

LANDESSTRATEGIE SUCHT

Sucht- und Drogenpolitik in Berlin

BERLIN



INHALT

Vorbemerkung zu Sprache und Entstigmatisierung	2
1 Einleitung	3
2 Situationsbeschreibung	3
2.1 Ausgangslage in Berlin	3
2.2 Prävalenzen	4
2.3 Gesundheitliche und gesellschaftliche Folgen	7
2.4 Sucht- und Drogenpolitik in Berlin bis heute	9
3 Strategieentwicklung	11
3.1 Delphi-Bericht	11
3.2 Partizipativer Prozess	11
4 Berliner Landesstrategie Sucht	12
4.1 Politische Grundhaltung	12
4.2 Handlungsfelder	15
4.2.1 Gesamtgesellschaftliche Anliegen	16
4.2.2 Prävention	17
4.2.3 Schadensminimierung (Harm Reduction)	19
4.2.4 Beratung, Behandlung, soziale Teilhabe und Selbsthilfe	21
4.2.5 Repression - Gesetzgebung, Angebotsreduzierung und Strafverfolgung	24
4.2.6 Querschnittsaufgaben	25
4.2.7 Öffentlichkeitsarbeit	28
4.2.8 Forschung	30
5 Rahmenbedingungen	31
5.1 Finanzierung und Absicherung	31
5.2 Qualitätsmanagement	32
6 Nächste Schritte	33
Glossar	34
Literaturverzeichnis	38

Vorbemerkung zu Sprache und Entstigmatisierung

Sprache prägt, wie wir gesellschaftliche Phänomene wahrnehmen, bewerten und welche Handlungsspielräume sich dadurch eröffnen. Das gilt in besonderem Maße auch für die Themenbereiche Konsum und Abhängigkeitserkrankungen. Worte können entlasten oder verletzen, Zugehörigkeit schaffen oder Ausgrenzung verstärken. Eine reflektierte, entstigmatisierende Sprache ist daher die Grundlage der Berliner Landesstrategie Sucht. Sie soll dazu beitragen, gesellschaftliche Stigmata abzubauen, Selbstbestimmung zu stärken und allen Menschen den gleichberechtigten Zugang zu Unterstützung, Behandlung und Teilhabe zu ermöglichen.

Die Landesstrategie orientiert sich an den Empfehlungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS 2023a) und der Deutschen Aidshilfe (DAH 2023) für einen wertschätzenden Sprachgebrauch. Statt stigmatisierender oder pathologisierender Formulierungen werden neutrale Bezeichnungen wie „Personen mit Suchterfahrung“ oder „Menschen mit Substanzkonsumstörung“ verwendet. Um die Lesbarkeit zu erhöhen, werden auch Begriffe wie „Konsumierende“, „Suchterkrankung“ oder „Abhängigkeitserkrankung“ eingesetzt – stets wertneutral.

Im Sinne einer diskriminierungssensiblen und inklusiven Sprache wird bewusst auf eine zweigeschlechtliche Schreibweise (z. B. „Klientinnen und Klienten“) verzichtet. Stattdessen werden geschlechtsneutrale Formulierungen wie Menschen, Fachkräfte, Beschäftigte oder Einrichtungen verwendet. Diese Entscheidung dient der sprachlichen Sichtbarkeit aller Geschlechter; alle Menschen – unabhängig von Geschlechtsidentität und Selbstausdruck – sind gleichermaßen gemeint.

Die bewusste Wahl von Sprache ist ein Beitrag zu einer diskriminierungssensiblen, inklusiven und gesundheitsfördernden Gesellschaft.

Soweit in dieser Strategie von Konsum, Konsumformen oder Konsumrisiken die Rede ist, umfasst dies – je nach Kontext – sowohl den Konsum psychoaktiver Substanzen als auch Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (z. B. Glücksspiel, digitale Medien- und Internetnutzung).

1 Einleitung

Der Konsum psychoaktiver Substanzen sowie verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankungen stellen eine komplexe gesellschaftliche Herausforderung dar. Sie wirken sich nicht nur auf die Gesundheit von einzelnen Menschen aus, sondern berühren auch Fragen sozialer Teilhabe und Gerechtigkeit, öffentlicher Ordnung und sozialer Infrastruktur. Die Ursachen und Folgen von Abhängigkeitserkrankungen sind vielschichtig. Sie entstehen im Zusammenspiel individueller Faktoren (z. B. genetische Veranlagung, psychische Belastungen), substanz- bzw. verhaltensbezogener Merkmale (z. B. Verfügbarkeit, Suchtpotenzial) sowie sozialer und umweltbezogener Bedingungen (z. B. gesellschaftliche Normen, Familie oder Peergroup). Dieses Zusammenspiel wird häufig im sogenannten Suchtdreieck beschrieben. Um dieser Komplexität angemessen zu begegnen, bedarf es eines kohärenten und evidenzbasierten politischen Rahmens.

Mit der vorliegenden Landesstrategie Sucht wird ein solcher Rahmen für das Land Berlin geschaffen. Sie bündelt fachliche Leitlinien und strategische Zielsetzungen, um die Sucht- und Drogenpolitik der kommenden Jahre zielgerichtet weiterzuentwickeln. Grundlage bilden sowohl aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse als auch Erfahrungen aus Praxis und Verwaltung. Die Strategie orientiert sich inhaltlich an den vier bundesweit etablierten Handlungsfeldern der Sucht- und Drogenpolitik – Prävention, Schadensminimierung, Beratung und Behandlung sowie Angebotsreduzierung und Repression – und erweitert diese um weitere für Berlin relevante Aufgabenbereiche.

2 Situationsbeschreibung

2.1 Ausgangslage in Berlin

Berlin wächst – zuletzt auf rund 3,9 Millionen Menschen – und wird sozial sowie gesundheitlich heterogener. Substanzkonsum, exzessive Verhaltensweisen und Abhängigkeitserkrankungen sind dabei kein Randgruppenphänomen, sondern betreffen Menschen in allen sozialen Milieus und Lebensphasen – oft zunächst unauffällig, weil Konsum und bestimmte Verhaltensweisen in vielen Kontexten gesellschaftlich akzeptiert oder sogar erwartet wird. Gleichzeitig verschärfen psychische Belastungen, migrationsbedingte Belastungsfaktoren, soziale Ungleichheit, Wohnungsmangel und steigende Lebenshaltungskosten in bestimmten Gruppen die Risiken und die Folgen problematischer Konsummuster. Dort häufen sich oft Substanzkonsum, Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankungen, soziale Exklusion und unsicherer Aufenthaltsstatus. Gleichzeitig prägen kulturelle Vielfalt, internationale Mobilität und ein ausgeprägtes Nachtleben die Stadt, in dem bestimmte Substanzen sozial normalisiert sind. Freizeit- und Partykontexte – etwa mit Stimulanzien oder Chemsex – sind hier von Bedeutung. Es besteht ein Bedarf an lebensweltorientierter Prävention und passgenauen Unterstützungsangeboten. Für bestimmte Gruppen

(z. B. queere Menschen, People of Color, Sexarbeitende oder Personen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus) bestehen zugleich Zugangsbarrieren; eine diskriminierungssensible Ausrichtung ist hier zentral.

Neben stoffgebundenen Störungen zeigen sich deutlich auch verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankungen, die u. a. mit der digitalen Transformation einhergehen – wie etwa pathologische Nutzung digitaler Medien- und Onlineangebote. Digitale Medien können zudem durch Werbung, Influencer:innen und andere reichweitenstarke Kommunikationsformen zur Normalisierung des Konsums legaler und illegaler Substanzen sowie problematischer Verhaltensweisen beitragen und damit insbesondere junge Menschen erreichen. Mit digitalen Märkten und Lieferwegen beschleunigt sich zudem die Verfügbarkeit etablierter und neuer psychoaktiver Substanzen; insbesondere synthetische Cannabinoide, synthetische Opioide (z. B. Nitazene, Fentanyl) und Cathinone bergen aufgrund variabler Zusammensetzungen und hoher Potenz besondere Risiken. Sichtbarer Konsum im öffentlichen Raum – in Parks, an Bahnhöfen oder Unterführungen – verschärft das Spannungsfeld zwischen Ordnung und Versorgung. Erforderlich sind daher abgestimmte Lösungen von Gesundheitswesen, Ordnungsbehörden, Polizei und zivilgesellschaftlichen Trägern, die zugleich Schutzräume für konsumierende Menschen sichern und die Lebensqualität für alle im Stadtbild wahren.

Schließlich führt die dezentrale Struktur mit zwölf Bezirken zu unterschiedlichen Versorgungsrealitäten. Um stadtweit eine vergleichbare Qualität zu gewährleisten, braucht es eine verbindliche Koordination, eine systematische Kommunikation, gemeinsame Standards und überbezirkliche Strategien – sowie ein lernfähiges System, das flexibel auf neue Trends und Bedarfe reagieren kann.

2.2 Prävalenzen

Im Folgenden wird die aktuelle Verbreitung des Konsums verschiedener Substanzen und suchtassoziierten Verhaltensweisen unter Berücksichtigung verfügbarer Berliner Daten, ergänzt durch bundesweite Zahlen, dargestellt. Berlin weist teils deutlich höhere Konsumprävalenzen für verschiedene Substanzen auf als der Bundesdurchschnitt.

Alkohol

Alkohol ist die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. In Berlin hatten laut Epidemiologischem Suchtsurvey 2024 (ESA) rund 73,0 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Der Wert weicht nicht signifikant von Bundesdurchschnitt (72,3 %) ab. Bei der Betrachtung von episodischem Rauschtrinken, also dem Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken am Tag, zeigen Männer sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in den betrachteten Bundesländern höhere Prävalenzen als Frauen (in Berlin, Männer: 28,7 %, Frauen: 14,1 %). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt tritt episodisches Rauschtrinken in Berlin signifikant seltener auf. Das gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. 22,8 % der Konsumierenden in Berlin hatten in den letzten 30 Tagen in riskantem Ausmaß Alkohol getrunken. 2024

war die Prävalenz für riskanten Konsum bei Männern signifikant niedriger als im Bundesdurchschnitt (Berlin: 18,9 %; Bund: 23,7 %); die Prävalenz unter Frauen war hingegen signifikant höher als im Bundesdurchschnitt (Berlin: 27,1 %; Bund: 23,6 %). Die Berliner Therapieprävalenzen (2,02 %) liegen über denen des Bundes (1,69 %, Barmer 2023).

Tabak und Nikotin

Der Konsum konventioneller Tabakprodukte liegt laut ESA in Berlin oberhalb des Bundesniveaus. 2024 rauchten laut Epidemiologischem Suchtsurvey 2024 23,7 % der Männer und 21,4 % der Frauen in den letzten 30 Tagen (Bund gesamt: 18,4 %). In Berlin lagen die Prävalenzwerte in allen Altersgruppen signifikant über dem Vergleichswert des Bundes. Die 12-Monats-Prävalenz der Nikotinabhängigkeit auf Basis des DSM-IV betraf Männer (9,1 %) deutlich häufiger als Frauen (7,2 %). In Berlin waren die Prävalenzen im Vergleich zum Bund signifikant höher (Männer: 6,8 %, Frauen 5,2 %).

Auch neue Nikotinprodukte wie E-Zigaretten oder Tabakerhitzer werden in Berlin zunehmend genutzt: 24,6 % der Erwachsenen hatten 2024 bereits Erfahrungen mit E-Zigaretten gemacht (Männer: 27,1 %, Frauen: 22,3 %). In den letzten 30 Tagen vor der Befragung lag die Nutzung in Berlin bei 7,6 % der Männer und 6,8 % der Frauen. Hier gab es keine signifikanten Abweichungen von den Bundeswerten (ESA 2024).

Medikamente

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung lag die Konsumprävalenz von mindestens einem Medikament in Berlin bei 41,3 % der 18- bis 64-Jährigen (Bund: 38,4 %). Ein signifikanter Unterschied gegenüber dem Bundesdurchschnitt zeigt sich nur bei Männern (37,2 % vs. 32,3 %), nicht jedoch bei Frauen (44,9 % vs. 44,6 %) (ESA 2024). Anzeichen eines problematischen bzw. abhängigkeitsähnlichen Medikamentenkonsums (nach dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch, KFM) zeigten im Jahr 2021 rund 5,7 % der 18-64-jährigen Bevölkerung in Deutschland – dies entspricht etwa 2,9 Millionen Betroffenen (ESA 2021). In Berlin liegt dieser Anteil mit ca. 5,9 % nur geringfügig über dem Bundeswert. Frauen sind hierbei etwas häufiger betroffen als Männer (bundesweit 6,5 % vs. 4,8 %) (ebd.).

Cannabis

Beim Cannabiskonsum liegt Berlin deutlich über dem Bundesdurchschnitt: Die 12-Monats-Prävalenz beträgt in Berlin 17,7 % (Bund 9,9 %); auch die 30-Tage-Prävalenz fällt in Berlin mit 10,7 % deutlich höher aus als im Bundesdurchschnitt (5,0 %). Die Prävalenz ist für Männer sowohl in Berlin als auch im Bundesdurchschnitt höher als die von Frauen (Berlin: Männer: 14,4 %; Frauen: 7,0 %). Junge Erwachsene zwischen 18 und 24 Jahren konsumieren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt signifikant häufiger (Berlin: 11,8 %; Bund: 9,5 %). Noch größer ist der Unterschied in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen (Berlin: 15,8 %, Bund: 7,5 %) (ESA 2024). Auch synthetische Cannabinoide werden laut Jahresbericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (REITOX 2024) zunehmend konsumiert, bleiben aber mengenmäßig hinter klassischem Cannabis zurück.

Verhaltenssüchte

36,4 % der 16- bis 70-Jährigen haben in den letzten 12 Monaten mindestens ein Glücksspiel um Geld gespielt. Bei den Männern ist dieser Anteil größer als bei den Frauen (40,4 % vs. 32,4 %) (Buth et al. 2026). Laut dem Glücksspiel-Survey 2025 liegt die Prävalenz einer Glücksspielstörung (DSM-5) in Deutschland bei rund 2,2 % der erwachsenen Bevölkerung. Männer sind dabei deutlich häufiger betroffen als Frauen (etwa 3,2 % vs. 1,1 %). Der Anteil der 18-25-Jährigen mit einer schweren Glücksspielstörung hat sich zwischen 2021 und 2023 von 0,7 % auf 2,1 % verdreifacht und liegt 2025 bei 1,6 % (ebd.).

