

G. Schomerus, A. Bauch, B. Elger, [S. Evans-Lacko](#),  
U. Frischknecht, H. Klingemann, L. Kraus, R. Kostrzewa,  
J. Rheinländer, C. Rummel, W. Schneider, S. Speerforck,  
S. Stolzenburg, E. Sylvester, M. Tremmel, I. Vogt,  
L. Williamson, A. Heberlein, H.-J. Rumpf

## Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden

Article (Accepted version)  
(Refereed)

**Original citation:**

Schomerus, Georg and Bauch, Alexandra and Elger, Bernice and Evans-Lacko, Sara and Frischknecht, Ulrich and Klingemann, Harald and Kraus, Ludwig and Kostrzewa, Regina and Rheinländer, Jacob and Rummel, Christina and Schneider, Wiebke and Speerforck, Sven and Stolzenburg, Susanne and Sylvester, Elke and Tremmel, Michael and Vogt, Irmgard and Williamson, Laura and Heberlein, Annemarie and Rumpf, Hans-Jürgen (2017) *Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden*. [SUCHT](#), 63. pp. 253-259. ISSN 0939-5911

DOI: [10.1024/0939-5911/a000501](https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000501)

© 2017 [Hogrefe Verlag](#)

This version available at: <http://eprints.lse.ac.uk/86580/>

Available in LSE Research Online: January 2018

LSE has developed LSE Research Online so that users may access research output of the School. Copyright © and Moral Rights for the papers on this site are retained by the individual authors and/or other copyright owners. Users may download and/or print one copy of any article(s) in LSE Research Online to facilitate their private study or for non-commercial research. You may not engage in further distribution of the material or use it for any profit-making activities or any commercial gain. You may freely distribute the URL (<http://eprints.lse.ac.uk>) of the LSE Research Online website.

This document is the author's final accepted version of the journal article. There may be differences between this version and the published version. You are advised to consult the publisher's version if you wish to cite from it.

# Memorandum

## Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden

Georg Schomerus<sup>1</sup>, Alexandra Bauch<sup>1</sup>, Bernice Elger<sup>2,3</sup>, Sara Evans-Lacko<sup>4</sup>, Ulrich Frischknecht<sup>5</sup>, Harald Klingemann<sup>6</sup>, Ludwig Kraus<sup>7,8</sup>, Regina Kostrzewa<sup>9</sup>, Jakob Rheinländer<sup>10</sup>, Christina Rummel<sup>11</sup>, Wiebke Schneider<sup>12</sup>, Sven Speerforck<sup>1</sup>, Susanne Stolzenburg<sup>1</sup>, Elke Sylvester<sup>13</sup>, Michael Tremmel<sup>14</sup>, Irmgard Vogt<sup>15</sup>, Laura Williamson<sup>16</sup>, Annemarie Heberlein<sup>17</sup>, Hans-Jürgen Rumpf<sup>18,19</sup>

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht)

1 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

2 Centre universitaire romand de médecine légale, Université de Genève,

3 Institut für Bio- und Medizinethik, Universität Basel

4 London School of Economics, London

5 Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

6 HKB Hochschule der Künste Bern, Forschungsbereich Kommunikationsdesign

7 IFT Institut für Therapieforschung, München

8 Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, Stockholm, Sweden

9 Medical School Hamburg, Department of family, child and social work, Hamburg

10 Hamburg

11 Hamm

12 Guttempler Deutschland, Hamburg

13 Fachklinik Nettetal, Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V., Osnabrück

14 Kreuzbund e.V. Selbsthilfe und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige, Hamm

15 Institut für Suchtforschung, Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt

16 Pennsylvania State University, University Park, Pennsylvania, USA

17 Fachklinikum Uchtspringe, Stendal

18 Klinik für Psychiatrie, Universität Lübeck

19 Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht)

### Korrespondenz:

Prof. Dr. Georg Schomerus

Klinik für Psychiatrie

Universitätsmedizin Greifswald

Ellernholzstraße 2

17475 Greifswald

Deutschland

georg.schomerus@uni-greifswald.de

## **Understanding and overcoming the stigma of substance use disorders**

**Abstract:** Stigma does harm to individuals with substance use disorders (SUD), and it increases the burden of SUDs. It presents a barrier to help seeking, results in lower treatment quality and increases social and health related consequences of SUDs. This applies to both the individual, societal and economic consequences of substance use. Moreover, stigmatizing persons with addictions is an ethical problem, since it discriminates against a certain group and infringes on their human dignity.

