

III. Sucht- und Drogenhilfe 2030: Herausforderungen und Perspektiven

Drogenkonsum und Hilfebedarfe von minderjährigen und erwachsenen Geflüchteten

Heike Zurhold & Silke Kuhn

Laut der UNO-Flüchtlingshilfe sind in 2017 weltweit 3,1 Millionen Menschen vor Krieg, Konflikten und Verfolgung aus ihrem Heimatland geflüchtet. Gegen Ende 2017 hat die Türkei weltweit die meisten Geflüchteten aufgenommen. Unter den Hauptaufnahmeländern rangiert Deutschland an sechster Stelle¹.

In Deutschland hat die Zahl der Asylsuchenden seit 2016 deutlich abgenommen. So zeigen die aktuellen Asylantragszahlen, die das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) regelmäßig veröffentlicht, dass die Asylanträge zwischen 2016 und 2017 von 745.545 auf 222.683 zurückgegangen sind; dies entspricht einem Rückgang von knapp 30 Prozent (BAMF, 2018). Die Hauptherkunftsländer variieren von Jahr zu Jahr leicht. In 2018 kamen knapp 43 Prozent aller Erstantragstellenden aus den drei Ländern Syrien, Irak und Nigeria nach Deutschland.

Um sich dem Thema „Drogenkonsum von Geflüchteten“ anzunähern, sind nicht nur die Heimatländer, sondern auch sozioökonomische Merkmale der Geflüchteten von Relevanz. Da bis heute keine verlässlichen Daten hierzu vorliegen, bieten lediglich die Auswertungen des BAMF zu den Asylanträgen Hinweise. Den aktuellen Zahlen nach befanden sich in dem Zeitraum von Januar bis Mai 2018 fast 64 Prozent aller Asylsuchenden in den vier Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Bayern, Niedersachsen und Baden-Württemberg. In diesem Zeitraum waren etwa 73 Prozent der Personen mit einem Asylersantrag jünger als 30 Jahre, von denen 46 Prozent noch minderjährig waren. Während in den Vorjahren die Mehrheit der Asylsuchenden männlich war, gleicht sich das Geschlechterverhältnis offenbar mehr an. So waren in den ersten Monaten des Jahres 2018

bereits 42 Prozent der Asylersantrag stellenden Personen weiblich (BAMF, 2018).

Daten zur Sozialstruktur werden vom BAMF im Rahmen des Asylersantrages auf freiwilliger Basis erhoben. Basierend auf den etwa 460.000 volljährigen Personen, die in 2016 einen Asylersantrag in Deutschland stellten, wurde eine gesonderte Auswertung ihrer sozialen Merkmale vorgenommen (Neske, 2017). Von 47,4 Prozent der Asylsuchenden wurde Arabisch und von 17,6 Prozent Farsi/Dari gesprochen. Rund die Hälfte (48,7%) der erwachsenen Erstantragstellenden gab an, verheiratet zu sein. Als höchste Schulbildung hatte ein Fünftel die Grundschule besucht und etwa jeder neunte hatte keine formale Schulbildung. Allerdings unterscheidet sich das Bildungsniveau der Erstantragstellenden deutlich je nach Heimatland. So hatten Geflüchtete aus Syrien und dem Iran eine überdurchschnittlich hohe Schulbildung (Hochschule, Gymnasium), während diejenigen aus dem Irak eine mittlere Schulbildung (Mittelschule) aufwiesen. Geflüchtete aus Nigeria hatten einen unterdurchschnittlichen Bildungsstand (Grundschule) und diejenigen aus Afghanistan einen hohen Anteil an Personen ohne formale Schulbildung.

Zu den sozialen Merkmalen von *minderjährigen Geflüchteten* sowie zu ihrer schulischen Integration ist wenig bekannt. Untersuchungen legen nahe, dass unbegleitete Minderjährige eine hohe Motivation haben, die deutsche Sprache zu erlernen und einen Schulabschluss zu erreichen (Bauer & Schreyer, 2016), zugleich sind Bildungsangebote jedoch so ausgerichtet, dass höchstens ein Haupt- oder Realschulabschluss erworben werden kann (Tangermann & Hoffmeyer-Zlotnik, 2018). Der jeweilige Bildungsstand hat einen Einfluss darauf, schriftliche muttersprachliche Informationen zu suchtspezifischen Hilfeangeboten überhaupt lesen zu

¹ <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten.html> (Aufruf am 23.07.2018).

können und schriftliche wie mündliche Informationen inhaltlich zu begreifen. In den letzten Jahren wurde eine Reihe an vielsprachigen Informationsmaterialien (Flyer, Erklärvideos und Apps) zu Alkohol und Drogen sowie zu Angeboten der lokalen Suchthilfe entwickelt. Unklar ist, inwiefern Geflüchtete Zugang zu diesen Materialien erhalten und ob diese auch zur Aufklärung genutzt werden.

Erkenntnisse aus Forschung und Praxis

Angesichts der hohen Zahl an Geflüchteten haben sich Forschung und Praxis zunehmend mit dieser Gruppe beschäftigt. Allerdings wird in der Forschung wie in der Praxis oftmals nicht eindeutig zwischen Geflüchteten und Migranten unterschieden. Das Völkerrecht nimmt eine klare Trennung zwischen Menschen beider Gruppen vor: Geflüchtete sind Menschen, die aufgrund von religiöser, politischer Verfolgung oder weiteren äußeren Einflüssen zur Flucht aus ihrem Heimatland gezwungen sind, während Migranten auf der Suche nach besseren Lebensperspektiven ihr Land freiwillig verlassen.²

Geflüchtete sind eine heterogene Gruppe aufgrund unterschiedlicher kultureller Herkunft, verschiedenartiger Beweggründe für die Flucht, ihren Fluchtwegen, der Fluchtdauer und ihren Erfahrungen mit dem Aufnahme-land Deutschland. Gleichwohl sich Forschung und Praxis zunehmend mit den Auswirkungen der Flucht auf die soziale und gesundheitliche Lebenslage der Geflüchteten im Einreiseland beschäftigen, liegen bisher nur wenig gesicherte Kenntnisse hierzu vor. Verfügbare Studien zeigen, dass bei erwachsenen wie bei minderjährigen Geflüchteten eine unsichere Bleibeperspektive, Einsamkeit und Heimweh sowie ihre Unterbringung in Deutschland eine Belastung darstellen (Johansson, 2016). Gemeinschaftsunterkünfte wie Container sind gekennzeichnet durch eine dezentrale Lage und mangelnde Rückzugsmöglichkeiten, in denen alleinreisende Männer und Frauen mit Familien auf engstem Raum zusammenleben und dementsprechend ein hoher Lärmpegel wie Spannungen unter den Geflüchteten herrschen. Die Unterbringung von unbegleiteten Minderjährigen ist demgegenüber zwar deutlich besser (Tangermann & Hoffmeyer-Zlotnik, 2018), dafür stellen

die Trennung von der Familie, die Angst um die zurückgebliebenen Verwandten, die Angst vor der Zukunft und Rassismuserfahrungen die häufigsten Stressoren bei Unbegleiteten dar (BumF, 2017).

Im Hinblick auf die Gesundheit der Geflüchteten zeigen Daten des Robert Koch Instituts, dass in 2017 insgesamt 3.080 meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden im Rahmen der Erstuntersuchung übermittelt wurden (RKI, 2018); das entspricht 1,6 Prozent der Asylbeantragsteller in 2017 (BAMF, 2017). Aufgrund entsprechender Screenings wurden vor allem Fälle von Tuberkulose, Hepatitis B und C gefunden, die 71,6 Prozent der in 2017 gemeldeten Infektionskrankheiten ausmachen. Zu 73 Prozent waren männliche Asylsuchende infiziert und insbesondere diejenigen aus Somalia und Eritrea. Weitere Erkenntnisse konzentrieren sich auf psychische Belastungen von Geflüchteten und vor allem auf ihre traumatischen Erlebnisse infolge von Gewalt- und Kriegserleben vor und während der Flucht (Gavranidou et al., 2008; BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer, 2015; Kröger et al., 2016; RKI, 2017). Zu der Frage, ob diese Erlebnisse zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer Depression führen, liegen heterogene Ergebnisse vor. Kröger et al. (2016) fanden unter den erwachsenen Asylsuchenden einer niedersächsischen Aufnahmeestelle eine mögliche PTBS von 16 bis 28 Prozent und eine mögliche Depression von 18 bis 36 Prozent, je nach Herkunftsregion. Bei minderjährigen Geflüchteten liegen diese Prävalenzen teilweise höher: für eine PTBS bei 14 bis 60 Prozent und für eine Depression bei sechs bis 34 Prozent (RKI, 2017).

Zwischen erlebten psychischen Belastungen oder Traumata und einem problematischen Substanzkonsum besteht ein Zusammenhang (Patterson et al., 2012; Tretter & Arnold, 2016). Allerdings fehlen genauere Studien hierzu. Möglicherweise führen eine Vielzahl an Stressoren wie unsichere Bleibeperspektiven, Einsamkeit, die Lageratmosphäre in den Unterkünften, nicht behandelte Traumafolgestörungen etc. zur Entwicklung eines problematischen Drogengebrauchs in Deutschland. Ergebnisse der internationalen Forschung legen nahe, dass der risikoreiche Alkohol- und Drogenkonsum eine Form der Selbstmedikation ist, um

- Stress und traumatische Erlebnisse, die mit Hoffnungslosigkeit, Wut und Schlafstörungen verbunden sind, besser zu ertragen,
- Langeweile und Frustration durch fehlende Ausbildung, Arbeit, Einkommen und gesellschaftliche Teilhabe zu bewältigen und

² Zur Begriffsbestimmung siehe das Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit https://www.bmz.de/de/themen/Sonderinitiative-Fluchtursachen-bekaempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition_fluechtling/index.jsp (Aufruf am 13.08.2018.)

- Erfahrungen der sozialen Isolation zu lindern (Horyniak et al., 2016; Salas-Wright et al., 2014).

Konsummuster von minderjährigen und erwachsenen Geflüchteten

Wie viele der Geflüchteten, die seit 2015 in Deutschland Zuflucht gesucht haben, schon in ihren Heimatländern abhängig konsumierten und wie viele erst in Deutschland mit dem Gebrauch von Drogen begonnen oder einen Gelegenheitskonsum intensiviert haben, ist unbekannt. In Deutschland gibt es lediglich zwei Studien, die explizit Konsummuster von Geflüchteten untersucht haben (Kuhn et al., 2018; Zurhold, 2017). Beide Studien nähern sich dieser Fragestellung auf zwei unterschiedlichen Wegen.

In der Untersuchung von Kuhn et al. (2018) wurden in allen deutschen Bundesländern insgesamt 139 Suchthilfeeinrichtungen zur Inanspruchnahme durch erwachsene drogenabhängige Geflüchtete befragt. In den fünf niedrigschwelligen Einrichtungen mit den meisten Kontakten zu geflüchteten Drogenabhängigen wurden dann 128 Geflüchtete anhand eines strukturierten Fragebogens und mit Unterstützung von Dolmetschern persönlich interviewt. In der Studie von Zurhold (2017) sind 35 Fachkräfte aus dem Jugendamt, den Betreuungseinrichtungen für unbegleitete minderjährige Geflüchtete und den Einrichtungen der Jugendsuchthilfe in den Bundesländern Bayern, Hessen und Hamburg persönlich zum Konsum dieser Gruppe befragt worden. Die Ergebnisse beider Studien beziehen sich ausschließlich auf männliche Geflüchtete.

Auch wenn belastbare Zahlen zum Ausmaß des Drogenkonsums unter Geflüchteten bislang fehlen, bieten die beiden Studien hierzu eine erste Einschätzung an. In Bezug auf die erwachsenen Geflüchteten wird davon ausgegangen, dass mindestens 50 Prozent der von dem Personal geschätzten drogenkonsumierenden Geflüchteten mit der Befragung erreicht wurden. Die 128 Befragten waren im Mittel 30 Jahre alt. 73 (57,0%) waren Afghanen, 44 (34,4%) Iraner, zwei (1,6%) Syrer und neun (7,0%) gaben andere Nationalitäten an. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53,1%) hatte bereits im Heimatland eine Drogenabhängigkeit entwickelt. Von den restlichen Befragten gaben 35 (27,4%) keinerlei Konsum und 25 (19,5%) einen gelegentlichen Konsum im Heimatland an. Gelegentlicher Konsum war definiert als Wochenendkonsum von Alkohol und/oder Cannabis

und/oder als Probierkonsum von anderen Substanzen (z.B. Opium).

Bei den minderjährigen Unbegleiteten stellt sich die Einschätzung zum Substanzkonsum als komplex dar. Zum einen bewerteten die befragten Fachkräfte einen risikoreichen Substanzkonsum von Minderjährigen jeweils unterschiedlich; die Bewertungen reichen von einem Probierkonsum bis zu einem problematischen Konsum³. Zum anderen war die Einschätzung dadurch beeinflusst, wie viele konsumierende Minderjährige den jeweiligen Einrichtungen bekannt waren. Dementsprechend variierten die Angaben zum Ausmaß des Substanzkonsums zwischen wenigen Einzelfällen und 25 Prozent.

Konsumierende Minderjährige sind zumeist zwischen 15 bis 17 Jahre alt und konsumieren zumeist Alkohol und Cannabis. Mit wenigen Ausnahmen wird der Konsum erst in Deutschland begonnen und es handelt sich zumeist um einen Probierkonsum oder Gelegenheitskonsum. Einen problematischen Konsum zeigen dagegen minderjährige oder junge Geflüchtete aus den Maghreb-Staaten Algerien, Marokko und Tunesien sowie einige Geflüchtete aus Afghanistan, Syrien und Somalia. Diejenigen aus den Maghreb-Staaten sind aufgrund ihres delinquenten Verhaltens und der Schwierigkeiten, sie in die Jugendhilfe zu integrieren, nahezu deutschlandweit bekannt. In ihren Heimatländern auf der Straße sozialisiert sind sie bereits drogenerfahren. Wenn sie über verschiedene europäische Länder nach Deutschland kommen und sich auch dort in vielen Städten aufhalten, konsumieren sie alle möglichen psychoaktiven Substanzen, die sie sich leisten können: Alkohol, Cannabis, Amphetamine, Kokain. In der Frankfurter Drogenszene gibt es eine Gruppe junger Afghanen, die Heroin injizieren und auch Crack rauchen. Aus Hamburg wurde von minderjährigen Flüchtlingen aus Syrien oder Somalia berichtet, die in Deutschland begonnen haben, regelmäßig Cannabis zu konsumieren.

Im Zusammenhang mit den Konsummotiven zeigen die beiden Studien, dass vor allem psychische Belastungen durch die Flucht und ungewissen Lebensumstände in Deutschland, die Integrationsanforderungen und der Wunsch nach einem zeitweisen Abschalten vom Alltagsstress den Drogenkonsum begründen. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit internationalen Studien. Darüber hinaus ist

³ Diese Begriffe sind nicht einheitlich definiert und stellen eher die Eckpunkte eines Kontinuums zwischen einem Konsum dar, bei dem die Wirkung einer Substanz ausgetestet wird, und einem dauerhaften Konsum mit nachweislich schädigender Wirkung (psychisch oder körperlich), ohne dass eine Abhängigkeit von der Substanz vorliegt.

aber auch ein Effekt der hiesigen Konsumkultur auf das Konsumverhalten der Geflüchteten erkennbar. Auf Minderjährige übt die Freizügigkeit des Konsums in Deutschland eine Faszination aus, so dass selbst strenggläubige Geflüchtete aus alkoholfernen Kulturen Alkohol zumindest probieren. Da ihnen die Alkoholkonsumwirkung nicht vertraut ist und sie den Unterschied zwischen hochprozentigen und weniger alkoholreichen Getränken nicht kennen, sind sie schnell betrunken oder haben sogar eine Alkoholvergiftung. Unter den erwachsenen Geflüchteten ließ sich feststellen, dass diejenigen mit einer bereits bestehenden Drogenabhängigkeit in Deutschland weiter konsumieren, dabei aber die vorherrschenden Substanzen und Konsumformen der regionalen Drogenszene in Deutschland übernehmen. Alle Geflüchteten, die zuvor Opium geraucht haben, müssen in Deutschland mangels Opium auf dem „Drogenschwarzmarkt“ auf Heroin umsteigen. Zusätzlich zum Heroin beginnen die Geflüchteten in Hamburg beispielsweise auch mit dem Konsum von Crack.

Die jeweilig konsumierten illegalen Drogen – bei den Jugendlichen vorwiegend Cannabis – wurden zumeist von Personen aus dem gleichen Kulturkreis angeboten. Der Handel findet oftmals in den Unterkünften statt, in denen die Geflüchteten untergebracht sind. In einigen Großstädten hat sich zudem eine öffentliche Drogenszene gebildet, in der mit Drogen gehandelt wird. So wurde beispielsweise von jungen männlichen Geflüchteten aus afrikanischen Ländern berichtet, die eine Struktur zum Handel mit Cannabis aufgebaut haben oder von Händlern angeworben wurden. Unklar ist jedoch, ob es sich bei diesen Geflüchteten auch um Minderjährige handelt und aus welchen afrikanischen Ländern diese stammen.

Problemlagen von drogenkonsumierenden Geflüchteten

Zu den spezifischen Problemlagen drogenkonsumierender Geflüchteter ist bislang wenig bekannt. Dafür gibt es eine Vielzahl an Gründen. So war ein potenzieller Drogenkonsum in den Flüchtlingsunterkünften lange Zeit ein nachrangiges Thema und bislang sind auch nur wenig Geflüchtete in den Suchthilfeeinrichtungen angekommen. Für Geflüchtete ist der eigene Drogenkonsum oftmals sehr schambesetzt, so dass sie darüber nicht offen reden wollen. In der Suchtberatung wird das Merkmal „Geflüchteter“ in der patienten- und einrichtungsbezogenen Datendokumentation häufig nicht

gesondert statistisch erfasst, da bislang nur die Kategorie „Migration“ bundesweit besteht.

Der Handel mit illegalen Drogen, aber auch eine Drogenabhängigkeit kann unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Ausweisung des Geflüchteten führen. In welchem Ausmaß Geflüchtete aus diesen Gründen ausgewiesen werden, ist weitgehend unbekannt. Aus den beiden Studien zu Geflüchteten geht jedoch hervor, dass drogenkonsumierende Geflüchtete Angst vor einer Ausweisung haben, wenn ihr Drogenkonsum aktenkundig wird (Kuhn et al., 2018; Zurhold, 2017).

Abhängig von ihrem Asylstatus gilt für Geflüchtete entweder eine Residenzpflicht oder eine Wohnsitzauflage, die sie in beiden Fällen dazu verpflichtet, in einem bestimmten Ort zu wohnen. Wird gegen diese Verpflichtung verstoßen, erhalten Geflüchtete keine Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz und können obdachlos werden. In der Studie zu den erwachsenen drogenabhängigen Geflüchteten haben ein Fünftel aus diesen und anderen Gründen ihre Unterkunft verloren und waren obdachlos (Kuhn et al., 2018).

Für Geflüchtete mit einem problematischen Drogenkonsum ist der Zugang zur ambulanten und insbesondere zur stationären Suchthilfe schwierig. Hierbei stellt sich der Zugang für Minderjährige und Erwachsene zwar etwas unterschiedlich dar, doch die Hürden im Zugang sind prinzipiell die gleichen. In den beiden bereits genannten Studien kristallisierten sich folgende Zugangsprobleme heraus:

- Wenn erwachsene Geflüchtete Kontakt zum Hilfesystem haben, dann überwiegend zu niedrigschwelligen Einrichtungen. Der Zugang erfolgt selten über Streetwork, sondern eher über Mund-Propaganda in der Drogenszene oder durch andere Geflüchtete.
- Der Zugang zu Minderjährigen kann erfolgreich über Streetwork hergestellt werden, wenn Dolmetscher bei der Straßensozialarbeit mitgehen und den ersten Kontakt zu den Geflüchteten herstellen.
- Erwachsene wie minderjährige Geflüchtete kommen zumeist nur dann in Kontakt mit höherschwelligen Einrichtungen wie beispielsweise einer Suchtberatung, wenn diese Einrichtungen eine aufsuchende Arbeit in den Flüchtlingsunterkünften leisten und Drogenkonsumierende dort aktiv ansprechen.
- Eine Entzugsbehandlung für Geflüchtete ist in Städten oder Regionen möglich, die traditionell gut vernetzt und offen für neue Zielgruppen sind und in denen die Finanzierung der Behandlung unproblematisch ist.

