

Queere Perspektiven auf Substanzkonsum:

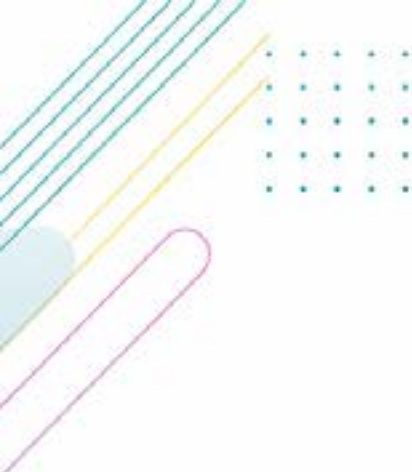
**Zugang, Erfahrungen und
Versorgungslücken sichtbar machen.**

Ergebnisse einer quantitativen Studie zu
geschlechtlicher Vielfalt und sexueller
Orientierung und ihre Bedeutung für eine
queersensible Suchthilfe in NRW.

Gefördert vom

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen





Impressum

Herausgeberin:

Landesfachstelle Familie, Geschlechtervielfalt und
Sucht BELLA DONNA der Suchtkooperation

Verantwortlich für den Inhalt:

Felia Ricke
Marisa Kowalski

Projektleitung:

Felia Ricke

Kontakt:

info@belladonna-essen.de

In Zusammenarbeit mit:

stat4med (Ainovate GmbH)
Autor*innen: Dr. Alisa Sheppental und Dr. Kay
Stankov

Grafiken:

Bereitgestellt von stat4med

Layout:

Wanda von Bremen

Stand:

18. Mai 2026



Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis.....	7
Tabellenverzeichnis.....	9
Executive Summary	10
Wichtigste Ergebnisse	10
Innovationsbeitrag der Studie.....	11
1. Einleitung	12
1.1. Hintergrund: Queere Gesundheitsforschung	12
1.2. Forschungsstand	12
1.2.1. Prävalenz und Konsummuster.....	13
1.2.2. Theoretische Rahmenwerke	13
1.2.3. Intersektionale Moderatoren.....	13
1.2.4. Schutzfaktoren.....	14
1.2.5. Soziale und Umweltfaktoren.....	14
1.3. Offene Fragen	14
1.4. Ziel der Studie	14
2. Forschungsfragen und Hypothesen.....	16
2.1. Forschungsfragen	16
2.2. Wissenschaftliche Hypothesen: Warum wir diese Annahmen überprüfen – und was sie für queere Menschen bedeuten.....	16
2.2.1. Hypothesenblock 1.....	17
2.2.2. Hypothesenblock 2.....	17

2.2.3.	Hypothesenblock 3.....	18
2.2.4.	Hypothesenblock 4.....	19
3.	Methodik der Studie	20
3.1.	Durchführung der Studie	20
3.1.1.	Entwicklung und Validierung des Fragebogens	20
3.1.2.	Zielgruppe und Rekrutierung	20
3.1.3.	Rekrutierungsstrategien.....	20
3.1.4.	Rekrutierung der Teilnehmenden.....	21
3.1.5.	Durchführung der Befragung	21
3.1.6.	Ethische Aspekte	22
3.2.	Fragebogen.....	22
3.3.	Statistische Methoden.....	23
3.3.1.	Stichprobenbeschreibung und Datengrundlage.....	23
3.3.2.	Deskriptive Statistik	23
3.3.3.	Inferenzstatistik: Zusammenhänge prüfen und Gruppen vergleichen	24
3.3.4.	Gruppenvergleiche	24
3.3.5.	Prüfung von Zusammenhängen zwischen Variablen.....	25
3.3.6.	Effektstärken.....	25
3.4.	Offene Antwortfelder	25
3.5.	Datengrundlage und Abdeckung.....	26
3.6.	Skalen und Reliabilität.....	26
4.	Ergebnisse	29
4.1.	Deskriptive Befunde.....	29
4.1.1.	Stichprobe	29
4.1.2.	Als hilfreich eingeschätzte Unterstützungsmaßnahmen für den Zugang zu Suchthilfe	32
4.1.3.	Berichtete Hürden beim Zugang zu Suchthilfe.....	34

4.1.4.	MMI (mehrfach marginalisierte Identität)	35
4.1.5.	Nutzung von Suchthilfeangeboten	36
4.1.6.	Substanzkonsum in der Stichprobe	37
4.1.6.1.	Aktueller und vergangener Konsum	37
4.1.6.2.	Konsumierte Substanzarten	38
4.1.7.	Motivlagen im Kontext des Konsums (Auswahlquoten)	39
4.1.8.	Anzahl genannter Unterstützungsmaßnahmen	40
4.1.9.	Anzahl berichteter Hürden	41
4.2.	Einschätzung des Einflusses einzelner Substanzen	42
4.2.1.	Erfahrungen mit Suchthilfeangeboten	44
4.2.2.	Weitere deskriptive Kennwerte im Überblick	46
4.3.	Gruppenvergleich cis vs. TIN*	52
4.3.1.	Als hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung	54
4.3.2.	Hürden	60
4.3.3.	Motivation	63
4.3.4.	Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten	65
4.3.5.	Substanzkonsum	66
4.3.6.	Deskriptive Statistiken metrischer Variablen nach Geschlechtsidentität	69
4.3.7.	Explorative Analysen: signifikante Zusammenhänge (Korrelationen)	74
4.3.8.	Abdeckung der offenen Fragen (qualitative Skalen)	81
4.3.8.1.	Häufigste Begriffe in den offenen Antworten (Monogramme)	82
4.3.9.	Top-Phrasen (Bigrams) in den offenen Antworten	84
4.3.10.	Qualitative Codierungen: thematische Schwerpunkte je offenem Feld... ..	87
4.3.10.1.	Verbesserungsvorschläge als inhaltlich reichstes Feld	87
4.3.10.2.	Erfahrungen als zweites zentrales Feld mit konkreten Bezugspunkten	88
4.3.10.3.	Zugang zu Hilfe in den entsprechenden Zugangsfeldern erwartbar präsent	88
4.3.11.	Fazit	88

5.	Beantwortung der Forschungsfragen.....	89
5.1.	Forschungsfrage 1: Wie unterscheiden sich die Muster des Substanzkonsums innerhalb der queeren Community?	89
5.2.	Forschungsfrage 2: Welche Rolle spielen Diskriminierungserfahrungen beim Zugang zu Suchthilfeangeboten?	91
5.3.	Forschungsfrage 3: Wie beeinflusst wahrgenommene Queersensibilität die Nutzung und Bewertung von Suchthilfeangeboten?	92
5.4.	Forschungsfrage 4: Welche Unterstützungsmaßnahmen werden als besonders hilfreich eingeschätzt?	94
5.5.	Forschungsfrage 5: Wie wirken sich sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität auf die Erfahrungen im Suchthilfesystem aus?	95
5.6.	Zusammenfassung der Hypothesenprüfung: Queere Realitäten in Zahlen.....	96
6.	Fazit: queersensible Suchthilfe als gesellschaftliche Notwendigkeit	99
6.1.	Ausblick.....	101
	Glossar	102
	Literaturverzeichnis	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Verteilung der Stichprobe nach Geschlechtsidentität.....	29
Abbildung 2	Verteilung der Stichprobe nach der Geschlechtsidentität	30
Abbildung 3	Verteilung der Stichprobe nach der sexuellen Orientierung	31
Abbildung 4	Als hilfreich eingeschätzte Unterstützungsmaßnahmen: Anonymität..	32
Abbildung 5	Als hilfreich eingeschätzte Unterstützungsmaßnahmen: Zugang zu den Informationen	33
Abbildung 6	Berichtete Hürden beim Zugang zu Suchthilfe: kein Bedarf.....	34
Abbildung 7	Verteilung der Personen mit mehrfach marginalisierten Identitäten (MMI)	35
Abbildung 8	Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten	36
Abbildung 9	Substanzkonsum ist in der Stichprobe	37
Abbildung 10	Konsumierte Substanzarten: Alkohol.....	38
Abbildung 11	Motivlagen im Kontext des Konsums: Belastung	39
Abbildung 12	Anzahl genannter Unterstützungsmaßnahmen	40
Abbildung 13	Anzahl berichteter Hürden	41
Abbildung 14	Subjektive Einschätzung des Einflusses einzelner Substanzen: Alkohol.....	42
Abbildung 15	Erfahrungen mit Suchthilfeangeboten	44
Abbildung 16	Faktoren, die Zugang zu Hilfe erleichtern: persönliche Unterstützung...	45
Abbildung 17	Anzahl der berichteten Konsumgründe	46
Abbildung 18	Anzahl konsumierter Substanzen	47
Abbildung 19	Häufigkeit des Substanzkonsums	48
Abbildung 20	subjektiv empfundener Effekt des Konsums	49
Abbildung 21	Bewertung der Erfahrungen im Suchthilfesystem	50
Abbildung 22	Wahrgenommene Hilfe beim Zugang zu Angeboten	51
Abbildung 23	Verteilung der sexuellen Orientierungen nach der Geschlechts Gruppe	52
Abbildung 24	Verteilung der MMI nach der Geschlechtsidentität.....	53
Abbildung 25	Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Anonymität) nach der Geschlechtsidentität	54
Abbildung 26	Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Informationen) nach der Geschlechtsidentität.....	55
Abbildung 27	Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Nähe) nach der Geschlechtsidentität	56

