



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Abteilung Sucht

ausgesucht.bs

ausge



WIR UND DIE «ANDEREN»

Wie gesellschaftliche Zuschreibungen
den Umgang mit Sucht beeinflussen

Impressum

Redaktion: Manuel Hürlimann, Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement
des Kantons Basel-Stadt, Malzgasse 30, CH-4001 Basel
061 267 89 00, abteilung.sucht@bs.ch
www.bs.ch/sucht

Texte (sofern nicht anders vermerkt): Manuel Hürlimann
Auflage und Erscheinungsdatum: 500 Ex./Oktober 2026

Gestaltung und Illustration: bom! communication ag, Basel
Druck: Werner Druck & Medien, Basel

Inhalt

Vorwort von Dr. Lukas Engelberger,
Vorsteher des Gesundheitsdepartements
Basel-Stadt

4

Einführung von Regine Steinauer,
Leiterin der Abteilung Sucht des
Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

5



Alkohol: Zwischen Normalität und Tabu

6

Tabus brechen durch Präventions-Workshops

9



Stigmatisierung und alkohol- bezogene Störungen bei geschlechtlich und sexuell diversen Menschen

12



Wissen schafft Schutz – von klein auf stigmafrei dank Kinderbüchern

16

«Medizinalisierung» der Suchtbehandlung

24



Sucht – zwischen Scham, Stigmatisierung und ambulanter Pflege

27

Tür an Tür – Leben in Nachbar- schaft mit einer Suchthilfe- institution

19

Interview mit Nico Andreani-Studer,
ehemaliger Anwohner, und Christoph
Studer, Vermieter

Stigmatisierung und Sexarbeit

30

Unterstützung und weiter- führende Informationen

34

Wir und die «Anderen»



Foto: Andi Cortellini

Die Unterscheidung zwischen dem «Wir» und den «Anderen» erfolgt oft unbewusst, doch die daraus resultierenden gesellschaftlichen Zuschreibungen haben tiefgreifende Auswirkungen. Besonders im Kontext von Abhängigkeitserkrankungen führt diese Abgrenzung häufig zu einer Stigmatisierung, die Betroffene – zusätzlich zu ihrer Erkrankung – sowie Angehörige belastet.

Stigmatisierung manifestiert sich oft subtil in unserem Alltag und wird durch die Reproduktion problematischer Sprachmuster verankert. Wenn wir beispielsweise Begriffe wie «Rückfall» anstelle von «Konsumereignis» verwenden, bewerten wir nicht nur eine medizinische Situation, sondern werten diese zugleich.

Dabei kann Stigmatisierung als dysfunktionale Antwort der Gesellschaft auf Probleme im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen verstanden werden. Während der Konsum von Alkohol gesellschaftlich tief verwurzelt, omnipräsent und kaum wegzudenken ist, bleiben die damit verbundenen Probleme, wie ein risikohafter Konsum oder eine Abhängigkeitserkrankung, tabuisiert. Diese Diskrepanz erschwert es Betroffenen, Hilfe zu suchen oder ihre Erkrankung offen zu kommunizieren.

Um diesem Problem entgegenzuwirken, ist ein grundlegender gesellschaftlicher Perspektivenwechsel notwendig. Wir müssen das Verständnis, dass Sucht eine behandelbare Erkrankung und kein moralisches Versagen darstellt, weiter fördern und gesellschaftlich verankern. Stigmatisierung entgegenzuwirken, bedeutet konkret, eine wertfreie Sprache zu wählen und eine Kultur der Akzeptanz gegenüber unterschiedlichen Lebensrealitäten zu pflegen.

Die diesjährige Ausgabe des Magazins ausgesucht.bs beleuchtet die weitreichenden Folgen der Stigmatisierung und zeigt auf, wie ihr aktiv begegnet werden kann. Von der Kindheit bis ins hohe Alter werden verschiedene Ansätze präsentiert, die darauf abzielen, stigmatisierungsbedingte Barrieren bei der Inanspruchnahme von Behandlungen und Beratungen abzubauen. Da Stigmatisierung den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen kann, ist das gemeinsame Vorgehen gegen diese Vorurteile und Zuschreibungen unerlässlich.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.



Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger
Vorsteher des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

Einführung

Stigmatisierung gehört nach wie vor zu den grössten Hürden für Menschen mit einer Suchterkrankung. Sie beeinträchtigt den Zugang zu Unterstützung, erschwert die gesellschaftliche Teilhabe und verstärkt persönliches Leid. Mit der diesjährigen Ausgabe des Magazins *ausgesucht.bs* unter dem Titel «Wir und die <Anderen> – wie gesellschaftliche Zuschreibungen den Umgang mit Sucht beeinflussen» möchten wir einen Beitrag leisten, um Vorurteile abzubauen und Wissen zu vermitteln.

Der Beitrag «Alkohol: Zwischen Normalität und Tabu» nimmt die Diskussion der neuesten WHO-Empfehlungen zum Anlass, um aufzuzeigen, dass ein zeitgemässer Umgang mit Alkohol sowohl eine realistische Einschätzung der gesundheitlichen Risiken als auch einen nicht-stigmatisierenden Umgang mit Menschen, die eine Abhängigkeit entwickeln, erfordert.

Dass Sucht über die ganze Lebensspanne Herausforderungen mit sich bringt, wird in mehreren Artikeln beschreiben. So widmet sich der Text «Tabus brechen durch Präventions-Workshops» den Kindern von suchtkranken Eltern – einer bekanntlich besonders vulnerablen Zielgruppe. Die spezielle Rolle der Spitexpflege im Umgang mit Sucht im Alter zeigt der Artikel «Sucht – zwischen Scham, Stigmatisierung und ambulanter Pflege». Weshalb es einen Unterschied macht, von Eltern mit einer Suchterkrankung und nicht von suchtkranken Eltern zu sprechen, erläutert der Artikel «Wissen schafft Schutz – von klein auf stigmafrei dank Kinderbüchern». Nicht zuletzt werden geschlechtlich und sexuell diverse Menschen noch zu wenig unterstützt, wie der Artikel «Stigmatisierung und alkoholbezogene Störungen bei geschlechtlich und sexuell diversen Menschen» zeigt.

Der Beitrag «Medizinalisierung der Suchtbehandlung» zeigt, dass die medizinische Sichtweise auf Suchterkrankungen deutlich gemacht hat, dass Betroffene Anspruch auf Unterstützung haben.

Ich wünsche mir, dass es unserem Magazin gelingt, den Menschen, und nicht die Sucht, in den Mittelpunkt zu stellen. Nur so können wir Stigma überwinden und Wege zu Verständnis, Unterstützung und Teilhabe eröffnen.



Regine Steinauer, Leiterin Abteilung Sucht,
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt



Alkohol: Zwischen Normalität und Tabu

Alkohol ist tief in unserer Kultur verankert und gesellschaftlich akzeptiert – gleichzeitig werden Menschen mit Alkoholproblemen erheblich stigmatisiert. Die aktuelle Debatte um die WHO-Empfehlungen zeigt, wie schwer wir uns damit tun, wissenschaftliche Erkenntnisse anzuerkennen und eine ehrliche Grundlage für selbstbestimmte Entscheidungen zu schaffen.

Staatswein, Oktoberfest, Weinfestival: Alkohol gehört in unserer Gesellschaft nicht nur zur Normalität, Alkohol wird zelebriert. Er ist Begleiter von Festen, Teil von Kultur und Kulinarik, Symbol für Geselligkeit und Entspannung. Ein Glas Wein zum Essen, ein Bier nach der Arbeit, ein Apéro unter Freunden – all das wird nicht nur akzeptiert, sondern oft auch erwartet oder aktiv gefördert. Gleichzeitig existiert eine andere Realität, die deutlich weniger sichtbar ist: Menschen mit problematischem Alkoholkonsum oder Abhängigkeit erleben nach wie vor starke Stigmatisierung. Sie sind angeblich «selbst schuld», gelten als willensschwach oder als Ausnahmeerscheinung in einer ansonsten «gesunden» Trinkkultur.

Diese Spannung – zwischen gesellschaftlicher Akzeptanz und individueller Stigmatisierung – ist kein Randphänomen, sondern ein zentrales Paradox im Umgang mit Alkohol. Der Weg von Menschen mit Alkoholabhängigkeit in die Abstinenz wird wegen der Omnipräsenz von Alkohol in unserer Gesellschaft zum Spiessrutenlauf. Die Spannung wird besonders deutlich, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse auf gesellschaftliche Gewohnheiten treffen, wie es aktuell in der Diskussion um die neuen Empfehlungen der WHO sichtbar wird.

Alkohol: Normalität mit blinden Flecken

Im Alltag wird Alkohol selten als gesundheitliches Risiko wahrgenommen. Anders als beim Rauchen gibt es keine breite gesellschaftliche Übereinkunft darüber, dass der Alkohol-

konsum grundsätzlich schädlich ist. Im Gegenteil: Moderate Mengen werden häufig als unproblematisch oder sogar gesund dargestellt – insbesondere mit Blick auf das Herz-Kreislauf-System.

Diese Wahrnehmung wurde lange Zeit auch durch wissenschaftliche Studien gestützt: Menschen mit leichtem bis moderatem Alkoholkonsum schienen eine geringere Sterblichkeit zu haben als Abstinente. Diese Interpretation hat sich tief ins kollektive Bewusstsein eingeprägt.

Heute zeigt sich jedoch ein differenzierteres Bild. Neuere Studien und methodisch strengere Analysen legen nahe, dass dieser – in älteren Beobachtungsstudien festgestellte – vermeintliche Vorteil zu einem grossen Teil durch Verzerrungen erklärbar ist. Werden solche verzerrenden Effekte berücksichtigt, verschwindet der scheinbare gesundheitliche Vorteil weitgehend. Übrig bleibt eine nüchterne Erkenntnis: Es gibt keinen belastbaren Beleg dafür, dass moderater Alkoholkonsum die Gesundheit fördert oder die Lebensdauer verlängert.

Diese Erkenntnis ist unbequem, weil sie einer tief verankerten kulturellen Erzählung widerspricht.

Die WHO-Empfehlung: Keine sichere Schwelle

Vor diesem Hintergrund hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre Botschaft zuge-spitzt: Es gibt keine Menge an Alkohol, die als gesundheitlich unbedenklich oder gar gesund bezeichnet werden kann. Diese Aussage ist

bewusst klar formuliert – und sie wurde entsprechend kontrovers aufgenommen.

Kritikerinnen und Kritiker werfen der WHO vor, zu pauschal zu argumentieren oder die positiven Effekte moderaten Konsums zu ignorieren und die geringen Risiken von moderatem Konsum zu dramatisieren. Insbesondere wurde auf Studien verwiesen, die eine differenzierte Betrachtung nahelegen, etwa die Lancet-Analyse von 2022, die zeigt, dass sich das gesundheitliche Gesamtrisiko je nach Alter und Kontext unterschiedlich darstellen kann.

Doch hier liegt ein zentraler Punkt, der in der öffentlichen Debatte oft untergeht: Diese Studien relativieren nicht die Risiken von Alkohol – insbesondere nicht das Krebsrisiko. Sie zeigen lediglich, dass bei der Betrachtung der Gesamtgesundheit verschiedene Risiken gegeneinander abgewogen werden müssen. Während etwa gewisse Herz-Kreislauf-Risiken bei moderatem Konsum in bestimmten Gruppen möglicherweise leicht reduziert erscheinen, steigen gleichzeitig andere Risiken bereits bei geringen Mengen – insbesondere für verschiedene Krebsarten.

Die Krebsrisiken bei sehr geringem Konsum mögen durchaus niedrig (wenn auch nicht null) und für eine gesunde, nicht vorbelastete Person angesichts der Gesamtrisiken im Leben von geringer Relevanz sein. Bei Menschen mit zusätzlichen Risikofaktoren für eine Krebserkrankung, zum Beispiel einer genetischen Vorbelastung, kann dieses geringe Risiko relevant werden.

Die von den Kritikerinnen und Kritikern häufig ins Feld geführten wissenschaftlichen Publikationen zu günstigen Effekten moderater Alkoholmengen auf das Herz-Kreislauf-Risiko erwähnen explizit, dass aufgrund der heutigen

Datenlage keine gesundheitlich unbedenkliche Alkoholmenge definiert werden kann (Consensus Report NASEM, 2025; American Heart Association Scientific Statement, 2025).

Die WHO-Empfehlung wird als Alkoholverbot dargestellt und im Gegenzug wird auf Selbstbestimmung gepocht. Das ist ein künstlich konstruierter Widerspruch. Solide wissenschaftlich basierte Empfehlungen sind das Fundament, auf dem die individuelle Entscheidung, ob und in welchen Mengen Alkohol zu konsumieren, idealerweise aufbaut.

Wissen und Widerstand

Warum stösst diese Botschaft auf so viel Widerstand? Ein Teil der Antwort liegt in der kulturellen Verankerung von Alkohol. Wenn etwas so stark in den Alltag integriert ist, wird jede Infragestellung schnell als Angriff wahrgenommen – nicht nur auf ein Verhalten, sondern auf den Lebensstil, den Genuss sowie die sozialen Praktiken.

Ein weiterer Grund liegt in der Art, wie wir über Risiko sprechen. Menschen sind bereit, Risiken zu akzeptieren – solange sie als kontrollierbar und sinnvoll erscheinen. Wir machen das jeden Tag, ohne viele Emotionen, sei es, wenn wir ins Auto steigen, Ski fahren oder in den Bergen wandern. Ein Glas Wein kann als bewusste Entscheidung, als Teil eines genussvollen Lebens, trotz eines gewissen Risikos, wahrgenommen werden. Doch hier scheint die Emotionalität in der Bevölkerung deutlich höher zu sein.

Gesundheitskommunikation bewegt sich stets in einem Spannungsfeld zwischen Vereinfachung und Differenzierung. Während die Wissenschaft komplexe, kontextabhängige

SCHWACH

... nur ein Glas



Aussagen macht, braucht die öffentliche Kommunikation klare Botschaften. Die WHO entscheidet sich bewusst für Klarheit – mit der Formel «kein risikofreier Konsum». Diese Klarheit wird jedoch von manchen als Vereinfachung oder gar als Übertreibung interpretiert.

Das eigentliche Tabu: Abhängigkeit und Stigma

Während über moderate Mengen kontrovers diskutiert wird, bleibt ein anderer Aspekt oft im Hintergrund: der Umgang mit Menschen, die beim moderaten Konsum die Kontrolle verlieren und eine Alkoholabhängigkeit entwickeln.

