

KOMPENDIEN DER SOZIALEN ARBEIT

Stöver | Hornig

# Suchtprävention in der Sozialen Arbeit



Nomos

## KOMPENDIEN DER SOZIALEN ARBEIT

Sie arbeiten sich in ein neues Sachgebiet ein und benötigen rasch zuverlässige und umfassende Informationen? Sie möchten die wesentlichen Fakten zu Konzepten, Fällen, Arbeitsfeldern und Anwendungsgebieten der Sozialen Arbeit wissen, Good Practice-Beispiele kennenlernen und Handlungsempfehlungen für die Praxis erhalten?

In der Reihe „Kompendien der Sozialen Arbeit“ erscheinen Werke mit direktem Praxisbezug. Die Bände richten sich an Professionals, Berufseinsteiger:innen und -umsteiger:innen sowie an Studierende, gerade auch mit Blick auf Praxissemester und Anerkennungsjahr.

Heino Stöver | Larissa Hornig

# Suchtprävention in der Sozialen Arbeit



**Nomos**



Onlineversion  
Nomos eLibrary

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

ISBN 978-3-8487-6678-9 (Print)

ISBN 978-3-7489-0790-9 (ePDF)

1. Auflage 2023

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2023. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

# Inhalt

<b>Abbildungsverzeichnis</b>	7
<b>Einleitung</b>	9
<b>1 Grundlagen der Suchtprävention</b>	11
1.1 Eine Auseinandersetzung mit dem Begriff ‚Sucht‘	11
1.2 Die Sprache über Drogen – Drogensprache	15
1.3 Warum werden Menschen süchtig? Die Entwicklung zur bio-psycho-sozialen Perspektive von Sucht	17
1.4 Das bio-psycho-soziale Modell der Sucht	18
1.5 Das ‚Soziale‘ im bio-psycho-sozialen Modell	19
1.6 Theoretische Konzepte der Sozialen Arbeit als Grundlage für eine gelingende Suchtprävention	20
1.7 Zentrale Zielachsen in der Suchthilfe	23
<b>2 Präventionskonzepte – Definitionen</b>	27
2.1 Interventionsform der Krankheitsprävention	27
2.2 Interventionsform der Gesundheitsförderung	30
2.3 Drogennotfallprophylaxe	33
2.4 Verhaltens- und Verhältnisprävention	43
<b>3 Geschichte der Suchtprävention</b>	51
3.1 ‚Drogenprävention‘ in den 70er-Jahren	52
3.2 ‚Suchtprävention‘ in den 80er-Jahren	53
3.3 Von der ‚Suchtprävention‘ zur ‚Konsumkompetenz‘ und zur ‚Drogenmündigkeit‘ – ab den 90er-Jahren	53
3.4 Allgemeine Ziele der Suchtprävention	54
3.5 Wie geht Prävention nicht! – Das Konzept der abschreckenden Prävention am Beispiel des nicht-evidenzbasierten ‚Revolution Train‘	59
3.6 Das Konzept der Schadensminimierung – Akzeptanzorientierte Suchtprävention	62
3.7 Welche Rolle kann Soziale Arbeit dabei spielen? Eine Positionierung	63
<b>4 Evidenzbasierung in der Suchtprävention</b>	69
4.1 Definition und Merkmale evidenzbasierter Suchtprävention	69
4.2 Dimensionen evidenzbasierten Handelns	70
4.3 Grenzen der Evidenzbasierung	71
4.4 Handlungsempfehlungen für eine verbesserte Evidenzbasierung	72
4.5 Forderungen für eine gelingende Suchtprävention	74
<b>5 Verhältnisprävention</b>	77
5.1 Geschichtlicher Abriss der Verhältnisprävention	77
5.2 Verhältnispräventive Maßnahmen	78
5.3 Drug-Checking – Risikomanagement und Konsumkompetenz vermitteln	86