Abbildung 28	Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (queere Fachkräfte) nach der Geschlechtsidentität.....	57
Abbildung 29	Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Queersensibilität) nach der Geschlechtsidentität.....	58
Abbildung 30	Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Wertschätzung) nach der Geschlechtsidentität.....	59
Abbildung 31	Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Diskriminierung) nach der Geschlechtsidentität.....	60
Abbildung 32	Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Entfernung) nach der Geschlechtsidentität.....	61
Abbildung 33	Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Queersensibilität) nach der Geschlechtsidentität.....	62
Abbildung 34	Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Abwertungserfahrungen) nach der Geschlechtsidentität.....	63
Abbildung 35	Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Gemeinschaft) nach der Geschlechtsidentität	64
Abbildung 36	Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten) nach der Geschlechtsidentität	65
Abbildung 37	Anteil der Personen mit aktuellem Substanzkonsum	66
Abbildung 38	Anteil der Personen mit aktuellem Substanzkonsum: Alkohol	67
Abbildung 39	Anteil der Personen mit aktuellem Substanzkonsum: Cannabis	68
Abbildung 40	Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich des Alters..	69
Abbildung 41	Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich der Anzahl der Motivationen.....	70
Abbildung 42	Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich des subjektiv wahrgenommenen Einflusses	71
Abbildung 43	Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich der Bewertung der Erfahrungen	72
Abbildung 44	Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich der Häufigkeit des Substanzkonsums.....	73
Abbildung 45	Korrelation zwischen der Anzahl der genannten Substanzen und der Anzahl der Motivationen.....	74
Abbildung 46	Korrelation zwischen der Anzahl der Substanzen und die Hilfe beim Zugang zu den Angeboten.....	75
Abbildung 47	Korrelation zwischen der Anzahl der Motivationen korreliert positiv mit dem wahrgenommenen Einfluss der Substanzen.....	76
Abbildung 48	Korrelation zwischen der Anzahl der Motivationen und der Hilfe beim	

Zugang zu den Hilfsangeboten	77
Abbildung 49 Korrelation zwischen dem Alter und dem Einfluss der Substanzen ..	78
Abbildung 50 Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Substanzkonsums und dem Einfluss der Substanzen.....	79
Abbildung 51 Zusammenhang zwischen der Hilfe beim Zugang und Erfahrungen .	80
Abbildung 52 Abdeckung der offenen Fragen	81
Abbildung 53 Häufigste Wörter in den offenen Antworten	82
Abbildung 54 Top-Phrasen in den offenen Antworten	85
Abbildung 55 Darstellung der thematischen Schwerpunkte	87
Abbildung 56 Verteilung des aktuellen Substanzkonsums nach Anzahl der Substanzen	90
Abbildung 57 Zusammenhang zwischen der Diskriminierung als empfundener Hürde und Anzahl an Zugangshürden	91
Abbildung 58 Zusammenhang zwischen den mehrfach marginalisierten Identitäten und Anzahl an Zugangshürden	92
Abbildung 59 Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Queersensibilität und der Bewertung der Erfahrungen mit Suchthilfeangeboten.....	93
Abbildung 60 Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Einfluss der Substanzen und dem Empfinden der queeren Fachkräfte als hilfreich ..	94
Abbildung 61 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Hürden und der Geschlechtsidentität	96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Darstellung der Ergebnisse der Überprüfung der internen Konsistenz der Skalen (Cronbachs Alpha).....	27
Tabelle 2 Darstellung der Ergebnisse der Überprüfung der internen Konsistenz der Skalen (McDonalds Omega)	27
Tabelle 3 Übersichtstabelle: Hypothesenprüfung und zentrale Befunde	97

Executive Summary

Die Studie „Queere Perspektiven auf Substanzkonsum: Zugang, Erfahrungen und Versorgungslücken sichtbar machen. Ergebnisse einer quantitativen Studie zu geschlechtlicher Vielfalt und sexueller Orientierung und ihre Bedeutung für eine queersensible Suchthilfe in NRW“ untersucht erstmals systematisch die Zusammenhänge zwischen geschlechtlicher Identität, sexueller Orientierung und dem Zugang zu Suchthilfeangeboten in Deutschland. Basierend auf einer quantitativen Online-Befragung mit 367 queeren Teilnehmenden liefert die Studie empirische Belege für strukturelle Benachteiligungen in der Suchthilfe und zeigt auf, wie Diskriminierungserfahrungen, Scham und fehlende Queersensibilität die Inanspruchnahme von Angeboten beeinflussen.

Wichtigste Ergebnisse

- Substanzkonsum und geschlechtliche Identität: Die Ergebnisse bestätigen, dass Substanzkonsummuster in der queeren Community heterogen sind, jedoch werden bestimmte Substanzen wie Alkohol (79 % der Befragten), Cannabis (58 %) und Nikotin (65 %) deutlich häufiger konsumiert als Heroin (4 %) oder Crystal Meth (10 %). Die Motive für den Konsum sind vielfältig, wobei Belastungsbewältigung (59 %), der Wunsch nach Gemeinschaft (58 %) und Neugier (53 %) am häufigsten genannt wurden. Zudem zeigt sich, dass jüngere Befragte tendenziell riskantere Konsummuster aufweisen, auch wenn der vermutete Zusammenhang zwischen Alter und polytoxischer Konsum statistisch nicht bestätigt werden konnte ($p > 0,05$).
- TIN*-Personen konsumieren häufiger Cannabis (61,2 % vs. 47,3 %) und Medikamente (32,2 % vs. 19,6 %), während cis-Personen eher Ecstasy (32,1 % vs. 22,4 %), GHB/GBL (14,7 % vs. 4,9 %), Ketamin (22,3 % vs. 14,2 %) und Crystal Meth (12,5 % vs. 6,0 %) nutzen.
- Alkohol und Nikotin werden von beiden Gruppen ähnlich häufig konsumiert ($p > 0,05$).
- TIN*-Personen nennen häufiger belastungsbezogene Motive (62,8 % vs. 46,7 %), Erkrankungen (56,8 % vs. 31,5 %), Abwertung (18,0 % vs. 5,4 %) und Benachteiligung (11,5 % vs. 2,7 %), während cis-Personen eher Neugier (54,4 % vs. 44,3 %) und sexuellen Kontext (35,9 % vs. 25,7 %) als Konsummotive angeben.
- Diskriminierungserfahrungen und Zugangshürden: Ein zentrales Ergebnis der Studie ist der signifikante Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und dem Zugang zu Suchthilfe. Personen, die Diskriminierung aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität oder sexuellen Orientierung erlebt haben, berichten deutlich mehr Zugangshürden ($M = 3,86$ Hürden vs. $M = 1,56$ Hürden bei nicht diskriminierten Personen; $p < 0,001$). Besonders Scham (32 % der Befragten) wurde als zentrale Barriere genannt. Die Analyse zeigt zudem, dass trans* und nicht-binäre Personen häufiger Diskriminierungserfahrungen machen ($p < 0,01$) und signifikant mehr Zugangshürden wahrnehmen als cisgeschlechtliche Befragte ($p < 0,01$).
- Queersensibilität als Schutzfaktor: Die Studie widerlegt die Annahme, dass queersensible Angebote automatisch zu höherer Zufriedenheit führen. Zwar berichten



Teilnehmende, die Angebote als queersensibel wahrnehmen, tendenziell positivere Erfahrungen ($M = 3,70$ vs. $M = 3,68$), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($p > 0,05$). Auffällig ist jedoch, dass keine einzige Person, die queersensible Angebote nutzte, von einem Abbruch oder einer Nichtinanspruchnahme berichtete ($p < 0,001$). Daraus lässt sich folgern, dass Queersensibilität Abbruchrisiken deutlich reduzieren kann.

- **Unterstützungsbedarfe und Verbesserungsvorschläge:** Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass queere Menschen spezifische Unterstützungsbedarfe haben, die sich deutlich von den Angeboten der klassischen Suchthilfe unterscheiden. Die Befragten nannten eine Reihe von Faktoren, die den Zugang zu Suchthilfe erleichtern würden. Besonders häufig wurden folgende Aspekte genannt:
- **Anonymität (56,88 %):** Die Möglichkeit, Hilfe ohne Registrierung und anonym in Anspruch zu nehmen, wurde als wichtigster Faktor identifiziert. Viele queere Menschen fürchten Outing oder Stigmatisierung, insbesondere in kleineren Städten oder ländlichen Regionen. Anonyme Online-Beratungen oder Chat-Angebote wurden daher als unverzichtbar eingestuft, um Hemmungen abzubauen.
- **Queere Fachkräfte (35,78 %):** Viele Befragte wünschten sich Fachkräfte mit eigener queerer Identität oder queersensibel geschulte Fachkräfte, da sie sich bei diesen besser verstanden fühlen. Peer-Berater*innen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, wurden als besonders vertrauensbildend beschrieben.
- **Mehr Informationen zu bestehenden Angeboten (44,95 %):** Ein großer Teil der Befragten wusste nicht, welche queersensiblen Suchthilfeangebote es gibt oder wie man sie findet.

Innovationsbeitrag der Studie

Die vorliegende Studie leistet in mehrfacher Hinsicht einen innovativen Beitrag zur Forschung und für die Praxis:

Erstmalige quantitative Analyse in Deutschland: Bisherige Studien zu Sucht und LSBTI-QA+ konzentrierten sich meist auf qualitative Ansätze oder auf internationale Stichproben. Diese Studie liefert erstmals repräsentative Daten für den deutschsprachigen Raum mit besonderem Fokus auf geschlechtliche Identität (nicht nur auf sexuelle Orientierung).

Intersektionale Perspektive: Durch die Berücksichtigung von Mehrfachdiskriminierung geht die Studie über klassische LSBTIQA+-Forschung hinaus und zeigt, wie verschiedene Diskriminierungsachsen den Zugang zur Suchthilfe verstärkt behindern.

Praktische Umsetzbarkeit der Ergebnisse: Die konkreten Handlungsempfehlungen sind direkt in der Suchthilfepraxis anwendbar und wurden in Kooperation mit Fachkräften entwickelt.

Methodische Transparenz: Die offene Bereitstellung des R-Codes und der anonymisierten Rohdaten ermöglicht Replikation und Weiterentwicklung durch andere Forscher*innen.



