

**Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

Von „Psychonauten“ und „Vielgiftlern“
Aktuelle Lebenswelten von Drogennutzenden und ihre Bedeutung für
das medizinische Behandlungsverhältnis
Eine qualitative Studie aus dem Raum Halle-Leipzig

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von: Katharina Werhahn
geboren am: 3. Februar 1989 in Langenfeld (Rheinland)
Betreuer: Prof. M. Richter

Gutachter:
Prof. G. Schomerus, Leipzig
Prof. H. Schmidt-Semisch, Bremen

07.12.2021
23.05.2022

Referat

Hintergrund: Gesundheitsgefährdendes Verhalten gewinnt in Europa zunehmend an Bedeutung für die Entstehung von Krankheit und den Verlust von Lebensjahren. Hierzu zählt auch der schädliche Gebrauch von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, wurden in den vergangenen Jahren Therapie- und Präventionsangebote kontinuierlich ausgebaut. Diese Angebote verfolgen aber meist vereinzelte Lösungsansätze die auf das Privatleben bezogen sind und die Bedürfnisse von Konsument:innen illegaler Drogen nicht ausreichend berücksichtigen, wodurch ihre Wirksamkeit deutlich limitiert ist. Für Verbesserungen ist eine konkrete Auseinandersetzung mit der Lebenswelt von Drogennutzer:innen und Anpassung der Hilfsangebote und Präventionsmaßnahmen notwendig.

Zielsetzung: Ziel der Untersuchung ist die erstmalige Exploration von Konsum und Kognitionen von Drogennutzer:innen im Raum Halle-Leipzig, welche ohne akuten Therapiebedarf illegale Drogen zu sich nehmen. Dabei werden auch die Erfahrungen und Erwartungen in Bezug auf Gesundheitsfürsorge ermittelt. Darauf aufbauend werden Ansatzpunkte für Ärzt:innen zur zielgerichteten Unterstützung von Drogennutzer:innen herausgearbeitet.

Methoden: Nach den Grundsätzen der Grounded Theory Methodologie wurden 13 leitfadengestützte Interviews im Raum Halle-Leipzig geführt und entsprechend den Ansätzen der konstruktivistischen Grounded Theory nach Charmaz, sowie der Situationsanalyse nach Clarke, für die Theoriebildung zugänglich gemacht.

Ergebnisse: Es wird ein vielgestaltiger Mischkonsum beobachtet. Die Hintergründe und Motive des Konsums unterscheiden sich deutlich. Leitmotive sind Selbsterkenntnis, Flucht und Hedonismus. Das Konsummotiv Flucht wird als gefährlichstes Motiv für Konsum identifiziert, da es in besonderem Maße mit Schäden durch den Substanzkonsum und weiteren Risiken verbunden ist. Im Zusammenhang mit diesem Konsummotiv werden oft schwierige persönliche und äußere Umstände und eine unklare Lebensperspektive beschrieben. Für die ärztliche Praxis werden zentrale Erwartungen der Nutzer:innen von Drogen gegenüber Ärzt:innen exploriert. Insbesondere Respekt, Urteilsfreiheit und fachliche Information sind für die Konsument:innen wichtig.

Schlussfolgerung: Für den angemessenen Umgang mit intensivem Mischkonsum ist eine Berücksichtigung der Patient:innenperspektive und eine bedarfsorientierte Unterstützung erforderlich. Drogenkonsument:innen hoffen auf eine respektvolle fachliche Beratung durch Ärzt:innen und sind motiviert Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen. Darüber hinaus wird deutlich, dass für eine nachhaltige Reduktion von schädlichem Substanzgebrauch die Verbesserung von Lebensumständen und -perspektiven wichtig ist.

Werhahn, Katharina: Von „Psychonauten“ und „Vielgiftlern“ – Aktuelle Lebenswelten von Drogennutzenden und ihre Bedeutung für das medizinische Behandlungsverhältnis, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2021

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Definitionen und Begriffe	2
1.2	Substanzgebrauch im Fokus der Wissenschaft	5
1.2.1	Naturwissenschaftliche Aspekte	5
1.2.2	Individuelle Aspekte	5
1.2.3	Gesellschaftliche Aspekte	6
1.2.4	Interdisziplinäre Betrachtung	7
1.3	Diskurse in der aktuellen Forschung	8
1.3.1	Freier Wille versus chronische Krankheit	9
1.3.2	Stigmatisierung	10
1.4	Gesundheitsversorgung	10
1.4.1	Verschiedene Akteure der Suchthilfe	11
1.4.2	Ärztlicher Umgang mit Drogenkonsument:innen	12
1.5	Ableitung der Fragestellung	13
2	Zielstellung	15
2.1	Ziele der vorliegenden Arbeit	15
2.2	Konkrete Fragestellungen	15
3	Methodik und Material	16
3.1	Ethik und Probandenschutz	16
3.2	Methodische Grundüberlegungen	17
3.2.1	Methodologische Einordnung	17
3.2.2	Ursprung und Weiterentwicklung der Grounded Theory Methodologie	19
3.3	Stichprobe und Datenerhebung	20
3.3.1	Zugang und Stichprobe	20
3.3.2	Datenerhebung	21
3.4	Datenanalyse	22
3.4.1	Von den Transkripten zu Kategorien und ersten Thesen	22
3.4.2	Das Paradigmatische Modell	24
3.4.3	Postmoderne Ansätze	25
3.5	Qualitätssicherung	26
3.5.1	Studiendesign	26
3.5.2	Datenerhebung	26

3.5.3	Datenanalyse	27
4	Ergebnisse	28
4.1	Wie beschreiben und reflektieren Drogennutzer:innen ihren Konsum?	28
4.1.1	Konsumpraxis	28
4.1.2	Metakognition	33
4.2	Leitmotive des Drogengebrauchs	36
4.2.1	Grundlagen	36
4.2.2	Flucht	39
4.2.3	Selbsterkenntnis	41
4.2.4	Hedonismus	43
4.3	Drogenkonsum und das moderne Gesundheitssystem	45
4.3.1	Motive als Ansatzpunkt	45
4.3.2	Erfahrungen von Drogenkonsument:innen im Gesundheitswesen	46
4.3.3	Bedeutung für ärztliches Handeln	50
5	Diskussion	54
5.1	Interpretation und Integration der Ergebnisse	54
5.1.1	Zusammenhänge	58
5.2	Stärken und Limitationen	59
5.3	Implikationen für Praxis und Forschung	61
6	Zusammenfassung	63
	Literaturverzeichnis	65
	Thesen	80
	Anhang	
	Erklärungen	

Kapitel 1

Einleitung

Bis zum Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie war die Bedeutung von Infektionskrankheiten als Gesundheitsgefahr durch verbesserte Therapien und Impfprogramme in Industriestaaten wie Deutschland deutlich rückläufig (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020). Während vorangegangene Generationen noch Verwandte an Komplikationen von Krankheiten wie Mumps und Diphtherie verloren haben, sind es heute, außerhalb der Pandemie, andere Probleme, die Ärzt:innen erkennen und begleiten müssen (Rehm & Shield, 2019). Immer häufiger entstehen Gesundheitsschäden durch einen ungesund gestalteten Lebenswandel (Bennett et al., 2018). Der Alltag findet vorwiegend sitzend in Innenräumen statt, für die reduzierte Bewegung des modernen Lebens werden häufig zu viele Kalorien zugeführt und das Arbeitsleben ist durch hohe Ansprüche an Flexibilität und Leistung geprägt (Loef & Walach, 2012; GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020). Dies fördert die Entstehung von Stoffwechsel- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorleiden und psychischen Problemen (Cohen et al., 2016). Körper und Geist werden bei vielen Menschen fehl- und überbelastet; von manchen wird der hohe Stresspegel durch weiteres potentiell schädliches Verhalten kompensiert, wie den Konsum von legalen und illegalen Drogen (Turner et al., 2020; Metzger et al., 2018).

Die Behandlung der entstehenden Beschwerden und Erkrankungen ist in solchen Fällen eine Behandlung der Symptome und keine Veränderung der Ursache. Allerdings gibt es in verschiedenen Bereichen eine Trendwende hin zu Prävention, Ursachenanalyse und Anpassung der Gesundheitsversorgung an den veränderten Bedarf (Böhm et al., 2020). Ein Positivbeispiel ist hierbei die Verhältnis- und Verhaltensprävention der BZgA (de Bock et al., 2020) in Bezug auf Alkoholintoxikation bei Jugendlichen, welche durch umfassende, auf die Lebenswelt Jugendlicher abgestimmte Bildungsangebote gekennzeichnet ist (Arendt et al., 2019). Aufklärungskampagnen unter Jugendlichen können schädlichen Konsum reduzieren (Schwinn et al., 2018) und die Zahl der drogenbedingten Krankenhauseinweisungen unter Jugendlichen ging vor der Pandemie deutlich zurück (Moor et al., 2020).

Auch die Krankenkassen stellen, dem Präventionsgesetz von 2015 (PrävG, 2015) entsprechend, ein erhöhtes Kontingent zur Förderung von Präventionsmaßnahmen bereit. Ärzt:innen sehen dabei in der Praxis, dass ein Teil der Bevölkerung den aktuellen Kenntnisstand zu gesundem Lebenswandel und die Optionen der Prävention ausschöpft, während andere Personen vollkommen unerreicht bleiben (Friedrich et al., 2020). Die Versorgungsforschung versucht, diesen ungedeckten Bedarf offen zu legen (Rebscher et al., 2019; Hoffmann et al., 2018b). Trotz der Bemühungen von Politik und Forschung steigen die Zahlen für den illegalen Drogenkonsum (Atzendorf et al., 2019; Seitz et al., 2020), so ist

beispielsweise für Methamphetamine in den letzten 10 Jahren die Sicherstellungsmenge in Europa um 931 % gestiegen (EMCDDA, 2021).

Viele Faktoren, die unsere Gesundheit negativ beeinflussen können, sind unter der Pandemie in den letzten Monaten noch verstärkt worden (Ohlbrecht & Jellen, 2021; Arslan et al., 2020). Weniger Sport und soziale Isolation stellen die Menschen vor zusätzliche, teils neue Herausforderungen und verstärken in vielen Fällen das Suchtverhalten (Manthey et al., 2020; EMCDDA, 2021). Deutlich wird dies an den weiter gestiegenen Zahlen der Toten im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch (Drogenbeauftragte, 2021). In Sachsen und benachbarten Bundesländern stellt seit Jahren insbesondere *Crystal Meth* die Suchthilfe vor große Herausforderungen (Krause-Döring, 2020; Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt, 2019; Dinger et al., 2017). Gesamtgesellschaftlich ist der Schaden durch den Konsum legaler Substanzen zwar deutlich größer als bei illegalen Substanzen (Atzendorf et al., 2019), für einzelne Nutzer:innen und ihr Umfeld kann jedoch der Gebrauch illegaler Drogen schwerwiegende Folgen haben (ebd.).

Um praxisnahe Ansatzpunkte für die Forschung und Werkzeuge für ärztliches Handeln zu entwickeln, wird in der vorliegenden Arbeit die Situation der Drogenkonsument:innen näher beleuchtet. Dafür wurden im Raum Halle-Leipzig dreizehn leitfadengestützte Interviews mit Personen, die illegale Drogen konsumieren, geführt. Die Proband:innenauswahl erfolgte dabei nach dem Prinzip des Theoretical Samplings der Grounded Theory Methodologie. Die gewonnenen Daten wurden transkribiert und durch mehrschrittiges Kodieren für die Entwicklung praxisnaher Theorien erschlossen. Im so entstandenen Modell zu Substanzkonsum spielt das Konsummotiv die zentrale Rolle. Als mögliche Motive für Drogengebrauch wurden die Hauptmotive Flucht, Hedonismus und Selbsterkenntnis exploriert. Darüber hinaus konnten die Erwartungen der Studienteilnehmer:innen an die behandelnden Ärzt:innen erschlossen und für die Entwicklung von Praxisempfehlungen genutzt werden.

Kapitel 1 soll zentrale Themen aus dem Bereich Substanzkonsum mit Schwerpunkt auf die Themen Stigmatisierung und Ärzt:innen-Patient:innen Interaktion beleuchten. Daran knüpft das zweite Kapitel mit der Zielstellung der Arbeit und den konkreten Fragestellungen an. Im dritten Kapitel wird dargelegt, wie bei den Interviews sowie der weiteren Datengewinnung und -analyse vorgegangen wurde und welche methodischen Überlegungen dem Vorgehen zu Grunde lagen. Das vierte Kapitel beschreibt die durch die Bearbeitung des Materials gewonnen Erkenntnisse. Diese werden im letzten Kapitel, dem Diskussionsteil, mit anderen Forschungsarbeiten verknüpft. Des Weiteren enthält die Diskussion Reflexionen zu Stärken und Limitationen der vorliegenden Arbeit und erläutert die Relevanz für Praxis und weitere Forschung.

1.1 Definitionen und Begriffe

Viele verschiedene Begriffe wie *Drogenkonsum*, *psychoaktive Substanzen*, *Abhängigkeit*, *Sucht*, *Genuss*, *Rausch* oder *Missbrauch* werden mit dem Thema Drogen verbunden. Während die Medizin und Naturwissenschaft ihre Begriffe vor dem Hintergrund der Gesundheitsgefährdung wählen und definieren (West, 2013), drehen sich die Definitionen in der Politik um Gesetze und gesellschaftliche Aspekte (Drogenbeauftragte, 2020). Die Geisteswissenschaften nutzen wieder andere Begriffe mit verschiedenen Schwerpunkten (Groenemeyer, 2012; Feustel et al., 2019). Teilweise nehmen Letztere

dabei einen Gegenpol zur Drogen-kritischen Medizin und Politik ein: „Die Drogen bilden einen Teil unserer Kultur. Genauso wie es gute und schlechte Musik gibt, gibt es gute und schlechte Drogen. Und daher können wir, genauso wenig wie wir sagen können, wir seien ‚gegen‘ Musik, nicht sagen, wir seien ‚gegen‘ Drogen“ (Foucault, 2010 [1984], S. 913).

Es steht außer Frage, dass der Gebrauch von Drogen und der Rausch tief und in vielfältiger Weise in die Geschichte des Menschen eingewoben sind (Hengartner & Merki, 1999). Das Spektrum reicht vom leicht belebenden Kaffee über Rituale der Native American Church mit dem meskalin-haltigen Peyote-Kaktus bis hin zu Heroin und Crack (Jay, 2011). Die Nutzung jeder der vielen verschiedenen Substanzgruppen bildet dabei ein eigenes komplexes Phänomen, welches biologisch, pharmakologisch, psychologisch, aber ebenso auch kulturell, soziologisch und politisch geprägt ist (Hengartner, 2014; Feustel et al., 2019). Die Begriffe, die es braucht, um über die vielen Aspekte von Drogen zu reden, müssen in jeder Kultur und Gesellschaft definiert und immer wieder neu diskutiert werden (Schmidt-Semisch & Dollinger, 2018; Haasen & Koch, 2010; Becker, 1963). Dies ist aktuell für Deutschland und viele andere Staaten besonders wichtig, da gesundheitsgefährdendes Verhalten immer bedeutungsvoller für Gesundheitsprobleme und verlorene Lebensjahre in der Gesamtbevölkerung wird (Atzendorf, 2020). Eine praxisnahe und vielschichtige interdisziplinäre Diskussion über Drogen und entsprechende Fortschritte in der Drogenpolitik und Suchthilfe sind für die nächsten Jahrzehnte deshalb unabdingbar (Drogenbeauftragte, 2020; akzept e.V., 2021).

Die Begriffe *Drogen* und *psychoaktive* oder *psychotrope Substanzen* beschreiben alle Stoffe mit Einfluss auf das Bewusstsein der Konsumierenden. Sie beeinflussen im Moment des Konsums unseren Körper und die Wahrnehmung unserer Umwelt, sie können Situationen dadurch direkt verändern (Volkow & Morales, 2015). In diesem Fall handelt es sich um *Drogengebrauch* oder *Substanzkonsum*. Die Nutzung allein muss dabei nicht per se mit Gesundheitsschäden assoziiert sein, wie beispielsweise Empfehlungen zu einem endothelschützenden Glas Wein am Abend zeigen (van Bussel et al., 2018). Das Ausmaß der Schäden variiert jedoch je nach Substanz und Menge deutlich und man weiß mittlerweile, dass in Europa legale Substanzen nicht weniger oft abhängig machen oder geringere Schäden mit sich bringen als gesetzlich verbotene Drogen (Atzendorf et al., 2019; van Amsterdam et al., 2015). Entscheidend für Betroffene ist, was passiert, wenn Drogen in den Mittelpunkt des Alltags rücken und „Handlungsalternativen immer weniger wahrgenommen werden“ (Kiefer, 2016, S.79). Man kann in diesem Fall je nach Schwere der Einschränkungen von *schädlichem Gebrauch*, *Missbrauch*, *Abhängigkeit* oder *Sucht* sprechen (Bastigkeit & Weber, 2019).

Die einzelnen Begriffe sind zwar nicht immer scharf voneinander abgrenzbar, setzen jedoch den Fokus auf unterschiedliche Aspekte und unterliegen in ihrer Bedeutung im Lauf der Zeit oft einem Wandel (Rosenthal & Faris, 2019). Im europäischen Mittelalter wurde beispielsweise weitestgehend ohne Mäßigung und Regeln getrunken (Feustel et al., 2019). Die meisten Menschen im mittelalterlichen Europa waren wahrscheinlich nach heutigen Kriterien Alkoholiker:innen (Schabdach, 2009). Davon konnten die Betroffenen jedoch nichts ahnen, da die Reflexionsebene und Begriffe dafür noch grundsätzlich fehlten (Spode, 2013). Der Protestantismus und Realismus zu Beginn der Neuzeit mahn-ten erstmals zu Mäßigung und Kontrolle des Konsums (Reymann, 2019; Nolte, 2007). Manche Gelehrten sprachen bei schädlichem Konsum von Willensschwäche, viele noch von unzureichender Frömmigkeit (Spode, 1993). Die Idee von Sucht als Krankheit kam im Laufe des 18. und 19. Jahrhundert auf, vorangetragen von Ärzten wie Tretter, Brühl-Cramer, Rush und Hufeland (von Brühl-Cramer &

Hufeland, 1819; Kielhorn, 1990; Haasen & Koch, 2010). Die Lösung wurde von da an immer mehr zur Sache der Medizin (von Brühl-Cramer & Hufeland, 1819; Reymann, 2019). Die Definition als Krankheit hat nicht nur Behandlung und eine Verringerung der individuellen Schuld mit sich gebracht, sondern auch ermöglicht, dass Betroffene als unmündig angesehen (Conrad & Schneider, 1980; Becker, 1963) und in ihrer Würde antastbar wurden (Cohen, 1972). Alkoholiker:innen wurden nicht mehr als zu-rechnungsfähige Menschen angesehen, die ihr Verhalten selbst ändern können und sollen, sondern vielmehr wurde ihnen ein krankhaft verändertes Wesen unterstellt, das es von außen zu verändern galt (Conrad & Schneider, 1980). Mit den Ideen der Eugenik und der sogenannten Rassenhygiene des 20. Jahrhunderts verbunden, führte dies dazu, dass in den 1920er und 1930er Jahren Zwangssterilisationen von alkoholabhängigen Menschen durchgeführt wurden (Spode, 2013). Ziel dieser Sterilisationen war dabei nicht das Kurieren des individuellen Alkoholismus, sondern das Aussondern des Alkoholikers aus dem Genpool der Bevölkerung. Daran wird deutlich, dass diese Maßnahme „nicht länger auf das Wohl des Einzelnen zielte, sondern auf die Rasse bzw. das Gemeinwohl“ (Spode, 2013, S. 15).

Die historischen Veränderungen im Umgang mit Alkohol zeigen auf, wie einerseits das sich wandelnde Verständnis und die wachsende Bedeutung der Medizin zu einem Schulderlass führte, andererseits wiederum die Beschränkung der Eigenverantwortung mit einer Beschneidung der Selbstbestimmung einher ging und so im Nationalsozialismus die Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen erleichterte. Derartige Maßnahmen erscheinen uns heute in Europa unvorstellbar, aber an dem historischen Verlauf wird deutlich, dass Normen und die Definition von Normalzuständen in komplexe gesellschaftliche Prozesse eingeflochten sind und diese wiederum beeinflussen.

Nichtsdestotrotz bedarf es im jetzigen Gesundheitswesen einheitlicher Definitionen, um in der Praxis handlungsfähig zu bleiben. Auch wenn diese ebenfalls im Fokus der Forschung stehen (Ebert, 2018), sind sie aktuell zentraler Punkt leitliniengerechter Therapie (Bastigkeit & Weber, 2019). Für Psychiater:innen und Psycholog:innen in Europa sind hierfür kassenabrechnungsrelevante Diagnosen zu potentiell therapiebedürftigem Substanzgebrauch im ICD-10 Katalog festgehalten (Soyka et al., 2018). Dort werden entsprechend die Kriterien für die Diagnosen *schädlicher Gebrauch* sowie *Abhängigkeit* definiert (DIMDI, 2020). Beide Diagnosen verbinden den Gebrauch von Drogen mit physischen, psychischen und sozial negativen Konsequenzen. Abhängigkeit ist die schwerwiegendere Form, die sich beispielsweise durch Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung, den nicht umsetzbaren Wunsch, den Konsum zu beenden oder einen enormen Zeitaufwand für Drogenbeschaffung vom *schädlichen Gebrauch* unterscheidet. *Missbrauch* wird als Begriff noch genutzt, ist aber weniger klar abgegrenzt und verfügt ähnlich wie der Begriff *Sucht* nicht über eine klare fachübergreifende Definition (Feustel et al., 2019). Genuss und Rausch sind Begriffe die in der Medizin kaum genutzt werden, aber in anderen Disziplinen und der Unterhaltungsliteratur durchaus zentrale Bedeutung haben (Hengartner, 2014; Jay, 2011). Zu erwähnen ist noch, dass illegale Substanzen bislang in der Praxis immer mit schädlichem Gebrauch assoziiert werden, egal wie groß oder gering die Mengen oder entstehende Einschränkungen sind (Feustel et al., 2019). Allerdings lässt die Politik hier nach vielen Jahrzehnten des Stillstandes wieder Schritte hin zu einer differenzierteren Betrachtung illegaler Substanzen zu (Bühning, Petra, 2021; Drogenbeauftragte, 2020).

1.2 Substanzgebrauch im Fokus der Wissenschaft

Im folgenden Abschnitt wird dargelegt, wie die verschiedenen Disziplinen ihre unterschiedlichen Perspektiven auf Drogen und ihren Gebrauch oder auch Missbrauch einnehmen und sich mit potentiellen Gefahren im Einzelnen auseinandersetzen.

1.2.1 Naturwissenschaftliche Aspekte

Neurobiologie, Pharmakologie und *Medizin* erlauben ein immer differenzierteres Verständnis der neuronalen Prozesse, die Sucht aufrechterhalten (Volkow & Morales, 2015). Man geht heute davon aus, dass – unabhängig von der konkreten Pharmakologie einzelner Substanzen – die Aktivierung und Veränderung des dopaminergen Systems, welches die verschiedenen Gehirnstrukturen von der Substantia Nigra bis zum präfrontalen Kortex durchläuft, Drogenkonsum und vor allem auch abhängiges Verhalten in besonderem Maße prägt (Fadardi et al., 2016). Aber auch zahlreiche andere Neurotransmittersysteme wurden in den letzten Jahrzehnten entdeckt und sind Gegenstand aktueller Forschung. Dabei werden die Transmitter, wie beispielsweise Serotonin, Noradrenalin oder Gamma-Aminobuttersäure, ebenso untersucht wie die Rezeptoren und Ionenkanäle der Synapsen und ihre Veränderungen (Torregrossa, 2019). Das menschliche Gehirn ist ein hochaktueller Forschungsgegenstand und je genauer es erforscht wird, desto detaillierter werden auch die Modelle, die Sucht als pathologische Veränderung greifbar machen (Spanagel, 2017). Gleichzeitig relativieren andere Forscher:innen die Einzigartigkeit von Drogenabhängigkeit, indem sie die Prozesse mit anderen wie Verliebtheit oder ausgeprägten Gewohnheiten vergleichen und herausstellen, dass es nur wenige Unterschiede gibt (Lewis, 2017). Da psychoaktive Substanzen sehr unterschiedlich sind, gibt es auch hierzu zahlreiche Arbeiten, in denen Wirkungsweisen erforscht und charakteristische Eigenschaften und Gefahren herausgearbeitet werden (Volkow et al., 2019; Erickson, 2018; Tretter, 2017), bis hin zum Wiederbeleben der jahrzehntelang pausierten Forschung an psychoaktiven Drogen für die Psychiatrie (Belouin & Henningfield, 2018; Bernardi et al., 2019).

Doch auch wenn die Vielfalt und Tiefe neurobiologischer Forschung mit großen Fortschritten die Suchtforschung vorantreibt, bedarf es weiterer Disziplinen, um den bio-psycho-sozialen Ansatz moderner Therapie immer weiter verbessern zu können.

1.2.2 Individuelle Aspekte

Wenn es nicht nur um neurobiologische und pharmakologische Aspekte geht, sondern auch darum, Gedanken und Gemütszustände als Grundlage für Verhalten zu verstehen, sind Herangehensweisen und Methoden aus der *Psychologie* notwendig. Diese sind wiederum in ihrer aktuellen Forschung eng mit der Neurobiologie vernetzt, wie unter anderem die Übersichtsarbeiten von Gómez-Coronado et al. (2018) und Singh Balhara et al. (2017) zur Neurobiologie bei diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen und Abhängigkeitssyndromen zeigen. Die Psychologie kann Verständnis zwischen Betroffenen und Außenstehenden generieren und auch Betroffenen einen reflektierteren Zugang zu eigenen Verhaltensweisen ermöglichen. Ein aktueller Ansatz ist hier die Analyse von Metakognitionen (Hamonniere & Varescon, 2018; Spada et al., 2015). Indem die Gedanken zu unseren Gedanken thematisiert werden, bieten sich neue Ansatzpunkte zum Beispiel in Ergänzung zur kognitiven oder

Verhaltenstherapie. Die Psychologie und Psychiatrie analysieren außerdem die Motive für Substanzgebrauch (Cox & Klinger, 1988; Cooper et al., 2016) – beispielsweise Bewältigung, Konsum als soziale Interaktion oder ausschließlich zum individuellen Vergnügen (ebd.). In der Praxis werden Konsummotive auch als Ansatzpunkt für Therapien, wie das Motivational Interviewing (Madson et al., 2016), genutzt. Mit der Vielzahl an Substanzen wird auch die Vielfältigkeit der Motive in den letzten Jahren deutlicher (Milin et al., 2016; Benschop et al., 2015) und wird in der internationalen Forschung entsprechend umfassend untersucht (Biolcati & Passini, 2019). Daneben ist die Psychologie von großer Bedeutung, um zu erkennen und zu behandeln, wenn Drogenmissbrauch seine Ursache in seelischen Erkrankungen hat (Gattamorta et al., 2017; Groenman et al., 2017) oder als Selbstmedikation (Sarvet et al., 2018) genutzt wird.

Andere Forschungserkenntnisse ergeben sich bei einem Fokus auf psychosoziale Aspekte. Hier geht es weniger um Neurobiologisches oder Pharmakologisches, sondern mehr um die Strukturen in Umfeld und Gesellschaft und ihre Wirkung auf das Individuum (Albrecht & Groenemeyer, 2012). Solche Ansätze, wie sie beispielsweise beim Lübecker Memorandum (Rumpf et al., 2017) oder in den Arbeiten von Georg Schomerus und Kolleg:innen (Schomerus et al., 2017) zu finden sind, thematisieren die zu schützende Integrität der Betroffenen (Streck, 2012) und setzen sich kritisch mit der Stigmatisierung Betroffener und der weitreichenden Wirkung von Stigmata auseinander (Wakeman, 2019; Mincin, 2018). Dabei werden Vorurteile und Abwertung als eigenes zusätzliches Gesundheitsrisiko für die Drogenkonsument:innen beschrieben (Avery & Avery, 2019).

Diese zusätzlichen und die allgemeinen Risiken von Substanzkonsum, insbesondere illegaler Drogen, sind auch zentrales Thema in der *Sozialen Arbeit*. Niederschwellige Angebote, welche versuchen, Ausgrenzung zu minimieren (Walton, 2018) und individuelle Ressourcen zu fördern (Herriger, 2020), stehen hier im Vordergrund. Die Soziale Arbeit versucht mit individuellen Hilfsangeboten (Streck, 2020; Sommerfeld, 2019), die Betroffenen in ihrem alltäglichen Umfeld ihren Bedürfnissen entsprechend zu unterstützen.

Die Diversität von Angeboten, bezogen auf die Unterschiedlichkeit von Grundkonzepten, ist im Bereich der Sozialen Arbeit dabei größer als in der Medizin, wo Abstinenz das angestrebte Ziel bleibt (Klingemann, 2016). Wie solche grundlegenden Zielsetzungen und Annahmen soziologisch, kulturell und politisch geprägt sind und sich entwickeln, wird im folgenden Absatz zu gesellschaftswissenschaftlicher Suchtforschung beschrieben.

1.2.3 Gesellschaftliche Aspekte

Welche Drogen und Konsummuster als unbedenklich angesehen werden, ist stark von der Gesellschaft, dem kulturellen Milieu und den geltenden Gesetzen abhängig (Hengartner & Merki, 1999). Diese *kultur- und sozialwissenschaftlichen Aspekte* werden unter anderem im *Handbuch Drogen* von Robert Feustel und Kolleg:innen (2019) aufgegriffen. Gleich zu Beginn wird am Beispiel des winterlichen Rumgrogs, welcher je nach Kontext Hausmittel, Genussmittel, Rauschmittel oder gar Rauschgift sein kann, verdeutlicht, wie sehr die Art des Konsums, die Erwartungen, die Menge und die Umstände jede Substanzwirkung beeinflussen. Ein Phänomen, welches bereits in den 1980er Jahren mit den Worten „Drug, Set und Setting“ beschrieben wurde (Zinberg, 1984). Dabei fließen neben pharmakologischen und biologischen Aspekten auch kulturelle, politische und individuelle Aspekte in das Set mit

ein (Hartogsohn, 2017). Ebenso ausschlaggebend ist bei dieser Sichtweise das Setting, also die konkrete Situation, in der Konsum stattfindet. An dieser Stelle wird die Bedeutung von Aufklärung und einer respektvollen *Drogenpolitik* sowie die Förderung stabiler Lebensumstände und sicherer Rückzugsräume (Jakisch, 2019) als zentraler Aspekt der Schadensminimierung deutlich (Ataiants et al., 2020).

Wie sehr Drogengebrauch gesamtgesellschaftlich von sozialen Strukturen, Normierung und letztlich auch Stigmatisierung geprägt ist, untersuchen die Sozialwissenschaften genauer (Feustel et al., 2019; Dollinger & Schneider, 2005). Bereits seit Jahrzehnten machen sie deutlich, dass die in der Gesellschaft tief verwurzelte Ausgrenzung und Verurteilung durch Mitmenschen einen entscheidenden Faktor bei der Verfestigung schwerer Abhängigkeiten darstellt (Dollinger, 2018; Becker, 1963; Szasz, 1980). Außerdem wird erfasst, dass der medizinische Fortschritt nicht für alle gleichermaßen zugänglich und die Chance auf ein gesundes, schadensarmes Leben ungleich verteilt ist (Lampert et al., 2016; Richter & Hurrelmann, 2009).

Soziologische Perspektiven zu Drogengebrauch und seinen Gefahren stellen somit ein Gegengewicht zur individuellen und biomedizinischen Sichtweise dar, indem sie gesellschaftliche Zusammenhänge offenlegen und Tendenzen des entmündigenden Umgangs mit Konsument:innen (Barsch, 2018) ebenso kritisch untersuchen, wie eine mögliche Medikalisierung des menschlichen Alltags (Schmidt-Semisch, 2016). Dieser Vielschichtigkeit entsprechend ist Substanzkonsum ein wichtiges Thema im Ringen postindustrieller Gesellschaften um Freiheitskonzepte und soziale Gerechtigkeit (Klingemann, 2020).

Die Auseinandersetzung mit Substanzkonsum ist bis heute durch Begriffe geprägt, die abwertend konnotiert sind (Wakeman, 2019; von Heyden et al., 2018). Da dies einen konstruktiven Diskurs gefährdet, gibt es bereits seit den 1980er Jahren Kritik von Wissenschaftler:innen an zentralen Konzepten, wie dem der ‚Sucht‘. Der Begriff bezeichne „nicht eine Krankheit, sondern eine verachtete Form der Verhaltensabweichung“ (Szasz, 1980, S. 10). Auch wenn diese Diskussion nach wie vor aktuell ist und wichtig für die gesellschaftliche und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Drogenkonsum (Feustel et al., 2019; Schmidt-Semisch & Dollinger, 2018), muss trotzdem anerkannt werden, dass dessen Nebenwirkungen umfassend untersucht sind (Hoch et al., 2019) und für einen Teil der Konsument:innen relevante Auswirkungen hat (Ataiants et al., 2020; Drogenbeauftragte, 2020).

Der folgende Abschnitt soll bei der bestehenden Komplexität eine Möglichkeit darlegen, wie verschiedene Disziplinen in die Auseinandersetzung mit Konsum eingebunden werden können.

1.2.4 Interdisziplinäre Betrachtung

Um die Perspektiven für ein möglichst realistisches Bild zu vereinen, kann man sich den Begriffen rund um schädlichen Drogengebrauch von einem interdisziplinären, outcome-orientierten Standpunkt aus annähern, wodurch die Abgrenzung von Drogennutzung und Drogenabhängigkeit allgemein greifbar wird.

„Definitions of addiction vary, but all involve the notion of repeated powerful motivation to engage in an activity with no survival value, acquired through experience with that activity, despite the harm or risk of harm it causes.“ – West, 2013, S. 11

Robert West (2013) stellt das übermäßige Verlangen, welches durch dem Individuum bekannte Risiken nicht relativiert werden kann, in den Mittelpunkt der Abhängigkeitsmechanismen. In einem von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) veröffentlichten Buch gibt er einen umfassenden Überblick zu Abhängigkeitsmodellen und legt ein eigenes Basis-Modell dar.

Das COM-B-Modell - ein möglicher Ausgangspunkt zur Betrachtung von Substanzkonsum

Das *COM-B-Modell* enthält die Komponenten individuelle Eigenschaften und Befähigung (CAPABILITY), Gelegenheiten (OPPORTUNITY) und Anlass oder Beweggrund (MOTIVATION), welche das nach außen wahrnehmbare Verhalten (BEHAVIOUR) beeinflussen (Michie et al., 2011). Die Berücksichtigung anderer Modelle bei der konkreten Ausgestaltung des *COM-B-Modells* ist dabei explizit vorgesehen (Michie & West, 2013). Über die einzelnen Komponenten können Aspekte verschiedener Disziplinen eingebracht und verknüpft werden. So wird es möglich, die aktuellen und potentiellen Einflussgrößen schädlichen Gebrauchs zu analysieren und Ansatzpunkte für Prävention und Therapie zu entwickeln und zu testen. Beispielhaft seien hier die konkrete neurobiologische und psychische individuelle Konstitution bspw. als bisherige psychische Gesundheit bei CAPABILITY (Befähigung) zu nennen. Drogengebrauch und -verkauf in der Peer Group würde als OPPORTUNITY, eine Möglichkeit, Drogen zu bekommen, gelten. Der Wunsch nach Zugehörigkeit und Spaß kann als MOTIVATION eingeordnet werden. Diese Elemente führen zu sozial integriertem, experimentellem Drogenkonsum unter Jugendlichen, was als BEHAVIOUR zu bezeichnen ist. In dieses Beispiel fließen neurobiologische, psychische und soziale Aspekte mit ein. Diese fächerübergreifende Herangehensweise entspricht auch der seit Ende des 20. Jahrhunderts in den medizinischen und therapeutischen Disziplinen geläufigen Definition von Gesundheits- und Krankheitszuständen als biologisch, psychologisch und sozial geprägt (Engel, 1977; Egger, 2005). Die bio-psycho-soziale Betrachtungsweise wird mittlerweile auch im Suchtbereich angewandt (Rummel et al., 2019). Dabei ist die praktische Vernetzung der Disziplinen allerdings noch nicht weit fortgeschritten (von Heyden et al., 2018; Uhl, 2007).

1.3 Diskurse in der aktuellen Forschung

„Und so fahnden die einen nach genetischen Markern einer Krankheit, die andere für ein Ammenmärchen halten.“ – Spode, 2013, S. 17

Während Neurobiolog:innen ihre neuen Erkenntnisse als modernsten Zugang zum Thema in einer fortschrittsorientierten Gesellschaft ansehen (Volkow & Morales, 2015), wird ihnen von Kolleg:innen anderer Disziplinen eine Verfestigung von Stigmata und die Entmündigung der Betroffenen vorgeworfen (Hammer et al., 2013). Dem wachsenden Wissen zu vorwiegend als nicht steuerbar beschriebenen Vorgängen im Gehirn (Torregrossa, 2019) steht hier konkret die Betonung des freien Willens (Tretter, 2018; Baumeister & Vonasch, 2015; Vonasch et al., 2017) und der sozialen Gegebenheiten gegenüber (Groenemeyer, 2012).