Problematische und abhängige Nutzungsformen digitaler Medien können sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene betreffen. Bei digitalen Spielen zeigen 8,6 % der 10- bis 17-Jährigen ein riskantes Spielverhalten und 3,4 % alle Kriterien einer Computerspielstörung. Jungen sind davon doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (DZSKJ 2025). Insgesamt weisen 13,4 % ein riskantes Nutzungsverhalten bezogen auf Video-Streaming auf (ebd.). Ein mit 21,1 % besonders hoher Anteil der befragten Kinder und Jugendlichen zeigt eine riskante Nutzung von Social Media. Eine bereits pathologische Nutzung liegt bei 4,7 % der Befragten vor (ebd.).

Neben Glücksspiel, problematischem Computerspielen und der Nutzung sozialer Medien können auch weitere Verhaltensweisen ein suchtartiges Ausmaß annehmen. Hierzu zählen insbesondere die Internetnutzungsstörung, problematisches Kaufverhalten sowie problematische Pornografienutzung.

Illegale Drogen insgesamt

In den letzten 12 Monaten haben in Berlin insgesamt 11,0 % mindestens eine (illegale) Droge konsumiert (Männer: 12,8 %; Frauen: 9,2 %). In Berlin waren alle Prävalenzen (Gesamt, Männer, Frauen) signifikant höher als im Bund (insgesamt: 4,2 %; Männer: 5,4 %; Frauen: 2,8 %) (ESA 2024). In Berlin lag die Prävalenz in fast allen Altersgruppen signifikant über dem Bundeswert.

Stimulanzen

In Berlin ist der Konsum verschiedener Stimulanzen überdurchschnittlich verbreitet. Insbesondere der Gebrauch von Kokain und Crack liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt: Laut REITOX-Jahresbericht 2024 der DBDD ist die 12-Monats-Prävalenz für Kokainkonsum in Berlin deutlich höher (5,0 %) als bundesweit (1,6 %). Insgesamt zeigen in Berlin 0,4 % der Menschen Anzeichen einen Kokain-Missbrauchs gemäß den Kriterien des DSM-IV (ESA 2024). Auch MDMA/Ecstasy wird in Berlin wesentlich häufiger konsumiert (ca. 4,0 % innerhalb eines Jahres) als bundesweit (1 %). Laut Epidemiologischem Suchtsurvey 2024 liegt die 12-Monats-Prävalenz in Berlin insgesamt bei 5,3 % und damit signifikant höher als im Bundesdurchschnitt (1,3 %). Der Konsum von Amphetamin und Methamphetamin ist in Berlin mit einer 12-Monats-Prävalenz von 3,3 % deutlich häufiger als in Deutschland insgesamt. Betrachtet man vor allem junge Erwachsene zwischen 18 und 24 Jahren zeigt sich, dass diese Zielgruppe in Berlin ebenso signifikant häufiger Kokain oder Crack konsumieren (ESA 2024).

Opiate und synthetische Opiode

Laut Epidemiologischem Suchtsurvey 2024 ist die 12-Monats-Prävalenz mit 0,4 % signifikant niedriger als im Bundesdurchschnitt (Bund: 0,8 %). Der REITOX-Bericht 2024 der DBDD weist auf eine zunehmende Bedeutung von Tilidin und Tramadol im nicht-medizinischen Gebrauch hin, insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Laut REITOX-Bericht 2024 gibt es in Deutschland schätzungsweise ca. 166.000 Personen mit Abhängigkeitserkrankung von Opioiden, wobei der Großteil hiervon Heroin betrifft.

Neue psychoaktive Substanzen (NPS)

Im bundesweiten Epidemiologischen Suchtsurvey 2024 gaben deutschlandweit 0,9 % der 18- bis 64-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten NPS konsumiert zu haben, in Berlin lag der Wert mit 2,5 % signifikant höher. Unter den 18-24-Jährigen in Berlin hatten 4,1 % in den letzten 12 Monaten NPS konsumiert. Der REITOX-Bericht 2024 bestätigt eine zunehmende Verfügbarkeit und die Zunahme an Notfallmeldungen trotz geringer Konsumprävalenz. Einige NPS bergen hohe gesundheitliche Risiken durch starke, oft unvorhersehbare Wirkungen.

Lachgas spielt als Freizeitdroge eine zunehmend wichtige Rolle. Für Berlin liegen keine spezifischen Daten vor, aber deutschlandweit berichten deutsche Gifteinformationszentren über einen deutlichen Anstieg akuter Lachgasexpositionen – besonders in den Jahren 2020 bis 2023 – vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (53,8 %: 18-29 Jahre; 24,5 %: unter 18 Jahren) (Deutsches Ärzteblatt 2026).

2.3 Gesundheitliche und gesellschaftliche Folgen

Abhängigkeitserkrankungen haben gravierende gesundheitliche, soziale, wirtschaftliche und ordnungspolitische Folgen. Sie betreffen nicht nur die unmittelbar betroffenen Menschen – unabhängig davon, ob es sich um substanzbezogene oder nicht-substanzbezogene Abhängigkeitserkrankungen handelt –, sondern entfalten auch weitreichende Auswirkungen auf zentrale gesellschaftliche Bereiche wie das familiäre Zusammenleben, das Bildungssystem, die Arbeitswelt sowie das Gesundheitswesen.

Gesundheitliche Folgen

Abhängigkeitserkrankungen verursachen schwerwiegende somatische Schäden. Alkoholkonsum ist ursächlich an der Entstehung von über 200 Krankheiten beteiligt. In Deutschland starben laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2020 rund 14.200 Menschen an ausschließlich alkoholbedingten Krankheiten. Rechnet man Krankheiten ein, bei denen Alkohol an der Entstehung beteiligt ist, wird die Zahl auf über 40.000 vorzeitige Todesfälle pro Jahr geschätzt (BMG 2025a). Tabakkonsum ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko und führt hierzulande jährlich zu über 127.000 Todesfällen (BMG 2025b). Der Konsum von mehreren Substanzen gleichzeitig oder zeitnah hintereinander erhöht akute Risiken bis zur tödlichen Überdosierung (Berlin 2024: 294 Drogentote) und fördert Infektionen wie HIV/Hepatitis bei injizierendem Konsum.

Substanzbezogene und verhaltensbezogene Störungen verstärken sich häufig gegenseitig und es treten häufig polyvalente Konsummuster auf (Komorbiditäten, Doppeldiagnosen). Darüber gibt es Wechselwirkungen mit psychischen Komorbiditäten. Alkohol steigert u. a. das Risiko für Depression/Angst, Cannabis kann bei Disposition Psychosen triggern. Umgekehrt haben Menschen mit psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Über die Hälfte der behandelten Personen in der Psychiatrie weist zugleich eine Substanzgebrauchsstörung auf (AOK 2024).

Soziale Folgen

Die sozialen Auswirkungen treffen Betroffene und ihr Umfeld: Stigmatisierungserfahrungen, Konflikte, Vertrauensbrüche und finanzielle Belastungen bis hin zu Gewalt können Familien destabilisieren. Besonders relevant ist die Lage von Kindern aus suchtbelasteten Familien (DHS 2020): Sie haben ein erhöhtes Risiko für Entwicklungs- und psychische Störungen sowie spätere Abhängigkeitserkrankungen.

Darüber hinaus geraten Bildungs- und Erwerbsbiografien unter Druck (Leistungsabfall, Schulabbruch, Arbeitslosigkeit), soziale Netzwerke werden destabilisiert und das Risiko der sozialen Isolation steigt. Finanzielle Probleme haben einen zentralen Stellenwert: Abhängigkeitserkrankungen sind oft mit Verschuldung und Armut verknüpft. Alkohol, Tabak und Glücksspiel, aber vor allem auch andere Drogen können für Menschen, die Substanzen konsumieren, sehr kostspielig sein. Pathologisches Glücksspiel führt bei vielen Betroffenen zu Armut(sgefährdung). Ersparnisse werden verspielt; es entstehen hohe Schulden bis hin zur Privatinsolvenz. In Berliner Beratungen weisen rund 80 % der Betroffenen mit Glücksspielsucht eine Schuldenproblematik auf.

Wirtschaftliche Kosten

Alkohol- und Tabakkonsumstörungen gehen mit erheblichen volkswirtschaftlichen Schäden einher, die die Steuereinnahmen aus Alkohol und Tabak deutlich übersteigen (WHO 2024). Für Alkohol werden Kosten von rund 57 Mrd. € pro Jahr geschätzt (BMG 2025a), während die Alkoholsteuer Erträge von ca. 2 Mrd. € brachte (destatis 2025). Tabakbedingte Schäden liegen je nach Schätzung bei 79 Mrd. € (DKFZ 2015) bis knapp 97 Mrd. € (Ärztezeitung 2023). Hinzu kommen die Kosten für den Konsum illegaler Substanzen bzw. Angebote, wie z.B. illegales Glücksspiel. Sowohl der Konsum illegaler als auch legaler Substanzen und Angebote verursacht neben Kosten für das Gesundheitssystem auch Kosten für Prävention, Polizei-, Justiz- und Vollzugskosten (Strafverfolgung von Drogenkriminalität, Gefängnisaufenthalte) und andere Folgekosten wie z. B. durch Produktivitätsverlust. Beim Glücksspiel lagen die Bruttospieleträge des Glücksspielmarktes 2024 bei 14,4 Mrd. €. Das entspricht den Verlusten der Spielenden und steht nicht mehr für andere Ausgaben zur Verfügung. Neben den individuellen gesundheitlichen und sozialen Folgen entstehen durch problematisches Glücksspiel erhebliche gesellschaftliche Folgekosten. Diese umfassen unter anderem direkte Kosten der Gesundheitsversorgung und Regulierung, indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste sowie immaterielle Folgen für Betroffene, Angehörige und das soziale Umfeld. Für Deutschland werden die gesamten sozialen Kosten – unter Berücksichtigung dieser Faktoren – auf knapp 7 Mrd. Euro pro

Jahr geschätzt (Schütze et al. 2023). Diese Schätzungen zeigen vor allem, wo Handlungsbedarf besteht und Ressourcen dringend erforderlich sind und welches Entlastungspotenzial durch wirksame Prävention und Versorgung besteht.

Organisierte Kriminalität

Der illegale Drogenhandel ist ein zentrales Betätigungsfeld der Organisierten Kriminalität (OK) in Deutschland. Laut Bundeslagebild 2024 entfielen 259 von 647 OK-Ermittlungsverfahren auf Rauschgifthandel und -schmuggel (rund 40 %), mehr als 70 % der Verfahren wiesen eine grenzüberschreitende Tatbegehung auf (BKA 2025). Professionell organisierte Netzwerke sichern eine hohe Verfügbarkeit nahezu aller Drogenarten und steigende Mengen. Damit verstärken OK-Strukturen gesundheitliche Risiken (z. B. hoch dosierte oder gestreckte Ware, neue synthetische Substanzen ohne bekannte Wirkprofile), begünstigen Gewaltkonflikte entlang der Lieferketten und unterlaufen jugend- und Verbraucherschützende Regelungen. Für Städte bedeutet dies eine Verdichtung illegaler Märkte sowie eine zusätzliche Belastung von Polizei, Justiz und Suchthilfe. Auch der Glücksspielmarkt ist ein relevanter Bereich organisierter Kriminalität.

Auswirkungen auf den öffentlichen Raum

In Berlin wie auch in anderen Metropolen zeigen sich Konsum und Folgen von Abhängigkeits-erkrankungen im öffentlichen Raum, wie z. B. an bestimmten Plätzen, in Parks und U-Bahnhöfen. Dort entstehen offene Szenen mit zugleich auftretendem Handel, Nutzungs- und Nachbarschaftskonflikten (u. a. Vermüllung, liegengelassene Spritzen, Lärm), Verdrängungseffekten und einem sinkenden subjektiven Sicherheitsempfinden. „Sichtbarer“ Konsum überschneidet sich häufig mit Wohnungslosigkeit. Vermehrter Konsum zu bestimmten Tageszeiten sowie saisonale Effekte verstärken die Lage. Für Anwohnende, Gewerbe, unbeteiligte Dritte und Einsatzkräfte verdichten sich damit dauerhafte Konfliktlagen zwischen öffentlicher Ordnung und gesundheitlichen Risiken der konsumierenden Menschen.

2.4 Sucht- und Drogenpolitik in Berlin bis heute

Der bislang letzte strategisch ausgerichtete Bericht zur Sucht- und Drogenpolitik des Landes Berlin wurde im Jahr 1997 veröffentlicht. Er markierte einen wichtigen Schritt hin zu einer akzeptanzorientierten, gesundheitsbezogenen Ausrichtung der Drogenpolitik. Bereits damals wurden niedrigschwellige Angebote, zielgruppenspezifische Prävention und interdisziplinäre Kooperationen als zentrale Ansätze benannt.

Seither haben sich sowohl die gesellschaftlichen und epidemiologischen Rahmenbedingungen als auch die fachlichen Konzepte der Sucht- und Drogenpolitik kontinuierlich weiterentwickelt. Insbesondere im Bereich der niedrigschwelligen Hilfen konnten durch den Ausbau konsumnaher Angebote, die Stärkung von weiteren Harm-Reduction-Ansätzen wie z. B. Drug-Checking und neuen Kooperationsformen zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten wichtige Fortschritte erzielt werden. Im Bereich der Verhaltenssuchte stand u. a. die Entwicklung von professionellen, tragfähigen Strukturen im Fokus. Eine systematische Aktualisierung des strategischen

Rahmens ist erforderlich, um diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen und eine fachlich zeitgemäße Grundlage für zukünftiges Handeln zu schaffen.