<b>6 Standards für eine gelingende Verhaltensprävention</b>	<b>91</b>
6.1 ‚Standards‘ von Suchtprävention am Beispiel der europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPOS)	92
6.2 Programmzyklus der Qualitätsstandards	93
6.3 Grund- und Expert:innen-Standards	95
6.4 Phase 1: Die Bedarfsanalyse	96
<b>7 Methoden und Handlungsansätze der Suchtprävention – So kann es erfolgreich gelingen</b>	<b>99</b>
7.1 Individuell-edukative Ansätze der Verhaltensprävention	99
7.2 Politisch-strukturelle Ansätze der Verhältnisprävention	113
<b>8 Beispiele guter Praxis</b>	<b>115</b>
8.1 „Be Smart – Don’t Start“ – Ein Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen	115
8.2 „HaLT – Hart am Limit“ – Alkoholprävention für Jugendliche	117
8.3 „Trampolin“ – Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien	119
8.4 „FreD“ – Frühintervention bei Erstauffälligkeit	120
8.5 „Theater RequiSit“ – Ein innovatives Konzept zur Suchtprävention	121
8.6 „Checkpoint C“ – Interdisziplinäre Prävention zu Crystal Meth	123
8.7 Interaktive Cannabispräventionskampagnen	124
8.8 Beispiel einer bundesweiten Präventionskette zur Alkoholprävention der BZgA	129
<b>9 Fazit</b>	<b>137</b>
<b>Literatur</b>	<b>139</b>
<b>Sachregister</b>	<b>155</b>
<b>Bereits erschienen in der Reihe KOMPENDIEN DER SOZIALEN ARBEIT</b>	<b>159</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wirkfaktoren des Sprachgebrauchs	17
Abbildung 2:	Interventions to reduce opioid-related deaths, z.D. Interventionen zur Verringerung opioidbedingter Todesfälle	35
Abbildung 3:	Servicemodell eines Drogenkonsumraums	36
Abbildung 4:	Mehrebenenmodell zur theoretischen Einordnung der Themenfelder der Präventionsindikatoren	45
Abbildung 5:	Themenfelder und Präventionsindikatoren	48
Abbildung 6:	Akteur:innen der Suchtprävention	56
Abbildung 7:	Revolution Train	61
Abbildung 8:	Dimensionen evidenzbasierten Handelns in der Suchtprävention	71
Abbildung 9:	The SAFER Technical Package der WHO	79
Abbildung 10:	Verhältnispräventive Maßnahmen zur Alkoholprävention in Deutschland	80
Abbildung 11:	Umsetzungsgrad alkoholpräventiver Maßnahmen in Deutschland	81
Abbildung 12:	Der suchtpreventive Programmzyklus	94
Abbildung 13:	Peer-Involvement-Ansätze	101
Abbildung 14:	Interventionsprogramm „Be Smart – Don’t Start“	116
Abbildung 15:	Multiplikator:innenkonzept von HaLT	118
Abbildung 16:	„Rauchmelder“-App	126



## Einleitung

Konsum- und suchtbezogene Probleme zu verhindern bzw. zu verringern, ist ein komplexes Unterfangen. Die vielfältigen Einflussfaktoren, die die Entstehung dieser spezifischen Probleme begünstigen oder einschränken, verweisen auf eine Vielzahl von Systemen (z. B. Politik, Massenmedien, Wirtschaft, Öffentlichkeit, Individuum, Interessenverbände), die mittels individuums- oder setting-orientierter Maßnahmen beeinflusst werden müssen, um das angestrebte Ziel der Problemverhinderung/-verringering zu erreichen (Hafen 2005, 2013). Weiter stellt sich die Frage, wie es erfolgreich gelingen kann, Einfluss auf diese Systeme zu nehmen, also die Frage nach den konkreten Maßnahmen mit ihren jeweiligen methodischen Zugängen, normativen Zielen und nachgewiesenen Wirkungen.

Allgemein betrachtet ist ‚Prävention‘ in unserer Gesellschaft ein Zauberwort geworden. Verbunden mit der Erwartung, das ‚Übel an der Wurzel zu packen‘, ist es zum geflügelten Wort in Sonntagsreden von Politiker:innen etc. avanciert, um die Gesellschaft glauben zu machen, riskanter Drogenkonsum und anderes Risikoverhalten könne grundsätzlich verhindert oder ‚ausgemerzt‘ werden. Und als ‚heilsbringende‘ Institution wird nur zu oft die Soziale Arbeit auserkoren, die zudem diesen Auftrag oftmals auch widerspruchslos annimmt und damit falsche Erwartungen weckt.