1.3.1 Freier Wille versus chronische Krankheit

„Du kannst tun was du willst: aber du kannst, in jedem gegebenen Augenblick deines Lebens, nur ein Bestimmtes wollen und schlechterdings nichts Anderes, als dieses Eine.“
– Schopenhauer, 1978, S.58 -59

Egal ob Menschen Drogen nehmen oder nicht – dass sie über einen freien Willen verfügen, der vollkommen unabhängig von äußeren Einflüssen ist, erscheint im 21. Jahrhundert unwahrscheinlich (Carse et al., 2018; Bonn, 2013). Vielmehr ist unser Gehirn ein komplexes Organ, welches neben den bewussten auch etliche unbewusste Aspekte bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt (Luhmann, 2020). Diese neurobiologischen Erkenntnisse, über die komplexe Zusammensetzung unserer Gedanken und Entscheidungen, müssen nicht zwangsläufig Einschränkungen im Freiheitsgefühl mit sich bringen (Nahmias et al., 2014). Das Absprechen eines freien Willens birgt jedoch die Gefahr, dass die kritische Selbstreflexion, beispielsweise bei Drogenkonsum, gehemmt wird (Vohs & Baumeister, 2009). Gleichzeitig weisen verschiedene Wissenschaftler:innen darauf hin, dass die Fähigkeit zur Selbstbestimmung unter Personen, die Drogen nutzen, in gleichem Maße vorhanden ist wie bei nicht drogenkonsumierenden Personen (Cox et al., 2017; Heyman, 2017).

Untermuert wird dies unter anderem von den hohen Zahlen derer, die für ihren Konsum niemals Therapie brauchen und ohne anhaltende Schäden einfach spontan aufhören (Heyman, 2017). Zwar sind diese Personen für die moderne kosten- und maßnahmenorientierte Gesundheitsvorsorge und Forschung wenig interessant, nichtsdestotrotz bilden sie den Hauptteil der Menschen, die einmal mit psychoaktiven Substanzen in Kontakt gekommen sind (Mudry et al., 2019; John F. Kelly et al., 2017). Diese Spontanheilung verdeutlicht, dass effiziente Hilfsmaßnahmen zwar für manche Betroffene bedeutsam sind (Bastigkeit & Weber, 2019), aber eine Gleichsetzung mit anderen somatischen Erkrankungen trotz der nachweisbaren neuronalen Manifestation von Sucht und der psychischen wie physischen Nebenwirkungen nicht tragfähig ist, da Drogenkonsum beendet werden kann. Provokant formulieren Heyman & Mims (2017, S. 399) hierzu: „No one has stopped being a diabetic ‘cold turkey’.“

Dabei wird aber auch deutlich: Drogenmissbrauch kann zwar beendet werden, oft jedoch nicht ohne physische und psychische Anstrengung (Preedy, 2016), wie der Begriff ‘cold turkey’ deutlich macht. Arbeiten, die ausführen, dass die Entscheidung für den Konsum durchaus rational ist, da sie im konkreten Fall Vorteile bringen kann (Lewis, 2015), dürfen nicht dazu verleiten, die physischen und psychischen Nebenwirkungen von Drogen zu relativieren. Beispielsweise Feustel et al. (2019, S. 45) führen trotz einer gesellschaftswissenschaftlichen Perspektive aus: „Es wäre töricht, den Umstand zu leugnen, dass bestimmte Veränderungen im Metabolismus den Wahrnehmungsapparat und die Ich-Funktionen durcheinanderwirbeln und eine mehr oder weniger deutliche Veränderung auslösen.“

Darüber hinaus ist ein klarer Vorteil des Konzeptes von „Sucht als Krankheit“ für die Betroffenen, dass die Betrachtung als Erkrankung eine Finanzierung der Hilfe über die Krankenkasse (Tretter, 2017). Im Fall von drogenassoziierten oder dem Konsum vorausgehenden sozialen wie auch finanziellen Problemen kann dies ein enormer Vorteil sein (Bühler et al., 2020). Vom Nikotinabusus abgesehen, entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten ein vielschichtiges Hilffsystem mit Kostenübernahme durch die Krankenkassen (Bastigkeit & Weber, 2019).

1.3.2 Stigmatisierung

Studien legen nahe, dass Menschen durch die Diagnose, beispielsweise einer psychischen Erkrankung, Sicherheit gewinnen können (Peter et al., 2019). Auch durch die Anerkennung von Drogenmissbrauch als Erkrankung kann die Last der Verantwortung in schwierigen Phasen reduziert und der Zugang zu Hilfen erleichtert werden (Soyka et al., 2018). Drogenkonsum als Erkrankung zu sehen, stärkt wie im letzten Abschnitt dargelegt aber auch eine Betrachtung von Konsument:innen als unfreie Personen (Mincin, 2018; Walter, 2018).

Im Zusammenhang mit Drogengebrauch kommt es oft zu ausgeprägter Stigmatisierung (Fraser et al., 2017; Barry et al., 2014). Trotz moderner Erkenntnisse zur Neurobiologie von Sucht und präzisierter Diagnosen konnten dabei Ablehnung und Stigmatisierung gegenüber den Konsument:innen (Sattler et al., 2017) bislang nicht verringert werden (Racine et al., 2017; Heather et al., 2018).

Manche Forscher:innen zeigten bereits in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Gefahren auf, die entstehen, wenn Gesellschaften starre Grenzen zwischen erwünschtem und nicht-erwünschtem Verhalten ziehen (Becker, 1963; Szasz, 1980). Normen, die meist vom bereits einflussreichen Teil der Gesellschaft festgesetzt werden, können so sozioökonomisch Benachteiligte weiter nach außen drängen (Schomerus et al., 2017).

„Überall und zu jeder Zeit ist es das Individuum, das krank ist, aber es ist krank in den Augen seiner Gesellschaft, in Abhängigkeit von ihr und gemäß ihren Bedingungen. Die Sprache des Kranken entwickelt sich [...] aus der Sprache, die in der Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft herrscht.“ – Herzlich et al., 1991, S. 9

Wenn die Gesamtgesellschaft bei psychisch Kranken und Drogenkonsument:innen eine krankhafte Veränderung im Gehirn als Ursache vermutet, wird potentiell eine Abgrenzung und Verurteilung vorangetrieben, auch wenn die Schuld verringert ist (Hart, 2017). Eine mögliche Lösung ist, das Kontinuum zwischen starker Abhängigkeit und dem vermeintlich Normalen deutlich zu machen, wie dies die Promotion von Felix Ebert in Bezug auf paranoides Denken leistet (Ebert, 2018). Viele Forscher:innen plädieren dafür, dem Fortschritt der Wissenschaft und dem immer größeren Wissen um unsere Biologie einen ethisch und moralisch behutsamen Diskurs und umfassende Kontrolle der Therapiemaßnahmen entsprechend ihrer Evidenz entgegenzusetzen (Heather & Segal, 2017; Lewis, 2015). Immer deutlicher wurde in den letzten zehn Jahren, dass eine Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen in einem so komplexen Feld für bestmögliche Forschung und Therapieansätze unabdingbar ist (Rebscher et al., 2019).

1.4 Gesundheitsversorgung

Debatten zum Thema Drogenkonsum werden auch von Personen, deren Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen sich auf legale Drogen beschränken, verfolgt. Die Diskurse beinhalten grundlegende Fragen zum Sozialstaats-Prinzip, sowie zu den Themen Demokratie und individuelle Freiheit. Wie viel sollte der Staat über unsere privaten Handlungen bestimmen können? Wie werden Normen ausgehandelt und welche Ausgestaltung sollte ein modernes Hilffssystem haben? Der Psychiater Thomas Szasz geht bereits mit der Therapielandschaft und den Kollegen der 1980er Jahre hart ins

Gericht und spricht von „medizinisch und therapeutisch motivierte(r) Unterdrückung und Fremdherrschaft“ (Szasz, 1980, S. 5). Er geht davon aus, dass sich diese neuen Normen nicht aus der Bevölkerung heraus gebildet haben, sondern von oben herab auf sie angewandt werden. Auch die aktuelle Wissenschaft beschäftigt sich mit der Medikalisierung des spätmodernen Lebens (Kaczmarek, 2019; Schmidt-Semisch, 2016). Von einigen wird kritisiert, dass die Suchthilfe zu einer „Suchtindustrie“ geworden sei, welche eher einem Selbstzweck als der Salutogenese diene (Mulford, 1994). Durch die fortlaufende Ausweitung des Suchtbegriffs „muss jeder achtsam sein, sich als Subjekt hinterfragen“ (Schmidt-Semisch & Dollinger, 2017, S. 134), wodurch die Verantwortung auf das Individuum und ins Private verschoben wird (Unterkofler et al., 2018; Uhl, 2007).

Andererseits ermöglicht die Evidenzbasierung der modernen Medizin, mit der immer verbreiteteren Erhebung von Lebensqualität als Outcome (Haraldstad et al., 2019), in der Gesellschaft über benötigte und wirksame Maßnahmen ins Gespräch zu kommen. Über Evaluierung und Lebensqualitätsabfrage bei klinischen Studien wird es den Patient:innen möglich, Anteil an den Veränderungen in der Versorgung zu haben (Bullinger, 2014). Dass die Lebensqualität steigt, sieht man an einer immer längeren Lebensphase mit hoher Aktivität und einer allgemein steigenden Lebenserwartung auch für stark abhängige Drogennutzer:innen (Cepeda et al., 2016). Der Erfolg von Suchtprävention, zum Beispiel durch die sogenannte Alkopop-Steuer (Farke, 2008), zeigt sich vor allem bei Jugendlichen, bei denen der Tabak- und Alkoholkonsum seit mehreren Jahren rückläufig ist (Drogenbeauftragte, 2020). Auf der anderen Seite steigt die Zahl der im Zusammenhang mit dem Gebrauch illegaler Drogen Verstorbenen aktuell wieder an (Drogenbeauftragte, 2021) und die Wirksamkeit der Suchtprävention steht seit vielen Jahren immer wieder in der Kritik (akzept e.V., 2021; Böllinger, 2018). Dabei wird unter anderem angebracht, dass die Verantwortung für schädlichen Gebrauch auf Individuen übertragen wird, statt die Investition in allgemeine Verhältnisprävention zu fördern (Unterkofler et al., 2018; Dollinger, 2006). Somit werden Lösungen für gesamtgesellschaftliche Probleme in den individuellen Lebensbereich verschoben, meist zum Nachteil derer, die von außen als besonders gefährdet definiert werden und als Objekte der Prävention von der weiteren Gestaltung der Gesellschaft indirekt ausgeschlossen werden (Unterkofler et al., 2018). In vielen Bereichen ist diese Entmündigung noch wenig reflektiert (Schmidt, 2017; Schmidt-Semisch & Dollinger, 2018).

„Der nötige Vertrauensvorschuss, dass Prävention dem (extern definierten) Besten des Betreffenden dient, wird in der Regel implizit vorausgesetzt.“ – Dollinger 2006, S. 148

Wie Substanzkonsum konkret im Gesundheitswesen begegnet wird, soll im Folgenden beschrieben werden.

1.4.1 Verschiedene Akteure der Suchthilfe

Suchthilfe und -prävention kann von der Überlebenshilfe bei starken körperlichen und psychischen Einschränkungen bis hin zu unterstützenden Maßnahmen zur Stabilisierung eines zufriedenen, gesunden Lebens gefasst werden. Voraussetzung ist, dass eine Person beginnt, ihren Substanzkonsum zu hinterfragen, um dann gegebenenfalls Informationen oder Beratung einzuholen.

Die Erstkonsultation einer Hilfsstelle findet oft auf Verlangen des sozialen Umfeldes hin statt (Tretter, 2017). Damit die Person möglichst bald eigene Bedürfnisse einbringen kann, bedarf es entsprechend eines respektvollen und Vertrauen fördernden Umgangs. In den meisten Fällen wird dann in der

Suchtmedizin eine Heilung durch Abstinenz angestrebt (Soyka et al., 2018). Bei intensivem Substanzmissbrauch muss entsprechend ein Entzug durchlaufen werden. Um den Erfolg zu sichern, schließt sich daran eine Entwöhnungs- sowie Rehabilitationsphase an. Bislang finden der Beginn (Beratung) und das Ende der Drogenentwöhnung (Rehabilitation) meist ambulant und Entzug und Entwöhnung stationär statt. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat jedoch eine Verschiebung hin zu mehr ambulanten und zeitlich enger gefassten Maßnahmen zur Folge (Tretter, 2017).

In den Zentren und Kliniken arbeitet ein interdisziplinäres Team aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Soziale Arbeit. Dem bio-psycho-sozialen Modell entsprechend fördert dieses Team eine Genesung auf mehreren Ebenen. In den einzelnen Bereichen erhalten die Betroffenen je nach Bedarf medikamentöse, verhaltenstherapeutische und lebenspraktische Unterstützung. Außerdem wird auf Ziele und die individuellen Umstände eingegangen sowie allgemein Wissen zu Psyche, Drogen und Perspektiven vermittelt.

Die Soziale Arbeit erweitert das Angebot um niederschwellige Hilfen. Hierbei steht nicht die stringente Therapie, sondern eine individuelle Schadensminimierung im Vordergrund (Sommerfeld, 2019; Rummel et al., 2019; Jakisch, 2019). Neben der professionellen Hilfe sind Selbsthilfeorganisationen in der Therapie und Sekundärprävention ein weiteres wichtiges Feld der Suchthilfe (Slesina & Fink, 2009). Selbstverständlich sind die Inhalte und Ziele nicht gleich, je nachdem, ob man sich in einem niederschweligen Bereich zur Schadensminimierung, in einer medizinischen Klinik mit dem Therapieziel Abstinenz oder beispielsweise in einer Selbsthilfegruppe wie den Anonymen Alkoholikern befindet. Wichtig ist, gerade für Hausärzt:innen als erste Anlaufstelle, die betroffenen Personen dabei zu unterstützen, das passende Hilfsangebot zu finden und gegebenenfalls die Zeit bis zu einem Therapiebeginn zu überbrücken. Ebenso vulnerabel ist die Phase vor der Rückkehr ins normale Leben. Wenn die Rückkehr ins bisherige Umfeld unmöglich oder ausgesprochen schädlich erscheint, können Betroffene nach der Entwöhnung in einer Adaptationseinrichtung wohnen und in einem neuen Umfeld in einer neuen Stadt anfangen, den Alltag selbst zu gestalten, ohne sofort auf therapeutischen Rückhalt verzichten zu müssen.

Eine besondere Stellung unter den Hilfsangeboten nimmt die Substitutionstherapie ein, da sie nicht vordergründig zum Ziel hat, den Drogenkonsum zu reduzieren. Sie bietet heroinabhängigen Menschen Methadon als orale Ersatzsubstanz in kontrollierten Mengen an. Durch den abgesicherten Rahmen wird angestrebt, Begleitrisiken und Probleme – von intravenösen Injektionsrisiken bis hin zur Beschaffungskriminalität und damit auch die Mortalität – zu reduzieren (Aigner, 2017; Scherbaum et al., 2002). Die jüngste Entwicklung ist die Bereitstellung von Online-Angeboten für Primär- und Sekundärprävention (Schwinn et al., 2018), in der Region Halle-Leipzig beispielsweise als Kurzintervention für Personen, die Cannabis oder Methamphetamin konsumieren (Friedrich, 2018).

1.4.2 Ärztlicher Umgang mit Drogenkonsument:innen

Nach vielen Jahrzehnten des ungebremsten Fortschritts sind Ärzt:innen aktuell bemüht, die immer komplexere Medizin durch verbesserte Kommunikation mit den Patient:innen wieder verständlicher werden zu lassen (Mahal et al., 2020; Jünger, 2018) und individuelle Behandlungsziele zu verhandeln (Jellen et al., 2018). Insgesamt entwickelt sich die Medizin weg von tradierten Rollenvorstellungen hin zu Shared Decision Making (Haltaufderheide et al., 2018). Viele ältere Patient:innen sind jedoch

weiterhin damit zufrieden, wenn Entscheidungen eher für sie als mit ihnen getroffen werden oder wünschen sich dies sogar (Martin, 2019). Gerade die jüngeren Patient:innen erwarten hingegen, dass sie als Expert:innen für ihren eigenen Körper anerkannt und von Ärzt:innen vorrangig fachlich beraten werden (Mezzich et al., 2016). Auch für den Umgang mit Drogenkonsum wird dieses Vorgehen in der Forschung und Praxis (Sommerfeld, 2019; Rumpf et al., 2017) vermehrt diskutiert und erprobt.

Nach wie vor wird Drogenkonsument:innen in Arztpraxen und Krankenhäusern trotzdem mit Vorurteilen begegnet (Milin et al., 2019; Avery, 2019; Schomerus, 2017), was wiederum nicht nur die Compliance der Patient:innen einschränkt (Fankhaenel et al., 2018), sondern auch ihre Gesundheit zusätzlich gefährdet (Wakeman & Rich, 2018). Dementsprechend wird bei der Patient:innenversorgung in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung der ärztlichen Kommunikation (Emmerling, 2019; Dörner, 2014) ebenso angestrebt wie die Förderung des Fachwissens (Bleckwenn et al., 2017; Derefinko et al., 2020) und der Reflexion beim medizinischen Personal zum Abbau von Stigmatisierung (Richter et al., 2019; Schomerus, 2017).

1.5 Ableitung der Fragestellung

In den letzten Jahren ist die Diversität und Vernetzung der Suchtforschung deutlich vorangeschritten, wie unter anderem das *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (von Heyden et al., 2018) mit seinen unterschiedlichen Beiträgen verdeutlicht. Zusätzlich gibt es in der Forschung neben verschiedenen Disziplinen auch eine zunehmende methodische Vielfalt (Khalili et al., 2018). Hierbei sind insbesondere auch qualitative Werke zur Generierung von tieferem Verständnis weiter verbreitet (Rhodes et al., 2010). Der Umgang mit den gewonnenen Daten wird immer differenzierter reflektiert (Martin & Stenner, 2004) und die Zusammenarbeit verschiedener Ansätze gefördert (Baur et al., 2017; Hunt et al., 2011). Auch durch den steigenden Anspruch der Sozialen Arbeit, ihr Wirken wissenschaftlich zu untermauern (Sommerfeld, 2019), ist die Forschungslandschaft vielfältiger und umfassender geworden (Khalili et al., 2018; Rummel et al., 2019). Durch die aktuell noch geringe Vernetzung der verschiedenen theoretischen und methodischen Ansätze sowie die jahrzehntelange Dominanz der quantitativen Forschung bleiben jedoch noch viele Bereiche und Aspekte unerschlossen.

„Wir wissen, dass Rauchen ungesund ist und dass in unterschiedlichen Schichten in unterschiedlichem Maße geraucht wird – unklarer ist allerdings, woher die Lust an der Betäubung kommt, wodurch diese Lust ausgelöst wird, auf welche Weise Rauchen das Leben erträglicher macht und wieso es erträglicher gemacht werden muss. Das Fehlen von solchem Wissen ist der Grund, weshalb aus abstraktem Zahlenwissen nicht direkt sinnvolle Interventionen abgeleitet werden können.“ – Knecht, 2010, S.298

Bei vorhandenen qualitativen Studien aus dem deutschsprachigen Raum fehlt meist ein therapiefernere Zugang (Hoffmann, 2021; Aldrian, 2019; Rothmoser, 2019) und – bis auf wenige Ausnahmen (Steinauer et al., 2016) – die konsequente Integration der subjektiven Kognitionen im Rahmen von Substanzgebrauch (Helbig et al., 2019). Dabei ist es für das Ziel der Prävention, Konsum zu verstehen und zu beeinflussen, noch bevor irreversible Schäden entstanden sind (Bühler et al., 2020), essentiell (noch) nicht therapiebedürftigen Konsum und die ihm zugrundeliegenden Mechanismen zu erforschen (Horwitz et al., 2019).

Außerdem ist festzustellen, dass trotz einer Zunahme an Versorgungsforschung im Allgemeinen (Rebscher et al., 2019; Rumpf et al., 2017; John et al., 2009) und einzelner Studien zur Perspektive von Substanzkonsument:innen (Hoffmann et al., 2018b), die Datenlage zu Bedürfnissen von Substanzkonsument:innen noch unzureichend ist. Dabei ist die Perspektive der Drogennutzer:innen ein Kernanliegen der Substanzkonsumforschung (Sher & Vergés, 2016).

Die vorliegende Arbeit wurde konzipiert um diesen Aspekt der Substanzkonsumforschung aufzugreifen. An die aktuelle Forschung zu Substanzkonsum anknüpfend, soll hierfür der bisher wenig beleuchtete Bereich des therapiereifen Drogenkonsums untersucht werden. Durch ein exploratives und qualitatives Design soll Konsum an einem entscheidenden und vulnerablen Punkt abgebildet werden. Dabei sollen die Kognitionen der Drogennutzer:innen erschlossen und ihre Erfahrungen im sowie Erwartungen an das Gesundheitssystem exploriert werden. Mit der medizinsoziologischen und zugleich ärztlichen Perspektive können so wertvolle Impulse für Praxis und Forschung gewonnen werden.

Kapitel 2

Zielstellung

2.1 Ziele der vorliegenden Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist zunächst, den Drogenkonsum von Personen ohne Therapieanbindung im Raum Halle-Leipzig explorativ zu erfassen: Was wird konsumiert, wie und warum? Darüber hinaus soll untersucht werden, wie Betroffene selbst dem Suchtbegriff und anderen Konzepten aus der Suchtforschung gegenüberstehen. Welche Perspektiven und Erfahrungen herrschen im Feld selbst vor?

Zudem soll untersucht werden, welche konkreten Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem berichtet werden und welche Kritik an Ärzt:innen die befragten Personen gegebenenfalls äußern. Insbesondere für ärztliche Kolleg:innen außerhalb der spezialisierten Suchtbehandlung sollen aus dem Material Grundlagen für einen konstruktiven und unterstützenden Umgang zwischen Drogenkonsument:innen und Ärzt:innen herausgearbeitet werden.

2.2 Konkrete Fragestellungen

1. Wie sieht die Konsumpraxis im Raum Halle-Leipzig aus?
2. Wie beschreiben, erleben und bewerten Drogenkonsument:innen ihre Lebenssituation? Welche Motive, Haltungen und Überzeugungen zu Substanzkonsum werden von Betroffenen beschrieben?
3. Sind Zusammenhänge zwischen innerer Haltung und Lebenswandel identifizierbar?
4. Welche Erfahrungen im Gesundheitssystem werden beschrieben?
5. Welche Impulse für die ärztliche Arbeit können aus der Auseinandersetzung mit der Konsument:innenperspektive abgeleitet werden?

Kapitel 3

Methodik und Material

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine qualitative Arbeit, welche nach den Prinzipien der Grounded Theory Methodologie durchgeführt wurde. In leitfadengestützten Interviews mit Drogenkonsument:innen im Raum Halle-Leipzig wurden Daten zur konkreten Lebenswelt von Drogennutzenden exploriert und durch Analyse und Theoriebildung für ärztliches Handeln und weitere Forschung zugänglich gemacht.

In dem folgenden Kapitel werden zunächst ethische Aspekte beleuchtet. Anschließend wird beschrieben, auf welchen methodischen Grundlagen die Arbeit fußt und Informationen zu Studiendesign, Stichprobe und Datenerhebung dargelegt. Darauffolgend werden konkrete Aspekte und die Vorgehensweise bei der Datenanalyse erläutert. Am Ende des Kapitels wird ein Überblick zu den Maßnahmen der methodischen Qualitätssicherung gegeben.

3.1 Ethik und Probandenschutz

Das Forschungsprojekt wurde der Deklaration von Helsinki (World Medical Association, 2013) entsprechend unter Berücksichtigung humanistischer und medizinethischer Standards geplant. Zur externen Begutachtung dessen wurde vor Beginn der Durchführung ein positives Votum der Ethikkommission der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Bearbeitungsnummer 2015-81) eingeholt. Die Kommission hatte keine Einwände.

Den Vorschlägen der Ethikkommission, den WHO Standards und dem ärztlichen Prinzip *primum non nocere* folgend, wurden umfassende Überlegungen zum Schutz der Teilnehmer:innen umgesetzt. Detaillierte Informationen zum Bereich Forschungsethik, welche auch in das vorliegende Studiendesign einfließen, finden sich beispielsweise im *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen* von Lenk et al. (2014). Da die vorliegende Arbeit illegales Verhalten thematisiert, wurde die Sicherheit der Teilnehmer:innen und die daran anknüpfende Vertrauensbasis durch Anonymität der Proband:innen gestärkt. Es wurden zu keinem Zeitpunkt Klarnamen erhoben, die Transkription der Audioaufnahmen erfolgte nur an Geräten im offline-Modus. Den Proband:innen wurde die Auswahl des Ortes der Erhebung freigestellt. Die Intensität, das Medium sowie die Art der Vorgespräche wurden von den Bedürfnissen der Teilnehmer:innen abhängig gemacht. Der Erstkontakt mit den Interviewpartner:innen fand per Telefon und E-Mail statt. Die Teilnehmer:innen wurden mit einer Proband:inneninformation entsprechend den Empfehlungen des Research Ethics Review Committee der WHO (2000) schriftlich

sowie mündlich über das Studienvorhaben aufgeklärt. Im Vorgespräch wurden die Studie und das geplante Vorgehen verständlich vorgestellt und die Freiwilligkeit der Teilnahme mit jederzeitigem Rücktrittsrecht erläutert. Es bestand umfassend Zeit für Fragen. Alle Studienteilnehmer:innen willigten vor den Interviews ein und erhielten Bedenkzeit zur Revidierung dieser Entscheidung.

Im Aufklärungsbogen und Vorgespräch wurde auch thematisiert, wie mit Aussagen zu Straftaten umgegangen wird. Solange keine unmittelbare Gefährdung der Teilnehmer:innen oder anderer Personen vorliegt und nicht von schweren Straftaten gesprochen wird, beispielsweise Mord oder Freiheitsberaubung, erfolgt keine Weitergabe von Informationen an Polizei oder Staatsanwaltschaft. Somit konnte der Konsum, auch illegaler Substanzen, ohne Bedenken besprochen werden. Ebenso wichtig war zur Einhaltung des Nichtschadensprinzips eine dem Forschungsgegenstand angemessene Proband:innenauswahl, da instabile, therapiebedürftige Personen durch das intensive Gespräch hätten destabilisiert werden können oder die Annahme von Hilfen potentiell hinausgezögert worden wäre.

3.2 Methodische Grundüberlegungen

Dieser Abschnitt legt dar, weshalb ein qualitatives Design gewählt wurde und welche konkreten Ansätze das praktische Vorgehen bestimmt haben.

3.2.1 Methodologische Einordnung

„Die emanzipierende Erkenntnis, dass es aus methodologischen Gründen in den meisten Bereichen des praktischen Handelns gar nicht möglich ist – im Gegensatz z. B. zur Arzneimittelforschung – Erfolge wissenschaftlich eindeutig nachzuweisen, und dass daher in vielen Praxisbereichen, wie in der Suchtprävention, ganz andere Forschungszugänge notwendig sind, ist erst langsam im Entstehen.“ – Uhl, 2007, S. 10f.

Das medizinsoziologische Forschungsprojekt ist im Bereich der explorativen Sozialforschung angesiedelt. Da bislang kaum aktuelle Daten zur Lebenswelt von Drogenkonsument:innen außerhalb eines Therapiesettings für Deutschland vorlagen, wurde gezielt ein niederschwelliges, exploratives Vorgehen geplant. Über Vermittlungspersonen konnten verschiedene Nutzer:innen von Drogen für die leitfadengestützten Interviews gewonnen werden. Die Stichprobe und die Interviewform zielten dabei nicht auf quantitative Aussagen ab, sondern auf eine offene und mehrschichtige Betrachtung des Drogenkonsums von nicht suchttherapeutisch behandelten Personen. Der explorative Zugang ermöglicht dabei eine bedeutsame Ergänzung bisheriger Daten durch neue Impulse und Informationen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Insbesondere werden die Perspektive der Betroffenen und die Komplexität realer Phänomene außerhalb der Suchthilfe greifbar (Ohlbrecht, 2019). Darüber hinaus werden neue Aspekte aus dem Bereich der Konsumüberzeugungen erfasst (Charmaz & Keller, 2016), die einen Ausgangspunkt für weitere Forschung bilden können. Dies entspricht der aktuellen Entwicklung in der Substanzkonsumforschung, welche eine breitgefächerte Methodenauswahl und eine bewusste Einbeziehung der Betroffenenperspektive anstrebt (Heyman & Mims, 2017; Pienaar & Dilkes-Frayne, 2017).

Alle im Feld gewonnenen Daten, wie Kontextprotokolle, Interviewaufnahmen und Feldnotizen, wurden den Grundüberlegungen des symbolischen Interaktionismus (Blumer, 1986; Winter, 2010;

Blumer, 1966) folgend als Produkt der Interaktion von Interviewerin und Studienteilnehmenden aufgefasst (Keller, 2012). Die darin eingewobenen Normen und Kommunikationsebenen wurden in der Bearbeitung und Interpretation gezielt aufgegriffen (Breuer et al., 2017).

Für das Gewinnen von Erkenntnissen und Hypothesen aus dem Material wurden der Grounded Theory Methodologie entsprechend verschiedene wissenschaftliche Schlussweisen für die Auseinandersetzung mit den Daten miteinander kombiniert (Strübing, 2014). Die grundlegenden Vorgehen sind dabei Induktion, Deduktion und Abduktion. Die *Induktion* ermöglicht, direkt aus dem Material heraus Rückschlüsse auf allgemeine Grundlagen des Beobachteten zu ziehen (Diaz-Bone & Weischer, 2015, S. 189) und somit wichtige Impulse für ein vertieftes Verständnis zu generieren. Dabei ist es jedoch wichtig, nicht dem *induktivistischen Selbstmissverständnis* (Kelle, 2003, S. 6) zu erliegen, bei dem ein unrealistisches Ideal des vollkommen unvoreingenommenen Gewinnens von allgemeingültigem Wissen ausschließlich aus den Daten gesetzt wird. Durch das fälschliche Ausblenden von Vorwissen sowie mangelhafte Reflexion von Vorannahmen und der Rolle der Interviewerin könnte die tatsächliche Aussagekraft der Ergebnisse gefährdet werden (Baur & Blasius, 2019, S.196ff.). Entsprechend ist neben dem reinen Schließen aus dem Material auch die *Deduktion* als erneute Prüfung gewonnener, allgemeingültiger Aussagen am konkreten Fall bedeutsam. Sie weist vom Abstrahierten wieder auf das Konkrete und ergänzt sich somit mit der Induktion (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014) zu einem umfassenden Prozess, der Fall und Regeln prüft, vergleicht und abgrenzt. Für den hypothetischen Schluss und den Zugewinn neuer Aspekte bedarf es zusätzlich zu diesen beiden Schlussweisen der *Abduktion* (Strübing, 2014). Sie ermöglicht es, durch einen neuen, innovativen Gedanken das Beobachtete zu erklären. Dabei wird die durch Induktion und Deduktion gewonnene Erkenntnis mit einer kreativ erschaffenen, jedoch im Material verankerten Hypothese verbunden (weiterführend s. Reichertz, 2013). Hierin liegt die Kernkompetenz der explorativen Forschung, welche den Zugewinn von vorher nicht bekanntem oder nicht in dieser Weise verknüpftem Wissen ermöglicht. Für dieses Vorgehen sind kreative Einflüsse ebenso essentiell wie kritisch reflektiertes Vorwissen (Brüsemeister, 2008; Kelle, 2003), das es ermöglicht, die Forschungserkenntnisse der letzten Jahrzehnte in die vorliegende Arbeit und neue Hypothesen einzubinden (Breuer et al., 2017). Anders als bei hypothetiko-deduktiven Forschungsmodellen (Kelle, 2008), die von der These ausgehend auf das Feld schauen, kann vom Forschungsgegenstand ausgehend in einer qualitativen Arbeit durch den Wechsel von Deduktion, Induktion und Abduktion das Feld realitätsnah und vielschichtig erkundet und für die Wissenschaft zugänglich gemacht werden (Ohlbrecht, 2019). Um soziale Phänomene aus dem Bereich des Drogenkonsums besonders praxisnah festhalten zu können und sie in Form von im Feldmaterial verankerten Konzepten mit ihrem Kontext zusammen greifbar zu machen, bot sich für die vorliegende Arbeit die Grounded Theory Methodologie (Glaser & Strauss, 1967; Mey & Mruck, 2011) an. In besonderem Maße ermöglicht der offene und gleichzeitig methodisch fundierte Zugang mit seiner iterativen und vergleichenden Vorgehensweise, die Lebenswelten der Proband:innen ins Zentrum der wissenschaftlichen Arbeit zu stellen und dadurch für soziologische Fragestellungen zu erschließen (Feustel et al., 2019; Brüsemeister, 2008). Durch die Umsetzung der Methodologie unter Berücksichtigung ihrer aktuellsten Weiterentwicklungen wird ermöglicht, bisher weniger beachtete Phänomene direkt zu erfassen (Martin & Stenner, 2004). Auf den so direkt aus den Daten gewonnenen Erkenntnissen können Impulse für die Praxis und weitere Theorien ebenso aufbauen wie neue Zugänge zu konkre-

ten Feldern und Themen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Tiefere Einblicke in die Entstehung und Grundlagen der Grounded Theory Methodologie bietet der folgende Abschnitt.

3.2.2 Ursprung und Weiterentwicklung der Grounded Theory Methodologie

In ihrer ersten Schrift zur Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) haben Barney Glaser und Anselm Strauss den Grundstein für eine der aktuell am weitesten verbreiteten qualitativen Methodologien der Sozialforschung gelegt (Diaz-Bone & Weischer, 2015). Die vorausgehende Forschungsarbeit *Awareness of Dying* (Glaser & Strauss, 1966) aus dem Bereich der Medizinsoziologie war weder theoretisch noch rein deskriptiv angelegt (Glaser & Strauss, 1966). Mit großer Nähe zum Feld und dem realen Leben wurden neue Theorien aus dem Material entwickelt. Dieses Vorgehen sollte in der methodologischen Grundlagenschrift *The Discovery of Grounded Theory* nicht zuletzt für junge Wissenschaftler:innen erschlossen werden. Darin stellen Glaser und Strauss Machtstrukturen in Forschung und Gesellschaft in Frage und setzen Impulse für eine effiziente und innovative Forschung (Strübing, 2014). Die einzelnen Forscher:innen und das Feld erhalten in ihrer Methodologie einen genauso zentralen Stellenwert wie die wissenschaftliche und empirische Fundierung der Theorien und ihre Verwurzelung in den Daten (Mey & Mruck, 2011). Glaser und Strauss haben das Ziel, einen Forschungsgegenstand möglichst ergiebig für die Wissenschaft zugänglich zu machen. Verwendet werden hierzu eine komparative Analyse, bei der stetig ein Vergleich von Phänomenen und Kontexten stattfindet, sowie ein theoretisch geleitetes Sampling, bei dem Datenerhebung und -auswertung ineinandergreifen (Brüsemeister, 2008). Die entstehenden Theorien, *grounded theories*, sind durch die aus dem Material im iterativen Forschungsprozess gewonnenen Codes und Kategorien direkt in den Daten verankert. Der Fokus liegt dabei darauf, „strukturelle Aspekte von Handlungsprozessen“ (Brüsemeister, 2008, S.182) als Schlüsselemente sozialer Prozesse begreifbar zu machen.

In den darauffolgenden Jahrzehnten wurde deutlich, dass jede Methodologie sich nicht nur in der Praxis, sondern auch im wissenschaftlichen Methodendiskurs beweisen und entsprechend verbessern muss (Strübing, 2011). Glaser, als Alumnus der Columbia School und geprägt von quantitativen Wissenschaftlern wie Paul Lazarsfeld, übte starke Kritik an der weiteren Arbeit und Auslegungen von Strauss (Glaser, 1992). Dieser wiederum, ursprünglich von der Chicago School unter Blumer und von den Grundsätzen des symbolischen Interaktionismus beeinflusst, veröffentlichte neue Werke und Ansätze zur Grounded Theory (Kelle, 2011). Unter anderem entwickelte Strauss mit Juliet Corbin das *Paradigmatische Modell* für den Kodierprozess (Corbin & Strauss, 1990). Die Betrachtung des Phänomens und das Aufbrechen der Daten soll mit diesem Gerüst tiefer und ergebnisoffener werden. Glaser hingegen plädiert für die Kraft der Daten selbst (Glaser & Holton, 2005), aus denen Kernkategorien umso besser emergieren, je weniger Vorkenntnisse die Forscher:innen haben. Beide Ansätze waren fortan Kritik und Druck zur Weiterentwicklung ausgesetzt. Das bereits erwähnte induktivistische Selbstmissverständnis (Kelle, 2003) und Vorwürfe zum Forcing (Charmaz, 2011) waren hierbei führende Kritikpunkte. Die nächste Generation an einflussreichen Forscher:innen aus dem Bereich der Grounded Theory reflektiert die eigene Rolle im Forschungsprozess kritischer und setzt sich mit Machtgefällen und normativen Prozessen auseinander (Breuer et al. 2017, S.99ff.; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014, S.224). Zudem werden Schwerpunkte auf Praxistauglichkeit sowie die konkrete Umsetzbarkeit und Zugänglichkeit für junge Forschende der nachfolgenden Generation gesetzt.

Gleichzeitig wird die Einbettung der Grounded Theory in die Sozialwissenschaft und die Verwurzelung in und Vernetzung mit Theorien aus den Bereichen des Pragmatismus, Symbolischen Interaktionismus, Konstruktivismus und der Postmoderne stärker als je zuvor verfolgt (Strübing, 2014).

Die vorliegende Arbeit nutzt die Grundpfeiler der Grounded Theory. Gemeint sind damit das theoretische Kodieren, die komparative Analyse, das Verfassen von Memos und das theoretische Sampling. Auch das Paradigmatische Modell wird aufgegriffen. Als aktuelle Weiterentwicklungen werden ergänzend die konstruktivistische Grounded Theory von Kathy Charmaz (Charmaz & Keller, 2016; Charmaz, 2006) und die postmoderne Situationsanalyse mit ihren Position Maps von Adele Clarke (Clarke & Keller, 2014; Clarke, 2012) angewandt. Obwohl ihre Methoden in vielen Disziplinen und Fachbereichen Anwendung finden, waren beide Wissenschaftlerinnen vor allem im Bereich der medizinischen Soziologie tätig. Ihre Ansätze ermöglichen es entsprechend, die Komplexität des Forschungsgegenstandes – wie auch des Forschungsprozesses – möglichst umfassend festzuhalten und zu thematisieren. Details hierzu werden im Kapitel 3.4 zur Datenanalyse beschrieben.

