden kann. Die Illegalität von Drogen erschwert einen solchen offenen Diskurs in der Präventionsarbeit speziell in Settings, in denen Sanktionen für illegales Verhalten erwartet werden (zum Beispiel Schule, Polizei). Auch die empfohlene Einbindung von Erfahrungsexpertise im Kontext kontaktbasierter Edukation ist dadurch erschwert, dass dabei nicht nur Informationen über sehr persönliches, sondern auch über ein illegales Verhalten preisgegeben werden müssen.

Phelan et al. (2008) verweisen darauf, dass die vorrangige soziale Funktion von Stigma im Bereich von Suchterkrankungen nicht darin liegt, Personen auszuschließen oder zu benachteiligen („keeping people away“ oder „keeping people down“), sondern vielmehr darin, gesellschaftlich definierte Grenzen des Konsumverhaltens festzulegen, um potenzielle Übertretungen in der Zukunft zu vermeiden („keeping people in“). Diese Idee einer präventiven Wirkung von Stigma

führt dazu, dass im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen bei Suchterkrankungen eine erhöhte Bereitschaft zu verzeichnen ist, ein gewisses Ausmaß an Stigmatisierung im Sinne einer möglichen suchtpreventiven Wirkung in Kauf zu nehmen (Williamson, 2022). Selbst manche Stigma-Forscher:innen sehen Scham als legitimes Werkzeug für die Prävention bzw. Linderung von Problemen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen (Rüsch, 2020) bzw. verweisen darauf, dass der Einsatz von Stigma zur Prävention von Suchterkrankungen häufig breite Akzeptanz findet (Corrigan, 2018). Gleichzeitig sollte betont werden, dass die Suchtprevention in Österreich Abschreckung als Instrument zur Konsumprävention ablehnt (BMG, 2015).

Zahlen aus Österreich (Grausgruber et al., 2018) wie aus anderen Ländern (Kilian et al., 2021) belegen, dass Eigenverantwortung und Selbstverschuldung bei Suchterkrankungen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen besonders stark verortet und der Krankheitsaspekt häufiger negiert wird. Gleichzeitig haben in den letzten Jahrzehnten stoffungebundene Süchte an Bedeutung gewonnen, was sich teilweise in entsprechenden Diagnosen in internationalen Diagnosehandbüchern niederschlägt (Glücksspielstörung bzw. Computerspielstörung). Teilweise kam es auch zu einer Ausweitung des Suchtbegriffes auf Verhaltensweisen, die in extremer Ausformung zwar nicht als Erkrankungen anerkannt sind (zum Beispiel Sexsucht, Arbeitssucht, Handysucht), sondern vielmehr eine moralische Bewertung

eines gesellschaftlich als extrem beurteilten Verhaltens in den Vordergrund rücken. Dies kann dazu beitragen, dass der Begriff Sucht wieder stärker in Richtung eines moralischen Versagens (das entsprechend gesellschaftlich sanktioniert werden kann) und weniger als eine Erkrankung (das entsprechend einer Unterstützung bedarf) interpretiert wird.

Maßnahmen gegen die strukturelle Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen setzen vor allem im Bereich des Ausschlusses von Menschen mit Suchterkrankungen von anderen Unterstützungsangeboten des Sozial- bzw. Gesundheitsbereichs (Wohnungslosenhilfe, Jobunterstützungsprogramme) an. Auch innerhalb des Suchthilfesystems sind strukturelle Barrieren zu überwinden, etwa um einer Diskreditierung bzw. Unterfinanzierung von Unterstützungsmaßnahmen, die nicht Abstinenz zum Ziel haben, entgegen zu wirken (McGinty/White, 2022). Auch wenn das grundlegende Prinzip in Österreich im Umgang mit Suchtmittelkonsum „Therapie statt Strafe“ lautet, wird dieses häufig im Sinne von „Therapie als Strafe“ verstanden und in weiterer Folge Angebote in Frage gestellt, die Suchtklient:innen vermeintlich „zu wenig abverlangen“ oder es ihnen „zu angenehm machen“. Die vermeintliche Selbstverschuldung oder auch scheinbar leichte Abwendbarkeit einer Suchterkrankung (im Sinne eines „wenn sie doch einfach nicht konsumieren würden, gäbe es kein Problem“) verhindert damit, dass Suchtklient:innen grundlegende Rechte zugestanden werden, die allen Patient:innen zuteilwerden.