Seit dem Berliner Sicherheitsgipfel wurden für besonders belastete Orte im öffentlichen Raum zusätzliche, ressortübergreifend abgestimmte Maßnahmen gebündelt, die neben Fragen von Sicherheit und Sauberkeit auch den Themenkomplex „Sucht und Unterbringung“ umfassen. Dabei geht es insbesondere um die praktische Weiterentwicklung und bessere Verzahnung niedrigschwelliger Hilfen und schadensminimierender Angebote im öffentlichen Raum, etwa durch konsumnahe Angebote und aufsuchende Arbeit. Die Landesstrategie Sucht ordnet diese punktuell-operativen Ansätze in einen übergeordneten, langfristig ausgerichteten fachpolitischen Rahmen ein: Sie beschreibt Ziele, Leitprinzipien und Handlungsfelder der Berliner Sucht- und Drogenpolitik gesamtstädtisch und lebensweltübergreifend und schafft damit die Grundlage, damit kurzfristige, ortsbezogene Maßnahmen und langfristige Strukturentwicklung widerspruchsfrei zusammenwirken.

Das Vier-Säulen-Modell wurde in den frühen 2000er Jahren als Grundlage der Nationalen Strategie zur Sucht- und Drogenpolitik etabliert und versteht Abhängigkeitserkrankungen nicht als rein individuelles oder strafrechtliches Problem, sondern als gesamtgesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderung. Die vier Säulen umfassen:

- **Prävention**
- **Beratung und Behandlung**
- **Schadensminimierung**
- **Angebotsreduzierung und Strafverfolgung**

Auch wenn das Vier-Säulen-Modell im letzten strategischen Bericht von 1997 noch nicht ausdrücklich beschrieben wurde, orientiert sich die Sucht- und Drogenpolitik des Landes Berlin seit vielen Jahren an dessen Leitprinzipien. Inzwischen bildet es – analog zur Bundesebene – den zentralen Bezugsrahmen für ein kohärentes, fachlich fundiertes und praxisnahes Vorgehen. Die Weiterentwicklung der Landesstrategie Sucht für das Land Berlin orientiert sich an diesem Modell und passt es an die spezifischen Bedarfe in Berlin an. Außerdem orientiert sich die Weiterentwicklung der Berliner Landesstrategie Sucht an den bestehenden nationalen und landesspezifischen Gesundheitszielen. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene wurden relevante Ziele formuliert, die als Leitlinien für Maßnahmen der Suchtprävention und -behandlung sowie Schadensminimierung dienen. Dazu zählen u. a. die nationalen Gesundheitsziele „Tabak- und Alkoholkonsum reduzieren“ und „Gesundes Aufwachsen“ sowie die Berliner Gesundheitsziele „Gesund teilhaben“ und „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“.

Durch die Ausrichtung der Berliner Landesstrategie Sucht an diesen übergeordneten Gesundheitszielen wird sichergestellt, dass Maßnahmen zur Suchtprävention und -behandlung in ein umfassendes Konzept der Gesundheitsförderung eingebettet sind, das sowohl nationale als auch landesspezifische Handlungsbedarfe berücksichtigt.

3 Strategieentwicklung

Zur Erarbeitung der Landesstrategie Sucht wurden verschiedene Wissensbestände und Perspektiven systematisch zusammengeführt. Der folgende Abschnitt skizziert die zentralen Bausteine dieses Entwicklungsprozesses: die wissenschaftliche Analyse durch die delphi-Gesellschaft und die strukturierte Einbindung der Fachpraxis. Darüber hinaus dient das 4-Säulen-Modell der nationalen Strategie zur Sucht- und Drogenpolitik als Grundlage und wurde durch konzeptionelle Weiterentwicklungen der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung ergänzt.

3.1 Delphi-Bericht

Der „Bericht zur Entwicklung einer Landesstrategie Sucht für Berlin“ wurde von der delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege erstellt und Ende 2023 veröffentlicht. Ziel des Berichts war es, eine fundierte Analyse der aktuellen Suchthilfe- und Präventionslandschaft in Berlin vorzunehmen, Versorgungslücken zu erfassen und praxisnahe Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Suchtprävention im Land Berlin zu erarbeiten.

Diese Impulse wurden im Rahmen der Strategieentwicklung geprüft, eingeordnet und berücksichtigt. Sie bilden eine wichtige Grundlage für die weitere Ausrichtung der Sucht- und Drogenpolitik.

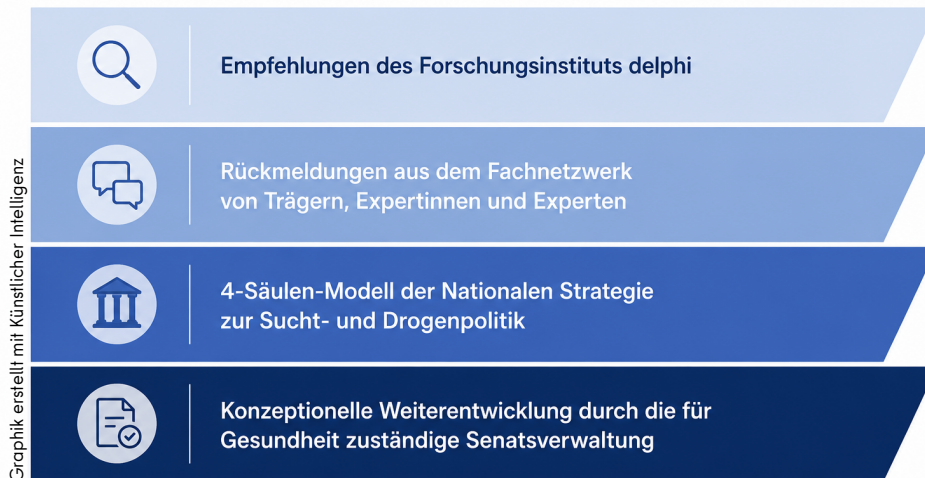
Der vollständige Bericht steht als barrierefreies PDF zum Download zur Verfügung: <https://delphi.de/forschen/bericht-zur-entwicklung-einer-landesstrategie-sucht-fuer-berlin/>



3.2 Partizipativer Prozess

Ein zentraler Baustein dieser Bestandsaufnahme und Analyse der delphi-Gesellschaft war die Einbindung einer Vielzahl relevanter Bereiche, die eine breite Beteiligung fachlicher Expertise im Feld sicherstellte. Insgesamt beteiligten sich über 70 Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen, darunter Prävention, Suchthilfe, Interessenvertretungen, Wohlfahrtsverbände, Wissenschaft und Verwaltungen. Durch diese breite und interdisziplinäre Beteiligung wurden unterschiedliche Perspektiven, Fachkenntnisse und Erfahrungen integriert. Dieses Beteiligungsformat wurde in ein Begleitgremium überführt, das fortlaufend als Plattform für den Austausch zwischen Praxis und Verwaltung diente, sodass die zuständige Gesundheitsverwaltung bestehende Fachkenntnisse, neue Herausforderungen und notwendige Anpassungen in die strategische Weiterentwicklung und konzeptionelle Umsetzung der Landesstrategie Sucht einfließen lassen konnte.

BAUSTEINE DER LANDESSTRATEGIE SUCHT



4 Berliner Landesstrategie Sucht

Die Berliner Landesstrategie Sucht definiert strategische Ziele zur Weiterentwicklung der konsumbezogenen Versorgungs- und Steuerungsstrukturen in Berlin. Sie ist zunächst auf fünf Jahre ausgerichtet. Bereits innerhalb ihres Gültigkeitszeitraums ermöglicht die Strategie eine fachlich fundierte Reaktion auf neue Entwicklungen – darunter das Auftreten neuer Substanzen und Angebote, die hinsichtlich problematischer Verhaltensweisen relevant werden, veränderte Konsumformen oder sich wandelnde Bedarfe in der Versorgung. Damit verbindet die Strategie langfristige Planungssicherheit mit der notwendigen Steuerungsfähigkeit in einem sich kontinuierlich verändernden Handlungsfeld.

Nach Ablauf des festgelegten Zeitrahmens soll eine Prozessevaluation durchgeführt werden.

4.1 Politische Grundhaltung

Zentrales Ziel der Landesstrategie ist der Schutz der Gesundheit und die Reduzierung gesundheitlicher und sozialer Schäden durch riskanten Konsum, exzessive Verhaltensweisen und Abhängigkeitserkrankungen. Das umfasst die Vermeidung von Todesfällen und schweren gesundheitlichen Folgen, die Prävention von Abhängigkeitserkrankungen sowie die bestmögliche Unterstützung erkrankter Menschen, um stabile gesundheitliche, soziale und gesellschaftliche Perspektiven zu ermöglichen. Zur Erreichung der Ziele schafft die politische Grundhaltung ein einheitliches Verständnis, das die nachfolgenden Ziele, Maßnahmen und Zuständigkeiten konsistent rahmt. Grundlegend ist ein wissenschaftlich fundiertes Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen. Abhängigkeit wird nicht als individuelle Schwäche oder Fehlentscheidung verstanden, sondern als Ergebnis komplexer Wechselwirkungen biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren; sie ist eine ernste, häufig chronisch verlau-

„Sucht ist eine Erkrankung.“

fende Erkrankung. Wo eine Abhängigkeit die gesellschaftliche Teilhabe wesentlich beeinträchtigt, gilt sie als seelische Behinderung. Daraus ergibt sich der Auftrag, Teilhabe zu sichern und Barrieren im Zugang zu Unterstützung abzubauen.

Vor diesem Hintergrund orientiert sich staatliches Handeln an einem menschenrechtsbasierten

„Das Land Berlin engagiert sich gegen strukturelle Benachteiligung.“

Verständnis von Verantwortung. Der Senat orientiert sich an Menschenwürde, Gleichbehandlung und Selbstbestimmung (Art. 1 und Art. 3 GG). Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden nicht moralisch bewertet, sondern als autonome Personen verstanden, deren Rechte zu schützen sind. Hilfeangebote respektieren Entscheidungen der Ratsuchenden, setzen

auf Freiwilligkeit und sind darauf ausgerichtet, Ausgrenzung, Stigmatisierung und strukturelle Benachteiligung zu vermeiden.

Handlungsleitend ist das Konsumkontinuum. Die Berliner Landesstrategie Sucht differenziert zwischen Konsumformen, die von unauffälligem bis hin zu pathologischem Verhalten reichen.

Ziel ist es, nicht erst bei manifesten Abhängigkeitserkrankungen zu unterstützen, sondern frühzeitig anzusetzen: Prävention und Frühintervention sollen greifen, bevor sich problematische Muster verfestigen. Gleichzeitig werden schadensminimierende Maßnahmen sowohl bei legalen als auch bei illegalen Substanzen und suchtassoziierten Verhaltensweisen gestärkt, um gesundheitliche und soziale Folgen zu reduzieren – insbesondere dort, wo Abstinenz kein realistisches Ziel ist. Leitidee ist, dass Menschen in jeder Phase erreichbare, angemessene und wirksame Angebote nutzen können.

„Menschen sollen zu jedem Zeitpunkt erreichbare, angemessene und wirksame Angebote nutzen können.“

Konsum und Abhängigkeitserkrankungen sind kein Randphänomen, sondern betreffen die Gesellschaft insgesamt. Sie sind in unterschiedlichen Kontexten verankert – von Alkohol und

„Konsum und Abhängigkeitserkrankungen betreffen die ganze Gesellschaft.“

Gaming im Alltag über Tabak und Glücksspiel bis hin zu illegalen Substanzen in verschiedenen Milieus. Vor diesem Hintergrund richtet sich die Suchtpolitik des Senats nicht nur auf individuelles Verhalten, sondern auch auf die Bedingungen, unter denen Konsum entsteht, sich verfestigt oder eskaliert. Neben

Prävention, Beratung, Behandlung und Rehabilitation gehören daher auch strukturelle Maßnahmen zum Ansatz – etwa Regulierung, die Bekämpfung von organisierter Kriminalität im Bereich des Drogenhandels und des Glücksspiels, verlässliche Präventionsstrukturen sowie soziale und gesundheitliche Unterstützungsangebote.

Substanzen und suchtfördernde Verhaltensweisen können erhebliche gesundheitliche und soziale Schäden verursachen, die nicht allein von den konsumierenden Menschen getragen werden. Daraus ergibt sich ein legitimer Auftrag des Staates, den Gesundheitsschutz und die Prävention vorrangig zu berücksichtigen und Rahmenbedingungen entsprechend zu regulieren. Der Senat nimmt zugleich

„Entscheidungen richten sich am Gemeinwohl sowie an wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen aus.“

zur Kenntnis, dass in diesem Politikfeld starke wirtschaftliche Interessen bestehen und dass zwischen Gesundheitszielen, Freiheitsrechten, Wirtschaftsfreiheit und Ordnung im öffentlichen Raum Zielkonflikte auftreten können. Um hier glaubwürdig und wirksam zu handeln, macht Berlin mögliche Interessenkonflikte transparent und richtet seine Entscheidungen konsequent am Gemeinwohl sowie an gesundheitlichen und wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen aus. Dabei gilt: Der Austausch mit Interessenvertretungen darf weder die Unabhängigkeit politischer Entscheidungsprozesse noch die Zielsetzung von Prävention, Aufklärung und Versorgung beeinträchtigen.

Diese Grundhaltung ist als ressortübergreifender Anspruch angelegt. Der Senat folgt dem Grundsatz Health in All Policies (HiAP): Gesundheitliche Aspekte werden systematisch in Entscheidungen aller Politikfelder integriert. Da viele Bereiche von riskantem, missbräuchlichem oder abhängigem Substanzkonsum sowie exzessiven Verhaltensweisen betroffen sind, müssen

„Gesundheitliche Aspekte werden systematisch in Entscheidungen aller Politikfelder integriert.“

die gesundheitlichen Folgen in allen Ressorts berücksichtigt werden – zur Entstigmatisierung, zur Prävention und zur besseren Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Zugleich wirkt Gesundheit selbst positiv auf andere Politikfelder (u. a. Bildung, Arbeit, Teilhabe, ökologische Nachhaltigkeit). Dieses bidirektionale

Verständnis wird als Weiterentwicklung unter Health for All Policies (HfAP) gefasst: Gesundheit ist sowohl Ziel als auch Voraussetzung gelingender Politikgestaltung. Berlin verankert HiAP/HfAP und integriert gesundheitliche Aspekte – im Sinne der Reduzierung von Konsum, und zur Vermeidung von Abhängigkeitserkrankungen und im Sinne der Prävention – in politische Entscheidungsprozesse. Dafür bedarf es einer ressortübergreifenden, multiprofessionellen Zusammenarbeit.