Hier zeigt sich die zweite Seite des gesellschaftlichen Paradoxons. Während Konsum normalisiert wird, wird Abhängigkeit individualisiert und moralisiert. Betroffene erleben häufig Schuldzuweisungen und soziale Ausgrenzung. Alkoholprobleme werden als persönliches Versagen interpretiert, nicht als gesundheitliche oder gesellschaftliche Herausforderung.

Dabei ist Alkoholabhängigkeit keine Randerscheinung. Sie entsteht nicht im luftleeren Raum, sondern innerhalb einer Kultur, die Konsum fördert und zugleich Risiken relativiert. Die Übergänge zwischen kontrolliertem und problematischem Konsum sind fließend und oft schwer erkennbar – sowohl für Betroffene, als auch für deren Umfeld.

Gerade deshalb ist Stigmatisierung problematisch. Sie erschwert es Betroffenen, Hilfe zu suchen, und verstärkt Isolation und Scham. Gleichzeitig trägt sie dazu bei, die gesellschaftliche Verantwortung auszublenden. Wenn das Problem beim Individuum verortet wird, bleibt die Rolle von Normen, Verfügbarkeit und kulturellen Erwartungen unsichtbar.

Ehrliche Information als Voraussetzung für Selbstbestimmung

In der Diskussion um Alkohol geht es letztlich nicht um Verbote oder Bevormundung, sondern um eine zentrale Frage: Auf welcher Grundlage treffen Menschen ihre Entscheidungen?

Selbstbestimmung setzt Wissen voraus. Wer sich für oder gegen Alkoholkonsum entscheidet, sollte dies auf Basis verlässlicher Informationen tun können – nicht auf Grundlage veralteter Annahmen oder selektiver Interpretationen von Studien.

Die aktuelle wissenschaftliche Evidenz ist in diesem Punkt klarer geworden: Alkohol ist ein Genussmittel mit gesundheitlichen Risiken. Diese Risiken beginnen nicht erst bei hohen Mengen, sondern nehmen kontinuierlich zu. Gleichzeitig gibt es keinen überzeugenden Beleg dafür, dass moderate Mengen gesundheitliche Vorteile bringen.

Das bedeutet nicht, dass jede Person auf Alkohol verzichten muss. Es bedeutet aber, dass Entscheidungen bewusst getroffen werden sollten – im Wissen um die tatsächlichen Risiken.

Fazit

Die Debatte um die WHO-Empfehlungen zeigt, wie schwierig es ist, wissenschaftliche Erkenntnisse in die gesellschaftliche Realität zu übersetzen. Sie macht aber auch deutlich, wie wichtig eine ehrliche, differenzierte Diskussion ist.

Ein zeitgemässer Umgang mit Alkohol erfordert beides: eine realistische Einschätzung der gesundheitlichen Risiken und einen respektvollen, nicht-stigmatisierenden Umgang mit Menschen, die Probleme entwickeln. Solange Alkohol als selbstverständlich gilt, und Abhängigkeit als individuelles Versagen, bleibt diese Balance schwer erreichbar.

Vielleicht liegt die Herausforderung gerade darin, beides gleichzeitig auszuhalten: dass Alkohol Teil unserer Kultur ist – und er Risiken birgt, die wir nicht länger beschönigen sollten.

Prof. Dr. med. Philip Bruggmann, Chefarzt Forschung & Medizinentwicklung, Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zürich



... gehört doch dazu

Tabus brechen durch Präventions-Workshops

Montagsmorgen, 8.30 Uhr, in einem Vorort von Zürich auf dem Parkplatz vor einem Schulhaus: Ich steige aus dem Auto und mache mich zusammen mit zwei Schauspielenden auf den Weg, um den Musiksaal zu suchen, in dem wir heute spielen werden.

Wir sind von Luzern aus gefahren. Unsere Kolleginnen und Kollegen sind bereits da. Sie sind aus Basel mit dem Transporter angereist und bringen das ganze Equipment vom Bühnenbild und der Technik. Wir, das sind Menschen, die für das Theaterkollektiv Reactor aus Basel arbeiten. Ein Netzwerk von rund 25 professionellen Theater- und Medienschaaffenden. Ich bin die Geschäftsleiterin von Reactor und arbeite hier seit zwölf Jahren als Theaterpädagogin, Projektleiterin, Regisseurin und Moderatorin.

Heute sind wir zu sechst in Zürich. Vier Schauspielerinnen und Schauspieler, ein Techniker und ich, die heute diese Aufführung vor rund 50 Sekundarschülerinnen und -schülern moderieren wird. Es ist eine besondere Form der Aufführung, nämlich ein Forumtheater. Dabei zeigen Schauspielerinnen und Schauspieler konfliktträchtige Szenen zu einem bestimmten gesellschaftlichen Thema, wie beispielsweise Suchterkrankungen. Die Zuschauenden können in das Spiel eingreifen und mit ihren Inputs den Handlungsverlauf verändern und weiterentwickeln. Als Moderatorin bilde ich das Bindeglied zwischen Ensemble und Publikum. Ich trete in einen interaktiven Diskurs mit den Zuschauerinnen und Zuschauern, stelle ihnen Fragen zum Geschehenen, höre mir ihre Vorschläge an und gebe Inputs an die Spielenden weiter, welche die Ideen direkt umsetzen. Und manchmal kommt auch eine

Person aus dem Publikum auf die Bühne und probiert ihre Idee gleich selbst aus. Die Methode des Forumtheaters wurde ursprünglich als Theater der Unterdrückten in den 1950er- und 1960er-Jahren vom Brasilianer Augusto Boal entwickelt und seither stets weiterentwickelt.

An diesem Morgen zeigen wir vier Situationen zu den Themen Belästigung, Mobbing, Homofeindlichkeit und Gewalt und das Stück heisst «Courage konkret». Auf der Bühne stehen sechs Metallwürfel, die zu drei Podien aufgebaut sind, auf den Stühlen liegen rote und grüne Karten. Gleich geht es los. Die Schülerinnen und Schüler werden an der Türe von unseren vier Spielenden aufgehalten. Willkürlich werden die einen bevorzugt

behandelt, die anderen benachteiligt. Ein paar können ihren Platz selbst aussuchen, die meisten werden platziert, einige Jugendliche setzen sich blitzschnell doch zu ihren Kolleginnen und Kollegen, sobald die Schauspielerin ihnen den Rücken zudreht. Die Stimmung ist aufgeladen. Verwirrung, Verunsicherung und hier und dort auch eine kleine Rebellion. Sobald alle sitzen, betrete ich die Bühne und stelle mich vor:

«Herzlich willkommen zu «Courage konkret». Heute geht es um das Thema Zivilcourage. Wo bringe ich mich ein, wo halte ich mich raus? Gibt es da richtig oder falsch? Mein Name ist Nina Halpern und ich werde für die nächsten 90 Minuten eure



Moderatorin sein. Ihr alle seid gerade eben auf eine bestimmte Art und Weise empfangen worden. Ihr alle habt eine rote und grüne Karte erhalten, die wir heute immer wieder benutzen, um eure Meinung abzufragen. Bitte zeigt die rote Karte, wenn ihr beim Empfang ein negatives Erlebnis hattet, und die grüne Karte, wenn ihr ein positives Erlebnis hattet.»

Die Karten sind zur Hälfte grün und zur Hälfte rot. Ich frage nach, wie sie den Einlass erlebt haben:

«Was war negativ für dich?», «Warst du froh über das Kompliment?», «Wie hättest du dir den Empfang denn gewünscht?», «Geht es jemanden etwas an, welche Schuhe du trägst?»

Ich nutze fürs Gespräch einen Mikrofonwürfel, den ich den Jugendlichen zuwerfe, und so komme ich spielerisch mit ihnen in Kontakt. Und schon sind wir mitten im Thema Diskriminierung und in der Diskussion über unterschiedliche Erlebnisse und was das alles mit uns macht. «Ich fand es nervig, dass der Mann sagte, dass mein Oberteil ihm nicht gefalle und dass ich deshalb noch nicht in den Raum durfte», «Sie meinte, ich sehe sehr sympathisch aus, das hat mich überrascht», «Er fragte mich, ob ich meine Schuhe nicht eher unmännlich finde». So reflektieren einige Teilnehmende ihr Erlebnis. Ich löse auf, dass der Einstieg zum Theater gehört und stelle vier Menschen vor, die heute ihre Geschichten mitbringen und gemeinsam mit dem Publikum bearbeiten möchten: Die Schülerinnen und Schüler setzen sich im Folgenden mit einem sexistischen Anmachspruch auseinander, der Amire auf die Nerven geht. Sie haben die Möglichkeit einen Mobbingfall von Hannah auf dem Pausenplatz mit ihrem Einbringen zu einem anderen Ende zu bringen. Sie unterstützen Ramon im Tram, der homofeindlich angegangen wird. Sie machen sich Gedanken, ob Eliah wirklich ein Feigling ist, wenn er vor einer Schlägerei davonrennt.

Nach 90 Minuten hoher Konzentration, viel Beteiligung und verschiedenen Meinungen, verabschieden wir uns und packen zusammen. Die Lehrpersonen bedanken sich, erwähnen, wie spannend es war, die Schülerinnen und Schüler mal so zu erleben, und erkundigen sich, ob es ok war, dass sie zum Teil so unruhig waren. Ich erkläre ihnen, dass wir die Schülerinnen und Schüler im Forumtheater nicht ruhig, sondern engagiert brauchen. Aufmüpfigkeit, Provokation, das alles gehört dazu und ist uns hundert-

mal lieber als Zuschauende, die ganz angepasst sind und lieber nichts sagen. Denn dann passiert meistens wenig auf der Bühne und vielleicht auch wenig im echten Leben.

Im Forumtheater haben die Zuschauenden die Möglichkeit, Dinge zu sagen und auszuprobieren, die sonst eben nicht so einfach erfahrbar gemacht werden können. Wir können zum Beispiel in die Köpfe der Figuren reinschauen und erleben, was sie denken und fühlen, aber nie laut aussprechen. Wir müssen auch aushalten, wenn andere nicht die gleiche Meinung vertreten und Dinge anders sehen. Die Beteiligten probieren eigene Ideen und sich selbst in einem geschützten Raum aus. Dieser Raum ist sehr wichtig, damit die Teilnehmenden sich nicht ausgestellt fühlen. Es braucht Mut, vor den eigenen Peers eine Meinung laut zu äussern und dann auch noch einen Vorschlag zu zeigen. Es ist eine Aufgabe, die wir bei Reactor sehr ernst nehmen, egal, ob wir Forumtheater oder Workshops veranstalten. Die interaktiven Formate zielen immer darauf ab, Menschen durch kreative und partizipative Methoden in ihrer Handlungskompetenz und Selbstwirksamkeit zu stärken. Wir fördern den Dialog zu gesellschaftlich relevanten Themen und ermöglichen eine Auseinandersetzung, die über die Theorie hinausgeht, weil sie direkt und ganz konkret erfahren wird. Das Spektrum der Themen reicht von Gewalt- und Suchtprävention über Konfliktkommunikation, Gesundheitsförderung und Genderfragen bis hin zu digitalen Medien und sozialen Netzwerken. Wir arbeiten mit Bildungsinstitutionen, Gesundheitseinrichtungen, Behörden und Firmen aus der Privatwirtschaft zusammen. Das Team von Reactor arbeitet seit vielen Jahren zusammen und entwickelt seine Angebote stetig weiter.

Durch die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Themenbereichen erhalten wir Einblicke in verschiedene Lebensrealitäten. Um diesen gerecht zu werden, arbeiten wir in der Vorbereitung auf ein neues Stück mit Fachpersonen zusammen. So zum Beispiel für das Forumstück «Kaufrausch», das Ursachen, Dynamiken und Folgen von Kaufsucht sichtbar macht. Die Erarbeitung erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung Prävention der Medizinischen Dienste des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt und dem Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. So verbinden wir die Expertisen vom jeweiligen Themenschwerpunkt mit unserer Expertise für die theatrale Umsetzung. Im Stück begleiten wir



Selina, Marvin und Marcy, die sich seit ihrer Jugend kennen. Zielgruppe sind Jugendliche. Sie erleben, wie Selina als Erwachsene beim Stehlen erwischt wird und machen einen Zeitsprung zurück in deren Jugendzeit. Dort sind erste Anzeichen für ein auffälliges Kaufverhalten sichtbar. Selina macht Schulden bei ihren Freunden und lügt ihre Mutter an. Das Publikum setzt sich mit dem eigenen Kaufverhalten auseinander und überlegt, wofür es Geld ausgibt. «Handy, Kleider, Gesichtspflegeprodukte, Gym» sind einige Beispiele. Die Menschen im Stück dienen als Stellvertretung für eigene Erfahrungen. Das hilft, um anhand der Figuren über schwierige Themen und eigene Unsicherheiten zu sprechen.

Eine Jugendliche erzählt, dass sie sich in die Rolle von Selina hineinversetzen kann. Sie hatte auch schon Streit mit ihren Eltern wegen vielen Zalando-«Päckli», die zuhause ankamen. Auch die Situation der Eltern trifft auf Verständnis «Ich kann verstehen, dass die Mutter sich Sorgen macht. Sie sollte ihrer Tochter einerseits vertrauen, aber auch nachfragen.» Ein anderer Schüler übernimmt die Rolle des besten Freundes. Er macht Selina Vorschläge, was sie tun könnte. «Ich finde, du solltest sagen, wenn du dir etwas nicht leisten kannst und es nicht einfach kaufen.» Es geht um das Thema Scham. «Was braucht Selina, damit sie sich auch wirklich traut, das zu sagen?» fragt die Moderation. «Sie braucht gute Freunde», so die Antwort aus dem Publikum. «Sie soll sich Hilfe holen.» – «Und wo holt sie sich diese Hilfe?» Wir versuchen bei solchen Themen immer auch die Brücke zu Fachstellen und Beratungsangeboten

zu schlagen, damit wir den Zuschauenden etwas an die Hand geben können. Auf Zettel schreiben die Jugendlichen einen Tipp für Selina auf: «Mach einen Budgetplan», «Wenn du unbedingt etwas kaufen willst, dann musst du halt sparen und nicht Geld ausleihen», «Sei ehrlich zu deinen Freunden», «Lass dich nicht beeinflussen», «Mach einen Plan, was du alles brauchst», «Such dir Menschen, denen zu vertraust», «Finde etwas, was dich wirklich glücklich macht». Zuletzt die Frage ans Publikum, was sie glücklich macht: Familie, Freunde, ein gesundes Leben haben, Musik hören, mit Kollegen rausgehen, Essen, Ferien. Die partizipative Auseinandersetzung mit der Thematik hilft den Jugendlichen, die eigenen Erfahrungen einzuordnen und gleichzeitig Wissen zu festigen – ohne sich selbst entblößen zu müssen.