Ein wesentlicher suchtspezifischer Aspekt im Bereich der Selbststigmatisierung manifestiert sich im Prinzip „Hit Rock Bottom“, das in der Selbsthilfe (zum Beispiel bei den Anonymen Alkoholikern [AA]) ein wesentliches Element darstellt: im Programm der AA beginnt Genesung mit Hoffnungslosigkeit, dem Eingeständnis von Schwäche gegenüber einer lebenslangen Erkrankung sowie dem Erreichen des Tiefpunkts und ist nur dann möglich, wenn die Betroffenen ihre Machtlosigkeit gegenüber Alkohol erkennen (White et al., 2004). Während Selbststigmatisierung bei psychischen Erkrankungen als Faktor gilt, der den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit untergräbt (siehe „why try effect“) und eine geringere Lebensqualität bedingen kann (Corrigan et al., 2016), wird das Eingeständnis der eigenen Machtlosigkeit seitens Betroffener bei manchen suchtspezifischen Unterstützungsangeboten als Erfolgsfaktor für die Erlangung und Beibehaltung von Abstinenz betrachtet. Diese Idee steht im Widerspruch zu einer Recovery-orientierten Selbsthilfe, die sich gegen das Prinzip einer Unheilbarkeit wendet. Kritisiert wird daran, dass dieses abverlangte Eingeständnis der eingeschränkten Handlungsfähigkeit die Mobilisierung von Ressourcen behindere und es Menschen mit Suchterkrankungen dadurch erschwert werde, die Rolle der:des Kranken wieder zu verlassen (Schomerus et al., 2011).

Zentrale Ansatzpunkte für die Zukunft

Corrigan/Al-Khouja (2018) unterscheiden drei Agenden und damit verbundene Schwerpunktsetzungen der Anti-Stigma Arbeit: (1) die Behandlungsagenda mit dem Ziel der Erhöhung der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, (2) die Menschenrechtsagenda mit dem Ziel der Gewährung derselben (Bürger-) Rechte für Menschen mit und ohne psychische Erkrankung und (3) die Selbstwertagenda mit dem Ziel der Förderung von Empowerment und Überwindung von Scham.

Als zentrale Ansatzpunkte zur Erreichung dieser Ziele im Suchtbereich erachten wir erstens eine Steigerung der Anti-Stigma Kompetenz durch zielgruppenspezifische Schulungen beim Behandlungs- und Betreuungspersonal und zweitens die Einbindung von Expert:innen mit gelebter Erfahrung in die Gesundheitsplanung und in Entscheidungsgremien, in die Gestaltung und Umsetzung von Suchthilfeangeboten sowie in die Planung und Durchführung von Anti-Stigma-Maßnahmen. Als dritten zentralen Ansatzpunkt erachten wir den Abbau von Diskriminierung infolge mangelhafter Versorgungsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich, sei es durch den Ausschluss von Menschen mit Suchterkrankungen von allgemeinen Unterstützungsangeboten oder sei es durch das Fehlen bzw. die Unterfinanzierung zielgruppenspezifischer Angebote der Suchthilfe, die ausreichend den Bedarf von Menschen mit Suchterkrankungen berücksichtigen (Strizek et al., 2023).

Literatur

- BMG (2015): ÖSTERREICHISCHE SUCHTPRÄVENTIONSSTRATEGIE – STRATEGIE FÜR EINE KOHÄRENTE PRÄVENTIONS- UND SUCHTPOLITIK. Bundesministerium für Gesundheit
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S., Slade, M., Rusch, N., Thornicroft, G. (2013): MASS MEDIA INTERVENTIONS FOR REDUCING MENTAL HEALTH-RELATED STIGMA. In: Cochrane Database Syst Rev7:CD009453
- Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. H., Busch, J. T. A. (2014): INTERVENING WITHIN AND ACROSS LEVELS: A MULTILEVEL APPROACH TO STIGMA AND PUBLIC HEALTH. In: Social Science & Medicine 103/: 101–109
- Corrigan, P. (2018): THE STIGMA EFFECT – UNINTENDED CONSEQUENCES OF MENTAL HEALTH CAMPAIGNS. Columbia University Press New York
- Corrigan, P. W., Al-Khouja, M. A. (2018): THREE AGENDAS FOR CHANGING THE PUBLIC STIGMA OF MENTAL ILLNESS. In: Psychiatr Rehabil J 41/1: 1–7
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., Rusch, N. (2016): WHAT IS THE IMPACT OF SELF-STIGMA? LOSS OF SELF-RESPECT AND THE „WHY TRY“ EFFECT. In: J Ment Health 25/1:10–15
- Corrigan, P. W., Vega, E., Larson, J., Michaels, P. J., McClintock, G., Krzyzanowski, R.; Gause, M., Buchholz, B. (2013): THE CALIFORNIA SCHEDULE OF KEY INGREDIENTS FOR CONTACT-BASED ANTISTIGMA PROGRAMS. In: Psychiatr Rehabil J 36/3: 173–179
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., Rüsch, N. (2012): CHALLENGING THE PUBLIC STIGMA OF MENTAL ILLNESS: A META-ANALYSIS OF OUTCOME STUDIES. In: Psychiatr Serv 63/10:963–973