3.3 Stichprobe und Datenerhebung

Dieser Abschnitt erläutert, wie die Daten dieser Studie gewonnen wurden und geht dabei auf verschiedene Aspekte des Studiendesigns und der Umsetzung ein.

3.3.1 Zugang und Stichprobe

Die meisten Studien im Bereich der Suchtforschung beschäftigen sich mit Personen, die therapeutische Angebote wahrnehmen und hierüber kontaktiert werden können. Da insgesamt jedoch nur ein geringer Teil der Drogennutzer:innen therapeutische Angebote wahrnimmt (Atzendorf et al., 2019; Mellor & Ritter, 2020), wurde in der vorliegenden Arbeit gezielt nach einem therapiefernen Zugang gesucht. Dieser soll die Abbildung eines unterrepräsentierten Bereiches des Forschungsfeldes ermöglichen. Dementsprechend war eine laufende oder in den letzten drei Monaten erfolgte Suchttherapie ein Ausschlusskriterium. Ebenso mussten für ein aussagekräftiges Interview ein ausreichend stabiler geistiger Zustand und für die allgemeine Teilnahme Zurechnungsfähigkeit gegeben sein. Diese wurden auch in Bezug auf Drogenwirkung zum Interviewzeitpunkt im Vorgespräch und vor Beginn der Interviewaufnahme durch eine Beurteilung von Erscheinungsbild, Stimmung, Redefluss, vollständiger Orientiertheit und Aufmerksamkeit von der Interviewerin beurteilt (zu Kriterien des psychischen Befundes z. B. Payk, 2010, S.95ff.). Keine der kontaktierten Personen lehnte eine Teilnahme ab. Bei den Interviews selbst kam es in einigen Fällen zu Terminverschiebungen.

Über vier Vermittlungspersonen und deren Erstkontakte sowie die Fortsetzung der Rekrutierung nach dem Schneeballprinzip wurden mehrere konkrete Forschungsfelder erschlossen. Die Zielgruppe waren Personen, die von ihrem Substanzkonsum deutlich beeinflusst sind oder waren, mit einem Schwerpunkt auf zeitweiligen schädlichen Gebrauch und illegale Drogen. Es wurde in Bezug auf die Substanzen weder vollkommene Homogenität noch eine vollständige Abbildung des Drogenmarktes angestrebt, sondern wie bei *Narratives of Recovery* (Hänninen & Koski-Jännes, 1999) den Prinzipien der qualitativen Exploration entsprechend die Erzählung der Teilnehmenden in den Vordergrund gestellt. Die ersten Kontakte entstanden über Hinweise aus dem Umfeld der Untersucherin und setz-

ten sich nach dem Schneeballprinzip und entsprechend dem Theoretical Sampling bis zur inhaltlichen Sättigung fort.

In den Jahren 2015 bis 2017 konnten hierdurch 13 Personen interviewt werden. Tabelle 1 fasst wichtige Merkmale der Proband:innen zusammen. Die interviewten Personen waren zwischen Anfang zwanzig und Ende dreißig. Es wurden zehn Männer und drei Frauen befragt. Wohnorte waren Halle oder Leipzig, wobei für drei Personen die Wohnsituation im Umbruch befindlich war. Der Großteil der Proband:innen hatten ein Studium, einen Teil des Studiums oder eine Ausbildung abgeschlossen.

Keine teilnehmende Person war aktuell in suchtspezifischer Behandlung. Drei der 13 Interviewpartner:innen haben drogen- und suchtspezifische Therapieerfahrungen, zwei davon waren auch stationär in Therapie. Für sechs Personen wurde der Drogengebrauch im Rahmen anderer therapeutischer Behandlungen relevant, da er sich zeitlich mit einer anderweitigen Erkrankung überschneidet oder es zu temporären drogenassoziierten Schäden kam, die akut behandelt wurden. Hierzu zählten Unfälle, Knochenbrüche, Kreislaufprobleme, Herzrhythmusstörungen, neurologische und psychosomatische Beschwerden. Die restlichen vier Personen hatten noch nie in einem Therapeutischen Setting ihren Drogenkonsum zur Sprache gebracht.

Tabelle 1: Überblick über verschiedene Merkmale der Studienteilnehmer:innen.

Merkmal	Ausprägung	Anzahl
Geschlecht	weiblich / männlich	3 / 10
Alter	≤ 30 Jahre / >30 Jahre	8 / 5
Berufliche Qualifikation	vorhanden / nicht vorhanden	7 / 6
Wohnsituation	allein / gemeinschaftlich	2 / 11
Wohnort	Halle / Leipzig	5 / 8
Drogenkonsum vor/bei/nach Interview	ja / nein	5 / 8
Suchtspezifische Therapieerfahrung	ja / nein	3 / 10

3.3.2 Datenerhebung

Es wurden 13 leitfadengestützte Interviews geführt. Dabei stand die Offenheit gegenüber den Themen im Feld im Vordergrund und die Impulse der Proband:innen erhielten ausreichend Raum. Durch vorab gesetzte inhaltliche Schwerpunkte sollte die Tiefe der Interviews im Bereich der Fragestellungen gefördert werden (Ohlbrecht & Jellen, 2021, S.394f.). Der Leitfaden wurde in einem Pilotinterview getestet und bewährte sich in der Praxis als erzählgenerierender Impuls. Die Frageoptionen ermöglichten, das Verständnis zu vertiefen. Die Interviews hatten eine Dauer von 45 Minuten bis zwei Stunden. Die Datenerhebung erfolgte in einer vertraulichen, von den Proband:innen ausgewählten Umgebung. Sie fanden daher vorwiegend in privaten Räumen, einmalig in einem Büroraum und zweimal draußen auf Freiflächen statt. Es waren keine weiteren Personen neben Interviewerin und Interviewpartner:in anwesend. Die Interviews wurden als Tonspur aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Transkripte sind unabhängig von der Reihenfolge der Teilnahme durchnummeriert und es wird im Ergebnisteil von *interviewten Personen* (abgekürzt mit iP1 bis iP13) gesprochen, so dass ein

Rückschluss auf konkrete Proband:innen durch das Geschlecht oder den Teilnahmezeitpunkt nicht möglich ist. Zusätzlich zu den Audioaufnahmen wurden Feldnotizen festgehalten sowie Kontextprotokolle verfasst. Diese Reflexionen zu Umständen und Einflussfaktoren bei den Interviews wurden ebenfalls in die Analyse einbezogen (Charmaz, 2006).

3.4 Datenanalyse

Dieser Abschnitt legt dar, wie die erhobenen Daten verarbeitet wurden.

3.4.1 Von den Transkripten zu Kategorien und ersten Thesen

Neben Strauss und Glasers grundlegendem Werk zur Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) wurde bei der Datenanalyse der konstruktivistische Ansatz von Charmaz (2014) berücksichtigt. Hierbei wird durch die Anerkennung der Subjektivität der Forschenden und eine fortlaufende Reflexion verschiedener möglicher Perspektiven einem „Erzwingen“ von erwünschten Ergebnissen vorgebeugt (Kelle, 2011).

„Eine reale Welt existiert, sie ist aber nie unabhängig von den Betrachter/innen, die sie von multiplen Standpunkten aus sehen können und deren Sichtweisen sich von den Standpunkten und Wirklichkeiten der Forschungsteilnehmer/innen unterscheiden können. [...] Welche Beobachtungen wir machen, wie wir sie machen, und die Meinungen, die wir uns über sie bilden, spiegeln diese Bedingungen wider, ebenso wie unsere darauf folgenden grounded theories.“ – Charmaz, 2011, S.184

Die in den Gesprächen erhobenen Daten in Form von Transkripten und Feldnotizen wurden von der Interviewerin zunächst als Codes angelegt. Den Ausführungen von Charmaz (2014) entsprechend wurde beim *initial coding* ganz nah und engmaschig am Material begonnen. In vivo Codes sind dabei Codes, bei denen der Wortlaut des Transkripts unverändert belassen wird. Der Großteil der Kodierungen stellt jedoch eine erste Zusammenfassung, eine Zuordnung einer prägnanten Umschreibung zu einer Textpassage, dar. Die Textstellen wurden als Indikatoren für viele verschiedene Phänomene aus dem realen Leben festgehalten und mit prägnanten Worten verkürzt. Nebenbei wurden die ersten Memos als verschriftlichte Gedanken und Reflexionen der Studiendurchführenden verfasst. Dann wurde durch *focused coding* das Material intensiv entsprechend der sich abzeichnenden Schwerpunkte untersucht. Hier begann bereits der stetige Wechsel zwischen Induktion, also der Bildung erster übergeordneter Kategorien aus den Daten, und Deduktion, also der Prüfung dieser Kategorien und Ideen am Material. Anschließend wurden die bisherigen Codes und Kategorien durch *axial coding* verglichen und zusammengeführt.

„Axial coding relates categories to subcategories, specifies the properties and dimensions of a category, and reassembles the data you have fractured during initial coding to give coherence to the emerging analysis.“ – Charmaz, 2006, S. 60

Hierbei wurden, der Abduktion entsprechend, konkrete Phänomene aufgegriffen, wobei parallel dazu Induktion und Deduktion kontinuierlich weitergeführt wurden. Die abstrakteste Stufe des Kodie-

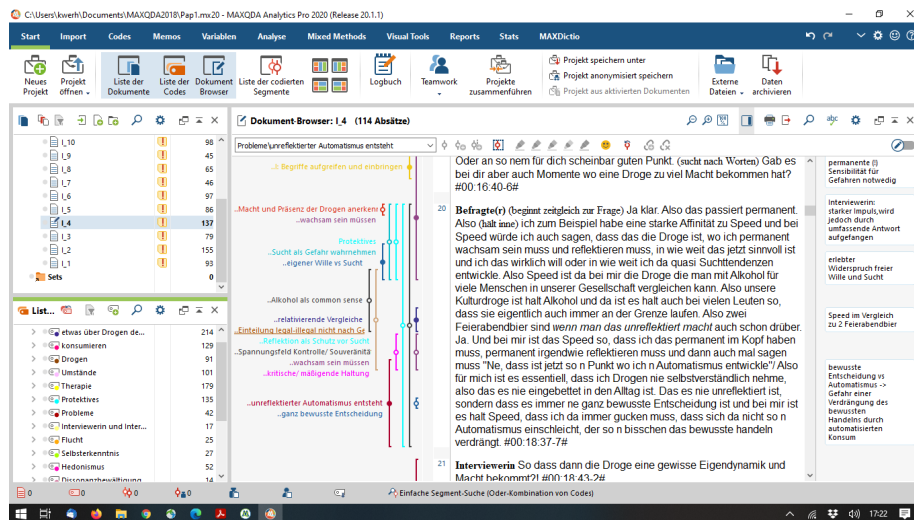


Abbildung 1: Arbeitsoberfläche von MAXQDA 2020.

rens ist das „theoretical coding“ (Charmaz & Keller, 2016; Glaser & Holton, 2005), welches die Zusammenhänge von bisherigen Codes und Kategorien durch Auswahl und Verbindung von passenden Textstellen weiter im Material verankert. Die theoretical codes stellen bereits erste Hypothesen dar und bilden somit die Grundlage für die entstehende datenbasierte Theorie. Während des Kodierens ist hohe Sensibilität gefordert, um die Daten möglichst offen und umfassend für die Theoriebildung zu nutzen. Diese Nähe zum Material wird durch den iterativen Prozess des Erhebens, Kodierens, Konzeptualisierens, Kategorisierens, Vergleichens und weiteren Erhebens fortlaufend vertieft. Kategorien und Konzepte werden dabei immer wieder verglichen und neue Daten erhoben, bis keine weiteren für das Modell bedeutsamen Aspekte mehr hinzukommen – diesen Vorgang nennt man Theoretical Sampling.

Parallel zu den verschiedenen Kodierprozessen (Charmaz, 2006) werden entsprechend bis zur theoretischen Sättigung der Daten (Guest et al., 2006) weiter neue Interviews geführt. Während der gesamten Erhebungs- und Auswertungsphase wurden Memos festgehalten, um Ideen, Verknüpfungen und Widersprüche offenzulegen (Strübing, 2014). Weiterführende detaillierte Ausführungen zum praktischen Arbeiten entsprechend der Grounded Theory Methodologie finden sich zum Beispiel bei Strübing (2014) oder Mey & Mruck (2011). Die Verwaltung der Codes, Memos und Kategorien erfolgte mit Hilfe der Software MAXQDA (siehe Abbildung 1).

Um eine valide Analyse zu erreichen, wurden die anonymisierten Daten im Rahmen von drei verschiedenen Interpretationswerkstätten mit qualitativ orientierten Wissenschaftler:innen aus unterschiedlichen Bereichen an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Universität Leipzig bearbeitet. Das Ergebnis einer solchen Interpretationswerkstatt kann in Abbildung 2 nachvollzogen werden. In den Sitzungen wurde neben der Materialbearbeitung auch das Forschungsvorgehen diskutiert und im Sinne des symbolischen Interaktionismus die Interviewführung und Rolle der Interviewerin analysiert. Diese wissenschaftliche Zusammenarbeit mit erfahrenen Kolleg:innen ist ein wichtiges Merkmal fundierter qualitativer Forschung (Flick, 2019), sie förderte die kritische Selbstreflexion der Studiendurchführenden und erweiterte die Tiefe und Komplexität der Theorien in besonderem Maße.

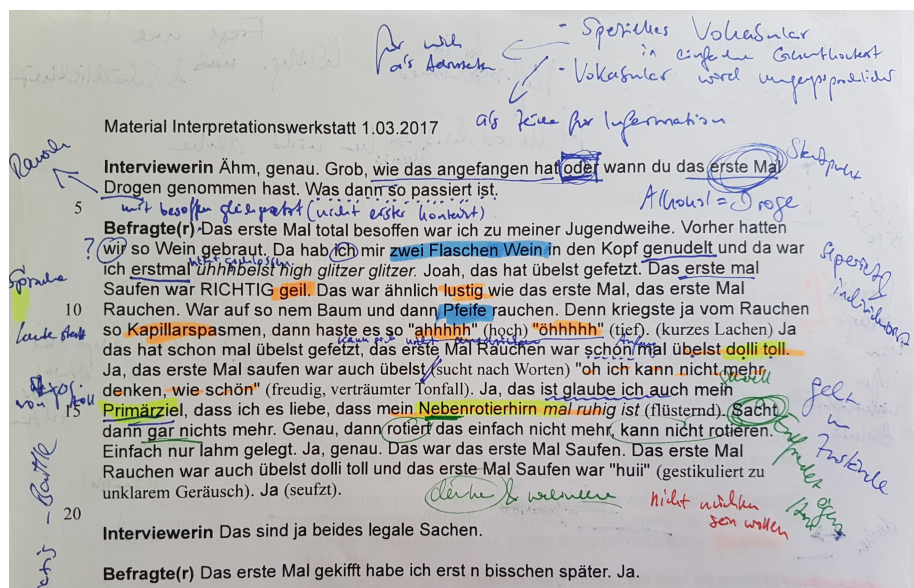


Abbildung 2: Ausschnitt eines in der Interpretationswerkstatt codierten Interviews.

3.4.2 Das Paradigmatische Modell

Das Paradigmatische Modell von Strauss und Corbin (1997, siehe Abbildung 3) ermöglicht es, zentrale Handlungsprozesse und ihre strukturellen Aspekte aus dem Material herauszuarbeiten. Unter Berücksichtigung des Kodierparadigmas wird ein *zentrales Phänomen* mit seinen Vorbedingungen und seinem Kontext, den darauf aufbauenden Handlungsstrategien und den resultierenden Konsequenzen abgebildet. Das *Phänomen* selbst ist der zentrale Forschungsgegenstand mit einer Schlüsselrolle bei der Vernetzung der Codes und Kategorien. Es wird durch seinen *Kontext*, das bedeutet allgemeine Aspekte aus der Umgebung und deren Gegebenheiten, ebenso beeinflusst wie durch *Kausale Bedingungen*, die ursächlich für die Entstehung und somit Voraussetzungen des konkreten Phänomens sind. Als Folge des Phänomens werden im Feld spezifische *Handlungen und Strategien* beobachtet, auf welche *intervenierende Bedingungen* von außen modulierend einwirken. Durch die Berücksichtigung des Paradigmatischen Modells beim Bilden von Codes und Kategorien wird es somit möglich, die Daten umfassend zu erschließen und gleichzeitig auf die relevanten Phänomene des Feldes, die dazugehörigen Handlungsstrategien und vor allem auch deren *Konsequenzen* zu fokussieren. Durch die Zuordnung der Codes und Kategorien zu den verschiedenen Bereichen des Paradigmatischen Modells entsteht im Rahmen des axialen und selektiven Kodierens eine komplexe Vernetzung. Letztlich wird so eine im Material verankerte praxisrelevante Theorie begründet, welche nicht nur die Handlungsentscheidungen, sondern auch die damit zusammenhängenden Faktoren und Konsequenzen greifbar macht. Durch die Verwendung des Paradigmatischen Modells können entsprechend die komplexen Beziehungen zwischen Faktoren des Substanzkonsums und die vielfältigen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen für detaillierte Betrachtungen erschlossen werden.

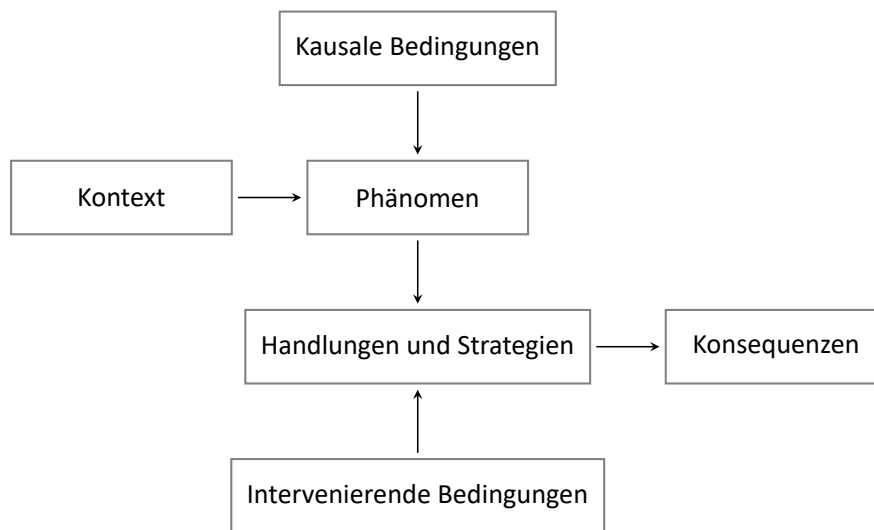


Abbildung 3: Paradigmatisches Modell.

3.4.3 Postmoderne Ansätze

Adele Clarke (2012) hat sich in den letzten Jahrzehnten für eine Fortführung des Grounded-Theory-Gedankens mit Fokus auf die Komplexität moderner sozialer Wirklichkeit eingesetzt. Für die vorliegende Arbeit wird ihr Ansatz der Maps genutzt, um die Vielschichtigkeit der Realität greifbar machen zu können (Clarke & Keller, 2014). Hierbei werden verschiedenste Standpunkte aus einem Themenfeld visualisiert, wobei nicht nur interindividuelle Unterschiede, sondern auch verschiedene Haltungen, die konkrete Personen äußern, aufgegriffen werden. Es soll ein möglichst offener Rahmen für die Arbeit mit dem Material geschaffen werden, indem die Daten in einem an ein Koordinatensystem angelehnten Raum verortet werden. Die entstehenden Maps machen verschiedene Positionen sichtbar und zeigen Lücken auf. Für die ärztliche Praxis ist die dadurch ermöglichte Sensibilität, auch für seltene Phänomene und Anliegen, von besonderer Bedeutung. Clarke selbst beschreibt dies im folgenden Zitat.

„These maps derive from the data collected—not seeking hidden structures. The focus instead is on describing the full range of positions taken in the discourse. Interestingly this often involves turning up the volume on quieter voices so that all voices can be heard and represented by the analyst.“ – Clarke & Keller, 2014, S. 27

Das Ziel ist eine möglichst umfassende Auseinandersetzung mit dem Material und das Zugänglichmachen auch von unterrepräsentierten Aspekten eines Phänomens. Die bereits eingeführten Ideen aus dem konstruktivistischen Bereich der Grounded Theory Methodologie (Charmaz, 2006) werden parallel fortgesetzt und weiterentwickelt. Der Fokus liegt nicht mehr nur auf einem konkreten menschlichen Handlungsprozess, sondern auf der empirischen Konstruktion der Untersuchungssituation. Mit einer möglichst umfassenden Darstellung des Untersuchungsgegenstandes sollen in ihm verankerte Diskurse greifbar gemacht werden. Dabei sollen Interaktionen und Identitäten ebenso beleuchtet werden wie Macht und mit dieser verbundenes Wissen, Ideologien und (indirekte) Kontrolle.

Welche konkreten Analyseergebnisse durch das Ineinandergreifen der in diesem Kapitel beschriebenen methodischen Ansätze gewonnen werden konnten, wird in Kapitel 4 beschrieben. Bevor diese Ergebnisse dargelegt werden, gibt Kapitel 3.5 noch einen Überblick zu den angewandten Maßnahmen der Qualitätssicherung.

3.5 Qualitätssicherung

Für die Erhebung schlüssiger, relevanter und möglichst verlässlicher Ergebnisse ist es von besonderer Bedeutung, neben der Methodenauswahl auch die Qualitätssicherung bewusst bei Studiendesign und Umsetzung zu berücksichtigen (Mayring, 2016; Flick, 2019). Dabei spielen theoretische a priori Überlegungen ebenso eine Rolle wie konkrete Vorgehensweisen zur Erhöhung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Eine Übersicht hierzu wird im Folgenden dargelegt.

3.5.1 Studiendesign

Für die Durchführung der Studie musste ein passendes Feld mit glaubwürdigen Gesprächspartner:innen ausgesucht werden (Kelle, 2008). Der Feldzugang sollte eine vertrauensvolle Gesprächsbasis ermöglichen (Mayring, 2016). Eine kontrastierende Stichprobe, ausgewählt entsprechend dem Theoretical Sampling (Glaser & Strauss, 1967), sollte zur möglichst umfassenden Betrachtung der Forschungsfrage beitragen. In der explorativen Forschung ergibt sich die Chance und Notwendigkeit, die Ausgestaltung des methodischen Vorgehens und Auswahl des Designs in besonderem Maße auf das Feld abzustimmen (Brüsemeister, 2008). Die Grounded Theory Methodologie ermöglicht es, Drogenkonsum als soziales Phänomen ergebnisoffen mit seinen Bedingungen, Handlungsstrategien und Konsequenzen zu erfassen und entstehende Konzepte mit bisheriger Forschung zu verknüpfen (Equit & Hohage, 2016).

3.5.2 Datenerhebung

Die bewusste Reflexion (Charmaz, 2006) und Zurückstellung (Mayring, 2016) der eigenen Position der Interviewerin war während des Interviews von besonderer Bedeutung, um eine aussagekräftige empirische Basis zu legen. Der spontanen Äußerung der Teilnehmer:innen wurde im leitfadengestützten Interview bewusst Raum gegeben (Nohl, 2012). Daran schloss sich die Phase der Transkription an, welche standardisiert erfolgte, um die Vergleichbarkeit der Daten zu erhöhen (Equit & Hohage, 2016). Außerdem galt es, bewusst Störfaktoren bei der Erhebung und Analyse wahrzunehmen und zu reduzieren. Wo dies nicht möglich war, mussten sie in der Analyse berücksichtigt werden (Mey & Mruck, 2020). Hierfür spielte eine intensive Dokumentation aller einzelnen Schritte, der Kontextfaktoren und Gedanken eine wichtige Rolle für die Sicherung der Nachvollziehbarkeit der Erhebung (Mayring, 2016).

3.5.3 Datenanalyse

Ein schrittweises Vorgehen möglichst dicht am Material war bei der Datenanalyse die Basis für das Gewinnen zuverlässiger Ergebnisse (Mayring, 2016). Die Verwendung von Heuristiken und methodischen Konzepten konnte helfen, das Aufbrechen der Daten nach bewährten Kriterien zu vertiefen (Brüsemeister, 2008). Ein Beispiel hierfür ist das Paradigmatische Modell der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1997), welches in Kapitel 3.4.2 erläutert wird. Widersprüchliche Aspekte und Phänomene wurden in besonderem Maße berücksichtigt, um die von der Forschenden erstellten Konzepte in Frage zu stellen oder zu erweitern (Kelle, 2008). Besonders wichtig war bei der Datenanalyse der intensive Austausch mit anderen Wissenschaftler:innen, um die permanente Selbstreflexion sowie kritische Analyse der eigenen Arbeit durch Hinweise von außen und andere Deutungsmuster zu vervollständigen (Mey & Mruck, 2011; Nohl, 2012). Dies wurde bei Methodentreffen und Interpretationswerkstätten an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Universität Leipzig ermöglicht. Hier wurde kritisch geprüft, welchen Einfluss die Interviewerin in den Gesprächen hatte und wie sich die Beziehung zwischen Teilnehmer:innen und Interviewerin darstellt. Textpassagen wurden erneut in einem Wechsel aus Induktion und Deduktion analysiert und bestehende Kodierungen hinterfragt.

Kapitel 4

Ergebnisse

Das vierte Kapitel beschreibt die Ergebnisse, die aus den erhobenen Daten gewonnen wurden. Es wird ihre Relevanz für die Forschung sowie die Praxis im Bereich des Drogenkonsums dargelegt. Durch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Material konnten letztlich Hypothesen abgeleitet werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S.201ff), welche als Grundlage für den Umgang mit Drogenkonsumierenden und die weitere Forschung dienen können.

4.1 Wie beschreiben und reflektieren Drogennutzer:innen ihren Konsum?

In diesem Abschnitt des Ergebniskapitels wird zunächst ein erster Überblick zu Erfahrungen und Perspektiven von Drogennutzer:innen im Raum Halle-Leipzig dargelegt. Was wird konsumiert und was denken die einzelnen Personen zu ihrem Konsum? Welche Haltung haben sie zu Begriffen wie Abhängigkeit und Sucht?

4.1.1 Konsumpraxis

In den Gesprächen wurde von insgesamt 15 verschiedenen Substanzen explizit berichtet, siehe Tabelle 2. Cannabis, Alkohol und Amphetamin (*Speed*) wurden dabei am häufigsten regelmäßig konsumiert. Zum Zeitpunkt der Interviews nahm keine Person Heroin, Ketamin oder GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure) regelmäßig. Die einzelnen interviewten Personen hatten mit vier oder mehr verschiedenen Substanzen Erfahrungen. Mit Cannabis, Amphetaminen, Heroin und Psychedelika sollen im Folgenden exemplarisch vier verbreitete psychotrope Substanzgruppen mit verschiedenen Wirkmechanismen näher beleuchtet werden. Hierdurch soll ein konkreteres Bild der Konsumpraxis ermöglicht sowie eine Grundlage für die folgenden Auseinandersetzungen geschaffen werden.

Tabelle 2: Überblick über die konsumierten Drogen der 13 Studienteilnehmer:innen.

Droge	Konsum*	Droge	Konsum*	Droge	Konsum*
Cannabis	10 / 13	MDMA	3 / 11	Heroin	0 / 7
Alkohol	9 / 13	Amphetamin	5 / 10	psychoak. Pflanzen	0 / 7
Nikotin	4 / 13	Methamphetamin	3 / 8	2CB	0 / 4
LSD	2 / 12	Kokain	2 / 8	GHB	0 / 4
Pilze	1 / 12	Psychopharmaka	1 / 3	Ketamin	0 / 4

*regelmäßig / generell

Cannabis In der vorliegenden Stichprobe wird berichtet, Cannabis „kriegt man halt überall“ (iP7). Und für mehrere Gesprächspartner:innen wurde es zu einer zentralen Komponente ihres Alltags in der Jugend. Interviewte Person 7 hat den Cannabis-Konsum letztlich reduziert, weil dieser den Alltag durch die dämpfende Wirkung negativ beeinflusst hat („es macht halt müde“ (iP7)). Anders erging es beispielsweise der interviewten Person 8, welche davon berichtet, wie Cannabis zu einem „Lebensmittelpunkt“ (iP8) wurde, so dass dann „auch mal Treffen und Abmachungen mit den richtig guten Menschen bisschen vernachlässigt“ (iP8) wurden.

Cannabiskonsum stellt in diesem Fall den Einstieg in eine Parallelwelt dar, die sich permanent um Konsum dreht. Insgesamt zehn Personen berichten, wie Cannabis sie zwar entspannt, aber auch im Alltag weniger effektiv gemacht hat und teils daran hinderte, sich Ziele zu setzen oder diese zu verfolgen. „Gras“ wird besonders schnell in den Alltag eingebunden, was mitunter einschneidende Folgen haben kann. Dies wird auch unter Konsument:innen so besprochen, „„Ey, Gras ist eigentlich das Schlimmste mit, was du machen kannst.““ (iP3). Für den Großteil der interviewten Personen bleibt Cannabis ein ständiger Wegbegleiter („so ne Konstante.“ (iP2)), auch in ruhigeren Phasen. Manche beschreiben es als „Platzhalter“ (iP12) für andere Süchte und Bedürfnisse. In mehreren Interviews (bspw. iP3) wird beschrieben, wie „Kiffen“ schwierige Situationen und Gefühle ausgleichen soll. Interviewte Person 13 berichtet: „Zum einen wusste ich halt, das ist nicht die Lösung [...] Und andererseits aber doch für den kurzen Moment [...] stellt sich so ein Gefühl der Leichtigkeit ein und es ist alles gut.“ (iP13). Für einen Teil der Interviewten (bspw. iP2, iP13, iP8) ist Cannabis „gar keine Droge in dem Sinn“ (iP8) und nimmt aufgrund seiner Verfügbarkeit und Wirkung eine Sonderstellung ein: „Das ist, wenn man es richtig nutzt, ne Heilpflanze. Hanf ist die göttlichste Pflanze, die wir haben. Du kannst aus Hanf alles machen.“ (iP8).

Methamphetamin (Crystal Meth) und Amphetamin (Speed) Auch die Gruppe der Phenylethylamine, insbesondere der Amphetamine, spielen in den Interviews eine große Rolle. Neben Amphetamin im engeren Sinne, oft Speed genannt, das von zehn Teilnehmer:innen konsumiert wurde, hatten acht Interviewpartner:innen Methamphetamin, von Nutzer:innen häufig Crystal (Meth) genannt, konsumiert. Auffällig ist dabei, dass Methamphetamin stärker polarisiert, kritischer gesehen wird und meh-

rere Nutzer:innenangaben, den Konsum schlecht kontrollieren zu können (iP1, iP10, iP12). Anderen fiel der kontrollierte Konsum bei Methamphetamin wiederum leichter als bei Cannabis (iP13).

Es fällt jedoch auf, dass Amphetamine ganz klar im Zusammenhang von Aktivität, Schaffenskraft und Funktionalität beschrieben werden (iP1, iP10, iP12). Für interviewte Person 10 spielt die Erhöhung der Konzentrationsfähigkeit eine wichtige Rolle, der „Hyperfokus“ (iP10) wirkt beruhigend, weil die konsumierende Person „mehr Dinge gleichzeitig beobachten kann“ (iP10) und so mehr „im Blick“ haben kann. Auch interviewte Person 1 beschreibt, wie Methamphetamin hilft, Dinge anzupacken, „zu funktionieren“ (iP1) und sich „voller Elan“ fühlen zu können. Eine interviewte Person beschreibt, dass Methamphetamin ihr geben konnte, was sie seit dem Absetzen von ärztlich verordnetem Ritalin vermisst hatte: „ das war BÄM! Genau das, was du haben wolltest. Genau das, was [...] gefehlt hat so“ (iP1). Interviewte Person 13 wiederum beschreibt Methamphetamin als Party- und Geselligkeitsdroge: „Crystal war für mich die Partydroge schlechthin. [...] Mit dem Auto irgendwo anzuhalten und einfach zu reden. Zu reden, zu reden. [...] Es war auch ein sehr interessantes Gefühl und fand ich auch sehr faszinierend, dass man einfach sagt, gut, okay. Ich nehme eine Nase voll und ich habe keinen Hunger mehr.“ (iP13). Für manche hat der eigene Konsum dabei wenig mit gängigen Vorstellungen zur starken Abhängigkeit und ausgeprägten körperlichen Schäden zu tun („hat für mich nicht so zugetroffen“ (iP13)). Andere beschreiben ein ausgeprägtes physisches und psychisches Tief nach dem Konsum (iP10, iP11, iP12). Interviewte Person 11 sagt hierzu: „der Scheiß ist, 'duff' du fällst halt voll scheiße um hinterher. Voll uncool.“ (iP11). Manche der interviewten Personen berichten, dass die Realität unkontrollierbar entrinnt, man sich nach dem Ende des Trips sehnt, aber keinen Einfluss mehr nehmen kann (bspw. iP12). Interviewte Person 10 beschreibt: „dieses Hochgefühl, diese Leistungsfähigkeit und diese Euphorie die kehrt sich dann halt um in ein völliges Zerrbild.[...] du selbst merkst, dass du nicht hinterher kommst, aber nichts dagegen tun kannst. [...] Irgendwann kommt der Punkt, wo du willst, dass es vorbei ist. Aber es ist dann noch nicht vorbei.“ (iP10). Die interviewten Personen beschreiben, dass Methamphetamin den Körper an seine Grenzen bringt (iP10) und schildern die mitunter langfristigen Beeinträchtigungen (etwa „Schlafstörungen“ iP12) durch die Einnahme.

Amphetamin (Speed) wird von mehreren Interviewten regelmäßig genutzt und soll laut ihnen „unglaubliche Leistungsbereitschaft“ (iP12) erzeugen. Insbesondere im Arbeitskontext wird es entsprechend verwandt, denn wer es nutzt, „scheint nur noch in Zusammenhängen zu denken.“ (iP12). Auch hier werden jedoch deutliche Nebenwirkungen beschrieben, die bei hohen Dosen für manche Konsument:innen zur akuten Gefahr wurden, wie interviewte Person 8 berichtet: „Also ich hab dann quasi an nem Wochenende fünf Gramm Speed gezogen. Alleine. [...] Ich hab da richtig die Kontrolle verloren, aber über alles. Und dann hab ich nach drei Tagen Session alle rausgeschmissen. Saß dann in meiner Wohnung, total paralysiert, total paranoid. Ja. Dann hab ich nachts angefangen Herzprobleme zu kriegen, also Herzrhythmusstörungen.“ (iP8).

Heroin Niemand der Proband:innen nahm zum Interviewzeitpunkt regelmäßig Heroin, auch wenn mehrere Erfahrungen mit der Droge gesammelt haben. Interviewte Person 1 beschreibt Heroin dabei als deutlich hinter den eigenen Erwartungen zurückbleibend: „Also ich weiß noch, als ich das erste Mal mir Heroin in eine Vene gejagt habe, da war ich sogar richtig enttäuscht.[...] aber so ein Schuss Crystal hingegen, das war BÄM! Das war WOW! [...] das war übelst die Welt.“ (iP1). Für Andere ist die Gefahr des Heroins sehr konkret und sie haben aus der Nähe gesehen, wie Menschen durch Heroin

jedweden Anschluss an die Gesellschaft verloren haben: „die Bude sah aus wie bei Christiane F. [...] das war für mich der Schockmoment“ (iP8). Gerade die Injektion wird von mehreren Proband:innen als konkrete Gefahr erlebt. Interviewte Person 8 sagte entsprechend: „Gott sei Dank kam ich da wieder raus [...] Wer weiß vielleicht wäre ich jetzt auch gar nicht mehr am Leben, wenn das nicht gewesen wäre.“ (iP8).

Gleichzeitig wird durch die berichteten Erfahrungen und Gedanken zum Heroin veranschaulicht, dass aus der Perspektive der Teilnehmer:innen die Droge nicht die alleinig ausschlaggebende Komponente für einen schädlichen Gebrauch ist. Interviewte Person 10 äußert sich zu Heroin folgendermaßen:

„Es ist nur so, dass meiner Meinung nach Menschen, die Heroin nehmen, oftmals in nem aussichtsloseren Leben leben und Heroin hat die Eigenschaft, dass man mal alles gut sein lassen kann. [...] Wenn man irgendwie Heroinabhängigen ne Perspektive gibt, die sie auch wirklich greifen können, dann haben sie extrem gute Chancen, in irgendeiner Form davon weg zu kommen. Geht ja darum, dass das Heroin einem kurzzeitig etwas gibt, also ein Gefühl gibt, wonach man sich eigentlich im Normalen sehnt. Und deswegen ist es meiner Meinung nach bisschen überzogen, wenn man Heroin als DIE suchterzeugende, böse Droge sieht, es ist viel mehr der Umstand.“ (iP10)

Psychedelika Die halluzinogenen Drogen werden von den Gesprächspartner:innen hinsichtlich des Suchtpotentials aufgrund ihrer Wirkung und der Toleranzentwicklung gänzlich anders verortet (bspw. iP6, iP8, iP10). Das Risiko, von ihnen abhängig zu werden, wurde als gering eingeschätzt, wie interviewte Person 5 im folgenden Zitat ausführt: „Ich könnte mir selbst nicht vorstellen, von Pilzen abhängig zu werden. [...] Wenn ich [...] einen Pilztrip hatte, dann habe ich erst mal drei vier Wochen gebraucht, um das Ganze irgendwie zu verarbeiten, [...] einzusortieren und irgendwie mich wieder selbst zu finden“ (iP5). Gleichzeitig ist der einzelne Trip bei Pilzen oder LSD für viele die „extremste“ (iP4) Erfahrung und das „Reingehen in sich selbst“ (iP2) kann auch unangenehme Dimensionen erreichen, wie die interviewte Person 5 beschreibt: „Es kann halt etwas extrem Positives sein, aber [es] kann einem auch extrem Angst machen. Ich will mal sagen, man definiert sein Selbst über viele Dinge [...]. Und ich will mal sagen, wenn man psychoaktive Drogen konsumiert, dann zerfällt das im Grunde alles und löst sich auf.“ (iP5).