Das Ziel dieses Lehrbuches ist es, wissenschaftsinformierte, evidenzbasierte Strategien der Verhaltens- und Verhältnisprävention aufzuzeigen, die jenseits eines ‚Präventions-Aktionismus‘ entwickelt werden müssen, um Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen (SGS) mit einem akzeptierenden Ansatz zunächst zu erreichen, sie bei der Überwindung und Bewältigung zu unterstützen – und zwar in einem menschenrechtsbasierten und akzeptierenden Ansatz. Darüber hinaus gilt es auch, Menschen, die potenziell gefährdet sind, SGS zu entwickeln, aufzuklären sowie über potenzielle unerwünschte Nebenwirkungen zu informieren, damit sie besser sowie leichter informierte Entscheidungen treffen können (WHO 2021).

Deshalb geht es in diesem Lehrbuch darum, das Wissen um wirklichkeitsnahe, nachhaltige und somit effektive und effiziente Prävention zu stärken, auf beiden o.g. Ebenen: Verhaltens- und Verhältnisprävention. Es geht um Chancen, aber auch um Grenzen der Suchtprävention in der Profession der Sozialen Arbeit und darüber hinaus.

Suchtprävention war über Jahrzehnte hinweg und sie ist es teilweise heute noch – ein Werkzeug der Politik, das bei Bedarf – oft sehr selektiv in der Wahl der Zielgruppe bzw. des ‚Sozialen Problems‘ – eingesetzt werden oder ungenutzt bleiben kann. Sehr deutlich wird dies – auch historisch gesehen – angesichts der weit verbreiteten Schwerpunktsetzungen der Prävention auf illegale psychoaktive Substanzen, während was die individuellen, gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Probleme und Schäden in Bezug auf die legalen ‚Volksdrogen‘ Alkohol und Tabak anbetrifft, gemessen an ihrer Größe und Wucht, bei diesen relativ wenige Präventionsanstrengungen unternommen werden.

Es ist also ein Anliegen dieses Buches, den Begriff und das Konzept ‚Suchtprävention‘ kritisch zu reflektieren, ihn historisch und fachlich einzuordnen und den gesellschaftlichen Kontext und die Funktionalisierung dieses Begriffes zu beschreiben. ‚Suchtprävention‘ kann eben auch Teil einer Symbolpolitik sein und kann dazu beitragen, soziale Minderheiten zu stigmatisieren.

### Das Ziel des Buches ist es, ein Verständnis zu entwickeln für...

- Interventionsformen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention.
- die Unterschiede von Verhaltens- und Verhältnisprävention.
- die hohe Bedeutung von Verhaltensänderungen durch Verhältnisprävention.
- universelle, selektive und indizierte Prävention.
- die Notwendigkeit einer evidenzbasierten Prävention.
- theoretische Konzepte der Sozialen Arbeit als Grundlage einer gelingenden Suchtprävention.
- die Bedeutung von nachhaltigen und kommunal eingebetteten und vernetzten Präventionsmaßnahmen.
- die besondere Bedeutung von Vertraulichkeit in der Prävention v. a. im schulischen Bereich.
- die besondere Bedeutung drogen-unspezifischer Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter.

# 1 Grundlagen der Suchtprävention

## Zusammenfassung

Das Kapitel gibt einen Einstieg in die Grundlagen der Suchtprävention, indem zunächst eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der ‚Sucht‘ stattfindet. Es werden Erklärungsansätze dargelegt, um ein Verständnis für die Suchtentwicklung zu erhalten. Hierfür wird Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der Sucht genommen und vorrangig ein Fokus auf das ‚Soziale‘ gelegt, bevor die theoretischen Konzepte der Sozialen Arbeit als Grundlage für eine gelingende Suchtprävention veranschaulicht und skizziert werden. Anknüpfend hieran werden die heute gegenwärtig fokussierten und zentralen Zielachsen der Suchthilfe wie das Abstinenz-Paradigma, Harm Reduction und Safer Use sowie die Konsumreduzierung definiert.