Diese Voraussetzungen sind jedoch längst nicht in allen Städten eines Bundeslandes und erst recht nicht bundesweit gegeben.

- Für eine Substitutionsbehandlung gelten die gleichen Bedingungen, die bereits für eine Entzugsbehandlung genannt wurden. Verschärfend kommt jedoch hinzu, dass eine Substitutionsbehandlung in bestimmten Bundesländern extrem erschwert ist, da zum einen grundsätzlich Substitutionsplätze fehlen, zum anderen Substitutionsverträge nicht in Übersetzungen vorliegen.
- Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung gibt es faktisch nicht für Zielgruppen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen können. Mit dem Hinweis auf ein gruppentherapeutisches Setting werden Geflüchtete, die aufgrund von Sprachbarrieren nicht daran partizipieren können, abgelehnt.

Zukunft der Suchthilfe für Geflüchtete

Im Suchthilfesystem wurden und werden weiterhin spezifische Angebote für Migrantengruppen – zum Beispiel für Russlanddeutsche oder Türkeistämmige – entwickelt. Für Geflüchtete aus Ländern wie Afghanistan, dem Iran, Somalia oder Eritrea gibt es keine solchen Angebote. Zugleich lassen sich Konzepte, die sich bei den Migranten bewährt haben, nicht unreflektiert auf Geflüchtete aus den neuen Fluchtländern übertragen.

In der Praxis wurden einige wenige Ansätze etabliert, die sich gezielt an Geflüchtete mit Drogenproblemen wenden. So wurden in Hamburg wie in Berlin spezielle Personalstellen geschaffen, um Geflüchtete dort aufzusuchen, wo sie sind. In Hamburg sucht eine Jugendsuchtberatung minderjährige Geflüchtete in den Unterkünften auf, um diese an die Beratung anzubinden.⁴ In Berlin werden sogenannte Gesundheitsmobile an den Brennpunkten eingesetzt, an denen sich Geflüchtete aufhalten, und bieten Tests auf Infektionskrankheiten und eine Spritzenvergabe an (Leicht & Köhnlein, 2018). Beide Hilfeangebote basieren auf der Erkenntnis, dass Geflüchtete nicht eigeninitiativ eine Suchtberatungsstelle aufsuchen und sich daher die gängige Komm-Struktur der Suchthilfe bei dieser Gruppe nicht bewährt.

Zunehmend wenden sich Mitarbeitende in den Flüchtlingsunterkünften ebenfalls an die Suchthilfe mit folgenden Anliegen:

- anonyme Fallberatung,
- Schulung der Mitarbeitenden zum Umgang mit dem Substanzkonsum von Geflüchteten,
- Präventionsveranstaltungen in den Unterkünften,
- Einrichtungen von Sprechzeiten in den Unterkünften.

Selbst wenn diese Maßnahmen umgesetzt würden, ist davon auszugehen, dass nicht jede ambulante Suchthilfeeinrichtung von den Geflüchteten gleich stark frequentiert wird. Zugleich gehen Fachkräfte in der Praxis davon aus, dass das Ausmaß des Substanzkonsums unter Geflüchteten erst mit einer Latenz von ein bis zwei Jahren sichtbar wird. Gegenwärtig ist die Versorgung von Geflüchteten mit wenigen Ausnahmen nach wie vor mit Barrieren verbunden.

„In Bezug auf die Gesundheitsversorgung zeigen sich neben den rechtlich stark eingeschränkten Leistungsansprüchen auch Zugangsprobleme aufgrund von Ängsten, Unkenntnis, Kommunikationsschwierigkeiten und mangelnder interkultureller Sensibilisierung aufseiten der Flüchtlinge und der Behörden und Ärzte“ (Johansson, 2016, S. 6).

Die zukünftigen Herausforderungen der Suchthilfe bestehen demzufolge vor allem darin, die kulturelle Sensibilisierung für und die Kommunikation mit Geflüchteten zu verbessern. Eine kultursensible Weiterbildung und eine dementsprechende Qualifikation der Mitarbeitenden werden als wichtig erachtet. Ein weiterer zentraler Aspekt ist, Vertrauen in die Anonymität der Beratung zu schaffen; dazu zählt auch eine Erläuterung der Schweigepflicht.

Zur Kommunikation sind Flyer und Aufklärungsmaterialien in den Sprachen hilfreich, die von der Mehrheit der Geflüchteten gesprochen werden – Arabisch, Farsi, Französisch, Englisch. Da es Geflüchtete gibt, die leseschwach oder Analphabeten sind, sollten schriftliche Materialien durch Symbole oder Bilder illustriert werden. Elektronische Materialien sollten zudem eine Vorlesefunktion haben. Ein Beispiel hierfür ist die von Nothilfe Berlin e.V. entwickelte kostenlose App „Guidance – Suchthilfe für Geflüchtete“. Die von einzelnen Einrichtungen übersetzten Materialien sind anderen Einrichtungen zumeist nicht bekannt. Um mehr Synergien herzustellen, wäre es sinnvoll, die bereits vorhandenen gedruckten wie elektronischen Materialien an einem Ort zentral zu sammeln und den Beratungsstellen aktiv anzubieten. Eine Möglichkeit der zentralen Materialsammlung wäre etwa die Webseite der Deutschen Aidshilfe e.V. oder die DHS. Eine

⁴ Siehe: Beratung von Geflüchteten UMAS in den Hamburger Even. dzskj-2016-ppt-lammers.pdf.

Information zu den verfügbaren Materialien könnte dann über die Landessuchtbeauftragten erfolgen.

Eine besondere Herausforderung besteht in dem Umgang mit der Sprachbarriere. Dolmetscher bzw. Sprachmittler stehen jedoch nicht ausreichend in den geforderten Sprachen, wie beispielsweise Farsi, zur Verfügung. Des Weiteren müssen Sprachmittler mit der Arbeit der Suchthilfe vertraut sein und die jeweilige „Haltung“ einer Einrichtung kennen, damit auch die Fachkräfte in der Einrichtung Vertrauen in die Adäquatheit der Übersetzung haben. So wurde beispielsweise berichtet, dass Sprachmittler ihre eigenen Vorstellungen von Sucht in den Beratungsprozess einbringen und/oder eine Beziehung zwischen Dolmetscher und Geflüchtetem entsteht und die Fachkraft nicht mehr als die eigentliche Ansprechperson wahrgenommen wird. Um diesen Einfluss von Sprachmittlern auf den Beratungsprozess zu umgehen und gleichzeitig eine zeitnahe und flexible Übersetzung zu ermöglichen, könnte zukünftig verstärkt ein Videodolmetschen über Skype eingesetzt werden.

Gegenwärtig bestehen bei Geflüchteten mitunter Erwartungen an niedrigschwellige Einrichtungen wie an die Sucht- und Drogenberatung, die entweder nicht zu ihren Aufgaben zählen oder aber schlicht nicht erfüllbar sind. So berichteten Fachkräfte von minderjährigen Geflüchteten, die von der Beratung erwarten, ihnen den Alkohol- oder Cannabiskonsum „zu verbieten“. Nicht selten fordern Geflüchtete auch von der Drogenberatung, sich um alle Angelegenheiten des Asylrechts zu kümmern.

Unter der Voraussetzung, dass muttersprachliche Aufklärungsmaterialien zu allen Aspekten des Drogenkonsums und der Hilfeangebote von Geflüchteten genutzt werden und zudem neutrale, aber mit dem Hilfesystem vertraute Sprachmittler zur Verfügung stehen, könnten Geflüchtete eine realistischer Einschätzung der Leistungen der Suchthilfe gewinnen.

Literatur

- BAMF (2017). *Aktuelle Zahlen zu Asyl. Dezember 2017*. Berlin: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- BAMF (2018). *Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Mai 2018*. Berlin: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bauer, A. & Schreyer, F. (2016). *Ausbildung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Sinnvoll ist Unterstützung über Volljährigkeit hinaus*. IAB-Kurzbericht 13/2016. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2015). *Mindestens die Hälfte der Flüchtlinge ist psychisch krank. BPtK-Standpunkt „Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen“*. <https://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/mindestens-d.html> (Aufruf am 16.07.2018).
- BumF (2017). *Die Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in Deutschland. Auswertung der Online-Umfrage 2017*. Berlin: Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e.V.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), 224-23.
- Horyniak, D., Higgs, P., Cogger, S., Dietze, P. & Bofu, T. (2016). Heavy alcohol consumption among marginalised African refugee young people in Melbourne, Australia: motivations for drinking, experiences of alcohol-related problems and strategies for managing drinking. *Ethn Health*, 21 (3), 284-299.
- Johansson, S. (2016). Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung und des SVR-Forschungsbereichs. Berlin: Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR).
- Kröger, C., Frantz, I., Friel, P. & Heinrichs, N. (2016). Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden. Screening in einer Landesaufnahmestelle. *Psychother Psych Med*, 66, 377-384.
- Kuhn, S., Zurhold, H., Lehmann, K. & Verthein, U. (2018). Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in Deutschland. *Suchttherapie*. doi:10.1055/a-0637-8126.
- Leicht, A. & Köhnlein, R. (2018). „Niemanden zurücklassen“ – migrierte Menschen in der Drogen- und Suchthilfe. *Suchttherapie*. doi:10.1055/a-0618-1411.
- Neske, M. (2017). *Volljährige Asylantragsteller in Deutschland im Jahr 2016. Sozialstruktur, Qualifikationsniveau und Berufstätigkeit*. Ausgabe 2|2017 der Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg. Das BAMF-Forschungszentrum im Internet: http://www.uebersetzerportal.de/bilder2/bamf-kurzanalyse_asyl_2016.pdf (Aufruf am 09.07.2018).
- Patterson, B., Kyu, H. H. & Georgiades, K. (2012). Age at immigration to Canada and the occur-

rence of mood, anxiety, and substance use disorders. *Can J Psychiatry*, 57, 210-217.

RKI (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (1), 24-47.

RKI (2018). Dem Robert-Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/meldepflichtige_Infektionskrankheiten_bei_Asylsuchenden.pdf?__blob=publicationFile (Aufruf am 17.01.2018).

Salas-Wright, C. P. & Vaughn, M. G. (2014). A "refugee paradox" for substance use disorders? *Drug Alcohol Depend*, 1, 345-349.

Tangermann, J. & Hoffmeyer-Zlotnik, P. (2018). *Unbegleitete Minderjährige in Deutschland. Herausforderungen und Maßnahmen nach der Klärung des Aufenthaltsrechtlichen Status. Fokusstudie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN)*. Berlin: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

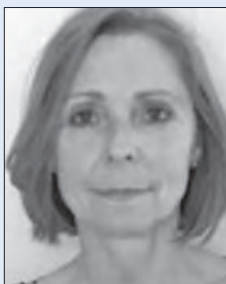
Tretter, F. & Arnold, M. (2016). *Workshop „Suchtprobleme bei Flüchtlingen“* am 03.03.2016. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.

Zurhold, H. (2017). *Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA)*. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_UMA.pdf (Aufruf am 14.08.2018).



Dr. Heike Zurhold

Studium der Sozialwissenschaften und Kriminologie, seit 2000 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
zurhold@uke.de



Dr. Silke Kuhn

Diplom-Psychologin und approbierte Psychotherapeutin, seit 2002 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) im UKE Hamburg
skuhn@uke.de

Im Depot der Geschichte(n). Über Reflexion und Neustiftung von Gesellschaft in „Die Welt der Söhne“

Thomas Ballhausen

Die Graphic Novel „Die Welt der Söhne“ des italienischen Künstlers Gipi (* 1963 in Pisa; eigentlich Gian-Alfonso Pacinotti) thematisiert auf eindringliche Weise Fragen nach Gemeinschaft, Gesellschaft und Zivilisation im Rahmen einer apokalyptischen Erzählung.

Reflexion und Prognose

Die Künste sind in der Lage auf gesamtgesellschaftliche Entwicklungen zu reagieren, diese zu reflektieren oder auch mögliche zukünftige Tendenzen vorzuformulieren und zur Diskussion zu stellen. Die sogenannten großen Fragen sind in die Geschichte der Künste eingeschrieben – und nicht zuletzt die Literatur der Spät- und Postmoderne bietet zahlreiche Beispiele, die einen Blick auf die katastrophalen Entwicklungen der jüngsten Vergangenheit, der Gegenwart und eben auch einer möglichen Zukunft anschaulich darstellen. Die Konjunkturen des Apokalyptischen und der entsprechenden dystopisch geprägten literarischen Beispiele gehen mit einem, angesichts der Unübersichtlichkeit der sogenannten Wirklichkeit nur zu verständlichen, verstärkten Wunsch nach Prognosen einher, ganz unabhängig davon, wie schockierend diese ausfallen: So findet sich eine Reihe niveauvoller, breitenwirksam wahrgenommener Arbeiten, die in der Verhandlung eines letzten „Goldenen Jahrzehnts“ zwischen dem Fall der Berliner Mauer und 9/11 den sich abzeichnenden, überaus spürbaren allgemeinen Ausnahmezustand, entropische Gesellschaftsentwicklungen und radikalen Umbrüchen im Sozialen thematisieren. Diesen Werken ist nicht nur ein poetologischer Unterton des Ungemütlichen gemein, sondern auch eine Aufwertung der Themen von Raum und Geschichte. Im Spiel aus Fiktiv und Fiktional, also dem Ausdruck medialer Gemachtheit und der Qualität des Verweises über die gängigen Wirklichkeitsvorstellungen hinaus, entfalten diese Texte – zu denen auch Graphic Novels gezählt werden sollen – ihr kritisches Potenzial.

Geschichte und Geschichten

Fiktion stiftet Geschichten und Bilder, die in ihrem produktiven Verpassen einerseits der Behauptung von Akkuratessse entgehen, andererseits die sogenannte geschichtliche Wirklichkeit überhaupt erst (neu) verhandelbar macht – und zwar weit über die Einschreibungen von jeweiliger Produktionsgegenwart hinaus. Die gestifteten Bilder sind nicht selten als neu oder erneuert einzustufen, sie sammeln sich zu neuen, durchaus auch zu problematisierenden Referenzoptionen an. Depot und Gedächtnis stehen somit in unmittelbarer Wechselbeziehung – nicht zuletzt, wenn Literatur, die Künste und Film Bilder stiften, die zwischen dokumentarischem Anspruch und fiktivem Eigencharakter changieren. Die Erzählung tritt in die Leerstelle der Geschichte, narrationsgebundene Momente der Historiografie machen das Unterschlagene, das Verworfene und das Verheimlichte evident: Das Dokumentarische und seine Annäherung an die sogenannte Wirklichkeit scheinen von der Fiktion, als deren mehrdeutiges *dépôt* wirksam, hinterlegt. Die geschichtsstiftende Funktion der Medien, das notwendigerweise reflektierte Umgehen mit der Trias Geschichte – Geschichtlichkeit – Geschichtsschreibung, lässt nach dem (Spiel-)Einsatz fragen, dem nicht minder wortwörtlichen *mise-en-dépôt*. Die Fiktion ist in unterschiedlichster Ausprägung und Intensität als das Depot, die Hinterlegung des Dokumentarischen denkbar – immer dann auch, wenn es eine Leerstelle zu adressieren gilt. Die Strategien des Dokumentarischen erlauben Geschichtsentwürfe ebenso wie Gegengeschichtsschreibungen, sie ermöglichen die Darstellung von Lebensentwürfen, reizen zu Raumnahmen – sie sind in ihrer prinzipiellen Struktur aber nicht selten von Fiktion hinterlegt. Die Sinnstiftungsprozesse der Historiografie, in welcher Medienform sie auch immer sich manifestieren, sind Erzählimperativen verpflichtet, fallweise sogar unterworfen. Die Fassbarkeit der Ereignisse verweist uns auf das Arrangieren, das Strukturieren der Welt, auf

das eingeschriebene Spannungsverhältnis aus Realem/Erfasstem und kreativer Zugabe/Prozess. Es ist aber die neue Fassbarkeit, die einen ethischen und nicht zuletzt politischen Raum öffnen und erschließen hilft.

Strategien der Sagbarkeit

Literatur ist ein probates Mittel und Medium künstlerischer Forschung und gesamtgesellschaftlich wirksamer Kritik. Literatur entfaltet eine spezifische Qualität transgressiven Potentials, da sie vorsätzlich Momente (z.B. Verwerfungen, Traumata, Zäsuren) von Geschichte, Historiographie und Historizität neu bzw. erstmalig verhandelt, die in der sogenannten offiziellen Geschichtsschreibung wenig oder auch keine Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sind die genannten Positionen auch durch ein Moment produktiven Verfehlens gekennzeichnet: Im Übernehmen erzählerischer wie auch nichtfiktionaler Formalprinzipien werden im Verhandeln von Geschichte bzw. der historiografischen Sinnstiftungsprozesse die Wege des Erzählens und des Mythos beschränkt. Abseits des simpel Dokumentarischen operierend, wird durch die Differenz zum Verhandelten die Auseinandersetzung darüber gestiftet und ermöglicht. Im Rahmen der beschriebenen Verbindungen wird der Mythos notwendigerweise als eigenständiger Diskurs endlich neu gefasst, der zum Logos nicht als komplementär verlaufend verstanden werden darf, sondern in transversaler Eigenständigkeit und -gesetzlichkeit zu ihm steht. In der zwangsweisen Auseinandersetzung mit dem Logos und seinen Sinnstiftungsangeboten wird der Mythos zur Option konstruktiver, notwendiger Kritik feststehender Ausdifferenzierungen der Moderne und der damit einhergehenden verordneten Befriedung im Sinne von zähmender Kategorisierungen oder repressiver Toleranzhaltung durch moderne Ordnungsnormen.

Spätestens hier gilt es deshalb eine zentrale Frage zu wiederholen: Diskutieren wir bereits, was die Künste leisten können – oder reden wir immer noch darüber, was sie, im Sinne einer zähmenden Indienstnahme, zu leisten haben? Man verharret, so ist zu befürchten, bei der Option des (Wahr-)Sprechens der Künste, insbesondere der Literatur, zumeist im Bezirk des Wirklichen. Was aber ist mit dem Möglichen, mit dem (vermeintlich) Unmöglichen? Die aktuellen Verhandlungsstrategien der veränderten gesamtgesellschaftlichen Bedingungen in den Kunstwerken und den sie begleitenden kritischen Paralleldiskursen ist wohlbelegt; es gibt relevante, über das Kunstfeld hinaus wirk-

same, freimütige künstlerische Erwidierungen in Bezug auf unsere Wirklichkeit. Mit der von Michel Foucault und auch von Jacques Derrida wieder stark gemachten Figur der *parrhesia* wird die Form ungeschützter, riskanter Sprache der Offenheit an ein Subjekt gekoppelt, das diesen Weg einschlagen kann (oder eben auch nicht). Zwischen Erzählimperativ und Fiktionsbedürfnis siedelt die Sagbarkeit. Die einzugestehende aristotelische Schlagseite dieser Ausführungen einrechnend, erscheint es eine unbedingte Notwendigkeit, die Kategorie der Imagination wieder verstärkt in den gesamtgesellschaftlichen Kreislauf hinzutreten zu lassen: Beispielsweise in der von Constantin Castoriadis beschriebenen wechselseitigen Formung von Individuum und Gemeinschaft bzw. Gesellschaft wird ein Imaginäres angesetzt, das Voraussetzung und Mitbedingung für das Entstehen bzw. den Bestand ebendieser Gesellschaft darstellt.