Zurück zu unserem vollendeten Auftrag in Zürich. Ich steige wieder ins Auto und fahre mit meinen Kolleginnen und Kollegen heim nach Luzern. Nach so einem Morgen bin ich erschöpft und zufrieden. Von all meinen Arbeiten ist die Moderation die anspruchsvollste. Sie erfordert hohe Aufmerksamkeit, eine grosse Präsenz, Klarheit und Bereitschaft, den Menschen wertefrei zu begegnen. Was ich an der Arbeit als Moderatorin und Theaterpädagogin bei Reactor so schätze, ist nebst der Vielseitigkeit und den Begegnungen mit Menschen vor allem auch die grosse Überzeugung, eine sinnvolle Arbeit zu machen. Eine Arbeit, die hoffentlich zur gesellschaftlichen Stärkung beiträgt, die Tabus mutig aufzeigt und Denk- und Handlungsspielräume ermöglicht.

Nina Halpern, Geschäftsleitung Reactor

Stigmatisierung und alkoholbezogene Störungen bei geschlechtlich und sexuell diversen Menschen

Obwohl geschlechtliche und sexuelle Diversität in unserer Gesellschaft, in den Medien und im Gesundheitssystem zunehmend sichtbar geworden sind, erleben viele lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter* und queere Menschen weiterhin Stigmatisierung, Diskriminierung und strukturelle Benachteiligung. Diese Erfahrungen haben nicht nur soziale und psychische Folgen, sondern wirken sich auch auf das Risiko für problematischen Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen aus. Für Prävention, Beratung und Behandlung ist es deshalb entscheidend, Alkoholprobleme nicht losgelöst von den Lebensrealitäten geschlechtlich und sexuell diverser Menschen zu betrachten.

Zunächst ist eine begriffliche Unterscheidung wichtig: Die geschlechtliche Identität beschreibt das innere Erleben, einem bestimmten Geschlecht anzugehören. Sie ist von der sexuellen Orientierung zu unterscheiden, also davon, zu welchem Geschlecht oder welchen Geschlechtern sich eine Person romantisch, emotional oder sexuell hingezogen fühlt. Obwohl beides unterschiedliche Dimensionen menschlicher Identität betrifft, werden sie im gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskurs häufig gemeinsam verhandelt – nicht zuletzt, weil die betroffenen Gruppen eine gemeinsame Geschichte von Kriminalisierung, Pathologisierung und Ausgrenzung teilen.

Wie verbreitet sind Alkoholprobleme?

Die bisherige Forschung zeigt insgesamt recht klar: Geschlechtlich und sexuell diverse Menschen haben im Durchschnitt ein erhöhtes Risiko für problematischen Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen im Vergleich zu cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Personen. Das gilt sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene. Für trans* Personen berichten die bislang vorliegenden Studien – bei insgesamt begrenzter und methodisch heterogener

Datenlage – ein knapp dreifach erhöhtes Risiko für eine Alkoholgebrauchsstörung im Vergleich zu cisgeschlechtlichen Personen.

Auch bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen finden sich international konsistent höhere Raten. In einer US-bevölkerungsrepräsentativen Studie lag die Prävalenz der Alkoholgebrauchsstörung bei 17% unter heterosexuellen Erwachsenen, gegenüber 30% unter lesbischen, schwulen und bisexuellen Erwachsenen. Eine nicht-exklusive sexuelle Orientierung (z. B. bisexuell) ist hierbei mit höherem Alkoholkonsum und häufiger auftretendem problematischem Trinken verbunden als eine exklusive sexuelle Orientierung (z. B. hetero- oder homosexuell). In dieser und anderen Studien zeigt sich zudem ein bemerkenswertes Phänomen: Während Männer insgesamt häufiger eine Alkoholgebrauchsstörung aufweisen als Frauen, fallen die Unterschiede zwischen schwulen/bisexuellen und heterosexuellen Männern deutlich geringer aus als zwischen lesbischen/bisexuellen und heterosexuellen Frauen. Dass sich der in der Allgemeinbevölkerung übliche Geschlechterunterschied – höhere Prävalenzen bei Männern – in sexuellen Minderheiten abschwächt oder sogar umkehrt, wird in der Literatur als «Gender Paradox» bezeichnet.

Neben den höheren Prävalenzen fällt ausserdem auf, dass problematisches Trinken bei sexuell diversen Jugendlichen und jungen Erwachsenen oft früher beginnt. Zudem reduzieren sich die beobachteten Unterschiede im Risiko für problematischen Alkoholkonsum beziehungsweise alkoholbezogene Störungen mit zunehmendem Alter nicht im selben Ausmass wie in der Gesamtbevölkerung.

Das spricht dafür, dass nicht nur individuelle, sondern auch soziale und strukturelle Einflussfaktoren eine wichtige Rolle spielen. Dennoch handelt es sich hierbei nicht um homogene Gruppen: Je nach geschlechtlicher Identität, sexueller Orientierung, Alter und sozialer Lage zeigen sich unterschiedliche Belastungs- und Risikoprofile.

Minoritätenstress: Wenn Stigmatisierung krank macht

Ein zentraler Erklärungsansatz für das erhöhte Risiko problematischen Alkoholkonsums und alkoholbezogener Störungen bei geschlechtlich und sexuell diversen Menschen ist das sogenannte Minoritäten-Stress-Modell. Es beschreibt, dass Menschen aus stigmatisierten sozialen Minderheiten zusätzlich zu den allgemeinen Belastungen des Lebens spezifischem Stress ausgesetzt sind. Dieser entsteht etwa durch Diskriminierung, Abwertung, Gewalt, soziale Zurückweisung oder die ständige Erwartung, abgelehnt zu werden. Auch subtilere Erfahrungen – etwa feindselige Blicke, Mikroaggressionen oder die wiederholte Erfahrung, sich erklären zu müssen – können sich über die Zeit zu einer erheblichen Belastung aufsummieren.

Für geschlechtlich und sexuell diverse Menschen bedeutet das häufig, in vielen Lebens-

bereichen wachsam sein zu müssen: Ist dieser Ort sicher? Kann ich hier offen über mich und mein Privatleben sprechen? Muss ich mit Spott, Ablehnung oder gar Gewalt rechnen? Diese permanente Anspannung ist mit erhöhten Raten von Angst, Depression und Suizidalität verbunden.

Alkohol kann in diesem Zusammenhang kurzfristig entlastend wirken: Er dämpft Anspannung, erleichtert soziale Kontakte und kann schmerzhaft Gefühle zumindest vorübergehend in den Hintergrund rücken. Gerade darin liegt jedoch die Gefahr: Wenn Alkohol regelmässig genutzt wird, um mit Diskriminierungserfahrungen, Scham, Einsamkeit oder innerem Stress umzugehen, kann sich daraus leicht ein problematisches Konsummuster entwickeln. Alkohol wird dann zum Mittel der Selbstmedikation – mit langfristig oft erheblichen gesundheitlichen und psychosozialen Folgen.

Zu den äusseren Belastungen kommen häufig innere Prozesse hinzu. Menschen, die in einer hetero- und cisnormativen Gesellschaft aufwachsen, übernehmen nicht selten gesellschaftliche Vorurteile in ihr eigenes Selbstbild. Dies wird bei sexueller Orientierung als internalisierter Heterosexismus und bei trans* Personen als internalisierte Transnegativität beschrieben. Gemeint ist damit, dass gesell-

Es ist entscheidend, Alkoholprobleme nicht losgelöst von den Lebensrealitäten geschlechtlich und sexuell diverser Menschen zu betrachten.





schaftliche Abwertung nach innen wirkt: in Form von Scham, Selbstzweifeln, Selbstabwertung oder dem Gefühl, «nicht richtig» zu sein.

Solche internalisierten Belastungen sind klinisch hoch relevant. Sie gehen mit psychischer Belastung einher und können die Schwelle senken, Alkohol zur Emotionsregulation einzusetzen. Hinzu kommt, dass viele Betroffene versuchen, sich vor Ablehnung zu schützen, indem sie ihre geschlechtliche Identität oder sexuelle Orientierung verbergen, Situationen meiden oder sich anpassen. Dieses sogenannte Concealment kann kurzfristig Schutz bieten, ist langfristig aber oft mit erheblichem psychischem Druck verbunden. Wer dauerhaft damit beschäftigt ist, sich nicht zu verraten, lebt unter Spannung – und diese Spannung kann den Griff zum Alkohol begünstigen.

Mehrfachmarginalisierung verschärft das Risiko

Besonders belastend ist die Situation für Menschen, die nicht nur wegen ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität diskriminiert werden, sondern gleichzeitig weiteren Diskriminierungsformen ausgesetzt sind – etwa aufgrund von Rassismus, Armut oder Behinderung. Diese Perspektive wird unter dem Begriff Intersektionalität gefasst und macht deutlich, dass Diskriminierungsformen nicht einfach nebeneinanderstehen, sondern sich gegenseitig verstärken können. Für queere und trans* People of Color, für Menschen mit Behinderungen oder für Personen in prekären Lebenslagen bedeutet das häufig eine besondere Verdichtung von Stress und eingeschränktem Zugang zu niedrigschwelliger, passender und diskriminierungssensibler Hilfe. Alkoholprobleme können sich unter solchen Bedingungen leichter entwickeln und zugleich schwerer behandelt werden.

Suizidalität: Alkohol als Risikofaktor

Ein besonders sensibles Thema ist die Verbindung von Alkoholkonsum und Suizidalität. Queere und trans* Jugendliche und Erwach-

sene weisen im Vergleich zur heterosexuellen cisgeschlechtlichen Mehrheitsbevölkerung deutlich erhöhte Raten von Suizidgedanken und Suizidversuchen auf. Alkohol ist in diesem Zusammenhang doppelt relevant: zum einen als möglicher Ausdruck psychischer Belastung, zum anderen als Faktor, der Impulsivität erhöht, Hemmschwellen senkt und bestehende suizidale Krisen verschärfen kann.

Gerade bei jungen Menschen kann regelmässiger oder riskanter Alkoholkonsum deshalb ein Warnsignal sein, das nicht isoliert betrachtet werden sollte. Wo Alkohol im Kontext von Stigmatisierung, Ausgrenzung, Depression oder Selbstabwertung steht, sollte auch Suizidalität mitgedacht werden. Umgekehrt bedeutet das für die Versorgung: Alkoholbezogene Probleme lassen sich bei queeren und trans* Menschen oft nicht angemessen behandeln, wenn psychische Belastung, Identitätskonflikte oder Diskriminierungserfahrungen ausgeblendet werden.

Community, Schutzräume und Trinkkultur

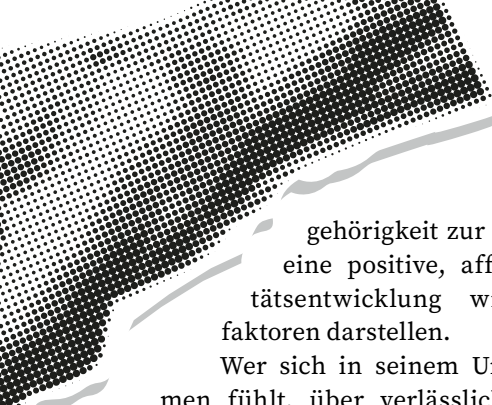
Neben individuellen Belastungsfaktoren auch soziokulturelle Kontexte eine Rolle. Bars und Clubs hatten historisch eine wichtige Bedeutung, insbesondere im Kontext der Lesben- und Schwulenbewegung, weil sie zu den wenigen Orten gehörten, an denen Gemeinschaft, Sichtbarkeit und politische Organisation möglich waren. Noch heute spielen sie für viele LSBTQIA+-Menschen¹ eine wichtige Rolle als soziale Treffpunkte und Schutzräume.

Gleichzeitig sind diese Räume häufig alkoholzentriert. Wo Zugehörigkeit, soziale Kontakte und Feiern eng mit solchen Orten verbunden sind, kann sich eine Trinkkultur etablieren, in der riskanter Konsum als normal oder zumindest wenig auffällig erscheint. Das ist kein spezifisch queeres Phänomen, bekommt in diesem Kontext aber besonderes Gewicht.

Was Resilienz stärkt

So wichtig es ist, Risiken zu benennen, so wichtig ist es auch, nicht defizitorientiert zu sprechen. Geschlechtlich und sexuell diverse Menschen sind nicht nur Belastungen ausgesetzt, sondern entwickeln auch vielfältige Formen von Resilienz. Forschung und klinische Erfahrung zeigen, dass soziale Unterstützung, Zu-

1 lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter* und queere Menschen



gehörigkeit zur Community und eine positive, affirmative Identitätsentwicklung wichtige Schutzfaktoren darstellen.

Wer sich in seinem Umfeld angenommen fühlt, über verlässliche Beziehungen verfügt und die eigene Identität nicht als Makel, sondern als selbstverständlichen Teil des eigenen Lebens begreifen kann, ist besser gegen die Folgen von Minoritätenstress geschützt. Community-Räume können deshalb eine doppelte Funktion haben: Sie können Umgebungen sein, in denen Alkohol leicht verfügbar und Konsum normalisiert ist – aber eben auch Orte von Solidarität, Anerkennung und Unterstützung. Entscheidend ist, diese Ambivalenz wahrzunehmen und gesundheitsförderliche Alternativen und Ergänzungen zu schaffen.

Was das für Prävention und Behandlung bedeutet

Für Prävention, Suchthilfe und psychosoziale Versorgung bedeutet das, alkoholbezogene Störungen bei geschlechtlich und sexuell diversen Menschen personenzentriert und kontextsensibel zu behandeln. Weder geschlechtliche Identität noch sexuelle Orientierung sind für sich genommen Erklärungen für problematischen Alkoholkonsum; zugleich können sie im Einzelfall relevant werden, wenn Diskriminierungserfahrungen, Minderheitenstress, psychische Belastung, Sicherheitsbedenken oder Barrieren im Hilfesystem die Entstehung, Aufrechterhaltung oder Behandlung der Problematik mitprägen. Ein erhöhtes Risiko auf Gruppenebene darf deshalb weder zu pauschalen Zuschreibungen noch zu vorschnellen identitätsbezogenen Erklärungen führen.

Daraus folgt die Notwendigkeit einer diskriminierungssensiblen und affirmativen Versorgung. Sie beginnt bei scheinbar kleinen Dingen: respektvolle Sprache, die korrekte Verwendung von Namen und Pronomen, offene statt voraussetzende Fragen zur Lebenssituation und ein sichtbar wertschätzendes Setting. Ebenso wichtig sind Fachkenntnisse über die spezifischen Lebenslagen queerer und trans* Menschen sowie die Bereitschaft, eigene Vorannahmen zu reflektieren.