## 1.1 Eine Auseinandersetzung mit dem Begriff ‚Sucht‘

Was will die ‚Suchtprävention‘? Sicher, der Entstehung der Sucht vorbeugen, weil ‚Sucht‘ immer negativ konnotiert ist: Sucht ist ein Negativ-, Kampf- und Ausgrenzungsbegriff mit hohem Stigmatisierungspotenzial – Süchtige rangieren an unterster Stufe der gesellschaftlichen Hierarchie. Die weit verbreiteten Annahmen über ‚Sucht‘ und ‚Süchtige‘ in der Allgemeinbevölkerung dabei sind:

1. ‚Süchtige haben die Kontrolle über die Droge verloren.‘
2. ‚Süchtige bleiben für immer süchtig.‘
3. ‚Süchtige können sich nicht mehr aus eigener Kraft, sondern nur mit professioneller Hilfe von der Sucht befreien.‘

Aus fachlicher Sicht lassen sich diese Annahmen nicht halten bzw. sind sie immer zu hinterfragen. Die Annahmen bilden sozusagen Mythen und bedienen und erhärten Klischees über ‚Sucht‘ und ‚Süchtige‘ – die Realität ist jedoch weitaus komplizierter.

Menschen nehmen Drogen – auch fortgesetzt, weil sie davon einen Nutzen haben. Ob es hedonistische Motive sind oder ob es funktionale Gründe für den Konsum gibt, z. B. Alltagsanforderungen besser oder überhaupt bewältigen zu können (und damit eine Art Selbstmedikation – self medication – zu betreiben), ist immer im Einzelfall zu prüfen. ‚Sucht macht Sinn‘, könnte man sagen. Am besten kann man die drei oben genannten allgemeinen Konstruktionen von ‚Sucht‘ und ‚Süchtigen‘ am Beispiel der Tabakraucher:innen verdeutlichen, also an einem sehr weit verbreiteten Phänomen in Deutschland (ca. 17 Mio. Deutsche rauchen, Prävalenz von 32 % in der erwachsenen Bevölkerung – Stand Juni 2023; Kotz 2023). Zigarettenkonsum dient ihnen als Alltagsstrukturierung, Genussmittel und Ritual mit erheblichen gesundheitlichen und auch sozialen Folgen: Circa 127.000 Menschen sterben vorzeitig an tabakbedingten Erkrankungen und ca. eine halbe Million Raucher:innen muss jährlich stationär behandelt werden etc. (Stöver 2021a). Tabakabhängigkeit und -missbrauch ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland – und eine schwere kodifizierte gesundheitliche Störung (nach ICD-11/DSM-5). Sie wird künftig zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen

sen von Ärzt:innen behandelt werden können (pharmakologische Behandlung und kognitiv-behaviorale Therapie).

Wir kennen jedoch viele Menschen, die ihren Konsum (auch dauerhaft) reduzieren oder die ganz aufgehört haben – und meistens ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfe(n). Und diese Phänomene sind auch bei anderen Drogenkonsumierenden bekannt, wie in etwa bei Heroin (Höselbarth 2014) oder auch Alkohol (Klingemann 2017) etc.

Blieben wir beim Beispiel Tabakrauchen/-abhängigkeit: Die Allgemeinvorstellung ‚Einmal süchtig – immer süchtig‘ erweist sich als ein Mythos, der das Verständnis von Sucht in der Allgemeinbevölkerung prägt, aber wissenschaftlich nicht haltbar ist.

Aus therapeutischer Sicht zeigt sich zudem, dass dieses Verständnis fatal ist, weil es die Menschen hilflos ihrer Sucht überlässt. Diverse Studien, u.a. die regelmäßig durchgeführte repräsentative DEBRA-Studie zum Rauchverhalten in Deutschland (Kotz et al. 2020) zeigen, dass die Bereitschaft und Fähigkeit zum Aufhören unter aktuell Rauchenden grundsätzlich hoch ist, aber viele Versuche scheitern bzw. nicht nachhaltig sind. Dies ist auf einer Verhaltens- und einer Verhältnisebene zu erklären (siehe Kapitel zur Verhaltens- und Verhältnisprävention).

Mit der RauS-Studie („Mit dem Rauchen aufhören – Methoden, Hilfen, Hindernisse“; Werse et al. 2023) liegt erstmals eine große Stichprobe (N=6.192) von Personen vor, die detaillierte Angaben zu Rauchstoppversuchen, deren Erfolge sowie begünstigenden und limitierenden Faktoren gemacht haben.