Ende und (Neu-)Anfang

Schwarz, weiß, grau – vor allem grau: So erscheint die postapokalyptische Wirklichkeit, die die „Welt der Söhne“ ist. Die Eröffnung dieses großartigen, bedrückenden Comics ist so wortkarg wie die von einem nicht näher definierten „Gift“ heimgesuchte Erde. Was man im ersten Moment für den Auftakt einer eigenwilligen Feriengeschichte halten könnte, entpuppt sich schon auf den ersten Seiten als Einblick in eine von Gewalt bestimmte Parabel über menschliche Beziehungen: Das Brüderpaar Lino und Santo erschlägt einen Hund, den sie als Beute zu ihrem Vater bringen. Die Heimat der mutterlosen Familie ist ein karger Pfahlbau an einem See, in unmittelbarer Nähe wohnen noch der Jäger Aringo, eine „Hexe“ und das von der unerklärten Katastrophe deformierte Zwillingspaar Lorenzo und Matteo. Die weiter entfernten Gebiete sind für die beiden Kinder ebenso verbotenes Terrain wie Worte, die Zuneigung oder Schwäche signalisieren. Der strenge Vater ist – ganz im Ansinnen, seine Söhne zum Überleben zu erziehen – ein allzeit gewaltbereiter Despot mit vielen Geheimnissen. Für seine Söhne hat er nur Anweisungen und Drohungen, alles andere geht in sein Notizbuch ein – ein handgeschriebenes Dokument, das sich den Kindern mangels Lesefähigkeit entzieht. Als er, heimlich herzkrank, schließlich stirbt, bleibt seine Botschaft nicht nur für seine Nachfahren unlesbar, sondern auch für die Leser: Über mehrere aufeinanderfolgende Seiten hinweg wird Einblick in die verschmierten, fleckigen Aufzeichnungen geboten. Man vermeint etwas entziffern zu können, irrt sich, versucht

es erneut, scheitert und kann doch nicht davon lassen.

Diese Form des Entzugs ist durchaus passend, um das Setting von Gipsis neuem Comic zu beschreiben; das Verlangen nach Einsichtnahme (und vielleicht auch: nach Einsicht) bestimmt die Situation von Lino und Santo: Ihr Weg führt sie zu Aringo, den sie töten, weil sie ihn irrtümlich für den Mörder ihres Vaters halten; er führt sie zur „Hexe“, der heimlichen Geliebten des Verstorbenen, die von Anhängern eines mörderischen Kults entführt wird, und er führt sie auch zu den Zwillingen, die ihnen als Gegenleistung für Arbeit versprechen, das

Notizbuch vorzulesen. Doch die Brüder werden mit der Lektüre verträutet, Lorenzo und Matteo sind berechnender, als ihr auf den ersten Blick einfältig freundliches Wesen vermuten lässt. Das Haus der Zwillinge ist deshalb auch nicht die letzte Station dieses Endspiels, sondern ein altes Industriegelände. Dort hausen die schwer bewaffneten „Gläubigen“, die marodierend und ausschließlich ihren Instinkten verpflichtet umherziehen. Gipsis Comic ist eine stimmige Mischung vertrauter Motive und Märchenanleihen, der italienische Künstler führt eine wortwörtliche „Welt der Söhne“ vor, in denen Familie und Gemeinschaft einer



184 Seiten

ISBN 978-3-95853-284-7

Preis: 20,- €

Hrsg. von Andreas Koch, Peter Schay, Wibke Voigt im Auftrag des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)

Die Adaptionenbehandlung

Handbuch zur zweiten Phase der stationären medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Unter Mitarbeit von Simone Schwarzer

In der Adaptionenbehandlung werden komplexe Leistungen vorgehalten, die zunehmend auch Behandlungsstrategien für Rehabilitanden mit komorbiden Störungen beinhalten müssen.

Die Adaptionenrichtungen verzahnen medizinische und soziale Aspekte, um die Rehabilitanden auf ihrem Weg zu einer selbständigen und abstinenter Lebensführung sowie bei der beruflichen Integration zu unterstützen.

In diesem Handbuch werden erstmalig Inhalte, Ziele und Zielgruppen dieser Behandlungsform ausführlich beschrieben: In dem „Grundsatzpapier Adaptionenbehandlung“ des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) formulieren die verbandszugehörigen Adaptionenrichtungen Rahmenbedingungen und Schwerpunkte der Adaptionenbehandlung. In den weiteren Kapiteln werden die Bedeutung und die Effektivität der Adaptionenbehandlung aus unterschiedlichen Perspektiven dargestellt:

- Ergebnisse einer Studie zur Effektivität der beruflichen und sozialen (Re-)Integration,
- Bedeutung der Adaption aus
 - sozialmedizinischer Sicht und
 - der Sicht der Deutschen Rentenversicherung,
- Beschreibung von Fallbeispielen,
- Basis- und Strukturdaten,
- Ergebnisse einer Patientenbefragung.

MitarbeiterInnen in Suchthilfe-Einrichtungen und bei unterschiedlichen Leistungsträgern wird eine äußerst effektive Behandlungsform vorgestellt, deren umfassendes Behandlungsangebot für noch mehr abhängigkeitskranke Menschen genutzt werden sollte.

Auch MitarbeiterInnen in benachbarten Leistungsbereichen (Psychiatrie, Jugendhilfe, Sozialhilfe, Jobcenter/Agentur für Arbeit u.v.m.) zeigt das Handbuch vielfältige Möglichkeiten, wie sie in ihrem beruflichen Kontext mit einem umfassenden, modernen Verständnis des komplexen Krankheits-/Störungsbildes „Sucht“ zielgerichtet arbeiten können.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
 pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.de

tödlichen, nicht enden wollenden Belastungsprobe ausgesetzt sind und Frauenfiguren abwesend oder stark limitiert erscheinen. Lino und Santo sind, gemeinsam mit anderen Figuren, somit einerseits Vertreter einer ersten Generation, die nur noch diffuse Erinnerungen an die verlorene Welt hat. Sie sind andererseits aber vielleicht auch die ersten Vertreter einer neuen, hoffnungsfroheren Zukunft. Gipi lässt das mit dem letzten Panel des Comics, der das allgegenwärtige Grau in ein gleißendes Weiß überführt, offen. Es scheint zumindest nicht völlig unmöglich, die Kette der Gewalt zu durchbrechen und auf ein Wiederfinden tatsächlicher Gemeinschaft zu setzen. Gipis eindringliche, persönliche Arbeit „Die Welt der Söhne“ ist nichts weniger als ein Meisterwerk.

**Gipi (2018). *Die Welt der Söhne*.
Berlin: avant-verlag.**

Weiterführende Literatur

- Bachur, J. P. (2017). *Schrift und Gesellschaft. Die Kraft der Inskriptionen in der Produktion des Sozialen*. Weilerwist: Velbrück Wissenschaft.
- Ballhausen, T. (2015). *Signaturen der Erinnerung. Über die Arbeit am Archiv*. Wien: Edition Atelier.
- Ballhausen, T. (2016). *Gespensersprache. Notizen zur Geschichtsphilosophie*. Wien: DER KONTERFEI.
- Blanchot, M. (2007). *Die uneingestehbare Gesellschaft*. Berlin: Matthes & Seitz.
- Busse, T. (2000). *Weltuntergang als Erlebnis. Apokalyptische Erzählungen in den Massenmedien*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Calvino, I. (2012). *Sechs Vorschläge für das nächste Jahrtausend. Harvard-Vorlesungen*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Canetti, E. (2011). *Masse und Macht*. München: Hanser.
- Castoriadis, C. (1990). *Gesellschaft als imaginäre Institution. Entwurf einer politischen Philosophie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Derrida, J. (2015). *Diese seltsame Institution genannt Literatur*. Berlin: Brinkmann & Bose.
- Duncan, R. & Smith, M. J. (2009). *The power of comics. History, form & culture*. With an introduction by Paul Levitz. New York: Continuum Books.
- Fioretos, A. (2017). *Wasser, Gänsehaut. Essay über den Roman*. München: Hanser.
- Foucault, F. (2012a). *Die Regierung des Selbst und der anderen. Vorlesungen am Collège de France 1982/83*. Berlin: Suhrkamp.
- Foucault, F. (2012b). *Der Mut zur Wahrheit. Die Regierung des Selbst und der anderen II. Vorlesungen am Collège de France 1983/84*. Berlin: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2014). *Die Regierung der Lebenden. Vorlesungen am Collège de France 1979-1980*. Berlin: Suhrkamp.
- Friesinger, G., Ballhausen, T. & Schoßböck, J. (Hrsg.) (2017). *Id/Entity. Entwürfe – Erzählungen – Perspektiven*. Wien: edition mono/monochrom.
- Friesinger, G., Ballhausen, T. & Schoßböck, J. (Hrsg.) (2018). *End-Zeit. Das Apokalyptische zwischen Politik, Prognose & Technologie*. Wien: edition mono/monochrom.
- Ghosh, A. (2017). *Die große Verblendung. Der Klimawandel als das Undenkbare*. München: Blessing.
- Gutjahr, M. & Jarmer, M. (Hrsg.) (2016). *Von Ähnlichkeit zu Ähnlichkeit. Maurice Blanchot und die Leidenschaft des Bildes*. Wien: Turia + Kant.
- Koschorke, A. (2018). *Fact and fiction. Elements of a general theory of narrative*. Berlin: De Gruyter.
- Malapas, J. (Ed.) (2011). *The place of landscape*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Metzner, J. (1976). *Persönlichkeitszerstörung und Weltuntergang. Das Verhältnis von Wahrnehmung und literarischer Imagination*. Tübingen: Niemeyer.
- Renn, J. & Scherer, B. (Hrsg.) (2017). *Das Anthropozän. Zum Stand der Dinge*. Berlin: Matthes & Seitz.
- Schikowski, K. (2014). *Der Comic. Geschichte, Stil, Künstler*. Stuttgart: Reclam.
- Stewart, S. (1993). *On longing. Narratives of the miniature, the gigantic, the souvenir, the collection*. Durham: Duke University Press.

Bildnachweise

Alle Abbildungen © Gipi/avant-verlag. Der Abdruck wurde mit der freundlichen Unterstützung von Filip Kolek/avant-verlag ermöglicht.



© Chris Saupier, 2016

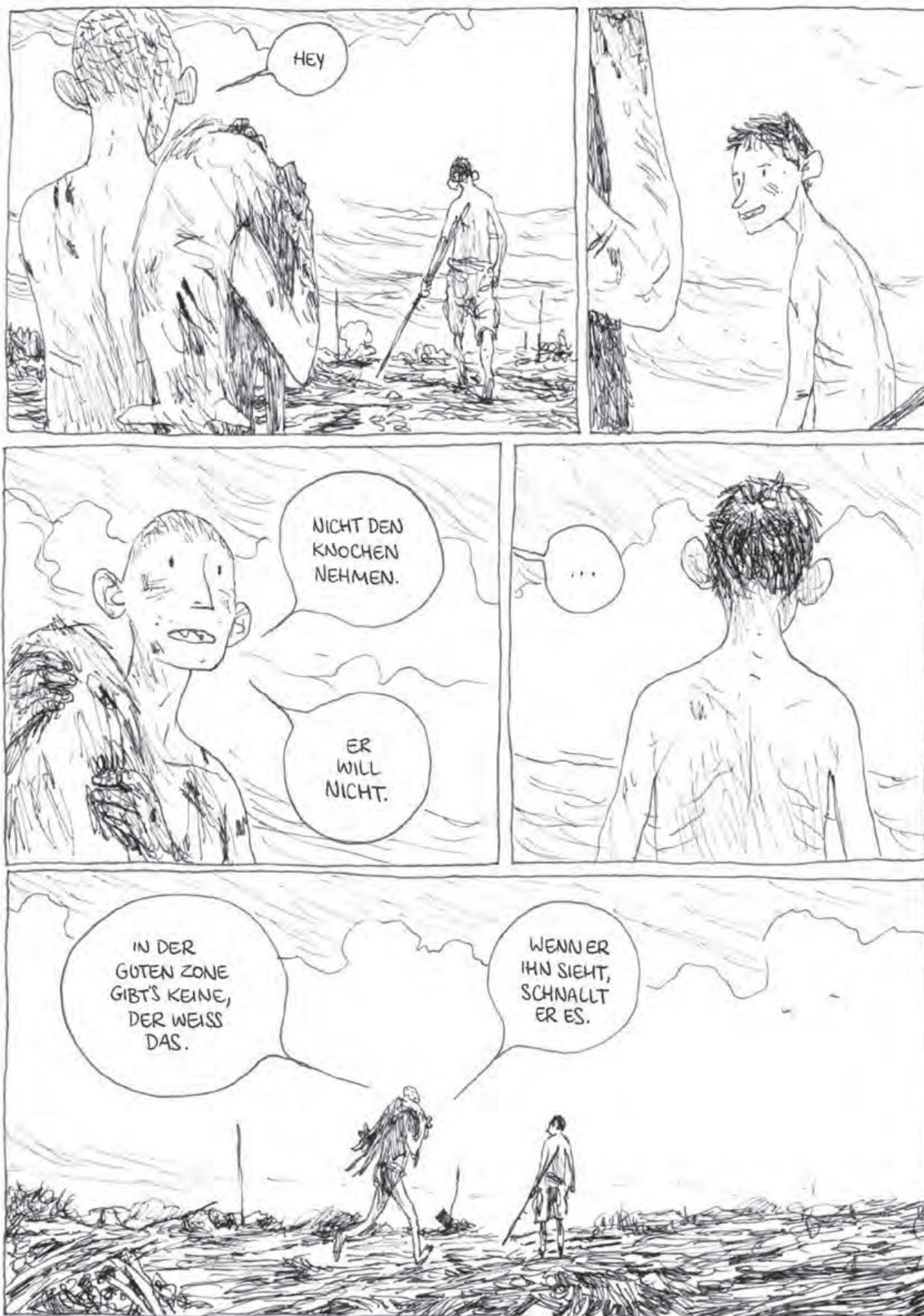
Mag. Dr. Thomas Ballhausen

Autor, Literaturwissenschaftler
und Kulturphilosoph.

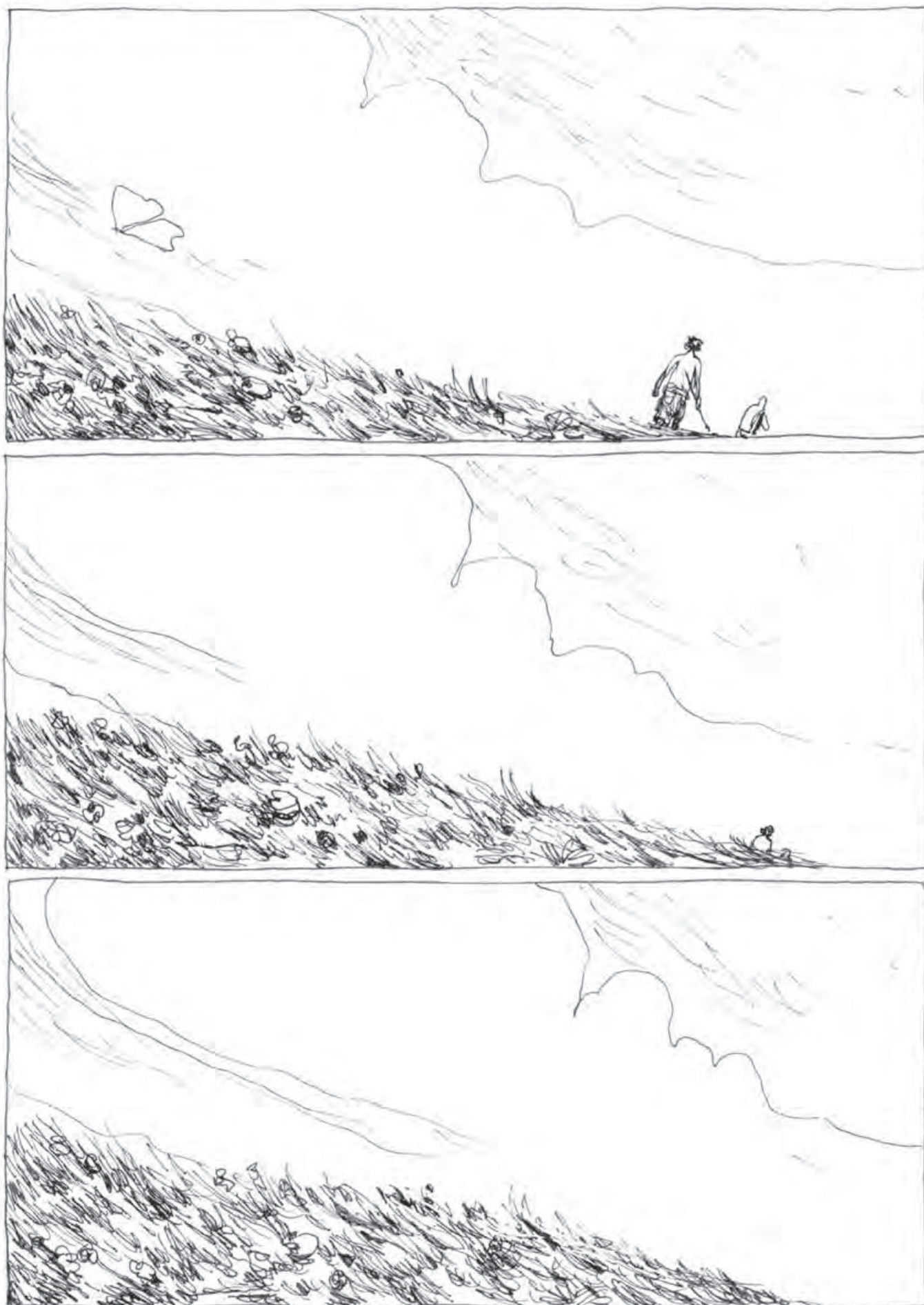
Lehrbeauftragter an der Universität Wien
und an der Universität Mozarteum Salzburg.
t.ballhausen@gmail.com

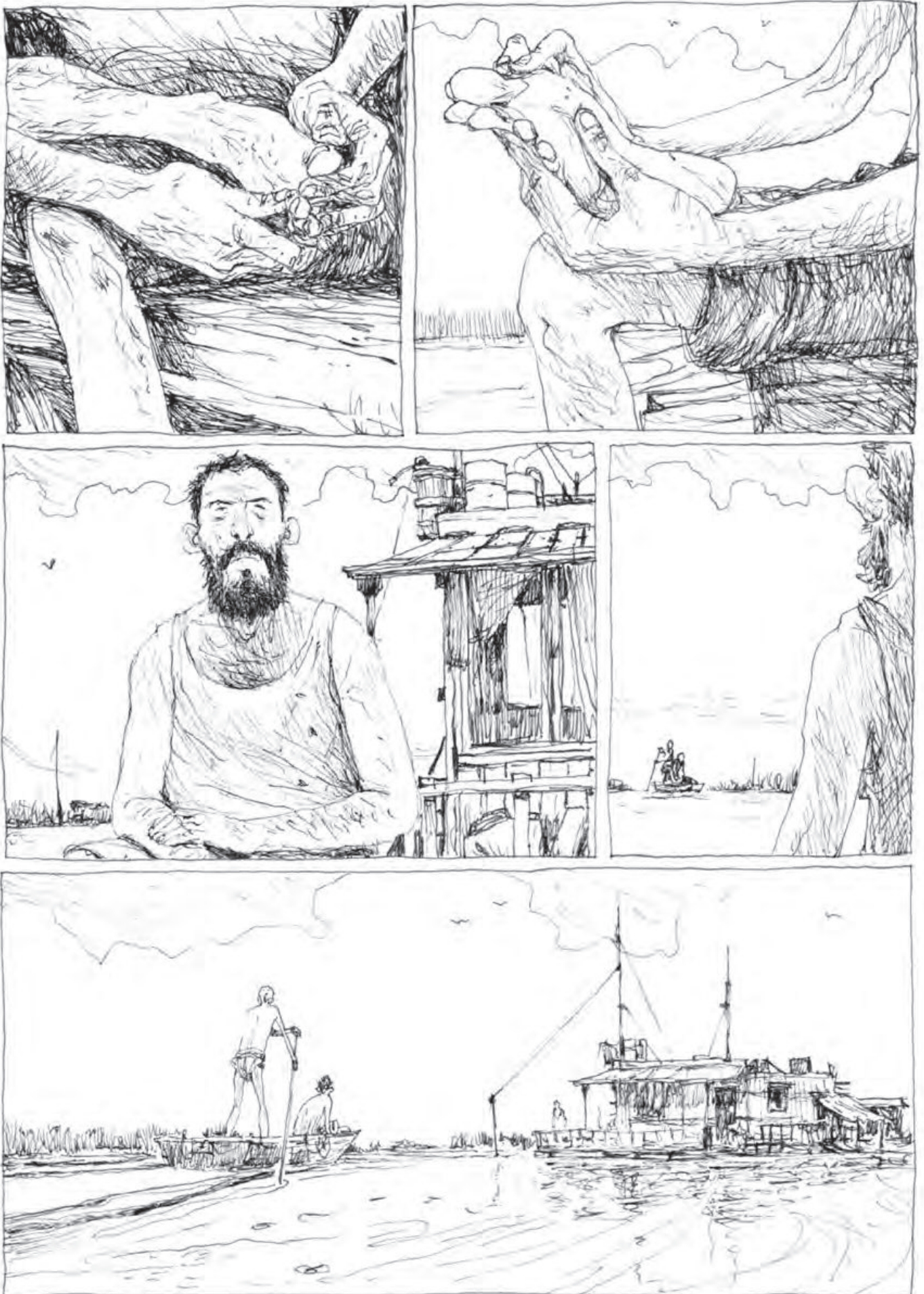












Glücksspiele und Glücksspielsucht: Ausgewählte Forschungsbefunde und Herausforderungen für das Suchthilfesystem

Tobias Hayer, Johanna Meyer & Lydia Girndt

1 Glücksspiel und Glücksspielsucht: Eine kurze Einführung

Der nationale Glücksspielmarkt zeichnet sich durch eine breite Produktpalette, eine Wettbewerbssituation zwischen verschiedenen Anbieter*innen und eine zunehmende Ausdifferenzierung der Vertriebswege aus. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Glücksspielprodukte sorgt für das Setzen immer neuer Spielanreize und somit für eine ungebrochene Stimulation der Glücksspielnachfrage in der Bevölkerung. Während die Mehrheit aller Spielteilnehmer*innen in verantwortungsbewusster Weise „zockt“ und Glücksspiele nur sporadisch nutzt bzw. als kurzweiliges, spannungsgeladenes Freizeitvergnügen wahrnimmt, entwickelt eine signifikante Minderheit glücksspielbezogene Probleme mit zum Teil schwerwiegenden finanziellen und/oder psychosozialen Konsequenzen (Hayer et al., 2014). So berichtet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018) im aktuellen Ergebnisbericht zu ihrer in 2017 durchgeführten Prävalenzerhebung von einem Anteil von 0,56 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung mit einem problematischen („missbräuchlichen“) Glücksspielverhalten. Daneben zeigt ein Bevölkerungsanteil von 0,31 Prozent ein pathologisches („süchtiges“) Glücksspielverhalten. Hochgerechnet auf die 16- bis 70-jährige Bevölkerung entspricht diese Größenordnung etwa 326.000 bzw. 180.000 Personen. Allerdings tauchen im professionellen Hilfesystem grundsätzlich nur wenige Betroffene auf (Hayer & Meyer, 2010). Zum Beispiel schätzt Meyer (2018) für 2016, dass hierzulande lediglich 24.100 Klient*innen mit der Einzeldiagnose „pathologisches Spielen“ in ambulanten Suchtberatungsstellen vorstellig wurden. Darunter bilden Geldspielautomatenspieler*innen mit 72,3 Prozent die mit Abstand größte Teilgruppe.