Die Strategie ist zugleich sozialpolitisch ausgerichtet: Berlin benennt und adressiert ungleiche Gesundheitschancen. Herkunft, Einkommen, Geschlecht oder Wohnlage sollen nicht darüber entscheiden, ob Prävention, Beratung oder Behandlung erreichbar sind. Maßnahmen berücksichtigen gesellschaftliche Vielfalt, machen Benachteiligungen sichtbar und bauen strukturelle Hürden ab. Geschlechtsspezifische Unterschiede sowie

„Die Strategie ist sozialpolitisch ausgerichtet.“

intersektionale Benachteiligungen werden systematisch einbezogen. Der Senat priorisiert den Schutz vulnerabler Gruppen – insbesondere von Kindern und Jugendlichen, Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung, Alleinerziehenden sowie Personen in prekären Lebenslagen. Die Landesstrategie Sucht verfolgt einen migrationssensiblen und antidiskriminierenden Ansatz. Ziel ist, dass Angebote für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung und anders marginalisierte Personen gleichberechtigt zugänglich sind und bestehende Zugangsbarrieren (insbesondere Sprache, Informationszugang und Diskriminierungserfahrungen) systematisch reduziert werden. Zudem sollen besonders gefährdete Personen frühzeitig erreicht, einbezogen und wirksam geschützt sowie präventive und unterstützende Strukturen sozialräumlich gestärkt werden.

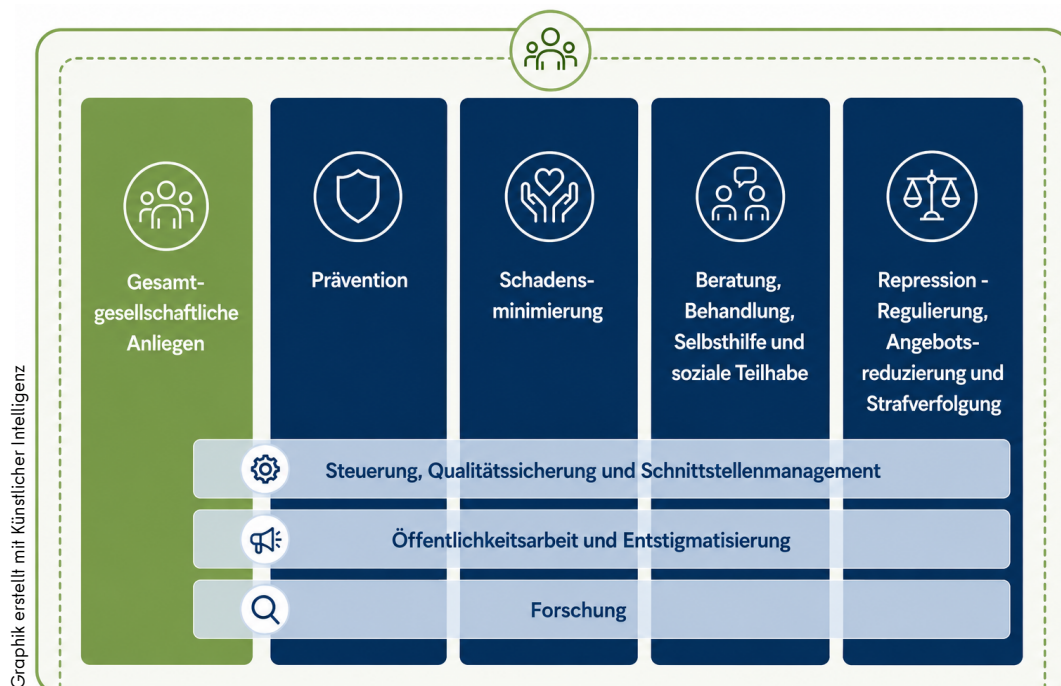
Die Landesstrategie Sucht ist der normative und begriffliche Rahmen für ein kohärentes staatliches Handeln. Sie verbindet individuelle Unterstützung mit strukturellen Stellschrauben, richtet Maßnahmen entlang des Konsumkontinuums aus und verankert die Querschnittsperspektive Gesundheit in relevanten Ressorts. Daraus folgt ein verbindlicher Handlungsauftrag: Auf Grundlage gesellschaftlichen Konsenses und politisch definierten Bedarfs werden Maßnahmen entwickelt, umgesetzt und fortlaufend weiterentwickelt. Eine langfristige und nachhaltige Finanzierung ist dabei Voraussetzung, um Prävention, Versorgung, Schadensminimierung und Unterstützungsstrukturen verlässlich zu sichern und die Ziele der Landesstrategie wirksam zu erreichen.

„Handlungsaufträge sind verbindlich und werden nachhaltig finanziert.“

4.2 Handlungsfelder

Die Berliner Landesstrategie Sucht basiert auf den vier Handlungsfeldern analog zur Nationalen Strategie zur Sucht- und Drogenpolitik der Bundesrepublik (siehe auch Kapitel 2.4). Sie werden jedoch um für das Land Berlin relevante Handlungsfelder ergänzt:

- Gesamtgesellschaftliche Anliegen
- Prävention
- Schadensminimierung
- Beratung, Behandlung, soziale Teilhabe und Selbsthilfe
- Regulierung, Angebotsreduzierung und Strafverfolgung
- Querschnittsaufgaben
 - Steuerung, Qualitätssicherung, Schnittstellenmanagement
 - Forschung
 - Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierung



Die Landesstrategie Sucht versteht Sucht und Abhängigkeit als gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Die vier fachlichen Handlungsfelder sind daher nicht isoliert zu betrachten, sondern in den übergeordneten Rahmen der „Gesamtgesellschaftlichen Anliegen“ eingebettet. Sie verdeutlichen, dass wirksame Suchtpolitik eine gemeinsame Verantwortung von Politik, Verwaltung, Gesundheitswesen, Zivilgesellschaft und Gesellschaft insgesamt ist.

Die Landesstrategie Sucht setzt konkrete, strategische Ziele für die genannten Handlungsfelder. Die Handlungsfelder sind eng miteinander verzahnt, ergänzen sich gegenseitig und entfalten insbesondere in der Interaktion ihre Wirkung. Um die übergeordneten strategischen Zielsetzungen zu erreichen, ist eine vernetzte Betrachtung und gemeinsame Weiterentwicklung dieser Handlungsfelder erforderlich.

4.2.1 Gesamtgesellschaftliche Anliegen

Die vier bekannten und auf nationaler Ebene bewährten Säulen werden in der Landesstrategie Sucht in eine fünfte Säule – die gesamtgesellschaftlichen Anliegen – eingebettet. Diese Perspektive versteht Konsum und Abhängigkeitserkrankungen als gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Sie berücksichtigt sowohl die Bedürfnisse von Menschen mit riskantem Konsum oder Abhängigkeitserkrankungen als auch die berechtigten Interessen der Gesellschaft insgesamt. Konsum und Abhängigkeitserkrankungen wirken sich auf das gesellschaftliche Zusammenleben aus. Zugleich hängen Entstehung, Verlauf und Bewältigung wesentlich von den Bedingungen in Alltag und Lebensumfeld ab – etwa in Familie, Bildung, Arbeitswelt, Nachbarschaften, Freizeit, öffentlichem Raum und digitalen Umgebungen.

Gesamtgesellschaftliche Verantwortung bedeutet daher, dass Politik und öffentliche Institutionen ebenso wie Wirtschaftsunternehmen, Arbeitgebende, zivilgesellschaftliche Organisationen und Einzelpersonen gemeinsam gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen. Hervorzuheben ist hier auch das freiwillige Engagement von Bürgerinnen und Bürgern, das seit Jahrzehnten vielfältige Formen annimmt, zum Beispiel Selbsthilfegruppen oder Patenschaften für Kinder suchtkranker Eltern.

Der Fokus auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen verbindet die Suchtpolitik im Sinne eines Health-in-All-Policies-Ansatzes mit anderen Politikfeldern wie der Stadtentwicklung, der Wohnungs-, Sozial-, Bildungs-, Jugend-, Familien-, Arbeitsmarkt-, Wirtschafts-, Sicherheits- und Ordnungspolitik sowie der Antidiskriminierungsarbeit. Ziel ist es, Verantwortung in zentralen Lebensbereichen zu stärken, strukturelle Barrieren abzubauen und die Bedürfnisse von Betroffenen, ihrem sozialen Umfeld und der Gesellschaft insgesamt in einer ausgewogenen Suchtpolitik zu berücksichtigen.

Übergeordnetes Ziel:

Konsumbedingte Risiken und Abhängigkeitserkrankungen werden als gemeinsame gesamtgesellschaftliche Aufgabe behandelt. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in zentralen Alltagssettings sind so gestärkt, dass Probleme früher erkannt, Unterstützung niedrigschwellig ermöglicht sowie Stigmatisierung und strukturelle Barrieren reduziert werden.

Strategische Ziele:

1. **Das gemeinsame Verständnis, dass das Thema Sucht in einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung liegt, das alle betrifft und zu dessen Bearbeitung alle beitragen können, ist gestärkt.**
2. **Gesellschaftliche Bedingungen sind so gestaltet, dass alle Menschen im Sinne einer gesundheitlichen Chancengleichheit gerechte Möglichkeiten zur Förderung und zum Erhalt ihrer Gesundheit erhalten.**
3. **Die unterschiedlichen Interessen und Bedürfnisse von Anwohnenden, Konsumierenden, Familien, Kindern und Jugendlichen sowie kommunalen und staatlichen Beteiligten und Fachkräften finden Berücksichtigung.**
4. **Themen der Suchtprävention und Suchthilfe sind im Sinne des Health-in-all-Policies-Absatzes in relevante Politikfelder (z. B. Jugend, Soziales) integriert und über entsprechende Strategien und Programme strukturell und finanziell abgesichert.**
5. **Die Handlungsfelder der Suchtpolitik und Maßnahmen im Verbundsystem greifen ineinander, stärken sich gegenseitig und sind aufeinander abgestimmt und koordiniert.**

4.2.2 Prävention

Das Handlungsfeld Prävention zielt darauf ab, Abhängigkeitserkrankungen und andere suchtbezogene Problemlagen zu verhindern, begünstigende Bedingungen zu verändern, Ressourcen zu stärken sowie Risiken frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Sie umfasst universelle Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung, spezifische Angebote für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Eltern, sowie selektive und indizierte Ansätze für vulnerable Gruppen. Suchtprävention in Berlin ist vielfältig aufgestellt, von gesamtstädtisch über sozialraumorientiert und lebensweltbezogen und bezieht sowohl stoffgebundene als auch verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankungen ein.

Grundlage ist ein Public-Health-Ansatz mit Verhaltens- und Verhältnisprävention. Verhaltensprävention stärkt gesundheitsförderliches Verhalten und reduziert individuelle Risikofaktoren, u. a. durch Aufklärung, Beratung und die Förderung personaler Kompetenzen. Verhältnisprävention

schafft gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen und reduziert strukturelle Risikofaktoren, u. a. durch Angebotsreduzierung und repressive Maßnahmen, die im entsprechenden Handlungsfeld systematisch verortet sind.

Übergeordnetes Ziel:

Exzessive Verhaltensweisen sowie schädlicher Konsum von Substanzen werden verhindert, herausgezögert oder deutlich reduziert, um psychosozialen Problemen und Abhängigkeiten vorzubeugen. Prävention ist in Berlin lebensphasen- und lebensweltübergreifend gestärkt, indem Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention systematisch verzahnt sind. Gesundheitliche wie soziale Folgewirkungen sind dadurch reduziert.

Strategische Ziele:

- 1. Individuelle Gesundheits- und Risikokompetenz ist gestärkt.**
(z. B. Altersgerechte Information und Aufklärung; Problembewusstsein; informierte Entscheidungen; Konsumverzicht in sensiblen Phasen)
- 2. Persönliche Schutzfaktoren sind durch Lebenskompetenzförderung gestärkt.**
(z. B. Selbstvertrauen; Problemlösefähigkeit; Selbstwirksamkeit; systematische Integration von Resilienzförderung in bestehende Systeme)
- 3. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen sind gestärkt.**
(z. B. verhältnispräventive Maßnahmen; rechtliche Regulierung; strukturelle Schutzfaktoren)
- 4. Der Zugang zu vulnerablen Zielgruppen sowie die Früherkennung suchtbbezogener Risiken sind verbessert.**
(z. B. Settingansatz; adressatengerechte und niedrigschwellige Zugänge; Fokus auf benachteiligende Kontexte; Früherkennung in Schule, Jugendhilfe, Betrieb)
- 5. Gesamtstädtische und regionale Präventionsstrukturen und Früherkennung sind auf- und ausgebaut.**
(z. B. ressortübergreifendes Handeln; Verbindung zu Suchtberatungsstellen; Schnittstelle zu Hilfesystemen; Netzwerkentwicklung; Landesprogramme)
- 6. Die Suchtprävention im Land Berlin ist langfristig strukturell und nachhaltig finanziell abgesichert.**

i: siehe auch Handlungsfeld Querschnittsaufgaben, z. B. Steuerung, Qualitätsstandards, Forschung

4.2.3 Schadensminimierung (Harm Reduction)

Ziel ist es, gesundheitliche und soziale Folgeschäden des Konsums zu verringern, Überlebenshilfe zu leisten, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und Risiken für die Allgemeinheit zu reduzieren. Gegenwärtig stehen dabei vor allem Konsumformen und Abhängigkeiten im Bereich illegaler Drogen im Fokus. Ergänzend werden auch Alkohol-, Tabak- und Cannabisabhängigkeit sowie verhaltensbezogene Süchte (z. B. Glücksspiel, exzessive Mediennutzung) berücksichtigt. Dabei kommen Ansätze wie Konsumreduktion statt sofortiger Abstinenz oder risikoärmere Alternativen zur Anwendung.