In der Teilstichprobe der aktuell Rauchenden unterscheidet sich die Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören kaum nach der Schwere der Abhängigkeit vom Rauchen – über alle Rauchenden hinweg möchte nur rund ein Viertel gar nicht aufhören. Selbst unter denen, die nicht aufhören wollen, möchten mehr als zwei Drittel ihren Konsum reduzieren – auch dies weitgehend unabhängig von der Intensität ihrer Rauchgewohnheit. Es liegt also eine hohe Bereitschaft vor, zumindest Schäden und Risiken zu reduzieren.

Ohnehin hat sich ein wesentlicher Teil der Befragten bereits mit dem Thema Konsumreduktion befasst, wobei sich ambivalente Resultate zeigen: Mehr als die Hälfte hat bereits konkret versucht, das Rauchen zu reduzieren, rund ein Viertel davon erfolgreich. Dazu sind in aller Regel – ähnlich wie bei den Rauchstoppversuchen – mehrere Versuche notwendig. Gerade diejenigen, die bereits viele Versuche zur Konsumreduktion unternommen haben, waren häufiger nicht erfolgreich; umgekehrt brauchten die ‚Erfolgreichen‘ mit im Schnitt rund fünf Versuchen weniger Anläufe. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es einen wesentlichen Teil unter den Raucher:innen gibt, für die Konsumreduktion keine Option ist, da sie damit, wenn überhaupt, nur vorübergehend erfolgreich sein können. Allerdings existiert auch eine signifikante Gruppe, die für Konsumreduktion empfänglicher ist, sowie das o. g. hohe Potenzial unter aktuell Rauchenden zur Risikominimierung qua Reduktion. Zudem war knapp ein Drittel der nicht mehr Rauchenden damit erfolgreich, mittels schrittweiser Reduktion zum Rauch-

stopp zu gelangen – obwohl Kontrolliertes Rauchen als dezidierte Ausstiegsmethode (Frederiksen 1979) oftmals eher negativ bewertet wird. In bestimmten Teilgruppen aktuell Rauchender scheint Konsumreduktion mithin ein lohnender Ansatz zur Schadensreduktion oder auch anschließendem Rauchstopp zu sein.

Im Schnitt benötigten Befragte, die mit dem Rauchen aufgehört haben, knapp vier ernsthafte Rauchstoppversuche. Bezogen auf die Gesamtstichprobe werden E-Zigaretten insgesamt deutlich am häufigsten als Methode zum Rauchstopp genannt, was angesichts der Überrepräsentation von ‚Dampfer:innen‘ auch zu erwarten war. Bemerkenswert ist indes, dass E-Zigaretten von denjenigen, die sie als Rauchstoppmethode genutzt haben, auch mit Abstand am besten bewertet wurden. Ansonsten ist, wie aus anderen Erhebungen bekannt, die eigene Willenskraft die am häufigsten angegebene Methode; diese wird auch mit am besten bewertet. Für diese Kategorie, die nicht im engeren Sinne als ‚Methode‘ zu betrachten ist (ähnlich wie die ebenfalls oft genutzte und gut bewertete Unterstützung durch das soziale Umfeld), sind die erfragten unterstützenden und limitierenden Faktoren (s. u.) von besonderer Bedeutung.

Unter den eher wenig genutzten Rauchstoppmethoden fällt auf, dass Apps und Websites sowie Ortswechsel vergleichsweise gut bewertet werden – hier existiert möglicherweise ein Potenzial, das stärker genutzt werden könnte. Ähnliches zeigt sich für Ersatzrituale: Neben den häufig genannten Kaugummis sowie diversen essbaren Dingen wird eine Vielzahl von Möglichkeiten angegeben, sich alternativ zu beschäftigen. Ausstiegswilligen könnte ggf. geraten werden, individuelle Ersatzrituale zu entwickeln.

Auffällig ist darüber hinaus, dass ‚sonstige‘ – auch sehr individuelle Methoden – eine der am positivsten bewerteten Kategorien unter den Ausstiegsmethoden ist. Ein oft genannter und aus nachvollziehbaren Gründen wenig ‚empfehlenswerter‘ Auslöser ist dabei eine Krankheit o. ä., aufgrund derer nicht geraucht werden konnte. Daneben sind, nicht nur bei Frauen, Schwangerschaften bzw. Geburten ein mehrfach erwähnter Ausgangspunkt für den Rauchstopp.