Für die Suchtforschung sowie das Hilfesystem ergeben sich vor diesem Hintergrund eine Vielzahl an relevanten Fragestellungen und (neuen) Herausforderungen. Im Folgenden soll

es in erster Linie darum gehen, die besondere Phänomenologie der Glücksspielsucht aufzuzeigen, bestimmte Risikofaktoren und -gruppen zu benennen und abschließend Implikationen für ein integriertes Hilfesystem abzuleiten.

2 Glücksspielsucht: Erscheinungsbild und Folgen im Überblick

Nach ihrer klassifikatorischen Neueinordnung als Verhaltenssucht im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (vgl. American Psychiatric Association/Falkai et al., 2015) gehört die pathologische Ausprägung des Glücksspielverhaltens neuerdings auch laut International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) zum Spektrum der Abhängigkeitserkrankungen (<https://icd.who.int>). Unter dem Begriff „Glücksspiel-Störung“ („Gambling Disorder“) gelistet, nennt die ICD-11 folgende drei Leitsymptome:

- 1) der Verlust der Handlungskontrolle, etwa über Spielhäufigkeit, -intensität oder -dauer;
- 2) eine wachsende Priorisierung des Glücksspiels bei gleichzeitiger Vernachlässigung anderer Interessen und Aktivitäten;
- 3) die Fortführung oder Eskalation des Glücksspielverhaltens trotz sich einstellender negativer Auswirkungen.

Weiterhin resultieren die fehlangepassten Verhaltensmuster im Zusammenhang mit dem Glücksspiel in bedeutsamen Beeinträchtigungen des persönlichen, familiären, sozialen oder beruflichen Lebensbereiches. Im Fokus des Krankheitsbildes steht der subjektiv erlebte Kontrollverlust, der verhindert, dass Betroffene ihre Vorsätze in Bezug auf die Glücksspielaktivitäten im Allgemeinen und die Höhe der Geldeinsätze im Speziellen einhalten können (vgl. Meyer & Bachmann, 2017). Gleichzeitig setzen bei den Betroffenen Überlegungen ein, Verluste durch erneute Spielteilnahmen auszugleichen bzw. sich das verlorene Geld rasch wieder zurückholen zu wollen (sog. Chasing-Verhalten).

Anstrengungen, das „Zocken“ aufzugeben oder zu reduzieren, bleiben häufig erfolglos; allein die erneute Verfügbarkeit finanzieller Mittel kann dem Rückgriff auf alte Verhaltensmuster Vorschub leisten. Zudem verlieren Gewinne auf Dauer ihre Bedeutung: So steigern süchtige Spieler*innen ihre Glücksspielaktivitäten im Sinne einer Toleranzentwicklung schrittweise, um die angestrebte emotionale Erregung zu erzielen. Der Versuch, weniger zu spielen oder ganz auf das Glücksspiel bzw. die damit verbundene psychotrope Wirkung zu verzichten, kann schließlich in entzugsähnlichen Erscheinungen wie wachsende Ungeduld, allgemeine Unruhe, Gereiztheit, aggressive Impulsdurchbrüche, beschaffungsdelinquentes Verhalten oder Suizidalität münden.

Die oben beschriebenen Charakteristika erinnern in der Gesamtschau stark an die bekannten Phänomene einer Substanzabhängigkeit. Jedoch birgt die Glücksspielsucht bei genauerer Betrachtung einige Besonderheiten, die wichtige Implikationen für die Praxis mit sich bringen (vgl. Hayer & Meyer, 2010; Meyer & Bachmann, 2017). Als stoffungebundene Sucht hat sie zunächst keine direkten körperlichen Beeinträchtigungen zur Folge. Zudem existieren weder Nadeleinstiche noch ein auffälliger Geruch, Pupillenerweiterungen oder ähnliche äußerliche Veränderungen, die auf ein offensichtliches Suchtgeschehen hinweisen könnten. Viele Betroffene sind darüber hinaus sehr erfinderisch in ihren Erklärungen für finanzielle Engpässe und häufige Abwesenheiten – das Führen eines Doppellebens stellt in diesem Kontext keine Seltenheit dar. Nicht umsonst werden pathologische Spieler*innen häufig exzellente Schauspieler*innen genannt. In der Konsequenz bleibt die Glücksspielproblematik oftmals lange Zeit unentdeckt und vor dem sozialen Nahumfeld (z.B. Familie, Freund*innen, Arbeitskolleg*innen) verborgen. Daher lässt sich die Glücksspielsucht auch zutreffend als „verborgene Abhängigkeit“ („Hidden Addiction“) bezeichnen. Hinzu kommt, dass Schuld-, Scham- und Stigmatisierungsprozesse, Tendenzen der Bagatellisierung, Rationalisierung oder Selbsttäuschung die Hemmschwelle für die Betroffenen, professionelle Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen, noch weiter nach oben schrauben bzw. Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention deutlich erschweren. Gerade die oftmals zu beobachtende Stigmatisierung von glücksspielsüchtigen Personen als willensschwach oder „schlechte Charaktere“ (vgl. Hing et al., 2016) impliziert zum einen eine einseitig-verzerrende Zuschreibung der Verantwortung für die Erkrankung in Richtung Betroffene. Zum anderen stellt sich

zwangsläufig die Frage nach der prinzipiellen Akzeptanz dieser psychischen Störung (sowie anderer Verhaltenssuchte) auf gesellschaftlicher Ebene (vgl. Thege et al., 2016).

Eine weitere Besonderheit der Glücksspielsucht, auch in Abgrenzung zu stoffgebundenen Suchterkrankungen, bildet die Rolle des Geldes. Auf symptomatischer Ebene ist hier in erster Linie auf das Kriterium „Bail-out“ zu verweisen: Der Betroffene verlässt sich darauf, dass andere Personen Geld bereitstellen, um die durch das „Zocken“ verursachte finanzielle Misere überwinden zu können (vgl. Hayer & Meyer, 2010). Ohnehin mutiert das Geld im Verlauf einer fehlangepassten Spieler*innenkarriere immer mehr zu Spielgeld; der tatsächliche Geldwert wird von den Betroffenen zumeist gar nicht mehr wahrgenommen oder komplett ausgeblendet. Dass die Glücksspielsucht generell eine teure Suchterkrankung darstellt, liegt auf der Hand. Personen mit einem pathologischen Spielverhalten sind im Mittel deutlich höher verschuldet als Personen, die andere Formen von Suchterkrankungen aufweisen (vgl. Meyer, 2018): So beträgt bei 15,8 Prozent der „Glücksspiel-Klient*innen“ von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen die Verschuldung mehr als 25.000 Euro, während dies beispielsweise nur auf 4,0 Prozent der Alkoholabhängigen oder 8,8 Prozent der Kokainabhängigen zutrifft. Die finanziellen Belastungen wirken sich zudem unmittelbar auf die Familie aus und führen in vielen Fällen, zusammen mit der Enttäuschung darüber, jahrelang belogen worden zu sein, zu konflikthafter oder zerrütteten Verhältnissen. Bereits an dieser Stelle deutet sich der hohe Belastungsgrad auf Seiten der Angehörigen und damit der Bedarf an entsprechenden Entlastungs- und Beratungsangeboten für diese Klientel an (Buchner et al., 2013).

3 Risikofaktoren: Die Suchttrias als heuristisches Ordnungsschema

An der Entstehung süchtigen Verhaltens sind generell immer viele verschiedene Faktoren und Prozesse beteiligt. In diesem Kontext lassen sich Risikofaktoren als Merkmale oder Bedingungen verstehen, die im probabilistischen Sinne zur Entstehung und Aufrechterhaltung von problematischen Verhaltensweisen beitragen. Zu ihrer Kategorisierung bietet sich die Suchttrias und somit ein Drei-Ebenen-Modell an, das

- (1) suchtmittelbezogene,
- (2) umgebungsbezogene sowie
- (3) individuumsbezogene

Risikofaktoren unterscheidet (vgl. Meyer & Bachmann, 2017).

Bei Glücksspielen als potenziellen Suchtmitteln (Ebene 1) erlaubt zunächst die theoretische Analyse der Veranstaltungsmerkmale eine durchaus präzise Einschätzung ihres Stimulations- und damit Gefährdungspotenzials (Meyer et al., 2010). Hierbei spielen spezifische Elemente des „Game Designs“ wie etwa eine schnelle Spielabfolge oder die Gewinnstruktur, die über Verstärkungseffekte die Bindung an das Glücksspiel fördern, eine zentrale Rolle. Daneben erleichtern situative Faktoren wie eine hohe Verfügbarkeit, leichte Griffnähe oder extensive Produktvermarktung den Zugang zum Glücksspiel. Zu den Glücksspielformen mit einem hohen Gefährdungspotenzial zählen infolgedessen primär das gewerbliche Automatenspiel in Spielhallen und Gaststätten, bestimmte Formen von Kasinospielen und internetgestützte Live-Sportwetten. Im Gegensatz dazu wird zum Beispiel Lotto „6 aus 49“ aufgrund des lang gestreckten Spielablaufs und der verzögerten Gewinnausschüttung als ein Glücksspiel mit geringen Suchtgefahren eingestuft.

Im Bereich der Umgebung (Ebene 2) reichen die Risikofaktoren vom Makrosystem (z.B. die Einstellung der Gesellschaft zum Glücksspiel inkl. Normen, Werte und Traditionen oder die gegebenen Arbeits- und Lebensverhältnisse) bis hin zu einzelnen Mikrosystemen (z.B. familiäre Strukturen oder Sozialbeziehungen in der Schule bzw. am Arbeitsplatz). Grundsätzlich ist als Folge der fortschreitenden Liberalisierung der Glücksspielmärkte mit einer weiteren Erhöhung der Spielanreize und damit zumindest kurzfristig auch mit einer steigenden Teilnahme in der Bevölkerung zu rechnen (zum komplexen Zusammenhang von Verfügbarkeit und Problemausmaß vgl. weiterführend mit Meyer et al., 2018). Darüber hinaus prägen extensive Werbeaktivitäten die Wahrnehmung des Glücksspiels als „normales Wirtschaftsgut“. Glücksspiele halten vermehrt Einzug in viele verschiedene Lebensbereiche der Bevölkerung und rücken damit, begleitet von einer Veränderung sozialer Normen, sukzessive in die Mitte der Gesellschaft. Bereits Moore und Ohtsuka (1999) konnten vor geraumer Zeit zeigen, dass soziale Normen starke Prädiktoren für die Teilnahme an Glücksspielen darstellen. Hierbei ist die Nähe zur Referenzgruppe (z.B. Familie, Peer-Gruppe, Mitglieder in Sportvereinen) von besonderer Bedeutung. Davon unabhängig bietet sich das Glücksspiel immer als lustbetonte und spannungsgeladene Alternative zur Routine und Monotonie des Alltags einer modernen Industriegesellschaft an (Meyer & Bachmann, 2017).

Als Risikofaktoren auf der Ebene des Individuums (Ebene 3) gelten in Anlehnung an Meyer und Bachmann (2017) genetische und neurobiologische Besonderheiten, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (u.a. Impulsivität, geringer Selbstwert, unangemessener Umgang mit Stress) und unterschiedliche psychische Belastungen (u.a. dysphorische Stimmungslagen, Traumata) genauso wie soziodemographische Merkmale (u.a. Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund). Aufgrund ihrer Relevanz für einen bedarfsgerechten und passgenauen Zuschnitt von professionellen Hilfeangeboten bzw. für den Auf- und Ausbau von Netzwerkstrukturen geht das folgende Kapitel näher auf ausgewählte personenbezogene Faktoren ein.

4 Personengruppen mit besonderen Risikomerkmalen: Wer ist gefährdet für die Entwicklung glücksspielbezogener Probleme?

Mittlerweile liegt in Deutschland auf Bevölkerungsebene ein gesichertes Wissen zum Ausmaß von Problemen im Zusammenhang mit dem Glücksspiel vor (für einen vollständigen Überblick über alle Studien s. Meyer, 2018). Zusätzlich konnten die epidemiologischen Untersuchungen wiederholt folgende Populationssegmente als vulnerabel bestimmen: Männer, Personen bildungsferner Schichten, Individuen mit Migrationserfahrungen und Arbeitslose (vgl. Hayer et al., 2014). Daneben existiert eine Vielzahl an empirischen Hinweisen, dass Jugendliche im Allgemeinen (Hayer, 2012) sowie Kinder aus glücksspielsuchtbelasteten Familien im Speziellen (Hayer et al., 2006) anfällige Subgruppen repräsentieren.

Demgegenüber mangelt es hierzulande noch an wissenschaftlichen Erkenntnissen zu spezifischen Wirkmechanismen und funktionalen Verknüpfungen zwischen einzelnen Prädiktoren und dem Outcome „Glücksspielproblematik“. Eine Ausnahme stellen die empirischen Analysen von Kastirke et al. (2015) dar, die der Frage nachgingen, ob demographische Risikofaktoren und die individuellen Glücksspiel-Präferenzen für die erhöhten Prävalenzraten bei Personen mit Migrationshintergrund verantwortlich sind. Die Ergebnisse zeigen, dass die oben genannten Bedingungen zwar einen Teil, aber nicht das volle Ausmaß des erhöhten Risikos erklären. Die Autoren diskutieren daraufhin weitere Erklärungsansätze: So lassen sich unter anderem Vulnerabilitätsfaktoren anführen, die häufiger mit Migrationsprozessen in Verbindung stehen und ihrerseits die

Wahrscheinlichkeit fehlangepasster Entwicklungsverläufe erhöhen. Zu diesen Merkmalen gehören eine dysfunktionale Emotionsregulation, defizitäre Coping-Skills, mangelnde Sprachkenntnisse oder aber das Fehlen eines sozialen Gefüges, welches womöglich unterstützend im Umgang mit glücksspielbezogenen Problemen wirkt. Daneben formen kulturelle Überzeugungen, Normen und Werte, welche Spielformen überhaupt als akzeptabel attribuiert werden. Ähnliche Überlegungen lassen sich zur funktionalen Rolle von Arbeitslosigkeit anstellen. Zum Beispiel kann die Veruntreuung von Geld am Arbeitsplatz dem Weiterspielen dienen. In diesem Fall wäre jene Form der Beschaffungskriminalität und die dadurch bedingte Kündigung Negativauswirkung einer glücksspielbedingten Fehlentwicklung. Umgekehrt geht der Verlust des Arbeitsplatzes ursächlich mit finanziellen Einbußen, diversen psychosozialen Beeinträchtigungen und einer gewissen Strukturlosigkeit im Alltag einher. Die Verlockungen des Glücksspiels und vor allem die in Aussicht gestellten Geldgewinne stehen hier für einen möglichen Kompensationsmechanismus, verbunden mit der Gefahr einer nachfolgenden Eskalation des Spielverhaltens.

Abseits dessen kristallisieren sich weitere Personengruppen mit Risikomerkmale heraus, denen bisher in Deutschland wenig Beachtung geschenkt wurde. Erstens sind an dieser Stelle Mitglieder von Sportvereinen zu nennen. Unter anderem konnten Meyer et al. (2013) im Rahmen einer Pilotstudie mit 294 organisierten Sportler*innen sowohl eine erhöhte Teilnahmeprävalenz in Sachen Sportwetten als auch eine erhöhte Prävalenz problematischen Spielverhaltens belegen. Dieser Zusammenhang besitzt offenbar für Erwachsene wie Jugendliche und sowohl im Breiten- als auch im Leistungssport Gültigkeit (Hayer, 2017). Eine genuine Begeisterung für den Sport und das selbstzugeschriebene Fachwissen bzw. der damit verbundene Irrglaube, die eigene Sportexpertise beim Wetten in einfacher Art und Weise zu Geld machen zu können, verkörpern in diesem Zusammenhang mit hoher Wahrscheinlichkeit die zentralen Triebfedern. Zweitens mehrten sich die empirischen Hinweise, dass unter Strafgefangenen ein deutlich erhöhtes Ausmaß glücksspielbezogener Probleme evident ist (z.B. Turner et al., 2009). Bei einem signifikanten Anteil der kriminellen Aktivitäten dürfte es sich um Beschaffungsdelinquenz zur Finanzierung der Glücksspielexzesse handeln. Die Durchbrechung des Kreislaufes von „Zocken“, Verschuldung und Kriminalität zählt infolgedessen bei dieser spezifischen Klientel zu einem wesentlichen Ansatzpunkt beraterischen bzw. therapeutischen

Handelns. Drittens deutet sich zumindest für die USA (Nower et al., 2015) und England (Sharman et al., 2015) an, dass unter Obdachlosen überzufällig häufig Personen mit einem (ehemaligen) problematischen bzw. pathologischen Spielverhalten zu finden sind. Welchen Stellenwert bzw. welche Funktion das Glücksspiel im Entwicklungsverlauf bei diesem Personenkreis hat, welche Rolle andere psychische Störungen spielen und ob diese Ergebnisse überhaupt ohne Weiteres auf die deutschen Verhältnisse zu übertragen sind, muss derzeit jedoch aufgrund von erheblichen Forschungsdefiziten offen bleiben. Viertens dürften Suchterkrankungen im Alter – insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in der Bevölkerung – zunehmend an Bedeutung gewinnen. Ob dies speziell auch für die Glücksspielsucht zutrifft und Senior*innen tatsächlich eine Personengruppe mit besonderen Risikomerkmale konstituieren, kann derzeit nicht abschließend beantwortet werden (für die heterogene Befundlage auf globaler Ebene in Abhängigkeit lokaler Spielangebote vgl. Subramaniam, 2015, oder Thompson & McNeilly, 2016). In Deutschland scheint zumindest ein entsprechender Behandlungsbedarf vorhanden zu sein (Schwager, 2013).