Dealing with substance use disorders without stigma is possible. Eliminating the stigma of SUDs means finding better ways to deal with SUDs and to make these ways available to everyone. Instead of devaluing, marginalizing and disciplining persons with SUD, empowerment and appreciation need to be at the core of dealing with SUD in prevention, treatment and every day life.

**Keywords:** Stigma, discrimination, addiction, substance use disorders

**Zusammenfassung:** *Hintergrund:* Stigmatisierung schadet den Betroffenen und verstärkt Suchtprobleme. Sie ist ein Hindernis auf dem Weg zur Hilfe, führt zu schlechterer Behandlung und vergrößert die sozialen und gesundheitlichen Folgen einer Suchtkrankheit. Das gilt sowohl für die individuellen Folgen als auch für die gesellschaftlichen einschließlich der öffentlichen Gesundheitskosten. Zudem ist Stigmatisierung ein ethisches Problem, weil sie eine bestimmte Gruppe benachteiligt und die Menschenwürde der Betroffenen angreift. Ein stigmafrier Umgang mit Suchtkrankheiten ist möglich. Entstigmatisierung bedeutet, bessere Lösungen für Suchtprobleme zu finden und verfügbar zu machen. Nicht Abwertung, Ausgrenzung und Disziplinierung, sondern Wertschätzung und Befähigung (*Empowerment*) müssen im Zentrum von Prävention, Behandlung sowie dem alltäglichen Umgang mit Suchtkrankheiten stehen.

**Schlüsselwörter:** Stigma, Diskriminierung, Sucht, Substanzgebrauchsstörungen

## **I Präambel**

Suchtkrankheiten sind häufig und betreffen Menschen aus allen sozialen Schichten. Trotzdem werden Personen mit Suchtproblemen und ihre Angehörigen als Randgruppe betrachtet und stigmatisiert. Das Stigma vergrößert Suchtprobleme, es macht das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen schwerer. Das vorliegende Memorandum möchte Wege aufzeigen, wie das Stigma von Suchterkrankungen verstanden und überwunden werden kann.

Stigmatisierung ist ein Prozess, in dem ein bestimmtes Merkmal, z.B. eine Suchtkrankheit, dazu führt, dass Menschen mit einem Etikett versehen, mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, ausgegrenzt und schließlich diskriminiert werden. Stigmatisierung tritt in vielfältiger Form auf: Sie wird vom Einzelnen erlebt, befürchtet oder durch Geheimhaltung und sozialen Rückzug vermieden. Stigmatisierung findet nicht nur im Kontakt zwischen Menschen statt (öffentliches Stigma), sondern zeigt sich auch in diskriminierenden Strukturen und Regeln (strukturelles Stigma). Persönliche stigmatisierende Einstellungen können zur Abwertung anderer Menschen, aber auch zur Selbststigmatisierung führen, wenn eine Person sich mit eigenen Suchtproblemen auseinandersetzen muss.

Das vorliegende Memorandum ist das Ergebnis einer Klausurtagung im September 2016, die von der psychiatrischen Klinik der Universitätsmedizin Greifswald in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) ausgerichtet und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurde. Dabei kamen Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus Selbsthilfe, Gesundheitsförderung und Prävention, Suchthilfe, Rehabilitation, Psychiatrie, Psychotherapie, Soziologie, Ethik, Epidemiologie, Werbung und Stigmaforschung zusammen. Erste Resultate der Tagung wurden in einer öffentlichen Podiumsdiskussion vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse dieser Diskussion sind in das vorliegende Memorandum eingeflossen. Wir sprechen in diesem Memorandum von Suchtkrankheiten und Suchtproblemen, gehen aber auch auf das konzeptionelle Problem der Grenze zwischen gesund und krank sowie auf die nicht zufriedenstellend gelöste Frage einer angemessenen Begrifflichkeit für Probleme im Bereich Sucht, Abhängigkeit und Konsum ein. Das Memorandum bezieht sich auf substanzbezogene Störungen, auch wenn viele Punkte auf Verhaltenssüchte übertragbar sind.