Eher negativ bewertet als Rauchstoppmaßnahme werden (neben alternativmedizinischen Ansätzen) diverse der als evidenzbasiert geltenden Methoden, allen voran die vergleichsweise häufig probierten Nikotinersatzprodukte, daneben auch Kurzberatungen. Angesichts dieser Resultate stellt sich die Frage, ob Fachgesellschaften sich weiterhin derart klar auf diese Methoden konzentrieren sollten (s. u.).

Bei den abgefragten Hilfen zum Rauchstopp wird deutlich, dass das Thema Gesundheit die mit Abstand dominierende Rolle spielt. Während bereits eigene Erkrankungen, die nichts mit dem Rauchen zu tun haben, oftmals als Startpunkt für Rauchstoppversuche genutzt werden, werden das Bewusstsein um mögliche Schäden und Regeneration, konkrete eigene gesundheitliche Probleme oder solche im engeren Umfeld als besonders wichtige Hilfen betrachtet. Auch Verantwortung für eigene Kinder, angefangen mit Schwangerschaften, später in Form einer Vorbildfunktion, ist für viele Raucher:innen eine wichtige Hilfe für den Rauchstopp. Auch wenn den meisten Rauchenden die Bedeutung dieser Aspekte bewusst sein

dürfte, bietet sich hier ein möglicher Ansatzpunkt für Präventions- oder Ausstiegsprogramme.

Bemerkenswert ist auch der Umstand, dass ‚schlechter Geruch‘ die am häufigsten genannte Hilfe zur Rauchstopp-Motivation ist. Auch Menschen, die teils langjährig an das Rauchen gewöhnt sind, lehnen also nicht selten Rauchgeruch stark ab. Ein interessantes Randphänomen ist die mehrfach genannte Covid-19-Pandemie als Hilfe zum Rauchstopp. Während die Rauchprävalenz in Deutschland während der Covid-19-Pandemie insgesamt gestiegen ist (Kastaun 2022), hat offenbar eine kleine Gruppe diese umgekehrt zum Aufhören genutzt, etwa zu Zeiten, in denen im Homeoffice gearbeitet wurde, wo Rauchgeruch unerwünscht war.

Einige der sonstigen Antworten zu Rauchstoppmethoden und -hilfen deuten darauf hin, dass es einen Teil der Rauchenden gibt, der ‚einfach so‘ aufhört, etwa weil es ihnen nicht mehr schmeckt oder sie plötzlich die Sinnhaftigkeit ihrer Gewohnheit anzweifeln und offenbar auch wenig Probleme haben, diese zu beenden. Hier wäre weitere Forschung über individuelle Voraussetzung dieser Personen bzw. Modalitäten solcher ‚Spontanremissionen‘ (jenseits von vorliegenden Forschungen zu spontanen Rauchstopps infolge von Hirnverletzungen; Joutsa et al. 2022) anzuraten.

Bei den erfragten Problemen und Hindernissen bezüglich Rauchstopp fällt auf, dass ritualisierte Handlungen, Trigger unterschiedlicher Art sowie der Einbau des Rauchens in die Tagesstruktur die mit Abstand am häufigsten genannten Antworten sind. Zwar spielen Craving und als Entzugserscheinungen interpretierbare Symptome, also auf ‚klinische‘ Abhängigkeit hindeutende Antworten, durchaus eine Rolle, aber deutlich weniger als verhaltensbezogene Aspekte. Entzugserscheinungen o. ä. werden indes von aktuell Rauchenden häufiger genannt als von Personen, die mit dem Rauchen aufgehört haben – dies spiegelt womöglich wider, dass die (möglicherweise unbegründete) Angst vor solchen Symptomen einen wichtigen Faktor darstellt, gar nicht erst ernsthaft zu versuchen, das Rauchen einzustellen. Auch hier bietet sich zumindest für einen Teil der Betroffenen ein Ansatzpunkt für Präventionsbotschaften. Auffällig ist weiterhin, dass bei den sonstigen Antworten häufig Stress angegeben wird. Für einen Teil der Rauchenden könnten mithin alternative Wege mit Stress umzugehen eine Chance sein, erfolgreich das Rauchen einzustellen.