- Grausgruber, A., Hackl, E., Moosbrugger, R. (2018): MONITORING PUBLIC STIGMA AUSTRIA 1998 – 2018. Mopustia 18 Teilprojekt 1: Replikation Public Stigma – Repräsentative Umfrage in der Wohnbevölkerung ab 16 Jahren in Österreich. Johannes Kepler Universität, Linz
- Hatzenbuehler, M. L., Link, B. G. (2014): INTRODUCTION TO THE SPECIAL ISSUE ON STRUCTURAL STIGMA AND HEALTH. In: Social Science & Medicine:
- HPE; MUW (2021): EMPFEHLUNGEN ZUR BERICHT-ERSTATTUNG ÜBER PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN. Österreich, HPE; Wien, Medizinische Universität, Wien
- 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. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 45/5:899-911
- Krupchanka, D., Thornicroft, G. (2017): DISCRIMINATION AND STIGMA. In: The Stigma of Mental Illness-End of the Story? SpringerS. 123–139
- McGinty, E. E., White, S. A. (2022): SUBSTANCE USE STIGMA AND POLICY. In: The stigma of substance use disorders 23/:
- Nowotny, M., Puhm, A., Strizek, J. (Hg.) (in Vorbereitung): EMPFEHLUNGEN ZUR REDUKTION KULTURELLER STIGMATISIERUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung Gesundheit Österreich, Wien
- Nowotny, M., Strizek, J., Ladurner, J. (2020): BESTANDSERHEBUNG ANTI-STIGMA-AKTIVITÄTEN IN ÖSTERREICH – Teil 1 und 2. Gesundheit Österreich, Wien
- Phelan, J. C.; Link, B. G.; Dovidio, J. F. (2008): STIGMA AND PREJUDICE: ONE ANIMAL OR TWO? In: Soc Sci Med 67/3: 358-367
- Puhm, A., Nowotny, M., Strizek, J. (Hg.) (2023): EMPFEHLUNGEN ZUR REDUKTION VON SELBST-STIGMATISIERUNG IM KONTEXT PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Puhm, A., Strizek, J., Nowotny, M. (Hg.) (in Vorbereitung): EMPFEHLUNGEN FÜR EIN KOORDINIERTES VORGEHEN ZUR ENTSTIGMATISIERUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN. Bericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Rüsch, N. (2020): DAS STIGMA PSYCHISCHER ERKRANKUNG. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. Elsevier, München
- Schomerus, G., Corrigan, P., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H., Lucht, M. (2011): SELF-STIGMA IN ALCOHOL DEPENDENCE: consequences for drinking-refusal self-efficacy. In: Drug and Alcohol Dependence 114/1: 12–17
- Strizek, J., Brotherhood, A., Busch, M., Priebe, B., Puhm, A., Uhl, A. (2023): EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSSITUATION VON MENSCHEN MIT SUCHTERKRANKUNGEN IN ÖSTERREICH. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, J., Gaiswinkler, S., Nowotny, M., Puhm, A., Uhl, A. (2022a): HANDBUCH ALKOHOL ÖSTERREICH BAND 3: AUSGEWÄHLTE THEMEN. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Strizek, J., Nowotny, M., Antony, K. (Hg.) (2022b): EMPFEHLUNGEN ZUR REDUKTION DIREKTER STIGMATISIERUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, J., Nowotny, M., Puhm, A. (Hg.) (in Vorbereitung): EMPFEHLUNGEN ZUR REDUKTION STRUKTURELLER STIGMATISIERUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Stuart, H. (2017): WHAT HAS PROVEN EFFECTIVE IN ANTI-STIGMA PROGRAMMING. In: The Stigma of Mental Illness – End of the Story? Hg. v. Gaebel, Wolfgang; Rössler, Wulf; Sartorius, Norman. Springer International Publishing Switzerland, Cham S. 497–514
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., el Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., Hosny, N., Huang, F.-X., Kline, S., Kohrt, B. A., Lempp, H., Li, J., London, E., Ma, N., Mak, W. W. S., Makhmud, A., Maulik, P. K., Milenova, M., Morales Cano, G., Ouali, U., Parry, S., Rangaswamy, T., Rüsch, N., Sabri, T., Sartorius, N., Schulze, M., Stuart, H., Taylor Salisbury, T., Vera San Juan, N., Votruba, N., Winkler, P. (2022): THE LANCET COMMISSION ON ENDING STIGMA AND DISCRIMINATION IN MENTAL HEALTH. The Lancet, 1–43
- White, W., Boyle, M., Loveland, D. (2004): RECOVERY FROM ADDICTION AND RECOVERY FROM MENTAL ILLNESS: Shared and contrasting lessons. In: Recovery and mental illness: Consumer visions and research paradigms: 233–258
- Williamson, L. (2022): SUBSTANCE USE DISORDERS, STIGMA, AND ETHICS. In: The stigma of substance use disorders: 68