Diese Angebote sind häufig eine der wenigen verlässlichen Schnittstellen zwischen hochbelasteten konsumierenden Menschen und dem Hilfesystem und eröffnen Zugang zu Beratung und Unterstützung – insbesondere für Menschen, die durch Wohnungsnot, psychische Erkrankungen oder ungeklärten Versicherungsstatus von regulären Versorgungsstrukturen ausgeschlossen oder nur schwer erreichbar sind. Zugleich reagiert die Landesstrategie auf aktuelle Entwicklungen wie neue psychoaktive Substanzen, instabile Konsummuster oder Konsum im öffentlichen Raum und schafft geschützte Räume, in denen Risiken reduziert und Stabilisierung möglich ist.

Übergeordnetes Ziel:

Gesundheitliche und soziale Schäden für betroffene Personen und ihr Umfeld sind reduziert. Das Überleben von konsumierenden Menschen wird bestmöglich geschützt sowie ihre gesundheitliche und soziale Stabilisierung gefördert. Unterstützungsangebote erreichen Menschen mit hohen konsumbezogenen Risiken frühzeitig und bedarfsgerecht.

Strategische Ziele:

- 1. Schadensminimierende Angebote sind ausgebaut.**
(z. B. Konsumräume; Hygieneversorgung; Crack-/Rauchhilfen; Drug-Checking; Konsummengenreduktion; Rauchalternativen; zielgruppenspezifische Erweiterung von Angeboten; Warnungen bei akuten Konsumrisiken)
- 2. Der Zugang zu lebensrettenden Maßnahmen ist verbessert.**
(z. B. bedarfsdeckende Naloxonverfügbarkeit; Take-Home-Naloxon, Notfallkonzepte; Warnsysteme; Schulungen für Peers und Angehörige)
- 3. Gesundheitliche Stabilisierung und Infektionsprophylaxe sind gestärkt.**
(z. B. Konsumutensilienvergabe; Begleitung zur Vermeidung von HIV, Hepatitis, Wundinfektionen, Intoxikationen; medizinische Ansprache in niedrighwelligen Settings)
- 4. Niedrighwellige, akzeptanzorientierte Kontaktangebote sind ausgebaut.**
(z. B. Mobile Angebote; Streetwork; peerbasierte Zugänge für schwer erreichbare Konsumierende; Case Management)
- 5. Angebote der Schadensminimierung sind an verschiedene Konsumformen und Risikodynamiken angepasst.**
(z. B. Alkohol, Medikamente, Tabak, Cannabis, Verhaltenssüchte; neu aufkommende Substanztrends, Konsumarten und Szenen; flexible, responsive Angebotsgestaltung)
- 6. Die Angebote im Verbundsystem sind langfristig und nachhaltig finanziell abgesichert.**

i: siehe auch Handlungsfeld Querschnittsaufgaben, z. B. Steuerung, Qualitätsstandards, Forschung

4.2.4 Beratung, Behandlung, soziale Teilhabe und Selbsthilfe

Beratung, Behandlung und soziale Teilhabe bilden ein zentrales Unterstützungsangebot für Menschen mit substanz- oder verhaltensbezogenen Abhängigkeitserkrankungen. Im Mittelpunkt steht die freiwillige, fachlich begleitete Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten und den damit verbundenen sozialen, psychischen und gesundheitlichen Auswirkungen.

Beratung ist ergebnisoffen, ressourcenorientiert und begleitet Menschen über längere Zeiträume hinweg. Sie bietet Raum für Stabilisierungsprozesse, Selbstreflexion und die Vermittlung in weiterführende Hilfen. Auch Angehörige, Bezugspersonen und Fachkräfte erhalten auf Wunsch fachliche Orientierung. Gleiches gilt für Arbeitgebende, die in ihrer eigenen Belegschaft von Suchterkrankungen aller Art erfahren haben oder diese zumindest vermuten.

Behandlung und Rehabilitation bieten medizinisch-therapeutische Maßnahmen zur Bewältigung der Abhängigkeit, fördern gesundheitliche Stabilisierung, soziale Reintegration und abstinenzorientierte Lebensperspektiven. Teilhabe unterstützt Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen dabei, Arbeit und Beschäftigung zu erreichen oder zu sichern und damit soziale Stabilität zu fördern. Suchtselbsthilfe ergänzt dies mit Peer-basierter Unterstützung, stärkt das Erfahrungswissen und ermöglicht langfristige Begleitung außerhalb professioneller Settings. Sie fördert Empowerment, vernetzt Betroffene und schafft Übergänge zwischen Beratung, Therapie und Alltag.

Übergeordnetes Ziel:

Menschen mit suchtbefragten Problemlagen erhalten unabhängig von ihrer Lebenssituation Zugang zu bedarfsgerechter Unterstützung, Behandlung und Begleitung. Es vermeidet Brüche, ermöglicht niedrigschwellige und passgenaue Zugänge und erkennt unterschiedliche Zielvorstellungen jenseits reiner Abstinenz an. Ziel ist die gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung, die Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabe sowie die Ermöglichung eines selbstbestimmten und würdevollen Lebens. Chronifizierung, soziale Ausgrenzung und vermeidbare gesundheitliche Folgeschäden werden reduziert.

- 1. Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten sind geschaffen.**
- 2. Nahtlose Versorgungsketten sind sichergestellt und die Versorgungsintegration ist verbessert.**
(z. B. enge Kooperation zwischen medizinischen, psychiatrischen/psychotherapeutischen und sozialen Diensten; strukturierte Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung)
- 3. Die Angebote im Verbundsystem sind langfristig und nachhaltig finanziell abgesichert.**

a) Beratung

1. Wohnortnahe und integrierte Suchtberatung ist sichergestellt.

(z. B. gesetzliche Absicherung der Suchtberatung; niedrigschwellige, vielfältige Zugangswege; flächendeckende Grundversorgung mit gezielter Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in allen Beratungs- und Versorgungsformen; Förderung und Ausbau der integrierten Suchtberatungsstellen und damit verbunden Schulung der Beratenden)

2. Niedrigschwellige, digitale und aufsuchende Zugänge zur Suchtberatung sind ausgebaut.

(z. B. Ausbau digitaler Beratungsangebote (DigiSucht); Ausbau und Verbesserung der Zugänge der aufsuchenden Suchtberatung in Haft, Kliniken, niedrigschwelligen Angeboten)

3. Mehr Menschen nehmen Suchtberatung in Anspruch.

4. Angehörigenarbeit ist gestärkt.

(z. B. Ausbau von Unterstützungsangeboten für Angehörige)

5. Hilfestrukturen für Jugendliche und junge Erwachsene sind auf- und ausgebaut.

(z. B. Kooperationsmodelle zwischen Jugendhilfe, Suchthilfe und Jugendpsychiatrie; mobile Teams)

6. Die Rahmenbedingungen für Suchtberatung unterstützen die Inanspruchnahme von Suchtberatung in Haft.

7. Wohnortnahe Frühinterventionsangebote sind auf- und ausgebaut.

(z. B. Aufbau von Frühinterventionsangeboten in den Beratungsstellen; Auf- und Ausbau von aufsuchender Frühintervention in verschiedenen Settings, z. B. in Kliniken)

b) Suchtselbsthilfe

1. Die Bedeutung der Suchtselbsthilfe ist gestärkt.

(z. B. Etablierung eines Forums für die Suchtselbsthilfe; Fortbildung von Selbsthilfegruppenleitungen; Öffentlichkeitsarbeit)

2. Die Suchtselbsthilfe ist systematisch koordiniert.

(z. B. Etablierung Koordinierungsstelle für Suchtselbsthilfe im Land Berlin)

3. Die Kooperationsstrukturen der Suchtselbsthilfe mit angrenzenden Hilfesystemen sind ausgebaut.

c) Behandlung

Entzugsbehandlung

1. **Es stehen ausreichend Entzugsplätze für eine zeitnahe Aufnahme zur Verfügung.**
(z. B. Übergangseinrichtungen und Entwöhnung)
2. **Suchtkranke Menschen mit unklarem Krankenversicherungsstatus haben die Möglichkeit der Aufnahme und Behandlung in Entzugskrankenhäusern.**
(z. B. durch Kostenklärung und Übernahme durch die Clearingstelle)
3. **In den Entzugskliniken/Krankenhäusern ist ein strukturiertes verbindlich geregeltes Übergangsmanagement zur Überleitung in Anschlussmaßnahmen/Behandlung vereinbart und findet Anwendung.**
(z. B. in Entwöhnungsbehandlung, Eingliederungshilfe, alternativ Übergangseinrichtung, Selbsthilfegruppen)

Ambulante/stationäre Reha

1. **Eine bedarfsgerechte wohnortnahe ambulante Rehabilitation und Suchtnachsorge stehen zur Verfügung.**
2. **Das Angebot an stationärer Rehabilitation ist bedarfsgerecht und zielgruppenorientiert.**
3. **Mehr Menschen nutzen das Angebot der ambulanten und stationären Rehabilitation.**
4. **Die Behandlungsquote von substituierten Menschen in einer ambulanten oder stationären Rehabilitation ist erhöht.**
5. **Niedergelassenes Fachpersonal der Fachrichtung Psychotherapie beteiligt sich stärker an der Versorgung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung.**

Substitution

1. **Eine qualitätsgesicherte wohnortnahe Substitutionsversorgung ist ausreichend und bedarfsgerecht vorhanden.**
2. **Das Angebot und die Zugangswege orientieren sich an den Bedarfen und Möglichkeiten der drogengebrauchenden Personen.**
3. **Psychosoziale Betreuung und Begleitung steht ausreichend und bedarfsgerecht zur Verfügung. Die Anzahl der Nutzenden ist erhöht.**
4. **Die Möglichkeit für in der Haft substituierte Menschen, unmittelbar nach der Entlassung die Substitutionsbehandlung fortführen zu können, ist gewährleistet.**

d) Soziale Teilhabe

Arbeit und Beschäftigung

1. **Die Integration in Arbeit, Bildung und Tagesstrukturierung ist gestärkt.**
(z. B. Zugang zu beruflicher Qualifizierung und Umschulung; Förderung von Tagesstruktur durch sinnvolle Beschäftigung; Peer-Projekte; Unterstützung bei Jobsuche und Arbeitsplatzsicherung; Etablierung von Förderprogrammen)
2. **Bestehende Beschäftigungsangebote sind bedarfsgerecht ausgebaut.**
3. **Differenzierte Angebote entsprechend der Bedarfe der Zielgruppen sind erprobt, weiterentwickelt und etabliert.**
4. **Zieloffene und abstinentenzunabhängige Ansätze sind gestärkt.**

Wohnen

1. **Niedrigschwellige Integration in Angebote der Wohnungsnotfallhilfe und Vermittlung in Wohnraum ist aus- und aufgebaut.**
(z. B. Housing First; verbindliche Kooperationen mit den für Wohnen und Unterbringung zuständigen Stellen)
2. **Bedarfsgerechte betreute Wohnmöglichkeiten sind sichergestellt.**
(z. B. Eingliederungshilfe; suchtsensible Pflege)
3. **Komplexangebote sind etabliert.**
(z. B. Verschränkung von Unterbringung, medizinischer Versorgung, Konsumraumangeboten)

i: siehe auch Handlungsfeld Querschnittsaufgaben, z. B. Steuerung, Qualitätsstandards, Forschung

4.2.5 Repression – Gesetzgebung, Angebotsreduzierung und Strafverfolgung

Maßnahmen der Regulierung, Angebotsregulierung und Strafverfolgung zielen darauf ab, die Verfügbarkeit schädlicher Substanzen und Angebote einzuschränken, kriminellen Strukturen entgegenzuwirken und die Bevölkerung zu schützen. Dazu gehören Maßnahmen gegen die illegale Herstellung, den illegalen Handel und die illegale Verbreitung von Suchtmitteln sowie gegen sonstige illegale Angebote mit Abhängigkeitspotenzial (z. B. illegales Glücksspiel) sowie regulatorische Maßnahmen für legale Produkte mit Abhängigkeitspotenzial wie Alkohol, Tabak, Glücksspiel oder digitale Medien. Hierzu zählen Werbebeschränkungen, Zugangsregelungen, Preis- und Steuerpolitik sowie Abgabekriterien und Verkaufszeiten. Auch neue Konsumtrends werden zunehmend berücksichtigt.

Angebotsreduzierung und Strafverfolgung stehen im Verhältnis zu anderen Handlungsfeldern der Berliner Suchtpolitik. Strafrechtliche Maßnahmen können öffentlichen Raum schützen, konsumierende Menschen vor gefährlichen Substanzen bewahren oder Hilfszugänge ermöglichen. Auch ordnungsrechtliche Eingriffe wie Platzverweise oder die Überwachung von Szeneschwerpunkten können Teil der Angebotskontrolle sein, wenn sie verhältnismäßig und sozialverträglich

sind. In diesem Zusammenhang ist auch die Überwachung der Einhaltung von Jugendschutzbestimmungen sowie rechtlichen Regelungen – etwa des Nichtraucherschutzgesetzes (NRSG) und des Konsumcannabisgesetzes (KCanG) – zu berücksichtigen.

Regulierung und Angebotsreduzierung spielen eine zentrale Rolle in der Verhältnisprävention und zum Schutz vulnerabler Gruppen. Wichtige rechtliche Instrumente umfassen u. a. das Betäubungsmittelrecht (BtMG), das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG), das Konsumcannabisgesetz (KCanG), das Nichtraucherschutzrecht und das Glücksspielrecht. Entscheidend ist eine abgestimmte Umsetzung dieser Maßnahmen zusammen mit Aufklärung, Frühintervention und weiteren Hilfesystemen.

Übergeordnetes Ziel:

Regulierung, Angebotsreduzierung und Strafverfolgung begrenzen den Zugang zu gesundheitsgefährdenden Substanzen und Verhaltensweisen, regulieren und kontrollieren Märkte und stärken den Schutz von konsumierenden Menschen. Das gilt auch für legale Märkte wie z. B. im Bereich von Glücksspiel, Alkohol und Tabak. Bei illegalen Suchmitteln ist ein gesundheitsorientierter und verhältnismäßiger Umgang mit konsumierenden Menschen gewährleistet. Organisierter Handel und Abgabe werden konsequent verfolgt.