Bei den Hindernissen lohnt sich schließlich auch ein näherer Blick auf die Gruppe derer, die Rauchstoppversuche mittels E-Zigaretten unternommen haben: In dieser Gruppe werden Rituale und Trigger als noch wichtiger eingeschätzt als bei den übrigen Befragten. Möglicherweise ergibt es für Personen, für die Ritualisierungen besonders wichtig sind, subjektiv Sinn, eine Ausstiegsmöglichkeit zu nutzen, mit der Rituale in anderer Form weitergeführt werden können. Hier existiert offenbar ein großes Potenzial für E-Produkte als Maßnahme zur Schadensreduktion.

Insgesamt deuten die Ergebnisse der Erhebung darauf hin, dass verhaltensbezogene Aspekte, insbesondere langjährig eingeübte Gewohnheiten und Situationen mit Triggerfunktion, eine deutlich höhere Bedeutung für die Aufrechterhaltung von Rauchgewohnheiten haben als manifeste Abhängigkeitssymptome. Es scheint für

viele Raucher:innen schwieriger zu sein, ihre täglichen Gewohnheiten umzustellen bzw. ihre Hände und Mäuler anderweitig zu beschäftigen als mit Entzugserscheinungen umzugehen. Mehr noch: Offenbar ‚glauben‘ nicht wenige Rauchende an die Macht der Nikotinabhängigkeit und schrecken deshalb davor zurück, mittels einer der zahlreichen Hilfsmöglichkeiten – oder auch nur durch eigene Willenskraft, so wie ein Großteil der Ex-Raucher:innen – einen Rauchstoppversuch zu unternehmen. Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang, ob die Fokussierung offizieller Richtlinien auf ‚Nikotinabhängigkeit‘ überdacht werden sollte, indem verhaltensbezogene Ansätze sowie Maßnahmen zur Harm Reduction deutlich stärker in den Fokus gerückt werden.

### 1.2 Die Sprache über Drogen – Drogensprache

Sprache ist das Mittel, mit dem wir über die Welt und mit den Menschen in unserer Umgebung kommunizieren. Durch unsere Sprache vermitteln wir unsere Einstellungen, Überzeugungen und Werte. Sprache hat das Potenzial, Menschen zu ermutigen, sie ist aber auch ein mächtiges Instrument, um Menschen auszugrenzen und zu einer Gefahr zu erklären (‚Mybrainmychoice Initiative‘ 2023). Dies betrifft eben auch Menschen, die Drogen nehmen, oft nur bestimmte – illegale – Drogen: ‚Junkies‘, ‚Kiffer‘, ‚Alki‘ sind solche Ausgrenzungsbegriffe: Sie reduzieren einen Menschen ausschließlich auf sein Drogenkonsumverhalten, der Umgang mit ihnen wird als gefährlich erklärt, z. B. für Jugendliche, für die man eine ‚Ansteckungsgefahr‘ unterstellt.

Die Zuschreibung ‚Sucht‘, ‚Abhängigkeit‘ oder ‚Substanzgebrauchsstörung‘ beinhaltet auch, dass der betroffenen Person oft nicht zugestanden wird, selbst beurteilen zu können, ob sie gestört/krank ist oder nicht. ‚Mangelnde Krankheitseinsicht‘ scheint ja gerade ein Symptom der Krankheit zu sein: Die Person ist eben – krankheitsbedingt – nicht in der Lage, über sich selbst zu entscheiden, sie hat alle Autonomie verloren, sie ist Sklave der Droge, Opfer der Dealer geworden.

Die o.g. Begriffe sind Alltagsbegriffe, die negativ konnotiert und stark emotional aufgeladen sind – Fachmenschen sollten diese Begriffe nicht verwenden, sollten sich ihrer Stigmatisierungspotenziale bewusst sein und sollten sensibel bereits in Sprache und Ausdruck Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen gegenüberreten. Dies gilt auch für die Prävention. Viele Menschen sprechen über ‚Suchtgifte‘ oder ‚Rauschgifte‘ und reduzieren psychoaktive Substanzen auf ihre ‚Toxizität‘ – was eine sehr negative Wahrnehmung dieses Menschen auslöst. Begriffe wie ‚Suchtmittel‘ und ‚Suchtstoffe‘ verkennen, dass die Substanzen zu verschiedenen Zwecken verwendet werden (wie Geselligkeit, Abschalten, Genuss, Selbstmedikation u.v.m.) und eine ‚Sucht‘ nicht alleine durch den Gebrauch einer Substanz entsteht, sondern ein komplexes bio-psycho-soziales Phänomen ist (siehe hierzu Kapitel 1.4).