## **II Stigmatisierung schadet den Betroffenen und verstärkt Suchtprobleme**

Internationale Bevölkerungsstudien zeigen, dass das Stigma von Suchterkrankungen im Vergleich zum Stigma anderer psychischer Erkrankungen geprägt ist von stärkeren Schuldvorwürfen, einer geringeren Akzeptanz eines Krankheitskonzepts von Sucht, und

einer stärkeren persönlichen Ablehnung der Betroffenen. Durch Ablehnung und persönliche Abwertung wird Menschen mit Suchtkrankheiten signalisiert, dass ihr Verhalten nicht akzeptabel ist, und dass sie mit ihrem Problem im persönlichen Umfeld anderer Menschen nicht geduldet werden. Tatsächlich können Suchtkrankheiten zu erheblichen Schäden im Leben der Betroffenen, ihrer Angehörigen und des sozialen Umfelds führen. Die wichtige Rolle von Schuldvorwürfen für das Stigma von Suchterkrankungen weist auf eine **starke normative und moralische Konnotation** des Sucht-Stigmas hin. Die Stigmatisierung von Menschen mit Suchtkrankheiten kann als Versuch verstanden werden, Suchtprobleme durch Tabuisierung, Ausgrenzung und Abwertung zu lösen oder zumindest handhabbar zu machen. Allerdings ist diese „Lösung“ dysfunktional, weil sie das Problem nicht kleiner, sondern größer macht. Tatsächlich erschwert das Stigma eine Veränderung des Suchtverhaltens. Die Behandlung von Suchtkrankheiten genießt in den Augen der Öffentlichkeit im Vergleich zu anderen Gesundheitsproblemen niedrige Priorität. Das Stigma von Suchtkrankheiten isoliert Menschen, die Hilfe brauchen, und entwertet Menschen, die Kraft und Selbstvertrauen benötigen, um mit einem schwerwiegenden Problem fertig zu werden. Dies gilt ebenso für die Angehörigen. Je schwerer Menschen von Suchtkrankheiten betroffen sind, desto verwundbarer sind sie und desto mehr Hilfe benötigen sie, gleichzeitig werden sie und ihre Familien jedoch umso stärker von Ausgrenzung und Diskriminierung getroffen. Studien zeigen, dass Selbststigmatisierung die Abstinenzzuversicht schwächt, dass erlebte und befürchtete Stigmatisierung die Symptomlast der Erkrankung vergrößern und dass zur Vermeidung von Stigmatisierung Behandlung und Hilfe vermieden werden. Die Stigmatisierung von Menschen mit Suchtkrankheiten löst keine Probleme, sie verstärkt diese nur.

Ausgrenzung und Diskriminierung von Menschen mit Suchtkrankheiten und ihren Angehörigen finden in vielen Bereichen statt, die folgende Aufzählung erhebt deshalb nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll die Vielschichtigkeit des Problems illustrieren. Im **Hilfesystem** sind Menschen, die in einer Notaufnahme Hilfe suchen oder sich in der medizinischen Regelversorgung befinden, häufig einer entwertenden Behandlung durch das Personal ausgeliefert. Viele Menschen **vermeiden oder verzögern** deshalb aus Angst vor Stigmatisierung die Inanspruchnahme von Hilfe. Menschen mit Suchtkrankheiten werden aber z.B. auch hinsichtlich des Zugangs zu ambulanter Psychotherapie und bei der von der gesetzlichen Krankenversicherung bewilligten Aufenthaltsdauer im Krankenhaus gegenüber Menschen mit anderen psychischen Krankheiten diskriminiert. **Gesundheitsförderung und Prävention** können stigmatisierend sein, wenn sie Betroffene abwerten und ausgrenzen, indem z.B. die Darstellung überzeichneter Verläufe der Abschreckung dienen soll. Der durch Abschreckung erzielte primärpräventive Effekt ist zweifelhaft, jede Überzeichnung und

Stereotypisierung schadet aber der stigmatisierten Minderheit der Betroffenen. In der **Arbeitswelt** verhindert das Stigma von Suchtkrankheiten oft eine frühzeitige Ansprache der Probleme durch Kollegen oder Vorgesetzte, bzw. die Offenlegung von Suchtproblemen durch Betroffene. Auf diese Weise werden Probleme tabuisiert, verschleppt und damit noch vergrößert. Betroffene werden in **Institutionen** wie dem Rechtswesen oder dem Sozial- und Gesundheitssystem häufig abschätzig behandelt. In den **Medien** dominieren Berichte über negative Suchtfolgen das Bild von Suchterkrankungen, während positive Verläufe unsichtbar bleiben. Günstige Verläufe (die zum Teil ohne professionelle Hilfe gelingen) werden von den Betroffenen aus Angst vor Stigmatisierung verheimlicht. Auch die **Illegalisierung von Substanzen** trägt zur Stigmatisierung der Konsumenten dieser Substanzen bei.