1. Einleitung

1.1. Hintergrund: Queere Gesundheitsforschung

Sucht ist kein Phänomen, das sich gleichmäßig über alle gesellschaftlichen Gruppen verteilt. Vielmehr zeigen zahlreiche Studien, dass gesellschaftlich marginalisierte Gruppen, darunter queere Menschen, ein erhöhtes Risiko für Substanzkonsumstörungen aufweisen (Meyer, 2003). Trotz der Tatsache, dass sich die Forschung zu Sucht und sexueller Orientierung in den vergangenen Jahrzehnten weiterentwickelt hat, bleibt die Kluft zwischen geschlechtlicher Identität, Diskriminierung und Hindernissen für die Suchthilfe ein noch nicht abgeschlossenes Forschungsgebiet im deutschsprachigen Raum. Diese Studie schließt diese Lücke, indem sie erstmals systematisch untersucht, wie TIN*- Personen in Deutschland Suchthilfe erleben, welche Hürden sie wahrnehmen und welche Unterstützungsformen sie sich wünschen.

Die Minority Stress Theory (Meyer, 2003) bietet einen zentralen Erklärungsrahmen für die erhöhte Vulnerabilität queerer Menschen. Sie besagt, dass chronische Stressoren, darunter Diskriminierung, Stigmatisierung und internalisiertes Stigma, zu einer erhöhten psychischen Belastung führen, die sich in Form von Depressionen, Angststörungen und Substanzkonsum äußern kann. Dieser Stress kann bei trans* und nicht-binären Personen zunehmen, wenn sie aufgrund zusätzlicher gesellschaftlicher Positionierungen (z. B. als Person of Color, als Angehörige einer unteren sozialen Klasse oder aufgrund einer Behinderung) anderen Formen der Diskriminierung (wie die Transfeindlichkeit) ausgesetzt sind (Crenshaw, 1989). Die Intersektionalitätsforschung zeigt, dass sich diese Diskriminierungsformen nicht additiv, sondern multiplikativ auswirken; sie verstärken einander und führen zu einer kumulativen Benachteiligung (Bauer et al., 2017). Doch während die internationale Forschung bereits seit den 2000er-Jahren die Zusammenhänge zwischen Minority Stress und Sucht untersucht (Livingston et al., 2020; Pachankis et al., 2021), fehlen für den deutschsprachigen Raum repräsentative Daten.

1.2. Forschungsstand

Forschung zu Substanzkonsummustern in queeren Communities zeigt mehrere wiederkehrende Themen auf, darunter eine erhöhte Prävalenz und spezifische Muster des Substanzkonsums bei sexuellen und geschlechtlich marginalisierten Gruppen im Vergleich zu heterosexuellen und cisgeschlechtlichen Personen. Der Minority Stress ist ein wesentlicher Faktor, der das Substanzkonsumverhalten und damit verbundene psychische Gesundheitsfolgen beeinflusst. Intersektionale Faktoren wie ethnische Zuschreibung, geschlechtliche Identität, Alter und Klasse beeinflussen die Lage zusätzlich. Schutzfaktoren wie familiäre Unterstützung, Gemeinschaftsverbundenheit und maßgeschneiderte Interventionen sind entscheidend, um Risiken zu mindern und die Gesundheitsergebnisse zu verbessern. Dennoch bleiben Zugangshürden zu Versorgungsangeboten und der Bedarf an kultursensiblen Dienstleistungen bestehende Herausforderungen. Die internationale Forschung hat in den vergangenen Jahren wichtige Erkenntnisse zu Sucht und LSBTIQA+ erbracht.

1.2.1. Prävalenz und Konsummuster

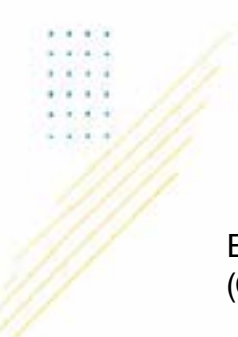
- Viele Studien berichten von erhöhten Substanzkonsumraten unter sexuell und geschlechtlich marginalisierten Gruppen. Bisexuelle Personen zeigen dabei am häufigsten einen erhöhten Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis und illegalisierten Substanzen (Chew et al., 2025; Vock et al., 2023).
- Gemäß Cotaina et al. (2022) erleben besonders TIN*-Personen neben struktureller Diskriminierung häufig auch soziale Ausgrenzung, Marginalisierung sowie Sexarbeit, die häufig mit Substanzkonsum einhergehen. Für TIN*-Personen kann der Substanzgebrauch eine Bewältigungsstrategie im Umgang mit Stigma darstellen (Reisner et al., 2015).
- Polytoxischer Konsum (Mehrfachkonsum) ist besonders unter bisexuellen Jugendlichen und Erwachsenen verbreitet. Latente Klassenanalysen identifizieren unterschiedliche Muster des gleichzeitigen Konsums mehrerer Substanzen (Coulter et al., 2019).
- Zudem gibt es geografische und demografische Unterschiede: Einige Studien zeigen einen höheren Konsum in städtischen Gebieten und bei jüngeren Altersgruppen (Dharma et al., 2024; Garrison-Desany et al., 2023; Dyar & Morgan, 2023).

1.2.2. Theoretische Rahmenwerke

- Die Minority-Stress-Theorie ist das dominante Erklärungsmodell für den erhöhten Substanzkonsum. Sie verknüpft Diskriminierung, internalisiertes Stigma und Viktimisierung mit einem erhöhten Risiko (Mimiaga et al., 2024; Pellicane et al., 2023; Goldbach et al., 2014).
- Soziale Lerntheorien und Selbstmedikationsmodelle ergänzen die Minority-Stress-Theorie, indem sie Bewältigungsmotive und Peer-Einflüsse hervorheben (Scheer et al., 2024; Rogers et al., 2017).
- Aufkommende Modelle integrieren Intersektionalität und Syndemie-Theorie, um die komplexen Wechselwirkungen mehrerer Stressoren und Identitäten zu erfassen (Bränström et al., 2018).

1.2.3. Intersektionale Moderatoren

- Ethnische Zuschreibung, geschlechtliche Identität und Alter beeinflussen die Unterschiede im Substanzkonsum signifikant. LSBTIQA+-, rassifizierte und trans* Personen sind häufig mehrfach belastet (Chew et al., 2025; English et al., 2018; Layland et al., 2022).
- Bisexuelle Frauen und Männer zeigen einzigartige Risikomuster, die oft höher sind als bei schwulen oder lesbischen Personen. Dies wird auf intersektionale Stigmatisierung und soziale Marginalisierung zurückgeführt (Ford et al., 2023; Smout & Benotsch, 2022; Bränström et al., 2018).
- Altersbezogene Unterschiede zeigen, dass jüngere, LSBTIQA+ Personen ein höheres Risiko für Substanzkonsum und komorbide psychische Probleme aufweisen.



Einige dieser Unterschiede bestehen fort oder verstärken sich im Erwachsenenalter (Corliss et al., 2010; Marshal et al., 2008).

1.2.4. Schutzfaktoren

- Familiäre Unterstützung, Gemeinschaftsverbundenheit und Resilienz werden konsequent als risikomindernde Faktoren identifiziert (Bailey et al., 2024; Kennedy et al., 2022; Watson et al., 2019).
- Schulische Verbundenheit¹ und unterstützende Beziehungen zu Erwachsenen reduzieren den Substanzkonsum und psychische Gesundheitsprobleme bei queeren Jugendlichen (Pedro et al., 2017; Seil et al., 2014).
- Interventionen, die Bewältigungsstrategien, Emotionsregulation und affirmative Umgebungen fördern, zeigen vielversprechende Ergebnisse in der Reduzierung des Substanzkonsums (Dyar et al., 2020; Rogers et al., 2017).



1.2.5. Soziale und Umweltfaktoren

- Diskriminierung, Viktimisierung und Mikroaggressionen sind eng mit erhöhtem Substanzkonsum und psychischen Problemen verbunden (Rosenthal et al., 2023; Botor & Tuliao, 2023).
- Peer-Einfluss, soziale Normen und Gemeinschaftsteilhabe prägen das Konsumverhalten; manchmal wird Substanzkonsum in LSBTIQA+-Räumen normalisiert (Demant et al., 2016; Hawkins et al., 2019).
- Politische Rahmenbedingungen, wie unterstützende Schulklimas und Antidiskriminierungsgesetze, beeinflussen den Substanzkonsum und den Zugang zu Behandlungsangeboten (Szkody et al., 2025; Watson et al., 2020; Thomas et al., 2023).