Da es sich bei halluzinogenen Drogen in der Regel um voneinander trennbare, meist bewusst initiierte Konsumgeschehnisse handelt, empfanden die Gesprächspartner:innen diese Substanzgruppe zunächst als physisch eher ungefährlich, bei genauerer Auseinandersetzung wurden jedoch auch körperlich unangenehme Erfahrungen und teils auch bleibende Veränderungen von den Proband:innen beschrieben (bspw. iP3, iP6, iP8). Die Hälfte der Konsument:innen halluzinogener Drogen berichtete von sogenannten „Horrortrips“ (bspw. iP3, iP4, iP6) und manche auch von langfristigen körperlichen Veränderungen („ich habe so ein paar optische Sachen mitgenommen aus diesen ganzen Trips“ (iP12)). Auch der Begriff „Nahtoderfahrung“ kommt in mehreren Interviews im Zusammenhang mit Psychedelika vor, wie hier bei der interviewten Person 8: „Das war ne Nahtoderfahrung, also da hab ich mich sterben sehen. Ich dachte, ich wäre tot.“ (iP8).

Unterschiedliche Bewertung der Substanzen

Die Droge selbst wird von den Interviewten nicht als das allein ausschlaggebende Element für die Schädlichkeit von Konsum beschrieben. Ihre psychopharmakologische Wirkung und die mit den Substanzen verknüpften sozialen und gesellschaftlichen Aspekte können aber von großer Bedeutung für die Konsumierenden und ihr Leben sein. Die verschiedenen Substanzen und ihre Wirkungen werden entsprechend von den Konsument:innen klar unterschieden. Es werden unterschiedliche Auswirkungen auf das vegetative Nervensystem beschrieben: „Crystal hat ganz klar den Hunger unterdrückt, Appetit. [...] Und im Gegensatz dazu bei Cannabis eine Anregung des Appetits“ (iP13). Und auch der Einfluss auf die Gefühlswelt wird unterschieden: „Speed ist anders halt einfach. (*kurzes Lachen*) Also ich finde das macht einen halt sehr aktiv. Während MDMA, das macht GLÜCKLICH würde ich sagen“ (iP7).

Auch die allgemeine Einbettung in den Alltag und die Bewertung des Konsums werden thematisiert. Während mancher Drogenkonsum von den Betroffenen eher als mögliches Symptom für Missstände erlebt wird, werden andere Substanzen und Nutzungsmuster als möglicher Bestandteil eines guten Lebens angesehen.

„Ich glaube jetzt nicht, dass jemand, der sich gut fühlt und super glücklich ist mit seinem Leben, dann plötzlich anfängt, jeden Tag zu kiffen. Weil da irgendwie in meiner Vorstellung nichts da ist, was er kompensieren müsste. [...] Ich glaube aber, dass es Leute gibt, die glücklich sind mit ihrem Leben und aus Interesse an der Erfahrung daran, ein Mal im Jahr vielleicht LSD nehmen und sich da aber richtig bewusst 'n schönes Wochenende daraus machen.“ (iP3)

Mischkonsumpraxis

Auch wenn meist mehrere Substanzen verfügbar sind, sind sich die meisten Nutzer:innen dessen bewusst, dass der gleichzeitige Konsum verschiedener Drogen „nach hinten los gehen kann“ (iP3). Trotzdem wird Mischkonsum von einem Großteil der Personen nicht konsequent vermieden. Interviewte Person 11 beispielsweise beschreibt: „Ich hab mal ne, ne übelste Drogenaktion/ also es war echt harte. Erstmal übelst gekiffte, dann gesoffen, dann Pilze rein gefahren, dann Speed gezogen, dann Pillen geschmissen (*kurzes Lachen*) und dann bin ich "ohhhhh kay" (*Stimme macht übertrieben wirkenden Bogen, kurzes Lachen*).“ (iP11).

„Polytoxikomanie“ (iP8) bedeutet, man konsumiert „alles [...] was in irgendeiner Art und Weise zur Verfügung stand“ (iP10), teils mit schweren Folgen wie „Wahnvorstellungen“ (iP1). Manchmal werden Drogen trotzdem bewusst kombiniert, beispielsweise als „LSD mit Anschlaggurt“ (iP3), um durch die Kombination mit MDMA in „Superstimmung“ (iP3) zu kommen und „nur noch Spaß“ (iP3) zu haben. Andere kombinierten Heroin und Crack in „einer Art von Achterbahnsystem“ (iP2), um die jeweiligen Nebenwirkungen abzufangen, was jedoch schnell droht, in einem „Teufelskreis“ (iP2) zu enden. Amphetamin und Kokain werden von manchen Teilnehmer:innen direkt zum Zurückgewinnen eines Gefühls der Kontrolle („wach und health“ (iP2)) bei Nebenwirkungen anderer Drogen, oft Alkohol, benutzt. Die unterschiedlichen Umstände und Substanzen lassen ein enorm vielfältiges Bild entstehen.

Im Folgenden soll betrachtet werden, welche Definitionen und Annahmen zu Drogengebrauch die Konsument:innen in den Interviews benutzen.

4.1.2 Metakognition

Im Folgenden werden grundlegende Reflexionen zum Konsum und Haltungen zu gängigen Definitionen aus der Suchtmedizin dargelegt. Menschen, die psychoaktive Substanzen konsumieren, unterscheiden sich auch in der Intensität, wie sie diese Handlung reflektieren, deutlich voneinander. Teilweise existiert viel Wissen zu den physiologischen Vorgängen und der Pharmakologie der Substanzen (bspw. iP1 und iP8). Bei anderen Personen ist zunächst weniger spezifische Auseinandersetzung gegeben. „Ich hab Kiffen und Alkohol gar nicht als Drogen angesehen damals.“ (iP7). Der Begriff Drogen wird insgesamt nur selten verwendet, teilweise auch in Frage gestellt.

„Das ist schwierig zu sagen, ob das nun gefährlich ist oder nicht. Das ist halt ne Set und Setting- Frage. Also da bin ich ja beim Timothy Leary. Es ist immer die Frage, in welcher Situation bist du, in welcher Umgebung bist du. Kannste nicht so sagen. Und also Drogen/ trockenes Zeug ist immer lecker. Hier guck mal, Drogen. *(zeigt auf ein paar Lebensmittel)*“ (iP11)

Drogenkonsum wird von den meisten Interviewpartner:innen als bewusste Entscheidung beschrieben: „prinzipiell habe ich immer das Gefühl gehabt, dass ich das machen wollte, tatsächlich.“ (iP2). Mehrere interviewte Personen sagen, sie nutzten Substanzen für ein bestimmtes Ziel: „Ich wollte das nicht im Kopf haben, nicht erinnern, nicht... *(Pause)* Und bis ich das verarbeitet hab oder teilweise verarbeitet hab, hab ich so [mit Drogenkonsum] reagiert.“ (iP2). Substanzkonsum wird mit anderen menschlichen Verhaltensweisen verglichen („Feierabendbier [...] Süßigkeiten oder Fernsehen oder Computer“ (iP10)) oder auch gleichgesetzt:

„Also ich denke, dass alles ne Störung ist, was nicht n ausgeglichener und ruhiger Zustand ist. Dazu gehört auch Arbeitssucht. Eigentlich alles, was nicht ruhig und ausgeglichen nach außen ist. Das wird halt nur nicht therapiert, weil ich meine, arbeitende Leute sind ja super fürs System. *(beide lachen)* Keiner wird jetzt sagen 'Hey, du arbeitest zu viel, du musst therapiert werden'. Das kommt eben erst, wenn das Burnout da ist, dann werden die Leute zum Problem, dann wird therapiert.“ (iP9)

Immer wieder wird deutlich, dass Drogengebrauch von Nutzer:innen oft als „ausschließlicher Konsum und kein Suchtverhalten“ (iP4) gesehen wird, wie auch interviewte Person 8 im Folgenden beschreibt:

„Also ich kenn' viele Menschen, die Drogen nehmen. Ich kenn' viele Menschen, die unterschiedlich Drogen nehmen. Konsum von illegalen Substanzen ist nicht unbedingt immer mit Sucht einhergehend. Ich kenne genügend Leute, die ganz kontrolliert mit Drogen umgehen können. Die sagen, sie kiffen mal einen, sie nehmen mal ne Pille oder LSD auf Party und dann wars das auch. Sprich die nehmen das, genießen das und dann machen sie ihr normales Ding weiter.“ (iP8)

Die Definition von Sucht als Erkrankung wurde von den Konsument:innen differenziert und oft auch kritisch betrachtet.

„Die Sucht ist mir so ein/ meiner Meinung nach mehr so der Indikator dafür, dass es etwas gibt, was gerne gesehen werden möchte. Was gehört werden möchte in mir. Und ich tue mir ein bisschen schwer damit, dass als Krankheit zu bezeichnen, weil es ist einfach da. Es behindert mich jetzt nicht unbedingt an einem täglichen Geschäft oder an meinen, dass ich jetzt auf Arbeit gehe oder was auch immer.“ (iP13)

Manche Gesprächspartner:innen, welche durchaus von intensiven Konsumphasen und schwierigen Erfahrungen berichteten, distanzieren sich als Person explizit von dem Begriff der Abhängigkeit (bspw. iP11 und iP12). Gleichzeitig beschreiben manche jedoch, dass es eine Art von Konsum gibt, die als Krankheit bezeichnet werden kann, bei der alles „programmiert ist [...] auf schnelle Glücksgefühle“ (iP5) und eine Person „nicht mehr in der Lage ist, irgendwie mittelfristig oder langfristig zu planen und zu handeln“ (iP5). Eine andere interviewte Person sagt: „Die Definitionshoheit über Krankheit überlasse ich demjenigen, der da vermeintlich krank ist. Vielleicht ist der der Einzige, der sozusagen diesen Idealzustand definieren kann“ (iP4). Weitere Proband:innen reflektieren die Suchtgefahr bewusst und versuchen, Verhalten mit geringerer Kontrolle zu verhindern.

„Also ich hatte auch Suchtprobleme, es ist jetzt nicht so, dass ich in meinem Leben nie das Problem mit Sucht gehabt hätte. Ich würde auf jeden Fall sagen, dass ich Amphetamin-abhängig war. (*hält inne*) Methamphetamin deswegen eigentlich auch überhaupt nicht mehr zu den Drogen gehört, die ich nehme [...] Aber jetzt nicht weil Methamphetamin so schlimm wäre, sondern weil meine Affinität zu diesem Stoff so hoch ist, dass ich nicht mehr sagen kann, dass ich das bedingungslos unter Kontrolle hätte.“ (iP10)

Unabhängig davon, wie die Personen zu den Begriffsdefinitionen stehen, berichten zehn Gesprächspartner:innen, dass sie an bestimmten Stellen keine Kontrolle mehr über ihren Konsum hatten. In diesen Phasen ging vom Drogenkonsum eine deutlich wahrgenommene Gefahr aus. Die Betroffenen sind dann ausgesprochen dankbar, solche Phasen überstanden zu haben (bspw. iP8 und iP12).

Wie erklären sich die Interviewteilnehmer:innen solche schädlichen Phasen ohne Kontrolle, wenn Konsum doch grundlegend als freiwillige Entscheidung und bewusste Handlung beschrieben wird? Interviewte Person 8 äußert sich hierzu:

„Menschen, die ich kenne, die in ihrem Leben so den straighten Weg gegangen sind. Top Familie, top Schulbildung, top Ausbildung, top Studium. Alles läuft geradeaus, bei denen war immer alles supi, die haben tolle Familie, guten Rückhalt, tolle Freunde, die haben Sport, die fühlen sich selber gut, die haben 'n gutes Selbstbewusstsein. Mein Gott, die nehmen auch Drogen, aber denen ist das Wurst. Die nehmen mal Drogen, dann machen sie ihr Ding weiter, das lässt die kalt. Aber Menschen wie ich zum Beispiel, die wirklich auch in ihrer Kindheit und Jugend einiges erlebt haben was echt negativ war, ja das ist klar, dass die in dem Bereich viel anfälliger sind, Probleme zu kriegen.“ (iP8)

Drogen werden demnach von vielen verschiedenen Menschen genommen. Nur ein Teil der Personen beginnt, unter bestimmten Umständen in einem sozial, psychisch oder physisch schädlichen Ausmaß zu konsumieren. Unterschiedliche Faktoren aus der Vergangenheit und in der Gegenwart können die Gefahr für schädlichen Gebrauch erhöhen. Wo setzen Konsument:innen in der Nutzung die Grenze?

Was beeinflusst den Konsum konkret? Viele beschreiben die Selbstreflexion als wichtigen Schutzmechanismus vor schädlichem Gebrauch.

„Also für mich ist es essentiell, dass ich Drogen nie selbstverständlich nehme, also das es nie eingebettet in den Alltag ist. Das es nie unreflektiert ist, sondern dass es immer ne ganz bewusste Entscheidung ist.“ (iP10)

Der kontrollierte schadensarme Konsum findet, den interviewten Personen nach, bei günstigen Lebensumständen statt. Wenn die Lebenssituation nicht stabil und die Möglichkeit zur Einflussnahme gering ist, sprechen mehrere Interviewpartner:innen davon, dass sich schädliche Gebrauchsmuster leichter entwickeln.

„Aber oft ist es einfach so, dass es an Perspektive fehlt. Für mich ist es so, wenn ich das Gefühl habe, dann gucke ich mir mein Leben an und schaue so, was ist denn gerade so, warum brauchst du das denn so, so ein bisschen 'Was will ich denn wirklich gerade? Also wo fehlt es wirklich gerade?' Und weiß nicht, dann fällt mir das eigentlich auch auf.“ (iP12)

Dies bedeutet für viele Interviewpartner:innen, dass verbesserte Lebensumstände und eine gute Perspektive für die Zukunft den Konsum reduzieren und Schäden eindämmen können, ohne dass es spezifischer Suchttherapien bedarf.

„Aber ich merke halt immer mehr, ich brauche das immer weniger, weil es auf der anderen Schiene immer besser läuft, einfach. Und ich das auch immer weniger will und mehr leisten will. Und das eine das andere ablöst einfach. Die Realität den Drogenkonsum ablöst, jetzt mal ganz salopp gesagt.“ (iP3)

Auch an anderen Stellen im Material wird die Wechselwirkung von Lebensumständen, gesellschaftlichen Normen und Sucht hervorgehoben. Menschen, die Drogen aus ungünstigen Umständen heraus oder bei geringen Ressourcen nutzen, werden laut interviewter Person 4 durch bestehende Normen und gängige Vorstellungen noch zusätzlich benachteiligt: „dann ist die gesellschaftliche Tabuisierung von Drogen eigentlich das allerschlimmste, weil man das dann noch verschlimmert.“ (iP4). Andere wiederum sprechen sich gegen eine größere Bedeutung des Umfeldes bei der Entstehung und Beendigung von schädlichem Gebrauch aus und sehen „die Verantwortung auf jeden Fall zum Großteil bei der Person“ (iP5). Der insgesamt hohe Stellenwert der Eigenverantwortung bringt letztlich auch mit sich, dass ein Teil der Gesprächspartner:innen sich dafür ausspricht, dass selbst exzessiver Konsum unter Umständen als bewusste Entscheidung akzeptiert werden muss.

„Manche Leute habe ich auch zu Grunde gehen sehen, und dachte mir, das ist, was sie wollen.“ (iP12)

Wie in der Gesellschaft insgesamt, sind die Ansichten zu Suchtdefinitionen und Zusammenhängen beim Drogenkonsum durchaus verschieden. Konsum im Allgemeinen wird jedoch von keiner der interviewten Personen als krankhaft angesehen, sondern erst eine deutliche Intensivierung im Zusammenspiel mit anderen Faktoren birgt den Aussagen der Teilnehmer:innen nach die Gefahr von Abhängigkeit. Inwieweit diese Fokussierung auf das Rauschmittel bereits als Krankheit zu bezeichnen ist, bewerten die verschiedenen Personen unterschiedlich. Eine Ablehnung des Krankheitsbegriffes,

welche auch in manchen wissenschaftlichen Betrachtungen ausgeführt wird (1.3.1), findet jedoch beim Großteil der Gesprächspartner:innen nicht statt. Anders als in therapeutischen Diskursen steht für die Konsument:innen weder im Fokus, dass Drogen generell krank machen, noch dass anderweitig bereits Erkrankte bevorzugt in schädlicher Weise Drogen nehmen. Vielmehr wird von den Konsument:innen das komplexe Zusammenspiel vieler Faktoren thematisiert. Dabei wird auch mit den Fragen nach Schuld und Verantwortung äußerst verschieden umgegangen. Verbindend bleibt jedoch, dass alle Interviewpartner:innen von einer anhaltend hohen Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung ausgehen, selbst wenn äußere Umstände den schädlichen Drogenmissbrauch provoziert haben.

Nach dieser Einführung in die berichtete Konsumpraxis und die Überzeugungen von Konsumierenden soll der folgende Abschnitt eine in den Daten verankerte Theorie zu Formen und Einflussfaktoren des Drogenkonsums darlegen.

4.2 Leitmotive des Drogengebrauchs

Im folgenden Modell soll das Konsumverhalten für eine gezielte Auseinandersetzung greifbar gemacht werden. Dabei reicht die Spannbreite von der gezielten Einnahme einzelner Substanzen und Dosen, um den „Horizont zu erweitern“ (iP12), bis hin zu Beschreibungen von fortgeschrittenem Mischkonsum, „polytoxikoman. [...] halt alles rein, was geht.“ (iP8), welcher das Fortsetzen des bisherigen Alltags unmöglich macht. Diese verschiedenen Ausprägungen und ihre Hintergründe zu analysieren, ist eines der Hauptanliegen dieser Arbeit.

4.2.1 Grundlagen

Motivation als Kernkategorie

Dem Paradigmatischen Modell entsprechend wurden auf der Suche nach dem zentralen Phänomen in der Bearbeitung des Materials verschiedene Phänomene untersucht. Die Motivation, die den Konsum antreibt, hat sich dabei als Dreh- und Angelpunkt des umfassenden Netzwerkes aus Codes und Memos herauskristallisiert. Unter den Kodierungen ließen sich weder wiederkehrende Verbindungen von bestimmten Substanzen zu Schäden noch beispielsweise von bestimmten Umständen zu konkreten Drogen in den Interviews wiederkehrend feststellen. Fast jede Droge wurde an einer Stelle als gut kontrollierbar und an einer anderen als gefährlich beschrieben. Bestimmte Umstände wurden von manchen als einschneidend und von anderen als unwichtig empfunden. Bei intensiver Beschäftigung mit dem Material wurde aber deutlich, dass das Motiv für den Konsum sich wiederholende, unterschiedliche Ausprägungen hat. Für diese konkreten Ausprägungen der Motivation ließen sich im Material komplexe Auswirkungen nachvollziehen. Diese Ausprägungen und ihre Auswirkungen fanden sich in allen Interviews und konnten somit verglichen werden. Aufgrund dieser wichtigen, verknüpfenden Rolle in den individuellen Konsumberichten wurde das Leitmotiv als zentrales Phänomen und Kernkategorie ins Zentrum der im Material verankerten Theorie gestellt. Wie im Paradigmatischen Modell verdeutlicht, verbindet es alle anderen Kategorien mit ihren Codes und Memos. Von dem allgemeinen Kontext, den Kausalen Bedingungen der einzelnen Konsumgeschichten und den persönlichen Überzeugungen beeinflusst, ist das Leitmotiv Ausgangspunkt für bestimmte Handlungen und Strategien, welche – wiederum von intervenierenden Bedingungen beeinflusst – zu spezifischen Konsequenzen

führen. Im Material wurde deutlich, dass sich dieses Leitmotiv im Laufe des Konsums wandeln kann: „In der ersten Hälfte meiner Erfahrungen ist es halt völlig willkürlich und unkontrolliert und in der anderen Hälfte war es zielgerichtet und ich wusste genau wofür und wieso.“ (iP2).

Außerdem ist zu erkennen, wie Leitmotive von außen beeinflusst wurden und wiederum den Konsum prägen. Beispielsweise kann durch Liebeskummer das Bedürfnis entstehen, einmal nicht tieftraurig sein zu wollen, so dass das Leitmotiv Flucht in den Vordergrund rückt und intensiver Konsum entsteht, wie iP12 im Folgenden beschreibt: „Also mein Leben hat sich ohne [Crystal Meth, Anm. d. Verf.] angefühlt, als ob irgendwie ein Film zu Ende gewesen wäre oder so und da dann einfach nur der Abspann quasi so auf ewig weiter geht. Äh und wenn ich das halt genommen habe, dann konnte ich da irgendwie ganz normal drüber nachdenken, was passiert ist.“ (iP12).

Der rote Faden des berichteten Konsums, welcher durch das Leitmotiv entstand, war für verschiedene Personen unterschiedlich bedeutsam. Manche Interviewpartner:innen machten von sich aus detaillierte Ausführungen zu Motiven und Metakognition („Es geht halt immer um die Intention.“ (iP10)). Andere berichteten nicht über komplexe Überzeugungen und reflektierten den Konsum weniger explizit. Ihre Motive mussten entsprechend vorwiegend aus dem geschilderten Erleben und getätigten Handlungen mit ihren Wirkungen extrahiert werden. Die Bedeutung der Motivation und der Gedanken zu den eigenen Motiven, welche im Material deutlich wird, passt sowohl zur aktuellen Forschung und den Erkenntnissen aus dem Bereich der Metakognition (Hamonniere & Varescon, 2018; Spada et al., 2015), der bisherigen Forschung zu Motiven (Cooper et al., 2016) als auch zum bereits vorgestellten COM-B-Modell von Michie und Kolleg:innen (Michie & West, 2013; Michie et al., 2011). Gedanken und Reflexionen spielen in diesen Forschungsansätzen eine zentrale Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhalten. Im nächsten Abschnitt werden die verschiedenen Ansätze und die Erkenntnisse aus dem Material in ein Modell eingebunden.

Konsummotiv-Modell

Im Folgenden soll ein im Interviewmaterial verankertes Modell, welches die Vielfältigkeit von Drogenkonsum in der Gesellschaft erfasst und verschiedene Einflussfaktoren und Zusammenhänge offenlegt, beschrieben werden.

Die unter Verwendung des Paradigmatischen Modells nach Corbin und Strauss gezielt für ein verbessertes Verständnis menschlichen Verhaltens aufgebrochenen Daten wurden mit dem COM-B-Modell (Michie et al. 2011; siehe auch Abschnitt 1.2.4) verbunden. Es entstand ein Modell, welches in Abbildung 4 veranschaulicht wird. Die Komponenten des COM-B-Modells – Capability, Opportunity, Motivation und Behaviour – sind mit ihren Anfangsbuchstaben im Modell ergänzt. Am Anfang des Modells stehen *kausale Bedingungen*, Capability (C) im Modell entsprechend, welche die individuelle Grundlage für den konkreten Konsum darstellen. Hierzu gehören Zufriedenheit oder Frustration, Sorgen oder Zukunftspläne, mehr oder weniger begrenzte Handlungsmöglichkeiten und persönliche Ressourcen wie Gesundheit. Der *Kontext* des *Phänomens*, welcher sich mit dem Begriff Opportunity (O) des Modells überschneidet, sind individuelle Aspekte, welche jedoch nicht im Individuum selbst, sondern im konkreten Lebensumfeld verwurzelt sind. Hierzu zählen problematische oder harmonische Familienverhältnisse, die Position innerhalb der Gesellschaft oder beispielsweise der Job. Der Kontext und die kausalen Bedingungen bilden das Fundament für die Ausbildung des Phänomens

Leitmotiv, welches auch als Motivation (M) im Modell zentral gestellt ist. Dieses Leitmotiv lässt sich aus Codes zur berichteten Metakognitionen (Spada et al., 2015), der individuellen Konsumgeschichte und allgemeinen Konsumüberzeugungen ableiten. Je nach Leitmotiv stehen dann verschiedene *Handlungen und Strategien*, im COM-B-Modell als Behaviour (B) bezeichnet, im Vordergrund wie beispielsweise unterschiedliche Substanzen, konkrete Konsummuster und verschiedene Strategien zur Dissonanzbewältigung (Becker, 1963). Auf diese Handlungen wirken gesetzliche Rahmenbedingungen (Benfer et al., 2018), die Drogenverfügbarkeit, Therapieangebote, aber auch die Stigmatisierung von außen (Schomerus et al., 2017) als *intervenierende Bedingungen* ein, im COM-B-Modell wieder der Opportunity (O) zuzuordnen. Letztlich werden je nach Zusammenspiel der Faktoren als *Konsequenz* ein intensives Leben und neue Wege ebenso möglich wie (weiterer) körperlicher und seelischer Schaden und Brüche im Lebenswandel.

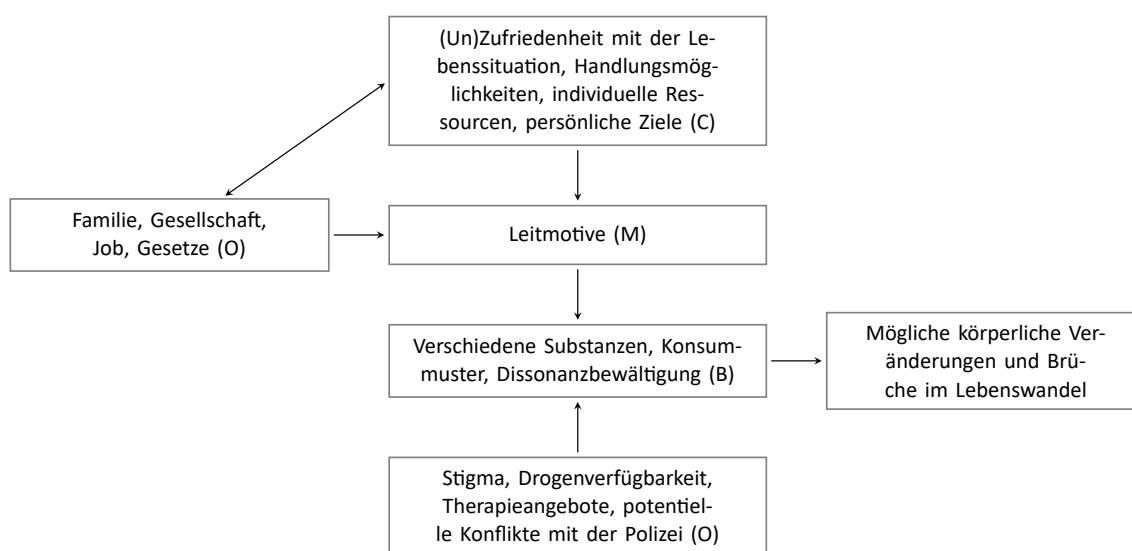


Abbildung 4: Konsummotiv-Modell

Die nun folgende Aufschlüsselung der Interviews entsprechend der vorherrschenden Leitmotive ermöglicht es, Unterschiede in allen Punkten des Modells herauszuarbeiten und Konsequenzen von verschiedenen Leitmotiven zu vergleichen.

Flucht, Selbsterkenntnis und Hedonismus – konkrete Motive des Konsums

Wenn man das Motiv in das Zentrum einer Theorie stellt, wird deutlich, dass bei allen Interviewpartner:innen mehrere Motive Einfluss haben. Es wird jedoch auch greifbar, dass jedes Interview und jede darin berichtete Konsumgeschichte einen Schwerpunkt hat und einem roten Faden folgt. Verschiedene Überzeugungen und Haltungen sowie äußere Gegebenheiten beeinflussen dabei die Hauptmotive der Konsumierenden. Diese Hauptmotive lassen sich in drei verschiedene Typen einteilen. Manche Personen fliehen vor einer schwer zu ertragenden Realität in den Drogenkonsum, andere sind auf der Suche nach tieferer Erkenntnis über sich und die Welt und eine dritte Gruppe wiederum sucht vorrangig Vergnügen im Rauscherleben.

„Man sucht ja irgendwas, man versucht irgendwas für sich zu gewinnen, was einem fehlt, was man genommen bekommen hat, was man niemals bekommen hat, was man verloren hat.“ (iP8)

Um die verschiedenen Kognitionen und Konsumpraktiken in ihrer Komplexität greifbar zu machen, werden im Folgenden drei Modelle dargelegt, welche um die zentralen Motive Flucht, Selbsterkenntnis und Hedonismus herum detailliert die Beziehungen zwischen Umständen, Fähigkeiten, Haltungen, Handlungen und Konsequenzen erläutern.

4.2.2 Flucht

„dass mein Nebenrotierhirn mal ruhig ist“ (iP11)

In etwa einem Drittel der Interviews ist FLUCHT das vordergründige Motiv und in weiteren Fällen ein zeitweilig besonders bedeutendes Motiv. Die Drogennutzer:innen berichten, dass sie Alltagsorgen vergessen und unangenehme Eigenschaften an sich selbst oder schlechte Gefühle verdrängen wollen. Es wird konsumiert „um ner schlechten Realität zu entfliehen.“ (iP4). Es wird ein Ausgleich zu unangenehmen Seiten des Alltags gesucht („in der Freizeit wollte man das halt natürlich alles vergessen“ (iP3)). Auch iP10 beschreibt diesen Aspekt des Drogenkonsums:

„Man kann Drogen aber auch nehmen, um das Leben nicht mehr so wahrnehmen zu müssen. Und das tut man des Öfteren. Das macht jeder irgendwie. Jeder flieht irgendwie regelmäßig. Also nicht jeder, aber extrem viele Menschen tun es. Fliehen regelmäßig in irgendwelche Räume, die sie von ihrem realen Leben ablenken oder abschirmen.“ (iP10)

Gleichzeitig gibt es aber auch eine Reflexion zu den Grenzen und den Problemen, bei dieser Art Drogen im eigenen Leben zu verwenden. Die zeitweilige Verdrängung der negativen Konsequenzen wird dabei explizit als Problem und Schwierigkeit im Umgang mit psychoaktiven Substanzen beschrieben (vgl. Anderson, 2016; Fadardi et al., 2016). Das schildert auch iP8:

„Und ich immer vergesse, wenn ich diesen Drang danach hab, diesen Suchtdruck 'oah, mir gehts scheiße, ich muss irgendwas nehmen, ich brauch irgendwas damit es mir besser geht'. Dann denk ich immer nur ans 'Yeah, yeah!' und nicht ans 'Oh no', was danach kommt. [...] Das ist einfach echt BESCHISSEN, dass suchtkranke Menschen wenn sie Suchtdruck haben, wenn sie Bock haben was zu nehmen, wenn sie irgendwas verdrängen müssen, einfach immer das vergessen, was danach kommt und das ist schon echt mies.“ (iP8)

Zum Motiv FLUCHT im erweiterten Sinne zählt auch das Streben nach Funktionalität und der Konsum zur Selbstoptimierung. Hier geht es nicht darum, sich selbst zu entfalten oder etwas zu genießen, sondern besser den äußeren Ansprüchen gerecht werden zu können. Die Person will „Sachen, die mehr oder weniger notwendig sind, geregelt kriegen.“ (iP1) und flieht vor ihrem nüchternen Ich und dem normalen Alltag, in dem diese Person in immer wiederkehrenden Problemzyklen mit teils wachsender Antriebslosigkeit, Selbstzweifeln und Perspektivlosigkeit lebt (bspw. iP3 und iP8). Bei der bewussten Nutzung der Droge zur Bewältigung einer sonst nicht aushaltbaren Realität erwähnen manche Proband:innen zurückliegende oder noch anhaltenden Traumatisierungen: „Es war mir bewusst, was

ich damit erreichen wollte. Ich wollte mich abschalten, von dem was ich erlebt hab und was ich, in meinem Kopf, ständig bekommen habe.“ (iP2). Psychoaktive Substanzen werden daneben auch während der Arbeit konsumiert, um das Gefühl der eigenen Leistungsfähigkeit zu erhöhen und die Anforderungen einfacher erfüllen zu können: „So der Amphetamin-Kokain-Bereich so dieses Leistung/Fitsein/Wach-sein/ 'Keine Zeit haben zum Schlafen'.“ (iP8).

Wenn sich diese Art des Konsums verfestigt, wird der Alltag durch die Drogenwirkung beherrschbar und das Ausmaß des Konsums steigt entsprechend weiter an: „dieses Unglücklichsein, das habe ich [...] weg gekiff't. Da wurde es auf jeden Fall dann stärker, so gleich nach dem Aufstehen irgendwie Joint geraucht [...]. Da wurde es heftig.“ (iP3). Die Möglichkeiten und Ressourcen für Problemlösungen werden durch die Veränderung des Alltags in Folge des Drogenkonsums wiederum immer weniger („viel zu viel unterwegs wegen holen oder suchen und so. Da habe ich ein paar Sachen vernachlässigt.“ (iP2)). Nüchternheit wird teilweise schwer zu ertragen, wie die interviewte Person 8 erläutert:

„Alles was jemals von mir verdrängt wurde, kam auf den Tisch und das war echt krass. Das war echt hart, das war echt heftig. Diese ersten drei Monate [...] waren die psychisch anstrengendsten seit (*nachdenkliches Zögern*) seit (...) Ja also überhaupt, die ich bis dahin erlebt habe. Weil ich ja nüchtern war.“ (iP8)

Je nachdem wovor die Personen fliehen wollen, wenden sie verschiedene Substanzen an. Während wie in Kapitel 4.1 bereits angedeutet Amphetamin und Methamphetamin einem helfen sollen, besser die Alltagserwartungen zu erfüllen („einfach so – um zu funktionieren. Es ging einfach vieles besser so.“ (iP1)), wirkt Cannabis entspannend („Kopf aus. [...] Einfach früh morgens schon dicht geraucht (*atmet scharf ein*)“ (iP3)). Heroin wird als Steigerung hierzu wahrgenommen, laut der interviewten Person 10 erlöst es die Nutzer:innen von Alltagsorgen:

„Also dass mal alles GUT ist. Quasi 'ne kurzzeitige Erlösung von dem Alltag, der sehr hart ist. Und da liegt meiner Meinung nach viel mehr das Problem. Ich wüsste auch nicht, inwieweit ich mit Heroin hätte aufhören können, wenn ich nicht wieder irgendwie andere Punkte gehabt hätte, an denen ich mich festhalten konnte.“ (iP10)

Insgesamt ist zu erkennen, dass bei Personen die vor allem konsumieren, um etwas zu vergessen, zu verdrängen oder zu betäuben, als *ursächliche Bedingungen* oft schwierige Umstände in der Vergangenheit - teilweise bereits in der Kindheit - vorlagen (bspw. iP2, iP8, iP10) . Diese hatten familiäre, gesellschaftliche oder teilweise auch individuelle Ursachen als *Kontext* („Also es war 'ne sehr krasse Situation und ab diesem Punkt bin dann auch ICH abgestürzt“ (iP8)).

Eine reine Zuordnung zu dieser Form des Konsums, entsprechend der Zugehörigkeit zu sozialen Schichten oder spezifischer familiärer Umstände, zeichnet sich im vorliegenden Material jedoch nicht ab. Erst durch das Zusammentreffen mehrerer Faktoren entsteht in den vorliegenden Fällen ein besonders gesundheitsschädlicher Konsum. Dieser wird von den Interviewten beispielsweise als „Psychose [...] mit Wahnvorstellungen, Todesängsten“ (iP1) und „psychotische Zustände [...] wo du willst, dass es vorbei ist“ (iP10) beschrieben. Körperliche Schmerzen äußerten sich unter anderem in der Angst einen „Herzinfarkt“ (iP2) zu erleiden.

Wenn das Leitmotiv des Konsums die Flucht ist, ist zu beobachten, dass sich kaum zukunftsorientierte *Handlungsstrategien* entwickeln. Es wird von Tag zu Tag gelebt und das Drogennehen spielt

meist eine zentrale Rolle im Alltag und verdrängt somit Verhalten, welches ursächliche Probleme lösen und den Alltag positiv beeinflussen könnte (bspw. iP1, iP3, iP8). Die Einschränkungen im Handeln und in der Entwicklung von Strategien wird besonders oft durch belastende *intervenierende Bedingungen* verschärft, wie eine besonders ausgeprägte Stigmatisierung von außen und häufigere Konflikte mit dem Umfeld und dem Gesetzgeber.

„Ab dann war dann einfach viel Chaos, viel Konsum, viel Kriminalität. Ich hab geklaut, ich hab Diebstähle gemacht, ich hab Sachen verkauft, ich hab wieder angefangen Drogen zu verkaufen, ich hab Hehlereien betrieben. Ich hab allerlei blödes Zeug gemacht. Ja, war halt am Konsumieren die ganze Zeit, ne.“ (iP8)

Letztlich kann es dazu kommen, dass das Leitmotiv FLUCHT noch intensiveren Konsum nach sich zieht und ein gefährlicher, sich selbst verstärkender Kreislauf entsteht. Abbildung 5 veranschaulicht, wie sich durch die empfundene Perspektivlosigkeit die Flucht in exzessiven Konsum ergibt und dieser wiederum Konflikte mit dem Umfeld oder auch Gesetz entstehen lässt. Diese können wiederum erneut die Flucht in den Konsum begünstigen. Der exzessive Konsum schädigt die körperliche und seelische Gesundheit, was den Aufbau eines selbstbestimmten Alltags mit positiver Perspektive erschwert. So werden die Bedingungen, welche eine Flucht in den Drogenkonsum vorantreiben, weiter verstärkt.