Strategische Ziele:

1. Legale Märkte sind gesundheitsorientiert reguliert.

(z. B. altersgerechte und gesundheitsbezogene Zugangsregeln; Verfügbarkeits- und Werbebeschränkungen; Produktregulierung und Preispolitik z. B. für Alkohol, Tabak, Cannabis (inkl. Anbauvereinigungen nach KCanG), Glücksspiel und Medien; Ausweitung konsumfreier Orte im öffentlichen Raum; Angebotsreduzierung durch ordnungsrechtliche Maßnahmen)

2. Illegale Märkte und organisierte Kriminalität sind konsequent eingedämmt.

(z. B. Fokus auf Großhandel, organisierte Strukturen, gewinnorientierte Verbreitung; Schutz öffentlicher Räume und vulnerabler Gruppen)

3. Der Kinder- und Jugendschutz ist gestärkt.

(z. B. Gesetzgebung orientiert sich an Gesundheits- und Jugendschutz; Werberegulierung; Altersbeschränkungen und Altersverifikation; Koordination mit den Bereichen Prävention, Hilfe und Schadensminimierung)

i: siehe auch Handlungsfeld Querschnittsaufgaben, z. B. Steuerung, Qualitätsstandards, Forschung

4.2.6 Querschnittsaufgaben

Unter dem Handlungsfeld „Querschnittsaufgaben“ werden Funktionen zusammengefasst, die als steuernde, koordinierende und qualitätssichernde Grundlagen für alle inhaltlichen Handlungsbereiche wirken.

Steuerung:

Die Steuerung des Berliner Verbundsystems umfasst die fachliche Begleitung, die bedarfsgerechte Ressourcenplanung, Qualitätsmanagement sowie die kontinuierliche Weiterentwicklung auf Grundlage vorliegender Daten und fundierter Erkenntnisse. Dazu zählen neben klaren Verantwortungsbereichen und indikatorengestützten Zielvereinbarungen auch die Erstellung fachlicher Stellungnahmen, Beschwerde- und Konfliktmanagement sowie die fachpolitische Bewertung neuer Entwicklungen und die Abstimmung mit anderen Politikfeldern und Verwaltungsebenen.

Ein zielgerichtetes Daten- und Informationsmanagement, das regionale und internationale Entwicklungen berücksichtigt, bildet die Grundlage für fundierte Steuerungsentscheidungen. Auf dieser Basis können Ressourcen effizient eingesetzt und Maßnahmen bedarfsgerecht angepasst werden.

Schnittstellenmanagement:

Eine wirkungsvolle Suchtpolitik erfordert die koordinierte Abstimmung zwischen verschiedenen politischen Ressorts und Verwaltungsebenen. Ziel des Schnittstellenmanagements ist es, insbesondere im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes, ressortübergreifende Abstimmungsprozesse zu etablieren, sodass Maßnahmen und Strategien in die suchtpolitische Gesamtstrategie integriert werden können. Fachgremien, übergreifende Steuerungsunden und verbindliche Absprachen schaffen Rahmenbedingungen für ein abgestimmtes, fachlich fundiertes und strategisch nachvollziehbares Verwaltungshandeln. Dazu gehört auch die systematische Einbindung und Unterstützung des freiwilligen Engagements, das im Suchtbereich eine zentrale Säule der Versorgung darstellt.

Darüber hinaus prägt die kontinuierliche Mitarbeit in Fachgremien und ressortübergreifenden Arbeitszusammenhängen die Arbeitsweise in besonderer Weise. Sie fördert vernetztes Arbeiten, bündelt unterschiedliche fachliche Perspektiven und trägt dazu bei, Wissen, Erfahrungen und Steuerungsimpulse systematisch in Planungs- und Umsetzungsprozesse einzubringen. Auf diese Weise werden Schnittstellen nicht nur koordiniert, sondern aktiv gestaltet. Wesentliche Schnittstellen sind dabei u. a. andere Senatsverwaltungen, Bezirke, Wohlfahrtsverbände, Vereine, psychiatrische Versorgungssysteme, Angebote der Wohnungsnotfallhilfe etc.

Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement:

Die Wirksamkeit suchtpolitischer Maßnahmen hängt von kontinuierlicher Qualitätsentwicklung und -sicherung ab. Die Berliner Landesstrategie Sucht fördert evidenzbasierte Praxis und orientiert sich an wissenschaftlicher Forschung. Die Wirksamkeit von Interventionen ist methodisch anspruchsvoll zu bewerten, da Effekte häufig zeitverzögert eintreten und selten monokausal auf eine einzelne Maßnahme zurückgeführt werden können. Gerade hier kann die Förderung von Forschung von hoher Bedeutung sein. Ziel ist es, systematische Datenerhebungen auszubauen und kontinuierliche Evaluationen durchzuführen. Ein stärkerer Fokus wird auf die Qualitätssicherung gelegt, unterstützt durch fachlich fundierte Qualitätsstandards für die Angebotsgestaltung wie z. B. über das Festlegen von Förderkriterien. Die kontinuierliche Qualifizierung von Fachkräften, z. B. durch Weiterbildung und die stärkere Berücksichtigung von Abhängigkeitserkrankungen in Studiengängen und Ausbildungen, ist zentral für eine wirksame Suchtpolitik. Die Gewinnung von qualifizierten Fachkräften in der Suchthilfe ist ebenso von Bedeutung.

Ergänzt wird dies durch ein strategisches Monitoring und eine systematische Früherkennung auf Landesebene, um Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen anzupassen. Das Handlungsfeld steht in engem Bezug zu forschungsbezogenen Fragestellungen, wie sie im Handlungsfeld Forschung adressiert werden.

Übergeordnetes Ziel:

Die Steuerung ist datengestützt weiterentwickelt, die Versorgungsqualität ist durch Qualitätsstandards, Datenauswertung und Evaluation gesichert, Schnittstellen sind verlässlich gestaltet und das Verbundsystem ist lern- und anpassungsfähig weiterentwickelt. Dazu gehört, neue - auch innovative - Ansätze systematisch zu identifizieren, ergebnisoffen zu prüfen und - sofern wirksam - in die Regelversorgung zu überführen, um Versorgungslücken zu schließen.

Strategische Ziele:

1. Alle Maßnahmen sind systematisch und kohärent gesteuert.

(z. B. ministerielle Zielvorgaben; Abstimmung mit bezirklichen Steuerungsverantwortungen; verbindliche Planungs- sowie Steuerungsinstrumente und Umsetzungsstrukturen; klare Verantwortlichkeiten auf allen Ebenen)

2. Sektorübergreifende Zusammenarbeit und Schnittstellenkoordination sind gestärkt.

(z. B. koordinierte Zusammenarbeit von Gesundheitswesen inklusive Psychiatrie, Bildungswesen, Suchthilfe, Jugendhilfe, Polizei, Sozialwesen, Justiz, Wohlfahrtsverbände etc.; gemeinsame Planungs- und Kommunikationsformate (Gremien); Kooperationsvereinbarungen)

3. Entscheidungsfindung und Steuerung erfolgen datenbasiert und werden an aktuelle Entwicklungen angepasst.

(z. B. regelmäßige Erhebung und Nutzung von Indikatoren; Nutzung von Daten; Digitalisierung und andere, neue Entwicklungen)

4. Einheitliche Qualitätsstandards sind entwickelt und werden angewendet.

(z. B. Leitlinien für Angebotsstruktur, Methodik und Dokumentation; transparente Förderkriterien)

5. Eine systematische Evaluationspraxis ist verankert.

(z. B. interne und externe Evaluation geförderter Maßnahmen; Nutzung von Evaluationsergebnissen für Strategieanpassung und Qualitätsentwicklung)

4.2.7 Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit schafft die Grundlage für eine informierte, differenzierte und solidarische Auseinandersetzung mit dem Thema Abhängigkeitserkrankungen. Sie vermittelt wissenschaftlich fundiertes Wissen über Konsumformen, Risiken, gesundheitliche und gesellschaftliche Auswirkungen und trägt zur Enttabuisierung sowie zur Reflexion gesellschaftlicher Zuschreibungen bei. Damit stärkt sie sowohl individuelle als auch kollektive Kompetenzen im Umgang mit Konsum und Abhängigkeit. Ziel ist es, ein faktenbasiertes, nicht stigmatisierendes Verständnis zu fördern, gesellschaftliche Ausgrenzung abzubauen und die Relevanz unterstützender Strukturen sichtbar zu machen.

In ihrer übergreifenden Wirkung steht die Öffentlichkeitsarbeit in engem Bezug zu weiteren Handlungsfeldern, insbesondere zu öffentlichkeitswirksamer Prävention, und bildet eine zentrale Voraussetzung für gesellschaftliche Akzeptanz, institutionelle Anschlussfähigkeit und politische Wirksamkeit suchtpolitischer Maßnahmen.

Übergeordnetes Ziel:

Wissen, Haltungen und Perspektiven sind so vermittelt, dass ein reflektierter und konstruktiver Umgang mit dem Thema Konsum und Abhängigkeitserkrankungen in der Gesellschaft gefördert wird. Eine Haltung, die Abhängigkeit als Gesundheitsproblem anerkennt und Abwertung sowie Schuldzuschreibungen vermeidet, ist gestärkt. Selbst- und Fremdscham sind verringert, die frühere Inanspruchnahme von Hilfe ist gefördert und damit Prävention, Behandlung und Teilhabe unterstützt. Informationen zu Hilfeangeboten, Anlaufstellen und Versorgungswegen sind niedrigschwellig auffindbar und verständlich. Zudem sind Maßnahmen, Zuständigkeiten und Entwicklungen transparent kommuniziert.

Strategische Ziele:

- 1. Die öffentliche Wahrnehmung von Sucht als multifaktorieller Erkrankung ist faktenbasiert, differenziert und entstigmatisierend geprägt.**
(z. B. Verständnis für Abhängigkeitserkrankungen als chronische Erkrankung und gesellschaftliche Herausforderung; Vermeidung stigmatisierender Sprache; Aufklärung über Ursachen und Hilfemöglichkeiten)
- 2. Eine konsumkritische Grundhaltung und Vorbildfunktion sind gestärkt.**
(z. B. Unterstützung eines reflektierten Umgangs mit Konsum durch Normen und Leitbilder in Organisationen und im öffentlichen Diskurs; Stärkung des Bewusstseins für Risikobewusstsein und Konsumkompetenz sowie für die gesamtgesellschaftliche Verantwortung).
- 3. Die gesellschaftliche Akzeptanz von Hilfe- und Unterstützungsangeboten ist gestärkt.**
(z. B. positive Darstellung von Präventions-, Beratungs-, Behandlungs- und Schadensminderungsangeboten; Förderung eines offenen Umgangs mit Hilfe)
- 4. Information und Ansprache sind adressatengerecht und niedrigschwellig ausgestaltet.**
(z. B. zielgruppenspezifische und -sensible Materialien; multiperspektivische Öffentlichkeitsarbeit in unterschiedlichen Lebenswelten)
- 5. Die suchtpolitischen Ziele der Landesstrategie und deren Umsetzungsstand sind transparent kommuniziert.**
(z. B. Bekanntheit von Angeboten/Anlaufstellen; nachvollziehbare Kommunikation zu Maßnahmen; Pressearbeit; Webinare)
- 6. Öffentlichkeitsarbeit ist langfristig und nachhaltig finanziell abgesichert.**

4.2.8 Forschung

Forschung trägt wesentlich dazu bei, Konsumtrends, Versorgungslagen und die Wirksamkeit von Maßnahmen besser zu verstehen und zukünftige Entwicklungen fundiert einzuschätzen. Die Berliner Sucht- und Drogenpolitik stützt sich deshalb auf eine systematische Einbindung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie auf die kontinuierliche Beobachtung und Reflexion von Entwicklungen im Hilfesystem. Ziel ist es, bestehendes Wissen zu bündeln, Forschungslücken zu identifizieren und praxisnahe Forschungsvorhaben anzustoßen. Kooperationen mit Hochschulen, Fachverbänden und Trägern bilden dafür eine zentrale Grundlage. Im Vordergrund stehen sowohl die vertiefte Analyse von Konsum und Versorgungslagen als auch die wissenschaftlich fundierte Überprüfung und Weiterentwicklung von Angeboten. Forschung versteht sich dabei nicht nur als Mittel zur Bewertung, sondern als eigenständiger Beitrag zur Innovation, zur Reflexion gesellschaftlicher Entwicklungen und zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Suchtpolitik in Berlin.

Übergeordnetes Ziel:

Die Wissensbasis für die evidenzbasierte Weiterentwicklung der Suchtpolitik ist erweitert; daraus sind konkrete und zielgerichtete Maßnahmen in allen Handlungsfeldern abgeleitet.

Strategische Ziele:

- 1. Praxisnahe und interdisziplinäre Forschung zu Konsumtrends, Konsumstörungen und Zielgruppen ist gestärkt.**
(z. B. Fokus auf aktuelle Herausforderungen und Forschungslücken; Wirksamkeit bestehender Maßnahmen; Forschung zu Lebenslagen besonders vulnerablen Gruppen)
- 2. Der Wissenstransfer zwischen Forschung, Praxis und Politik ist gestärkt.**
(z. B. systematische Rückkopplung von Ergebnissen in Planung, Umsetzung und Qualifizierung)
- 3. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden systematisch für Qualitätssicherung und strategische Steuerung genutzt.**
(z. B. Einbindung in Programme, die Entwicklung von Standards und Förderentscheidungen)
- 4. Forschung ist langfristig und nachhaltig finanziell abgesichert.**

5 Rahmenbedingungen

Die Berliner Landesstrategie Sucht baut auf den bestehenden Strukturen des Berliner Verbundsystems der Suchthilfe auf und stellt eine gezielte Weiterentwicklung bewährter und Implementierung neuer Ansätze dar.

Um die ambitionierten Ziele in allen Handlungsfeldern zu erreichen, bedarf es tragfähiger Strukturen und einer koordinierten Zusammenarbeit über alle relevanten Ebenen hinweg. Die nachfolgenden Abschnitte skizzieren die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Umsetzung. Alle Maßnahmen werden in einem separaten Zeit- und Maßnahmenplan, welcher fortlaufend aktualisiert wird, dargestellt.

Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung unterstützt diese Prozesse beratend und koordinierend, um eine kohärente und zielgerichtete Umsetzung über Ressortgrenzen hinweg sicherzustellen. Unterschiedliche Austauschformate unterstützen den Prozess als Plattform für den kontinuierlichen fachlichen Austausch und tragen dazu bei, Praxisperspektiven, neue Entwicklungen und Steuerungsbedarfe frühzeitig in die Umsetzung einzubringen.