Für viele Betroffene entscheidet sich schon in den ersten Minuten eines Kontakts, ob ein Hilfsangebot als sicher erlebt wird oder nicht. Darüber hinaus können spezifische oder

sichtbar inklusive Angebote den Zugang erleichtern. Nicht immer braucht es getrennte Strukturen, wohl aber Settings, in denen geschlechtliche und sexuelle Diversität selbstverständlich mitgedacht wird und keine zusätzliche Erklärungslast entsteht.

FAZIT

Stigmatisierung und Diskriminierung sind keine Randthemen, sondern zentrale Einflussfaktoren im Zusammenhang mit alkoholbezogenen Störungen bei geschlechtlich und sexuell diversen Menschen.

Das erhöhte Risiko für problematischen Alkoholkonsum lässt sich nicht mit «individuellen Schwächen» erklären, sondern muss vor dem Hintergrund von Minoritätenstress, Gewalt, sozialer Exklusion und strukturellen Barrieren verstanden werden. Zugleich zeigen Community, soziale Unterstützung und affirmative Identitätsentwicklung, dass Schutz und Resilienz möglich sind.

Ein zeitgemäßer Umgang mit alkoholbezogenen Störungen bei geschlechtlich und sexuell diversen Menschen braucht deshalb mehr als allgemeine Suchtmedizin. Er braucht Sensibilität für Vielfalt, Wissen über Minderheitenstress und einen klaren Blick für die Folgen von Stigma. Erst dann kann Versorgung wirklich passgenau, respektvoll und wirksam sein.

Inka Camilla Hiß, wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim



Stigmatisierung und Diskriminierung sind keine Randthemen, sondern zentrale Einflussfaktoren im Zusammenhang mit alkoholbezogenen Störungen bei geschlechtlich und sexuell diversen Menschen.

Wissen schafft Schutz – von klein auf stigmafrei dank Kinderbüchern



Menschen mit einer Suchterkrankung werden gesellschaftlich stark stigmatisiert. Eine Folge dieser Stigmatisierung ist, dass sich auch Eltern mit einer Suchterkrankung aus Scham und Angst, dass ihnen ihre Kinder weggenommen werden, keine Hilfe suchen und sie ihre Probleme verbergen. Studien zeigen, dass die Erziehungskompetenzen von Eltern mit problematischem Konsum weniger angemessen sind. Zwar sind sie sich ihrer Verantwortung bewusst, es fällt aber schwer, einen stabilen Tagesablauf und ein sicher organisiertes Zuhause zu bieten. Zudem kann die Fähigkeit, emotionale und soziale Signale von Kindern zu erkennen, und adäquat darauf zu reagieren, eingeschränkt sein. Dies hat teilweise zur Folge, dass ihre Interaktionen mit dem Kind instabil und unvorhersehbar sein können. Allerdings kann Elternschaft und der Wunsch, dem Kind ein positives Vorbild zu sein auch eine starke Motivation zur Verhaltensänderung oder zur Inanspruchnahme des Hilfesystems darstellen.

Wenn die Sucht zur Familienangelegenheit wird

Basierend auf der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 wird die Zahl der Kinder unter 15 Jahren, die in der Schweiz bei einem Vater oder einer Mutter mit riskantem Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen leben, auf rund 100'000 geschätzt. Rund zwei Drittel dieser Kinder dürften in einer Familie mit riskantem Alkoholkonsum leben, bei rund einem Drittel dieser Kinder würden die Eltern illegale Substanzen wie Cannabis, Kokain oder andere Drogen konsumieren.

Kinder aus suchtbelasteten Familien stehen vor vielfältigen Herausforderungen. Sie wachsen oft in einem angespannten Familienklima auf, das durch inkonsistente Beziehungen mit dem suchtbetroffenen Elternteil, sozialer Isolation und Geheimhaltung des Suchtproblems geprägt sein kann.

Kinder brauchen Wissen statt Schuldgefühle

Da die Sucht auch innerhalb der Familie nicht angesprochen werden kann, fehlt dem Kind das Wissen, um das Erlebte einordnen und verstehen zu können. Die Kinder geben sich in der Folge selbst die Schuld, dass im Familienleben etwas nicht stimmt. Sie stellen sich viele Fragen um das familiäre Geschehen, da sie dieses nicht verstehen oder falsch interpretieren. Werden die Kinder mit ihren Schuldgefühlen und Gedanken allein gelassen, oder übernehmen sie die negativen Zuschreibungen, die in den Augen der Gesellschaft mit einer Suchterkrankung einhergehen, verändert sich ihr eigenes Selbstbild. Dies kann – wie auch bei ihren Eltern – zu einem Prozess von Selbstabwertung, Rückzug und Hoffnungslosigkeit führen. Aus Loyalität gegenüber ihren Eltern übernehmen sie vielfach übermässige Verantwortung für die Eltern oder allfällige Geschwister. Diese Einschränkungen können für betroffene Kinder das Risiko stark erhöhen, später selbst psy-

chisch zu erkranken oder eine Suchterkrankung zu entwickeln.

Ausschlaggebend für die Gefährdung des Kindes ist nicht die elterliche Suchterkrankung per se, sondern das Zusammenspiel der Risiko- und Schutzfaktoren, denen das Kind ausgesetzt ist. Risikofaktoren können zum Beispiel das Verhalten des Elternteils mit einer Abhängigkeitserkrankung in Phasen des Konsums und der Abstinenz, ein hohes Bindungsbedürfnis des Kindes oder mangelnde Unterstützung und Kontrolle durch die Eltern sein.

Als zwei besonders wichtige Schutzfaktoren gelten im Gegenzug das Vorhandensein einer verlässlichen erwachsenen Bezugsperson sowie das Wissen der Kinder um die Erkrankung des betroffenen Elternteils. Durch dieses Wissen erfahren die Kinder Entlastung, haben weniger Ängste und Schuldgefühle und erleben sich als weniger hilflos, da sie die Situation und das Erlebte besser einordnen können. Zudem können sie dadurch stereotype negative Krankheitsbilder korrigieren und

sich so vor einer allfälligen Selbststigmatisierung schützen. Diese Faktoren können betroffenen Kindern wesentlich dabei helfen, Resilienzen aufzubauen, die sie vor dysfunktionalen Einflüssen der familiären Situation schützen, und ihnen trotz grossen familiären Belastungen eine gesunde Entwicklung ermöglichen.

Das Ansprechen einer psychischen Erkrankung ist nicht einfach und kann für Betroffene eine grosse Herausforderung darstellen. Psychische Erkrankungen und insbesondere eine Suchterkrankung sind für viele Menschen nach wie vor Tabuthemen. Der offene Dialog fordert von den betroffenen Personen ein gewisses Mass an Selbstreflexion über die eigene Erkrankung. Dabei geht es speziell bei Kindern oft gar nicht darum, die Erkrankung im Detail verständlich zu machen, sondern ihnen in einem ersten Schritt einfach zu erklären, dass die Sucht des Elternteils eine Erkrankung ist, an der sie als Kind weder schuld sind noch diese heilen können.

Kinderbücher als Türöffner für Gespräche

Ein hilfreiches Instrument für ein solches Gespräch können eigens dafür konzipierte Kinderbücher sein. Das Büchlein «Boby der Hund» zum Beispiel beschreibt die Erlebnisse eines kleinen Hundes mit einem Halter, der von einer Sucht betroffen ist. Der kleine Hund Bobby wird von seinem Herrchen, aufgrund von dessen Suchterkrankung, immer wieder zu füttern vergessen und erhält von ihm nicht die benötigte Aufmerksamkeit. Bobby beginnt die Schuld dafür bei sich selbst zu suchen und ist sehr belastet durch die Situation. Erst durch das Gespräch mit einem älteren befreundeten Hund lernt Bobby, was eine Alkoholabhängigkeit ist und dass nicht er daran schuld ist, dass es seinem Herrchen nicht gut geht und er sich zu wenig um ihn kümmert. Anhand dieser fiktionalen Geschichte können Kinder, die mit einem kranken Elternteil zusammenleben, einen Bezug zur eigenen Situation herstellen. Sie können so erkennen, dass sie über ihre Situation sprechen dürfen und dadurch Entlastung erfahren und Hilfe finden. Auch im Kinderbuch «Flaschenpost nach irgendwo» wird der angespannte Alltag in einer suchtblasteten Familie anhand einer Bildergeschichte beschrieben. In ihrer Verzweiflung über die Situation schreiben die beiden Kinder eine Flaschenpost mit ihren Sorgen und werfen sie in den Fluss. Ihr Hilferuf wird von einer Erzieherin gefunden. Die Kinder können sich in der Folge einer erwachsenen Vertrauensperson anvertrauen und so zu Unterstützung gelangen.



Kinderbücher können helfen, um Abhängigkeitserkrankungen in einem Gespräch zu thematisieren.

Über Kinderbücher mit betroffenen Kindern ins Gespräch zu kommen hilft, ihnen durch das Vermitteln von Wissen Entlastung zu verschaffen und Hoffnung zu geben. Sie können als Türöffner dazu dienen, dass Kinder über ihre Gefühle und Sorgen sprechen und sich jemandem anvertrauen können. Im Gespräch erfahren

Kinder, dass sie nicht schuld sind an der Erkrankung ihrer Eltern und dass sie das Recht haben, Kinder zu sein, ohne Verantwortung für ihre erwachsenen Angehörigen übernehmen zu müssen. Im Gespräch können auch weitere Themen aufgegriffen werden, die dem Kind Sorge oder Mühe bereiten. Sei dies der Wunsch nach einem geregelten und verlässlichen Familienalltag, der dem Kind Sicherheit gibt, dem Wunsch nach Aufmerksamkeit und Unterstützung, dem Gefühl, wichtig zu sein und geliebt zu werden bis hin zu einem «Notfallplan», der dem Kind aufzeigen kann, was es in einer Notsituation tun kann.

In den Augen von Kindern von Eltern mit einer Suchterkrankung sind ihre Eltern in erster Linie ihre Eltern. Auch wenn ihre Gefühle gegenüber den Eltern oft zwischen Enttäuschung und Zuneigung pendeln, lieben sie ihre Eltern und stehen diesen im Zweifelsfall loyal gegenüber. Umso wichtiger ist es, den Eltern wie den Kindern wertschätzend und akzeptierend gegenüberzutreten. Dies beginnt bereits bei der konsequenten Nutzung der Person-First-Sprache. Betroffene Personen sind eben nicht suchtkranke Eltern, sondern Eltern mit einer Suchterkrankung. Mit dieser Unterscheidung wird deutlich gemacht, dass nicht die Pathologie, sondern der Mensch, also die Person, im Vordergrund stehen soll. Allein schon diese vermeintliche Nuance in der Formulierung kann Raum für Kooperation und eine vertrauensvolle Beziehung öffnen und ist ein Mittel der Stigmareduktion.

Stigma abbauen – bei Eltern und Kindern

Wenn wir es schaffen, nicht nur Erwachsenen, sondern auch Kindern die Botschaft zu vermitteln, dass eine Sucht kein moralisches Versagen und weder die alleinige Schuld des Betroffenen noch seiner Angehörigen, sondern eine durch viele Faktoren beeinflusste bio-psycho-sozial begründete psychiatrische Erkrankung ist, verändert sich vielleicht mit der Zeit auch die gesellschaftliche Sicht auf diese Erkrankung. Dies würde es den Betroffenen künftig erleichtern, sich ohne Angst vor Stigmatisierung und frei von Scham zeitnah Unterstützung zu holen, sich behandeln zu lassen und somit auch ihr Umfeld von den negativen Auswirkungen zu entlasten.

Thomas Müller, Mitarbeiter Fachteam Staatsbeiträge und Projektmanagement Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Weitere Informationen zum Thema «Kinder von Eltern mit Suchterkrankung»



Kampagnenwebseite Sucht Schweiz:
kinder-eltern-sucht.ch



Informationsmaterial Sucht Schweiz:
shop.addictionsuisse.ch/53-kinder-von-eltern-mit-suchterkrankung



Webseite mamatrinkt.ch:
mamatrinkt.ch



Webseite für Eltern:
elternundsucht.ch



Webseite Kinderseele Schweiz:
kinderseele.ch





Tür an Tür – Leben in Nachbarschaft mit einer Suchthilfeinstitution

Das Interview mit Nico Andreani-Studer, ehemaliger Anwohner des Hauses Elim, und Christoph Studer, Vermieter der Liegenschaft neben dem Haus Elim, zeigt das Spannungsfeld zwischen den Begleiterscheinungen eines unmittelbar benachbarten Wohnheims für Menschen mit Suchterkrankungen und dem Wohlwollen sowie der Wertschätzung gegenüber der Institution und ihrer Arbeit. Im Gespräch wird ersichtlich, wie wichtig transparente Kommunikation sowie klare Verantwortlichkeiten für eine funktionierende Nachbarschaft sind und welche Rolle Stigmatisierung bei konstruktiven Lösungen spielen kann.

Nico Andreani-Studer und Christoph Studer, nehmen Sie allgemein betrachtet eine Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wahr?

N.A.-S.: Gefühlt nicht. Ich hatte eher das Gefühl, dass Wohlwollen vorhanden ist. Auch im Austausch mit anderen Mieterinnen und Mietern erkannten wir die Wichtigkeit der Institution. In den letzten Jahren hat sich die Situation verändert. Früher sassen die Personen vor dem Haus Elim herum und man konnte erkennen, dass diese dort wohnen. Mittlerweile sind die Personen auffälliger und aggressiver geworden. Ebenfalls habe ich in den letzten Jahren mehr Polizeieinsätze wahrgenommen. Das Bild geht vermehrt in eine negative Richtung.

C.S.: Es war nicht belustigend, sondern eher beelendend, wenn man die Personen gesehen hat. Man brauchte jedoch nie Angst zu haben. Sie hatten ihre Drogen, Heroin oder Methadon, aber es gab nie Schlägereien oder Ähnliches. Manchmal laute Musik. Zehn Jahre lang gab es praktisch keine Gewaltsituationen. In den letzten drei bis vier Jahren hat sich das verändert. Entsprechend schaut man automatisch anders auf diese Personen – auch wenn man die Personen oder die Situationen kennt. Es kommen Vorurteile oder Verhaltensanpassungen zum Vorschein, die weder für die suchtkranken Personen angenehm sind noch für uns lustig sind.

Erachten Sie ein Wohnheim explizit für suchtkranke Menschen als stigmatisierend?