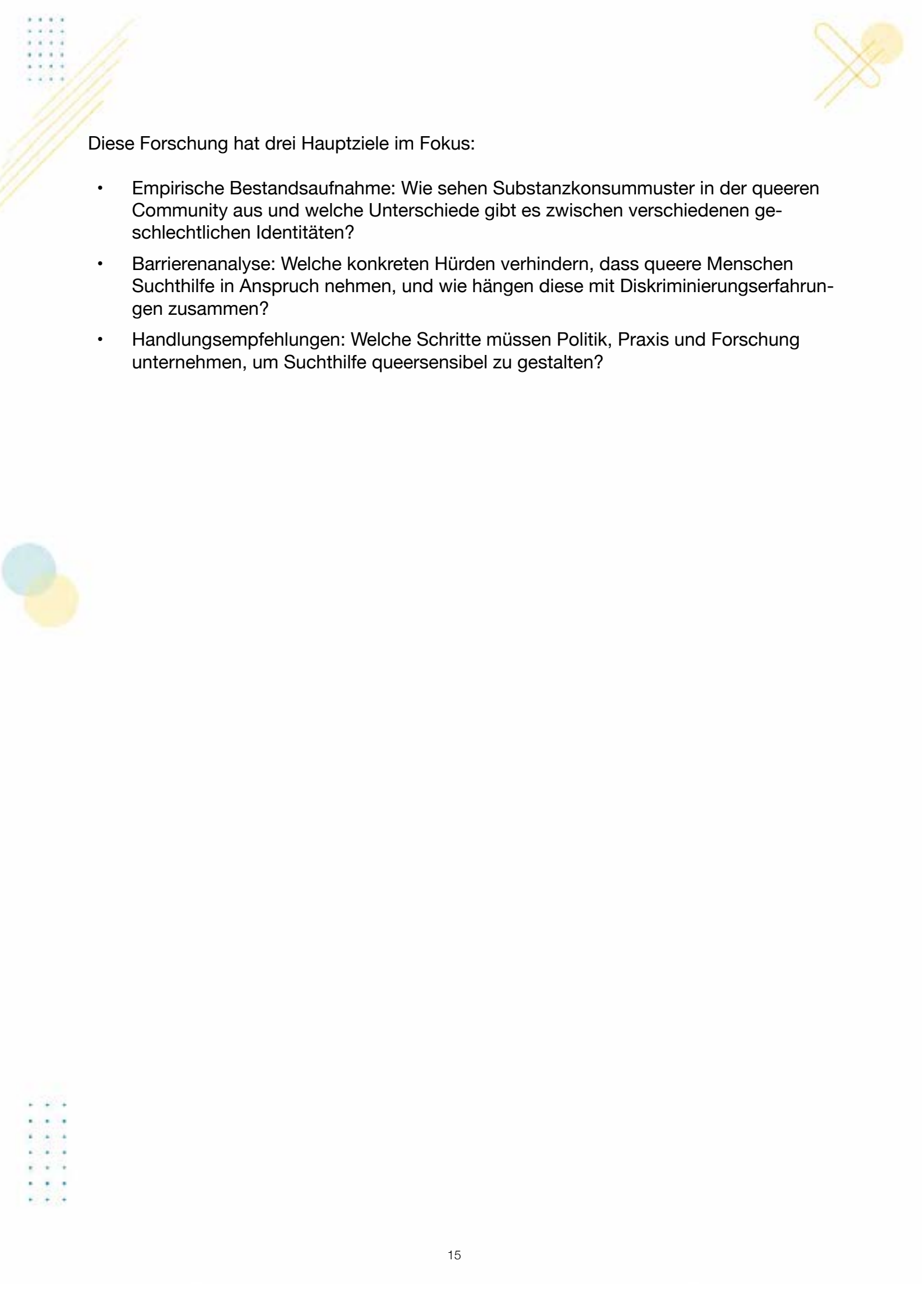
1.3. Offene Fragen

- Es bestehen weiterhin Forschungslücken, die diese Studie schließt:
- Deutschsprachige Daten: Bisherige Studien stammen meist aus den USA oder Großbritannien. Für Deutschland fehlen repräsentative Erhebungen.
- Fokus auf geschlechtliche Identität: Die meisten Studien konzentrieren sich auf sexuelle Orientierung. TIN*-Personen werden oft nicht separat betrachtet.
- Praktische Umsetzbarkeit: Viele Studien bleiben theoretisch. Diese Studie fragt explizit: Was bedeutet das für die Suchthilfepraxis?

1.4. Ziel der Studie



¹ Der Begriff bezieht sich auf das psychologische Konstrukt ‚school connectedness‘, also das subjektive Gefühl, zur Schulgemeinschaft zu gehören, sich sicher zu fühlen und Unterstützung von Lehrkräften sowie von Mitschüler*innen zu erhalten. Dazu gehören sowohl formelle Aspekte (unterstützende Lehrkräfte, inklusive der Schulpolitik) als auch informelle Aspekte (Freundschaften, Peerbeziehungen).



Diese Forschung hat drei Hauptziele im Fokus:

- Empirische Bestandsaufnahme: Wie sehen Substanzkonsummuster in der queeren Community aus und welche Unterschiede gibt es zwischen verschiedenen geschlechtlichen Identitäten?
- Barrierenanalyse: Welche konkreten Hürden verhindern, dass queere Menschen Suchthilfe in Anspruch nehmen, und wie hängen diese mit Diskriminierungserfahrungen zusammen?
- Handlungsempfehlungen: Welche Schritte müssen Politik, Praxis und Forschung unternehmen, um Suchthilfe queersensibel zu gestalten?

2. Forschungsfragen und Hypothesen

Obwohl es internationale Belege gibt, dass queere Menschen ein erhöhtes Risiko für Substanzkonsumstörungen haben und auf strukturelle Barrieren in der Suchthilfe stoßen, fehlt es in Deutschland an systematischen Daten, die diese Zusammenhänge empirisch belegen und kontextspezifisch analysieren. Diese Forschungslücke ist kein akademisches Randphänomen, sondern hat konkrete Auswirkungen auf das Leben queerer Menschen: Ohne belastbare Zahlen bleiben politische Entscheidungen vage, praktische Maßnahmen unkoordiniert und unwirksam sowie Fördergelder unverteilt.

2.1. Forschungsfragen

Vor diesem Hintergrund formuliert die vorliegende Studie fünf zentrale Forschungsfragen, die direkt aus den identifizierten Defiziten abgeleitet werden. Diese Fragen zielen darauf ab, konkrete Handlungsimpulse für Politik, Praxis und Forschung zu liefern.

Forschungsfrage 1

Wie unterscheiden sich Muster des Substanzkonsums innerhalb der queeren Community?

Forschungsfrage 2

Welche Rolle spielen Diskriminierungserfahrungen für den Zugang zu Suchthilfeangeboten?

Forschungsfrage 3

Wie beeinflusst wahrgenommene Queersensibilität die Nutzung und Bewertung von Suchthilfeangeboten?

Forschungsfrage 4

Welche Unterstützungsmaßnahmen werden als besonders hilfreich eingeschätzt?

Forschungsfrage 5

Wie wirken sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität zusammen auf Erfahrungen im Suchthilfesystem?

2.2. Wissenschaftliche Hypothesen: Warum wir diese Annahmen überprüfen – und was sie für queere Menschen bedeuten

Die Forschungsfragen dieser Studie zielen darauf ab, systematische Wissenslücken in der deutschsprachigen Suchtforschung zu schließen, insbesondere an der Schnittstelle zwischen geschlechtlicher Identität, Diskriminierung und dem Zugang zu Unterstützung. Um diese Fragen empirisch fundiert zu beantworten, formulieren wir wissenschaftliche Hypothesen, die sich aus theoretischen Rahmenwerken, internationalen Studien und praktischen Beobachtungen ableiten. Jede Hypothese steht für eine konkrete Erfahrung queerer Menschen, die bisher unsichtbar gemacht, ignoriert oder missinterpretiert wurde. Die Hypothesen sind in fünf Blöcke gegliedert, die jeweils einen zentralen Aspekt der Studie adressieren.

2.2.1. Hypothesenblock 1

Hypothese 1.1: Personen mit aktuellem Substanzkonsum berichten eine höhere Vielfalt konsumierter Substanzen als Personen mit vergangenem Konsum

Die gängige Vorstellung, queerer Substanzkonsum sei primär mit Partydrogen wie Ecstasy oder Crystal Meth verbunden, wird durch internationale Studien widerlegt (Chew et al., 2025; Vock et al., 2023). Diese zeigen, dass Menschen mit aktuellem Konsum häufiger mehrere Substanzen kombinieren und nicht aus Hedonismus, sondern als Bewältigungsstrategie gegen chronischen Stress durch Diskriminierung, Dysphorie oder soziale Ängste. Besonders relevant wird diese Hypothese vor dem Hintergrund, dass in Deutschland keine differenzierten Daten vorliegen, die erklären, welche Substanzen in welcher Kombination von welchen Gruppen genutzt werden.

Ein spezieller Gesichtspunkt ist die Frage, welche Stoffe von welchen Gruppen in welcher Kombination konsumiert werden.

Hypothese 1.2: Polytoxikomaner Konsum ist bei jüngeren queeren Menschen häufiger

Jüngere queere Menschen erleben häufiger Mehrfachdiskriminierung in Schule, Familie und Peer-Groups und entwickeln daher riskantere Konsummuster. Studien zeigen, dass sie besonders anfällig für das Mischen von Alkohol, Cannabis und verschreibungspflichtigen Medikamenten sind (Pakula et al., 2016; Corliss et al., 2010). Für Deutschland fehlen jedoch altersspezifische Analysen, die diesen Zusammenhang belegen.

Hypothese 1.3: Alkohol und Cannabis sind die mit Abstand häufigsten Substanzen, während illegalisierte Drogen eine untergeordnete Rolle spielen.

Während in der öffentlichen Debatte queerer Substanzkonsum oft mit „Chemsex“ assoziiert wird, zeigen internationale Daten, dass Alkohol und Cannabis bei Weitem dominieren (Demant et al., 2016; Bourne, 2012). Für Deutschland fehlen jedoch repräsentative Erhebungen, die diesen Sachverhalt belegen, mit gravierenden Folgen für Präventionsstrategien und Therapieangebote. Sollte sich die Hypothese widerlegen, bestünde dringender Handlungsbedarf, spezifische Hilfsangebote für die Betroffenen aufzubauen.

2.2.2. Hypothesenblock 2

Hypothese 2.1: Je mehr Diskriminierung queere Menschen erleben, desto mehr Hürden nehmen sie beim Zugang zu Suchthilfe wahr

Queere Menschen, die häufiger Diskriminierung erfahren, suchen in der Regel weniger Hilfe, selbst wenn sie akuten Bedarf haben (Watts et al., 2025). Die Minority Stress Theory erklärt diesen Zusammenhang: Wiederholt erlebte Diskriminierung führt zu Scham, Misstrauen und der Erwartung, erneut abgewertet zu werden. Für Deutschland fehlen jedoch systematische Daten, die diesen Effekt quantifizieren.

Hypothese 2.2: Diskriminierungserfahrungen hängen direkt mit Scham als Zugangshürde zusammen

Scham ist einer der häufigsten Gründe, warum queere Menschen keine Suchthilfe in Anspruch nehmen (Hequembourg & Dearing, 2013; Barbara, 2002). Bisher wurde jedoch nicht systematisch untersucht, ob Scham tatsächlich mit vorherigen Diskriminierungserfahrungen korreliert.