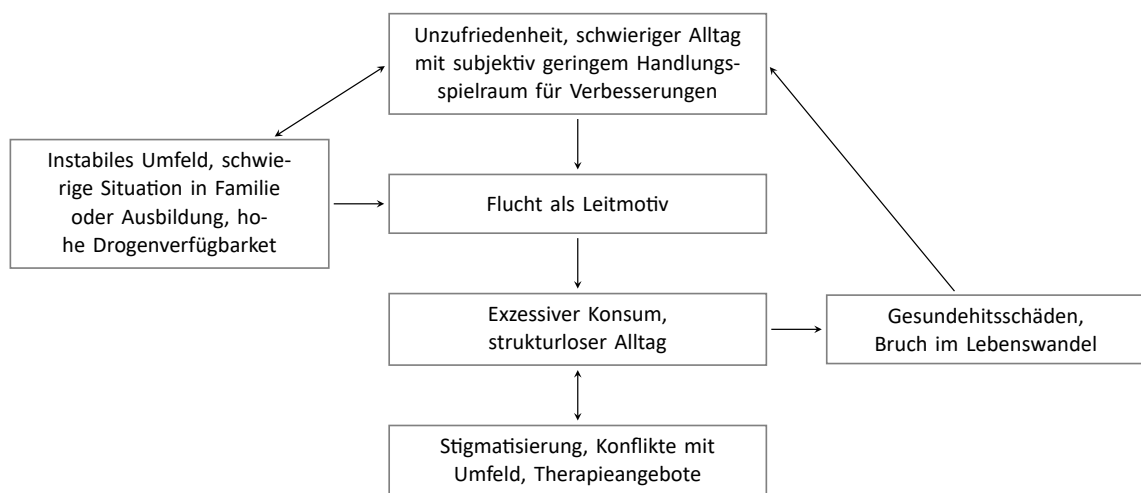


Abbildung 5: Flucht-Modell

4.2.3 Selbsterkenntnis

„*Werkzeug [...] für meinen Geist*“ (iP5) SELBSTERKENNTNIS ist das zweite Motiv, welches bei einem anderen Teil der Teilnehmer:innen als zentrales Motiv exploriert werden konnte. Als *Kontext* (6) berichten die entsprechenden Interviewpartner:innen größtenteils von Ursprungsfamilien, welche von Unterstützung und Vertrauen geprägt sind. Das Umfeld wird als sicher und die Bindungen als stabil beschrieben. Die Personen berichten von Zufriedenheit, aber auch Interesse an Wissen und Neugierde auf die Zukunft. Diese Faktoren wirken als *kausale Bedingungen* auf das Motiv des Drogenkonsums ein. Die *Handlungen* und *Strategien* umfassen von Selbstbewusstsein und drogenoptimistischen

Überzeugungen geprägte Konsumnarrative. Sie schildern individuelle Ziele in Bezug auf Drogen und das Leben allgemein. Der Konsum wird bewusst gestaltet. Es wird vor allem vom Konsum von Drogen mit psychedelischer Wirkung und mit meist eher geringem Abhängigkeitspotential (Gable, 1993) berichtet. Eine interviewte Person schildert ihre Erfahrungen mit Ayahuasca als „Bewusstseinsveränderung“, die zu einem „Reinigungsprozess“ (iP13) führe: „Dann nehme ich mir auch eine Art Schleier, eine Art Gardine ziehe ich dann auf und sehe dann“ (ebd.). Die Bewusstseinsveränderung wird klar thematisiert und als zentrales Element des Drogenkonsums beschrieben. Die interviewten Personen berichten, durch den Konsum zusätzliche Möglichkeiten für die Auseinandersetzung mit sich selbst und eine „komplett neue Bewusstseinssebene“ (iP5) zu erhalten. Die Droge wird als „mächtiges [...] Multitool“ (iP5) gesehen, mit dem es möglich wird, die „ Psyche [...] quasi [zu]zerlegen in ihre Einzelstücke. Und sie dann separat [zu]betrachten und neu [zu]justieren“ (iP5). Das Streben nach der Erweiterung des Bewusstseins beschränkt sich für einen Teil der Interviewpartner:innen nicht nur auf den Drogenkonsum, sondern ist auch mit einem generellen Streben nach Erkenntnis und Bewusstseinsweiterung verbunden.

“Und, das also das war mir auch [...] immer ein [...] Verlangen, mein Bewusstsein zu erweitern. Also nicht mal nur durch Drogen, sondern auch tatsächlich das, was man zu jeder Zeit einfach vor Augen hat, das [...] zu erweitern. Also wenn ich weiß, dass es Streit auf der Welt gibt, das halt einfach nicht zu vergessen, in keiner Situation. Das einfach als Teil meines Bewusstseins [...] aufzunehmen.” (iP12)

Die empfundene, zusätzliche Bereicherung durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen kann physischer, psychischer oder spiritueller Natur sein.

“Gemerkt, wie der Sand in jede Pore meines Körpers irgendwie kriecht und alles. Und habe mich einfach nur über mein Leben gefreut. Und sehr intensiv über mein Leben nachgedacht und philosophiert, was ich quasi an meinem Leben ändern möchte. Und reflektiert, mein Leben einfach reflektiert.” (iP5)

Für manche Teilnehmer:innen ist der Konsum mit dem Erleben eines Heilungsrituals verbunden, wie iP6 beschreibt: „Die Zeremonien die ich gemacht habe, [...] waren für mich alle extrem bedeutend. Wahnsinnig bedeutend. Also das hat mit mir ganz, ganz viel gemacht. Und, und ne Heilung - ich kann das auf jeden Fall bestätigen, DASS ES heilend ist.“ (iP6). Psychedelische Drogen werden von den interviewten Konsument:innen häufig klar zu anderen Drogen abgegrenzt („das war nicht nur weg sein, sondern tatsächlich auch reingehen in sich selbst. Und selber verstehen.“ (iP2)).

Als *intervenierende Bedingung* liegt meist ein sehr reflektiertes Drogenkonsumumfeld vor und eine generelle Beschränkung der Substanzen, teilweise mit Schwerpunkt auf natürlich vorkommenden Substanzen. Die Stigmatisierung dieser Personen wird im Vergleich als geringer ausgeprägt geschildert. Als *Konsequenz* ergibt sich, dass Drogenkonsum keine zentrale Rolle im Alltag einnimmt und kein Teufelskreis entsteht. Viel mehr sind die genutzten Drogen ein bewusst eingesetztes Mittel, um Erkenntnisse über sich selbst zu gewinnen und den normalen Alltag durch ein außergewöhnliches Erlebnis zu bereichern (bspw. iP5 und iP6). Medizinisch bedenkliches Verhalten oder ein nicht unterdrückbares Verlangen nach wiederholtem Konsum wird seltener beschrieben. Vielmehr wird beschrieben, dass sich der Konsum an einem Punkt „erschöpft“ (iP10) habe und der „Blickwinkel ergründet“ (ebd.) sei.

„Und ich glaube, selbst die erfahrensten Psychonauten, egal ob die sich jetzt acht oder 16 Gramm einwerfen, sind irgendwann froh, wenn sie wieder in der Realität ankommen.“
(iP5)

Wie in Kapitel 4.1.1. beschrieben, können auch schlechte Rauscherfahrungen gemacht werden. Jedoch ist die Gefahr, dass eine Konsumdynamik entsteht, welche für die Betroffenen immer stärkere Einschränkungen beim Verfolgen ihrer persönlichen Ziele mit sich bringt, deutlich geringer. Da der Rausch nicht als Erlösung aus einem unbefriedigenden oder belastenden Alltag empfunden wird, ist eine moderate Frequenz oder auch ein zeitweiliger Verzicht häufiger beschrieben worden (z.B. iP5). Es bleibt jedoch die Gefahr, durch einen intensiven Rausch eine psychische Ausnahmesituation zu provozieren, welche nachhaltige psychische Schäden mit sich bringen kann (z.B. iP12). Hierdurch können sich die kausalen Bedingungen für das Motiv und potentiell auch das Konsummotiv selbst verändern. Somit würde ein durch Flucht oder Hedonismus geprägter Konsum möglich.

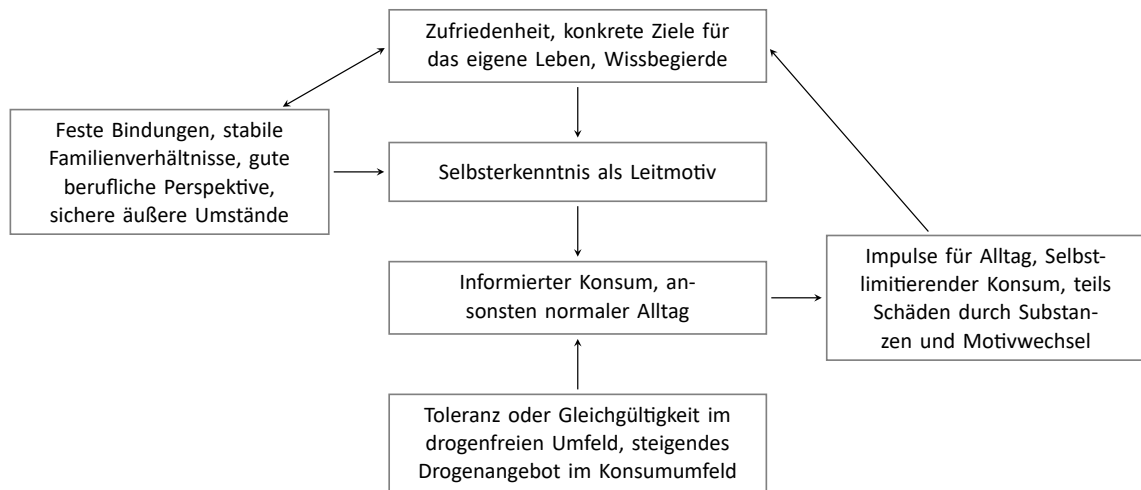


Abbildung 6: Selbsterkenntnis-Modell

4.2.4 Hedonismus

“einfach meinen Spaß haben” (iP3)

HEDONISMUS liegt bei den restlichen Interviews als Hauptmotiv für den Konsum vor. Als *ursächliche Bedingungen* wird von einem Teil der Teilnehmer:innen von einer empfundenen Übersättigung und daraus resultierenden Eintönigkeit des Alltags mit einem Mangel an eigenen, erfüllenden Projekten berichtet (7). Teilweise wird aber auch ausschließlich das Bedürfnis nach Spaß und Abenteuer ohne kritische Analyse des sonstigen Alltags geäußert. Die Personen beschreiben sich weder als in besonderem Maße glücklich noch als besonders unglücklich. Als *Kontext* wird von insgesamt erhöhter Drogenpräsenz im Umfeld bei weitestgehend stabilen Lebensumständen berichtet. Erfüllung in Privatleben und Beruf wird weniger oft als bei Konsument:innen mit dem Motiv der Selbsterkenntnis beschrieben. Präsent ist dagegen der Wunsch, Langeweile zu überwinden (z. B. iP12) und Zeit zu füllen (z. B. iP7).

„Und wir leben halt momentan in ner Gesellschaft, wo viel, also wo so ne krasse Erlebnisarmut herrscht. Also viel Wohlstand, der aber auch darin resultiert, dass wir in so nem Alltag gefangen sind, der zwar viel Stress mit sich bringt, aber so wenig außergewöhnliche Stimulanz.“ (iP4)

Welche *Konsequenzen* sich aus dem Konsum ergeben, hängt in diesen Fällen maßgeblich von den *intervenierenden Bedingungen* wie Drogengebrauch im Freundeskreis und Drogenverfügbarkeit ab. Wenn sehr viele Drogen verfügbar sind und im Umfeld wenig kritische Reflexion des Konsums stattfindet, besteht die Gefahr eines ausgeprägt schädigenden Konsums (bspw. iP1, iP8, iP10). Wenn diesem eine anhaltende Verschlechterung der eigenen Verfassung und/oder Lebensumstände folgt, kann das Leitmotiv vom HEDONISMUS zur *FLUCHT* hin verschoben werden, mit den zuvor beschriebenen weiteren Charakteristika und Mechanismen. Wenn jedoch die verfügbaren Drogen eine gewisse Limitierung haben und/oder man sich im Freundeskreis kritisch mit Konsum auseinandersetzt (bspw. iP2 und iP3), findet ein „maturing out“ – ein „Herauswachsen“ und Beenden des Konsums (White et al., 2017) – oder ein Wechsel zu seltenerem, eher der SELBSTERKENNTNIS gewidmetem Konsum statt.

„Aber ich merke immer mehr und mehr, wie Drogen eine nette Sache sind für eine nette Erfahrung. Aber nicht mehr, das lohnt sich nicht mehr irgendwie. Also vielleicht liegt es daran, dass ich älter geworden bin, vielleicht liegt es daran, dass ich ein paar Jobs habe, wo mich die Leute wirklich wollen, wo ich merke, das ist einfach wichtiger, als einen Tag Drogen zu nehmen und im Wald herum zu trippen und sich das bunte Laub anzugucken. Ich kann es einfach nicht mehr so genießen und es lohnt sich nicht mehr. Und ich glaube, es wird das letzte Mal für mich gewesen sein, dass ich solche Drogen nehme.“ (iP3)

Zur Reflexion des Drogenkonsums durch das Umfeld kann auch der von erfahreneren Konsument:innen begleitete Konsum gezählt werden. Einige berichten beispielsweise von Konsum „unter [...] Aufsicht“ (iP3). Die Gruppe der hedonistischen Drogenkonsument:innen ist zunächst meist nicht direkt gefährdet, physischen Schaden zu erleiden. Viele Proband:innen empfinden ihren Konsum nicht als „Suchtverhalten“ (iP4), sondern als Freizeitbeschäftigung, sehen aber auch die Gefahr der Gewöhnung: „Weil ich glaube zum Beispiel auch, dass das mit MDMA ganz schnell gehen kann. Ich hatte da einen Kumpel, der mit seiner Freundin zusammen, äh, immer mal zuhause auch MDMA genommen hat und [...] denen dann der Sex zu langweilig geworden ist, wenn sie nüchtern waren.“ (iP3).

Neben dem Risiko, psychotische Zustände mit dem Potential einer Chronifizierung zu provozieren, besteht bei illegalen Drogen immer auch das Risiko, dass eine unerwartet starke Wirkung eintritt („das war zu krass auf jeden Fall“ (iP12)), gerade aufgrund der schwankenden Reinheit und Konzentration der Substanzen. Durch den Fokus auf Spaß, oft auch zusammen mit Freund:innen, besteht außerdem das Risiko, durch Dynamiken im Umfeld („Man lernt halt Leute kennen, die Sachen kennen.“ (iP7)) in ein ungehemmteres Konsummuster zu geraten. In Folge dessen kann sich die Situation in Richtung Flucht-Modell verändern, da nicht-drogenassoziierte Faktoren im Leben der Betroffenen an Bedeutung verlieren. Es entsteht die Gefahr, dass selbstbestimmtes durch substanzfokussiertes Verhalten verdrängt wird („also man sollte schon darauf aufpassen, [...] dass man sich irgendwie nicht darin verliert oder so.“ (iP12)).

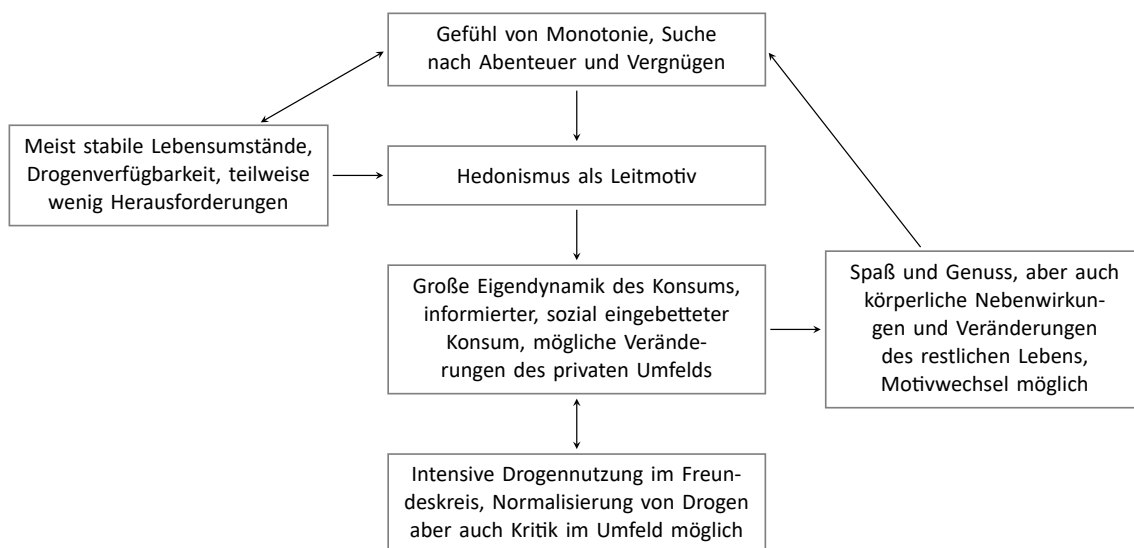


Abbildung 7: Hedonismus-Modell

Substanzgebrauch ist, wie in Abschnitt 4.1.1 und 4.2 deutlich wird, so vielseitig wie die Menschen selbst. Was die Erkenntnisse zu Drogenkonsum und seinen Leitmotiven für die Praxis im Gesundheitswesen bedeuten, soll das folgende Kapitel darlegen.

4.3 Drogenkonsum und das moderne Gesundheitssystem

Für die Entwicklung von Ideen für ein verbessertes ärztliches Handeln sollen im folgenden Abschnitt die bisherigen Erkenntnisse zu Konsummotiven mit den berichteten Erfahrungen und Bedürfnisse von Konsument:innen in Bezug auf das Gesundheitswesen verknüpft werden. Wie vielfältig dieses Thema ist, zeigen bereits die Aussagen der interviewten Personen 10 und 13, welche die Rolle der Ärzt:innen vollkommen verschieden verorten:

“Der beste Arzt der Welt kann nichts machen, wenn der Patient in ’nem Lebensumstand ist, der ihm einfach nicht ermöglicht aus der Situation, in der er ist, einfach raus zu kommen. Aber ’n mangelnder Arzt kann dafür sorgen, dass die Möglichkeit, die bestanden hätte, nicht wahrgenommen werden kann. Und das ist glaube ich das, was ich in meinem Leben so erfahren habe. Also bei mir und auch bei Anderen. Dass der Arzt halt einfach eine Säule ist, die aber extrem wichtig ist, aber halt nicht das Fundament an sich.” (iP10)

“Ein ganz wichtiger Fakt [ist], dass man für sich selbst Verantwortung übernimmt. Der Gang zum Arzt ist für viele Menschen ein Abgeben der Verantwortung an jemand Anderen. Ja, der Doktor wird es schon richten. Äh, ich glaube aber, dass man selber für sein Leben verantwortlich ist, niemand sonst.” (iP13)

4.3.1 Motive als Ansatzpunkt

Die in Abschnitt 4.2 beschriebenen Modelle zu Drogenkonsum und Leitmotiven verdeutlichen nicht nur die Vielfalt von Ausprägungen des Konsums, sondern auch die unterschiedlichen Dynamiken und

zeigen somit wichtige Ansatzpunkte für Prävention und Interaktion auf. Es lässt sich beispielsweise ableiten, dass Personen, welche aktuell mit dem Leitmotiv Selbsterkenntnis sporadisch LSD nehmen, vom Arzt höchstwahrscheinlich keine ausführliche Suchtberatung benötigen. Eine Ärztin, die in diesem Fall eine umfassende Kritik äußert, läuft – wie auch im nächsten Abschnitt aufgezeigt wird – Gefahr, dem Gegenüber das Gefühl des „Pathologisiertwerdens“ zu vermitteln. Dies kann zu innerer Ablehnung und einem Ende der therapeutischen Beziehung führen. Neben dem Konsum selbst müssen dem Material und den gewonnenen Modellen entsprechend auch individuelle Faktoren, der Kontext, persönliche Überzeugungen und zu erwartende Probleme mit einbezogen werden. Dadurch wird ein frühzeitiges, adäquates Besprechen von Drogenkonsum möglich.

Wenn ärztliches Fachpersonal verpasst, bei Patient:innen, die im hedonistischen Kontext konsumieren, eine Gesprächsbasis zu schaffen und fachliche Informationen zu Risiken zu besprechen, verstreicht damit eine Chance. So können die Patient:innen nicht bei der Vermeidung von schädlichem, langanhaltendem Konsum unterstützt werden. Dies ist insbesondere für den Fall relevant, wenn das Leitmotiv Flucht das hedonistische Motiv ablösen würde.

Und wenn Behandelnde überhören oder übersehen, dass Drogen ausschließlich oder vorwiegend zur Flucht aus einer als schlecht empfundenen Realität genutzt werden, kann dies schwerwiegende physische und psychische Konsequenzen haben. Für dieses Nicht-Überhören und das Begleiten auf dem individuellen Therapieweg bedarf es jedoch Qualifikationen, die in der bisherigen Ausbildung, wie in Kapitel 1.4.2 aufgeführt, nur wenig gefördert und geschult werden. Ärztliches Fachpersonal sollte Konsument:innen, die vor allem vor den Zuständen ihres aktuellen (Gefühls-)Lebens fliehen und gesundheitsschädlich konsumieren, dabei unterstützen, sich dessen bewusst zu werden, Hilfe zu finden und das eigene Leben möglichst bald wieder positiv zu gestalten. Um diese Unterstützung geben zu können, bedarf es hoher Sensibilität und ausreichender Kenntnis über Drogen. Im Folgenden sollen konkrete Erfahrungen und Erwartungen der Interviewteilnehmer:innen für die tiefere Auseinandersetzung mit dem Thema zugänglich gemacht werden.

4.3.2 Erfahrungen von Drogenkonsument:innen im Gesundheitswesen

Ideen für einen verbesserten Umgang mit Drogenkonsument:innen können erst nach einer Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation im Gesundheitswesen entstehen. Hier spielen viele Faktoren wie präventive und therapeutische Infrastruktur, Gesetzgebung, Normen, Drogenangebot oder Personalqualifikationen hinein. In dieser Arbeit wird der Fokus auf die Bedeutung der Ärzt:innen gelegt. Um der Komplexität von Begegnungen zwischen ärztlichem Personal und Drogenkonsument:innen Ausdruck zu verleihen, werden zunächst zwei Position Maps gezeigt, welche entsprechend der postmodernen Weiterentwicklung der Grounded Theory Methodologie durch Adele Clarke (Clarke & Keller, 2014; Clarke, 2012), siehe auch Unterabschnitt 3.4.3, entwickelt wurden. Abbildung 8 zeigt, wie das Vertrauen zu Ärzt:innen und die im Interview berichtete Eigeninitiative unterschiedlich zusammenwirken können. Die vorliegende Arbeit soll keine detaillierte Interpretation aller Positionen leisten. Es wird jedoch verdeutlicht, dass die verschiedenen Eigenschaften der therapeutischen Beziehung nicht streng linear ableitbare Konsequenzen haben. Konkret bedeutet dies dem vorliegenden Material nach, dass selbst wenn es Ärzt:innen gelingt, eine gute Vertrauensbasis zu schaffen, Patient:innen nicht zwangsläufig mehr Eigeninitiative bei der Eindämmung schädlichen Konsums zeigen. Das heißt,

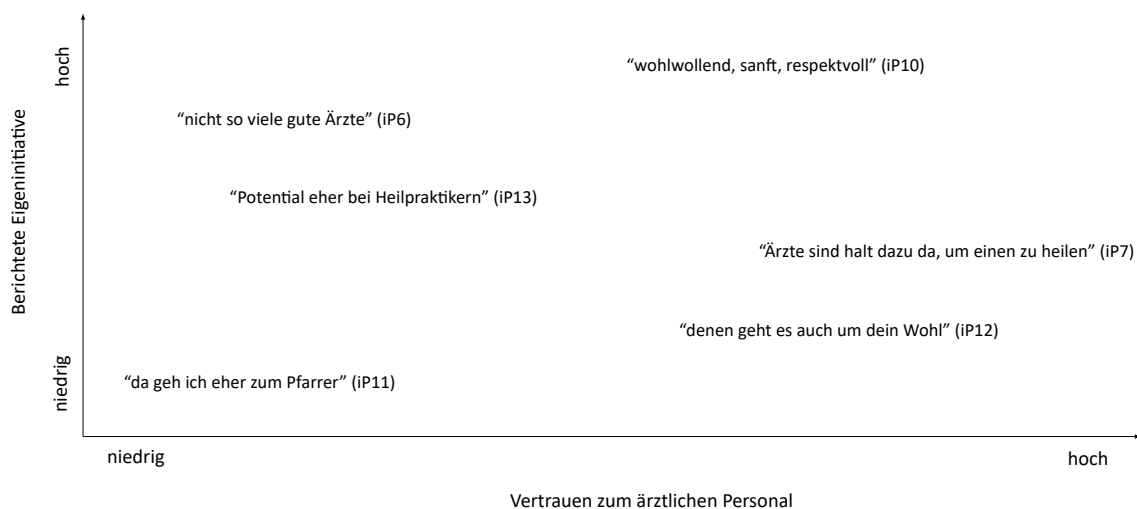


Abbildung 8: Berichtete Eigeninitiative in Bezug zum Vertrauen gegenüber Ärzt:innen

vertrauen Patient:innen dem ärztlichen Personal und der medizinischen Einschätzung, setzen sie ihre Ratschläge in Bezug auf den Konsum trotzdem nicht zwangsläufig um. Ist das Verhältnis weniger vertrauensvoll, kann es dennoch dazu kommen, dass sie den risikohaften Drogenkonsum entsprechend der ärztlichen Empfehlung reduzieren.

Die Abbildung 9 zeigt auf, wie forderndes oder verständnisvolles ärztliches Verhalten mit dem von den Drogenkonsumierenden empfundenen Nutzen zusammenhängen können. Auch hier wird deutlich, dass sich keine linearen Zusammenhänge abzeichnen. Eine verständnisvolle Haltung wird nicht per se als nützlicher empfunden. Diese Vielfältigkeit zeigt auf, dass therapeutische Maßnahmen nicht nur evidenzbasiert, sondern auch individuell angepasst sein sollten. Während Menschen zum einen Zeitpunkt eine klare, sachliche Bearbeitung ihres Problems und fachlichen Rat suchen, kann dieselbe Person zu einer anderen Zeit oder ein anderer Mensch zunächst eher auf der Suche nach Verständnis und einem vertrauensvollen, sicheren Raum zur Kommunikation sein.

Unabhängig von konkreten Bedürfnissen und dem individuellen Therapiebedarf wünschen sich alle interviewten Personen die Akzeptanz ihres Gegenübers. In der Realität wird aber oft von einem Gefühl der Stigmatisierung berichtet. Wenn empfunden wird, dass das ärztliche Personal bereits mit Vorurteilen in die Situation startet, wird es wiederum für die Drogenkonsument:innen schwierig, selbst offen zu bleiben und zum Gelingen der Begegnung beizutragen.

„Also in der Schulmedizin, in der normale Ärzte ’n Husten, ’ne Grippe und ’n gebrochenes Bein therapieren, die sind der Meinung [Sucht ist eine] ’Krankheit, schlimm, kriminell, ganz böse böse.“ (iP9)

„Und wenn man dann halt immer befragt wird oder beurteilt wird, dann verschließt man sich weiter. Das macht keinen Sinn. Für Scham. Für egal was. Ich bin der Meinung, dass viele Leute tatsächlich keine Ahnung haben von diesen Substanzen und die einfach kritisieren, ohne überhaupt zu wissen, wovon sie reden. Und dadurch habe ich keine Geduld manchmal. Aber ich zeige es ja nicht. Ich rede einfach nicht weiter.“ (iP2)

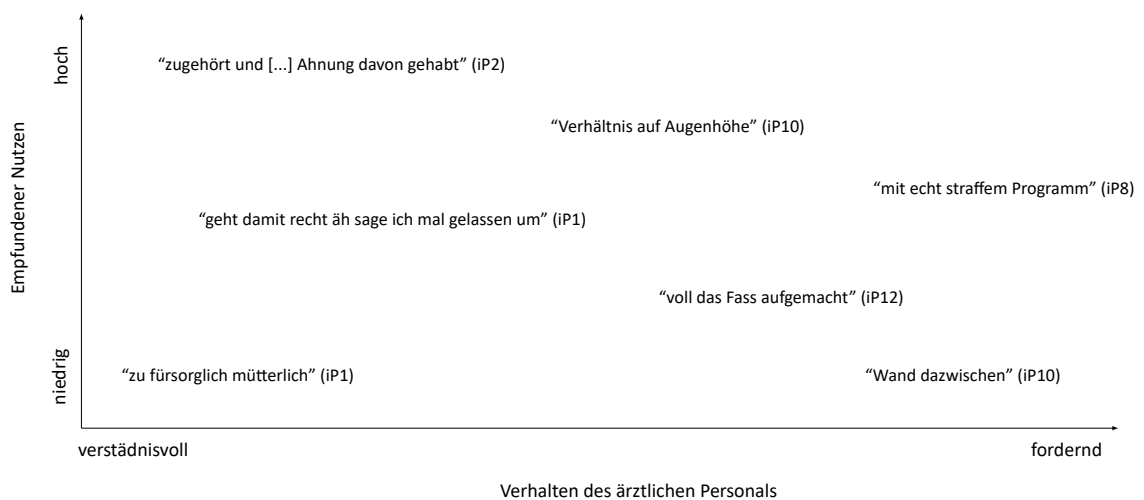


Abbildung 9: Empfundener Nutzen in Bezug zu dem Verhalten des ärztlichen Personals.

Ein Teil der Konsument:innen empfindet, dass die meisten Probleme ohne tiefere Analyse von Ärzt:innen direkt auf den Drogenkonsum zurückgeführt werden. In dieser Situation entsteht ein ambivalentes Spannungsverhältnis, da sich die Betroffenen als Expert:innen für ihren Körper und den Drogenkonsum sehen. Sie fühlen sich daher vom Gegenüber herabgesetzt und gleichzeitig diesem überlegen. Diese Gefühle verhindern ein funktionierendes Vertrauensverhältnis und die Auswahl wirkungsvoller Therapie- oder Hilfsangebote.

„Wo ich im Krankenhaus war und da dann auch klar wurde, dass ich Drogen nehme und dann hatte ich ziemlich schnell das Gefühl, dass sich alles darauf fixierte. Dass, egal was ist, egal welchen körperlichen Zustand ich habe, egal welche Beschwerden ich hab, der Ursprung davon ist die Droge. [Es] war so ne gewisse Distanziertheit zu mir da. [...] ich war halt eher n Drogensüchtiger und alles was mit mir ist, hängt irgendwie damit zusammen. Und ist quasi weniger Begleiterscheinung, sondern eher Ursache von allem und dann entsteht natürlich auch im Patienten ganz schnell so ne Abneigung. Menschen die Drogen nehmen, lösen in Menschen die keine nehmen – oder behaupten keine zu nehmen – so ne Distanz aus, was extrem ne Rückkopplung auslöst.“ (iP10)

Durch die entstehende „Wand“ (iP10) fühlt sich der Patient „nicht wahrgenommen“ (iP10) und ist „deswegen auch nicht wirklich offen“ (iP10). Interviewte Person 10 sieht ein großes Risiko darin, dass Wertung und „Abneigung“ (iP10) in die Gesundheitsfürsorge einfließen und Menschen in ihrem Wert aufgrund einzelner Merkmale herabgestuft werden: „Also der Fette wird halt anders behandelt, im Kopf und vielleicht dadurch auch im Allgemeinen als ein kleines Kind, das einen Gehirntumor hat. Aber das bedeutet, dass man einem Menschen mehr Wert zuteilt als dem anderen. Und dann ist man für mich philosophisch, moralisch und auch politisch in nem ganz heiklen Bereich. Weil Selektieren von Menschen hat für mich im Allgemeinen in der Welt nichts zu suchen - und bei Ärzten erst recht nicht.“ (iP10). Insgesamt findet sich die Kritik an der aktuellen Versorgung mit verschiedenen Schwerpunkten in allen Interviews wieder. Das Personal im Gesundheitswesen wird von manchen als „abgestumpft“ (iP11) und „ignorant“ (ebd.) wahrgenommen.

„Ich glaube das schlimmste in Krankenhäusern, dass die einfach zu viele Schichten [machen] und abstumpfen. Einfach mal abstumpfen.“ (iP11)

Neben den Vorurteilen von medizinischem Personal gegenüber Konsument:innen, welche im vorliegenden Material ebenso eine Rolle spielen wie in der aktueller Forschung 1.4.2, bestehen entsprechende Vorannahmen zu Ärzt:innen von Seiten der Patient:innen. Ein Teil der Interviewpartner:innen beschreibt das Personal im Gesundheitswesen als mitunter überarbeitet, oberflächlich und ungenau (bspw. iP6, iP10, iP11).

„Ich hab halt kein gutes Verhältnis zu ’nem Arzt, wenn ich merke, dass der mich so (*nachdenkliches Zögern*) abarbeitet oder mir nicht zuhört. Das sind so eher zwischenmenschliche Sachen. Oder halt, wo ich halt sauer werde, wenn ich merke, dass Ärzte irgendwelche Sachen verschreiben, weil sie halt auch nicht wissen. Also aus Ratlosigkeit, wenn sie dann irgendwelche Medikamente verschreiben, nur um den Patienten abgehakt zu haben.“ (iP6)

Aufgegriffen wird auch die meist sehr knappe Zeit, die ärztliches Personal zur Verfügung hat. Die Proband:innen äußern den Wunsch an medizinisches Personal, „sich mehr Zeit [zu] nehmen oder dass sie überhaupt zuhören“ (iP11). Es wird jedoch auch Verständnis für die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen und dessen Limitierungen geäußert. So sei oft „die Zeit gar nicht da“ (iP3) für eine gute Betreuung der Patient:innen. Neben Zeit fehle es jedoch auch an fachlicher Ausbildung – stattdessen wird beschrieben, dass „Unwissenheit da war und ne gewisse Hilflosigkeit“ (iP10). Es wird mehrfach explizit der Wunsch nach mehr drogenspezifischem Fachwissen auf Seiten der Ärzt:innen geäußert.

„Also es ist jetzt nicht so, als man muss jetzt nicht 1000 Drogen genommen haben, um irgendwie da einen Einblick haben zu können. Ja, weiß nicht, dass man zum Beispiel Upper nicht mit Downern kombiniert oder das oft schlecht ausgeht. Weiß nicht, einfach wirklich ganz normale Sachen, das finde ich, sollten Ärzte wissen.“ (iP6)

Es wird aber auch von wertvollen, unterstützenden Begegnungen mit Ärzt:innen berichtet. Begegnungen von „Mensch zu Mensch“ (iP2) auf „Augenhöhe“ (iP10), bei denen die medizinische Fachperson informiert und professionell ist. Expertise wird wertgeschätzt und ein differenzierter Umgang mit dem Thema Drogen ermöglicht die gelebte Realität der Konsument:innen zu berücksichtigen und praktische Unterstützung zu geben.

„Dann meinte er so[...] ‘Also das Tavor würde ich ungern machen [...] Opipramol würde ich Ihnen empfehlen so. Informieren Sie sich mal dazu, bei der nächsten Sitzung sagen Sie mal, ob Sie es probieren wollen. Und das können Sie auch mal nehmen, wenn Sie irgendwie mal drauf sind und nicht schlafen können. Dann kommen Sie davon erst mal herunter.’ Und es ist dann soweit hilfreich. [...] also dass er sich eben direkt damit befasst und jetzt nicht sagt ‘Okay. Nein, äh also keine Drogen. Dann geht alles und sonst geht gar nichts’ so nach dem Motto.“ (iP1)

Interviewte Person 1 fühlt sich bei dem aktuellen Behandler trotz des eigenen Substanzkonsums gut aufgehoben, dies wird aber auch nochmal anderen Erfahrungen gegenübergestellt. Die interviewte

Person 1 formuliert konkret, wie es sie zusätzlich deprimiert hat, in der Vergangenheit als „hoffnungsloser Fall“ (iP1) behandelt zu werden.

Interviewte Person 10 beschreibt ebenfalls die Beziehung zu einer Hausärztin, als von Offenheit geprägt. Die Beratung ohne den Versuch einer Lenkung hat iP10 dabei unterstützt, aus einer schwierigen Phase herauszufinden.

„Es ist zwar relevant für die Behandlung, aber nicht in 'ner gewissen Wertung. Es ist einfach nur wichtig, zu wissen, was man genommen hat und auch warum und wie was zusammenhängt, aber da ist halt ne extreme Offenheit da, aber kein Versuch irgendwas zu lenken. Es gibt halt Gespräche und Offerten, dass man, wenn man das will, was daran ändern kann und Adressen und Kontakte zu Suchtberatung, Psychotherapie, was auch immer, aber es steht nie in nem Kontext des 'du musst jetzt unbedingt damit aufhören'.“ (iP10)

An mehreren Stellen wird das Bedürfnis deutlich, selbst die Verantwortung für sich zu übernehmen (z.B. iP8) und als „mündig“ (iP10) wahrgenommen zu werden. Die Interviewpartner:innen sehen keine Verantwortung für ihre individuelle Lebensqualität beim ärztlichem Personal, sondern sprechen Ärzt:innen vielmehr eine „begleitende Rolle“ (iP9) zu.

„Das ist der Punkt, dass in Therapien – egal ob Sucht oder psychisch – die Leute müssen mit'm Gesicht gegen die Wand laufen. Da muss man einfach mehr ihnen das Werkzeug in die Hand legen. Wir sind da. Du kannst was tun, aber DU musst es ändern. DU musst deinen Arsch bewegen, nicht wir für dich.“ (iP8)

Weder die Abgabe von Verantwortung noch das Erlassen der Schuld werden von den interviewten Personen beim Arzt gesucht. Stattdessen ist der konkrete Wunsch, aufrichtig behandelt und informiert zu werden, eine zentrale Erwartung an den Arzt oder die Ärztin. Manche wünschen sich vor allem eine klare Ansage: „Er könnte zum Beispiel sagen 'Ey, Junge hör auf mit dem Scheiß Nervengift, das tut dir weh. Wir sägen hier schon. Nicht gut.' Das könnte er sagen.“ (iP11). Andere wünschen sich eine klare Trennung von persönlicher Meinung und Fachinformationen: „Ist ja 'n Unterschied, ob du jemandem deine fachliche Meinung sagst [...] oder ob du ihm quasi sagst, dass das scheiße ist, was er macht.“ (iP10). Der nächste Abschnitt soll hier ansetzen und gezielt weiter ausführen, wie Ärzt:innen die Begegnungen mit Drogenkonsument:innen positiver gestalten können.