C.S.: Grundsätzlich, wenn ein Wohnheim so geführt wird, dass man nebenan noch wohnen, leben und auch auch schlafen kann, ist dies eine gute Sache. Besser, als dass diese Personen sich auf der Strasse befinden. Es braucht solche Lösungen. Die Frage ist vielmehr, hat dies Platz in einem Wohnquartier, und wenn ja, was muss man unternehmen, damit das Zusammenleben möglich ist. Da hatten wir in letzter Zeit immer mehr grosse Fragezeichen.

N.A-S.: Ein Wohnheim an sich ist nicht stigmatisierend. Die Erfahrungen, die ich mit dem Wohnheim gemacht habe, sind stigmatisierend und traurig für die suchtkranken Menschen. Auch Ruhestörungen, wenn um drei Uhr nachts jemand zehn bis 30 Minuten herumschreit. Das sorgt für eine Art Stigmatisierung, bei der man sich sagt, so ein Heim möchte ich nicht haben. Sie brauchen entsprechende Regeln. Wenn diese nicht vorhanden sind oder nicht durchgesetzt werden, entwickelt sich eine negative Stimmung im ganzen Umfeld gegen diese Menschen.

C.S.: Das erzeugt eben fast schon einen «Hass». Man kann nicht mehr schlafen. Man kann die Wohnung fast nicht mehr vermieten.

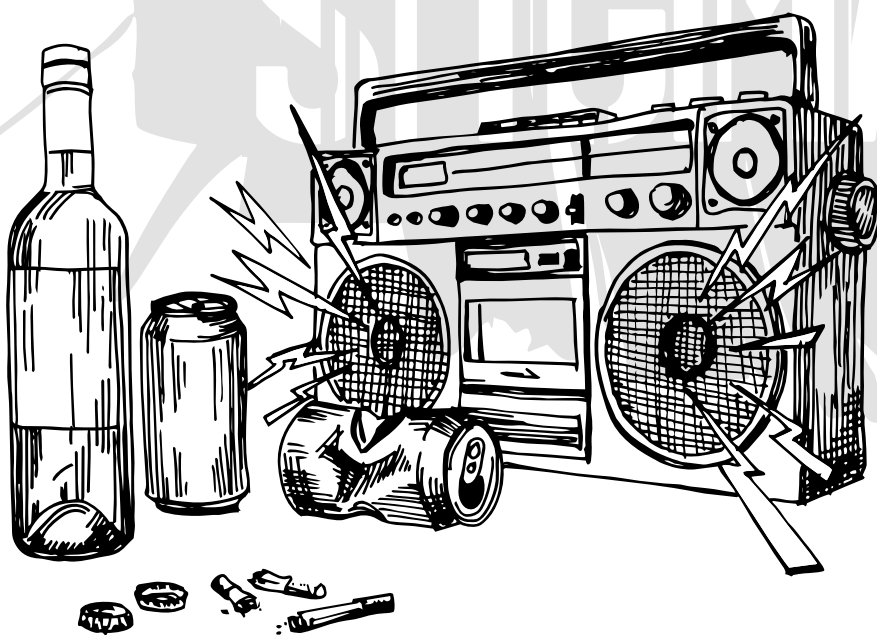
Der Wert der Liegenschaft sinkt. Das Haus hat eigentlich 30 bis 40% weniger Wert. Ich habe 30 bis 40% weniger hohe Mieten, die ich verlangen kann. Es ist einfach schlecht für alle.

Welche Auswirkungen hat die Nähe zu einem betreuten Wohnheim für suchtkranke Menschen auf Ihr Leben als Vermieter oder Anwohner? Welche Erfahrungen machen Sie oder haben Sie mit suchtkranken Menschen gemacht?

N.A-S.: Zum Beispiel liegt plötzlich jemand mit einer Spritze im Arm vor der Haustüre. Oder Spritzen, die in der Rabatte liegen, und Kinder, die nebenan in die Kita gehen. Das sind so Sachen, die man kennenlernt. Auch die andauernden Polizeieinsätze die dort stattfinden aufgrund von Gewalt. Man weiss genau, an welchen Tagen die Personen ihr Geld ausbezahlt bekommen. An dem Tag kann man viele Deals auf offener Strasse, bei Tageslicht, nebenan im Hof, direkt vor der Institution, beobachten. Das löst Unsicherheit aus.

C.S.: Vor Jahren, als die Drogenproblematik noch nicht so akut war, konnte ich jemandem sagen: «Hier ist ein Ladeneingang, magst du bitte rübergehen, hier hast du nichts zu suchen», was sie mühselig akzeptiert haben, aber schliesslich gingen sie weg. Das war nie ein Problem. Und heute soll man das nicht mehr machen. Die Leitung des Wohnheims hat uns mitgeteilt, dass wir die Personen nicht ansprechen sollen, da sie aggressiv reagieren und dies gefährlich sein könnte. Man solle jemanden holen.

«Es braucht solche Lösungen. Die Frage ist: Was braucht es für ein gutes Zusammenleben?»



Und wenn jemand vor Ort ist, schreiten sie eventuell ein.

N.A-S.: Auch Littering ist ein Problem. Sie konsumieren oder trinken Bier vor unserer Türe, insbesondere in den warmen Monaten. Jeden zweiten Morgen musst du Bierdosen vor dem Haus entfernen. Es gibt Schlimmeres. Hier nebenan hatten wir immer wieder Bewohner, die im Sommer ihre Fenster offen hatten. Um elf Uhr abends wurde Musik in einer Lautstärke gehört, bei der ich selbst bei geschlossenen

«Man muss einen gemeinsamen Weg finden.»

Fenstern und Türen mich nicht mehr in meiner Küche mit anderen unterhalten konnte. Dann haben sie auch Pornofilme so geschaut, dass alles hörbar war – als mein Neffe zu Besuch war. Positiv ist, dass es so so ein Wohnheim gibt, das diesen Menschen hilft und sie nicht im Park liegen. Das finde ich extrem positiv. Das ist wichtig.

Wie ist die Kommunikation mit dem Wohnheim?

N.A-S.: Sehr oft, wenn jemand draussen negativ auffiel, hiess es, dass es kein Bewohner von ihnen sei. Oder, der hat ein Problem mit jemanden, der bei uns ist. Ich habe ihnen mitgeteilt, dass es mir egal ist, ob diese Person aus ihrem Wohnheim stammt oder nicht. Wenn ich zuhause bin, und jemand bei mir ständig läutet, und draussen herumschreit, dann ist es meine Aufgabe, die Polizei zu verständigen und dafür zu sorgen, dass diese Person nicht mehr auftaucht.

C.S.: Die Verantwortlichen des Wohnheims sind die Personen, die diese Leute kennen. Wenn es Fremde sind, dann müssen sie die Polizei holen. Aber nicht wir, das ist nicht unser Job.

N.A-S.: Wir hatten sehr viel Kontakt zu Elim selbst. Auch als es schlimmer wurde, haben wir zuerst den Kontakt gesucht. Unser ganzes Haus war betroffen, und wir versuchten, konstruktive Lösungen zu finden. Wir haben Aspekte dargelegt, die verbessert werden könnten. Bezüglich Sicherheit hiess es entweder, dass sie das Budget nicht haben, es nicht möglich sei oder dass die Personen unter dem Behindertenschutzgesetz stehen würden. Das ist schwierig und auch nicht nachvollziehbar für die Bevölkerung rundherum.

C.S.: Das ist dieser Aspekt, der einfach schlecht ist – der für Anwohnende oder Vermieter fehlt. Für Sicherheit zu sorgen gehört zu diesem Job. Und ich habe dies auch schon an einer Sitzung gesagt. Es muss irgendeine Lösung geben, wenn das Heim im Zentrum der Stadt ist.

N.A-S.: Das Wohnheim hat uns selbst gesagt, dass sie aktuell mit der Situation überfordert sind. Wenn man zulässt, dass sie komplett am Limit laufen, dann kann ich absolut nachvollziehen, dass sie nicht mehr nachkommen und überfordert sind. Dann brauchst du aber jemanden, der dementsprechend klare Strukturen anbieten kann.

C.S.: Das ist ein wenig auch der Job des zuständigen Departements. Hier fliessen Millionen. Dann hat das Departement auch eine Aufsichtspflicht. Wenn Elim das nicht zu Stande bringt, zu wenig Ressourcen oder Personal hat, dann müssen diejenigen, die die Verantwortung und Aufsicht haben, einschreiten. Dass gesagt wird, das geht nicht, hier hat es eine Nachbarschaft, die immer reklamiert, die nicht mehr schlafen kann.

N.A-S.: Denn es ist wirklich schade für die kranken Menschen, die dort wohnen. Weil ich das Gefühl habe, so ein Wohnheim hat Platz, wenn es entsprechend geführt wird.

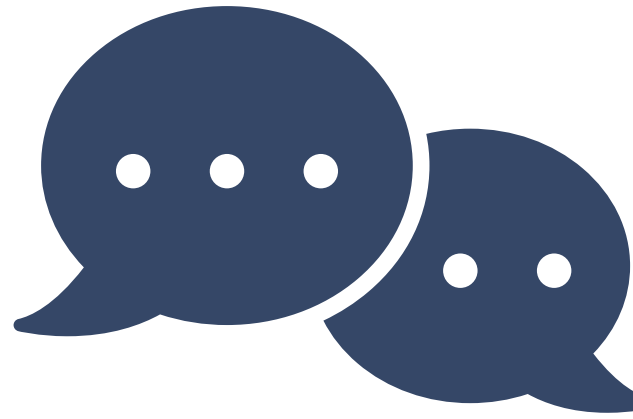
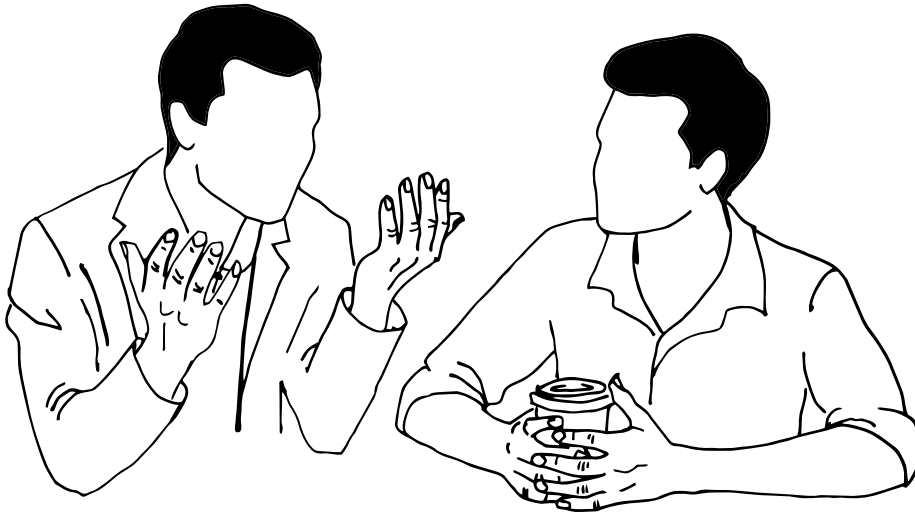
C.S.: Wir versuchen auch einen Schritt entgegenzukommen. Aber es kann nicht sein, dass nur wir Geld in die Finger nehmen und mit Verlust arbeiten müssen. Das Nachbarhaus hat sein Tor erneuert, nur damit Dealer und Konsumierende nicht mehr dorthin gehen. Und bei Elim hat es zwei Jahre gedauert, bis sie ihr Metalltor saniert haben.

N.A-S.: Nachdem wir es gemeldet hatten. Das Tor war mit unser Liegenschaft verbunden. In der Nacht sind immer mehr Personen in Rage geraten und haben am Tor gerüttelt, wenn sie nicht hineinkonnten. Wir sind im Bett gestanden.

C.S.: Manchmal hat man das Gefühl, dass die Interessen oder Wünsche der Suchtkranken wichtiger sind als die Bedürfnisse der Anwohnenden. Das ist etwas, was mich wütend macht.

N.A-S.: Irgendwann war für mich dann auch genug geredet. Dann bin ich an die Presse gegangen.

«Wenn man Angst hat, fängt man an zu stigmatisieren.»



Fühlen Sie sich ausreichend informiert über Abhängigkeitserkrankungen? An wen wenden Sie sich bei Fragen und Unterstützungsbedarf?

N.A.-S.: Grundsätzlich haben wir uns die Informationen selbst beschafft – auch dadurch, dass wir den Dialog gesucht haben. Ab und zu hat das Wohnheim einen Café-Treff organisiert. Einen Newsletter, den wir verlangt haben, haben sie nun eingeführt. Es gibt den Drogenstammtisch, zu diesem habe ich jedoch erst nachdem wir mit den Diskussionen angefangen hatten eine Einladung als Anwohner erhalten.

C.S.: Generell fühle ich mich schon gut informiert, weil ich auch viel Zeitung lese und Radio höre.

N.A.-S.: Wir haben uns auch schon direkt an die Abteilung Sucht gewendet, wenn wir Fragen hatten – auch sicherheitstechnische. Dann haben wir schnell Feedback erhalten, aber halt auch die Info, dass diesbezüglich kein Budget

vorhanden ist. Das ist ein wenig enttäuschend.

C.S.: Die Abteilung Behindertenhilfe konnte darlegen, dass es nicht einfach ist. Sie haben nicht nur dieses eine Wohnheim,

sondern überall Plätze, für die sie Finanzen brauchen. Die angefragte Person hat auch Verständnis für uns gehabt.

N.A.-S.: Da haben wir uns das erste Mal etwas ernst genommen gefühlt. Aber eine Anlaufstelle, bei der man Probleme ansprechen könnte, das ist nicht vorhanden. Oder wurde uns nicht kommuniziert.

Welche Massnahmen oder Handlungsansätze könnten aus Ihrer Sicht einer Stigmatisierung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung entgegenwirken?

N.A.-S.: Für mich ist es so, dass wenn genügend Sicherheitspersonal vorhanden ist, es Personen abschreckt, draussen irgendwelche Ausschreitungen anzuzetteln. Wenn es dadurch ruhiger wird, dann wird dies auch der Stigmatisierung der aggressiven, lauten Drogenabhängigen entgegenwirken. Für das muss einfach das Sicherheitsgefühl der Anwohnenden ernst genommen werden. Wenn dieses besser wird, wird automatisch die Stigmatisierung weniger negativ.

C.S.: Dem kann ich mich anschliessen. Wenn man sich gestört fühlt, belästigt oder Angst hat, dann fängt man an zu stigmatisieren. Dann fängt man an zu hassen. Und das ist ja genau das, was man nicht möchte. Wer die Möglichkeit hat, zieht irgendwann einfach aus. Und wer das nicht kann – aus finanziellen Gründen zum Beispiel –, der bleibt dort und muss das aushalten. Sie haben noch weniger Möglichkeiten oder die Fähigkeit, sich zu wehren.