Hypothese 2.3: Queere Menschen mit mehrfach marginalisierten Identitäten erleben die höchsten Hürden

Die Intersektionalitätstheorie verdeutlicht, dass verschiedene Formen der Diskriminierung wie Rassismus, Transfeindlichkeit oder Klassismus nicht einfach addiert werden, sondern sich gegenseitig verstärken. Internationale Studien belegen, dass solche Mehrfachbelastungen den Zugang zu Hilfe erschweren (Watts et al., 2025; Wolfe et al., 2023).

2.2.3. Hypothesenblock 3

Hypothese 3.1: Queere Menschen, die Angebote als queersensibel wahrnehmen, berichten positivere Erfahrungen

Internationale Daten legen nahe, dass wahrgenommene Queersensibilität der Angebote und Fachpersonen mit höherer Zufriedenheit korreliert (Radde et al., 2025; Simeonov et al., 2015). Unklar ist jedoch, ob dieser Effekt auch in Deutschland auftritt, wo queere Themen in vielen Regionen weniger sichtbar sind.

Hypothese 3.2: Wenn queere Menschen Angebote als nicht queersensibel wahrnehmen, brechen sie häufiger ab oder nutzen sie gar nicht

Daten aus Kanada und den USA zeigen, dass fehlende Queersensibilität zu Misstrauen und zum Abbruch führt (Harbin et al., 2012; Tjepkema, 2008). Für Deutschland ist unklar, ob dieser Effekt ebenso stark ist.

Hypothese 3.3: Queersensible Angebote werden häufiger auf Empfehlung angenommen

Queere Menschen vertrauen Peer-Empfehlungen mehr als offiziellen Informationskanälen. Die Bestätigung dieser Hypothese hätte große Konsequenzen für Vernetzungsstrategien (Kooperation mit queeren Communities), Vermittlungswege (Mundpropaganda statt Flyer) und Finanzierung (Förderung community-basierter Projekte).

2.2.4. Hypothesenblock 4

Hypothese 4.1: Queere Menschen nennen Anonymität und Wertschätzung häufiger als strukturelle Maßnahmen²

Internationale Umfragen zeigen, dass queere Menschen die emotionale Sicherheit wichtiger finden als finanzielle Faktoren (Lewis & Mills, 2016; Lazarevic et al., 2016). Die Bestätigung würde die Etablierung der anonymen Online-Beratung als Standard begründen und zeigen, dass psychosoziale Faktoren entscheidender sind als oft angenommen.

Hypothese 4.2: Menschen mit belastendem Substanzkonsum wünschen sich besonders oft queere Fachkräfte

Bei hohem Leidensdruck wird das Vertrauen in die behandelnde Person entscheidend. Kidd & Witten (2008) zeigen, dass bei hohem Leidensdruck (z. B. bei Suizidgedanken oder schwerem Substanzmissbrauch) das Vertrauen in die Behandlungsperson zum entscheidenden Prädiktor für die Inanspruchnahme wird. Meyer & Frost (2013) bestätigen dies für queere Populationen. Die Hypothese bleibt bestehen und ist gut fundiert. Die Bestätigung hätte Konsequenzen für die Personalplanung (Einstellung queerer Peer-Berater*innen), die Therapiekonzepte (Gruppen nur für queere Menschen) und die Diversität von Behandlungsteams.

Hypothese 4.3: Menschen mit konkreten Unterstützungsbedarfen nehmen mehr Hürden wahr

Wer genau weiß, was er*sie benötigt, hat oft schlechte Erfahrungen gemacht. Die Bestätigung würde zeigen, dass unpassende Angebote tatsächlich eine Barriere darstellen und flexiblere Lösungen nötig sind.

Hypothese 5.1: TIN*-Personen berichten höhere Diskriminierungswerte

Internationale Studien zeigen, dass trans* Menschen häufiger diskriminiert werden (Watts et al., 2025). Die Bestätigung würde verbindliche Standards für eine diskriminierungsarme Praxis einführen und Beschwerdemöglichkeiten für Diskriminierungserfahrungen schaffen.

Hypothese 5.2: TIN*-Personen nehmen mehr Zugangshürden wahr

Mehrfachdiskriminierung führt zu höheren Hürden. Die Bestätigung würde spezifische Angebote für trans* Menschen ausbauen und Kompetenzen in der Begleitung und Unterstützung von trans* Personen in allen Einrichtungen verankern.

Hypothese 5.3: Queersensible Angebote wirken bei trans* und nicht-binären Personen besonders unterstützend

Wir gehen davon aus, dass trans* Menschen besonders von queersensiblen Angeboten profitieren. Die Bestätigung würde queersensible Standards verbindlich machen und die reguläre Finanzierung der trans*sensiblen Suchthilfe ermöglichen.

² „strukturelle Maßnahmen“ bezeichnet hier institutionelle/systemische Verbesserungen, also queersensible Beratungs- und Angebotsstrukturen, diskriminierungssensible Personalqualifikation, niedrigschwellige Zugänge, im Unterschied zu individueller persönlicher Unterstützung.

3. Methodik der Studie

3.1. Durchführung der Studie

3.1.1. Entwicklung und Validierung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde von Expert*innen aus der Suchtforschung und Statistik auf Reliabilität, Validität und methodische Stringenz geprüft. Besonders wichtig war die traumasensible und inklusive Formulierung der Fragen, um queere Lebensrealitäten angemessen abzubilden. Eine Fachperson aus der Suchthilfe sowie eine Fachberaterin eines queeren Beratungsprojekts prüften den Fragebogen auf Verständlichkeit, Alltagstauglichkeit und Sensibilität für die Zielgruppe. Dies stellte sicher, dass die Fragen weder diskriminierend noch pathologisierend waren und für verschiedene queere Identitäten zugänglich blieben. Vor dem finalen Einsatz wurde der Fragebogen in einer kleinen Testgruppe (queere Menschen mit und ohne Suchterfahrung) getestet, um Unklarheiten, Trigger oder Lücken zu identifizieren.

3.1.2. Zielgruppe und Rekrutierung

Die Studie richtete sich an queere Menschen in Deutschland, mit einem regionalen Schwerpunkt auf Nordrhein-Westfalen (NRW), wobei auch Beteiligung aus anderen Bundesländern erfolgte. Die Zielgruppe war altersoffen und umfasste bewusst Menschen aus städtischen und ländlichen Regionen, um ein breites Spektrum an Erfahrungen abzubilden.

Kriterien für die Teilnahme:

- Selbstidentifikation als queer (LSBTIQA+)
- Keine Altersbeschränkung, um auch Jugendliche und ältere queere Menschen einzubeziehen.
- Keine Einschränkung des Konsumverhaltens (aktuell, vergangen oder kein Substanzkonsum).

3.1.3. Rekrutierungsstrategien

Um eine diverse und repräsentative Stichprobe zu gewinnen, kam ein multimodaler Ansatz zum Einsatz, der digitale, analoge und persönliche Rekrutierungswege kombinierte. Dies ermöglichte es, sowohl städtische als auch ländliche queere Communities zu erreichen und verschiedene Zugangsbarrieren, wie Misstrauen gegenüber wissenschaftlichen Studien, zu überwinden.

3.1.4. Rekrutierung der Teilnehmenden

Die Akquise erfolgte über drei zentrale Kanäle:

- Digitale Strategien spielten eine wichtige Rolle, um eine breite und gezielte Ansprache zu gewährleisten. Über E-Mail-Verteiler wurde mit Suchthilfeeinrichtungen (Kliniken, ambulanten Beratungsstellen, niedrigschwelligen Angeboten und Suchtselbsthilfegruppen) sowie mit queeren Organisationen (u. a. Aidshilfen, queeren Gesundheitszentren und CSD-Vereinen) kooperiert. Besonders wertvoll war die Einbindung bestehender Netzwerke der Landesfachstelle Familie, Geschlechtervielfalt und Sucht BELLA DONNA, die bereits über vertrauensvolle Kontakte zur Zielgruppe verfügt. Ergänzend wurde bezahlte Werbung auf Instagram geschaltet, darunter Reels und gezielte Anzeigen, die speziell queere Communitys ansprachen. Zudem trugen queere Accounts, Influencer*innen und Aktivist*innen zur Verbreitung der Umfrage bei, indem sie sie in ihren Netzwerken weiterleiteten.
- Abgesehen von der digitalen Akquise wurde großer Wert auf analoge Rekrutierungsmethoden gelegt. Flyer und Plakate wurden in queeren Räumen (Bars, Clubs, Community-Center), Gesundheitszentren, Selbsthilfegruppen, Kliniken, Drogen- und Aidshilfen ausgelegt, wobei besonders niedrigschwellige Angebote berücksichtigt wurden, um auch Menschen ohne regelmäßigen Internetzugang zu erreichen. Ein weiterer zentraler Baustein war die Präsenz auf Veranstaltungen: Auf dem CSD in Essen und Dortmund sowie im TresorWest, einem Club in Dortmund, wurde die Studie mit einem Infostand vorgestellt, der die Möglichkeit zu direkten Gesprächen eröffnete und Interessierten ermöglichte, den Fragebogen vor Ort auszufüllen. Zudem wurde die Umfrage auf dem Fachtag „Queer Sucht Selbsthilfe“ von SHALK NRW beworben, auf dem auf jedem Platz Informationsmaterial auslag und die Teilnehmenden persönlich angesprochen wurden.
- Die Präsenz auf Veranstaltungen (CSD, Clubnächte, Fachtag) war ein wichtiger Erfolgsfaktor. Diese trug dazu bei, Vertrauen aufzubauen und Hemmungen abzubauen, insbesondere bei Personen, die wissenschaftlichen Studien skeptisch gegenüberstehen. Zudem wurden queere Multiplikator*innen aus der Suchtselbsthilfe und der Community-Arbeit einbezogen, die die Umfrage in ihren eigenen Netzwerken weiterverbreiteten (Peer-to-Peer-Werbung). Dieser Ansatz trug dazu bei, schwer erreichbare Gruppen zu gewinnen und die Glaubwürdigkeit der Studie zu stärken.