5.1 Finanzierung und Absicherung

Die Umsetzung der Berliner Landesstrategie Sucht setzt ein verlässlich abgesichertes Verbundsystem voraus. Dafür braucht es eine tragfähige finanzielle und personelle Grundlage, die Bestandssicherung und Weiterentwicklung gleichermaßen ermöglicht. Nur so können bestehende Strukturen des Berliner Verbundsystems gesichert, Angebotsabbrüche vermieden und zugleich neue Bedarfe sowie sich verändernde Konsum- und Problemlagen zeitnah aufgegriffen werden. Eine nachhaltige Finanzierung muss diese Verzahnung berücksichtigen, da die Wirksamkeit des Systems wesentlich auf dem Zusammenspiel der einzelnen Bausteine beruht.

Finanzierung und Absicherung sind damit zentrale Umsetzungsbedingungen über alle Handlungsfelder hinweg. Ziel ist es, bestehende Finanzierungsstrukturen verlässlich fortzuführen, neue Maßnahmen bedarfsgerecht zu ermöglichen und fachlich bewährte Ansätze nach Möglichkeit in langfristige und nachhaltige Regelfinanzierungen zu überführen. Dafür braucht es Planbarkeit über kurzfristige Projektlogiken hinaus sowie hinreichende Flexibilität, um auf veränderte Bedarfe und Rahmenbedingungen reagieren zu können.

Zur Absicherung des Verbundsystems gehört neben der Finanzierung von Leistungen auch eine ausreichende strukturelle Ausstattung. Dazu zählen geeignete und verfügbare Räumlichkeiten, qualifiziertes Fachpersonal sowie eine zeitgemäße digitale Infrastruktur. Hinzu kommt die Freiwilligenkoordination, die das freiwillige Engagement im Suchtbereich grundlegend stärkt. Ohne diese Voraussetzungen lassen sich Angebote weder dauerhaft noch niedrigschwellig in der erforderlichen Qualität bereitstellen. Dies betrifft neben den leistungserbringenden Projekten und Trägern auch die Verwaltungsebene: Für Steuerung, Projektbegleitung, Koordination,

Monitoring sowie eine rechtssichere und verlässliche Umsetzung sind ebenfalls ausreichende personelle, organisatorische und digitale Ressourcen erforderlich.

Besonderes Augenmerk liegt darauf, das Verbundsystem gegenüber finanziellen und strukturellen Belastungen widerstandsfähig und resilient auszugestalten. Dazu gehören verlässliche Perspektiven für zielführende Angebote, tragfähige Anschlusslösungen bei befristeten Förderungen und ausreichende Handlungsspielräume, um auf neue Entwicklungen reagieren zu können. Eine solche Absicherung stärkt nicht nur einzelne Maßnahmen, sondern die Funktionsfähigkeit des Systems insgesamt.

Unzureichende oder unsichere Finanzierung kann die Stabilität und Leistungsfähigkeit des Verbundsystems in seiner Breite erheblich beeinträchtigen. Sie erhöht das Risiko von Angebotsabbrüchen, eingeschränkter Erreichbarkeit, dem Verlust von Fachkräften und einer verminderten Fähigkeit, auf neue oder sich verschärfende Problemlagen zu reagieren. Damit verbunden sind nicht nur fachliche Risiken, sondern mittel- und langfristig auch erhöhte soziale und fiskalische Folgekosten. Vor diesem Hintergrund ist die Finanzierung des Verbundsystems nicht allein als Ausgabenfrage, sondern auch als Frage vorausschauender öffentlicher Steuerung zu betrachten. Ein aktuelles Beispiel für eine solche Perspektive ist die 2025 veröffentlichte SROI-Studie (Social Return on Investment) aus Pankow. Auf der Bezirksseite wird berichtet, dass für soziale Leistungen Rückflüsse an die öffentliche Hand ausgewiesen werden; genannt werden dabei 51 Cent je Euro bei gesetzlichen Sozialleistungen sowie 33 Cent bei zuwendungsfinanzierten Projekten. Die Darstellung verweist zudem auf Beschäftigungseffekte, die Vermeidung von Folgekosten sowie Einnahmen aus Steuern und Sozialabgaben als zentrale Rückflussskanäle.

5.2 Qualitätsmanagement

Um die Umsetzung der Berliner Landesstrategie Sucht dauerhaft zu sichern und weiterzuentwickeln, wird ein besonderer Fokus auf das Qualitätsmanagement der Strategieumsetzung gelegt. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, ob die Landesstrategie als ressort- und akteursübergreifender Steuerungsprozess tragfähig organisiert, wirksam umgesetzt und fachlich nachvollziehbar weiterentwickelt wird.

Gegenstand dieses Kapitels ist insbesondere die Prozessevaluation der Landesstrategie. Diese dient nicht primär der inhaltlichen Wirkungskontrolle einzelner Maßnahmen, sondern der qualitätsgesicherten Reflexion von Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung der Strategie innerhalb der fachlich verantwortlichen Verwaltung und unter Einbezug von fachlicher Expertise aus Wissenschaft und Praxis. Die Evaluation der fachlichen Wirkung einzelner Maßnahmen und Angebote erfolgt demgegenüber grundsätzlich in den zuständigen Handlungsfeldern bzw. Querschnittsaufgaben.

Die Prozessevaluation der Landesstrategie erfolgt als anlassbezogene Überprüfung der Strategieumsetzung sowie als Zwischenbericht nach fünf Jahren der Strategieumsetzung. Dabei werden Umsetzungsstand, Erfahrungen aus der Praxis, identifizierte Hindernisse sowie Nachsteuerungsbedarfe

systematisch zusammengeführt und ausgewertet. Ziel ist es, die Umsetzung transparent nachzuhalten, Umsetzungshemmnisse frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf begründete Anpassungen in Steuerung, Koordination und Verfahren vorzunehmen.

Im Rahmen der Prozessevaluation wird insbesondere geprüft,

- ob Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in der Umsetzung hinreichend klar und praktikabel ausgestaltet sind,
- ob Abstimmungs-, Kommunikations- und Koordinationsprozesse zwischen den beteiligten Bereichen verlässlich funktionieren,
- ob geplante Schritte und Verfahren wie vorgesehen umgesetzt oder sachgerecht angepasst werden,
- ob sich Verzögerungen, Zielkonflikte oder unbeabsichtigte Effekte ergeben,
- und welcher Nachsteuerungsbedarf sich daraus für die weitere Umsetzung der Landesstrategie ableitet.

Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung bündelt die Erkenntnisse zur Strategieumsetzung, bewertet diese in strukturierter Form und führt sie der Weiterentwicklung der Landesstrategie zu.

6 Nächste Schritte

Die Umsetzung der Berliner Landesstrategie Sucht ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur durch abgestimmtes Zusammenwirken verschiedener institutioneller Ebenen und Fachbereiche gelingen kann. Neben der koordinierenden Rolle der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung sind daher auch andere Senatsressorts, die Bezirke, die Träger der Suchthilfe und Prävention, die Selbsthilfe und weitere Bereiche des Gesundheitswesens eingebunden. Über die sektorspezifische Zuständigkeit hinaus bedarf es verbindlicher Kooperationen und ressortübergreifender Verantwortung zwischen den unterschiedlichen Politikfeldern und Verwaltungsbereichen. Ziel des ressort- und bereichsübergreifenden Schnittstellenmanagements ist es, Maßnahmen besser aufeinander abzustimmen, Synergien zu nutzen und gemeinsam wirksame Strukturen für die Unterstützung betroffener Menschen zu schaffen.

Ihre Umsetzung erfolgt nicht erst mit dem Beginn des neuen Strategiezeitraums ab 2026, sondern hat bereits in den vergangenen Jahren parallel zur Delphi-Studie und zur Strategieentwicklung begonnen. Zahlreiche Maßnahmen wurden bereits initiiert und weiterentwickelt, so dass die Landesstrategie Sucht kein rein statisches Dokument ist, sondern ein Rahmen für bereits laufende und künftige Prozesse.

Ergänzend zu diesem konzeptionellen Rahmen wird ein gesonderter Maßnahmenplan erarbeitet, der die strategischen Zielsetzungen in konkrete Vorhaben überführt (u. a. Priorisierung, Zuständigkeiten, Zeit- und Finanzplanung und Umsetzungsstand). Der Maßnahmenplan ist als „atmendes Dokument“ angelegt und wird kontinuierlich fortgeschrieben, um Veränderungen in Bedarfen, Rahmenbedingungen und Erkenntnislagen zeitnah berücksichtigen zu können.

Glossar

Case-Management

Case Management (auch Care Coordination) ist eine komplexe, integrierte Intervention der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Es dient der Koordination und Abstimmung von Unterstützungs- und Versorgungsleistungen und trägt zur gesundheitlichen Versorgung, sozialen Unterstützung und gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit komplexem Hilfebedarf bei (Lukersmith et al. 2016).

Chemsex

„Chemsex bezeichnet den gezielten Konsum psychoaktiver Substanzen, um sexuelle Erfahrungen zu intensivieren. Er umfasst häufig lang andauernde sexuelle Aktivitäten, mehrere Partnerinnen oder Partner sowie den Gebrauch von Substanzen wie GHB, synthetischen Cathinonen und Medikamenten zur Behandlung von Erektionsstörungen“ (Le Bouëdec et al. 2025).

Drug-Checking

Drug-Checking stellt eine Möglichkeit zur Risiko- und Schadensminimierung sowie Schwarzmarktüberwachung dar (Brunt, 2017). Potenziellen Konsumierenden bietet es die Möglichkeit, illegale psychoaktive Substanzen kostenlos und anonym chemisch-toxikologisch analysieren zu lassen und eine detaillierte Rückmeldung über die Wirkstoffe und Wirkstoffmengen im Rahmen eines Beratungsgesprächs zu erhalten. Das Beratungsgespräch bietet zusätzlich die Möglichkeit, Informationen über Konsumrisiken und schadensminimierende Konsumstrategien bereitzustellen sowie Personen bei Bedarf niedrigschwellig an Angebote der Suchthilfe zu vermitteln (Hirschfeld et al. 2024).

Fentanyl

Siehe auch: **Opioide**

„Fentanyl ist ein stark wirksames synthetisches Opioid, das als Schmerzmittel und als Anästhetikum verwendet wird. Es ist etwa 50-100-mal potenter als Morphin“ (WHO 2025).

Harm-Reduction-Ansatz

Harm Reduction (Schadensminimierung) bezeichnet Strategien, Maßnahmen und Interventionen, die darauf abzielen, die gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Schäden im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen zu verringern. Im Mittelpunkt steht die Reduktion konsumbezogener Risiken und Schäden, nicht zwingend die Verringerung des Konsums selbst (Ritter, Cameron, 2005).

Heroin (Diacetylmorphin, Diamorphin)

Siehe auch: **Opioide**

Heroin ist ein halbsynthetisches Opioid, das durch chemische Umwandlung von Morphin hergestellt wird. Aufgrund seiner hohen Fettlöslichkeit gelangt es besonders schnell ins Gehirn und kann intensive Euphoriegefühle („Kick“) auslösen. Heroin besitzt ein hohes Abhängigkeitspotenzial und wird auf dem illegalen Markt unter anderem injiziert, geraucht oder geschnupft. In Deutschland ist pharmazeutisch hergestelltes Diamorphin unter bestimmten Voraussetzungen zur Behandlung schwer opioidabhängiger Menschen zugelassen (DHS 2023b).

KFM

Der Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) umfasst 11 Fragen zur Erfassung problematischen Medikamentengebrauchs, z. B. Vorratshaltung und Wirkungsverminderung (Watzl et al., 1991).

Lachgas

„Lachgas (N₂O) ist in Deutschland problemlos legal und nahezu ubiquitär in Kartuschen erhältlich. Grund für die Beliebtheit in der Partyszene sind v. a. die euphorisierend-psychedelischen Effekte des Gases. Neben ernsthaften und manchmal irreversiblen gesundheitlichen Problemen bei Langzeitanwendung (Blutbild- und Nervenschädigungen) ereignen sich immer wieder auch akutmedizinisch bedeutsame, lebensbedrohliche oder tödliche Folgen des Lachgaskonsums“ (Ziegenfuß 2024).

Naloxon

„Naloxon ist ein Medikament, das die Wirkung von Opioidüberdosen aufhebt, wenn es rechtzeitig angewendet wird. Naloxon hat praktisch keinen Effekt auf Menschen, die keine Opioiden konsumiert haben“ (WHO 2025).

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) sind verschiedene Gruppen synthetisch hergestellter psychoaktiver Substanzen, die häufig entwickelt werden, um die Wirkungen etablierter illegaler Drogen nachzuahmen. Viele NPS wurden ursprünglich so verändert, dass sie nicht unter bestehende gesetzliche Kontrollregelungen fielen. Sie können nach ihrer Wirkung oder nach chemischen Substanzklassen unterschieden werden (DHS 2023c).

Nitazene

Nitazene sind hochpotente synthetische Opioiden. Sie zeichnen sich durch eine extrem hohe Potenz aus und weisen ein hohes Missbrauchspotenzial auf. Dadurch sind sie weder in der Humanmedizin noch in der Veterinärmedizin zugelassen (Stucki et al. 2026).