5 Komorbide Belastungen und Subtypen von pathologischen Glücksspieler*innen

Eine Vielzahl an nationalen wie internationalen Forschungsergebnissen verweist in konsistenter Weise darauf, dass die Glücksspielsucht in der Regel nicht isoliert, sondern vielmehr zusammen mit weiteren psychischen Störungen auftritt (vgl. mit den Überblicksarbeiten von Slecza et al., 2013, oder Yakovenko & Hodgins, 2018). Jener Sachverhalt gilt augenscheinlich sowohl in der Allgemeinbevölkerung (Lorains et al., 2011) als auch im klinischen Setting (Dowling et al., 2015). Die höchsten Komorbiditätsraten bei stationär behandelten Personen bezogen auf die Zwölf-Monats-Prävalenz zeigen sich hierzulande nach Premper und Schulz (2008) für affektive Störungen (vornehmlich depressiver Art), Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und substanzbezogene Störungen. Bei 70,3 Prozent jener Stichprobe lagen eine oder mehrere psychische Störungen bereits vor Beginn der Spieler*innenkarriere vor; 63,4 Prozent der Befragten entwickelten nach Beginn der Glücksspielaktivitäten mindestens eine psychische Störung. Eine aktuelle Studie von Mann et al. (2017) bestätigt, dass 88 Prozent der untersuchten pathologischen Glücksspieler*innen,

rekrutiert über das Hilfesystem, als komorbide Erkrankung eine Substanzabhängigkeit benennen (80 Prozent eine Nikotin- und 28 Prozent eine Alkoholabhängigkeit). Darüber hinaus sind Verwandte ersten Grades im Vergleich zu den Verwandten einer gesunden Kontrollgruppe eher gefährdet, selbst eine Alkoholabhängigkeit bzw. ein pathologisches Glücksspielverhalten auszubilden sowie Suizidversuche zu begehen.

Diese Erkenntnisse bringen vielfältige Implikationen für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung des professionellen Versorgungsangebots für betroffene Glücksspieler*innen und ihr soziales Nahumfeld mit sich. In erster Linie bleibt festzuhalten, dass pathologisch spielende Personen keineswegs eine homogene Gruppe darstellen (vgl. Hayer et al., 2018), und die Art bzw. Funktionalität der komorbiden Belastung(en) bei der Behandlungsplanung ein differenziertes Vorgehen verlangt. In diesem Kontext kritisieren Martyres und Townshend (2016) die wenig praxisnahe Beschränkung vieler Forschungsarbeiten auf einzelne Hilfesektoren. Vielmehr dürfte ein signifikanter, bislang weitgehend unberücksichtigter Anteil an Menschen mit glücksspielbezogenen Problemen aufgrund der komorbiden Symptomatik in weitere Gesundheits- oder Hilfesysteme eingebunden sein. Eine Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren ist daher unverzichtbar, um auf die Ganzheitlichkeit der Bedürfnisse der Betroffenen in adäquater Weise eingehen zu können. Schließlich deuten die Befunde an, dass die Anfälligkeit für süchtige Konsummuster innerhalb der Familie offensichtlich weitergegeben wird und gerade Kinder mit einem suchtbelasteten Elternteil erhöhten Unterstützungs- bzw. Förderbedarf mit sich bringen (s.o.). Hierbei ist es aus dem Blickwinkel der Praxis heraus zunächst unerheblich, ob diese Vulnerabilität primär auf genetischen Komponenten oder psychologischen Prozessen (z.B. Modelllernen) basiert.

Zur Bündelung diverser Einflussfaktoren auf die Genese einer Glücksspielsucht haben Blaszczynski und Nower (2002) einen in der Fachliteratur viel beachteten integrativen Erklärungsansatz in Form verschiedener Entwicklungspfade postuliert. Ausgehend von gemeinsamen ätiologischen Hintergründen und ähnlichen Vermittlungsprozessen können mit jener Taxonomie in Abhängigkeit von den jeweils vorherrschenden biopsychosozialen Risiken die folgenden drei Subtypen voneinander abgegrenzt werden:

- Pfad 1 beschreibt die sogenannten verhaltenskonditionierten Problemspieler*innen. Dieser Subtyp ist im Vorfeld der Entwick-

lung des glücksspielsüchtigen Verhaltens im psychopathologischen Sinne überwiegend unauffällig. Der Verlust der Handlungskontrolle fußt im Wesentlichen auf dem Einfluss klassischer und operanter Konditionierungsmechanismen sowie kognitiver Verzerrungsmuster. Erbas und Buchner (2016) nehmen an, dass dieser Personenkreis noch am ehesten motiviert ist, formale Hilfen in Anspruch zu nehmen.

- Auf Pfad 2 bewegen sich emotional anfällige Spieler*innen, die schon vor den Anfängen des „Zockens“ psychische Auffälligkeiten wie eine depressive oder ängstliche Symptomatik oder einen niedrigen Selbstwert aufweisen. Das Glücksspiel fungiert hier als Kompensationsmittel, um alltägliche Belastungen aushalten oder in Gänze ausblenden zu können. Es ist zu beachten, dass die zugrundeliegende Problematik im Zuge der Intervention auf jeden Fall Berücksichtigung finden sollte.
- Pfad 3 skizziert antisoziale, impulsive Spieler*innen. Zusätzlich zu den oben beschriebenen Besonderheiten lässt sich dieser Subtyp durch Anzeichen einer frühkindlichen Störung und neurologische bzw. neurochemische Dysfunktionen kennzeichnen. Als typisch erweisen sich weiterhin hohe Werte bei den Persönlichkeitsmerkmalen Impulsivität und Sensation Seeking, Aufmerksamkeitsdefizite, antisoziale Verhaltenstendenzen, ein übermäßiger Substanzkonsum und ein ausgeprägtes Verlangen nach stimulierenden Aktivitäten. Betroffene dieser Subgruppe sind nur schwer zur Behandlungsaufnahme zu bewegen, zeigen eine geringe Compliance und haben zudem hohe Abbruchraten. Ferner reagieren sie kaum auf Interventionen (Erbas & Buchner, 2016).

Erste empirische Befunde mit einer klinischen Stichprobe aus Deutschland bestätigen das Vorliegen dieser drei Subtypen mit jeweils unterschiedlichen Pathologiegraden im Kern (vgl. Hayer et al., 2018). Infolgedessen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass es je nach Entwicklungspfad verschiedenartiger Hilfeangebote mit variierender Interventionsintensität bedarf, um eine möglichst effektive und nachhaltige Verhaltensänderung zu ermöglichen. Eine Grundvoraussetzung dafür bildet die valide Erfassung der Subtypen, etwa mit dem neu konzipierten „Gambling Pathways Questionnaire“ (GPQ), der in seiner endgültigen Fassung eine – auch für Praktiker*innen – noch überschaubare Anzahl von 48 Items umfasst (Nower & Blaszczynski, 2017). Die Übersetzung

dieses Messinstruments in die deutsche Sprache steht kurz vor der Finalisierung.

6 Implikationen für ein integriertes Hilfesystem

In der Gesamtbetrachtung bieten die vorliegenden Erkenntnisse zahlreiche Anknüpfungspunkte für eine evidenzgestützte Ausgestaltung des formalen Hilfesystems, vor allem in Bezug auf die Etablierung passgenauer Ausstiegshilfen mit besonderer Ausrichtung auf Personengruppen mit gewissen Risikmerkmalen und ihre jeweiligen Bedürfnisse. Nachdem in Deutschland bereits in den 1990er Jahren die Grundlagen für eine Professionalisierung der Beratung bzw. Behandlung von glücksspielsüchtigen Personen geschaffen und konsequenterweise im Suchthilfesystem verankert wurden, lässt sich heutzutage nicht zuletzt dank des Inkrafttretens des ersten Glücksspielstaatsvertrages im Jahre 2008 von einer „zweiten Welle“ in der Versorgung Betroffener sprechen (Petry, 2013). Resultat dieser Entwicklung war die Schaffung von ausdifferenzierten Unterstützungsangeboten sowohl im Hinblick auf die identifizierten Zielgruppen als auch was die Interventionsart anbelangt. An dieser Stelle sei beispielhaft auf die indikative Spezialisierung der Behandlung im stationären Bereich verwiesen, die mittlerweile das Geschlecht, Altersunterschiede, verschiedene ethnische Hintergründe, diverse komorbide Störungen (z.B. ADHS, Persönlichkeitsstörungen, stoffgebundene Suchterkrankungen) und Setting-Variablen (z.B. Eltern-Kind-Behandlungen, Soziotherapie von chronisch mehrfachbehinderten Personen) berücksichtigt (vgl. mit den Einzelbeiträgen in Petry, 2013). Weitere wichtige Säulen und in der Regel erste Anlaufstellen für Betroffene bilden die landesweit etwa 300 Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung mit dem Schwerpunkt „Glücksspielsucht“, ungefähr 200 Selbsthilfegruppen für Glücksspielende und zunehmend auch niedrigschwellige Kontaktmöglichkeiten in Form von Telefon-Hotlines, onlinegestützten Beratungen bzw. Chats oder Internetforen (vgl. Petry et al., 2013). In Ergänzung hierzu stehen Versorgungs- und Informationsangebote wie die Schaltung von „Glücksspiel-Hotlines“ in türkischer (Şahinöz, 2015) oder russischer Sprache exemplarisch für das gezielte Ansprechen bestimmter Personengruppen und damit für die Übersetzung epidemiologischer Forschungsbefunde in den Praxisalltag.

Während diese Entwicklungstrends den Erreichbarkeitsgrad der Betroffenen langfristig erhöhen dürften und damit zweifellos zu

begrüßen sind, besteht weiterhin Optimierungsbedarf insbesondere im Hinblick auf die Durchlässigkeit der einzelnen Säulen des Hilfesystems bzw. die Auflösung etwaiger Schnittstellenproblematiken. Eine enge Kooperation bzw. strukturelle Vernetzung der Suchthilfe mit anderen Hilfeeinrichtungen ist unabdingbar, um Synergieeffekte nutzbar zu machen und Interventionen im Sinne der Passgenauigkeit effektiver zu gestalten. Zu diesen „Partner-Institutionen“ sollten neben der Selbsthilfe primär Schuldnerberatungen, aber auch Justizvollzugsanstalten, Jobcenter oder allgemeine Familien- und Beratungsstellen zählen. Unter Umständen bietet sich regional auch eine engere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeut*innen an, da in diesem Segment offenbar – nicht zuletzt aufgrund der häufig anzutreffenden komorbiden Störungen (s.o.) – eine nicht unerhebliche Anzahl an Personen mit (zusätzlicher) Glücksspielproblematik anzutreffen ist (Kraus et al., 2011). Schließlich sei angemerkt, dass Hinweise auf die regionalen Angebote der Suchthilfe in den entsprechenden Spielstätten vor Ort (Lottoannahmestellen, Spielhallen, Spielbanken, Wettbüros etc.) verfügbar sein sollten. Ob sich eine weiterführende „Zusammenarbeit“ mit Glücksspiel anbietenden allerdings lohnt und als sinnvoll erweist, bedarf der Prüfung im Einzelfall und muss immer unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten kritisch abgewogen werden.

Des Weiteren existieren einige vielversprechende Handlungsansätze, die bislang in Deutschland nur am Rande Aufmerksamkeit erfahren haben. Auszugsweise sind folgende Herausforderungen für die Präventions- bzw. Interventionspraxis zu nennen:

- der Auf- und Ausbau von eigenständigen Hilfeangeboten für das soziale Nahumfeld von Personen mit einer Glücksspielproblematik (v.a. Lebenspartner*innen, Eltern und Kinder; vgl. Buchner et al., 2013; Hayer et al., 2006; Hayer & Brosowski, 2016);
- die grundsätzliche Verbesserung der Versorgungslage für adoleszente Problemspieler*innen, die in Institutionen der ambulanten Suchtberatung oder stationären Suchtbehandlung üblicherweise kaum oder gar nicht präsent sind (für mögliche [Hinter-]Gründe s. Hayer, 2012);
- die Ergänzung bereits bestehender Programme der betrieblichen Suchtprävention um das Thema „Glücksspielsucht“ zumindest in größeren Unternehmen (u.a. Aufklärung und Sensibilisierung in Bezug auf die mit Glücksspielen assoziierten Risiken, Stärkung von Prozessen der Früherkennung und Frühintervention, Erstellung von

verbindlichen Regeln zur Nutzung mobiler Endgeräte am Arbeitsplatz und damit auch des Zugangs zu internetbasierten Glücksspielen);

- die intelligente Erschließung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien als ergänzendes Element bei der Unterstützung vulnerabler Personenkreise (z.B. Hinzuziehung von Smartphone-Applikationen im Zuge der Prävention oder Nachsorge; ein erstes gelungenes Beispiel stellt die App „PlayOff“ der Landesstelle Glücksspielsucht Bayern dar, die der Kontrolle des eigenen Spielverhaltens dienen soll);
- eine verbesserte Verzahnung von Spielersperre und Hilfeangeboten (so besteht im Glücksspielbereich in einigen Marktsegmenten die einmalige Option, eine Spielersperre und damit eine Art „individuelle Verfügbarkeitsbeschränkung“ in Anspruch zu nehmen – jedoch mangelt es noch an einer strukturellen Vernetzung mit den professionellen Angeboten der Suchthilfe zur bestmöglichen Ausschöpfung der mit diesen beiden Interventionen jeweils verbundenen Positiveffekte; vgl. aktuell mit den konkretisierenden Forderungen von Hayer et al., 2018, oder Motka et al., 2018);
- die Konzeption, Umsetzung und wissenschaftliche Evaluation von lebensweltnahen Präventionsprogrammen für spezifische Settings bzw. Zielgruppen (z.B. Sportvereine, Berufsschulen).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass das formale Hilfesystem hierzulande trotz der genannten Optimierungspotenziale schon zum jetzigen Zeitpunkt ein gutes Fundament aufweist. Diese Beurteilung gilt im Allgemeinen sowohl im Hinblick auf die präventive Abwehr der Gefährdungen im Zusammenhang mit dem Glücksspiel als auch für die Bereitstellung von passgenauen Ausstiegshilfen für bereits glücksspielsüchtige Personen. Die von der staatlichen Glücksspielpolitik gesetzten Rahmenbedingungen (und damit die konkrete Ausgestaltung der nationalen Glücksspielmärkte) erleichtern bzw. erschweren dabei in unmittelbarer Weise das Gelingen der Präventions- bzw. Interventionspraxis. So ist aus der Perspektive des Spieler*innenschutzes aus verschiedenen Gründen eine restriktive Grundausrichtung mit einem kleinen, konsequent regulierten Glücksspielmarkt zu empfehlen (Hayer & Meyer, 2004; Meyer & Hayer, 2010). Infolgedessen darf nicht vergessen werden, dass der Nutzen einer (integrativen) Suchthilfe immer auch ein Stück weit von politischen Entscheidungsprozessen abhängt.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA)/Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M. et al. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Buchner, U. G., Koytek, A., Gollrad, T., Arnold, M. & Wodarz, N. (2013). *Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel: Das psychoedukative Entlastungstraining ETAPPE*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland: Ergebnisse des Surveys 2017 und Trends*. Köln: BZgA.
- Dowling, N., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S. et al. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49, 519-539.
- Erbas, B. & Buchner, U. G. (2012). Pathological gambling – Prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (10), 173-179.
- Hayer, T. (2012). *Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für präventive Handlungsstrategien*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Hayer, T. (2017). Editorial: Die Regulation von Sportwetten – Quo vadis? *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 12, 445-446.
- Hayer, T. & Brosowski, T. (2016). *Evaluation der Telefon-Hotline NRW für Glücksspielsüchtige und Angehörige: Differenzierte Analysen zum Anruferprofil*. Bielefeld: Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht NRW.
- Hayer, T. & Meyer, G. (2004). Die Prävention problematischen Spielverhaltens – Eine multidimensionale Herausforderung. *Journal of Public Health/Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 12, 293-303.
- Hayer, T. & Meyer, G. (2010). Prävention glücksspielbezogener Probleme – Früherkennung und Frühintervention als zentrale Bausteine des Spielerschutzes. In: W. Kirch, M. Middeke & R. Rychlik (Hrsg.), *Aspekte der Prävention* (S. 133-141). Stuttgart: Thieme.
- Hayer, T., Bernhart, C. & Meyer, G. (2006). Kinder von pathologischen Glücksspielern: Lebensbedingungen, Anforderungen und Belastungen. *Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung*, 12 (2), 60-77.
- Hayer, T., Rumpf, H. J. & Meyer, G. (2014). Glücksspielsucht. In: K. Mann (Hrsg.), *Verhaltenssuch-*

- te: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention (S. 11-31). Berlin: Springer.
- Hayer, T., Brosowski, T., Meyer, G. & Prkno, M. (2018). Unterschiedliche Subtypen von pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern: Empirische Befunde aus dem ambulanten Suchthilfesystem. *Suchttherapie*, 19, 21-30.
- Hayer, T., Turowski, T., Meduna, M. von, Brosowski T. & Meyer, G. (2018). *Studie zur Wirkung und Optimierung von Spielersperren und Sozialkonzepten in Spielhallen in Hessen*. Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration.
- Hing, N., Russell, A. M. T., Gainsbury, S. M. & Nuske, E. (2016). The public stigma of problem gambling: Its nature and relative intensity compared to other health conditions. *Journal of Gambling Studies*, 32, 847-864.
- Kastirke, N., Rumpf, H.-J., John, U., Bischof, A. & Meyer, C. (2015). Demographic risk factors and gambling preference may not explain the high prevalence of gambling problems among the population with migration background: Results from a German nationwide survey. *Journal of Gambling Studies*, 31, 741-757.
- Kraus, L., Sassen, M., Kroher, M., Taqi, Z. & Bühringer, G. (2011). Beitrag der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse einer Pilotstudie in Bayern. *Psychotherapeutenjournal*, 10, 152-156.
- Lorains, F. K., Cowlshaw, S. & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.
- Mann, K., Leménager, T., Zois, E., Hoffmann, S. et al. (2017). Comorbidity, family history and personality traits in pathological gamblers compared with healthy controls. *European Psychiatry*, 42, 120-128.
- Martyres, K. & Townshend, P. (2016). Addressing the needs of problem gamblers with co-morbid issues: Policy and service delivery approaches. *Journal of Gambling Issue*, 33, 68-81.
- Meyer, G. (2018). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2018* (S. 113-133). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2017). *Spielesucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. Berlin: Springer.
- Meyer, G. & Hayer, T. (2010). Problematisches und pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen: Epidemiologie und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 295-305.
- Meyer, G., Häfeli, J., Mörsen, C. & Fiebig, M. (2010). Die Einschätzung des Gefährdungspotenzials von Glücksspielen. *Sucht*, 56, 405-414.
- Meyer, G., Meyer, J., Zielke, M. & Hayer, T. (2013). Verbreitung von Sportwetten und glücksspielbezogenem Suchtverhalten in Sportvereinen: Eine Pilotstudie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 92, 189-196.
- Meyer, G., Kalke, J. & Hayer, T. (2018, in press) The impact of supply reduction on gambling participation and disordered behavior. *Sucht*.
- Moore, S. M. & Ohtsuka, K. (1999). The prediction of gambling behavior and problem gambling from attitudes and perceived norms. *Social Behavior and Personality*, 27, 455-466.
- Motka, F., Grüne, B., Braun, B. & Kraus, L. (2018, in Druck) Spielersperren in Deutschland: Stand der gesetzlichen Glücksspielregelungen und ihre Umsetzung. *Suchttherapie*.
- Nower, L. & Blaszczynski, A. (2017). Development and validation of the Gambling Pathway Questionnaire (GPQ). *Psychology of Addictive Behaviors*, 31, 95-109.
- Nower, L., Eyrich-Garg, K. M., Pollio, D. E. & North, C. S. (2015). Problem gambling and homelessness: Results from an epidemiologic study. *Journal of Gambling Studies*, 31, 533-545.
- Petry, J. (Hrsg.) (2013). *Differentielle Behandlungsstrategien beim pathologischen Glücksspiel*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Petry, J., Füchtenschnieder-Petry, I., Vogelgesang, M. & Brück, T. (2013). *Pathologisches Glücksspielen*. Suchtmedizinische Reihe, Band 6. Hamm: DHS.
- Premper, V. & Schulz, W. (2008). Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. *Sucht*, 54, 131-140.
- Şahinöz, C. (2015). *Glücksspielsucht unter türkischen Migranten in Deutschland*. Norderstedt: Books on Demand.
- Schwager, J. C. (2013). Die Behandlung von älteren Glücksspielern. In: J. Petry (Hrsg.), *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen* (S. 49-61). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Sharman, S., Dreyer, J., Aitken, M., Clark, L. & Bowden-Jones, H. (2015). Rates of problematic gambling in a British homeless sample: A preliminary study. *Journal of Gambling Studies*, 31, 525-532.
- Sleczka, P., Kraus, L., Braun, B. & Bühringer, G. (2013). Komorbide Störungen bei pathologischen Glücksspielern: Ein Überblick. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 3 (2), 171-177.
- Subramaniam, M., Wang, P., Soh, P., Vaingankar, J. A. et al. (2015). Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 41, 199-209.
- Thege, B. K., Colman, I., el-Guebaly, N., Hodgins, D. C. et al. (2016). Social judgements of behavioral versus substance-related addictions: A population-based study. *Addictive Behaviors*, 42, 24-31.