3.1.5. Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde als quantitative Online-Umfrage mit geschlossenen und offenen Fragen durchgeführt. Um Outing-Ängste zu minimieren, war die Teilnahme vollständig anonym und ohne Registrierung möglich. Die Bearbeitungsdauer betrug ca. 20 bis 30 Minuten, und die Umfrage wurde auf einer DSGVO-konformen Plattform gehostet, um den Datenschutz zu gewährleisten. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich über mehrere Monate, um eine ausreichende Stichprobengröße zu erreichen und auch Personen mit unterschiedlichem Zeitbudget die Teilnahmemöglichkeit zu bieten. Durch diese kombinierte Strategie gelang es, eine vielfältige Stichprobe zu rekrutieren, die unterschiedliche queere Lebensrealitäten abbildet.

3.1.6. Ethische Aspekte

Alle Teilnehmenden wurden vorab über das Ziel der Studie, die Anonymität, den Datenschutz und die freiwillige Teilnahme aufgeklärt. Eine Einverständniserklärung war erforderlich, bevor mit der Befragung begonnen werden konnte. Daten (keine IP-Speicherung, keine Rückverfolgbarkeit) wurden anonymisiert. Am Ende des Fragebogens wurden Kontaktdaten diverser Beratungsstellen angegeben sowie auf kostenlose Hilfsangebote verwiesen.

3.2. Fragebogen

Der Fragebogen der Studie umfasste soziodemografische Daten, standardisierte Skalen zum Substanzkonsum und zur Suchthilfe sowie offene Fragen, die Raum für individuelle Perspektiven boten. Soziodemografische Daten dienten dazu, die Diversität der Stichprobe abzubilden und Gruppenvergleiche zu ermöglichen. Erfasst wurden geschlechtliche Identität (cis, trans*, nicht-binär, inter*, genderfluid, agender und sonstige), sexuelle Orientierung (lesbisch, schwul, bisexuell, queer, pansexuell, heterosexuell und sonstige), Alter, sowie mehrfach marginalisierte Identitäten (MMI).³

Der Hauptteil des Fragebogens bestand aus geschlossenen Fragen zu Substanzkonsum und Suchthilfe, die in mehrere Themenblöcke unterteilt waren. Im Bereich Substanzkonsum wurden aktueller und vergangener Konsum, konsumierte Substanzen (z.B. Alkohol, Cannabis, Nikotin, Crystal Meth, Heroin), Häufigkeit und Menge des Konsums sowie Motive für den Konsum (z.B. Belastungsbewältigung, Gemeinschaft, Neugier) erhoben.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf dem Zugang zur Suchthilfe. Hier wurden Nutzungserfahrungen („Haben Sie bereits Suchthilfe in Anspruch genommen?“), wahrgenommene Hürden (Scham, Diskriminierung, fehlende Queersensibilität, finanzielle Barrieren) und hilfreiche Unterstützungsmaßnahmen (Anonymität, queere Fachkräfte, niedrigschwellige Angebote) erfasst.

Zudem wurden Erfahrungen mit Suchthilfe abgefragt, darunter die Bewertung der Angebote („Wie zufrieden waren Sie mit den Suchthilfeangeboten?“) sowie die wahrgenommene Queersensibilität der Angebote. Diese Fragen zielten darauf ab, die Qualität der Suchthilfeangebote aus der Perspektive der Nutzer*innen zu bewerten und zu verstehen, welche Faktoren zu einer positiven Erfahrung beitragen.

Ein weiterer Themenblock widmete sich psychosozialen Faktoren, darunter Diskriminierungserfahrungen (Misgendering, Transfeindlichkeit, Rassismus) sowie psychischen Belastungen (Depressionen, Angststörungen, PTBS). Diese Fragen wurden formuliert, um den Zusammenhang zwischen Minority Stress und Substanzkonsum besser zu verstehen sowie die spezifischen Belastungen queerer Menschen zu erfassen.

³ MMI wurde in dieser Studie nicht als direkte Selbstbezeichnung erhoben, sondern aus den Fragebogendaten operationalisiert. Konkret zählt eine Person als „MMI = Ja“, wenn sie in der Frage zur sexuellen Orientierung mehrere Antworten kombiniert hat (z. B. „bi, asexuell“ oder „bi/pan“). Eingeschlossen sind damit insbesondere Personen mit nicht-monosexuellen oder a-/demisexuellen Mehrfachverortungen (n = 35; 9,5 % der Stichprobe). Geschlechtsidentität, Rassifizierung und weitere marginalisierte Identitätsmerkmale fließen in dieser Variable nicht ein.



Um subjektive Perspektiven zu erfassen, enthielt der Fragebogen zudem offene Fragen. Diese ermöglichten es den Teilnehmenden, individuelle Erfahrungen, Bedarfe und Verbesserungsvorschläge in eigenen Worten zu formulieren. Die offenen Fragen umfassten Verbesserungsvorschläge für Suchthilfeangebote, persönliche Erfahrungen mit der Suchthilfe, Unterstützungsbedarfe beim Zugang zu Hilfe, Motive für den Substanzkonsum, Hürden beim Zugang zu Suchthilfe sowie abschließende Gedanken zur Umfrage. Diese qualitativen Daten ergänzten die quantitativen Ergebnisse und boten tiefere Einblicke in die Lebensrealitäten der Befragten.

Der Fragebogen nutzte verschiedene Antwortformate, um eine breite Palette an Informationen zu erfassen. Dichotome Fragen (Ja/Nein) wurden für klare Abfragen verwendet, „Haben Sie bereits Suchthilfe in Anspruch genommen?“. Likert-Skalen kamen zum Einsatz, um subjektive Einschätzungen abzubilden, darunter „Wie zufrieden waren Sie mit den Suchthilfeangeboten?“. Mehrfachnennungen ermöglichten, mehrere Antworten auf eine Frage zu geben (beispielsweise „Welche Substanzen konsumieren Sie?“). Offene Textfelder boten schließlich Raum für freie Antworten (Beispiel für eine solche Frage: „Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für Suchthilfeangebote?“).



3.3. Statistische Methoden

Im Folgenden werden die statistischen Methoden beschrieben, die zur Auswertung der quantitativen Daten eingesetzt wurden. Zur Auswertung quantitativer Daten der Studie wurde das Programm RStudio eingesetzt. Die verwendeten Methoden ermöglichten es, die Stichprobe zu charakterisieren, Zusammenhänge zwischen Variablen zu prüfen und Gruppenunterschiede zu analysieren. Die gewählten Verfahren orientierten sich an den spezifischen Fragestellungen der Studie sowie an den statistischen Voraussetzungen der Daten (Normalverteilung, Varianzhomogenität).

3.3.1. Stichprobenbeschreibung und Datengrundlage

Die Studie wurde durch eine quantitative Online-Umfrage unter 367 queeren Teilnehmer*innen durchgeführt, um eine repräsentative Darstellung queerer Lebensrealitäten im deutschsprachigen Raum zu schaffen, wobei der Schwerpunkt auf geschlechtlicher Identität und dem Zugang zur Suchthilfe lag. Die genauere Beschreibung der Stichprobe erfolgt unter 4.1.1.

3.3.2. Deskriptive Statistik

- Um die Diversität der Stichprobe zu erfassen und erste Tendenzen zu identifizieren, wurde zunächst eine deskriptive Analyse durchgeführt. Dabei kamen Häufigkeitsanalysen, Lagemaße und Visualisierungen zum Einsatz:
 - Häufigkeitsanalysen dienten dazu, die Verteilung demografischer Merkmale (geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung, Alter) sowie Konsummuster (Häufigkeit des Konsums verschiedener Substanzen wie Alkohol, Cannabis, Nikotin) und Zugangshürden (Scham, Diskriminierung, Anonymität) zu beschreiben. Die Ergebnisse
- 

wurden sowohl als absolute als auch als relative Häufigkeiten dargestellt, um ein klares Bild der Stichprobe zu erhalten.

- Lagemaße und Streuungsmaße wie Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) wurden für metrische Variablen (Anzahl der Zugangshürden, subjektiv wahrgenommener Einfluss des Substanzkonsums) berechnet. Bei schiefen Verteilungen kamen Median und Spannweite zum Einsatz, um Ausreißer angemessen zu berücksichtigen.
- Visualisierungen in Form von Balkendiagrammen, Boxplots und Kreuztabellen halfen, die Daten anschaulich darzustellen und Zusammenhänge auf einen Blick erkennbar zu machen. Diese grafischen Darstellungen waren besonders hilfreich, um Unterschiede zwischen Gruppen (cis vs. TIN*) oder die Verteilung metrischer und kategorialer Variablen zu veranschaulichen.

3.3.3. Inferenzstatistik: Zusammenhänge prüfen und Gruppen vergleichen

Um zu überprüfen, ob die beobachteten Unterschiede zwischen den Gruppen statistisch signifikant sind, wurden verschiedene inferenzstatistische Tests eingesetzt. Die Wahl der Methode hing dabei von der Art der Variablen (kategorial, metrisch) und den statistischen Voraussetzungen (Normalverteilung, Varianzhomogenität) ab.