Opioiden

„Opioiden sind eine Gruppe natürlicher, halbsynthetischer und synthetischer Substanzen, die an Opioidrezeptoren im Nervensystem wirken. Natürliche Opioiden werden aus der Schlafmohnpflanze gewonnen. Opioiden werden insbesondere zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt und umfassen sowohl verschreibungspflichtige Arzneimittel (z. B. Morphin, Fentanyl, Methadon oder Tilidin) als auch illegal konsumierte Substanzen wie Heroin. Opioiden können Schmerzen wirksam lindern, bergen jedoch das Risiko von Toleranzentwicklung, Abhängigkeit und Überdosierungen. Eine Überdosierung kann durch eine Verlangsamung oder einen Stillstand der Atmung lebensbedrohlich sein.“ (WHO 2025)

Person of Color

„Person of Color“ (Plural: People of Color, abgekürzt PoC) ist eine Selbstbezeichnung von Menschen, die von der Mehrheitsgesellschaft als nicht-weiß angesehen werden. Gemeint ist nicht die Hautfarbe, sondern die Erfahrung, in einer mehrheitlich weißen Gesellschaft als nicht dazu gehörig, als „nicht-deutsch“ wahrgenommen zu werden und deswegen verschiedenen Formen von Rassismus ausgesetzt zu sein. (Ha 2023)

Pflanzliche Cannabinoide

Phytocannabinoide (Pflanzliche Cannabinoide), wie Cannabis sind Inhaltsstoffe der Cannabispflanze, welche zur Gattung der Hanfgewächse (Cannabaceae) gehört. Cannabinoide haben eine Vielzahl von Wirkungen auf den menschlichen Körper. Während Cannabis häufig zur Rauscherzeugung konsumiert wird, findet es auch in der Medizin zu therapeutischen Zwecken Anwendung. (DHS 2024)

Potenz

„Die Potenz oder auch Wirkstärke eines agonistischen Pharmakons bezeichnet den Konzentrations- oder Dosisbereich, indem das

Pharmakon wirkt. Je niedriger die Konzentration eines Pharmakons die 50% der maximalen Wirkung hervorruft, umso höher ist seine Potenz.“ (Altmeyer 2024)

Psychose

Psychose bezeichnet einen Zustand mit beeinträchtigter Realitätsprüfung, der sich insbesondere durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen ohne Krankheitseinsicht oder beides äußert. Betroffene sind dabei nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, Wahnvorstellungen als unzutreffend oder Halluzinationen als nicht real zu erkennen. Psychosen können im Rahmen verschiedener psychischer, neurologischer oder körperlicher Erkrankungen auftreten und gehen häufig mit weiteren Symptomen wie Denkstörungen oder desorganisiertem Verhalten einher (Arciniegas 2015).

Reitox

Reitox ist das europäische Drogeninformationsnetzwerk; die nationalen Reitox-Berichte (für Deutschland erstellt durch die DBDD) fließen in die Jahresberichte der Drogenagentur der Europäischen Union (European Union Drugs Agency, EUDA) ein. (EUDA o.J.)

Riskanter Alkoholkonsum

Riskanter Alkoholkonsum wird als der Konsum von durchschnittlich täglich mehr als 12 (bei Frauen) bzw. 24 (bei Männern) Gramm Reinalkohol definiert. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat jedoch ihre Empfehlung angepasst: es gibt keinen risikofreien Konsum von Alkohol. Nur Alkoholabstinenz ist risikofrei. (DHS 2023d; DHS 2025)

Setting-Ansatz

„Mit dem Settingansatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer

wechselseitigen Beziehung [...] ist. Diese Einflussfaktoren können individuell, sozial, organisatorisch, ökonomisch oder ökologisch sein. Die Anwendung des Settingansatzes bedeutet, diese Einflussfaktoren systematisch in einem koordinierten und partizipativen Lern- und Entwicklungsprozess positiv und nachhaltig im Sinne der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen.“ (Hartung et al. 2022)

Stimulanzien

(Psychostimulanzien) sind psychoaktive Substanzen, die auf das zentrale Nervensystem wirken und Wachheit, Erregung und allgemeine Verhaltensaktivierung steigern. Ihr primärer Wirkmechanismus beruht auf einer Verstärkung der Aktivität monoaminerger Neurotransmitter, insbesondere von Dopamin, Noradrenalin und/oder Serotonin. Zu den Stimulanzien zählen beispielsweise Kokain, Amphetamin, Methamphetamin und Methylphenidat. (Bundesdrogenbeauftragter 2026)

Suchtdreieck

„Sucht oder Abhängigkeit haben nicht nur eine Ursache, sondern sind das Ergebnis des Zusammenspiels vieler Faktoren: Dabei spielen genetisch festgelegte Bereitschaft und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen, seine Stärken und Schwächen aber auch sein Umgang mit Gefühlen usw. eine Rolle (Persönlichkeitseigenschaften) und ebenso seine Umwelt“ (Behrendt et al. 2023).

Synthetische Cannabinoide

Synthetische Cannabinoide sind aufbauend auf der Strukturaufklärung von THC syntheti-

sierte, zahlreiche strukturell höchst unterschiedliche Substanzen, die THC-ähnliche Effekte verursachen, aber nicht pflanzlichen Ursprungs sind. (Kneisel 2013)

Synthetische Cathinone

Synthetische Cathinone sind „synthetisch hergestellte Amphetaminderivate, die strukturell mit Cathinon verwandt sind – dem aktiven Wirkstoff der Khat-Pflanze. Diese Substanzen werden umgangssprachlich als „Badesalze“ bezeichnet und stellen eine große Gruppe neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) dar.“ (Bendau et al. 2026).

Tilidin

Siehe auch: **Opioide**

„Tilidin wird zur Behandlung starker und sehr starker Schmerzen angewendet, in der Regel in Kombination mit dem Opioidrezeptor-Antagonisten Naloxon (um einen möglichen Missbrauch von Tilidin vorzubeugen). Tilidin eignet sich besonders zur Behandlung chronischer Schmerzen. Der WHO-Stufenplan zur Schmerztherapie stuft Tilidin als schwaches Opioid-Analgetikum (Stufe II) gegen mittelstarke Schmerzen ein. Im Vergleich zu Morphin ist es etwa 5-mal schwächer“ (Gelbe Liste Pharmaindex, o. D.).

Tramadol

Siehe auch: **Opioide**

Tramadol ist ein Opioid-Analgetikum, dass etwa ein Zehntel der Morphinwirkung entfaltet. Seine Potenz ist also 0.1 im Gegensatz zu Morphin. (Stucki et al. 2026)

Literaturverzeichnis

AOK (2024): Wie ist die Komorbidität bei Sucht und psychischen Erkrankungen? Online unter: <https://www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/sucht/wie-ist-die-komorbiditaet-bei-sucht-und-psychischen-erkrankungen> (Zugriff: 17.07.2026).

Arciniegas, D. B. (2015): Psychosis. Continuum (Minneapolis, Minn.), 21(3), 715-736. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>

Ärzte Zeitung (2023): Raucher sorgen jährlich für 100 Milliarden Euro Folgekosten. Online unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Raucher-sorgen-jaehrlich-fuer-100-Milliarden-Euro-Folgekosten--441515.html> (Zugriff: 17.07.2026).

Bendau, A.; Bournot, P.; Betzler, F. et al. (2026): From dust till dawn: patterns, motives, and risks of using smokable synthetic cathinones. Harm Reduction Journal, 23, 44. <https://doi.org/10.1186/s12954-026-01428-8>

Bundeskriminalamt (BKA) (2026): Rauschgiftkriminalität. Online unter: https://www.bka.de/DE/UnsereAufgaben/Deliktsbereiche/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet_node.html (Zugriff: 17.07.2026).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025a): Alkohol. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html> (Zugriff: 17.07.2026).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025b): Rauchen. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rauchen.html> (Zugriff: 17.07.2026).

Buth, S.; Meyer, G.; Rosenkranz, M.; Kalke, J. (2026): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2025. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg.

Cid-Jofré, V.; Bahamondes, T.; Zúñiga Correa, A.; Ahumada Arias, I.; Reyes-Parada, M.; Renard, G. M. (2024): Psychostimulants and social behaviors. Frontiers in Pharmacology, 15, Article 1364630. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1364630>

Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2026): Stimulanzen in Deutschland. Der (illegale) Handel mit Kokain steigt in der EU stark an. Online unter: <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/stimulanzen> (Zugriff: 17.07.2026).

Destatis (2025): Verbrauchsteuern 2024: 193,6 Millionen Liter Alkohol versteuert. Online unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchsteuern/alkoholsteuer.html> (Zugriff: 17.07.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2026): Steigender Lachgaskonsum auch in Deutschland. Heft 1/2026. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/titel/dae/2026/1/steigender-lachgaskonsum-auch-in-deutschland-6d03b0c2-c86d-4bba-9acc-1193ce158db6> (Zugriff: 17.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2020): Erwachsenwerden in Familien Suchtkranker. Hamm. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Erwachsenwerden_in_Familien_Suchtkranker.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2023a): Empfehlungen für stigmafreie Bezeichnungen im Bereich substanzbezogener und nicht-substanzbezogener Störungen. Positionspapier. Hamm. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2023-09-26-Positionspapier_stigmafreie_Begriffe.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2023b): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 4. Hamm. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/BZGA-23-05450_DHS_Suchtmedizinische_Reihe_4_Drogenabh%C3%A4ngigkeit_BFREI.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2023c): Neue psychoaktive Substanzen (NPS): Basisinformationen. Hamm. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/BI%C3%96G-25-06408_DHS_Basisinformation_NPS_BFREI-1.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2023d): Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zum Umgang mit Alkohol. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/WK_der_DHS_-_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Alkohol.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2024): Cannabis. Auflage 19.40.01.25. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/BZGA-24-06059_DHS_Die_Sucht_und_ihre_Formen_03_CANNABIS.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2025): Ergebnispapier der Arbeitsgruppe „Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol“. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/images/headerbilder/suechte/2026-02-03_Ergebnispapier_AG_Umgang_mit_Alkohol_final_NEU.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Dingermann T. (2021): Grundlagen der Pharmakologie von Cannabinoiden. Schmerzmed. 37(Suppl 1):8-13. German. doi: 10.1007/s00940-021-3139-9. Epub 2021 Jul 26. PMCID: PMC8286859. Online unter: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8286859/>

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2015): Die gesellschaftlichen Kosten des Rauchens auf einen Blick. Heidelberg. Online unter: <https://www.dkfz.de/aktuelles/pressemitteilungen/detail/die-gesellschaftlichen-kosten-des-rauchens-auf-einen-blick> (Zugriff: 17.07.2026).

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) (2023): Mediensucht-Studie 2023/2024 – Ergebnisbericht. Online unter: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/57130/data/1e99c74f76c82194594692bcf2e2337d/dzskj-dak-mediensuchtstudie-2023-24-ergebnisbericht.pdf> (Zugriff: 17.07.2026).

European Union Drugs Agency (EUDA): REITOX network of EUDA national focal points. Online unter: https://www.euda.europa.eu/about/partners/reitox_en (Zugriff: 17.07.2026).

Franzkowiak, P. (2025): Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Online unter: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/> (Zugriff: 17.07.2026).

Gelbe Liste Pharmindex (o.J.): Tilidin. Online unter: https://www.gelbe-liste.de/wirkstoffe/Tilidin_18896 (Zugriff: 17.07.2026).

Gerlich, M. G.; Schwarz, F. W.; Walter, U. (2023): Gesundheitsziele. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i062-3.0>

Ha, N. K. (2023): »People of Color«. In: Bartels, I.; Löhr, I.; Reinecke, C.; Schäfer, P.; Stielike, L. (Hrsg.): Inventar der Migrationsbegriffe. <https://doi.org/10.48693/264>

Hartung, S.; Rosenbrock, R. (2022): Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Online unter: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebenswelt-ansatz/> (Zugriff: 17.07.2026).

Kneisel, S. (2013): Synthetische Cannabinoide in der forensischen Analytik – von der Substanzidentifizierung in Räuchermischungen bis zum Nachweis in forensisch relevanten Matrices. Inauguraldisertation. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Online unter: <https://freidok.uni-freiburg.de/data/9278> (Zugriff: 17.07.2026).

Le Bouëdec, D.; Pelletier, R.; Bénézit, F.; Pangui, R.; Morel, I.; Gicquel, T. (2025): Chemsex, drugs and consequences: A short review. Summary. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2025.11.006>

Lukersmith, S.; Millington, M.; Salvador-Carulla, L. (2016): What is case management? A scoping and mapping review. International Journal of Integrated Care, 16(4), 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.2477>

Rauschert, C.; Bröcker, M.; Pieper, L. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 119, Heft 31-32. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/konsum-psychoaktiver-substanzen-in-deutschland-a8c9e691-dbc5-4eb3-9d00-5bdfdf363b8e> (Zugriff: 17.07.2026).

REITOX (2024): Bericht zur Drogensituation in Deutschland. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), Berlin. Online unter: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs_Reitox-Bericht/REITOX_BERICHT_2024/REITOX_BERICHT_2024_Drogen.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Ritter, A.; Cameron, J. (2006): A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. Drug and Alcohol Review, 25, 611–624. <https://doi.org/10.1080/09595230600944529>

Schütze, C.; Kalke, J.; Möller, V.; Turowski, T.; Hayer, T. (2023): Glücksspielatlas Deutschland 2023: Zahlen, Daten, Fakten. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Arbeitseinheit Glücksspielforschung der Universität Bremen: Hamburg / Hamm / Bremen.

Stucki, S.; Marthaler, M. (2026): Hochpotente synthetische Opioide – Faktenblatt. Infodrug. Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht. Online unter: https://www.infodrog.ch/files/content/factsheets/2026-03_Faktenblatt_Synthetische-Opioide.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Suchtsurvey 2021 (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys. Institut für Therapieforchung (IFT), München. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/konsum-psychoaktiver-substanzen-in-deutschland-a8c9e691-dbc5-4eb3-9d00-5bdfdf363b8e> (Zugriff: 17.07.2026).

Olderbak, S.; Rauschert, C.; Möckl, J.; Seitz, N.-N.; Hoch, E.; Kraus, L. (2023): Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin. IFT Institut für Therapieforchung. Online unter: https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/esa_laenderberichte/ESA-2021-Berlinbericht_2023-02-14.pdf (Zugriff: 17.07.2026).

Watzl, H.; Rist, F.; Höcker, W.; Miehle, K. (1991): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. In: Heide, M.; Lieb, H. (Hrsg.): Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses (S. 123–139). Bonn: Nagel.

World Health Organization (WHO) (2024): Alcohol Use in the WHO European Region. Online unter: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/alcohol-use> (Zugriff: 17.07.2026).

World Health Organization (WHO) (2025): Opioid overdose – Fact Sheet. Online unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose> (Zugriff: 17.07.2026).

Ziegenfuß, T.; Zander, R. (2024): Partydroge Lachgas. Anaesthesiologie, 73, 482–487. <https://doi.org/10.1007/s00101-024-01427-z>