Sind Sie in Ihrem Wohlbefinden oder Sicherheitsempfinden beeinträchtigt?

N.A.-S.: Es war nicht, oder nicht mehr, vorhanden. Es gab viele Bewohnende, die kein Problem waren. Es waren vielleicht «zwielfichtige Personen», aber nicht solche, die auf einen zugegangen sind. Man wurde auch konstant vor der Türe angesprochen, ob man nicht zwei Franken habe. Daran gewöhnt man sich auch.

C.S.: Solange man keine Angst hat und nicht beeinträchtigt wird, wenn man das Haus betritt, kann man das abtun. Aber wenn man Angst hat, nicht schlafen kann und alles dreckig ist, dann ist es zu viel. Es ist eine Frage des Aushaltens. Und wenn diese Personen in einem Wohnheim sind, in einem Haus, ist dies deutlich besser, als wenn sie irgendwo auf der Strasse verweilen.

N.A.-S.: Es war uns auch wichtig, das gegenüber Elim zu sagen. Wir sind nicht die Nachbarn, die nur reklamieren. Wir haben versucht, konstruktive Lösungen zusammen zu finden. Wir haben ihnen immer wieder gesagt, dass wir es wirklich gut finden, was sie in diesem Sinne machen.

«Wir sind nicht die Nachbarn, die nur reklamieren.»

C.S.: Es ist ein grosser Enthusiasmus vorhanden – auch mit dem christlichen Hintergrund, das hilft sicher. Da kann man den Hut ziehen und sagen: Super, was ihr hier leistet. Nur der Rahmen müsste noch stimmen. Es muss für alle stimmen. Man muss noch leben können.

N.A-S.: Für die Mitarbeitenden, für die Bewohnenden und für die Anwohnerinnen und Anwohner.

Werden Ihre Anliegen Ihrer Ansicht nach vom Kanton ernst genommen?

C.S.: Nicht wirklich. Wenn schon so eine Massierung im Kleinbasel ist, dann muss man auch das Geld in die Finger nehmen, um hier immer noch gut wohnen zu können. Diesbezüglich kann ich nicht sagen, dass ich mich ernst genommen fühle.

N.A-S.: Auf die Frage, weshalb denn kein durchgehender Sicherheitsdienst vorhanden sei, wurde mir geantwortet: «Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung stellen grundsätzlich kein erhöhtes Risiko für die Gesellschaft dar. Sie dürfen nicht aufgrund ihrer Krankheit diskriminiert oder benachteiligt werden.» Wenn wir schreiben, dass wir aktuell Angst haben hier in der Umgebung, weil so viel läuft und wir nicht mehr schlafen können, und das die offizielle Antwort ist, dann fühle ich mich nicht ernst genommen.

C.S.: Natürlich sind nicht alle süchtige Personen aggressiv. Trotzdem braucht es Securitas oder Nachtdienst. Auch wenn es nur zwei von 20 Personen sind.

Was wünschen Sie sich von der Bevölkerung in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung?

C.S.: An und für sich möchten wir, dass Verständnis gegenüber süchtigen Personen vorhanden ist. Es ist keine Lösung, wie gewisse Parteien darlegen, dass alle weggesperrt gehören. Es gibt suchtkranke Menschen. Man muss Verständnis haben und schauen, wie sie und wie wir leben können. Wir werden auch diskriminiert, wenn man unsere Wünsche nicht ernst nimmt, wenn wir nicht mehr schlafen können, wenn wir Angst haben müssen. Und wir sind in der Mehrzahl. Es sind hunderte von Personen, die um das Elim herum leben. Es ist ein Missverhältnis. Es kann nicht sein, dass 30 Personen das Leben von 500 Personen kaputt machen.

N.A-S.: Man muss einen gemeinsamen Weg finden.

Und welche Wünsche haben Sie an den Kanton?

C.S.: Ich gehe nun regelmässig zum Drogenstammtisch und da hört man nicht nur vom Elim, sondern auch vom Matthäusplatz und Dreirosen. Es gibt schon wahnsinnig viele negative Rückmeldungen. Das ist von dieser Seite her schon nicht so gut.

N.A-S.: Ich hoffe auch, dass man dem Elim hilft, mit dieser Herausforderung besser umzugehen. Ich wohne nicht mehr dort. Ich hoffe für die Anwohnenden, dass das Ganze sich bessert und das nicht einfach wieder auf die lange Bank geschoben wird – auch weil es vielleicht nicht mehr so Personen gibt, die mit dem Finger auf die Probleme zeigen. Das ist mir persönlich ein grosses Anliegen. Es gibt schöne kleine Läden, Cafés und Weiteres. Es ist eigentlich schade, dass ich nicht mehr dort wohne. Denn es ist ein grossartiges Quartier.

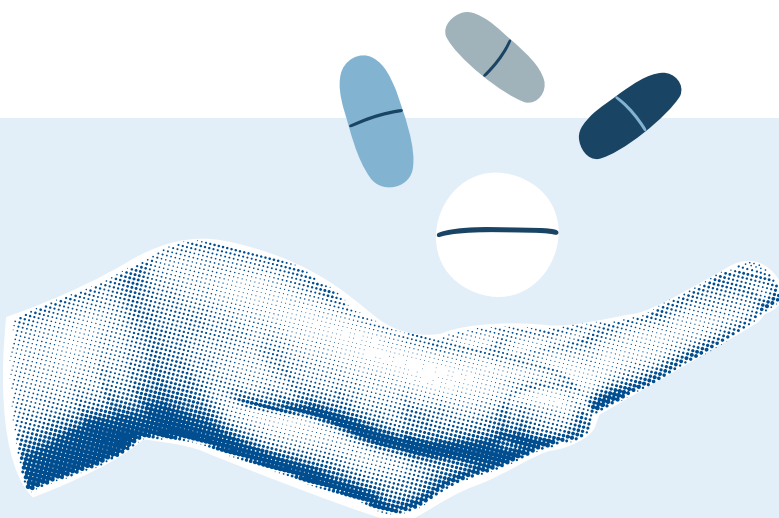
Interview: Manuel Hürlimann

«Ein Wohnheim an sich ist nicht stigmatisierend.»



«Medizinalisierung» der Suchtbehandlung

Dass Suchterkrankungen heute als psychische beziehungsweise als Verhaltensstörungen anerkannt sind, stellt einen entscheidenden Fortschritt dar. Lange wurden Betroffene vor allem moralisch beurteilt: als willensschwach, verantwortungslos oder selbst schuld.



Die medizinische Sichtweise auf Suchterkrankungen hat zu einer gewissen Anerkennung beigetragen und deutlich gemacht, dass Sucht eine behandelbare Erkrankung ist und dass Betroffene Anspruch auf Unterstützung haben.

Diese Anerkennung hat den Weg für evidenzbasierte Fortschritte geebnet. In der Forschung werden Medikamente entwickelt und geprüft, psychotherapeutische Verfahren angepasst und neue Behandlungsansätze untersucht. Bei Alkoholabhängigkeit stehen heute Medikamente wie Naltrexon oder Acamprosat zur Verfügung. Für Opioidabhängigkeit gehört die Behandlung mit Methadon, Buprenorphin oder retardiertem Morphin zu den wirksamsten suchtmittelmedizinischen Interventionen.

Auch die Psychotherapie hat von dieser medizinischen Anerkennung profitiert. Der Fokus liegt heute nicht mehr nur auf dem Konsum an sich, sondern darauf, die Mechanismen genauer zu verstehen, wie und wann Verlangen entsteht, welche Situationen besonders schwierig

sind und wie Patientinnen und Patienten damit umgehen können. Dazu gehören zum Beispiel Expositionsverfahren, bei denen Betroffene lernen, Konsumauslöser wahrzunehmen und auszuhalten, ohne automatisch zu konsumieren. Neue technische Möglichkeiten wie virtuelle Realität (VR) können solche Ansätze ergänzen. In einem geschützten therapeutischen Rahmen lassen sich typische Risikosituationen virtuell simulieren – etwa soziale Situationen, bestimmte Orte oder andere Auslöser, die Craving hervorrufen. Patientinnen und Patienten können dort üben, ihr Verlangen einzuordnen und Strategien zu entwickeln, um anders zu reagieren. Erste Studien und Übersichtsarbeiten, unter anderem von Taubin und Tsamitros, deuten darauf hin, dass solche VR-basierten Ansätze nicht nur beim Umgang mit Craving hilfreich sein könnten, sondern auch Stimmung, Angstsymptome und die Bindung an die Behandlung verbessern können.

Ebenfalls wurden neurobiologische Behandlungsansätze durch die medizinische An-



erkennung von Sucht möglich. Nicht-invasive Hirnstimulationsverfahren wie repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) werden heute bei verschiedenen Substanzgebrauchsstörungen untersucht, unter anderem bei Tabak-, Alkohol- oder Kokainabhängigkeit. Erste Studien zeigen Hinweise auf eine Reduktion von Craving und Konsum, besonders bei wiederholter Anwendung und gezielter Stimulation bestimmter Hirnregionen.

Suchtbehandlung wird individueller

Die medizinische Anerkennung von Suchterkrankungen hat auch dazu beigetragen, dass Behandlung heute weniger binär gedacht wird.

Lange stand die Frage im Zentrum: Abstinenz oder Rückfall?

Heute ist das Blickfeld erweitert. Im Vordergrund steht nicht nur der Konsum selbst, sondern die Frage, welches Leben eine Person führen möchte und welche hilfreichen Schritte dafür notwendig sind.

In der Behandlung werden deshalb gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten individuelle Lebensziele erarbeitet. Der Konsum wird dabei nicht ignoriert, aber er wird in diesen grösseren Zusammenhang gestellt. Erst dann stellen sich die Fragen, inwiefern bestimmte Konsummuster diese Ziele behindern und welche Veränderungen notwendig oder realistisch sind, um die gemeinsam definierten Ziele zu erreichen.

Patientinnen und Patienten werden auf dem Weg zur Entwicklung der nötigen Konsumkompetenzen – eigene Muster zu erkennen, Risiken besser einzuschätzen, Grenzen wahrzunehmen, gefährliche Situationen zu vermeiden und schrittweise einen höheren Grad an Kontrolle zu gewinnen – begleitet. Damit verschiebt sich die therapeutische Haltung. Menschen werden nicht nur an einem vorgegebenen Ziel gemessen, sondern darin unterstützt, realistische nächste Schritte zu definieren.

Dies ermöglicht eine Behandlung auf Augenhöhe. Im Sinne von Shared Decision Making wird Behandlung nicht einfach verordnet.



Optionen, Risiken und Ziele werden gemeinsam besprochen und die Präferenzen der Patientinnen und Patienten werden Teil der Behandlung. Reviews von Friedrichs und Fischer zeigen, dass viele Patientinnen und Patienten in der Suchtbehandlung aktiv in Entscheidungen einbezogen werden möchten und dass Shared Decision Making auch bei problematischem Substanzgebrauch und psychischer Komorbidität akzeptabel, machbar und klinisch sinnvoll ist.

Gerade die Opioidagonistentherapie (OAT) zeigt, wie wichtig die medizinische Anerkennung von Suchterkrankungen ist – und zugleich, wie widersprüchlich dieser Fortschritt bleibt.

Diese evidenzbasierte medizinische Behandlung ist eine der wirksamsten Interventionen in der Suchtmedizin.

Sie reduziert Mortalität, Infektionsrisiken und soziale Instabilität. Für viele Patientinnen und Patienten ist sie Voraussetzung dafür, wieder Zugang zu Gesundheit, Wohnen, Arbeit, Beziehungen oder psychosozialer Unterstützung zu finden. Sie wird als zentraler Standard ausdrücklich von der WHO als notwendige Behandlung («essential health service») gefordert, der in nationale Gesundheitssysteme integriert, zuverlässig finanziert und ohne Unterbrechungen zugänglich sein sollte.

Medizinischer Fortschritt und gesellschaftliches Stigma

Andererseits bleibt gerade diese Behandlung bis heute stark stigmatisiert und dieses Stigma beeinflusst ganz konkret, ob Menschen Hilfe suchen, annehmen und in Behandlung bleiben. Aktuelle Studien zeigen, dass dieses Stigma auf mehreren Ebenen wirkt. Carl et al. beschreiben, dass Stigmatisierung durch Gesundheitsfachpersonen häufig vorkommt und zur Unter-



versorgung mit OAT beitragen kann. Cernasev et al. zeigen in ihrer Übersicht, dass Opioidagonistentherapie von Patientinnen und Patienten nicht nur als medizinische Behandlung erlebt wird, sondern auch mit sozialen und strukturellen Hürden verbunden sein kann: Scham, organisatorische Belastungen und Erfahrungen mangelnden Respekts erschweren den Zugang. Wie aktuell dieses Problem bleibt, zeigt eine französische Studie von Pinhal et al. Fast zwei Drittel der behandelten Personen in einer Behandlung mit Methadon oder Buprenorphin berichteten ein mittleres bis hohes Mass an Selbststigma. Viele hatten zudem Stigmatisierung durch Gesundheitsfachpersonen erlebt; fast ein Drittel gab an, dass ihnen wegen ihrer Opioidabhängigkeit oder Behandlung schon einmal medizinische Versorgung verweigert wurde. Ein Viertel hatte aus Angst vor Stigmatisierung medizinische Hilfe aufgeschoben. Auch das soziale Umfeld spielt eine wichtige Rolle. Filiatreau et al. zeigen, dass negative Einstellungen von Familie, Peers und Öffentlichkeit Patientinnen und Patienten entmutigen, die Behandlung verzögern oder sogar zum Abbruch beitragen können.

Gerade deshalb ist die medizinische Anerkennung von ausserordentlicher Bedeutung. Sie verdeutlicht die Evidenzbasis der Behandlung und plädiert für eine klare gesundheitspolitische Haltung, die den Zugang zu notwendigen Medikamenten sichert.

Die Behandlung muss den ganzen Menschen erreichen

Aus medizinischer Sicht müssen psychiatrische Komorbiditäten in der Suchtbehandlung systematisch mitbehandelt werden, weil Depressionen, Angststörungen, Traumafolgestörungen, ADHS oder psychotische Symptome den Konsum häufig mit bedingen und den Verlauf

der Suchterkrankung beeinflussen. Umgekehrt können Substanzen psychische Symptome verstärken oder verdecken, sodass eine getrennte Behandlung oft zu kurz greift. Eine integrierte Behandlung ermöglicht, Craving, Rückfälle und Krisen besser zu verstehen und gleichzeitig die psychische Stabilität, Behandlungsbindung und Lebensqualität zu verbessern.