- Thompson, K. M. & McNeilly, D. P. (2016). Populations at risk for a gambling disorder: Older adults. *Current Addiction Reports*, 3, 275-279.
- Turner, N. E., Preston, D. L., Saunders, C., McAvoy S. & Jain, U. (2009). The relationship of problem gambling to criminal behavior in a sample

of Canadian male federal offenders. *Journal of Gambling Studies*, 25, 153-169.

- Yakovenko, I. & Hodgins, D. C. (2018). A scoping review of co-morbidity in individuals with disordered gambling. *International Gambling Studies*, 18, 143-172.



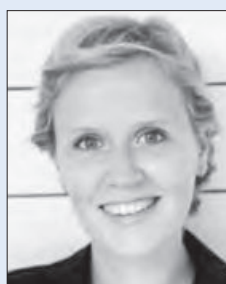
Dr. phil. Tobias Hayer

Diplom-Psychologe
seit 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter am
Institut für Psychologie und Kognitionsfor-
schung der Universität Bremen. Promotion
zum Thema „Jugendliche und Glücksspiel-
bezogene Probleme“ (2012). Forschungs-
schwerpunkt: verschiedenartige Facetten der
Glücksspielsucht.
tobha@uni-bremen.de
www.tobha.de



Lydia Girndt

Diplom-Psychologin
Beraterin, Coach, seit 2017 wissenschaftliche
Mitarbeiterin am Institut für Psychologie und
Kognitionsforschung der Universität Bremen.
Forschung im Bereich der Glücksspielsucht



Johanna Meyer

Diplom-Psychologin
Psychotherapeutin in Ausbildung, seit 2018
wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut
für Psychologie und Kognitionsforschung der
Universität Bremen. Forschung im Bereich der
Glücksspielsucht

Konsum und Abhängigkeit von Alkohol und Straßendrogen nach der Lebensmitte: Modelle der Versorgung in Deutschland

Martin Schmid & Irmgard Vogt

1 Substanzkonsum ab der Lebensmitte und gesundheitliche sowie soziale Folgen

Die Zahl der psychoaktiven Substanzen, die auf den legalen und illegalen Märkten angeboten werden, wächst ständig an, weil immer neue Mittel und Medikamente erfunden werden. Das spiegelt sich auch in den statistischen Daten wider, in denen immer genauer aufgeschlüsselt wird, welche Personen von welchen Substanzen abhängig geworden sind. Sieht man ab von den psychoaktiven Medikamenten, die Allgemeinärzte und andere Fachärzte verschreiben, sind es vor allem zwei Personengruppen, die die Klientel der professionellen Suchthilfe darstellen. Zum einen geht es um Personen, die Probleme mit Alkohol (allein oder in Kombination mit Tabak und mit anderen psychoaktiven Medikamenten bzw. mit Schmerzmitteln) haben, und zum anderen um Personen, die sich viele Stoffe auf den illegalen Märkten besorgen. Wir gehen im Folgenden auf diese beiden Gruppen und ihre Versorgung durch die professionelle Suchthilfe ausführlich ein.

In Deutschland hat der Konsum von alkoholischen Getränken im Alltag und bei Festen eine sehr lange Tradition. Dazu gehört auch ein frühes Einstiegsalter in diesen Konsum, nämlich im Übergang von der Kindheit zum Jugendalter. Der Konsum von fünf bis sechs Einheiten eines alkoholischen Getränkes bei einer Gelegenheit (Rauschtrinken, Lange et al., 2017a) ist in den späteren Jugendjahren und im frühen Erwachsenenalter (bis 30 Jahre) vergleichsweise häufig, jedenfalls häufiger als in den folgenden Alterskohorten. Das gilt so nicht für den riskan-

ten Konsum, also von zehn und mehr Gramm reinen Alkohols pro Tag bei Frauen und 20 und mehr Gramm bei Männern: Bis zum Alter von ca. 65 Jahren nehmen diese Konsummuster zu. Erst im höheren Lebensalter findet man einen leichten Rückgang, wie die Daten der Tabelle 1 ausweisen.

Obwohl also der Einstieg in den Konsum von Alkohol im Jugendalter stattfindet und obwohl Rauschtrinken bis zum Alter von 30 Jahren recht häufig ist, sucht die Mehrzahl der Menschen mit Alkoholproblemen eine ambulante oder stationäre Behandlung erst vergleichsweise spät im Leben auf. Im Durchschnitt sind die Frauen und Männer, die die professionelle Suchthilfe wegen ihrer Alkoholprobleme in Anspruch nehmen, 45,5 Jahre alt (Braun et al., 2017). Viele von ihnen könnten dann schon viele Jahre lang alkoholbezogene Probleme gehabt haben.

Eine Vielzahl von Studien weist aus, dass Alkoholkonsum mit einer Reihe von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Verbindung steht. Nach Rommel et al. (2016; Rübenach, 2007) starben im Jahr 2014 14.095 volljährige Personen an einer direkt durch Alkoholmissbrauch verursachten Erkrankung. 90 Prozent der Sterbefälle entfallen auf die Diagnosen „Alkoholabhängigkeit“ (ICD-F10) und „Alkoholische Leberkrankheit“ (ICD-K70). Das Verhältnis von Männern zu Frauen lag bei 2,8:1. Dazu kommen Einschränkungen der Gesundheit in nahezu allen Systemen (Herz-Kreislauf, Leber, Niere usw. vgl. dazu Shields et al., 2014). Der Gipfel dieser Sterbefälle liegt in der Altersgruppe von 55 bis 64 Jahre. Etwas verallgemeinernd kann man also sagen, dass Menschen, die viele

Altersgruppen/ Risikokonsum	Männer %	Frauen %
45-64 Jahre	21,7 (20,2-23,3)	17,2 (15,9-18,6)
65+ Jahre	17,9 (16,4-19,6)	12,2 (10,7-13,9)

Tabelle 1

Anteil der Männer und Frauen mit riskanten Alkohol-Konsummustern ab 45 Jahren (Quelle: Lange et al., 2017b)

Jahre lang Probleme mit Alkohol haben, eine verkürzte Lebenserwartung haben, und dass viele von ihnen nicht älter als 65 Jahre werden.

Seit rund zwei Jahrzehnten beobachtet man, dass mit zunehmendem Alter andere und neue Gruppen von Personen alkoholbedingte Probleme entwickeln. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von „Späteinsteigern“ (Geyer, 2009, 2012; Wolter, 2011). Es handelt sich um Menschen, die bis zum Alter von 55, 60 oder 65 Jahren durchaus Alkoholisches konsumiert haben, jedoch meist sehr mäßig und sehr kontrolliert. Wenn mit dem Alter Anforderungen zurückgehen und die Einhaltung von Regeln z.B. mit dem Eintritt in den Ruhestand keine besonders große Rolle mehr spielen, kann es zu Konsumexzessen kommen mit der Folge, dass sich relativ schnell eine Abhängigkeit einstellt. Auch Vereinsamung am Ende des Berufslebens oder nach dem Tod des Partners oder der Partnerin kann dazu führen, dass sich die Betroffenen mit psychoaktiven Substanzen zu trösten suchen. Bei einer Kombination von Alkohol mit Beruhigungs- und Schlafmitteln ist die Gefahr einer Substanzkonsumstörung besonders groß. Die Gruppe der Späteinsteiger in die Alkoholabhängigkeit stellt neue Forderungen an die Hilfesysteme, auf die diese bislang nur ansatzweise reagiert haben.

Im Vergleich zu den Frauen und Männern ab 45 Jahren, die wegen ihrer Probleme mit Alkohol (allein oder in Kombination mit Zigaretten und dem unregelmäßigen Konsum von Schmerzmitteln) eines der vielen Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen, ist die Gruppe der Abhängigen von Straßendrogen¹, die 45 Jahre und älter sind, vergleichsweise klein. Anders als bei den Menschen mit Alkoholkonsumproblemen wächst ihre Zahl jedoch kontinuierlich an – ein Erfolg der niedrigschwelligen Hilfen und der medikamentösen Behandlungen derjenigen unter ihnen, die von Opiaten (insbesondere Heroin) abhängig sind.

Wir haben schon kurz darauf hingewiesen, dass Alkoholabhängigkeit mit großen gesundheitlichen Schäden und einer erheblichen Verkürzung der Lebenserwartung einhergehen kann. Ebenso dramatisch sind die gesundheitlichen Schäden, die mit dem langjährigen Konsum von Straßendrogen assoziiert sind. Eine Reihe von Studien belegt, dass der allgemeine Gesundheitszustand derjenigen Konsumierenden von Straßendrogen, die 45 Jahre und älter sind, demjenigen von 65- bis 75-jährigen Männern und Frauen entspricht (vgl. Schäffler et al., 2018; Vogt, 2011, 2015, 2016; Zurhold, 2017).

¹ Unter dem Begriff Straßendrogen werden im Folgenden alle psychoaktiven Substanzen zusammengefasst, die man auf realen und virtuellen schwarzen Märkten erwerben kann.

Da jedoch bei dieser Personengruppe die Mobilität sehr lange erhalten bleibt, und die Konsumierenden daher überwiegend in der Lage sind, sich selbst im eigenen Haushalt (z.B. im betreuten Einzelwohnen) zu versorgen, sind die gesundheitlichen Beschädigungen oft maskiert. Erst wenn schwere Krankheitsepisoden wie Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krebserkrankungen dazukommen, wird das ganze Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkungen sichtbar. Problematisch ist dann, dass es kaum passende pflegerische Angebote für diese Personengruppe gibt, insofern sie für reguläre Alten- und Pflegeheime gewissermaßen „zu jung“ und für andere Einrichtungen „zu alt“ und insgesamt „zu wenig angepasst“ an die täglichen Routinen sind, die das Leben in Pflegeeinrichtungen bestimmen. Neue Ansätze der „Jungen Pflege“, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird, versprechen erste Auswege.

Besonders problematisch ist, dass Menschen mit 50 und mehr Jahren, die seit vielen Jahren Suchtprobleme haben, gewöhnlich eine Reihe von Merkmalen mitbringen, die ihre Stigmatisierung befördert. Die Substanzkonsumstörungen bzw. die Süchte gehören zwar zu den psychischen Störungen, nehmen aber in dieser Gruppe eine Sonderstellung ein. Das lässt sich u.a. daran ablesen, dass ca. $\frac{4}{5}$ aller Deutschen (Briten, US-Amerikaner usw.) meinen, dass Sucht und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen selbstverschuldet ist, eine Einschätzung, die man hinsichtlich anderer psychischer Krankheiten wie Depressionen oder Schizophrenie nicht findet (Schomerus, 2011). Ebenso geht die Allgemeinbevölkerung davon aus, dass man den Betroffenen die Sucht ansieht, d.h. sie geht von stereotypen Vorstellungen und Bildern aus. Danach haben Süchtige häufig eine wächserne, ungesunde oder zerkratzte Haut, ein aufgedunsenes oder faltiges Gesicht, wässrige Augen oder Pupillen, die zu Stecknadeln zusammengeschrumpft sind, marode oder fehlende Zähne, eine schlaffe Körperhaltung usw. Anders gesagt scheint die Sucht denjenigen, die davon betroffen sind, körperlich eingeschrieben zu sein. Zum Stereotyp gehört auch, dass Süchtige ungepflegt sind, laut und rüpelhaft, oft ohne Rücksicht auf soziale Regeln im Umgang miteinander und ohne Distanz bei Annäherungen. Das trägt dazu bei, dass sie auf Dritte oft gefährlich wirken. Diese Gefahr ist nicht immer nur abstrakt, sondern realisiert sich auch in einer Reihe von Delikten wie z.B. Schlägereien, die von Menschen angezettelt werden, die unter Alkoholeinfluss stehen oder Diebstahl und Handtaschenraub von Drogenabhängigen. So verstärken sich stereotype Bilder mit Vorurteilen zu Stigmatisierungen. „Internationale Be-

völkerungsstudien zeigen, dass das Stigma von Suchterkrankungen im Vergleich zum Stigma anderer psychischer Erkrankungen geprägt ist von stärkeren Schuldvorwürfen, einer geringeren Akzeptanz ... 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“ (Schomerus et al., 2017, S. 254). Eine der vielen Folgen der Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen besteht darin, dass die Betroffenen ihre Probleme so lange wie möglich zu verdecken suchen. Auch darum liegt das Durchschnittsalter bei Menschen, die Probleme mit dem Konsum von Alkohol haben bzw. die alkoholabhängig sind und die zur Behandlung dieser psychischen Störung an einer Rehabilitationsbehandlung teilnehmen, bei 45 Jahren. Drogenabhängige², die sich dazu entschließen, an einer Rehabilitationsbehandlung teilzunehmen, sind mit im Durchschnitt 30 Jahren erheblich jünger (Fischer et al., 2017). Jedoch liegt das Einstiegsalter in den riskanten und schädlichen Konsum auch bei ihnen meist in den mittleren bis späten Jugendjahren; auch sie haben also schon viele Jahre mit ihren Suchtproblemen gelebt, bevor sie sich entschließen, sich auf die Angebote der professionellen Suchthilfe einzulassen.

Je älter Menschen werden, die Probleme mit Alkohol und anderen Drogen haben, umso mehr mischen sich Vorurteile und Stigmatisierungen im Zusammenhang mit Sucht mit denen, die sich auf das Alter schlechthin beziehen. Beauvoir (1972) hat typische Eigenschaften und Bilder, die mit dem Alter und mit alten Menschen assoziiert sind, deutlich und unmissverständlich formuliert. Danach hinterlässt Alter sowohl im Gesicht als auch im Körperbau und in der Körperhaltung seine sichtbaren Spuren, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen: Alte Menschen haben Falten im Gesicht und am Körper, sie haben Altersflecken und gelegentlich auch Schrunken im Gesicht und an den Händen, sie haben schlechte oder keine Zähne, sind krumm und schief, zittrig, gebrechlich und oft krank, langsam in der Auffassung und in ihren Reaktionen usw. Es handelt sich wiederum um Vorurteile

und Stereotype, in diesem Fall um negative Stereotype (vgl. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation, 2010). Vergleicht man die wichtigsten Aussagen zum Alter und zu alten Menschen mit denen zu Süchtigen, so fällt eine Reihe von Übereinstimmungen auf. Danach sieht man Alten und Süchtigen ihren Zustand am Gesicht, an den Zähnen und an ihrem Körper an: Sie wirken krank, schlaff und ausgeleugt. Diese Stereotype kommen bei süchtigen Menschen, die 45 Jahre und älter sind, zusammen; sie verbinden sich aufs Engste zu einem sehr negativen Bild, das den Umgang mit dieser Klientel mitbestimmt. Diese Stereotype wirken nicht nur in der Allgemeinbevölkerung und tragen dazu bei, die Betroffenen auszugrenzen, sie sind auch unter dem Fachpersonal in den Gesundheitsberufen verbreitet. Studien zeigen, dass Haus- und Allgemeinärzte oft selbst Probleme haben, (ältere) Süchtige zu behandeln, weil sie meinen, dass diese Klientel zusätzliche Schwierigkeiten macht, in den Wartezimmern unangenehm auffällt, und weil sie sie als Patienten erleben, die stressig und manipulativ sind, insbesondere wenn es um die Verschreibung von Medikamenten mit psychoaktiven Wirkungen geht (Gilchrist et al., 2011; Lloyd, 2013; Vogt, 2017). Auch das Pflegepersonal in Kliniken und in Praxen hat oft Vorurteile gegenüber dieser Personengruppe, wie folgendes Zitat belegt (Eppler et al., 2011, S. 195): „... dass wir teilweise Leute haben, darf man nicht vergessen, die ... kommen aus dem Drogenmilieu und sind eigentlich, was so die häusliche Umgebung angeht, verwahrlost. Und das ist ganz viel Arbeit mit den Leuten zu versuchen, halbwegs, man schafft es nicht einmal halbwegs, dass das Zimmer nicht vermüllt, oder dass nicht – sie haben teilweise überhaupt kein Benehmen mehr“. Zwei Personengruppen sind noch einmal mehr der Stereotypisierung und der Stigmatisierung ausgesetzt. Das sind zum einen Opioidabhängige, die medikamentös mit Methadon oder anderen Opioiden behandelt werden. Zum anderen betrifft das Frauen aller Altersgruppen, die von Straßendrogen abhängig sind: Sowohl in jungen Jahren und mehr noch im Alter werden sie von den Fachkräften in den Gesundheitsberufen noch etwas schlechter behandelt als (ältere) männliche Drogenabhängige (Vogt 2018). Das erhöht die Barrieren, die Frauen überwinden müssen, wenn sie sich wegen ihres Konsums von Straßendrogen Hilfen organisieren wollen.

In Alten- und Pflegeheimen spielen Vorurteile und Stigmatisierung bei der Versorgung von Drogenabhängigen, die regelmäßig Methadon oder Buprenorphin einnehmen, eine Rolle. Das Pflegepersonal assoziiert mit diesen Medikamenten meist ein ausschließlich nega-

² In dieser Gruppe findet man bei denjenigen, die an einer ambulanten oder stationären Behandlung teilnehmen bezogen auf die sogenannten Hauptdrogen erhebliche Differenzen im Durchschnittsalter. Menschen, die wegen Problemen mit Cannabis oder synthetischen Anregungsmitteln (Amphetamin, Methamphetamin usw.) in Behandlung sind, sind erheblich jünger als diejenigen, deren Hauptdroge Opioide sind (für Details vgl. Braun et al., 2017).

tiv geprägtes Stereotyp des Süchtigen, das sich zudem mit dem des Alters vermischt. Das hat zur Folge, dass die Einrichtungen die Aufnahme von Patienten und Patientinnen vermeiden oder sogar offen verweigern, die entsprechende Medikamente einnehmen müssen (Vogt et al., 2010). Die Hinweise auf die besonderen Versorgungsprobleme von Menschen in Substitutionsbehandlungen und von süchtigen Frauen belegen, dass die Vorurteile und Stereotype über Süchtige und über „alte“ Süchtige sehr virulent sind, was eine gute Versorgung dieser Klientel unter den gegebenen Bedingungen stark behindern kann.

Auch für die Späteinsteiger ist es oft sehr belastend, wenn sie wegen ihres exzessiven Konsums von Alkohol eine Behandlung benötigen. Immerhin gibt es mittlerweile an einigen Standorten Angebote für Seniorinnen und Senioren mit Alkoholproblemen (z.B. in der Johannesbad Fachklinik Fredeburg in Nordrhein-Westfalen); jedoch werden diese nur von wenigen Betroffenen wahrgenommen und auch nicht immer finanziert, obwohl mittlerweile gut belegt ist, dass die Späteinsteiger überdurchschnittlich gut davon profitieren.

2 Hilfen für Menschen mit Substanzkonsumproblemen ab der Lebensmitte

Das ausdifferenzierte Gesundheits- und Sozialsystem in Deutschland bietet Menschen mit Substanzkonsumstörungen in der zweiten Lebenshälfte sehr unterschiedliche Unterstützungsleistungen und Behandlungsmöglichkeiten an. Zu nennen sind dabei neben dem Sucht- und Drogenhilfesystem das allgemeine Gesundheitssystem, die ambulante und stationäre Pflege, die Eingliederungshilfe, die Rentenversicherungen, die Jobcenter und die Sozialhilfe. Dabei kann nochmals zwischen Leistungserbringern (z.B. einer Suchtberatungsstelle, die ambulante Rehabilitation anbietet) und den Leistungsträgern (z.B. der Rentenversicherung, die die Kosten für die ambulante Rehabilitation übernimmt) unterschieden werden. Bei der Vielzahl beteiligter Systeme und Organisationen liegt es auf der Hand, dass neben den einzelnen Angeboten der Vernetzung, der Koordination und dem Schnittstellenmanagement eine besondere Bedeutung zukommt. Inzwischen gibt es auch spezialisierte Leitfäden, die die unterschiedlichen Hilfesysteme und ihren Beitrag zur Behandlung von Menschen mit Substanzkonsumproblemen ab der Lebensmitte detailliert beschreiben (vgl. z.B. Bolz et al., 2017).