Stigma trifft dabei vor allem **diejenigen, die schon aus anderen Gründen benachteiligt** sind: Menschen mit weiteren psychischen Erkrankungen, geringem Einkommen und wenig persönlichen Ressourcen, die leichter an den Rand gedrängt werden und weniger Möglichkeiten haben, sich dagegen zu wehren. Eine besonders vulnerable Gruppe für die Auswirkungen von Stigma sind **Frauen**, die z.B. von Angeboten der Suchthilfe schlechter erreicht werden, aber auch Menschen, die einer sexuellen Minderheit angehören („*LGBT-Communities*“).

Die Stigmatisierung ist nicht nur ein **individuelles Problem** für die Betroffenen und Angehörigen, deren Belastung vergrößert wird. Es ist auch ein Problem für die **öffentliche Gesundheit**, weil es die Krankheitslast von Suchtkrankheiten vergrößert und damit vermeidbare Zusatzkosten verursacht. Stigmatisierung ist zudem ein **ethisches Problem**, weil die Gruppe der Betroffenen diskriminiert und damit ungerecht behandelt wird. Nicht zuletzt wird durch die Stigmatisierung die **Menschenwürde** der Betroffenen verletzt.

### **3. Ein besserer Umgang mit Suchtkrankheiten - ohne Stigma, für die Menschen**

Entstigmatisierung bedeutet nicht, Probleme im Zusammenhang mit Suchterkrankungen kleinzureden, sondern bessere Lösungen für diese Probleme zu finden und verfügbar zu machen. Die Entstigmatisierung von Suchtkrankheiten kann nur durch einen alternativen, besseren Umgang mit Suchtkrankheiten gelingen. Nicht Abwertung, Ausgrenzung und Disziplinierung, sondern **Wertschätzung und Befähigung (Empowerment)** müssen im Zentrum von Prävention, Behandlung sowie dem alltäglichen Umgang mit Suchtkrankheiten stehen. Viele aktuelle Entwicklungen im Umgang mit Suchtkrankheiten gehen bereits in diese Richtung und tragen damit zur Entstigmatisierung bei. Beispielhaft seien hier das *Motivational Interviewing* (motivierende Gesprächsführung) und der *Community Reinforcement Approach* (Gemeindeorientierte Suchttherapie) genannt.

Weil viele Betroffene in mehrfacher Hinsicht marginalisiert sind, ist die Entstigmatisierung von Suchtkrankheiten ein Teil des **gemeinsamen Vorgehens gegen die Diskriminierung von gesellschaftlich benachteiligten Gruppen**. Nicht zuletzt ermöglicht eine Entstigmatisierung den Betroffenen zunehmend, **selbst für ihre Rechte einzutreten**, weil eine Offenlegung eigener Suchtprobleme einfacher wird. Diese Offenlegung kann dann weiter zur Entstigmatisierung des Problems in der Öffentlichkeit beitragen.

#### Wie kann ein stigmafreier Umgang mit Suchtkrankheiten aussehen?

Um zu verdeutlichen, was durch eine Entstigmatisierung von Suchterkrankungen erreicht werden kann, wurde während der Klausurtagung die **Vision eines stigmafreien Umgangs mit Suchterkrankungen** entwickelt. In diesem Szenario erleichtert eine **respektvolle, vorurteilsfreie Begegnung** mit Hilfesuchenden in den Hilfesystemen den Zugang zur Behandlung, und dies nicht nur für den Erstkontakt. Von der Prävention bis zur Nachsorge werden Angebote ohne Schuldvorwürfe und Bevormundung gemacht. Das Prinzip der Hilfe ist nicht Disziplinierung und Lenkung, sondern Unterstützung, Respekt, Ermöglichen von Autonomie und eigenverantwortlicher Entscheidungsfindung. Auch in der Selbsthilfe stehen stärkenbezogene Ansätze im Mittelpunkt, um Selbststigmatisierung zu verhindern. Ein stigmafreier Umgang mit Suchtkrankheiten achtet die Würde der Betroffenen und ihrer Angehörigen in allen Situationen.