4.3.3 Bedeutung für ärztliches Handeln

Im Folgenden werden, aufbauend auf den Erfahrungen der interviewten Personen, Ansatzpunkte für ärztliches Handeln außerhalb der spezifischen Suchttherapie dargelegt. Von zentraler Bedeutung ist, wie interviewte Person 8 und 9 darlegen, ein annehmender und urteilsfreier Umgang mit Drogenkonsument:innen.

„Eine annehmende Haltung, denke ich. Egal um was es geht, egal was jemand gemacht hat oder was passiert ist, egal ob das mit Drogen zu tun hat, oder mit anderen Themenbereichen. DAS einfach anzunehmen, als das was es ist, ohne es zu bewerten. Ich denke, das ist das, was am ehesten sozusagen 'ne Heilung bringen kann.“ (iP9)

„Nicht abwertend. Nicht urteilend. URTEILSFREI. Das ist das Einzige was ich mir wünschen würde, dass Ärzte und Therapeuten und Menschen, die in diesem Bereich arbeiten, einfach ihre Verurteilungsscheiße bei Seite lassen. Das hat da nichts zu suchen.“ (iP8)

In Bereichen wie der Allgemeinmedizin sind die Beratungsanlässe äußerst verschieden und die Schwelle für einen Arztbesuch besonders niedrig. Gleichzeitig ist hier der Aufbau einer Vertrauensbasis und die Begleitung durch verschiedene Lebensphasen besonders gut möglich. Somit sind ideale Voraussetzungen für präventive und unterstützende Maßnahmen gegeben. Dabei ist stets enorme *Offenheit* und *Aufmerksamkeit* erforderlich, wie sie sich auch die interviewten Personen wünschen: „Also ich hätte mir gewünscht, dass sich der Mensch mehr Zeit nehmen würde und mir zuhört, weißte?“ (iP11).

Ein offenes, aufmerksames Vorgehen ist ein wichtiger Faktor, um den wahren Anlass eines Termins oder auch tieferliegende Probleme erkennen zu können. Drogenmissbrauch wird dabei auch von den interviewten Personen als möglicher Indikator für andere Missstände gesehen: „Man betäubt sich mit Alkohol oder mit anderen Dingen, weil man irgendwas anderes nicht spüren möchte.“ (iP9). Es wäre praxisfern anzustreben, dass die ärztliche Aufmerksamkeit und Offenheit in jeder Konsultation ermöglicht, alle tieferliegenden Aspekte zu beleuchten. Aber die generelle Bereitschaft offen und aufmerksam auf alle Patient:innen einzugehen, ermöglicht durch gezielte Maßnahmen eine wesentlich höhere Versorgungsqualität und kann durch das rechtzeitige Erkennen riskanter Aspekte helfen, schwere Verläufe zu reduzieren. Erste Grundsteine können eine kleine Gesprächsnotiz in der Akte, wenn man komplexere, langfristige Probleme im Hintergrund vermutet; ein ausgehändigtes Informationsblatt; eine niederschwellige Empfehlung oder eine freundliche, oberflächliche Frage in eine als relevant wahrgenommene Richtung sein. Hierauf können solide Angebote und weitere Konsultationen aufbauen, wobei diese kleinen Maßnahmen jeweils nur wenige Sekunden bis Minuten in Anspruch nehmen und dadurch leicht in die Praxis einzubinden sind.

Letztlich sind Offenheit und Aufmerksamkeit die Grundlage dafür, dass man dem Gegenüber *respektvoll begegnen* kann. Interviewte Person 10 führt aus, wie gefährlich ein Fehlen dieses Respektes aus seiner Perspektive ist:

„Wenn du 'ne Meinung hast, die negativ ist [...] Das kann man schon denken, wenn man 'nen Mitte-Zwanzig-jährigen Drogensüchtigen sieht, der sich dahinrafft, so. Aber das ist auch nur die objektive Sicht, weil vielleicht ist dieser Junge ja derjenige gewesen, der von seinem dritten bis zu seinem 16. Lebensjahr jeden Tag von seinem Vater die Fresse poliert bekommen hat, so dass er gar nicht wissen kann, was Lebenssinn bedeuten soll. Und es wäre genau die Aufgabe des Arztes, jedem zu helfen und jeden zu ergründen.“ (iP10)

Respekt bedeutet hier nicht nur für das, was die andere Person berichtet, offen zu sein und aufmerksam zuzuhören, sondern dieses auch als gleichwertig anzuerkennen. Eine Begegnung zwischen Patient:innen und ärztlichem Personal geht stets mit einem Machtgefälle zwischen den verschiedenen Parteien einher. Nur durch das bewusste Festhalten am gegenseitigen Respekt kann vermieden werden, dass die Patient:innen unmündig behandelt werden. Ansonsten droht eine Verstärkung des Ohnmachtsgefühls auf Seiten der Patient:innen und eine weitere Verschlechterung ihrer Situation (bspw. iP1 und iP11). Interviewte Person 8 beschreibt wie gefährlich sie Herabsetzung und Ausgrenzung im Umgang mit Drogenkonsumierenden findet:

„Wie soll denn das funktionieren? Also sprich jemanden in 'ne Schublade zu stecken und abzustempeln und an den Rand der Gesellschaft zu drücken und dann zu sagen 'so jetzt komm mal wieder klar und komm in die Gesellschaft rein'. Das ist total krass, das ist total pervers, finde ich.“ (iP8)

Patient:innen, die sich offen und respektvoll behandelt fühlen und in das Können der Ärzt:innen und ihre Verlässlichkeit vertrauen können, werden langfristig eine höhere Compliance besitzen und auch Rückschläge in der Therapie besser überwinden können. Respekt gegenüber anderen Personen ist grundsätzlich für viele Mediziner:innen eine Triebfeder ihres Handelns. Gleichzeitig ist das Festhalten an dieser Grundidee im ärztlichen Alltag nicht so einfach. Wenn die Arbeit extrem dicht ist und viele unlösbare medizinische Probleme vorkommen, steigt das Stresslevel, die eigene innere Ruhe kann ins Wanken geraten, und dort, wo man durch die Umstände selbst nicht ausgeglichen sein und seine individuellen Grenzen respektieren kann, wird es immer schwieriger das Gegenüber respektvoll zu behandeln. (Ab-)Wertungen können in Belastungssituationen helfen, Distanz aufzubauen und sich selbst zu schützen. Solche Situationen entstehen und sie sind nicht immer vermeidbar. Es gibt deshalb gerade in Heilberufen eine Pflicht zur *Selbstreflexion*, wie auch interviewte Person 10 ausführt:

„Das ist ja gerade elementar im Heilwesen, dass es halt nicht um Schuld geht. Dass es nicht um Wertung geht, sondern um Menschen, die Hilfe brauchen und sich dem Arzt anvertrauen. [...] Ich meine, die Feuerwehr kommt ja auch nicht und sagt 'Du hast aber die Kerze brennen lassen, ne? Ist aber nicht so cool, ne. Da machen wir jetzt nichts.' oder weniger oder mit weniger Elan. [...] Sowohl Ärzte als auch Polizisten und andere Berufe arbeiten unter extremem Druck und extremen Situationen, aber es ist 'n Unterschied ob das mal passiert, ob man das reflektiert und hinterfragt und versucht das zu unterbinden oder ob das, vielleicht normal ist einfach, diese Wertung.“(iP10)

Wenn im Rahmen dieses Prozesses der Selbstreflexion Missstände bei der eigenen Zufriedenheit deutlich werden, wird für Ärzt:innen die *Selbstfürsorge* wichtig. Auch dort, wo Offenheit und Respekt grundsätzlich vorhanden sind, wird durch Zeitmangel eine gute Behandlung erschwert. Dabei ist *sich Zeit zu nehmen* im Bereich niederschwelliger Gesundheitsfürsorge für eine adäquate Unterstützung des Gegenübers manchmal unerlässlich, wie bereits der Abschnitt 4.3.2 deutlich gemacht hat. Interviewte Person 13 kritisiert die zeitlichen Limitierungen deutlich: „Und ganz ehrlich, was will ich dem in sieben oder runden wir es mal auf, in zehn Minuten. Was will ich da dem Menschen groß für eine Stütze sein?“ (iP13). Um einen guten Beitrag zur Versorgung im Allgemeinen zu leisten und auch im Sinne der einzelnen Patient:innen ist es wichtig, ein gutes Praxismanagement zu betreiben. Dies bedeutet leider auch, dass wenn jeder einen Termin bekommen können soll, oft nicht viel Zeit für den Einzelnen bleibt. Hier wird es also wichtig, aus der wenigen Zeit das Beste herauszuholen. Mit Gesprächstechniken, beispielsweise aus dem Bereich der psychosomatischen Grundversorgung, kann die limitierte Quantität der Zeit durch hohe Qualität bis zu einem gewissen Punkt kompensiert werden.

Neben diesen *Gesprächsfertigkeiten* und einer *Vertrauensbasis* braucht es für eine gute ärztliche Behandlung umfassendes *Fachwissen*, welches wie bereits beschrieben auch die Interviewteilnehmer:innen einfordern. Interviewte Person 12 äußert entsprechend: „Sollte man nicht als Arzt diese ganzen Basics wissen?! ...weil, also am Ende haben alle irgendwie damit zu tun. Also zu viele Leute

haben es auch am Ende doch irgendwie genommen.“ (iP12). Die Proband:innen sehen Fachwissen als Grundlage für eine angemessene Begegnung mit Drogenkonsument:innen, wie iP10 ausführt:

„Wenn jemand wirklich informiert ist, wird er sich ja auch in einer gewissen Form so verhalten, wie es angebracht ist. Also wenn ich wirklich das Wissen darum hab, was ein Mensch, der auf LSD 'nen Trip hat, der ihn echt an seine psychischen Grenzen bringt, was dieser Mensch erlebt in irgendeiner Form, dann würde ich mich darauf einstellen. Also ich erwarte, das zumindest von jedem empathischen Menschen, dass er das tut. Was glaube ich, oft auch einfach nicht der Fall ist, weil die Information einfach nicht da ist.“ (iP10)

Wobei die Interviewpartner:innen nicht allumfassendes Drogenwissen einfordern, sondern vielmehr eine wertungsfreie Vermittlung von medizinischen Fakten und *fachlich fundiertes Beraten* „ohne Wertung“ (iP10) als ein wichtiges Element ärztlichen Handelns sehen („so die Fakten sind mir da [...] doch schon recht wichtig.“ (iP1)). In der modernen Medizin ist es unmöglich, jedes denkbare Krankheitsbild bis ins letzte Detail zu kennen. Umso wichtiger ist eine *Vernetzung* mit andern Ärzt:innen und Therapeut:innen sowie weiteren Strukturen und Hilfsangeboten, um gemeinsam mit den Patient:innen gute Entscheidungen treffen zu können. Interviewte Person 8 kritisiert, dass dies aktuell nicht immer gegeben sei:

„Es wäre leichter, wenn Psychologen, Therapeuten und Ärzte besser zusammen arbeiten würden. Wenn da einfach ein besseres Netzwerk herrschen würde. Das ist das Letzte manchmal. Da weiß der eine nicht, was der andere tut. Da entstehen viel Missverständnisse.“ (iP8)

Im vorliegenden Material wurde deutlich, dass die Versorgung, insbesondere von nicht suchtspezifisch therapiebedürftigen Drogenkonsument:innen, noch zu verbessern ist. Dabei wird die Bedeutung der Selbstwirksamkeit der Betroffenen ebenso hervorgehoben, wie die Notwendigkeit von Toleranz der Ärzt:innen gegenüber verschiedenen Lebenswegen und -entscheidungen. Insgesamt verdeutlicht das untersuchte Interviewmaterial die Diversität des Drogenkonsums und gleichzeitig wird ein Einblick in zugrundeliegende verbindende Strukturen ermöglicht. Im folgenden Kapitel werden die vorgestellten Ergebnisse zu Forschungsstand und -frage ins Verhältnis gesetzt und weiterführende Implikationen für die Praxis und Forschung diskutiert.

Kapitel 5

Diskussion

5.1 Interpretation und Integration der Ergebnisse

Dieses Kapitel legt dar, wie die Ergebnisse neue Aspekte in Bezug auf die Forschungsfrage zu aktuellen Lebenswelten von Drogennutzenden und Konsequenzen für das ärztliche Behandlungsverhältnis liefern und verknüpft die gewonnenen Erkenntnisse mit anderen aktuellen Forschungsarbeiten.

Bezugnehmend auf Fragestellung 1: Wie sieht die Konsumpraxis im Raum Halle-Leipzig aus?

Die Auswahl von Personen außerhalb therapeutischer Einrichtungen ermöglichte es, einen bislang wenig untersuchten Bereich intensiv zu betrachten. Anknüpfend an andere Arbeiten aus dem Raum Mitteldeutschland (Hoffmann et al., 2018a; Dinger et al., 2017) wird greifbar, wie divers der Konsum ist. Für die interviewten Personen ist eine Vielzahl an Substanzen zugänglich und ihre Kombination durchaus üblich (vgl. auch Seitz et al., 2020).

Trotz intensivem Drogengebrauchs ist ein Großteil der Teilnehmenden nicht auf suchtspezifische Behandlung angewiesen. Dies wird auch in anderen Arbeiten beschrieben und in den Fokus gerückt (Mudry et al., 2019). Unter Berücksichtigung des Alters der Interviewpartner:innen zeigt sich, dass gesundheitsschädigender Konsum vor allem von jüngeren Interviewpartner:innen berichtet wird und von den meisten älteren Konsument:innen beendet werden konnte. Dieses 'Maturing out' ist ein bekanntes Phänomen (Järvinen & Bom, 2019): Mit dem sinkenden Interesse an Feiern oder dem Überwinden von emotionalen Krisen wird vielfach der intensive und/oder schädliche Drogengebrauch überwunden – teilweise ohne, dass die Betroffenen eine bewusste Entscheidung dafür treffen. Dabei wird deutlich, dass illegale Drogen nicht per se bleibende körperliche Schäden mit sich bringen müssen (vgl. van Amsterdam et al., 2015; Nutt et al., 2007). Dies darf jedoch nicht über die Möglichkeit schwerer, gesundheitlicher Beeinträchtigungen auch bei kurzzeitiger Anwendung hinwegtäuschen – welche im vorliegenden Material ebenso wie in anderen Arbeiten (Atzendorf et al., 2019) beschrieben wurden.

Auch wenn körperliche Schäden in den Interviews meist als temporär und Drogennutzung als willentlicher Akt beschrieben wird, ist die Kontrolle über das eigene Leben für mehrere Interviewpartner:innen durch ihren Konsum gefährdet oder zeitweise limitiert. Dieses Problem konnte nicht schlüssig mit bestimmten Substanzen in Verbindung gebracht werden, vielmehr wurde deutlich, dass

die Störung eines selbstbestimmten, guten Lebens zu großen Teilen von individuellen und äußeren substanzunabhängigen Faktoren beeinflusst wird (vgl. auch Neighbors et al., 2019; Rummel et al., 2019) – die Wahl der Droge ist somit nur ein (Risiko-)Faktor unter vielen.

Bezugnehmend auf Fragestellung 2: Welche Motive, Haltungen und Überzeugungen zur Sucht werden von Betroffenen beschrieben?

Ein Großteil der interviewten Personen beschreibt den Konsum als bewusste, informierte Entscheidung (vgl. Cox et al., 2017). Diese Auffassung findet sich auch in der aktuellen gesellschaftlichen Debatte, die eine differenzierte Betrachtung von Drogenkonsum einfordert (Feustel et al., 2019). Berücksichtigt wurde dies jüngst in der Auseinandersetzung um Cannabis, welches aktuell sowohl als illegale Droge als auch als Medikament genutzt wird, was neue Herangehensweisen und Definitionen erforderlich macht (Hoch et al., 2019).

Der Begriff Sucht wurde von den Interviewten nicht selbst verwendet. Es gab jedoch durchaus eine Reflexion von unkontrollierten Konsumphasen und den potentiellen Risiken von Drogen. Gleichzeitig wird Drogengebrauch immer wieder mit anderen ungesunden Verhaltensweisen wie Alkoholkonsum oder Extremsport gleichgesetzt (vgl. Lewis, 2015). Die Illegalität der Substanzen sorgt demnach nicht dafür, dass Nutzende sich allgemein kritisch von Drogen distanzieren (vgl. Neighbors et al., 2019).

Es wird deutlich, dass jede:r Interviewteilnehmende vor dem Hintergrund des bisherigen Lebens bestimmte Motive für den Konsum von Substanzen formuliert. Konsummotive sind schon lange im Fokus der Wissenschaft (Morgan & O'Brien, 2016; Martin et al., 2014) und unterscheiden sich nicht nur zwischen Individuen, sondern auch in verschiedenen Lebensphasen (Littlefield et al., 2010). In der vorliegenden Studie konnten drei Hauptmotive für Drogenkonsum beschrieben werden: Flucht, Hedonismus und Selbsterkenntnis.

Bezugnehmend auf Fragestellung 3: Sind Zusammenhänge zwischen innerer Haltung und Lebenswandel identifizierbar?

Die vorliegende Studie kann durch die aufgestellten Modelle den Zusammenhang zwischen Motiven, Konsum und Lebenswandel veranschaulichen.

Konsum zur Freizeitgestaltung oder Horizonterweiterung wurde hierbei größtenteils als schadensarm und selbstlimitierend beschrieben. Das Motiv Flucht wiederum war in Übereinstimmung mit internationalen Studien (Hogarth et al., 2019; Bujarski et al., 2012) mit einem schädlicheren Konsum verbunden und brachte in vielen Fällen eine Destabilisierung der Person mit sich, welche ein 'Maturing out' erschwerte. Die Ressourcen und Umstände sind in diesen Fällen ungünstig und durch den schädlichen Konsum wird ein ungünstiger Kreislauf zwischen Konsum, Lebenswandel und Motiven in Gang gesetzt, dessen Drehkreuz die Fluchtmotivation ist.

Wie in aktuellen britischen und US-amerikanischen Studien (Glodosky & Cuttler, 2020; Gold et al., 2020) wird durch das vorliegende Konsummotiv-Modell diese komplexe Verknüpfung deutlich. Auch bei Glodosky und Cuttler (2020) werden Motive aus dem Bereich Bewältigung und Flucht mit schädlicherem Konsum und mehr Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung verbunden. Bereits 2010 fanden Littlefield et al. (2010) in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen den Motiven für Alkoholkonsum und möglichen Barrieren beim Herauswachsen aus schädlichem Konsum. Dies wird im hier

vorgestellten Modell deutlich, da der Konsum mit dem Ziel der Flucht über den exzessiven Konsum Alltagsstrukturen angreift und durch die weitere Destabilisierung des Lebens selbstverstärkend wirkt, was die Überwindung des Drogengebrauchs erschwert. Da das in dieser Arbeit explorierte theoretische Modell – mit den Komponenten des COM-B-Modells von West und Mitchie sowie dem Paradigmatischen Modell nach Strauss und Corbin – die Konsummotive fest im beschriebenen Lebenswandel verankert, kann es Ansatzpunkte für die Unterstützung von Veränderungen aufzeigen. Capability und Opportunity (beziehungsweise Kontext und intervenierende sowie kausale Bedingungen) beeinflussen das Phänomen Substanzkonsummotivation und somit auch den Konsum und seine Konsequenzen. Durch das gezielte Aufzeigen von vorhandenen Handlungsspielräumen (Capability/ kausale Bedingungen), die Stärkung positiver sozialer Bindungen (Opportunity/ Kontext) und positive gesellschaftliche Veränderungen wie den Abbau von Stigmatisierung (Opportunity/ intervenierende Bedingungen) kann das Motiv geändert werden, so dass neue Handlungsstrategien praktiziert und negative Konsequenzen reduziert werden.

Genau diese Veränderungen haben die Interviewteilnehmer:innen auch selbst beschrieben. Durch Ortswechsel, neue Partnerschaften, die Klärung von Erwartungen gegenüber der Ursprungsfamilie oder den Aufbau einer eigenen Familie wurde das Konsummotiv maßgeblich verändert. Damit fügen sich die Erkenntnisse aus dieser Studie in die aktuelle Forschung (Gold et al., 2020; Glodosky & Cuttler, 2020) und das aktuelle Verständnis von Substanzkonsum aus dem Bereich der Sozialen Arbeit und Soziologie (Sommerfeld, 2019; Feustel et al., 2019) ein.

Bezugnehmend auf Fragestellung 4: Welche Erfahrungen im Gesundheitssystem werden beschrieben?

Ein Teil der interviewten Personen berichtete, dass sie über das limitierte Wissen von Ärzt:innen in Bezug auf Drogen erstaunt waren und sich dadurch in Notsituationen weder gut behandelt noch sicher gefühlt haben. Diese Probleme werden seit mehreren Jahrzehnten untersucht (Brown et al., 2013; O'Connor et al., 2011; Miller et al., 2001) und haben beispielsweise in den USA zu ersten Programmen zur Verbesserung der Aus- und Weiterbildung in der Suchtmedizin geführt (Wakeman et al., 2014; Alford et al., 2009).

Außerdem beschrieben die Studienteilnehmer:innen wie rigoros, gestresst und herabsetzend medizinisches Personal in manchen Situationen ihnen gegenüber aufgetreten sei. Sie fühlten sich auf die Rolle von Drogenkonsumierenden reduziert und bei anderen medizinischen Problemen nicht ernst genommen (vgl. Avery, 2019; van Boekel et al., 2013). Teilweise wird die Ablehnung, in Übereinstimmung mit aktuellen Forschungsarbeiten (Wakeman & Rich, 2018; Yap et al., 2013) auch als Faktor für die Aufrechterhaltung von schädlichem Gebrauch genannt. Studien zur Haltung von Ärzt:innen bestätigen, dass die Stigmatisierung von Substanzkonsumierenden bei bisheriger Ausbildung und unter den aktuellen Arbeitsbedingungen häufige Praxis ist (Barnett et al., 2018; van Boekel et al., 2013).

Manche Interviewpartner:innen beschrieben im Gegensatz zu diesen Erfahrungen jedoch auch vertrauensvolle, unterstützende therapeutische Beziehungen. Diese Ärzt:innen haben die Betroffenen als moderne Gesundeheitsberater:innen (Seltrecht, 2018) mit fachlicher und menschlicher Kompetenz durch kritische Phasen mit schädlichem Substanzgebrauch begleitet. Die Möglichkeit eine sol-

che unterstützende Rolle einzunehmen, wird in den letzten Jahren in der Forschung gezielt thematisiert (Rumpf et al., 2017; John et al., 2009).

Bezugnehmend auf Fragestellung 5: Welche Impulse für die ärztliche Arbeit können aus der Auseinandersetzung mit der Konsument:innenperspektive abgeleitet werden?

Was die Interviewpartner:innen direkt an Erwartungen kommuniziert haben und aus ihren bisherigen Erfahrungen abgeleitet werden kann, lässt sich gut mit der Arbeit von Hannah Pickard (2017) mit dem Titel „Responsibility without Blame for Addiction“ vertiefen. Sie fordern ein, die Verantwortung für sich selbst übernehmen zu dürfen. Sie benötigen dafür in kritischen Phasen Umstände, die ihnen Freiheit und greifbare Optionen für die Verbesserung der eigenen Lebensperspektive bieten (Rumpf et al., 2017; Schomerus et al., 2017).

Für die Therapielandschaften wünschen sich mehrere Interviewpartner:innen eine bessere Vernetzung und verbessertes Fachwissen. Außerdem kritisieren mehrere der interviewten Personen die in Deutschland noch übliche Ablehnung von Behandlungen psychischer Erkrankungen bei nicht-abstinenten Drogenkonsument:innen (Hintz & Mann, 2006). Lösungen für diese Probleme sind Gegenstand aktueller Forschung (Luderer et al., 2019).

Insgesamt wird die Forderung nach einem mehr durch Akzeptanz geprägten und differenzierten Umgang mit Substanzkonsum deutlich, wie er auch von Teilen der Forschung befürwortet wird (Herziger, 2020; Rumpf et al., 2017). In immer mehr wissenschaftlichen Arbeiten werden statt Sanktionen Informationen und statt Therapien Chancen auf bessere Lebensumstände eingefordert (Rummel et al., 2019; Bühler et al., 2020; von Heyden et al., 2018). Abbildung 10 legt die aus den Forschungsergebnissen ableitbaren Ansatzpunkte für ärztliches Handeln im Umgang mit Drogennutzer:innen dar. Dabei gilt es zunächst eine Vertrauensbasis mit wechselseitigem Respekt und eine unvoreingenommene Gesprächsatmosphäre zu schaffen, so dass – in von den Patient:innen bestimmtem Maße – persönliche Ressourcen, Ziele und die äußeren Lebensumstände besprochen werden können. Daran kann dann angeknüpft werden, wenn es zu Änderungen im Lebensstil kommt, die auf Drogenkonsum allgemein oder schädlichen Konsum hinweisen. In dieser Situation sollte dann offen besprochen werden, welche Faktoren aktuell zusammenspielen, welche Möglichkeiten für Veränderungen vorhanden sind und welche weiteren Gefahren bestehen. Durch das Berücksichtigen der persönlichen Umstände und Ressourcen sowie eine offene, vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen können Risiken so frühzeitig erkannt und thematisiert werden (Zulman et al., 2020; Hastall, 2019). Dadurch wird die Selbstbestimmtheit der Patient:innen gewahrt und gleichzeitig dem medizinischen Personal die Möglichkeit gegeben positive abgestimmte Impulse einzubringen (Rothenfluh & Schulz, 2019). Der Berücksichtigung und Besprechung von Konsummotiven sollte hierbei eine zentrale Bedeutung zukommen (Blevins et al., 2016). Gleichzeitig unterstreicht das erarbeitete Modell die vielschichtigen Zusammenhänge aller kognitiven und lebenspraktischen, äußeren und persönlichen Aspekte, so dass eine Analyse und gegebenenfalls Beeinflussung des Motivs an unterschiedlichen Punkten ansetzen kann.

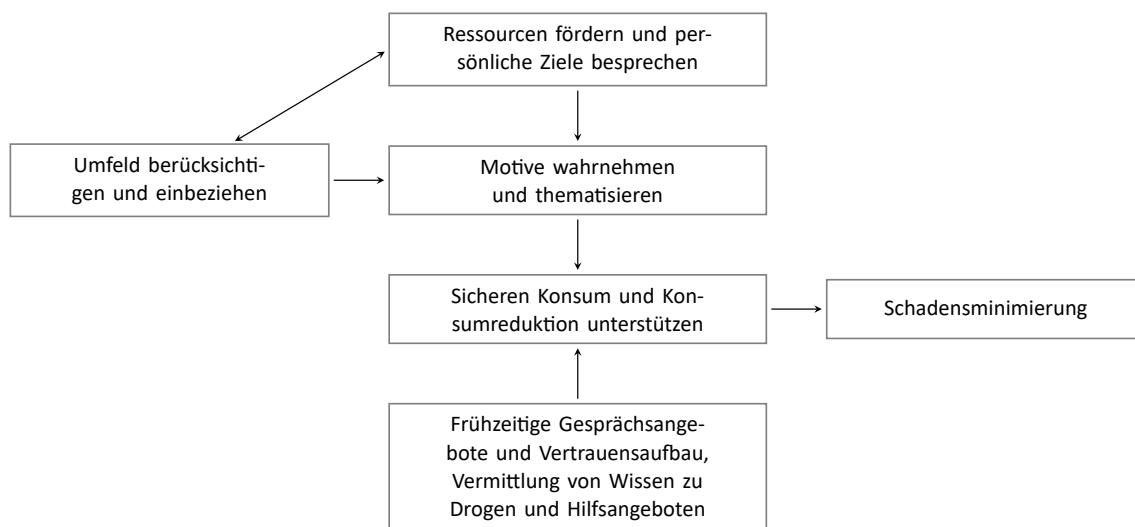


Abbildung 10: Ansatzpunkte für ärztliches Handeln.

5.1.1 Zusammenhänge

„Du musst denen sicherlich klar machen, was hier gerade passiert und was Realität ist, also medizinische Realität ist, [...] es geht um informieren und nahe legen. Aber nicht im Sinne von urteilen.“ (iP10)

Bei der vorliegenden Arbeit zur Perspektive von Konsument:innen illegaler Drogen, wird an eine kritische Betrachtung sozial konstruierter Begriffe wie Sucht und Drogenmissbrauch (Feustel et al., 2019) angeknüpft. Obwohl die fortschreitende Liberalisierung und Ökonomisierung in zunehmendem Maße „die bestehenden sozialstrukturell ungleich verteilten Teilnahme- und Lebenschancen verschleiert“ (Schabdach, 2009, S.256), wird die ungleiche Verteilung von Chancen und die Bedeutung der verschiedenen äußeren Umstände von den Proband:innen explizit thematisiert. Sie betonen in ihren Aussagen, dass die Gefahr schädlich zu konsumieren durch geringe individuelle Ressourcen und schwieriger Lebensumstände erhöht wird. Gleichzeitig werden bei günstigen Kontextfaktoren auch Konsumformen beschrieben, die schadensärmer sind und keinen greifbaren negativen Einfluss auf die Gesundheit oder die Lebensumstände haben.

Das erarbeitete Konsummotiv-Modell ermöglicht es, die verschiedenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen und über die Leit motive (FLUCHT, HEDONISMUS, SELBSTERKENNTNIS) als zentrale Phänomene wiederum die verschiedenen Konsequenzen und vor allem auch mögliche Ansatzpunkte abzuleiten. Geringe materielle, soziale und individuelle Ressourcen verstärken die Bedeutung von Flucht als Konsummotiv. Dieses wiederum erhöht die Gefahr für schädlichen Gebrauch. Diese Zusammenhänge machen deutlich, dass schädlicher Substanzgebrauch nicht durch Disziplinierung, Selbstoptimierung oder an Bedingungen geknüpften Zugang zu Gesundheitsfürsorge verhindert werden kann (Altgeld, 2009). Stattdessen wünschen sich die Betroffenen professionelle Hilfe auf Augenhöhe, die sie selbst als Akteure in den Mittelpunkt stellt und auf ihrem Weg situationsangepasst unterstützt.

Hier wird die Bedeutung einer Weiterentwicklung der Grundhaltung von behandelnden Ärzt:innen deutlich. Diese sollten sich mit der Vielfalt von Drogenkonsum und seinen Motiven (Biolcati &

Passini, 2019; Gold et al., 2020) unvoreingenommen auseinandersetzen. Durch das bewusste Reflektieren sozialer Gegebenheiten und das Hinterfragen von Normen (Dollinger, 2018), wird es möglich, Vereinzelung und Stigmatisierung aufzubrechen und gesamtgesellschaftliche Lösungsansätze im alltäglichen Handeln mit zu bedenken. Kombiniert mit dem Ausbau von Fachwissen und persönlichen Behandlungsfertigkeiten sowie einem weniger eng getaktetem Praktizieren, könnte so im Sinne der Ärzteschaft und der Patient:innen in der Zukunft eine bessere Behandlung ermöglicht werden (Bühler et al., 2020; Emmerling, 2019; Uhl, 2008).

„Also in jedem Arzt sollte genau das Zentrum sein, dass man helfen will, allen, jedem, so gut man es kann. Das ist das Zentrale und wenn das nur noch Hülle ist, dann wird das auch dazu führen, dass die Ärzte nicht erfüllt sein können in ihrem Beruf. Weil das, was einen erfüllt, ist ja genau die Hingabe zum Heilen. Ansonsten ist es ja nur grausam, anstrengend, stressig.“ (iP10)

Ärzt:innen haben die großartige Chance positive Impulse in die Leben anderer Personen zu bringen (Seltrecht, 2009). Anerkennend und gleichzeitig neutral können sie Menschen in deren Lebensweg bestärken (Mincin, 2018; Hastall, 2019) und gleichzeitig, wenn nötig, vor Folgeschäden warnen. Die zusätzlichen Anstrengungen die dies, im ökonomisierten Gesundheitswesen, zunächst erfordert, können dabei durch insgesamt gewinnbringendere Begegnungen entlohnt werden.

5.2 Stärken und Limitationen

Die vorliegende Arbeit verknüpft methodisch und inhaltlich mehrere aktuelle Ansätze aus den Forschungsbereichen Substanzkonsum, Ärzt:innen-Patient:innen-Kommunikation, Versorgungsforschung und Gesundheitsfürsorge. Sie folgt den aktuellen Themenschwerpunkten Stigmatisierung und akzeptierende Drogenarbeit und bringt die gewonnen Erkenntnisse in einen hochaktuellen, wissenschaftlichen Diskurs ein.

„For example, one could look at important individual differences (e.g., personality, motives for substance use) and develop treatments targeted at predominant substance use motivations.“ – Sher & Vergés, 2016, S. 736

Es wurde engagiert das Ziel verfolgt gegenstandsangemessen, empirisch gesättigt und mit dichtem Bezug auf bestehende Theorien eine gut nachvollziehbare Arbeit mit neuen Aspekten zu bekannten Problemen zu verfassen (vgl. Strübing et al., 2018). Durch den niederschweligen Feldzugang, einen umfassenden Austausch mit erfahrenen Wissenschaftler:innen der Universitäten Halle und Leipzig und die Einbringung der ärztlichen Perspektive konnte die vorliegende Arbeit letztlich unter Berücksichtigung verschiedener Disziplinen eine detailreiche im Feld verankerte Auseinandersetzung mit dem Substanzkonsum im betrachteten Raum leisten. Der Arbeit gelingt es damit einen zentralen Punkt zu beleuchten, an welchem Versorgungsforschung, Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaften zusammenlaufen.

Eine Besonderheit der Arbeit für den Raum Mitteldeutschland ist hierbei, dass die Teilnehmenden nicht in suchttherapeutischer Behandlung oder in Kontakt mit Suchthilfe-Angeboten standen. Die Datenerhebung und Analyse wird entsprechend durch eine direkt auf das Forschungsfeld und -ziel

angepasste Methodik auf Grundlage der Grounded Theory Methodologie umgesetzt. Durch die Weiterentwicklung der Grounded Theory unter anderem durch Adele Clarke und Cathy Charmaz wurde es noch besser möglich, komplexe Zusammenhänge aufzugreifen und bislang wenig berücksichtigte Aspekte zu erfassen (Clarke & Keller, 2014; Charmaz & Keller, 2016). Dadurch ist eine Bereicherung des bisherigen wissenschaftlichen Diskurses möglich. Darüber hinaus konnten bisherige Modelle zusammengeführt und durch die erhobenen Daten erweitert und mit der Praxis verknüpft werden. Die Arbeit reiht sich ein in eine Gruppe aus neuen Forschungsarbeiten, welche teils ebenfalls im Rahmen von Dissertationen oder anderen Qualifikationsarbeiten das Thema Substanzkonsum qualitativ analysieren (Hoffmann, 2021; Rothmoser, 2019; Schmid, 2019; Aldrian, 2019). Der Feldzugang und die konkrete Fragestellung sind in dieser Form für Deutschland bislang einmalig.

Limitationen ergeben sich vor allem durch die konkrete Umsetzung des Designs. Zum einen ist die Fallzahl lediglich für das Entwickeln erster Annahmen ausreichend und erlaubt keine quantitativen Aussagen. Zum anderen ergeben sich aus der Rekrutierung fernab von Therapiesettings mit möglichst wenig normativ geprägter Vorauswahl Herausforderungen im Umgang mit den Teilnehmenden und ihrem Konsum. Mehrere Interviewpartner:innen konsumierten vor, während oder direkt nach der Audioaufnahme psychoaktive Substanzen. Dies stellt eine besondere Herausforderung in der Datenerhebung und Analyse dar (McCrary et al., 2010). Eine dem Forschungsgegenstand angemessene Zurechnungsfähigkeit war jedoch in allen 13 Interviews zum Aufnahmezeitpunkt gegeben, die Art der Drogen, ihre Wirkung und der empfundene Suchtdruck wurden dokumentiert und in der Auswertung berücksichtigt. Beispielhaft für die Situation bei einer niederschweligen, möglichst lebensnahen Erhebung berichtet Proband 1 auf Nachfrage zu seinem gegenwärtigen Konsum: „dass ich morgens, [...] meistens erst mal was trinke, Nase putze, mir eine Bahn ziehe und einen Tabakhut rauche.“

Ein anderer Teilnehmer erschien betrunken. Er war enthemmt, psychomotorisch verlangsamt und in aggressiver Grundstimmung. Die Aufnahme des Interviews wurde daher um mehrere Stunden nach hinten verschoben, da bei einer sofortigen Aufnahme von einer reduzierten Gesprächsqualität auszugehen gewesen wäre. Selbst zum Erhebungszeitpunkt konnte nicht von Nüchternheit ausgegangen werden. Die Alkoholwirkung während der Aufnahme war dabei aus Befragtensicht durchaus erwünscht, der Gesprächspartner hatte das anstehende Interview als voraussichtlich anstrengend und problematisch betrachtet. Mit dem Konsum von Alkohol hatte die Person ihre persönliche Lösungsstrategie für solche Situationen angewandt. Dieser Mechanismus wurde bei der Analyse genauer betrachtet. Die möglichst unvoreingenommene Datenerhebung und der Erhalt einer nicht normativen, offenen Vertrauensbasis stehen hier jedoch einer Datenerhebung ohne potentielle Veränderung der Aussagen durch psychoaktive Substanzen entgegen.