Sucht darf jedoch nicht als Gegensatz zum Sozialen verstanden werden, sondern als biopsycho-soziales Phänomen. Da Sucht eng mit sozialen Determinanten wie Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, Gewalt oder negativen Peer-Einflüssen verknüpft ist, reicht es nicht, den Konsum nur im Sprechzimmer zu adressieren. Eine moderne Suchtmedizin muss deshalb als interdisziplinäre Klammer fungieren: Sie verbindet Medizin, Pflege, Psychotherapie, Sozialarbeit und Peer-Arbeit. Erst durch aufsuchende und niederschwellige Angebote, die dort ansetzen, wo Menschen leben, werden reale Auslöser sichtbar und Veränderungen möglich. Suchtmedizin behandelt so nicht nur den Konsum, sondern unterstützt Menschen dabei, sich wieder Orte, Beziehungen und Lebensperspektiven aufzubauen, auf die sie sich zubewegen können.

Am Ende darf Suchtmedizin nicht beim Rezept oder dem Symptom stehen bleiben. Wahre Fortschritte messen wir nicht nur an Laborwerten oder der Stabilität der OAT, sondern daran, ob wir das Stigma aus der Behandlung nehmen und den Menschen wieder in die Mitte der Gesellschaft holen.

Die konsequente Verbindung klinischer Interventionen mit den sozialen Lebensbedingungen der Patienten transformiert den Behandlungsansatz: Der Fokus verlagert sich von einer rein symptomatischen Stabilisierung hin zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität. Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten nicht primär auf einen konsumfreien Zustand zu reduzieren, sondern gemeinsam die Voraussetzungen für eine reale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu schaffen. Unter dieser Prämisse agiert Suchtmedizin nicht mehr nur als Instrument der Schadensminderung, sondern als integriertes Versorgungsmodell, das medizinische Evidenz mit lebensweltlicher Unterstützung verknüpft – auf Augenhöhe und mit einem klaren Blick auf die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der zu behandelnden Menschen.

PD Dr. med. Louise Penzenstadler, leitende Ärztin,
Service d'addictologie, Département de psychiatrie,
Hôpitaux Universitaires Genève



Sucht – zwischen Scham, Stigmatisierung und ambulanter Pflege

Wenn ich an meine Jahre als diplomierter Pflegefachmann in der ambulanten Pflege denke, erinnere ich mich vor allem an Situationen, in denen Sucht zunächst kein sichtbares Thema war. Meist ging es um wiederholte Stürze, Unsicherheiten bei diversen Verrichtungen des Alltags, zunehmende Vergesslichkeit oder eine zunehmende Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Erst im Verlauf der pflegerischen Behandlung zeigte sich in Alltagssituationen, dass Alkohol oder Medikamente stärker beteiligt waren, als es zu Beginn den Anschein hatte. Diese Beobachtungen und Erfahrungen haben mir deutlich gemacht, wie subtil und unauffällig Sucht im Alter auftreten kann – und wie sehr die Scham der oder des Betroffenen das offene Gespräch erschwert.

Sucht im Alter hat viele Gesichter

Während bei jüngeren Menschen häufig auffälliges Verhalten oder soziale Probleme im Vordergrund stehen, ist Sucht im Alter oft wesentlich subtiler. Behörden und Fachstellen wie das Bundesamt für Gesundheit, Sucht Schweiz und Infodrog weisen seit Jahren darauf hin, dass

insbesondere Alkohol sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel im höheren Lebensalter besondere Risiken bergen (Bundesamt für Gesundheit [BAG] 2024; Sucht Schweiz, o.J.; Infodrog, 2016). Im realen Leben zeigt sich problematischer Konsum häufig in alltäglichen Gewohnheiten: ein Glas Wein zum Mittagessen, ein abendlicher Aperitif oder ein Schlafmittel, das ursprünglich nur kurzzeitig angedacht war. Über Jahre hinweg werden solche Muster kaum hinterfragt und manifestieren sich im Leben des oder der Betroffenen.

Hinzu kommt die altersbedingte Veränderung des Körpers, die sich sowohl in Bezug auf den Stoffwechsel als auch in der Medikamentenwirkung zeigt. Alkohol und Medikamente wirken stärker oder länger und Symptome wie Müdigkeit, Gangunsicherheit oder Konzentrationsschwierigkeiten werden schnell dem Alter zugeschrieben, obwohl sie auch mit dem Konsum zusammenhängen können (Infodrog, 2016). Für Pflegefachpersonen entsteht dadurch eine Grauzone, die zum Alltag gehört: Man sieht und spürt, dass etwas nicht stimmt, aber es lässt sich nicht sofort einordnen.

Zwischen alltäglicher Gewohnheit und zunehmender Abhängigkeit

Die Übergänge zwischen Gewohnheit, Bewältigungsstrategie und Abhängigkeit sind wie so oft auch im Alter fließend. Viele Menschen trinken seit Jahrzehnten regelmässig, ohne je als suchgefährdet gegolten zu haben. Andere entwickeln erst im höheren Lebensalter ein problematisches Konsumverhalten. Belastende und einschneidende Lebensereignisse wie der Verlust eines Partners, chronische Schmerzen, gesundheitliche Einschränkungen oder zunehmende Einsamkeit können den Alltag stark verändern. Was zunächst als kurzfristige Entlastung dient, kann sich schrittweise verfestigen.

In den vielen Gesprächen sowohl mit Betroffenen als auch mit Kolleginnen und Kollegen wurde deutlich, dass hinter dem Konsum oft mehr steckt als die Substanz selbst: Trauer, Einsamkeit, Überforderung oder das Gefühl von Wertlosigkeit und nicht mehr gebraucht zu werden. Wer nur auf den Konsum blickt, übersieht leicht den Kontext und die Lebensgeschichte dahinter.

Zwischen Offenheit und Verdrängung – Scham als grosse Hürde

Eine Herausforderung, die wohl allen Kolleginnen und Kollegen besonders häufig begegnet, ist die Scham. Viele Menschen der heutigen Seniorengeneration sind in einer Zeit aufgewachsen, in der psychische Belastungen und Suchterkrankungen kaum offen angesprochen wurden. Auch die Plattform Alter und Sucht beschreibt diese Generationenprägung als wichtigen Einflussfaktor (Alter und Sucht, 2024). Probleme galten als Privatsache, und Unterstützung wurde oft erst spät in Anspruch genommen und als Schwäche gesehen.

Hinzu kommt die Angst, die eigene Autonomie und Selbstständigkeit ganz zu verlieren. Eine grosse Anzahl der Betroffenen befürchtet, dass ein offenes Gespräch über Alkohol oder Medikamente dazu führen könnte, dass andere über ihr Leben bestimmen.

In der alltäglichen Arbeit zeigt sich das häufig indirekt: Alkoholflaschen werden vor Besuchen oder den pflegerischen Einsätzen entsorgt, Medikamenteneinnahmen heruntergespielt oder Beschwerden anders erklärt. In diesem Kontext entsteht der Eindruck, dass Gespräche weniger am Thema Sucht scheitern als an der Angst vor den damit verbundenen möglichen Konsequenzen.

Stigmatisierung und ihre Folgen

Neben der persönlichen Scham spielt auch gesellschaftliche Stigmatisierung eine Rolle. Obwohl Abhängigkeitserkrankungen heute als gesundheitliche Probleme verstanden werden, erleben Betroffene weiterhin Vorurteile und Bewertungen (WHO, 2023).

Kein Mensch möchte auf eine Erkrankung reduziert werden. Viele haben ein Leben lang Verantwortung getragen, Familien gegründet und so weit wie möglich ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben geführt. Die Vorstellung, als Belastung wahrgenommen zu werden, widerspricht ihrem Selbstbild. Daher gehören Angehörige ebenfalls zu den Betroffenen: Unsicherheiten, Schuldgefühle und Überforderung sind häufige Themen, die in diesen Situationen bei den Angehörigen sichtbar werden. Eine Frage, die immer und immer wieder folgt, welche Warnsignale wurden zu spät erkannt, gesehen und benannt.

Auch wir Fachpersonen als Menschen sind Teil dieser Gesellschaft. Unsere Haltung entsteht nicht automatisch. Sie entwickelt sich durch unsere Erziehung, kulturelle Einbettung,



Erfahrung, Reflexion und die Bereitschaft, die eigenen Meinungen und Sichtweisen immer wieder zu hinterfragen.

Die besondere Rolle der Spitex in der ambulanten Versorgung

Die ambulante Pflege und insbesondere die Spitex hat eine besondere Stellung im Umgang mit dem Thema Sucht. Wir begleiten Menschen in ihrem Zuhause, dort, wo ihr tägliches Leben stattfindet. Dadurch werden Veränderungen sichtbar, die in diversen anderen kurzen Kontakten oft unbemerkt bleiben.

Gleichzeitig bewegen wir uns in einem sensiblen Spannungsfeld: Wir sind Gäste! Wir können beobachten, Fragen stellen und Unterstützung anbieten, aber die Entscheidung über das eigene Leben bleibt bei unseren Kundinnen und Kunden.

Daher ist eine professionelle Beziehungsgestaltung zentral. Gespräche über unerwünschtes Verhalten entstehen selten beim ersten Kontakt. Vertrauen und Offenheit entstehen langsam und benötigen Zeit, um tragfähig zu werden. Erst wenn unsere Kundinnen und Kunden spüren, dass sie ernst genommen und nicht bewertet werden, können sie sich öffnen.

Herausforderungen im Spitex-Alltag

Meist entspricht die Realität nicht dem Ideal: Zeitdruck, komplexe, herausfordernde Pflegesituationen und organisatorische, administrative Anforderungen prägen den Alltag. Für längere Gespräche bleibt oft wenig Raum. Gleichzeitig benötigen Themen wie Scham, Einsamkeit oder problematisches Konsumverhalten Zeit und Vertrauen.

Teamsitzungen, Fallbesprechungen und sowohl persönlicher als auch fachlicher Austausch sind deshalb unverzichtbar. Erst durch die verschiedenen Perspektiven und Erfahrungswerte aller Kolleginnen und Kollegen entsteht ein vollständiges Bild. Fachstellen wie Infodrog betonen zudem die Bedeutung von Weiterbildung und Sensibilisierung im Umgang mit Suchterkrankungen im Alter für Fachpersonen (Infodrog, 2016).



Fazit

Sucht im Alter ist weit mehr als eine Frage des Konsumverhaltens. Scham, gesellschaftliche Vorurteile und die persönliche Angst vor dem Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie prägen den Umgang mit der Problematik oft stärker als das Konsumverhalten selbst.

Sowohl meine eigenen als auch die Erfahrungen meiner Kolleginnen und Kollegen in der ambulanten Pflege haben gezeigt, dass hinter problematischem Konsumverhalten häufig Geschichten von Verlust, Einsamkeit, Schmerzen oder Überforderung stehen. Wer nur auf das Konsumverhalten blickt, wird den Menschen und ihren Geschichten nicht gerecht.

Die Stärke der Spitex in der ambulanten Pflege liegt in ihrer Nähe zum Alltag. Sie ermöglicht es, Veränderungen früh zu erkennen und Beziehungen aufzubauen, die schwierige Gespräche überhaupt erst ermöglichen. Fachinformationen von Infodrog sowie der Fachplattform Alter und Sucht weisen auf die Bedeutung kontinuierlicher Beziehungen und einer frühzeitigen Begleitung hin.

Ein respektvoller und wertfreier Umgang bleibt eine der wichtigsten Grundlagen professioneller Pflege.

Stigmatisierung und Sexarbeit

Die Fachstelle Aliena berät, begleitet und informiert seit 25 Jahren Frauen, die im Basler Sexgewerbe tätig sind, waren, sein möchten oder sich beruflich neu orientieren wollen. Aliena engagiert sich für die Verbesserung von deren Lebens- und Arbeitsbedingungen und setzt sich für ihre Rechte und gegen ihre soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung ein.

FREUND*INNEN

FAMILIE

ARBEIT

Im folgenden Beitrag möchte ich aus der Praxisperspektive die gesellschaftliche Sicht auf das Thema

Sexarbeit aufzeigen, sowie auf den Einfluss der erlebten, erwarteten und verinnerlichten Stigmatisierung eingehen. In Gesprächen merke ich schnell: Jede Person hat eine Meinung zum Thema Sexarbeit, obwohl anscheinend niemand eigene Erfahrungen als oder mit Sexarbeiter*innen gemacht hat. So verwundert es kaum, dass Sexarbeit in gesellschaftlichen und politischen Debatten und in den Medien meist tendenziös beschrieben wird. Dabei gibt es gängige Diskurse, die sich stets wiederholen:

- Moralisierend, wie beispielsweise in der Frage der gesetzlichen Regulierung, zwischen Entkriminalisierung und Abschaffung der Prostitution.
- Polarisierend zwischen Konstruktionen handlungsunfähiger Opfer und selbstständiger Huren.
- Sexualisierend in medialen Darstellungen, die Bilder von leicht bekleideten Frauen oder Körperteilen verwenden.

- Nationalisierend, da häufiger auf migrantische Sexarbeiter*innen rekurriert wird.
- Heteronormalisierend, da cis-weibliche Sexarbeiterinnen im Fokus stehen und andere geschlechtliche Identitäten kaum bedacht werden.

Die Soziale Arbeit als Akteurin im prostituierten Feld kritisiert die genannten Perspektiven. Durch die Erfahrungen im Feld wird der Sozialen Arbeit eine machtvoll Position und eine besondere Verantwortung zugeschrieben. Die Sicht von Sexarbeiter*innen auf ihre Arbeits- und Lebensrealitäten wird meist, wenn überhaupt, einzeln porträtiert, und die Vielfältigkeit im Sexgewerbe rückt dabei leider oft in den Hintergrund.

Hier stellt sich eine zentrale Frage: Warum bleiben die Menschen, die es direkt betrifft, oft im Hintergrund? Die Stigmatisierung von Sexarbeit sehe ich als einen zentralen Faktor hierfür.



BEHÖRDE

Stigmatisierung im Kontext Sexarbeit

Definiert man Stigmatisierung als einen Prozess, bei dem Menschen aufgrund bestimmter Merkmale abgewertet, ausgegrenzt oder diskriminiert werden, so ist das entscheidende Merkmal bei Menschen im Sexgewerbe ihre Arbeit. Gleichzeitig kommen teils weitere Aspekte wie Herkunft, Geschlecht, Aufenthaltsstatus oder Suchtmittelabhängigkeit hinzu, die sich in Form von Mehrfachdiskriminierung verstärkend auswirken können.