Da Suchtprobleme häufig gemeinsam mit anderen seelischen und körperlichen Krankheiten auftreten, gibt es ein **gemeinsames Hilfesystem**. Nicht nur die realitätsferne Separierung nach Substanzen, sondern auch die Aufteilung in Suchthilfe, medizinische/psychiatrische Hilfen und Psychotherapie werden zugunsten eines umfassenden Hilfesystems aufgegeben. Menschen mit Suchtproblemen werden dann genau so gut hinsichtlich ihrer weiteren Gesundheitsprobleme behandelt wie andere Menschen. Die Zusammenführung der Hilfesysteme ermöglicht es, Gesundheitsverhalten ganzheitlich zu betrachten und nicht auf das Suchtproblem oder gar eine einzelne Substanz zu reduzieren.

Das Szenario umfasst auch konzeptionelle Weiterentwicklungen. Für einen stigmafreien Umgang mit Suchtkrankheiten ist ein Krankheitskonzept notwendig, das einerseits den Schutz einer Diagnose bietet, andererseits nicht abwertet, positive Verläufe und Übergänge zulässt und die Autonomie des Einzelnen fördert. Ein **aktives Krankheitskonzept von Suchtkrankheiten** muss deshalb auf das Kontinuum von psychischer Krankheit und Gesundheit Bezug nehmen, beispielsweise indem es die konsumierte Substanzmenge als kontinuierliches Maß zugrunde legt. Es muss viele Abstufungen und Vorformen umfassen, um für alle Menschen mit unterschiedlichen Schweregraden von Substanzproblemen zugänglich zu sein, und darf nicht durch Abschreckung frühe Interventionen verhindern.

Diagnosen dürfen nicht lebenslang an den Menschen haften, sondern sollen Menschen so lange begleiten, wie sie nützlich für sie sind. Ein aktives Krankheitskonzept beinhaltet die Erwartung einer aktiven Mitarbeit des Erkrankten und stärkt dadurch dessen Selbstwirksamkeit sowie die Aktivierung von Prozessen der Selbstheilung. Aktive Mitarbeit ermöglicht ebenso das Aushandeln von individuellen Therapiezielen. Die aktive Mitarbeit des Erkrankten hängt von vorhandenen persönlichen Ressourcen und der Unterstützung des Umfelds ab. Sind die Voraussetzungen in diesen Feldern ungünstig, ist es Aufgabe der Gesellschaft hier Abhilfe zu schaffen.

Da Schuldvorwürfe im Zentrum des Stigmas von Suchtkrankheiten stehen, ist eine **differenzierte Sicht auf die Eigenverantwortung** der Betroffenen notwendig. Eine nicht-stigmatisierende Konzeption von Verantwortung bei Suchtkrankheiten berücksichtigt, dass sowohl Individuum als auch soziales Umfeld Verantwortung übernehmen müssen, um eine Suchtkrankheit zu überwinden. Das **Verhältnis von individueller und sozialer Verantwortung ist dynamisch**, weil im Rahmen einer Suchtkrankheit die Fähigkeit, individuelle Verantwortung zu übernehmen, zeitweise in unterschiedlichem Ausmaß eingeschränkt sein kann. Es ist dann die soziale Verantwortung des Umfelds und der Gesellschaft, der betroffenen Person Unterstützung, Ermutigung und Ressourcen zur Verfügung zu stellen, damit diese ihrer individuellen Verantwortung wieder stärker gerecht werden kann.

#### **4. Empfehlungen**

Um das Ziel eines stigmafremen Umgangs mit Suchtkrankheiten zu erreichen, geben wir die folgenden Empfehlungen. Sie gliedern sich in die Bereiche *Empowerment*, qualitative Verbesserungen im Hilfesystem, konzeptionelle und rechtliche Weiterentwicklungen, Forschung und schließlich die Koordination und Kommunikation der Anti-Stigma Aktivitäten. Koordination/Kommunikation und Forschung stehen als Querschnittsbereiche am Anfang dieser Aufstellung, ohne dass durch diese Reihenfolge eine Wertung vorgenommen werden soll.