Die *ambulante und stationäre gesundheitliche Versorgung* nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) wird in Deutschland an erster Stelle von den rund 80.000 haus- und fachärztlichen Praxen sowie etwa 21.500 psychologisch psychotherapeutischen Praxen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018) und den knapp 2.000 Krankenhäusern (mit etwa 500.000 Betten) getragen (Statistisches Bundesamt, 2017a). Im Jahr 2016 wurden in den Akutkrankenhäusern rund 322.600 Patientinnen und Patienten mit einer F10-Hauptdiagnose (Alkohol) stationär behandelt (Statistisches Bundesamt, 2017b). Knapp die Hälfte (49%) davon war zwischen 45 und 65 Jahre alt und etwa 7,5 Prozent war älter als 65 Jahre. Wegen anderer psychotroper Substanzen wurden im Jahr 2016 rund 110.000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt, von denen die meisten allerdings jünger als 45 Jahre alt waren. 17 Prozent davon gehören zur Altersgruppe 45 bis 65 Jahre und knapp drei Prozent waren älter als 65 Jahre. Bei einem großen Teil dieser Behandlungen dürfte es sich um Entgiftungsbehandlungen handeln. Deutlich höher als diese Zahlen dürfte der Anteil von älteren Patientinnen und Patienten mit alkohol- oder drogenbezogenen Problemen liegen, die wegen anderer Hauptdiagnosen in Krankenhäusern und Arztpraxen behandelt werden. Die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DG-PPN) und DG Sucht zu „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ empfiehlt deshalb: „Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen sollen in der primärmedizinischen Versorgung auf Veränderung ihres Alkoholkonsums und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden“ (Geyer et al., 2015, S. 275). Allerdings kann diese Empfehlung nur greifen, wenn die Betroffenen den Mut haben, wegen ihrer Suchtprobleme in eine einschlägige Beratungs- oder Behandlungseinrichtung zu gehen. Ob sie das tun, hängt stark davon ab, wie sehr sie sich vor der damit verbundenen personalen Stigmatisierung fürchten, die zudem in eine familiäre und strukturelle Stigmatisierung übergehen kann. Das heißt, dass sie sich nicht nur als Person mit dem Stigma einer Diagnose „Substanzkonsumstörung“ bzw. „Sucht“ auseinandersetzen müssen, sondern dass auch ihre Angehörigen sowie Pflegende darauf reagieren. Die Folge davon kann eine weitgehende Ausgrenzung und Isolierung sein, was wiederum das Rückfallrisiko gerade dieser Personengruppe erheblich erhöht.

Die Postakutbehandlung in Form der Entwöhnungsbehandlung, bei der eine nachhaltige Abstinenz von Alkohol, Heroin und ande-

ren psychotropen Substanzen angestrebt wird, findet in Deutschland in der Regel im Rahmen einer ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation statt. Kostenträger hierfür sind primär die Rentenversicherungen, ersatzweise aber auch die Krankenkassen oder die Sozialhilfeträger. Aktuelle Katamnese Studien zufolge liegen die Erfolgsquoten der ambulanten und stationären Rehabilitation ein Jahr nach Entlassung bei alkoholbezogenen Diagnosen zwischen 40 und 50 Prozent (gemessen nach dem methodisch strengen DGSS-4-Standard, der auch nicht regulär entlassene Patientinnen und Patienten einbezieht und alle Non-Responder als nicht erfolgreiche Fälle behandelt) (Bachmeier et al., 2017; Medenwaldt, 2016). Deutlich niedriger liegen die entsprechenden Quoten bei illegalen Drogen (Fischer et al., 2017). Während stationäre Entwöhnungsbehandlungen in spezialisierten Fachkliniken durchgeführt werden, können ambulante Entwöhnungsbehandlungen auch von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen angeboten werden, wenn diese über entsprechend qualifiziertes Personal und ein vom Kostenträger anerkanntes Konzept verfügen. Anders als bei Alkohol finden sich für Menschen, die von illegalen Drogen abhängig sind, nach wie vor nur wenige ambulante Entwöhnungsangebote.

Da die Erfolgsquoten der Entwöhnungsbehandlung in den Katamnese Studien für Patientinnen und Patienten in der zweiten Lebenshälfte deutlich höher ausfallen als bei Jüngeren, kommt die aktuelle S3-Leitlinie zu „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ zu der Empfehlung, dass bei höherem Lebensalter Postakutbehandlung einschließlich Entwöhnungsbehandlung „mit Hinweis auf die überdurchschnittlich günstige Prognose angeboten werden“ soll (Missel et al., 2015, S. 290).

Bei Opioidabhängigen hat inzwischen die Substitutionsbehandlung eine größere Bedeutung als die Entwöhnungsbehandlung. Durchgeführt wird die Substitutionsbehandlung in haus- und fachärztlichen Praxen, in spezialisierten Ambulanzen sowie je nach örtlichen Gegebenheiten auch in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der größte Teil der 78.800 opioidabhängigen Substitutionspatientinnen und -patienten (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2018) wurden 2017 in Hausarztpraxen behandelt. Die Substitutionsbehandlung hat einen großen Anteil daran, dass viele opioidabhängige Menschen die zweite Lebenshälfte überhaupt erreichen (Soyka et al., 2011) und der Anteil älterer und alter Substitutionspatientinnen und -patienten seit Jahren kontinuierlich ansteigt.

Dass mehrjährige Substitution insofern wirkt, dass dadurch die Mortalität von Opioidabhängigen gesenkt wird, hat zum Beispiel die PREMOS-Studie gezeigt (Wittchen et al., 2011a). Dabei wurde aber auch deutlich, dass nur wenige aus der Substitutionsbehandlung heraus in abstinenzorientierte Angebote wechseln und es schaffen, auf Opioide völlig zu verzichten. Das bedeutet, dass ein großer Teil der aktuellen Substitutionspatientinnen und -patienten noch lange auf die Verschreibung von Opioiden und auf weitere, die Gesundheit erhaltende Unterstützungsleistungen angewiesen ist. Darauf wurde auch bei der Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) 2017 reagiert, insofern z.B. Rechtsunsicherheiten, die die ärztliche Aufsichtspflicht bei der Vergabe der Medikamente betrifft, beseitigt worden sind (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017). Darüber hinaus wurden die Take-Home-Regelungen und die Substitution im Rahmen von Alten- oder Pflegeheimen, Hospizen und in der ambulanten Palliativversorgung erleichtert. Da die substituierenden Ärztinnen und Ärzte in vielen Praxen ebenso altern wie ihre Patientinnen und Patienten und da viele von ihnen demnächst in den Ruhestand gehen werden, ist es nötig, jüngere Kolleginnen und Kollegen zu motivieren, diese Klientel zu übernehmen und entsprechend zu behandeln. Ob die Erleichterungen und inhaltlichen Verbesserungen der neuen BtMVV-Richtlinien ausreichen, um jüngere Ärztinnen und Ärzte für diese Aufgaben zu gewinnen, ist unklar. Für Rheinland-Pfalz zeichnet sich eine solche Entwicklung gegenwärtig nicht ab. Unter gesundheitlichen Aspekten ist zudem zu bedenken, dass die meisten Menschen, die wegen einer Opioid-Diagnose medikamentös behandelt werden, zudem Zigaretten rauchen, andere legale und illegale psychoaktive Substanzen konsumieren sowie – pauschal genommen – nicht sonderlich gesundheitsbewusst leben. Das alles gefährdet ihre Gesundheit ebenfalls. Daher ist damit zu rechnen, dass mit zunehmendem Alter der Bedarf sowohl an Behandlungen, die süchtiges Verhalten betreffen, als auch an Behandlungen, die alterstypisch sind, stark zunehmen wird.

Wenn Menschen mit Substanzkonsumstörungen älter werden, ihren Alltag und ihre Versorgung nicht mehr selbständig organisieren können und pflegebedürftig werden, sind sie wie viele andere älter werdende Menschen ohne Substanzkonsumstörungen auch auf die Leistungen der *Pflege* (SGB XI) angewiesen. Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 hat sich das System ambulanter und stationärer Pflege in Deutschland weitreichend verändert.

Seither sind alle Krankenversicherten auch verpflichtet, sich in einer Pflegekasse zu versichern. Anders als die Krankenversicherung deckt die Pflegeversicherung allerdings nicht alle Kosten der Pflege ab, so dass regelmäßig ein Kostenanteil bleibt, den die Pflegebedürftigen selbst, ihre Angehörigen oder ersatzweise der Sozialhilfeträger übernehmen muss. Seit 1995 ist eine Vielzahl ambulanter Pflegedienste neu entstanden. Dennoch wird der größte Teil der ambulanten Pflege nach wie vor von nahen Angehörigen übernommen (Bundesministerium für Gesundheit, 2016, S. 22-23). Da viele ältere Menschen mit Alkohol- oder anderen Drogenproblemen kaum noch über Kontakte im sozialen Nahraum verfügen, die Familien oft zerbrochen sind oder nie Familien gegründet wurden, muss bei sich entwickelnder Pflegebedürftigkeit mit einem höheren Bedarf an professioneller Pflege gerechnet werden.

Die Pflegekassen übernehmen die Kosten der Pflege nur, wenn Pflegebedürftigkeit besteht und vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bestätigt wurde. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde durch das letzte Pflegestärkungsgesetz neu definiert. Entscheidend ist, „inwieweit Betroffene in ihrer selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt sind – unabhängig davon, ob die zugrundeliegenden Einschränkungen somatischer, kognitiver und/oder psychischer Natur sind“ (Bolz et al., 2017, S. 19). Im Rahmen der Begutachtung erhebt der MDK den Unterstützungsbedarf für verschiedene Lebensbereiche wie Mobilität, Selbstversorgung (z.B. Körperpflege und Ernährung), Alltagsgestaltung und soziale Kontakte oder selbständigen Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und ordnet den Fall gegebenenfalls einem von fünf Pflegegraden zu. Je nach Pflegegrad übernimmt die Pflegeversicherung dann unterschiedlich hohe Leistungen für Pflegehilfsmittel, Pflegeberatung, Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (wie z.B. ein barrierefreies Bad), ambulante oder stationäre Pflege, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie sogenannte „anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag“ (Bolz et al., 2017, S. 22). Nicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehört die sogenannte medizinische Behandlungspflege wie z.B. die ambulante Wundversorgung. Auch die ambulante Vergabe von Medikamenten, die von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) verordnet werden wie z.B. Methadon, gehört nicht zu diesen Leistungen. Schon diese knappen Ausführungen zeigen, wie ausdifferenziert die Leistungen und wie komplex aber auch die entsprechenden Regelungen sind, so dass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen,

die zum ersten Mal Kontakt mit dem Versorgungssystem der Pflege haben, meist überfordert sind. Hilfreich sind hier die Angebote der Pflegeberatung sowie der Pflegestützpunkte, die es in mehreren Bundesländern (z.B. flächendeckend in Rheinland-Pfalz) gibt.

Auf Menschen mit Substanzkonsumproblemen spezialisierte ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen gibt es bislang in Deutschland kaum. Das liegt nicht zuletzt daran, dass ein ambulanter Pflegedienst auf hohe Fallzahlen und eine günstige Kostenstruktur angewiesen ist, die mit einer Spezialisierung auf Pflegebedürftige mit Substanzkonsumproblemen kaum zu erreichen sind. In Großstädten wie Berlin gibt es vereinzelt Pflegedienste, die auf die Pflege von Menschen mit einer AIDS-Erkrankung spezialisiert sind und oft auch Drogenabhängige mit und ohne AIDS versorgen (Hilckmann, 2011, S. 230). Eine Ausbreitung solcher Pflegedienste in der Region oder wenigstens in den Großstädten hat bislang nicht stattgefunden.

Für Menschen, die wegen ihrer Opioid-Diagnosen medikamentös behandelt werden und im Alter von 45 bis 50 Jahren bereits unter einer Vielzahl von gesundheitlichen Problemen leiden, sind die Angebote der „*Jungen Pflege*“ interessant, die es inzwischen in mehreren Regionen gibt. Diese haben sich auf jüngere Pflegebedürftige spezialisiert, eine Klientel, auf die die etablierten Alten- und Pflegeheimen bislang nicht eingerichtet sind (Rothgang et al., 2017, S. 164-252). „Konzeptuelle Besonderheiten junger Pflegen können zum Beispiel angepasste Pflege- und Betreuungszeiten (hinsichtlich Tag-/Nachtrhythmus: später zu Bett gehen, länger schlafen) sein – oder Rücksichtnahme auf pluralisierte Lebensstile, spezielle Ernährungsgewohnheiten, Unterstützung bei außerhäuslichen sozialen Aktivitäten, besondere Ausstattungsmerkmale (z.B. W-LAN)“ (Bolz et al., 2017, S. 25). Spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Substanzkonsumstörungen werden zwar von verschiedenen Trägern an unterschiedlichen Orten geplant, scheitern aber meist an den hohen Anforderungen der Kostenträger, die einen kostendeckenden Betrieb kaum möglich machen.

Die Angebote der *Sucht- und Drogenhilfe* für Menschen mit Substanzkonsumstörungen unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland und oftmals auch von Stadt zu Stadt (und zwischen urbanen und ländlichen Regionen), beinhalten aber meist neben niedrigschwelligen Angeboten wie Kontaktläden und Notschlafstellen Beratungsstellen, Übergangseinrichtungen, ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen, Angebote des Betreuten

Wohnens, Freizeit- und Beschäftigungsangebote sowie Adaptions- und Nachsorgeangebote. Während der niedrigschwellige Bereich bei illegalen Drogen in vielen Regionen Deutschlands gut ausgebaut ist und in einigen Städten auch die Möglichkeit zum risikoarmen Konsum von z.B. Heroin und anderen Drogen in sogenannten Drogenkonsumräumen umfasst, sind Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in den niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen in der Regel nicht willkommen. Das auf Alkoholprobleme spezialisierte Suchthilfesystem ist in Deutschland traditionell eher hochschwellig und abstinenzorientiert ausgerichtet. Vielerorts übernimmt die Wohnungslosenhilfe bei Menschen mit Alkoholproblemen die Funktion niedrigschwelliger Angebote. Während in manchen Städten die Beratungsmöglichkeiten für Abhängige von Alkohol und von illegalen Drogen inzwischen zusammengelegt wurden, gibt es in anderen Regionen noch die historisch gewachsene Doppelstruktur mit Drogenberatungsstellen auf der einen Seite (manchmal sogar noch mit dem Namen Jugend- und Drogenberatung) und Suchtberatungsstellen für Menschen mit Alkoholproblemen auf der anderen Seite. Ob und welche Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitangebote es jeweils gibt, hängt viel von den regionalen Gegebenheiten, Träger- und Finanzierungsstrukturen ab. Das gilt ebenso für soziotherapeutische Angebote, für unterschiedliche Formen des Betreuten Wohnens und für Konsumreduktionsprogramme wie Kontrolliertes Trinken oder das Selbstkontrolltraining für verantwortungsbewussten Umgang bei riskantem Konsumverhalten (SKOLL). Manche Suchtberatungsstellen bieten auch ambulante Entwöhnungsbehandlungen an. Dazu kommen in der Regel auch unterschiedliche Angebote der ambulanten oder stationären Nachsorge.

Die ärztliche Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige war in Deutschland über lange Jahre mehr oder weniger verpflichtend an eine psychosoziale Betreuung (PSB) gekoppelt. Anders als der ärztlichen Substitutionsbehandlung ist es der PSB aber bislang nicht gelungen, allgemein anerkannte methodische Standards und ein übergreifendes Verständnis einer für dieses Setting passenden psychosozialen Beratung bzw. Unterstützung zu entwickeln. Nach wie vor gibt es sehr unterschiedliche PSB-Konzepte (vgl. z.B. Deimel, 2013; Gerlach & Stöver, 2009). Zudem war und ist der Mehrwert, den die PSB zur Substitutionsbehandlung und ihren Effekten beiträgt, unklar (Wittchen et al., 2011b). Auch für die Finanzierung der PSB konnten bislang keine grundsätzlichen Lösungen gefunden werden. Während die ärzt-

liche Substitution in der Regel als Kassenleistung erfolgt, wird die PSB in wenigen Regionen einzelfallbezogen durch die Kommune vergütet, in anderen pauschal über fest finanzierte Stellen bezahlt, und in wieder anderen Regionen gehen die Kostenträger von Drogenberatungsstellen (in der Regel die Kommunen, oft in Mischfinanzierung mit dem Land) schlicht davon aus, dass diese Leistungen in der Grundfinanzierung enthalten sind. Mit der Änderung der BtMVV 2017 wurde die Pflicht zur PSB abgeschafft und die genaueren Regelungen zur Ausgestaltung der Substitution in die Kompetenz der Bundesärztekammer verwiesen. In der aktuellen Richtlinie der Bundesärztekammer zur Substitutionsbehandlung findet sich nur noch die Formulierung, dass eine psychosoziale Betreuung von einer Ärztin oder einem Arzt „regelmäßig empfohlen“ werden soll. Das passt zu den Entwicklungen, insofern schon seit einigen Jahren die Zahlen der opioidabhängigen Patientinnen und Patienten angestiegen sind, die zwar ärztlich medikamentös versorgt worden sind, jedoch nicht in einer Einrichtung der Sucht- und Drogenhilfe betreut waren. Das unterstreicht, dass die medizinische Dimension der Substitutionsbehandlung die psychosoziale längst überholt hat.

Für Klientinnen und Klienten in der zweiten Lebenshälfte besonders interessant sind unterschiedliche Angebote des Betreuten Wohnens, die über die gesetzlichen Regelungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten organisiert und finanziert werden. Die Leistungen des SGB XII – Sozialhilfe – zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten betreffen vor allem Wohnungslose und die Angebote der Wohnungslosenhilfe. Die Eingliederungshilfe wird im Rahmen der schrittweisen Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG, SGB IX) aus der Sozialhilfe in das Bundesteilhabegesetz überführt. Unklar ist derzeit, wie sich die neuen Regelungen des BTHG auf Menschen mit Substanzkonsumstörungen in der zweiten Lebenshälfte auswirken. Für eine Übergangsphase gelten Suchtkrankheiten als seelische Störungen, die zu einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabefähigkeit führen können und deshalb den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe eröffnen. Nach dieser Übergangsphase soll sich der Zugang zur Eingliederungshilfe an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientieren. Je nachdem, wie streng diese Kriterien dann im Einzelnen ausfallen, wird sich zeigen, ob älteren Menschen mit Substanzkonsumstörungen und dadurch bedingten Einschränkungen der

Teilhabefähigkeit die Leistungen der Eingliederungshilfe offen stehen. Dass Menschen mit Substanzkonsumstörungen von den Leistungen der Eingliederungshilfe profitieren, konnte in einer Studie zur Eingliederungshilfe in Hamburg gezeigt werden (Verthein et al., 2017).