Der Substanzkonsum hatte jedoch nicht bei allen Proband:innen wahrnehmbare Folgen für das Gespräch: Eine andere Person hatte in den Stunden vor dem Interview eine geringe Dosis Opiate konsumiert, ein Proband während des Interviews Cannabis geraucht, zwei weitere direkt danach. In diesen Fällen lagen (mutmaßlich durch Gewöhnung) keine Auffälligkeiten im Verhalten vor. Die Proband:innen, welche erst nach dem Ende des Interviews einen Joint geraucht haben, wurden zum Ende des Gesprächs hin unruhiger, wobei diese Unruhe jene zu Beginn, welche durch das Setting erzeugt wurde, nicht übertraf. Letztlich musste keines der Interviews wegen zu starker Drogeneinwirkung verworfen werden. Das starke Bedürfnis nach Rausch wurde allerdings durch Memos in die Datenanalyse eingebracht.

„Weil kollektive soziale Wissensbestände keinen Fundus von endgültig festgelegten Bedeutungen und Interpretationsmustern darstellen, sondern in der alltäglichen Handlungspraxis dauernd reproduziert und verändert werden, stehen Sozialforscher ständig in der Gefahr, bei der Konstruktion von Hypothesen und Forschungsinstrumenten ins Leere zu greifen, wenn sie nicht einen Zugang zu den relevanten Wissensbeständen ihres Untersuchungsfeldes besitzen“ – Kelle, 2008, S.34

In diesem Sinne wurde die Restwirkung psychoaktiver Substanzen für den „Zugang zu den relevanten Wissensbeständen“ (Kelle, 2008, S.34) in Kauf genommen.

Eine weitere Limitation der Arbeit ergibt sich durch die Festlegung auf den Untersuchungsraum Halle-Leipzig. Es ist davon auszugehen, dass in anderen Regionen Deutschlands Unterschiede im Konsumverhalten und Substanzangebot bestehen. Die Daten liefern nichtsdestotrotz konkrete Argumente und Aspekte in einer hochaktuellen Forschungsdiskussion. Sie verdeutlichen den Bedarf nach einer Erweiterung des Diskurses ebenso wie die verschiedenen Widersprüche im Feld, welche in Zukunft durch methodenübergreifende Forschung unter Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen bearbeitet werden sollten.

5.3 Implikationen für Praxis und Forschung

In Abbildung 10 wird deutlich, wie Ärzt:innen durch ihr konkretes Handeln komplexe Hintergründe einbeziehen können, um frühzeitig zur Entschärfung von sozialen Ungleichheiten beizutragen. Dieses „Einstellen auf die andere Person“ ist eine Basisfertigkeit ärztlichen Handelns (Rothenfluh & Schulz, 2019; Bechmann, 2017), welche in den Fokus weiterer Forschung gerückt werden sollte, um ihr einen angemessenen Stellenwert in der modernen Medizin zu sichern. Ärzt:innen insbesondere in der Allgemeinmedizin haben die Möglichkeit, Missstände mit den Patient:innen offen zu besprechen. Die Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit sollte durch alle Ärzt:innen erfolgen. Die vorliegende Arbeit appelliert daran, den Spagat zwischen moderner Wissenschaft und dem Lebensalltag der Patient:innen immer wieder zu versuchen. Angesichts der vielfältigen Lebensentwürfe wird dies gewiss nicht einfacher und gleichzeitig umso bedeutender. Für die Praxis konnten *Offenheit, Aufmerksamkeit* und *Respekt* als notwendige Bedingungen für gelingende Interaktion herausgearbeitet werden. *Selbstreflexion, Selbstfürsorge, Fachwissen* und *Gesprächsfertigkeiten* sind wichtige interne Voraussetzungen für das gewinnbringende Arbeiten der Ärzt:innen. Strukturell gilt es die *Zeit für Kommunikation* zu erhöhen und die *Vernetzung* mit Kolleg:innen und anderen (Hilfs- und Präventions-)Strukturen der Umgebung auszubauen. Mit *Vertrauen* und *fachlich fundierter Beratung* auf Augenhöhe können dann frühzeitige, individuelle Impulse für eine selbstbestimmte und schadensarme Lebensführung gesetzt und Grundlagen für spätere Konsultationen gelegt werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei auf Personen gerichtet werden, welche von dem Bedürfnis berichten, dem Alltag oder bestimmten Aspekten ihres Lebens entfliehen zu wollen, da FLUCHT als besonders mit Risiken assoziiertes Motiv für Substanzkonsum ermittelt werden konnte. Um den Erkenntnisgewinn aus dieser Arbeit fortzusetzen, bedarf es zukünftiger Forschung, die das Konsummotiv Flucht ebenso gezielt untersucht, wie die Wirksamkeit von Gesprächen aus Perspektive der Patient:innen. Die Ärzt:innen-Patient:innen Interaktion bleibt jedoch, wie auch in der vorliegen-

den Arbeit deutlich wird, ein einzelner Baustein, der nicht ohne andere Bausteine der Gesellschaft gedacht werden kann. Im Zusammenspiel mit anderen Disziplinen und gezielten strukturellen Veränderungen in der Gesellschaft kann aber das Ziel eines zufriedenen und selbstbestimmten Lebens für möglichst viele Menschen (Rosella et al., 2019) greifbarer werden.

Die ärztliche Gemeinschaft ist angesichts der individualisierten, modernen Lebenswelten mit ihren neuen, oft psychischen, Volkskrankheiten wieder besonders verpflichtet über das Individuelle hinaus zu schauen und gleichzeitig den einzelnen Menschen zu helfen. Schädlicher Konsum von psychoaktiven Substanzen kann nicht von sozialen und psychischen Faktoren oder Lebensumständen losgelöst betrachtet werden. Wenn wir seit 60 Jahren immer akkurateres Wissen zur Neurobiologie zur Verfügung haben, aber verpassen, gleichberechtigte Lebensvoraussetzungen zu schaffen, um schädlichen Substanzgebrauch bereits vor seinem Beginn zu verhindern, läuft ein Teil des Erfolges der modernen Medizin weiterhin ins Leere. Zur umfassenden Verringerung ungesunder Lebensumstände bedarf es dabei keiner Disziplinierung des Einzelnen, sondern struktureller Veränderungen der Gesellschaft und Gesundheitsfürsorge (Richter & Hurrelmann, 2016). Dabei sollten interdisziplinäre Projekte mit dem Fokus auf Prävention und Früherkennung in den Vordergrund gestellt werden (Bühler et al., 2020). Schädliche Aspekte des Alltagslebens, wie sie auch für das Konsummotiv FLUCHT Ausgangspunkt sind, müssen weiter untersucht und Therapieangebote auf moderne Gegebenheiten und Patient:innen abgestimmt werden. Dafür wären größere qualitativ-explorative Arbeiten ebenso wünschenswert wie quantitative Untersuchungen zu neuen Modellen wie dem hier beschriebenen Konsummotiv-Modell. Besondere Bedeutung für die Zukunft haben gesellschaftlich gleiche Startbedingungen bereits im Kindesalter und faire Chancen auf Gesundheit (Schmidt & Hurrelmann, 2000). Entsprechend muss neben dem Schwerpunkt auf Selbstbestimmtheit der letzten Jahre auch wieder gesellschaftlicher Zusammenhalt und kritische Auseinandersetzung mit Lebensumständen in den Fokus gerückt werden, wie es bereits in den 1960er Jahren der Fall war (Klein, 2015). Auch wenn die einzelnen Ärzt:innen und gelungenen Ärzt:innen-Patient:innen-Begegnungen im konkreten Fall von großer Bedeutung sind, können sie allein keine strukturelle Veränderung grundlegender Missstände bewerkstelligen. Dafür muss bevölkerungsnaher Forschung an den bisherigen Ergebnissen von Arbeiten wie dieser anknüpfen, Defizite in der Gesundheitsfürsorge weiter analysieren und umfassende Verbesserungsvorschläge erarbeiten. Diese wiederum gilt es dann in Modellprojekten unter wissenschaftlicher Aufsicht zu erproben, um einen Ausbau der Lebensqualität für möglichst viele Menschen zu erreichen.

Kapitel 6

Zusammenfassung

Der Konsum psychoaktiver Substanzen kann mit hohen Risiken für die Gesundheit einhergehen. Neben den gesamtgesellschaftlich sehr relevanten legalen Drogen Tabak und Alkohol werden in den letzten Jahren auch illegale Substanzen wieder verstärkt konsumiert. Für den Raum Halle-Leipzig brachte vor allem Methamphetamin (*Crystal Meth*) neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung mit sich (Dinger et al., 2017), weshalb Versorgungsforschung und die Soziale Arbeit sich diesem Thema verstärkt widmen (Hoffmann et al., 2018a; Friedrich, 2018). Was jedoch bislang fehlte, ist ein Blick auf Konsument:innen von illegalen Drogen fernab von Therapieeinrichtungen. Ein detailliertes Bild ihrer Situation ist aber von großer Bedeutung, da Erkenntnisse zu ihrer Situation sowohl Anhaltspunkte für suffiziente Prävention von schwerwiegenden Schäden offenlegen, als auch die Erwartungen von Konsument:innen an das Gesundheitswesen zugänglich machen. Genau hier setzt die vorliegende Arbeit an und verbindet Aspekte der akzeptierenden Suchthilfe mit den Gegebenheiten des ärztlichen Alltags und einer medizinsoziologischen Perspektive.

In 13 leitfadengestützten, anonymisierten Interviews mit Konsument:innen illegaler Drogen im Raum Halle-Leipzig wurden Daten zu Konsumpraxis und Überzeugungen von Drogenkonsument:innen erhoben. Entsprechend den Prinzipien der Grounded Theory Methodologie wurde auf eine möglichst gute Abbildung der Vielfalt im Feld geachtet und Vorwissen kritisch reflektiert. Bei der Bearbeitung der transkribierten Interviews wurden die Vorgehensweisen des Kodierens entsprechend der konstruktivistischen Grounded Theory nach Kathy Charmaz, die Situation Maps gemäß den Ansätzen der Situationsanalyse von Adele Clarke und das Paradigmatische Modell nach Straus und Corbin angewandt. Durch Kontextprotokolle und Memos wurden die Codes ergänzt und in einem iterativen Prozess aus Materialbearbeitung, Modellentwicklung und weiterer Datenerhebung wurden die wesentlichen Erkenntnisse herausgearbeitet.

Der Drogenkonsum stellt sich als komplexes Phänomen dar, welches für die einzelnen Proband:innen in verschiedenen Phasen unterschiedliche Bedeutungen hatte. An das COM-B-Modell von Michie & West (2013) anknüpfend wurde aus den Daten ein Modell abgeleitet, in dessen Zentrum das Motiv für Drogenkonsum steht. Dieses Konsummotiv-Modell beleuchtet die konkreten Kontextfaktoren und Konsequenzen der drei herausgearbeiteten Leitmotive *FLUCHT*, *HEDONISMUS* und *SELBSTERKENNTNIS*. Das Motiv Flucht ist dabei als besonders risikoreich zu bewerten – mit einer erhöhten Gefahr für unkontrollierten Konsum und gesundheitliche Schäden. Als Hintergrund liegen hier oft schwierige äußere Umstände oder reduzierte individuelle Ressourcen vor.

Die verschiedenen Kontextfaktoren (wie beispielsweise privates Umfeld, berufliche Perspektive, Gesundheit, Sorgen), welche ein Konsummotiv beeinflussen, stellen wichtige Ansatzpunkte für Prävention und Hilfsangebote dar. Dementsprechend konnten aus den Interviews konkrete Ansätze für den unterstützenden ärztlichen Umgang mit Drogenkonsument:innen abgeleitet werden. Dabei geht es ebenso um die Förderung individueller Ressourcen, wie um das Erkennen von Risiken und Hilfsbedarf. Dafür sollten Ärzt:innen ihren Patient:innen mit *Offenheit, Aufmerksamkeit* und *Respekt* begegnen. Hierfür wiederum sind ärztliche *Selbstreflexion* und *Selbstfürsorge* wichtige Grundlagen. *Fachwissen* und *Gesprächsfertigkeiten* stellen weitere bedeutende Qualifikationen für das effiziente Arbeiten dar. Darüber hinaus ist *Zeit für Kommunikation* für die Proband:innen ein wichtiger Faktor und kann durch eine eingespielte *Vernetzung* mit Kolleg:innen und anderen (Hilfs- und Präventions-) Strukturen gewonnen bzw. ergänzt werden. Daneben werden *Vertrauen* und *fachlich fundierte Beratung* als essentielle Grundsteine der Ärzt:innen-Patient:innen-Begegnung deutlich.

Neben der Verbesserung der konkreten ärztlichen Versorgung wird auch die allgemeine Notwendigkeit deutlich, als Ärzt:in zu relevanten Aspekten in der Gesundheitsversorgung und Politik Stellung zu nehmen. Die bewusste Auseinandersetzung mit aktuellen Behandlungspraktiken und Fortsetzung einer Verbesserung der Versorgung durch interdisziplinären Austausch und kritische Reflexion ist dabei nicht nur für die Patient:innen, sondern auch für das befriedigende Arbeiten der Ärzt:innen von großer Bedeutung.

Literaturverzeichnis

- Aigner, M. (2017). *Opioide in der Substitutionsbehandlung*. Psychopraxis. Neuropraxis, 20: 162–164.
- akzept e.V., Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. (Hg.) (2021). *8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021*. Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Albrecht, G. & Groenemeyer, A. (2012). *Handbuch soziale Probleme*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Aldrian, S. (2019). *Illegalisierter Substanzkonsum von Akteuren aus der Suchthilfe: Eine Gratwanderung zwischen Freizeit und professionellem Auftrag*. Springer, Wiesbaden.
- Alford, D. P., Bridden, C., Jackson, A. H., Saitz, R., Amodeo, M., Barnes, H. N. & Samet, J. H. (2009). *Promoting Substance Use Education Among Generalist Physicians: An Evaluation of the Chief Resident Immersion Training (CRIT) Program*. Journal of General Internal Medicine, 24: 40–47.
- Altgeld, T. (2009). *Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen*. In Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, S. 405–421. VS Verlag, Wiesbaden.
- Anderson, B. A. (2016). *What is Abnormal About Addiction-Related Attentional Biases?* Drug and Alcohol Dependence, 167: 8–14.
- Arendt, I., Holz, C., Orth, B. & Merkel, C. (2019). *Aktuelle Studienergebnisse der BZgA zum Alkoholkonsum Jugendlicher vor dem Hintergrund der bundesweiten Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“*. Suchttherapie, 20.
- Arslan, G., Yildirim, M., Tanhan, A., Buluş, M. & Allen, K.-A. (2020). *Coronavirus Stress, Optimism-Pessimism, Psychological Inflexibility, and Psychological Health: Psychometric Properties of the Coronavirus Stress Measure*. International Journal of Mental Health and Addiction. In Press.
- Ataiants, J., Roth, A. M., Mazzella, S. & Lankenau, S. E. (2020). *Circumstances of Overdose Among Street-Involved, Opioid-Injecting Women: Drug, Set, and Setting*. International Journal of Drug Policy, 78: 102691.
- Atzendorf, J. (2020). *Riskantes Gesundheitsverhalten in der allgemeinen Erwachsenenbevölkerung in Deutschland*. Dissertation, Universität Regensburg, Regensburg.
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochböhler, K. & Kraus, L. (2019). *Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten*. Deutsches Ärzteblatt International, 116: 577–584.
- Avery, J. D. (2019). *The Stigma of Addiction in the Medical Community*. In Avery, J. D. & Avery, J. J. (Hg.), *The Stigma of Addiction*, S. 81–92. Springer, Cham.
- Avery, J. D. & Avery, J. J. (Hg.) (2019). *The Stigma of Addiction: An Essential Guide*. Springer, Cham.
- Barnett, A. I., Hall, W., Fry, C. L., Dilkes-Frayne, E. & Carter, A. (2018). *Drug and Alcohol Treatment Providers' Views About the Disease Model of Addiction and its Impact on Clinical Practice: A Systematic Review*. Drug and Alcohol Review, 37: 697–720.

- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A. & Goldman, H. H. (2014). *Stigma, Discrimination, Treatment Effectiveness, and Policy: Public Views About Drug Addiction and Mental Illness*. *Psychiatric Services*, 65: 1269–1272.
- Barsch, G. (2018). *Drogenmündigkeit: Von der Suchtprävention zur Drogenerziehung*. In von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (Hg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen*, S. 69–82. VS Verlag, Wiesbaden.
- Bastigkeit, M. & Weber, B. (2019). *Suchtmedizinische Grundversorgung*. Thieme, Stuttgart.
- Baumeister, R. F. & Vonasch, A. J. (2015). *Uses of Self-Regulation to Facilitate and Restrain Addictive Behavior*. *Addictive Behaviors*, 44: 3–8.
- Baur, N. & Blasius, J. (Hg.) (2019). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Baur, N., Kelle, U. & Kuckartz, U. (2017). *Mixed Methods – Stand der Debatte und aktuelle Problemlagen*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69: 1–37.
- Bechmann, S. (2017). *Sprache und Medizin: Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*. Forum für Fachsprachen-Forschung. Frank & Timme, Berlin.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. The Free Press, New York.
- Belouin, S. J. & Henningfield, J. E. (2018). *Psychedelics: Where We Are Now, Why We Got Here, What We Must Do*. *Neuropharmacology*, 142: 7–19.
- Benfer, I., Zahnow, R., Barratt, M. J., Maier, L., Winstock, A. & Ferris, J. (2018). *The Impact of Drug Policy Liberalisation on Willingness to Seek Help for Problem Drug Use: A Comparison of 20 Countries*. *International Journal on Drug Policy*, 56: 162–175.
- Bennett, J. E., Stevens, G. A., Mathers, C. D., Bonita, R., Rehm, J., Kruk, M. E., Riley, L. M., Dain, K., Kengne, A. P., Chalkidou, K., Beagley, J., Kishore, S. P., Chen, W., Saxena, S., Bettcher, D. W., Grove, J. T., Beaglehole, R. & Ezzati, M. (2018). *NCD Countdown 2030: Worldwide Trends in Non-Communicable Disease Mortality and Progress Towards Sustainable Development Goal Target 3.4*. *Lancet*, 392: 1072–1088.
- Benschop, A., Liebrechts, N., van der Pol, P., Schaap, R., Buisman, R., van Laar, M., van den Brink, W., de Graaf, R. & Korf, D. J. (2015). *Reliability and Validity of the Marijuana Motives Measure Among Young Adult Frequent Cannabis Users and Associations With Cannabis Dependence*. *Addictive Behaviors*, 40: 91–95.
- Bernardi, R. E., Olevska, A., Morella, I., Fasano, S., Santos, E., Brambilla, R. & Spanagel, R. (2019). *The Inhibition of RasGRF2, But Not RasGRF1, Alters Cocaine Reward in Mice*. *Journal of Neuroscience*, 39: 6325–6338.
- Bühler, A., Thrul, J. & Gomes de Matos, E. (2020). *Expertise zur Suchtprävention 2020*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R. & Köckler, H. (2020). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Bühning, Petra (2021). *Interview mit Daniela Ludwig, Bundesdrogenbeauftragte, und Dr. med. (I) Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer: „Die ärztliche Tätigkeit fällt auf fruchtbaren Boden“*. *Deutsches Ärzteblatt*, 118: A1214–A1216.
- Biolcati, R. & Passini, S. (2019). *Development of the Substance Use Motives Measure (SUMM): A Comprehensive Eight-Factor Model for Alcohol/Drugs Consumption*. *Addictive Behaviors Reports*, 10: 100199.

- Bleckwenn, M., Just, J., Rüdiger, V., Engel, B. & Weckbecker, K. (2017). *Integration der Suchtmedizin ins Medizinstudium – interaktive Umgestaltung eines Seminars im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung*. Suchttherapie, 18: 206–211.
- Blevins, C. E., Banes, K. E., Stephens, R. S., Walker, D. D. & Roffman, R. A. (2016). *Change in Motives Among Frequent Cannabis-Using Adolescents: Predicting Treatment Outcomes*. Drug and Alcohol Dependence, 167: 175–181.
- Böllinger, L. (2018). *Systematik und Kritik des deutschen Betäubungsmittelrechts und dessen Weiterentwicklung*. In von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (Hg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen*, S. 121–135. Springer, Berlin.
- Blumer, H. (1966). *Sociological Implications of the Thought of George Herbert Mead*. American Journal of Sociology, 71: 535–544.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. University of California Press, Berkeley, CA.
- Bonn, G. B. (2013). *Re-conceptualizing Free Will for the 21st Century: Acting Independently with a Limited Role for Consciousness*. Frontiers in Psychology, 4: 920.
- Breuer, F., Muckel, P. & Dieris, B. (Hg.) (2017). *Reflexive Grounded Theory*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Brown, A. T., Kolade, V. O., Staton, L. J. & Patel, N. K. (2013). *Knowledge of Addiction Medicine Among Internal Medicine Residents and Medical Students*. Tennessee Medicine, 106: 31–33.
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung*. VS Verlag, Wiesbaden, 2. Auflage.
- Bujarski, S. J., Norberg, M. M. & Copeland, J. (2012). *The Association Between Distress Tolerance and Cannabis Use-Related Problems: The Mediating and Moderating Roles of Coping Motives and Gender*. Addictive Behaviors, 37: 1181–1184.
- Bullinger, M. (2014). *Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108: 97–103.
- Carse, A., Bok, H. & Mathews, D. J. (2018). *Free Will, Self-Governance and Neuroscience: An Overview*. Neuroethics, 11: 237–244.
- Cepeda, A., Nowotny, K. M. & Valdez, A. (2016). *Trajectories of Aging Long-Term Mexican American Heroin Injectors: The "Maturing Out" Paradox*. Journal of Aging and Health, 28: 19–39.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Sage, London.
- Charmaz, K. (2011). *Grounded Theory konstruieren*. In Mey, G. & Mruck, K. (Hg.), *Grounded Theory Reader*, S. 89–107. VS Verlag, Wiesbaden.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*. Sage, London.
- Charmaz, K. & Keller, R. (2016). *A Personal Journey with Grounded Theory Methodology. Kathy Charmaz in Conversation With Reiner Keller*. Forum Qualitative Sozialforschung, 17: 16.
- Clarke, A. E. (2012). *Situationsanalyse: Grounded Theory nach dem Postmodern Turn*. Interdisziplinäre Diskursforschung. VS Verlag, Wiesbaden.
- Clarke, A. E. & Keller, R. (2014). *Engaging Complexities: Working Against Simplification as an Agenda for Qualitative Research Today. Adele Clarke in Conversation With Reiner Keller*. Forum Qualitative Sozialforschung, 15: 1.
- Cohen, A. K. (1972). *Abweichung und Kontrolle*. Juventa, München, 3. Aufl. Auflage.

- Cohen, S., Gianaros, P. J. & Manuck, S. B. (2016). *A Stage Model of Stress and Disease*. *Perspectives on Psychological Science*, 11: 456–463.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1980). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Temple University Press, St. Louis.
- Cooper, M. L., Kuntsche, E., Levitt, A., Barber, L. L. & Wolf, S. (2016). *Motivational Models of Substance Use: A Review of Theory and Research on Motives for Using Alcohol, Marijuana, and Tobacco*. In Sher, K. J. (Hg.), *The Oxford Handbook of Substance Use and Substance Use Disorders*, S. 375–421. Oxford University Press, Oxford.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. (1990). *Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria*. *Qualitative Sociology*, 13: 3–21.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (1988). *A Motivational Model of Alcohol Use*. *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 168.
- Cox, W. M., Klinger, E. & Fadardi, J. S. (2017). *Free Will in Addictive Behaviors: A Matter of Definition*. *Addictive Behaviors Reports*, 5: 94–103.
- de Bock, F., Dietrich, M. & Rehfuss, E. (2020). *Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*.
- Derefinko, K. J., Brown, R., Danzo, A., Foster, S., Brennan, T., Hand, S. & Kunz, K. (2020). *Addiction Medicine Training Fellowships in North America: A Recent Assessment of Progress and Needs*. *Journal of Addiction Medicine*, 14: e103–e109.
- Diaz-Bone, R. & Weischer, C. (2015). *Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften*. VS Verlag, Wiesbaden.
- DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation, Information. (2020). *ICD-10-GM 2020 Alphabetisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision - German Modification*.
- Dinger, J., Näther, N., Wimberger, P., Zimmermann, U. S., Schmitt, J., Reichert, J. & Rüdiger, M. (2017). *Steigender Konsum von Crystal Meth in Sachsen und dessen Risiken für Mutter und Kind – Erfahrungen an einem Perinatalzentrum Level I aus pädiatrischer Sicht*. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 221: 73–80.
- Dollinger, B. (2006). *Prävention. Unintendierte Nebenfolgen guter Absichten*. In Dollinger, B. & Raithel, J. (Hg.), *Aktivierende Sozialpädagogik: Ein kritisches Glossar*, S. 145–154. VS Verlag, Wiesbaden.
- Dollinger, B. (2018). *Abweichendes Verhalten*. In Graßhoff, G., Renker, A. & Schröer, W. (Hg.), *Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung*, S. 69–81. Springer VS, Wiesbaden.
- Dollinger, B. & Schneider, W. (2005). *Sucht als Prozess: Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis*. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.
- Dörner, K. (2014). *Der gute Arzt*. *Psychiatrische Praxis*, 41: 16–18.
- Drogenbeauftragte, Beauftragte(r) der Bundesregierung für Drogenfragen. (2020). *Jahresbericht der Drogenbeauftragten 2020*. https://www.drogenbeauftragte.de/assets/Jahresbericht_2020/DSB_2020_final_bf.pdf. (Letzer Zugriff: 08.07.2021).
- Drogenbeauftragte, Beauftragte(r) der Bundesregierung für Drogenfragen. (2021). *Zahl der an illegalen Drogen verstorbenen Menschen während der Coronapandemie um 13 Prozent gestiegen*. <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/zahl-der-an-illegalen-drogen-verstorbenen-menschen-waehrend-der-coronapandemie-um-13-prozent-gestiegen/>. (Letzer Zugriff: 01.09.2021).

- Ebert, F. (2018). *Das Kontinuum paranoiden Denkens*. Dissertation, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle-Wittenberg.
- Egger, J. W. (2005). *Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit*. *Psychologische Medizin*, 16: 3–12.
- EMCDDA, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021*. <https://op.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/a9351abd-ce4f-11eb-ac72-01aa75ed71a1>. (Letzer Zugriff: 11.09.2021).
- Emmerling, P. (2019). *Ärztliche Kommunikation*. Thieme, Stuttgart.
- Engel, G. L. (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. *Science*, 196: 129–136.
- Equit, C. & Hohage, C. (Hg.) (2016). *Handbuch Grounded Theory: Von der Methodologie zur Forschungspraxis*. Beltz, Weinheim.
- Erickson, C. K. (2018). *The Science of Addiction: From Neurobiology to Treatment*. WW Norton, New York.
- Fadardi, J. S., Cox, W. M. & Rahmani, A. (2016). *Neuroscience of Attentional Processes for Addiction Medicine: From Brain Mechanisms to Practical Considerations*. *Progress in Brain Research*, 223: 77–89.
- Fankhaenel, T., Samos, F., Luck-Sikorski, C., Thiel, C., Klement, A. & Frese, T. (2018). *Patient Satisfaction as a Moderator of Risky Alcohol Consumers' Attitude Towards Screening and Brief Intervention: A Cross Sectional Survey*. *Alcohol and Alcoholism*, 53: 403–407.
- Farke, W. (2008). *Auswirkungen des Alkopopsteuergesetzes in Deutschland*. *Abhängigkeiten*, 14: 15–30.
- Feustel, R., Schmidt-Semisch, H. & Bröckling, U. (Hg.) (2019). *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*. Springer, Wiesbaden.
- Flick, U. (2019). *Gütekriterien qualitativer Sozialforschung*. In Baur, N. & Blasius, J. (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 473–488. VS Verlag, Wiesbaden.
- Foucault, M. (2010 [1984]). *Sex, Macht und die Politik der Identität*. In Foucault, M. (Hg.), *Dits et Ecrits. Schriften. Band IV*, S. 386–400. Suhrkamp, Berlin.
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C. & Dunlop, A. (2017). *Addiction Stigma and the Biopolitics of Liberal Modernity: A Qualitative Analysis*. *International Journal of Drug Policy*, 44: 192–201.
- Friedrich, A. (2018). *Neue digitale Wege der Erreichbarkeit von drogenkonsumierenden Menschen am Beispiel der App „CheckPoint-C“*. Dissertation, Hochschule Merseburg, Merseburg.
- Friedrich, M., Tönsmeise, C., Neumeier, E., Schneider, F., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). *Workbook Prävention: Bericht 2020 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2019 / 2020)*.
- Gable, R. S. (1993). *Toward a Comparative Overview of Dependence Potential and Acute Toxicity of Psychoactive Substances Used Nonmedically*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19: 263–281.
- Gattamorta, K. A., Varela, A., McCabe, B. E., Mena, M. P. & Santisteban, D. A. (2017). *Psychiatric Symptoms, Parental Attachment, and Reasons for Use as Correlates of Heavy Substance Use Among Treatment-Seeking Hispanic Adolescents*. *Substance Use & Misuse*, 52: 392–400.

- GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). *Global Burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. *Lancet*, 396: 1223–1249.
- Glaser, B. G. (1992). *Basics of Grounded Theory Analysis: Emergence vs Forcing*. Sociology Press, Mill Valley, CA.
- Glaser, B. G. & Holton, J. (2005). *Staying Open: The Use of Theoretical Codes in Grounded Theory*. *Grounded Theory Review*, 5: 1–20.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine, New York.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1966). *Awareness of dying*. Aldine, Chicago.
- Glodosky, N. C. & Cuttler, C. (2020). *Motives Matter: Cannabis Use Motives Moderate the Associations Between Stress and Negative Affect*. *Addictive Behaviors*, 102: 106188.
- Gómez-Coronado, N., Sethi, R., Bortolasci, C. C., Arancini, L., Berk, M. & Dodd, S. (2018). *A Review of the Neurobiological Underpinning of Comorbid Substance Use and Mood Disorders*. *Journal of Affective Disorders*, 241: 388–401.
- Gold, A. K., Stathopoulou, G. & Otto, M. W. (2020). *Emotion Regulation and Motives for Illicit Drug Use in Opioid-Dependent Patients*. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49: 74–80.
- Groenemeyer, A. (2012). *Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit*. In Albrecht, G. & Groenemeyer, A. (Hg.), *Handbuch soziale Probleme*, S. 433–493. VS Verlag, Wiesbaden.
- Groenman, A. P., Janssen, T. W. & Oosterlaan, J. (2017). *Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56: 556–569.
- Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). *How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability*. *Field Methods*, 18: 59–82.
- Haasen, C. & Koch, U. (2010). *Die Volkskrankheit Sucht - Konzepte und Behandlungsansätze im Wandel*. *Bundesgesundheitsblatt*, 53: 265–266.
- Haltaufderheide, J., Wäscher, S., Bertlich, B., Vollmann, J., Reinacher-Schick, A. & Schildmann, J. (2018). *"I need to know what makes somebody tick ...": Challenges and Strategies of Implementing Shared Decision-Making in Individualized Oncology*. *Oncologist*, 24: 555–562.
- Hammer, R., Dingel, M., Ostergren, J., Partridge, B., McCormick, J. & Koenig, B. A. (2013). *Addiction: Current Criticism of the Brain Disease Paradigm*. *AJOB Neuroscience*, 4: 27–32.
- Hamonniere, T. & Varescon, I. (2018). *Metacognitive Beliefs in Addictive Behaviours: A Systematic Review*. *Addictive Behaviors*, 85: 51–63.
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engbretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., Norekvål, T. M., Ribu, L., Rohde, G. E., Urstad, K. H. & Helseth, S. (2019). *A Systematic Review of Quality of Life Research in Medicine and Health Sciences*. *Quality of Life Research*, 28: 2641–2650.
- Hart, C. L. (2017). *Viewing Addiction as a Brain Disease Promotes Social Injustice*. *Nature Human Behaviour*, 1: 0055.
- Hartogsohn, I. (2017). *Constructing Drug Effects: A History of Set and Setting*. *Drug Science, Policy and Law*, 3: 1–17.

- Hastall, M. R. (2019). *Effektive Gesundheitskommunikation: Grundlagen, Barrieren und Erfolgsfaktoren aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 149: 66–72.
- Heather, N. & Segal, G. (Hg.) (2017). *Addiction and Choice: Rethinking the Relationship*. Oxford University Press, Oxford.
- Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., Wiers, R. W. & Heim, D. (2018). *Challenging the Brain Disease Model of Addiction: European Launch of the Addiction Theory Network*. *Addiction Research & Theory*, 26: 249–255.
- Helbig, J., Ernst, F., Viohl, L., Roediger, L., Köhler, S., Ströhle, A., Romanczuk-Seiferth, N., Heinz, A. & Betzler, F. (2019). *Präventionsansätze zur Reduktion von Konsumrisiken in der Berliner Partyszene*. *Psychiatrische Praxis*, 46: 445–450.
- Hengartner, T. & Merki, C. M. (1999). *Genussmittel: Ein kulturgeschichtliches Handbuch*. Campus-Verlag, Frankfurt am Main.
- Hengartner, T. (2014). *Konsum als kulturelle Praxis*. *SuchtMagazin*, 4: 17–19.
- Herriger, N. (2020). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Herzlich, C., Pierret, J. & Krüger-Wirrer, G. (1991). *Kranke gestern, Kranke heute: Die Gesellschaft und das Leiden*. Beck, München.
- Heyman, G. M. (2017). *Do Addicts Have Free Will? An Empirical Approach to a Vexing Question*. *Addictive Behaviors Reports*, 5: 85–93.
- Heyman, G. M. & Mims, V. (2017). *What Addicts Can Teach Us About Addiction: A Natural History Approach*. In Heather, N. & Segal, G. (Hg.), *Addiction and Choice: Rethinking the Relationship*, S. 386–408. Oxford University Press, Oxford.
- Hintz, T. & Mann, K. (2006). *Co-Occurring Disorders: Policy and Practice in Germany*. *American Journal on Addictions*, 15: 261–267.
- Hänninen, V. & Koski-Jännes, A. (1999). *Narratives of Recovery from Addictive Behaviours*. *Addiction*, 94: 1837–1848.
- Hoch, E., Friemel, C. M. & Schneider, M. (Hg.) (2019). *Cannabis: Potenzial und Risiko: Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme*. Springer, Berlin.
- Hoffmann, L. (2021). *Ausstieg aus dem Drogenkonsum: Biographieanalysen zu Crystal-Meth- Abhängigkeit*. *Gesundheit und Gesellschaft*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Hoffmann, L., Schumann, N. & Richter, M. (2018a). *Methamphetaminkonsum in Mitteldeutschland: Eine qualitative Studie zu Konsumentengruppen und -motiven aus Expertensicht*. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 68: 329–336.
- Hoffmann, L., Schumann, N. & Richter, M. (2018b). *Zugang zur stationären Rehabilitation bei Methamphetaminabhängigkeit – Barrieren und Optimierungspotenziale aus Expertenperspektive*. *Rehabilitation*, 57: 346–371.
- Hogarth, L., Martin, L. & Seedat, S. (2019). *Relationship Between Childhood Abuse and Substance Misuse Problems is Mediated by Substance Use Coping Motives, in School Attending South African Adolescents*. *Drug and Alcohol Dependence*, 194: 69–74.
- Horwitz, R., Brener, L., Meissner, F., Rothermund, K., von Hippel, W. & von Hippel, C. (2019). *Identification with Drug Use Among Young Adults Who Are At Risk of Transitioning to More Serious Use*.

- Addictive Behaviors, 99: 106072.
- Hunt, G., Moloney, M. & Fazio, A. (2011). *Embarking on Large-Scale Qualitative Research: Reaping the Benefits of Mixed Methods in Studying Youth, Clubs and Drugs*. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift, 28: 433–452.
- Jakisch, V. (2019). *Konsumräume in Leipzig – Die Relevanz von Konsumräumen zur Erweiterung des Angebotes der Drogenhilfe in der Stadt Leipzig*. Dissertation, Hochschule Merseburg, Merseburg.
- Jay, M. (2011). *High Society: Eine Kulturgeschichte der Drogen*. Primus Verlag, Darmstadt.
- Jellen, J., Ohlbrecht, H. & Winkler, T. (2018). *Strategien im Umgang mit Krankheit. Zum Versuch einer Typologie im Rahmen sich wandelnder Arzt-Patienten-Interaktionen*. In Ohlbrecht, H. & Seltrecht, A. (Hg.), *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik*, S. 173–193. Springer, Wiesbaden.
- Jünger, J. (2018). *Ärztliche Kommunikation: Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020*. Schattauer, Stuttgart.
- John, U., Bühringer, G., Ulbricht, S. & Kirch, W. (2009). *Suchtprävention: Chancen der ärztlichen Versorgung nutzen!* Deutsche medizinische Wochenschrift, 134: 2381.
- John F. Kelly, Brandon Bergman, Bettina B. Hoepfner, Corrie Vilsaint & William L. White (2017). *Prevalence and Pathways of Recovery From Drug and Alcohol Problems in the United States Population: Implications for Practice, Research, and Policy*. Drug and Alcohol Dependence, 181: 162–169.
- Järvinen, M. & Bom, L. H. (2019). *‘Maturing Out’ as Normative Standard: Qualitative Interviews with Young Adult Drinkers*. Journal of Youth Studies, 22: 678–693.
- Kaczmarek, E. (2019). *How to Distinguish Medicalization From Over-Medicalization?* Medicine, Health Care and Philosophy, 22: 119–128.
- Kelle, U. (2003). *„Grounded Theory“ als Beitrag zur allgemeinen Methodenlehre der Sozialforschung*. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 2: 1–24.
- Kelle, U. (2008). *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Kelle, U. (2011). *„Emergence“ oder „Forcing“? Einige methodologische Überlegungen zu einem zentralen Problem der Grounded-Theory*. In Mey, G. & Mruck, K. (Hg.), *Grounded Theory Reader*, S. 235–260. VS Verlag, Wiesbaden.
- Keller, R. (2012). *Das Interpretative Paradigma: Eine Einführung*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Khalili, M., Rahimi-Movaghar, A., Shadloo, B., Mojtabai, R., Mann, K. & Amin-Esmaeili, M. (2018). *Global Scientific Production on Illicit Drug Addiction: A Two-Decade Analysis*. European Addiction Research, 24: 60–70.
- Kiefer, F. (2016). *Wege aus der Sucht*. Ruperto Carola, 5: 78–85.
- Kielhorn, F. W. (1990). *Die Trunksucht als Krankheit (C. v. Brühl-Cramer)*. Der Nervenarzt, 61: 431–434.
- Klein, M. (2015). *Geschichte der Suchtprävention*. In Hoff, T. & Klein, M. (Hg.), *Evidenzbasierung in der Suchtprävention*, S. 37–42. Springer, Berlin.
- Klingemann, H. (2020). *Behandlungssysteme im Wandel – Internationale Bezugspunkte*. SUCHT, 66: 9–11.
- Klingemann, J. (2016). *Acceptance of Reduced-Risk Drinking as a Therapeutic Goal within the Polish Alcohol Treatment System*. Alcohol and Alcoholism, 51: 436–441.
- Knecht, A. (2010). *Lebensqualität produzieren*. VS Verlag, Wiesbaden.