„Sucht“, „Abhängigkeit“, „Störung“ bezeichnen medizinisch-psychiatrische Diagnosen nach Kriterienkatalogen (ICD-11 und DSM-5). Dafür gibt es eine Reihe von Kriterien, die erfüllt sein müssen, z. B. ein sehr regelmäßiger und längerfristiger Substanzgebrauch mit Kontrollverlust und körperlichen sowie psychischen

Beschwerden. Diagnosen sind immer individuell – sie anzuwenden auf andere Menschen ist immer problematisch und kann die Komplexität des Gebrauchsmusters verkennen. Anders ist es, wenn Menschen für sich selbst diese Begriffe verwenden. Dies kann eine gute Basis für den Beginn eines sprach-sensibilisierenden Gesprächs sein.

Ihre Deutung des Gebrauchsmusters als ‚Sucht‘, oder als ‚Krankheit‘ kann für sie schlüssig und hilfreich sein, um das eigene Handeln einzuordnen und zu verstehen. Wenn Menschen von eigenen ‚Suchterfahrungen‘ sprechen, bezeichnen sie hiermit Phasen in ihrem Leben, in denen sie sich selbst als ‚süchtig‘ erlebt haben. Mit dieser Selbstbezeichnung gelingt es ihnen eventuell besser, das eigene Verhalten zu reflektieren und die zukünftige Lebensgestaltung zu finden.

Eine entstigmatisierende Sprache trägt dazu bei, das Leben anderer Menschen positiv zu beeinflussen und den Umgang miteinander zu verbessern. Schon eine neutralere Wortwahl, die Drogengebrauch sachlich statt wertend beschreibt, sorgt für mehr Wertschätzung und Vertrauen. Aber dafür braucht es eine Sensibilisierung – v. a. auch in der Prävention.

Hier geht es darum, die Vielfältigkeit von Drogengebrauchsmustern sowohl von legalen, als auch von illegalen psychoaktiven Substanzen anzuerkennen und diese genauso wie Drogenkonsument:innen sprachlich ausdifferenziert benennen zu können.

Negative Stereotype, die sie als unmoralisch, minderwertig, unzuverlässig oder gar gefährlich darstellen, bedienen zwar einerseits soziale Ausgrenzungswünsche, aber für die angesprochenen/betroffenen Menschen stellen sie massive Hürden dar. Entweder sie fühlen sich nicht angesprochen oder sie fühlen – nach eigenen Erfahrungen, dass die Präventionsbotschaften nicht glaubwürdig oder nicht sachlich sind.

Auch der häufig verwendete Begriff der ‚Co-Abhängigkeit‘ ist äußerst problematisch. Es gibt keine eigenständige medizinische Diagnose – es ist eine Zuschreibung an Personen, die in enger Beziehung zu Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen leben und die in ihrer Lebensgestaltung z.T. massiv durch ihre Partner:innen, Väter, Mütter, Kolleg:innen etc. beeinträchtigt sind. Dies als ‚Co-Abhängigkeit‘ zu definieren mag für manche Angehörige hilfreich sein, um ihr Verhalten zu verstehen und sich mit anderen Menschen in ähnlichen Umständen zu vernetzen und auszutauschen. Aber als Zuschreibung kann dies für Angehörige auch sehr verletzend sein, als ‚co-abhängig‘ bezeichnet zu werden. Die Unterstützung des abhängigen Drogengebrauchs einer nahestehenden Person kann aus einer Vielzahl von z. B. sehr menschlichen, schlicht empathischen und pragmatischen Gründen erfolgen. Teilweise geschieht dies sogar noch vor dem Hintergrund der lückenhaften medizinischen Versorgung. „Mit-Betroffenheit“ (Hornig 2023a; 2023b) charakterisiert diesen Zusammenhang sehr viel besser.

Aber Stigmatisierungen und Diskriminierungen erfolgen nicht nur durch die Allgemeinbevölkerung, sondern auch in professionellen Hilfesettings (z. B. auch im Gesundheitssystem), auch in der ‚Drogenhilfe‘ selbst. Dies kann dazu führen, dass