3.3.4. Gruppenvergleiche

Um Unterschiede zwischen Gruppen zu analysieren (beispielsweise zwischen cis- und TIN*-Personen oder zwischen verschiedenen sexuellen Orientierungen) wurden folgende statistische Tests verwendet:

- t-Tests für unabhängige Stichproben (parametrisch) wurden eingesetzt, um Mittelwertunterschiede zwischen zwei Gruppen zu prüfen. Beispielsweise wurde der Welch-t-Test (bei ungleichen Varianzen) genutzt, um zu untersuchen, ob sich cis- und trans*-Personen in der Anzahl der Zugangshürden unterscheiden. Zur Bewertung der praktischen Bedeutsamkeit der Unterschiede wurde Cohens d berechnet, wobei Werte von 0,2 als kleiner, 0,5 als mittlerer und 0,8 als großer Effekt interpretiert wurden.
- Eine ANOVA (Varianzanalyse) wurde eingesetzt, um Mittelwertunterschiede zwischen mehr als zwei Gruppen zu vergleichen, darunter cis-, trans*- und nicht-binäre Personen. Bei signifikanten Ergebnissen wurden Post-hoc-Tests (Tukey-HSD) durchgeführt, um zu klären, welche Gruppen sich voneinander unterscheiden. Dies war besonders relevant, um spezifische Unterschiede zwischen den Gruppen zu identifizieren, die in der deskriptiven Analyse bereits angedeutet wurden.
- Nicht-parametrische Tests wurden verwendet, wenn die Voraussetzungen für parametrische Tests (Normalverteilung) nicht erfüllt waren. Der Mann-Whitney-U-Test diente dem Vergleich zweier Gruppen, während der Kruskal-Wallis-Test für mehr als zwei Gruppen eingesetzt wurde. Zur Analyse von Veränderungen in einer Gruppe wurde der Wilcoxon-Test für gepaarte Stichproben angewendet, zum Beispiel durch den Vergleich des gegenwärtigen und des früheren Konsumverhaltens.

3.3.5. Prüfung von Zusammenhängen zwischen Variablen

Um Zusammenhänge zwischen kategorialen und metrischen Variablen zu prüfen, wurden folgende statistische Verfahren angewendet:

- Chi-Quadrat-Tests (χ^2) dienen der Prüfung von Zusammenhängen zwischen kategorialen Variablen, etwa zwischen geschlechtlicher Identität und der Nutzung von Suchthilfeangeboten.
- Korrelationen wurden berechnet, um Zusammenhänge zwischen metrischen oder ordinalen Variablen zu analysieren. Die Spearman-Rangkorrelation (ρ) kam bei nicht-normalverteilten Daten zum Einsatz, während die Pearson-Korrelation (r) für normalverteilte metrische Daten verwendet wurde. Diese Analysen halfen, Zusammenhänge zwischen Variablen, wie der Anzahl der konsumierten Substanzen und der wahrgenommenen Hilfe, beim Zugang zu Suchthilfe zu identifizieren.
- Fishers exakter Test wurde als Alternative zum Chi-Quadrat-Test bei kleinen Stichproben genutzt, um Zusammenhänge zwischen kategorialen Variablen zu prüfen, wenn die erwarteten Häufigkeiten in den Zellen der Kreuztabelle zu gering waren.

3.3.6. Effektstärken

Um die praktische Bedeutsamkeit der gefundenen Unterschiede und Zusammenhänge zu bewerten, wurden verschiedene Effektstärkenmaße berechnet:

- Cohens d wurde für t-Tests verwendet, um die Stärke von Gruppenunterschieden zu quantifizieren. Ein Wert von 0,2 zeigt einen geringen Effekt, 0,5 einen mittleren und 0,8 einen großen.
- η^2 oder partielles η^2 wurde im Rahmen der ANOVA berechnet, um den Anteil der Varianz zu bestimmen, der durch die Gruppenzugehörigkeit erklärt wird. Dies half, die Bedeutung der Gruppenunterschiede für die untersuchte Variable einzuschätzen.
- Cramérs V diente als Effektstärkenmaß für Chi-Quadrat-Tests und gab Aufschluss über die Stärke des Zusammenhangs zwischen kategorialen Variablen. Auch hier galten Werte von 0,1 als kleiner Effekt, 0,3 als mittlerer Effekt und 0,5 als großer Effekt.

3.4. Offene Antwortfelder

Zusätzlich zu den standardisierten Skalen wurden mehrere offene Antwortfelder erhoben, um individuelle Perspektiven auf Substanzkonsum, Konsummotive, Zugangsbedingungen, Erfahrungen mit Suchthilfe sowie Verbesserungsbedarfe zu erfassen. Für die Auswertung der offenen Angaben wurde zunächst die Abdeckung der jeweiligen Textfelder bestimmt, indem pro Frage die Anzahl der Teilnehmenden mit einer nicht leeren Antwort ermittelt wurde.

3.5. Datengrundlage und Abdeckung

Die Studie enthielt sechs offene Fragen, die unterschiedliche Aspekte abdeckten:

- Verbesserungsvorschläge für Suchthilfeangebote (N = 228, 62,1 % der Stichprobe).
- Unterstützungsbedarf beim Zugang zu Hilfe (N = 97, 26,4 %).
- Persönliche Erfahrungen mit Suchthilfe (N = 87, 23,7 %).
- Abschließende Gedanken zur Umfrage (N = 92, 25,1 %).
- Offene Nennungen zu Substanzarten (N = 45, 12,3 %) und Konsummotiven (N = 31, 8,4 %).
- Hürden beim Zugang zu Suchthilfe (N = 15, 4,1 %).

Die Frage nach Verbesserungsvorschlägen erhielt die größte Resonanz, während die anderen offenen Felder seltener genutzt wurden.

Zunächst wurden die Freitextantworten zu den sieben offenen Fragen in einem separaten Datensatz zusammengefasst und für die Analyse aufbereitet. Dabei wurden Leerzeichen standardisiert, Sonderzeichen bereinigt und nicht ausgefüllte Antworten ausgeschlossen, um eine einheitliche Datenbasis zu schaffen. Um die inhaltliche Aussagekraft zu erhöhen, erfolgte eine Normalisierung der Texte durch Umwandlung in Kleinschreibung sowie die Entfernung deutscher Stoppwörter (Artikel und Konjunktionen). Anschließend wurden die Antworten in Einzelwörter (Tokens) zerlegt, wobei nur Begriffe mit einer Mindestlänge von fünf Zeichen berücksichtigt wurden, um die relevanten Inhalte zu isolieren.

Für die Häufigkeitsanalysen wurden die Texte zunächst in ihre häufigsten Einzelwörter (Monogramme) und Wortkombinationen (Bigrams) zerlegt. Mittels des tidytext-Pakets in R wurden die fünf häufigsten Begriffe sowie die zehn häufigsten Wortpaare je Frage extrahiert und visualisiert.

3.6. Skalen und Reliabilität

Ein übliches Problem bei der Messung komplexer Konstrukte wie Diskriminierungserfahrungen oder Zugangshürden besteht darin, dass die einzelnen Items (Fragen) unterschiedlich schwer zu beantworten sind.

Daher nutzten wir beide Maße:

- Cronbachs Alpha (α) als Grundlage zur Prüfung, ob die Items generell zusammenhängen.
- McDonalds Omega (ω) als Alternative, die als zuverlässig gilt.
- Substanzkonsum-Skala (Häufigkeit, Motive, Einfluss auf das Leben): $\alpha = 0,90$ / $\omega = 0,91$ Die Fragen zum Konsum messen zuverlässig dasselbe Konstrukt, nämlich wie, warum und in welchem Ausmaß queere Menschen Substanzen nutzen. Die hohe Übereinstimmung zwischen Alpha und Omega zeigt, dass die Skala auch bei unterschiedlichen Konsummustern (gelegentlicher Alkoholkonsum vs. regelmäßiger

Polytoxikomanie) stabil bleibt.

- Diskriminierungserfahrungen: $\alpha = 0,88$ / $\omega = 0,89$. Die Items zur Diskriminierung hängen stark zusammen, was darauf schließen lässt, dass queere Menschen systematische Diskriminierung erleben. Der geringe Unterschied zwischen Alpha und Omega bestätigt, dass die Skala auch bei unterschiedlichen Schweregraden zuverlässig misst.
- Zugangshürden: $\alpha = 0,85$ / $\omega = 0,87$. Die genannten Barrieren (Scham, Kosten, fehlende queere Ansprechpersonen etc.) bilden ein kohärentes Muster – was bedeutet, dass queere Menschen nicht zufällig, sondern systematisch auf ähnliche Hürden stoßen.
- Einfluss der Substanzen $\alpha = 0,83$ / $\omega = 0,90$. Für diese Skala ergibt sich eine gute interne Konsistenz.

Tabelle 1 Darstellung der Ergebnisse der Überprüfung der internen Konsistenz der Skalen (Cronbachs Alpha)

Skala	Cronbachs Alpha
Häufigkeit Substanzkonsum	0,90
Einfluss Substanzen	0,83
Hilfe beim Zugang	0,71
Erfahrungen	0,91

Tabelle 2 Darstellung der Ergebnisse der Überprüfung der internen Konsistenz der Skalen (McDonalds Omega)

Skala	McDonalds Omega
Häufigkeit_Substanzkonsum	0,95
Einfluss_Substanzen	0,92
Hilfe_beim_Zugang	0,82
Erfahrungen	0,93

Reliabilitäten getrennt nach cis- vs. TIN*-Gruppen

Zur weiteren Beurteilung der internen Konsistenz wurden Cronbachs Alpha und McDonalds Omega für die Skalen getrennt nach Geschlechtsidentität berechnet. Insgesamt zeigen die Kennwerte überwiegend gute bis sehr gute Reliabilitäten, wobei sich je nach Skala Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Gruppen andeuten.

Erfahrungen

Die Skala „Erfahrungen“ weist in beiden Gruppen eine sehr hohe Reliabilität auf. Bei cis-Personen liegt Cronbachs Alpha bei $\alpha = 0,90$, bei TIN*-Personen sogar bei $\alpha = 0,93$. Die-

ses Muster zeigt sich auch bei Omega wieder ($\omega = 0,92$ bei cis; $\omega = 0,94$ bei TIN*), wobei die Items dieser Skala in beiden Gruppen sehr konsistent dasselbe Konstrukt erfassen.