Die meisten spezialisierten Angebote des Betreuten Wohnens für Klientinnen und Klienten mit Substanzkonsumproblemen in der zweiten Lebenshälfte sind derzeit als Maßnahmen der Eingliederungshilfen organisiert. Das gilt auch für Einrichtungen, die in den vergangenen Jahren gelegentlich in den Medien als „Altersheim für Drogenabhängige“ bezeichnet wurden wie etwa die Projekte LÜSA und DAWO in Unna (Dias de Oliveira, 2017). Im Wohnprojekt DAWO werden ältere Drogenabhängige mit schweren psychischen und somatischen Erkrankungen und Behinderungen aufgenommen, die nicht mehr selbständig leben können und deren Lebenserwartung deutlich eingeschränkt ist. Obwohl einige bauliche Anforderungen von Pflegeheimen eingehalten werden (wie z.B. Barrierefreiheit, Pflegebad, Notrufanlage etc.) ist DAWO kein Pflegeheim gemäß SGB XI. Pflegeleistungen werden von ambulanten Pflegediensten übernommen, die die Bewohnerinnen und Bewohner in der Einrichtung aufsuchen. Das gilt ebenso für Ergotherapeuten, Wundmanagement und andere spezifische Hilfen (z.B. bei der Behandlung von krankhaften Veränderungen des Fußhautbildes durch Podologen³) sowie Haus- und Fachärzte. Anders als in anderen betreuten Wohngemeinschaften wird aber sichergestellt, dass Bereiche wie Hauswirtschaft, Hygiene und Kochen auch ohne Selbstversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner funktionieren, falls diese sich alters- und krankheitsbedingt nicht selbstversorgen können. Zu den wichtigen Betreuungsleistungen gehören tagesstrukturierende Angebote und Freizeitgestaltung. Auch in den Wohnprojekten für ältere Drogenkonsumentinnen und -konsumenten mit HIV und AIDS, die der Träger „ZIK – zuhause im Kiez“ in Berlin betreibt, wird die Pflege von einem ambulanten Pflegedienst (in diesem Fall von dem auf AIDS spezialisierten FELIX-Pflegedienst) übernommen (Hilckmann, 2011). Der spezialisierte Pflegedienst bietet eine Versorgung rund um die Uhr, die neben der Grund- und Behandlungspflege auch die Medikamentenabgabe, Schmerztherapien, parenterale Ernährung und hauswirtschaftliche Tätigkeiten umfassen. Zu den ZIK-Projekten gehören Therapeutische Wohngemeinschaften, Betreutes Einzelwohnen, Wohnprojekte für Pflegebedürftige mit

einer 24-Stunden-Anwesenheitsbereitschaft, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte sowie Pflegeappartements für Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf.

3 Kooperation, Vernetzung und Case Management

Wenn Menschen mit Substanzkonsumstörungen in der zweiten Lebenshälfte pflegebedürftig werden und in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, sind sie auf Leistungen aus unterschiedlichen Hilfe- und Versorgungssystemen angewiesen. Damit steigt dann allerdings der Bedarf nach fallbezogener und fallübergreifender Kooperation und Vernetzung. Während Klientinnen und Klienten in der zweiten Lebenshälfte in den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe immer deutlicher wahrgenommen werden, und sich daraus ein Fachdiskurs zu Sucht und Alter entwickelt hat (z.B. Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2017), wird diese Zielgruppe in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bislang nur vereinzelt zur Kenntnis genommen. Daraus resultieren Unkenntnis und Ängste, wenn es beispielsweise um die Aufnahme vergleichsweise junger pflegebedürftiger Menschen mit Alkohol- oder anderen Drogenproblemen in ein stationäres Pflegeheim geht. Wenn die pflegerische Kompetenz in der Pflegehilfe, das suchtspezifische Wissen aber primär in der Drogen- und Suchthilfe vorhanden sind, dann ist es eine sinnvolle Idee, beide Hilfesysteme regional zu vernetzen und einen Wissenstransfer in beide Richtungen zu organisieren. Entsprechende Modellprojekte haben u.a. das Bundesgesundheitsministerium (BMG) (www.alter-sucht-pflege.de), die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (www.unabhaengig-im-alter.de) und verschiedene Wohlfahrtsverbände initiiert und durchgeführt. Bei den vom BMG finanzierten Modellprojekten wurden beispielsweise suchtspezifische Schulungsmaterialien für die Pflegeausbildung entwickelt. Im Rahmen des vom Bundesforschungsministeriums geförderten Forschungsprojektes SANOP-SA wurden Handlungsempfehlungen für Mitarbeitende von Altenpflegeeinrichtungen „für den missbräuchlichen oder abhängigen Konsum legaler Substanzen bei Bewohnern bzw. Kunden von Pflegediensten“ erarbeitet (Hoff et al., 2017).

Einen anderen Ansatz der Vernetzung gehen Modellprojekte wie das Netzwerk 40+ in München, Augsburg und Nürnberg (Thym et al., 2017), die Netzwerke aus den regionalen Akteuren aus Suchthilfe, Altenhilfe, Pflege und

³ Podologie: nichtärztliche Heilkunde am Fuß.

Gesundheitssystem aufgebaut haben und mit einem fallbezogenen Case Management eine „Brückenfunktion beim Übergang zwischen verschiedenen Versorgungssettings (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt) und die Unterstützung bei der Vermittlung in weiterversorgende Einrichtungen“ (Thym et al., 2017, S. 244) übernehmen. In diesem Zusammenhang ist auch der bereits erwähnte Leitfaden „Ältere Drogenabhängige im Versorgungssystem“ (Bolz et al., 2017) entstanden. In eine ähnliche Richtung zielte das Forschungsprojekt „Case Management für ältere Drogenabhängige“, das zwischen 2014 und 2017 in Koblenz, Frankfurt, Köln und Düsseldorf durchgeführt wurde (Arendt et al., 2017). In diesem Projekt wurde ein Manual für ein stärkerbasiertes Case Management mit älteren Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlung entwickelt, in der Praxis erprobt und evaluiert.

Alle bisherigen Erfahrungen deuten darauf hin, dass die Versorgung älterer Menschen mit substanzbezogenen Problemen und damit zusammenhängenden Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und zunehmendem Pflegebedarf weder allein durch die Inanspruchnahme von vorhandenen Angeboten der Alten- und Pflegehilfe noch allein durch die Einrichtung hochspezialisierter Sondereinrichtungen im Rahmen der Sucht- und Drogenhilfe sichergestellt werden kann. Umso wichtiger ist es, dass auch außerhalb von Forschungs- und Modellprojekten die verschiedenen Hilfesysteme fallbezogen und fallübergreifend kooperieren. Akteure, die eine solche Vernetzung und Kooperation übernehmen können, sind auf der einen Seite die ambulanten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe und auf Seiten der Altenhilfe und der Pflege die Pflegeberatung, die Pflegestützpunkte sowie die in manchen Kommunen gut etablierten Altenhilfe-, Pflege- oder Suchthilfekordinatoren. Eine Schlüsselfunktion könnten dabei Dienste wie die Junge Pflege übernehmen. Auch stationäre Pflegeeinrichtungen, die bereit sind, ältere Menschen mit Alkoholproblemen und – vergleichsweise junge – Menschen mit Drogenproblemen in der zweiten Lebenshälfte aufzunehmen, werden in solchen Netzwerken gebraucht. Hilfreich dabei sind Kenntnisse der unterschiedlichen Systeme und der regionalen Versorgungslandschaften, Kompetenzen im Schnittstellenmanagement und in der Netzwerkkoordination, gute sozialrechtliche Kenntnisse und die Fähigkeiten, Vorurteile, Stereotypisierungen und Stigmatisierungen gegenüber dieser Klientel zu überwinden und unterschiedliche Perspektiven im Umgang mit ihr einnehmen zu können.

4 Ausblick

Ob ältere Menschen mit Substanzkonsumstörungen und Pflegebedarf zukünftig in Spezialeinrichtungen oder in den vorhandenen Einrichtungen der Pflege und des Gesundheitssystems versorgt werden, ist keine Grundsatzentscheidung, sondern wird u.a. von regionalen Gegebenheiten, mehr oder weniger erfolgreicher Vernetzung, individuellen Lebensvorstellungen und Perspektiven der Klientinnen und Klienten sowie von geeigneten Kostenübernahmearrangements (im segregierten Finanzierungssystem) abhängen. Hierbei lohnt ein Ausblick auf das „Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung“ (Rumpf et al., 2017), das im Rahmen einer Zukunftswerkstatt 2016 in Lübeck erarbeitet wurde und mehrere „Visionen“ enthält. Darin werden nahtlose und individuell zugeschnittene Hilfen gefordert, ebenso neue kooperative Strukturen zur Vernetzung zwischen den verschiedenen Sektoren des Sozial- und Gesundheitssystems. Vorgeschlagen werden u.a. regionale Kompetenzzentren und eine integrierte Versorgung in einem vorurteilsfreien Klima und ohne Stigmatisierung der Betroffenen (und ihrer Familien). Zentral sind auch Forderungen nach einem Abbau der Hindernisse, die sich z.B. in Hinsicht auf die Finanzierung von Angeboten und Hilfen durch die gegliederten Sozialsicherungssysteme ergeben. „Präferiert wird eine Vereinfachung der Finanzierungssysteme. Die Zentren haben ein Budget für ihre Arbeit und für zielgruppenspezifische Angebote zur Verfügung. Sie dienen als ein Netzwerk und wirken in alle Lebensbereiche wie z.B. Schule, Sportverein, Arzt, etc. hinein“ (Rumpf et al., 2017, S. 170). An anderer Stelle heißt es zudem: „Die Finanzierung der Suchtkrankenversorgung ist gesichert und erfolgt nicht mehr segmentiert“. Das Memorandum sagt allerdings nicht, wie eine Finanzierung, die sich nicht an den Sozialgesetzbüchern ausrichtet, also nicht mehr segmentiert ist, erreicht werden kann. Das ist aber aus unserer Sicht ein wichtiger Baustein, wenn das Ziel eine „qualitativ hochwertige und sektorenübergreifende Versorgung“ sein soll, die nicht an den Interessen der jeweiligen Hilfeanbieter, sondern an den Bedarfen der jeweiligen Zielgruppen orientiert ist. In der Vision der Autorinnen und Autoren des Memorandums wählen die Hilfesuchenden aus einem ganz neuen und funktional ineinandergreifenden Hilfesystem „die für sie in Frage kommenden Interventionen bzw. Behandlungen aus. Ihnen steht ein Spektrum von evidenzbasierten Angeboten zur Verfügung, bei deren Beurteilung und Auswahl sie fach-

kompetent beraten und begleitet sowie damit in ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden“ (Rumpf et al., 2017, S. 172). Das sind weitreichende Visionen, die selbstverständlich auch die besonderen Problemlagen und Interessen von Menschen mit Substanzkonsumstörungen in der zweiten Lebenshälfte betreffen, denen wir uns nur anschließen können.

Literatur

- Arendt, I., Follmann-Muth, K., Schmid, M. & Vogt, I. (2017). Stärkenbasiertes Case Management in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Männern und Frauen ab 45 Jahren. In: H. Stöver, D. Jamin & C. Padberg (Hrsg.), *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe* (S. 214-235). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Bachmeier, R., Feindel, H., Herder, F. et al. (2017). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell*, 24, 53-69.
- Beauvoir, S. de (1972). *Das Alter*. Reinbek: Rowohlt.
- Bolz, M., Braasch, S., Körner, U., Schäffler, F. et al. (2017). *Ältere Drogenabhängige in Versorgungssystemen. Ein Leitfaden*. München: Der Paritätische Bayern, Condrobs; mudra; Nürnberg: Drogenhilfe Schwaben.
- Braun, B., Künzel, J., Specht, S. & Dauber, H. (2017). Jahresstatistik 2015 der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: DHS (Hrsg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2017* (S. 177-202). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2018). *Bericht zum Substitutionsregister*. Januar 2018. Online unter https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/Bericht/_node.html (letzter Zugriff: 30.05.2018).
- Bundesministerium für Gesundheit (2016). *Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Online unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/sechster-pflegebericht.html> (letzter Zugriff 30.05.2018).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017). *Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – BtMVV)*. Online unter https://www.gesetze-im-internet.de/btmv_v_1998/BtMVV.pdf (letzter Zugriff 30.07.2018).
- Deimel, D. (2013). *Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie*. Marburg: Tectum.
- Dias de Oliveira, A. (2017). Beispiel der Wiedereingliederungshilfe-Angebote für chronifiziert erkrankte (und alternde) Drogenabhängige – Projekt LÜSA Unna. In: H. Stöver, D. Jamin & C. Padberg (Hrsg.), *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe* (S. 252-272). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Eppler, N., Kuplewatzky, N. & Vogt, I. (2011). „Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“. Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit. In: I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Fischer, M., Kemmann, D., Domma-Reichart, J. et al. (2017) Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. *SuchtAktuell*, 24, 70-78.
- Gerlach, R. & Stöver, H. (2009). *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018). *Indikator 6.1 des Indikatorensatzes der GBE der Länder: Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen*. Online unter www.gbe-bund.de (letzter Aufruf: 30.05.2018).
- Geyer, D. (2009). Spezifische Ansätze der Rehabilitation älterer Suchtkranker. In: G. Adler, H. Gutzmann, M. Haupt, R. Kortus & D. K. Wolter (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter* (S. 340-353). Stuttgart: Kohlhammer.
- Geyer, D. (2012). Entwöhnungsbehandlung bei älteren Alkoholabhängigen. *Psychotherapie im Alter*, 9, 253-266.
- Geyer, D., Wolter, D., Scherbaum, N., Lieb, B. et al. (2015) Ältere Menschen. In: AWMF (Hrsg.), *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“*. AWMF-Register Nr. 076-001.
- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S. et al. (2011). Staff regard towards working with substance users: A European multi-centre study. *Addiction*, 106, 1114-1125.
- Hilckmann, M. (2011) Wohn- und Pflegegemeinschaften für ältere Drogenkonsumenten mit HIV und AIDS: Modellprojekte am Beispiel von „ZIK – zuhause im Kiez“ in Berlin. In: I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S. 229-250). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Hoff, T., Kuhn, U., Kuhn, S. & Isfort, M. (2017). *Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege*. Berlin: Springer.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2017). *Gesund leben*

- im Alter. Projektdokumentation zum Thema „Alter und Sucht“. LZG Schriftenreihe 18/2017. Mainz.
- Lange, C., Manz, K. & Kuntz, B. (2017a). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. *Journal of Health Monitoring* 2 (2). doi:10.17886/RKI-GBE-2017-032
- Lange, C., Manz, K. & Kuntz, B. (2017b). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring* 2 (2). doi:10.17886/RKI-GBE-2017-031
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20, 85-95.
- Medenwaldt, J. (2016). *Katamnesen Ambulante Rehabilitation Sucht von DCV und GVS – Wesentliche Ergebnisse aus vier Erhebungsjahrgängen 2013 bis 2016*. Online unter <http://www.sucht.org/angebote/publikationen/dokumentation/ergebnisse-der-katamnesen-ambulante-rehabilitation-sucht-wirkungsdialog-und-daraus-abgeleitete-perspektiven/> (letzter Zugriff 30.05.2018).
- Missel, P., Koch, A., Arens, J., Funke, W. et al. (2015). Entwöhnungsbehandlung und andere Formen der Postakutbehandlung. In: AWMF (Hrsg.), *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“*. AWMF-Register Nr. 076-001.
- Rommel, A., Saß, A. C. & Rabenberg, M. (2016). Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen. *Journal of Health Monitoring* 1 (1). doi:10.17886/RKI-GBE-2016-022.
- Rothgang, H., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2017). *Barmer Pflegereport 2017*. Siegburg: Asgard. Online unter <https://www.barmer.de/presse/infotek/studien-und-reports/pflegereport> (letzter Zugriff 30.7.2018).
- Rübenach, S. P. (2007). Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. *Wirtschaft und Statistik*, 2, 278-290.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Bischof, A. et al. (2017). Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung. *Sucht* 63, 169-174. Online unter www.dg-sucht.de (letzter Zugriff 30.5.2018).
- Schäffler, F., Thym, M., Stubican, D., Bolz, M. et al. (2018). Netzwerk 40+: Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe zur Versorgung älterer Drogengebraucher. *Suchttherapie*, 19, 90-98.
- Schomerus, G. (2011). Warum werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit in besonderer Weise stigmatisiert, und was kann man dagegen tun? *Psychiatrische Praxis*, 38, 109-110.
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B. et al. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht*, 63, 253-259. Online unter www.wissenssuchtwege.de (letzter Zugriff 30.05.2018).
- Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (2010). *Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung*. Drucksache 17/3815. Deutscher Bundestag.
- Shields, K. D., Parry, C. & Rehm, J. (2014). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research*, 35, 155-171.
- Soyka, M., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M. et al. (2011). Mortalität in der langfristigen Substitution: Häufigkeit, Ursachen und Prädiktoren. *Suchtmedizin*, 13, 247-252.
- Statistisches Bundesamt (2017a). *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser*. Fachserie 12, Reihe 6.1.1.
- Statistisches Bundesamt (2017b). *Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfalle)*. Fachserie 12, Reihe 6.2.1.
- Thym, M., Schäffler, F., Eggersh, M. & Fuhrmann, K. (2017). Netzwerk 40+ und Ambulante Versorgung: Erfahrungen im Zusammenhang mit Vernetzungs- und Basisarbeit an der Schnittstelle von Sucht- und Altenhilfe – ein Praxisbericht. In: H. Stöver, D. Jamin & C. Padberg (Hrsg.), *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe* (S. 236-251). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Verthein, U., Degkwitz, P., Oechsler, H. & Martens, M. S. (2017). Wirksamkeit der Eingliederungshilfe für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nach SGB XII. *Sucht*, 63, 205-216.
- Vogt, I. (Hrsg.). (2011). *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Vogt, I. (2015). *Ältere Drogenabhängige mit ihren Beschwerden und Wünschen an die Zukunft: Handlungsansätze der Sozialen Arbeit*. Goßmannsdorf/Ochsenfurt: ZKS-Verlag.
- Vogt, I. (2016). Ältere und alte Männer und Frauen mit Alkohol- und anderen Substanzkonsumproblemen. Übersicht über Behandlungsansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 48, 337-351.
- Vogt, I. (2017). Nobody is perfect: Einstellungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe zu psychisch Kranken. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 49, 307-232.
- Vogt, I. (2018). Geschlecht, Sucht, Stigma. Unterschiede zwischen den Geschlechtern. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 48, 40-43.
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C. et al. (2010). *Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Wie soll man in Zukunft ältere Drogenabhängige mit gesundheitlichen Beschwerden oder Pflegebedarf versorgen? Abschlussbericht*. Frankfurt a. M.: Institut für Suchtforschung.

- Wittchen, H. U., Bühringer, G. & Rehm, J. (2011a). Zusammenfassung der Ergebnisse der PRE-MOS-Studie. *Suchtmedizin, 13*, 280-286.
- Wittchen, H. U., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M. et al. (2011b). Die Rolle der Psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. *Suchtmedizin, 13*, 258-262.

- Wolter, D. K. (2011). *Sucht im Alter – Altern und Sucht*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zurhold, H. (2017). Opiatabhängigkeit im Alter – Ergebnisse einer Hamburger Studie. In: H. Stöver, D. Jamin & C. Padberg (Hrsg.), *Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe* (S. 166-189). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.



Foto: Armin Maier

Prof. Dr. Martin Schmid

Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften, Leiter des Instituts für Forschung und Weiterbildung (IFW)
Konrad-Zuse-Straße 1
D-56075 Koblenz
martin.schmid@hs-koblenz.de



PD Dr. Irmgard Vogt

Psychologin, bis 2009 Professorin an der FH Frankfurt am Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Drogenpolitik/Sucht/Gender/Behandlung; Frauengesundheitsforschung; Beratung in der Sozialen Arbeit

Alkoholismus: Wenn der Igel sich nicht mehr einigeln kann

Tierschutzvereine beklagen eine zunehmende Alkoholabhängigkeit bei Igel. Schuld daran sind in erster Linie umweltbewusste Hobbygärtner, die statt chemischer Keule sogenannte Bierfallen zum Schutz ihres Gemüses gegen Schnecken einsetzen.

Der Gerstensaft zieht die Stacheltiere magisch an; daher stillen sie immer häufiger ihren Durst am Inhalt der Fallen. Dies ist für sie durchaus riskant: Im Rausch rollen sie sich nicht mehr zum Schutz ein und werden dann für Hunde, Katzen oder große Raubvögel zur leichten Beute. Oder: Trinkt der Igel zu hastig über seinen Durst, kann er kopfüber in der Bierfalle verenden.

Auf andere Gefahrenquellen stoßen Igel im Umfeld von Gaststätten und Supermärkten: Aus wegge-

worfenen Flaschen oder Büchsen fließen Alkoholreste und locken Stacheltiere an, die sich anschließend torkelnd und desorientiert entfernen, ohne auf den Verkehr zu achten. Unklar ist, wer dabei stärker gefährdet wird – der Igel persönlich oder die anderen Verkehrsteilnehmer.

Unklar ist, warum ausgerechnet die Stacheltiere eine besonders hohe Affinität für Alkoholika haben.

Nutznieser sind allein Hobbyfotografen: Ein stocknüchterner Igel legt größten Wert darauf, sich der menschlichen Aufmerksamkeit möglichst zu entziehen. Ist das Tier jedoch „voll“, bemerkt es nicht, dass es bemerkt wurde, und präsentiert sich schwankend, aber in aller Ruhe dem aufmerksamen Beobachter.