##### **I. Kommunikation und Koordination**

- a. Die Entstigmatisierung von Suchtkrankheiten benötigt eine Struktur, die es erlaubt, die Arbeit verschiedener Verbände zu koordinieren und sowohl Professionelle, Angehörige und Betroffene in die Anti-Stigma-Arbeit einzubinden. Auch um die Zusammenarbeit mit laufenden Bemühungen zur Entstigmatisierung von anderen psychischen Krankheiten zu erleichtern, sollte dafür die **Anti-Stigma-Arbeit zu Suchtkrankheiten in vorhandenen**



**Strukturen** wie dem Aktionsbündnis seelische Gesundheit institutionell verankert werden.

- b. Innerhalb dieser Struktur sollte **Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation** gefördert werden. Ausgehend von Erfahrungen mit Anti-Stigma-Kampagnen zu anderen psychischen Krankheiten halten wir groß angelegte Medienkampagnen nicht für sinnvoll. Stattdessen sollte eine vielschichtige Strategie verfolgt werden, in der Projekte auf verschiedenen Ebenen mit unterschiedlichen Zielgruppen und Vorgehensweisen koordiniert entwickelt, miteinander vernetzt und gemeinsam kommuniziert werden. Dafür ist eine konsistente, professionell gestaltete Öffentlichkeitsarbeit notwendig, wozu auch der professionelle Einsatz sozialer Medien gehört. Die verschiedenen Projekte (von denen einige in den folgenden Empfehlungen vorgeschlagen werden) tragen so zu einem gemeinsamen, wiedererkennbaren Narrativ eines stigmafreien Umgangs mit Suchtkrankheiten bei, und stärken sich dadurch gegenseitig.
- c. In Kooperation mit bestehenden Initiativen sollte regelmäßig ein Bericht zu Stigma und Sucht erstellt und öffentlich vorgestellt werden („**Stigma-Observatorium**“), um eine Öffentlichkeit für Fortschritte und Defizite bei der Entstigmatisierung herzustellen.
- d. Um die Medienberichterstattung über Menschen mit Suchtkrankheiten zu verbessern, sollte in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, den Sucht- und Selbsthilfeverbänden sowie dem Presserat ein **Presseleitfaden für stigmafreie Berichte über Suchtkrankheiten** erarbeitet und verbreitet werden.

## **II. Forschung**

Die **Forschung zu Stigmafolgen bei Suchterkrankungen und zur Entstigmatisierung** muss gezielt durch Ausschreibungen gefördert werden. Auch international wird aktuell auf die großen Forschungslücken im Bereich des Stigmas von Suchterkrankungen hingewiesen. Es müssen sowohl Maßnahmen zur Entstigmatisierung in einer Begleitforschung evaluiert werden, als auch bestimmte grundlegende Mechanismen und Stigmafolgen besser verstanden werden. Dafür ist Forschung sowohl auf Bevölkerungsebene (um die kulturelle Realität des Stigmas zu erfassen) als auch auf der Ebene der Betroffenen (um konkrete Stigmafolgen zu untersuchen) notwendig. Angehörige und Betroffene sollten in die Forschung einbezogen werden. Besonderes Augenmerk sollte unserer Ansicht nach dabei auf **folgenden Fragestellungen** liegen:

- a. Wie wirkt Stigma als Barriere bei der Inanspruchnahme von Hilfe bei Suchtkrankheiten (einschließlich struktureller Barrieren)? Forschungsbemühungen sollten sich auch darauf konzentrieren, die Perspektiven der Betroffenen, welche keine Unterstützung in Anspruch nehmen direkt zu erfassen. Diese versteckten Populationen machen innovative methodische Zugänge notwendig.
- b. Welche Vorstellungen von Sucht und Abhängigkeit sind in der Bevölkerung prävalent, und welche Krankheitskonzepte sind mit geringerer Stigmatisierung der Betroffenen assoziiert?
- c. Interventionen zur Reduktion von Stigmatisierung in spezifischen Kontexten, z.B. im Suchthilfesystem, in Betrieben oder in Behörden sollten entwickelt und evaluiert werden. Dabei sollten verschiedenen Strategien der Entstigmatisierung genutzt werden (persönlicher Kontakt, soziale Medien, Edukation).
- d. Es sollten Interventionen bei Menschen mit Suchtkrankheiten gefördert werden, die den Umgang mit dem Stigma verbessern und Selbststigmatisierung verringern. Derartige Programme existieren bereits für psychische Erkrankungen (z.B. das Programm „In Würde zu sich stehen“ von Corrigan/Rüsch).
- e. Angehörige von Suchtkranken sind einerseits Stigma-Opfer, andererseits können sie selber eine Quelle von Stigmatisierung sein, gleichzeitig sind sie oft stark belastet. Interventionen bei Angehörigen, die einen stigmafremen, lösungsorientierten Umgang mit Suchtproblemen fördern, sollten entwickelt und evaluiert werden.
- f. Welches sind spezifische Stigmafolgen bei Frauen und anderen benachteiligten Gruppen (z.B. LGBT-Communities), und wie können sie reduziert werden?
- g. Stigma und Sprache: Welche alten und neuen Begriffe dienen aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen der Entstigmatisierung, und welche Begriffe transportieren Stigma? Angesichts immer neuer sprachlicher Bemühungen auch in den Diagnosesystemen ist hier eine Klärung unter Einbeziehung der Präferenzen aller beteiligten und betroffenen Gruppen notwendig.
- h. Wo finden sich strukturelle Benachteiligungen von Menschen mit Suchterkrankungen durch Gesetze und aktuelle Leitlinien, und wie könnten sie verringert werden?

Suchtkrankheiten gehören gemeinsam mit anderen psychische Krankheiten zu den häufigsten, schwersten und gesundheitsökonomisch relevantesten Erkrankungen in Deutschland. Die **Forschung zu psychischen Krankheiten und zu Suchtkrankheiten**, einschließlich ihrer sozialen Ursachen und Folgen sowie der Rolle von Stigmatisierung für den Krankheitsverlauf und die Behandlung sollte **gemeinsam** vorangetrieben werden.

### III. Empowerment

- a. Über die in den Forschungsbedarfen genannten Projekte hinaus halten wir es für notwendig, es den Betroffenen und Angehörigen gezielt zu erleichtern, sich gegen Ausgrenzung und Diskriminierung zu wehren. Dafür muss das Thema Diskriminierung routinemäßig in der **Suchtberatung** aufgegriffen werden. Deshalb muss in Zusammenarbeit mit den Trägern der Suchtberatung ein Leitfaden erarbeitet werden, der Betroffenen hilft, **Diskriminierung als solche zu erkennen** und sowohl persönlich als auch juristisch **gegen individuelles und strukturelles Stigma vorzugehen**.
- b. Um die Würde von Personen mit Substanzabhängigkeiten zu wahren, sollten verstärkt akzeptierte, sichere, legitime und funktionale **Räume für den Konsum** gestaltet werden, auch um eine ständige Reaktualisierung von negativen Stereotypen („schmutzig, verwahrlost“) zu verhindern.

### IV. Qualitative Verbesserungen im Hilfesystem und bei der Prävention

- a. **Strukturelle Diskriminierung** z.B. bei der Bereitstellung von Psychotherapieplätzen oder bei der Versorgung somatischer Komorbidität muss durch strukturelle Maßnahmen verringert werden, auch auf der Basis der Forschungsergebnisse z.B. zur Diskriminierung durch Leitlinien oder zu finanziellen Fehlanreizen in der Behandlung.
- b. **Anti-Stigma-Kompetenz** muss **im Studium bzw. in der Ausbildung** zu allen Gesundheitsberufen vermittelt werden. Abwertung und Ausgrenzung finden an vielen Stellen im Hilfesystem statt, auch weil sie von falschen Überzeugungen zur ‚therapeutischen Wirksamkeit‘ einer stigmatisierenden Haltung herrühren. Studierende und Auszubildende müssen deshalb bereits frühzeitig Wissen über negative Stigmafolgen und die Möglichkeiten einer stigmafremen Arbeit mit Menschen erlangen. Dafür ist es notwendig, die entsprechenden Inhalte in den Lehrbüchern und in den Curricula der verschiedenen Gesundheitsberufe zu verankern.
- c. **Präventionsmaßnahmen** müssen routinemäßig **auf mögliche stigmatisierende Effekte hin überprüft** werden. Ein Beispiel für eine

pragmatische, checklistenbasierte Strategie wurde hier von der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich entwickelt.