DR. ANDREAS PHILIPPI

Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover

PROF. DR. GEORG SCHOMERUS

Universitätsklinikum Leipzig
Simmelweisstraße 10, 04103 Leipzig
georg.schomerus@uni-leipzig.de

CAROLIN SCHÜRMANN

Dipl. Sozialwirtin, COA, Peer für Sucht und Stigma,
Gründerin von GERTY NUSS, Heroldsberg
Hauptstraße 61a, 90562 Heroldsberg
+49 157 38 348 155, caro@gertynuss.de

DR. FRIEDERIKE BARTHELS

Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung,
IFT-Nord gGmbH
Harmsstraße 2, 24114 Kiel
+49 431 570 29 75, barthels@ift-nord.de

PROF. DR. RITA HANSJÜRGENS

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin
hansjuergens@ash-berlin.eu

DR. ANJA BISCHOF

Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160, Haus 6, 23538 Lübeck
anja.bischof@uksh.de

PROF. DR. KNUT TIELKING

Hochschule Emden/Leer
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Constantiaplatz 4, 26723 Emden
knut.tielking@hs-emden-leer.de

JULIAN STRIZEK,

MONIKA NOWOTNY,

ALEXANDRA PUHM

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6, 1010 Wien
+43 1515 61-148
+43 676 848 191-148
julian.strizek@goeg.at
monika.nowotny@goeg.at

Bitte beachten Sie, dass die Daten den allgemeinen Datenschutzbestimmungen unterliegen und ohne Einverständnis der betreffenden Personen nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Themen bisheriger Suchtdokumentationen

- 2023 **Innovative Hilfen für suchtbelastete Familien**
- 2022 **Cannabis legalisieren.** Und dann?
- 2021 **Verbote vs. Freigaben** – Welche Art der Verhältnisprävention brauchen wir?
- 2020 **Update.** Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen
- 2019 **Wenn es für Jugendliche schwierig wird ... Suchthilfe und Prävention bei Jugendlichen** – eine transdisziplinäre Herausforderung
- 2018 **Luft nach oben** – Zugänge erleichtern durch Prävention, Frühintervention und zielgruppengerechte Hilfen?
- 2017 **Traumata und Sucht** – Sicherheit finden – Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata
- 2016 **Zum Wohl? – Von wegen!** – Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit
- 2015 **Schöne neue Drogenwelt** – Aktuelle Trends und Herausforderungen für Prävention und Hilfesysteme
- 2014 **Im Dickicht der Hilfesysteme?** – Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie
- 2013 **Verloren in der virtuellen Welt?** – Stoffungebundene Süchte als Herausforderung für Prävention und Hilfesysteme
- 2012 **Sucht zuhause?** Familien und Sucht – Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten
- 2011 **Tüchtig und / oder Süchtig?** – Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt
- 2010 **Sucht und Gewalt** – Zwei Seiten einer Medaille?
- 2009 **Lebensabend Sucht?** – Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe
- 2008 **Geschlechtergerechte Ansätze** in Suchtarbeit und -prävention
- 2007 **Neue Drogenkonsummuster** im Jugendalter?

Die Dokumentationen sind als PDF-Version unter folgendem Link verfügbar
<https://www.ms.niedersachsen.de/> => Gesundheit und Pflege => Drogen & Sucht



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung



Niedersachsen Bremen e. V.

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.
Schillerstraße 32
30159 Hannover

Erschienen im August 2025

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.