Studien machen deutlich, dass Stigmatisierung und Diskriminierung, unabhängig von staatlichen Regulierungssystemen, alltägliche Erfahrungen für Sexarbeiter*innen sind. P.G. Maciotis Ansicht nach geht die Stigmatisierung auf alte Zuschreibungen von guten und schlechten Frauen, von Huren und Heiligen, zurück und zeigt sich bis heute in einem Ausdruck von Verachtung und Entmündigung. Dieses Stigma trifft Sexarbeiter*innen in unterschiedlicher Weise und ist laut Macioti massgeblich für die

Bewertung von Sexarbeit im Gegensatz zu anderen Lohnarbeiten verantwortlich.

Im Beratungsalltag von Aliena zeigen sich verschiedene Formen von Stigmatisierung: Die erlebte, die erwartete und die internalisierte Stigmatisierung. Mit Beispielen aus unserer Beratungstätigkeit möchte ich aufzeigen, wie sich diese Formen der Stigmatisierung zeigen.

Erlebte Stigmatisierung umfasst konkrete Erfahrungen von stigmatisierendem oder diskriminierendem Verhalten:

«Ich war am Schalter in der Bank. Als die Angestellte meine Anschrift in der Webergasse gelesen hat, hat sie mich von oben bis unten gemustert. Danach hat sie mit ihrem Kollegen getuschelt.»

«Auf dem Polizeiposten habe ich die mir widerfahrene Straftat geschildert, um Anzeige zu erstatten. Der Kommentar des Polizisten: Tja, das ist halt so im Milieu.»

«Abmachungen werden von Kunden nicht eingehalten. Beispiele sind: Termin buchen und nicht erscheinen, sich nicht an die vereinbarten Dienstleistungen halten, nicht bezahlen wollen, gemeinsamen Drogenkonsum fordern. Die Vorstellung ist, dass ich keine eigenen Rechte und Grenzen mehr habe, wenn mir Geld bezahlt wurde.»

Viele Sexarbeiter*innen erzählen uns von negativen Erfahrungen. Diese seien ein Grund, weshalb sie nicht mit ihren Freundinnen und Freunden sowie Familienmitgliedern über ihre Arbeit sprechen. Je nach Einbindung in Beziehungsgeflechte sind sie gefordert, ständig ein Stigma-Management zu betreiben: Wem erzähle ich, womit ich mein Geld verdiene? Nenne ich die Sexarbeit in meinem Lebenslauf? Wem vertraue ich meinen echten Namen oder meinen Wohnort an? Wer könnte mir mit den persönlichen Daten schaden, z.B. mit einem Outing, oder mich damit sogar erpressen?

Für die Sozialarbeitenden bei Aliena bedeutet dies, einen sensiblen Umgang zu entwickeln. Begegnungen sind durch Akzeptanz und Wertschätzung geprägt. Uns ist es wichtig zu verdeutlichen, dass wir niemanden aufgrund der Arbeit verurteilen, abwerten oder darauf reduzieren. Wir bieten anonyme Beratungen an und sprechen unsere Klient*innen in der Regel mit Vornamen an – ob es der amtliche oder fiktive Name ist, spielt für uns keine Rolle. Wenn für die Problemlösung eine Triage notwendig ist, besprechen wir, inwiefern wir ihre Arbeit

offenlegen dürfen oder nicht. Wir sind ebenfalls gefordert, das Stigma-Management der Klient*innen mitzudenken.

ERLEBT

Die **erlebte Stigmatisierung** führt aus unserer Erfahrung oftmals dazu, dass Sexarbeiter*innen

- die Sexarbeit nicht öffentlich machen.
- sich verschiedene Lebensgeschichten zu rechtlegen und es belastend sein kann, diese über lange Zeiträume aufrechtzuerhalten. Das Doppelleben macht Sexarbeiter*innen verletzlich für Erpressungen oder Abhängigkeiten.
- eine Angst entwickeln, erneut von Diskriminierung, Ausgrenzung oder Ablehnung betroffen zu werden und deshalb potenzielle Situationen vermeiden.

ERWARTET

Erwartete Stigmatisierung beschreibt die Angst vor Ablehnung und Ausgrenzung:

«Ich glaube, ich habe eine sexuell übertragbare Infektion. Falls das Testergebnis positiv ist, möchte ich auf keinen Fall zu meinem Hausarzt zur Behandlung. Ich möchte die Sexarbeit nicht offenlegen. Habt ihr Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten, die mich diskret behandeln könnten?»

«Ich bleibe maximal zwei Monate in Basel. An meinem Arbeitsort trinken wir viel Alkohol mit den Kunden. Ich will zusätzlich zur Sexarbeit nicht noch als Süchtige gesehen und behandelt werden.»

In der Schweiz wird Prostitution rechtlich als Arbeit bewertet. Jedoch wird Sexarbeit gesellschaftlich weitestgehend wie oben aufgezeigt nicht als «ehrbarer Beruf» anerkannt und ist in manchen Herkunftsländern von Sexarbeiter*innen verboten. Dies führt dazu, dass vermutlich kaum jemand auf die Frage «Was machst du beruflich?» antwortet: «Ich bin Sexarbeiter*in.» Die Sorgen beim Offenlegen der Arbeit sind in der Schweiz – ausser für Sans-Papiers – nicht die rechtlichen Konsequenzen, sondern vielmehr die Angst davor, erneut anders behandelt, ausgegrenzt und abgewertet zu werden.

Die erwartete Stigmatisierung kann Auswirkungen haben auf:

- den Zugang zu Gesundheitsversorgung, Angebote im sozialen Bereich, der Suchthilfe und zum Rechtssystem. Schwingt die Angst vor Stigmatisierung mit, wird der Zugang erschwert beziehungsweise gar nicht erst gesucht. Die Bereitschaft sinkt, Gewalterfahrungen anzuzeigen und Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Dies kann dazu führen, dass Sexarbeiter*innen durch die soziale Exklusion ihre Rechte nicht wahrnehmen und sich dadurch in einer vulnerablen Position befinden.
- die Beziehungsgestaltung zu vertrauten Menschen wie z.B. Familie sowie Freundinnen und Freunden. Belastende Situationen in der Arbeit werden nicht geteilt, dadurch fällt ein Ventil für Entlastung durch offenes Erzählen und Teilen weg.
- die psychische Belastung, insbesondere verstärkt durch Mehrfachdiskriminierung von z.B. Sexarbeit und Drogenkonsum.

Ebenfalls kann sie zu einem sozialen Rückzug oder zu einem Rückzug in die Beziehungen innerhalb des Sexgewerbes führen.

Internalisierte Stigmatisierung (Selbststigmatisierung) meint, dass Sexarbeiter*innen die negativen gesellschaftlichen Bewertungen wie beispielsweise «unmoralisch», «wertlos» oder «Opfer» übernehmen und verinnerlichen.

INTERNALISIERT

Die Erfahrung in unserer Arbeit zeigt, dass auch wenn Sexarbeit das Anwerben mit gezielt sexualisierten Texten und Bildern beinhaltet, es nicht allen Sexarbeiter*innen leichtfällt, im Beratungssetting über ihre Arbeit und Themen im Zusammenhang damit zu sprechen. Vielmehr erleben wir immer wieder, dass sich Personen dafür schämen:

- zu sagen, dass sie in diesem Bereich arbeiten.
- wenn sie uns bei der aufsuchenden Arbeit nackt die Tür öffnen.
- über herausfordernde Situationen mit ihren Kunden zu sprechen.

Eine Klientin berichtet: «Der Kunde wollte nach der Dienstleistung nicht bezahlen. Ich habe es nicht geschafft, ihn zu überzeugen. Vielleicht habe ich die Einnahmen nicht verdient, da ich nicht professionell war.»



Internalisierte Stigmatisierung kann erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, das Selbstbild, das Wohlbefinden und Verhalten haben. Im Beratungssetting sehen wir eine Vielzahl von Folgen:

- Scham- und Schuldgefühle.
- Ein geringes Selbstwertgefühl, starke Selbstzweifel und eine negative Selbstwahrnehmung.
- Angst vor Ablehnung oder Outing bis hin zu depressiven Symptomen oder Angststörungen.
- Gefühle sozialer Isolation und Einsamkeit.
- Konsum von Suchtmitteln oder Psychopharmaka als Bewältigungsstrategie.

Wichtig ist mir, damit zu schliessen, dass nicht alle Sexarbeiter*innen ihre Arbeit gleich erleben. Während manche ihre Arbeit als selbstbestimmte, ermächtigende Erwerbstätigkeit betrachten, ist sie für andere Mittel zum Zweck und eine Option unter sehr begrenzten Wahlmöglichkeiten, um sich finanziell abzusichern. Entsprechend unterschiedlich kann auch das Erleben und der Umgang mit Stigmatisierung sowie die empfundene Belastung sein.

Eine zusätzliche Belastung kann der Umgang mit Suchtmitteln und Abhängigkeiten sein. Insbesondere, wenn Sexarbeiter*innen an einem Arbeitsplatz im Sexgewerbe sind, an dem Suchtmittel immer verfügbar sind und Einnahmen wegfallen können, wenn man zum gemeinsamen Konsum mit Kunden nicht bereit ist. Hier spielt die Frage, wie sehr jemand auf das Geld oder diesen Arbeitsort angewiesen ist, eine grosse Rolle.

Wie nun also mit Stigmatisierung umgehen? Mögliche Lösungsansätze

Auf **gesellschaftlicher Ebene** werden Lösungen häufig in rechtlichen Modellen, die Sexarbeit regeln sollen, gesehen. In den Begegnungen berichten Sexarbeiter*innen oft, dass der legale Rahmen in der Schweiz für sie eine Sicherheit darstellt. Deshalb sprechen wir uns gegen Modelle aus, die den Kauf sexueller Dienstleistungen verbieten möchten. Wir unterstützen Modelle, die regulierend eingreifen, um die Arbeitssituation von Sexarbeiter*innen nachhaltig zu verbessern.

Auf **sozialarbeiterischer Ebene** braucht es spezialisierte Angebote für Sexarbeiter*innen, die stigmatisierungssensible Orte ermöglichen. Das Stigma-Management ist mitzudenken, um ein ungewolltes Outing zu vermeiden. Empowernde Angebote sind ein wichtiges Element, um internalisierter Stigmatisierung zu begegnen. Das Beratungssetting bietet die Chance, über Erlebtes sprechen zu können, positive Erfahrungen mit einer Institution zu machen und einen Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung zu finden.

Auf **individueller Ebene** lohnt es sich für jede Leserin und jeden Leser, eine Auseinandersetzung mit den eigenen Bildern und Vorurteilen über Sexarbeit zu haben, einvernehmliche Sexarbeit nicht mit der Straftat Menschenhandel gleichzusetzen und die Beweggründe für Sexarbeit differenziert in ihrer Vielfalt zu betrachten. Ausserdem soll Sexarbeiter*innen als Menschen begegnet und die Person nicht auf ihre Arbeit reduziert oder exotisiert werden.

Das Zusammenspiel der drei genannten Ebenen wird Stigmatisierung im Kontext Sexarbeit wahrscheinlich leider nicht verschwinden lassen, kann jedoch einen wichtigen Beitrag leisten, um die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Sexarbeiter*innen deutlich zu verbessern.

Hanna Lindenfelser, Geschäftsleiterin und psychosoziale Beraterin,
Aliena Fachstelle für Frauen im Sexgewerbe

Unterstützung und weiterführende Informationen

Verschiedene Fachstellen bieten Informationen und Unterstützung für Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum oder einer Verhaltenssucht, ihre Angehörigen, Arbeitgeber sowie für Fachpersonen.

Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

Die Abteilung Sucht bietet Beratung bei Problemen mit psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Cannabis, Kokain usw.). Ebenfalls bietet sie Unterstützung bei Verhaltenssuchten.

Abteilung Sucht

Malzgasse 30, 4001 Basel
Tel. 061 267 89 00
abteilung.sucht@bs.ch
www.bs.ch/gd/sucht

Abteilung Prävention des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

Die Abteilung Prävention ist Ansprechpartnerin für verschiedene Themen rund um Gesundheitsförderung und Prävention. Sie entwickelt, unterhält und koordiniert zahlreiche Angebote, die der Gesundheit der Bevölkerung zugutekommen.

Abteilung Prävention

Malzgasse 30, 4001 Basel
md@bs.ch
Tel. 061 267 45 23
www.bs.ch/gd/md/praevention

Blaues Kreuz/MUSUB beider Basel

Das Blaue Kreuz bietet Beratung und Unterstützung zum Thema Alkohol und Sucht.

Die Multikulturelle Suchtberatungsstelle (MUSUB) bietet Beratung und Begleitung für fremdsprachige Erwachsene und Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum und Verhaltenssuchten.

Blaues Kreuz/MUSUB beider Basel

Peter Merian-Strasse 30, 4052 Basel
www.mituns.ch

Blaues Kreuz	MUSUB beider Basel
Tel. 061 261 56 13	Tel. 061 273 83 05
basel@mituns.ch	musub@mituns.ch

www.jugendschutzbasel.ch/home

Beratungszentrum der Suchthilfe Region Basel

Das Beratungszentrum bietet Information und Unterstützung bei allen Fragen rund um Sucht. Im Speziellen zu Geldspiel- und Internetsucht, illegalen Drogen wie Cannabis oder Partydrogen sowie fachspezifische Dienstleistungen im Bereich der Schuldenberatung.

Suchthilfe Region Basel – Beratungszentrum

Mülhauserstrasse 111, 4056 Basel
Tel. 061 385 22 00
beratungszentrum@suchthilfe.ch
www.suchthilfe.ch

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der UPK Basel bietet ein spezialisiertes Beratungs- und Behandlungsangebot für Personen, die aufgrund eines problematischen Substanzkonsums oder einer Verhaltenssucht unter Beeinträchtigungen leiden.

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE)

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel
Tel. 061 325 51 11
info@upk.ch
www.upk.ch

Kostenlose Online-Beratung zu Suchtfragen

www.safezone.ch

Die Internetplattform bietet anonyme und kostenlose Information und Beratung bei Fragen zu Verhaltenssuchten, Suchtmitteln und Suchtproblemen.

www.suchtschweiz.ch

Die Internetplattform bietet Informationen und Fakten zu verschiedenen Verhaltenssuchten sowie Substanzen mit einer Vielzahl von Infomaterialien. Fragen können telefonisch, per E-Mail oder über die Webseite gestellt werden.

Selbsthilfe

Zentrum für Selbsthilfe:

www.zentrumselbsthilfe.ch

Anonyme Alkoholiker (AA)

www.anonyme-alkoholiker.ch

Narcotics Anonymous (NA)

www.narcotics-anonymous.ch

Al-Anon Familiengruppen

www.al-anon.ch