- d. **Strategien zur Steigerung der Akzeptanz von Früherkennung** müssen entwickelt und evaluiert werden, z.B. durch die Einführung einer neuen, nicht stigmatisierenden Terminologie für frühe Formen problematischen Suchtmittelkonsums, oder durch die Einbettung von suchtspezifischen Frühinterventionen in eine **ganzheitliche Verhaltensprävention**, die sich auf verschiedene Gesundheits- und Risikoverhalten bezieht.
- e. Die **Separierung der Hilfesysteme muss überwunden werden**. Das Ziel sollte dabei sein, die bestehenden Strukturen zu einer gemeinsamen Hilfe für körperliche und psychische Krankheiten unter Einschluss von Suchtproblemen zusammenzuführen. Pragmatisch könnte eine Erweiterung der Suchthilfe zu einer übergreifende Verhaltensprävention („Gesundheitshilfe oder -service“ / „Verhaltensambulanzen“) am Anfang solch einer Entwicklung stehen.

## **V. Konzeptionelle und rechtliche Weiterentwicklungen**

- a. Die legalen Rahmenbedingungen des Suchtmittelkonsums müssen kontinuierlich auf stigmatisierende Effekte hin überprüft werden. Eine Entkriminalisierung des Konsums, verbunden mit stigmafrier Präventionsarbeit, muss angestrebt werden.
- b. Schließlich muss ein Krankheitskonzept von Suchtkrankheiten entwickelt werden, das Barrieren verringert, eine nicht-stigmatisierende Frühintervention erlaubt, das Kontinuum der Konsummenge berücksichtigt und gleichzeitig den Schutz einer Diagnose bietet. Dieses Konzept muss eine Brücke zwischen einer medizinischen und einer sozialen Sichtweise auf Suchtprobleme sein und muss eine konzeptionelle Basis für einen stigmafrieren Umgang mit Sucht etablieren.

## Literatur

- Corrigan, P., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Kulesza, M., Kane-Willis, K., Qin, S. & Smelson, D.** (2016). Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the Mental Health Stigma Literature. *Am J Addict*.
- Evans-Lacko, S., Malcolm, E., West, K., Rose, D., London, J., Rusch, N., Little, K., Henderson, C. & Thornicroft, G.** (2013). Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009-2011. *Br J Psychiatry Suppl* **55**, s77-88.
- Freimüller, L. & Wölwer, W.** (2012). *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis: das Trainingsmanual; mit 3 Tabellen*. Schattauer Verlag.
- Klingemann, H., Sobell, L.** (Hrsg.) (2006) *Selbsteilung von der Sucht*. VS Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Klingemann H, Sobell MB, Sobell LC.** (2010): Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105(9):1510-8.
- Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., ... & Wiers, R. W.** (2013). Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use?. *Alcohol and alcoholism*, 48(6), 633-640.
- Room, R.** (2001). Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Soc Sci Med* **53**, 189-98.
- Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., Ventling, S., Zuaboni, G., Bridler, R., Olschewski, M., Kawohl, W., Rossler, W., Kleim, B. & Corrigan, P. W.** (2014). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* **204**, 391-7.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G. & Angermeyer, M. C.** (2011). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol Alcohol* **46**, 105-112.
- Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C.** (2006). Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: Are there indications of discrimination against those with mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **41**, 369-377.
- Stadt Zürich** (2012). Stigmatisierung - Zum Umgang mit Risiken und Nebenwirkungen der Suchtprävention. [https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/ssd/Deutsch/Gesundheit%20Praevention/Suchtpraevention/Publikationen%20und%20Broschueren/Grundlagenpapiere/12.07.12\\_stigma.pdf](https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/ssd/Deutsch/Gesundheit%20Praevention/Suchtpraevention/Publikationen%20und%20Broschueren/Grundlagenpapiere/12.07.12_stigma.pdf)
- Williamson, L., Thom, B., Stimson, G. V. & Uhl, A.** (2014). Stigma as a public health tool: implications for health promotion and citizen involvement. *Int J Drug Policy* **25**, 333-5.