- Krause-Döring, R. (2020). *Suchtbericht Leipzig 2020*. https://static.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Dez5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/53_Gesundheitsamt/Sucht/Suchthilfe/Suchtbericht-2020.pdf. (Letzter Zugriff 03.09.2021).
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J. & Dragano, N. (2016). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit Stand und Perspektiven der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt, 59: 153–165.
- Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (2019). *Sachbericht 2019*. https://www.ls-suchtfragen-lsa.de/wp-content/uploads/2020/10/sb_19_mgv_web.pdf. (Letzter Zugriff: 21.05.2021).
- Lenk, C., Duttge, G. & Fangerau, H. (Hg.) (2014). *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen*. Springer, Berlin.
- Lewis, M. (2015). *The Biology of Desire: Why Addiction Is Not a Disease*. PublicAffairs, New York.
- Lewis, M. (2017). *Addiction and the Brain: Development, Not Disease*. Neuroethics, 10: 7–18.
- Littlefield, A. K., Sher, K. J. & Wood, P. K. (2010). *Do Changes in Drinking Motives Mediate the Relation Between Personality Change and "Maturing Out" of Problem Drinking?* Journal of Abnormal Psychology, 119: 93–105.
- Loef, M. & Walach, H. (2012). *The Combined Effects of Healthy Lifestyle Behaviors on all Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Preventive Medicine, 55: 163–170.
- Luderer, M., Kiefer, F., Reif, A. & Moggi, F. (2019). *ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen*. Der Nervenarzt, 90: 926–931.
- Luhmann, H. J. (2020). *Hirnpotentiale: Die neuronalen Grundlagen von Bewusstsein und freiem Willen*. VS Verlag, Berlin.
- Madson, M. B., Schumacher, J. A., Baer, J. S. & Martino, S. (2016). *Motivational Interviewing for Substance Use: Mapping Out the Next Generation of Research*. Journal of Substance Abuse Treatment, 65: 1–5.
- Mahal, J., Amann, J. S., Wischmann, T. & Ditzen, B. (2020). *Die Bedeutung medizinpsychologischer/soziologischer Themen für ÄrztInnen und Medizinstudierende: Gemeinsamkeiten und Unterschiede*. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 71: 72–80.
- Manthey, J., Kilian, C., Schomerus, G., Kraus, L., Rehm, J. & Schulte, B. (2020). *Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie*. SUCHT, 66: 247–258.
- Martin, A. & Stenner, P. (2004). *Talking About Drug Use: What Are We (and Our Participants) Doing in Qualitative Research?* International Journal of Drug Policy, 15: 395–405.
- Martin, G., Macdonald, S., Pakula, B. & Roth, E. A. (2014). *A Comparison of Motivations for Use Among Users of Crack Cocaine and Cocaine Powder in a Sample of Simultaneous Cocaine and Alcohol Users*. Addictive Behaviors, 39: 699–702.
- Martin, O. (2019). *Der ältere, multimorbide Patient: eine qualitative Analyse kommunikativer Präferenzen und Kompetenzen aus Patientensicht*. Dissertation, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Beltz, Weinheim.
- McCrary, B. S., Ladd, B., Vermont, L. & Steele, J. (2010). *Interviews*. In Miller, P. G., Strang, J. & Miller, P. M. (Hg.), *Addiction Research Methods*, S. 109–125. Blackwell, Oxford.

- Mellor, R. & Ritter, A. (2020). *Redressing Responses to the Treatment Gap for People with Alcohol Problems: The Overlooked Role of Untreated Remission from Alcohol Problems*. *SUCHT*, 66: 21–30.
- Metzger, I. W., Salami, T., Carter, S., Halliday-Boykins, C., Anderson, R. E., Jernigan, M. M. & Ritchwood, T. (2018). *African American Emerging Adults' Experiences with Racial Discrimination and Drinking Habits: The Moderating Roles of Perceived Stress*. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 24: 489–497.
- Mey, G. & Mruck, K. (2011). *Grounded Theory Reader*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Mey, G. & Mruck, K. (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Mezzich, J. E., Kirisci, L., Salloum, I., Trivedi, J., Kar, S. K., Adams, N. & Wallcraft, J. (2016). *Systematic Conceptualization of Person Centered Medicine and Development and Validation of a Person-centered Care Index*. *International Journal of Person Centered Medicine*, 6: 219–247.
- Michie, S., van Stralen, M. M. & West, R. (2011). *The Behaviour Change Wheel: A New Method for Characterising and Designing Behaviour Change Interventions*. *Implementation Science*, 6: 42.
- Michie, S. & West, R. (2013). *Behaviour Change Theory and Evidence: A Presentation to Government*. *Health Psychology Review*, 7: 1–22.
- Milin, S., Kleinau, C., Lüdorf, T., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U. & Schäfer, I. (2016). *Konsummotive bei Stimulanzienkonsum*. *Suchttherapie*, 17: 17–21.
- Milin, S., Schneider, B., Eilert, L. & Schäfer, I. (2019). *Suizidalität bei Suchtkranken – Erfahrungen, Kenntnisse und Fortbildungsbedarfe bei Fachkräften der Suchthilfe*. *Suchttherapie*, 20: 144–149.
- Miller, N. S., Sheppard, L. M., Colenda, C. C. & Magen, J. (2001). *Why Physicians Are Unprepared to Treat Patients Who Have Alcohol- and Drug-Related Disorders*. *Academic Medicine*, 76: 410–418.
- Mincin, J. (2018). *Addiction and Stigmas: Overcoming Labels, Empowering People*. In MacMillan, T. & Sisselman-Borgia, A. (Hg.), *New Directions in Treatment, Education, and Outreach for Mental Health and Addiction*, *Advances in Mental Health and Addiction*, S. 125–131. Springer, Cham.
- Moor, I., Winter, K., Rathmann, K., Ravens-Sieberer, U. & Richter, M. (2020). *Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18*. *Journal of Health Monitoring*, 5: 73–92.
- Morgan, D. & O'Brien, L. (2016). *Getting Out of Your Head: Addiction and the Motive of Self-Escape*. *Mind & Language*, 31: 314–334.
- Mudry, T., Nepustil, P. & Ness, O. (2019). *The Relational Essence of Natural Recovery: Natural Recovery as Relational Practice*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17: 191–205.
- Mulford, H. A. (1994). *What If Alcoholism Had not Been Invented? The Dynamics of American Alcohol Mythology*. *Addiction*, 89: 517–520.
- Nahmias, E., Shepard, J. & Reuter, S. (2014). *It's OK If 'My Brain Made Me Do It': People's Intuitions About Free Will and Neuroscientific Prediction*. *Cognition*, 133: 502–516.
- Neighbors, C., Tomkins, M. M., Lembo Riggs, J., Angosta, J. & Weinstein, A. P. (2019). *Cognitive Factors and Addiction*. *Current Opinion in Psychology*, 30: 128–133.
- Nohl, A.-M. (2012). *Interview und dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Nolte, F. (2007). „Sucht“ — zur Geschichte einer Idee. In Dollinger, B. & Schmidt-Semisch, H. (Hg.), *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung*, S. 47–58. VS Verlag, Wiesbaden.

- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007). *Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse*. *Lancet*, 369: 1047–1053.
- O'Connor, P. G., Nyquist, J. G. & McLellan, A. T. (2011). *Integrating Addiction Medicine Into Graduate Medical Education in Primary Care: The Time Has Come*. *Annals of Internal Medicine*, 154: 56–59.
- Ohlbrecht, H. (2019). *Qualitative Methoden der empirischen Gesundheitsforschung*. In Haring, R. (Hg.), *Gesundheitswissenschaften*, S. 91–102. Springer, Berlin.
- Ohlbrecht, H. & Jellen, J. (2021). *Unequal Tensions: The Effects of the Coronavirus Pandemic in Light of Subjective Health and Social Inequality Dimensions in Germany*. *European Societies*, 23: 905–922.
- Payk, T. R. (2010). *Psychopathologie: Vom Symptom zur Diagnose*. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin.
- Peter, O., Lang, J., Stein, K., Wirth, K. & Jungbauer, J. (2019). „Ich bin nicht die Diagnose – aber sie ist auch ein Teil von mir“ – Eine qualitative Interviewstudie zu Sichtweisen von psychisch erkrankten Menschen. *Psychiatrische Praxis*, 46: 27–33.
- Pickard, H. (2017). *Responsibility without Blame for Addiction*. *Neuroethics*, 10: 169–180.
- Pienaar, K. & Dilkes-Frayne, E. (2017). *Telling Different Stories, Making New Realities: The Ontological Politics of 'Addiction' Biographies*. *International Journal on Drug Policy*, 44: 145–154.
- Preedy, V. R. (2016). *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse. Volume 3: General Processes and Mechanisms, Prescription Medications, Caffeine and Areca, Polydrug Misuse, Emerging Addictions and Non-Drug Addictions*. Academic Press, London.
- PrävG, Präventionsgesetz. (2015). *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention Präventionsgesetz*. *Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr.31*.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung*. De Gruyter, München.
- Racine, E., Sattler, S. & Escande, A. (2017). *Free Will and the Brain Disease Model of Addiction: The Not So Seductive Allure of Neuroscience and Its Modest Impact on the Attribution of Free Will to People with an Addiction*. *Frontiers in Psychology*, 8: 1850.
- Rebscher, H., Zerth, J., Nass, E., Schildmann, J., Jaensch, P., Richter, S., Geithner, S., Schneider, M., Garkisch, M., Werkmeister, C., Heidl, C., Müller, S., Heese, C., Prescher, T., Popp, S., Schaal, T. & Krones, T. (2019). *Versorgung gestalten: Interdisziplinäre Perspektiven für eine personenbezogene Gesundheitsversorgung*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Rehm, J. & Shield, K. D. (2019). *Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders*. *Current Psychiatry Reports*, 21: 1–7.
- Reichert, J. (2013). *Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung: Über die Entdeckung des Neuen*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Reymann, A. (2019). *Drogen in vormodernen Gesellschaften*. In Feustel, R., Schmidt-Semisch, H. & Bröckling, U. (Hg.), *Handbuch Drogen in sozial-und kulturwissenschaftlicher Perspektive*, S. 15–25. Springer, Berlin.
- Rhodes, T., Stimson, G. V., Moore, D. & Bourgois, P. (2010). *Qualitative Social Research in Addictions Publishing: Creating an Enabling Journal Environment*. *International Journal on Drug Policy*, 21: 441–444.
- Richter, L., Vuolo, L. & Salmassi, M. S. (2019). *Stigma and Addiction Treatment*. In Avery, J. D. & Avery, J. J. (Hg.), *The Stigma of Addiction*, S. 93–130. Springer, Cham.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag, Wiesbaden.

- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hg.) (2016). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Lehrbuch. VS Verlag, Wiesbaden.
- Rosella, L. C., Fu, L., Buajitti, E. & Goel, V. (2019). *Death and Chronic Disease Risk Associated With Poor Life Satisfaction: A Population-Based Cohort Study*. *American Journal of Epidemiology*, 188: 323–331.
- Rosenthal, R. J. & Faris, S. (2019). *The Etymology and Early History of 'Addiction'*. *Addiction Research & Theory*, 31: 1–13.
- Rothenfluh, F. & Schulz, P. J. (2019). *Arzt-Patient-Kommunikation*. In Rossmann, C. & Hastall, M. R. (Hg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation*, Springer Reference, S. 57–67. VS Verlag, Wiesbaden.
- Rothmoser, M. (2019). *Erklärungsmodelle Jugendlicher mit schädlichem Substanzgebrauch oder Substanzabhängigkeit zu Sucht – eine qualitativ-quantitative Studie*. Dissertation, Universität Ulm, Ulm.
- Rummel, C., Gaßmann, R., Buchholz, A., Freyer-Adam, J., Baumann, S., Bell-D'Avis, S., Bölcrow, C., John, U., Kemper, U. & Kuttler, H. (2019). *Sucht: bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen - Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Bischof, A., Hoch, E. & die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Lübecker Zukunftswerkstatt (2017). *Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung*. *SUCHT*, 63: 169–174.
- Sarvet, A. L., Wall, M. M., Keyes, K. M., Olfson, M., Cerdá, M. & Hasin, D. S. (2018). *Self-Medication of Mood and Anxiety Disorders with Marijuana: Higher in States with Medical Marijuana Laws*. *Drug and Alcohol Dependence*, 186: 10–15.
- Sattler, S., Escande, A., Racine, E. & Göritz, A. S. (2017). *Public Stigma Toward People With Drug Addiction: A Factorial Survey*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78: 415–425.
- Schabdach, M. (2009). *Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und Soziale Arbeit: Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen*. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit. VS Verlag, Wiesbaden.
- Scherbaum, N., Specka, M., Hauptmann, G. & Gastpar, M. (2002). *Senkt die Methadonsubstitutionsbehandlung die Mortalität Opiatabhängiger?* *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 70: 455–461.
- Schmid, J.-S. (2019). *Integrativer Umgang mit Drogen: Jugendliche zwischen Paranoia und Spiritualität. Eine Exploration qualitativer Ergebnisse aus der RISA-Längsschnittstudie*. Dissertation, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle.
- Schmidt, B. (2017). *Exklusive Gesundheit: Gesundheit als Instrument zur Sicherstellung sozialer Ordnung*. *Gesundheit und Gesellschaft*. Springer, Wiesbaden.
- Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (2000). *Präventive Sucht- und Drogenpolitik: Ein Handbuch*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Schmidt-Semisch, H. (2016). *»Sucht« als leerer Signifikant: Zur Pathologisierung und Medikalisierung von Alltagsverhalten*. In Anhorn, R. & Balzereit, M. (Hg.), *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*, Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, S. 837–852. VS Verlag, Wiesbaden.
- Schmidt-Semisch, H. & Dollinger, B. (2017). *Sucht*. In Gugutzer, R., Klein, G. & Meuser, M. (Hg.), *Handbuch Körpersoziologie. Band 1: Grundbegriffe und theoretische Perspektiven*, S. 131–135. VS Verlag, Wiesbaden.
- Schmidt-Semisch, H. & Dollinger, B. (2018). *Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Drogen und Sucht*. In von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (Hg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen*,

- S. 33–40. VS Verlag, Wiesbaden.
- Schomerus, G. (2017). *Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden*. Psychiatrische Praxis, 44: 249–251.
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., Kraus, L., Kostrzewa, R., Rheinländer, J., Rummel, C. et al. (2017). *Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden*. Sucht, 63: 253–259.
- Schopenhauer, A. (1978). *Preisschrift über die Freiheit des Willens*. Felix Meiner Verlag, Hamburg.
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., Keller, B. & Liu, X. (2018). *An Online Drug Abuse Prevention Program for Adolescent Girls: Posttest and 1-Year Outcomes*. Journal of Youth and Adolescence, 47: 490–500.
- Seitz, N.-N., Rauschert, C., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2020). *Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018*. IFT Institut für Therapieforchung. IFT-Bericht: 190.
- Seltrecht, A. (2009). *Handeln Ärzte pädagogisch? Die erste deutsche Frauenärztin Hermine Heusler-Edenhuizen (1872-1955) und ihr Kampf gegen Kindbettfieber unter erziehungswissenschaftlicher Perspektive*. BIOS - Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen, 22: 57–74.
- Seltrecht, A. (2018). *Medizinische Pädagogik. Eine begriffliche Annäherung aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive*. In Ohlbrecht, H. & Seltrecht, A. (Hg.), *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik*, S. 197–214. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden.
- Sher, K. J. & Vergés, A. (2016). *Anticipating the Future of Research on Substance Use and Substance Use Disorders*. In Sher, K. J. (Hg.), *The Oxford Handbook of Substance Use and Substance Use Disorders*, S. 727–744. Oxford University Press, New York.
- Singh Balhara, Y. P., Patnaik Kuppili, P. & Gupta, R. (2017). *Neurobiology of Comorbid Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders: Current State of Evidence*. Journal of Addictions Nursing, 28: E1–E2.
- Slesina, W. & Fink, A. (2009). *Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen*. Bundesgesundheitsblatt, 52: 30–39.
- Sommerfeld, P. (2019). *Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe*. SuchtMagazin, 45: 4–12.
- Soyka, M., Batra, A., Heinz, A., Moggi, F. & Walter, M. (2018). *Suchtmedizin*. Elsevier, München.
- Spada, M. M., Albery, I. P. & Moss, A. C. (2015). *Contemporary Perspectives on Cognition in Addictive Behaviors*. Addictive Behaviors, 44: 1–2.
- Spanagel, R. (2017). *Mechanismen der Suchtentwicklung*. Drug Research, 67: S17.
- Spode, H. (2013). *Sucht aus historisch-soziologischer Sicht*. In Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2013*, S. 11–19. Springer, Berlin.
- Spode, H. (1993). *Die Macht der Trunkenheit: Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland*. Leske + Budrich, Opladen.
- Steinauer, R., Lötscher, F., Unterseher, E., Waltenspül, C., Heizmann, M., Wiesbeck, G. A., Lang, U. E. & Walter, M. (2016). *„Struktur versus Freiraum“ – Eine qualitative Erhebung zur subjektiven Seite der Alkoholabhängigkeit*. Nervenheilkunde, 35: 752–756.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1997). *Grounded Theory in Practice*. Sage, Thousand Oaks.

- Strübing, J. (2011). *Zwei Varianten von Grounded Theory? Zu den methodologischen und methodischen Differenzen zwischen Barney Glaser und Anselm Strauss*. In Mey, G. & Mruck, K. (Hg.), *Grounded Theory Reader*, S. 261–277. VS Verlag, Wiesbaden.
- Strübing, J. (2014). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Qualitative Sozialforschung. VS Verlag, Wiesbaden.
- Streck, R. (2012). *Stigma-Management und Soziale Arbeit. Akzeptierende Drogenarbeit als Generator entlastender Erfahrungen*. In Effinger, H., Borrmann, S., Gahleitner, S. B., Köttig, M., Kraus, B. & Stövesand, S. (Hg.), *Diversität und Soziale Ungleichheit. Analytische Zugänge und professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit*, S. 182–192. Barbara Budrich, Opladen.
- Streck, R. (2020). *Zwischen Zugriff und Abwehr. Nutzungsstrategien offener Drogenarbeit*. In van Rießen, A. & Jepkens, K. (Hg.), *Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit*, S. 239–258. VS Verlag, Wiesbaden.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). *Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß*. Zeitschrift für Soziologie, 47: 83–100.
- Szasz, T. S. (1980). *Das Ritual der Drogen: Das "Drogenproblem" in neuer Sicht: Sündenbock unserer Gesellschaft*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Torregrassa, M. (Hg.) (2019). *Neural Mechanisms of Addiction*. Academic Press, London.
- Tretter, F. (2017). *Sucht. Gehirn. Gesellschaft*. MWV.
- Tretter, F. (2018). *From Mind to Molecules and Back to Mind - Metatheoretical Limits and Options for Systems Neuropsychiatry*. Chaos, 28: 106325.
- Turner, A. I., Smyth, N., Hall, S. J., Torres, S. J., Hussein, M., Jayasinghe, S. U., Ball, K. & Clow, A. J. (2020). *Psychological Stress Reactivity and Future Health and Disease Outcomes: A Systematic Review of Prospective Evidence*. Psychoneuroendocrinology, 114: 104599.
- Uhl, A. (2007). *Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention*. SuchtMagazin, 33: 3–11.
- Uhl, A. (2008). *Suchtprävention zwischen Paternalismus und Emanzipation: Ethische Reflexionen*. Suchttherapie, 9: 177–180.
- Unterkofler, U., Streck, R. & Aghamiri, K. (2018). *Prävention zwischen vorausschauender Unterstützung und normierender Disziplinierung?* In Stehr, J., Anhorn, R. & Rathgeb, K. (Hg.), *Konflikt als Verhältnis – Konflikt als Verhalten – Konflikt als Widerstand: Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit zwischen Alltag und Institution*, S. 359–369. Springer, Wiesbaden.
- van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L. & van den Brink, W. (2015). *European Rating of Drug Harms*. Journal of Psychopharmacology, 29: 655–660.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. (2013). *Stigma Among Health Professionals Towards Patients With Substance Use Disorders and its Consequences for Healthcare Delivery: Systematic Review*. Drug and Alcohol Dependence, 131: 23–35.
- van Bussel, B. C. T., Henry, R. M. A., Schalkwijk, C. G., Dekker, J. M., Nijpels, G., Feskens, E. J. M. & Stehouwer, C. D. A. (2018). *Alcohol and Red Wine Consumption, but not Fruit, Vegetables, Fish or Dairy Products, are Associated with Less Endothelial Dysfunction and Less Low-Grade Inflammation: The Hoorn Study*. European Journal of Nutrition, 57: 1409–1419.
- Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (2009). *Addiction and Free Will*. Addiction Research & Theory, 17: 231–235.

- Volkow, N. D., Icaza, M. E. M.-M., Poznyak, V., Saxena, S. & Gerra, G. (2019). *Addressing the Opioid Crisis Globally*. *World Psychiatry*, 18: 231–232.
- Volkow, N. D. & Morales, M. (2015). *The Brain on Drugs: From Reward to Addiction*. *Cell*, 162: 712–725.
- von Brühl-Cramer, C. & Hufeland, C. W. (1819). *Ueber die trunksucht und eine rationelle heilmethode derselven: Geschrieben zur beherzigung für jedermann*. In der Nicholaischen Buchhandlung, Berlin.
- von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (Hg.) (2018). *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Vonash, A. J., Clark, C. J., Lau, S., Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (2017). *Ordinary People Associate Addiction with Loss of Free Will*. *Addictive Behaviors Reports*, 5: 56–66.
- Wakeman, S. E. (2019). *The Language of Stigma and Addiction*. In Avery, J. D. & Avery, J. J. (Hg.), *The Stigma of Addiction*, S. 71–80. Springer, Cham.
- Wakeman, S. E., Pham-Kanter, G., Baggett, M. V. & Campbell, E. G. (2014). *Medicine Resident Preparedness to Diagnose and Treat Substance Use Disorders: Impact of an Enhanced Curriculum*. *Substance Abuse*, 36: 427–433.
- Wakeman, S. E. & Rich, J. D. (2018). *Barriers to Medications for Addiction Treatment: How Stigma Kills*. *Substance Use & Misuse*, 53: 330–333.
- Walter, H. (2018). *Medizinische Stigmatisierung von Drogenkonsumenten aus historischer Perspektive*. In von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (Hg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen*, S. 51–67. VS Verlag, Wiesbaden.
- Walton, M. T. (2018). *Administrative Discharges in Addiction Treatment: Bringing Practice in Line with Ethics and Evidence*. *Social Work*, 63: 85–90.
- West, R. (2013). *EMCDDA-Insights: Models of Addiction*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon.
- White, H. R., Beardslee, J. & Pardini, D. (2017). *Early Predictors of Maturing Out of Marijuana Use Among Young Men*. *Addictive Behaviors*, 65: 56–62.
- WHO, Research Ethics Review Committee. (2000). *Informed Consent Form Template for Qualitative Studies*. <https://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/course-files/pdf/InformedConsent-qualitativestudies.pdf>. (Letzter Zugriff: 22.01.2019).
- Winter, R. (2010). *Symbolischer Interaktionismus*. In Mey, G. & Mruck, K. (Hg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 79–93. VS Verlag, Wiesbaden.
- World Medical Association (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. *JAMA*, 310: 2191–2194.
- Yap, M. B. H., Reavley, N. J. & Jorm, A. F. (2013). *Associations Between Stigma and Help-Seeking Intentions and Beliefs: Findings From an Australian National Survey of Young People*. *Psychiatry Research*, 210: 1154–1160.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press, New Haven.
- Zulman, D. M., Haverfield, M. C., Shaw, J. G., Brown-Johnson, C. G., Schwartz, R., Tierney, A. A., Zionts, D. L., Safaeinili, N., Fischer, M., Thadaney Israni, S., Asch, S. M. & Verghese, A. (2020). *Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter*. *JAMA*, 323: 70–81.

Thesen

1. Mischkonsum ist für den Raum Halle-Leipzig eine der geläufigen Formen des Drogenkonsums. Dieser Konsum von verschiedenen illegalen Drogen ist oft von zeitweiligem Kontrollverlust geprägt, gleichzeitig kommt es im Laufe der Zeit in den meisten Fällen zu einem spontanen Sistieren des riskanten Konsums („Maturing Out“).
2. Die Motive für den Drogenkonsum werden von biologischen, psychologischen und sozialen Gegebenheiten geprägt und beeinflussen die konkrete Ausprägung des Konsums und mögliche Schäden.
3. In der vorliegenden Studie lassen sich die Hauptmotive Flucht, Hedonismus und Selbsterkenntnis unterscheiden. Diese sind nicht starr voneinander getrennt, sondern können ineinander übergehen.
4. Drogenassoziierte Schäden sind durch das Erkennen und Thematisieren von Konsummotiven reduzierbar.
5. Drogenkonsument:innen wollen als mündige Patient:innen behandelt und zu drogenassoziierten Schäden wahrheitsgemäß beraten werden. Gespräche sollten durch Respekt und Offenheit gekennzeichnet sein.
6. Eine verbesserte Begleitung von Drogenkonsument:innen kann durch die Vernetzung von ärztlichem Personal mit anderen niedrigschwelligen Bildungs- und Hilfsangeboten gefördert werden.
7. Für gewinnbringende Konsultationen müssen Ärzt:innen mehr Theoriewissen zum Thema Psychoaktive Substanzen erlernen und ihre Kommunikationsfertigkeiten ausbauen.
8. Für eine nachhaltige Verringerung von drogenassoziierten Problemen in der Gesellschaft ist eine Förderung von gesellschaftlichem Zusammenhalt, die faire Verteilung von Ressourcen und Chancen sowie der Abbau von sozialer Ungleichheit notwendig.
9. Es bedarf weiterer fächer- wie auch methodenübergreifender Forschung, um vielfältige Perspektiven und Aspekte in den Diskurs zum Umgang mit Substanzkonsum einzubeziehen.

Anhang

A1 – Aufklärungsbogen Teil 1

Aufklärungsbogen

für Interviewpartner der „Qualitativen Studie zu Suchtüberzeugungen“

geplant von Katharina Werhahn

betreut durch Professor Dr. Matthias Richter

Direktor des **Instituts für Medizinische Soziologie**

m.richter@medizin.uni-halle.de

(0345) 557 1161

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Magdeburger Straße 8

06112 Halle/Saale

Teil I: TeilnehmerInneninformation

Sehr geehrte(r) InterviewpartnerIn,

mit dem vorliegenden Informationsblatt möchte ich Sie zur Teilnahme an einem Interview zum Thema Suchtüberzeugungen einladen und das Projekt genauer vorstellen. Ich möchte am Institut für Medizinische Soziologie eine Doktorarbeit zu „Individuellen Suchtüberzeugungen“ schreiben. Mein Name ist Katharina Werhahn und ich studiere in Halle Humanmedizin. Es sind etwa einstündige Einzelinterviews geplant. Wenn Fragen entstehen oder Dinge unklar bleiben, gehe ich gerne persönlich darauf ein. Sie können sich Zeit nehmen um sich für oder gegen eine Teilnahme zu entscheiden und auch gerne mit anderen Personen darüber sprechen.

Ziel des Forschungsprojektes

Der Konsum von legalen und illegalen Drogen hat viele Formen, ist etwas sehr persönliches und spielt im Alltag, aber auch in Bereichen wie der Medizin eine wichtige Rolle. Die geplante Arbeit möchte sich genau damit beschäftigen, wie Drogennutzer selbst zu ihrem Konsum stehen und ihre Situation wahrnehmen. Umfangreiche Gespräche mit Personen, die Drogen verschiedener Art nehmen, sollen Grundlagen für ein besseres Verständnis der verschiedenen Überzeugungen von Nutzern liefern. Dieses Verständnis kann sowohl ganz konkret (beispielsweise wenn ein Arzt einen Patienten hat, der ein Genuss- oder Suchtmittel einnimmt), als auch in der weiteren Forschung (beispielsweise bei Studien zur Suchtprävention), genutzt werden.

Ablauf

Das Interview kann an einem Ort Ihrer Wahl (der möglichst für eine Audioaufnahme geeignet sein sollte) stattfinden. Niemand außer Ihnen und mir wird das Gespräch mithören. Im Gespräch soll es um Ihren Substanzkonsum, Ihre Lebenssituation und vor allem auch um Ihre persönliche Einstellung zu Drogen und Sucht gehen. Falls Sie eine der Fragen nicht beantworten möchten, können Sie dies mitteilen und die Frage wird übersprungen ohne dass Sie eine Begründung abgeben müssen. Das Gespräch wird aufgenommen und ist, von meiner Seite aus, streng vertraulich. Natürlich steht Ihnen selbst frei von unserem Interview zu berichten. Die Aufnahmen erfolgen anonym, sobald sie verschriftlicht wurden, werden die Tonaufnahmen gelöscht.

Freiwillige Teilnahme

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, sollen unterschiedliche Personen mit möglichst verschiedenem Nutzungsverhalten befragt werden. Es ist egal ob Sie ein Gelegenheits- oder Dauernutzer sind, sich selbst als süchtig beschreiben würden oder nicht. Wichtig ist für die Studie nur, dass Sie umfassende Erfahrungen mit legalen oder illegalen Drogen haben.

Die Teilnahme ist **vollkommen freiwillig**, niemand wird von mir über Ihre Teilnahme in Kenntnis gesetzt. Wenn Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden entstehen hieraus selbstverständlich keinerlei Nachteile.

Falls Sie derzeit oder in den letzten 3 Monaten wegen Ihres Konsums in stationärer Behandlung waren oder nicht auflösbare Bedenken gegenüber der Studie haben, sollten Sie von einer Teilnahme absehen.

Risiken und Vertraulichkeitserklärung

Es wird angestrebt eine fortwährend angenehme, offene, vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu halten, trotzdem können Sie jederzeit abbrechen oder die Frage unbeantwortet lassen, wenn Ihnen etwas unangenehm oder zu vertraulich ist. Wie erwähnt müssen Sie hierfür keinerlei Gründe angeben. Es ist wichtig, dass der Konsum und persönliche Überzeugungen im Vordergrund des Gesprächs stehen. Ich wäre als Interviewerin verpflichtet, geplante schwerwiegende Straftaten wie Mord oder Freiheitsberaubung anzuzeigen. Für zurückliegende oder leichtere Vergehen besteht keine Meldepflicht. Dennoch bitte ich Sie genau abzuwägen, ob und wann zurückliegende Straftaten, die nicht direkt den Konsum betreffen, in Ihre Erzählung mit einfließen müssen.

Alle Probanden werden geschützt indem die Interviewaufnahmen vollständig anonym erfolgen. Zu keinem Zeitpunkt werden Daten erhoben, die Rückschlüsse auf die interviewte Person zulassen.

Recht auf Ablehnung und Rücknahme

Ihre Teilnahme soll ausschließlich auf Ihrer freien Entscheidung beruhen, welche Sie vor während und unmittelbar nach dem Interview ohne Angabe von Gründen widerrufen können. Sie können ebenso Teile Ihrer Aussagen direkt streichen lassen. Durch die Anonymisierung wird es aber leider nicht möglich sein, später noch Material zuzuordnen und zu löschen.

Veröffentlichung der Studienergebnisse

Die Ergebnisse sollen sowohl in meiner Doktorarbeit als auch in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden. Alle Teilnehmer können später gerne ein Exemplar der Doktorarbeit (je nach Wunsch digital oder gedruckt) erhalten. Rückschlüsse auf einzelne Personen werden bei beiden Veröffentlichungsformen nicht möglich sein.

Kontaktinformationen

Fragen jeder Art sind immer willkommen, jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt an mich

Katharina Werhahn

0157- [REDACTED]

katharina.werhahn@student.uni-halle.de

Das Studienvorhaben und der Aufklärungsbogen wurden der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität vorgelegt. Die Ethik-Kommission hat keine Einwände erhoben.

A2 – Aufklärungsbogen Teil 2

Teil 2: Einwilligungserklärung

StudienteilnehmerIn/InterviewpartnerIn

Ich wurde dazu eingeladen, an der Studie mit dem vorläufigen Titel „Qualitative Studie zu Suchtüberzeugungen“ teilzunehmen und mündlich von Katharina Werhahn über Inhalt, Ablauf sowie Zweck des Forschungsvorhabens aufgeklärt und habe die Patienteninformation sowie die Einwilligungserklärung gelesen. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zur Studie und der Patienteninformation zu stellen und alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Mir wurde versichert, dass der Schutz meiner Daten oberste Priorität hat und die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz eingehalten werden. Personenbezogene Angaben (Name, Adresse, Telefonnummer) werden nicht an Dritte weitergegeben. Genauso wenig wie alle anderen Angaben die irgendeinen Rückschluss auf meine Person ermöglichen könnten. Im Zusammenhang mit dieser Untersuchung erhobene Daten werden gelöscht, sobald sie für die weitere wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind oder wenn ich meine Teilnahme widerrufe. Hierzu habe ich jederzeit das Recht.

Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig und kostenlos ist und mir durch Teilnahme oder bei Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

Ich habe die Informationen verstanden und stimme unter den aufgeführten Voraussetzungen freiwillig zu, an dieser Studie teilzunehmen.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Studiendurchführende/Interviewerin

Katharina Werhahn

0157- [REDACTED]

katharina.werhahn@student.uni-halle.de

Ich habe dem potentiellen Teilnehmer Zeit gelassen, sich das Informationsblatt durchzulesen, den Ablauf des Interviews mit ihr/ihm besprochen und Raum für Fragen gelassen. Gestellte Fragen wurden korrekt und bestmöglich beantwortet. Ich bestätige dass der/die TeilnehmerIn freiwillig teilnimmt und über die Rücktrittsmöglichkeit informiert ist.

Der/die TeilnehmerIn bekommt ein eigenes Exemplar des vollständigen Aufklärungsbogens mit Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung ausgehändigt.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

A3 – Interviewleitfaden

Einleitung

Begrüßung; Betonung der Freiwilligkeit und des Datenschutzes sowie der sicheren Gesprächsatmosphäre; Raum für ungeklärte Fragen; um Vertrauensbasis zu stärken Angebot des „Du“ (nur als Option)

Themenbereich	Leitfrage/-satz	Rückfragen
Erfahrungen des Konsums	Bitte schildern Sie mir die Geschichte ihres Substanzkonsums vom Anfang bis heute.	Können Sie noch genauer erläutern... - welche Drogen - Erfahrungen - besonders gute oder schwierige Momente - Sie den Konsum erfolgreich unterbrechen oder beenden können?
Einstellung zu Drogen	Können Sie bitte Ihre Einstellung zu legalen und illegalen Drogen beschreiben?	Halten Sie bestimmte Drogen für besonders gefährlich oder interessant? Welche Bedeutung haben Drogen in Ihrem Alltag?
Suchtüberzeugungen	Bitte erzählen Sie etwas dazu, was Sie unter Sucht, Konsum und Abhängigkeit verstehen./ Welche Ideen verbinden Sie mit Sucht?/ Was bringen Sie gedanklich noch mit Sucht in Verbindung?	- Fühlen Sie sich abhängig oder nicht und woran machen Sie dies fest? - Was halten Sie von... Sucht ist eine Krankheit?/ Verzicht auf Drogen jeder Art? - Was halten Sie ggf. für wichtig um aufzuhören? - Sehen Sie Zusammenhänge zwischen dem Substanzkonsum und den Stärken/Schwächen einer Person? - Welche Bedeutung hat Kontrolle in Ihrem persönlichen Konzept? - Denken Sie Gene spielen beim Drogenkonsum eine Rolle? - Wie würden Sie im Fall von Missbrauch oder Problemen zwischen Konsumenten, Gesellschaft, sozialem Umfeld und Dritten die Verantwortung aufteilen?

Lebenssituation	Können Sie mir einen kurzen Einblick in Ihren allgemeinen Alltag geben?/ Bitte schildern Sie mir Ihre derzeitige Lebenssituation und wie Sie sich damit fühlen.	Können Sie mir etwas genauer berichten... - Job - Familie - Selbstständigkeit - Gesundheit /Körper/ Psyche
Erfahrungen mit Ärzten	Was sind Ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem im Allgemein und mit betreuenden Ärzten im Speziellen?	- Sind sie bzgl. des Konsums ehrlich und wie viel Ehrlichkeit halten Sie für sinnvoll? - Was würden Sie sich von einer Ärztin/einem Arzt beim Thema Drogenkonsum wünschen?
Persönliche Zukunftsperspektive	Wo sehen Sie sich in 5 Jahren? Was muss passieren, damit die Dinge für Sie allgemein positiv verlaufen?	Können sie mir etwas sagen zu... Bedeutung der Abstinenz Chancen aufzuhören
Allgemeines	Alter (25-30; 31-35; 36-40); Wohnsituation; zugezogen oder in Halle/Leipzig geboren	

Erklärungen

(1) Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

(2) Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

(3) Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Leipzig, den