Hilfe beim Zugang zu den Hilfsangeboten

Bei der Hilfe beim Zugang zu den Hilfsangeboten zeigt sich eine mittlere interne Konsistenz. Cronbachs Alpha beträgt $\alpha = 0,73$ (cis) und $\alpha = 0,69$ (TIN*). Omega liegt bei $\omega = 0,80$ (cis) und bei $\omega = 0,83$ (TIN*). Damit ist die Reliabilität insgesamt akzeptabel; interessant ist, dass Alpha in der TIN*-Gruppe etwas niedriger ausfällt, Omega jedoch etwas höher. Das kann darauf hindeuten, dass die Skala zwar zuverlässig ist, aber Alpha (als stärker tau-äquivalenz-abhängiges Maß) die Struktur in der TIN*-Gruppe etwas „strenger“ bewertet als Omega.

Häufigkeit des Substanzkonsum

Bei der Häufigkeit des Substanzkonsums zeigen sich die deutlichsten Gruppenunterschiede. Für cis-Personen liegt Cronbachs Alpha bei $\alpha = 0,78$ (gut), während es für TIN*-Personen bei $\alpha = 0,91$ sehr hoch ausfällt. Auch hier ist Omega in der TIN*-Gruppe höher ($\omega = 0,83$ cis; $\omega = 0,91$ TIN*). Das spricht dafür, dass die Items zur Konsumhäufigkeit bei TIN*-Personen homogener zusammenhängen oder das Konstrukt dort konsistenter abbilden.

4. Ergebnisse

4.1. Deskriptive Befunde

Die Teilnehmer*innen dieser Studie berichten über unterschiedliche queere Identitäten und Lebensweisen, die in herkömmlichen Erhebungen häufig übersehen werden.

4.1.1. Stichprobe

Die Auswertung basiert auf einer Stichprobe von $N = 367$ Personen. Die Stichprobe war im Durchschnitt 31,71 Jahre alt ($SD = 11,50$) und weist damit eine relativ breite Altersstreuung auf. Der geschlechtliche Selbstverortung der Teilnehmenden ist dabei nahezu ausgeglichen verteilt: 49,86 % der Teilnehmenden verorten sich als TIN*, 50,14 % als cis-Personen.

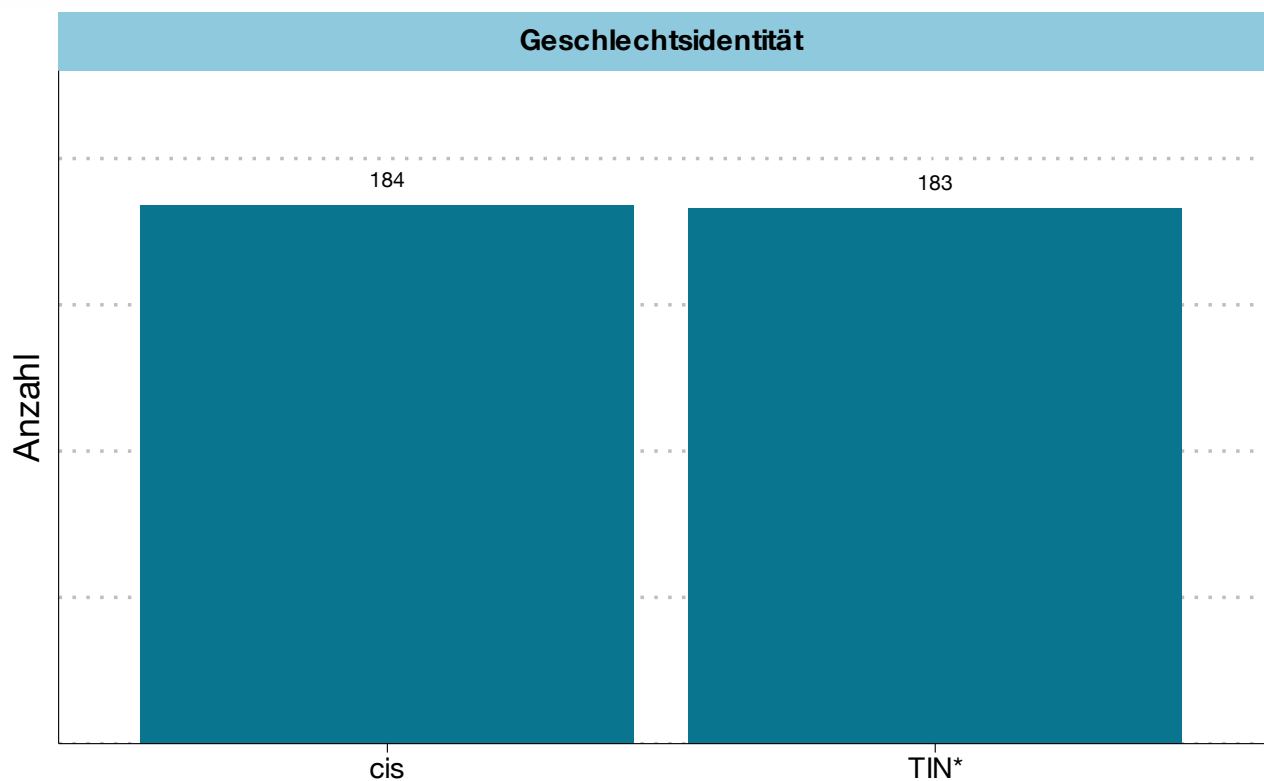


Abbildung 1 Verteilung der Stichprobe nach Geschlechtsidentität

Die Geschlechtsidentität der Umfrageteilnehmer*innen ist ebenfalls vielfältig: Ungefähr die Hälfte der Befragten (50,97 %) stammt aus den Personen ohne professionellen Bezug zur Suchthilfe. Darüber hinaus identifizieren sich 17,17 % als trans*, 16,62 % als nicht-binär und 15,24 % als mit einer anderen geschlechtlichen Identität außerhalb des binären Systems. Insgesamt weist die Stichprobe damit eine breite Repräsentation unterschiedlicher geschlechtlicher Identitäten innerhalb der queeren Community auf.

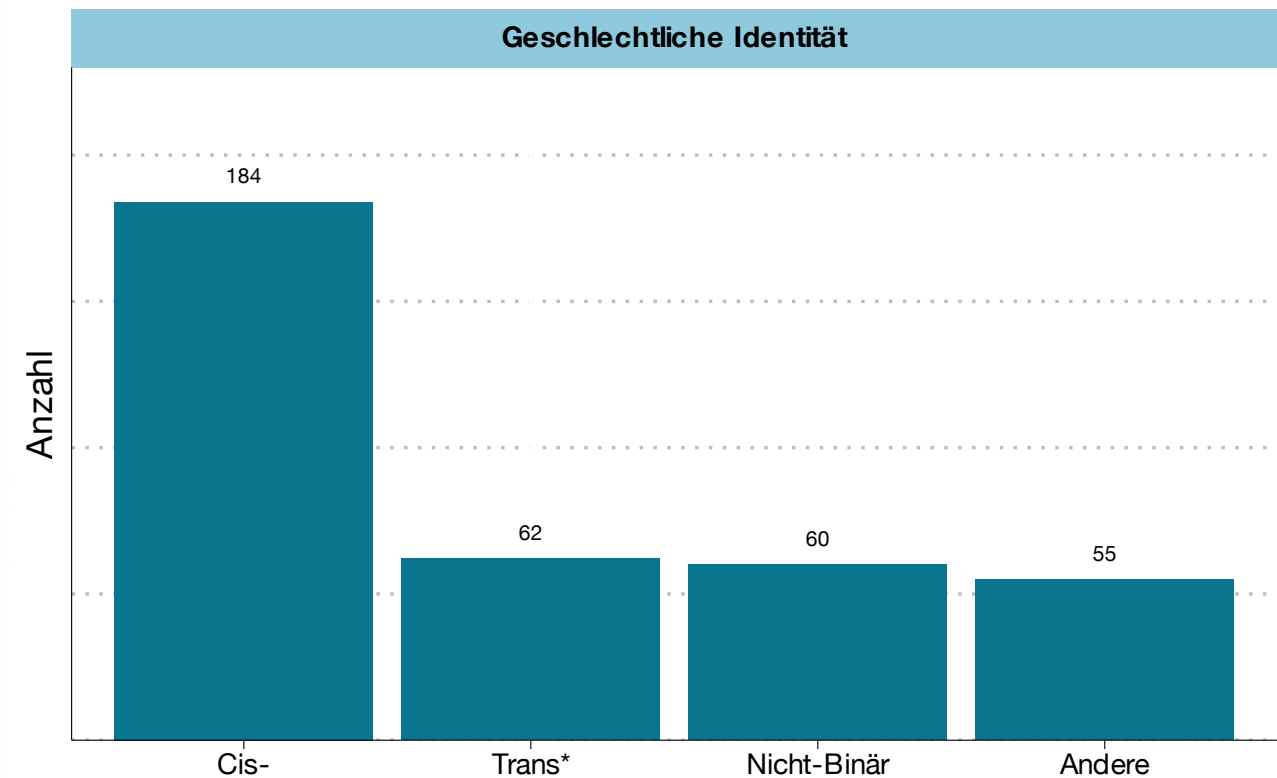


Abbildung 2 Verteilung der Stichprobe nach der Geschlechtsidentität

Bisexualität (31,46 %) ist die am häufigsten angegebene Orientierung, gefolgt von Homosexualität (25,23 %). Als weitere Gruppen werden queer (14,33 %), lesbisch (9,35 %) und hetero (8,10 %) genannt. Kleinere Anteile entfallen auf die sonstigen sexuellen Orientierungen (19 %) und Pansexualität (5,61 %). Es zeigt sich damit eine breite Verteilung mit Schwerpunkt im queeren Spektrum, zugleich aber mit relevanten Anteilen weiterer Selbstbezeichnungen.

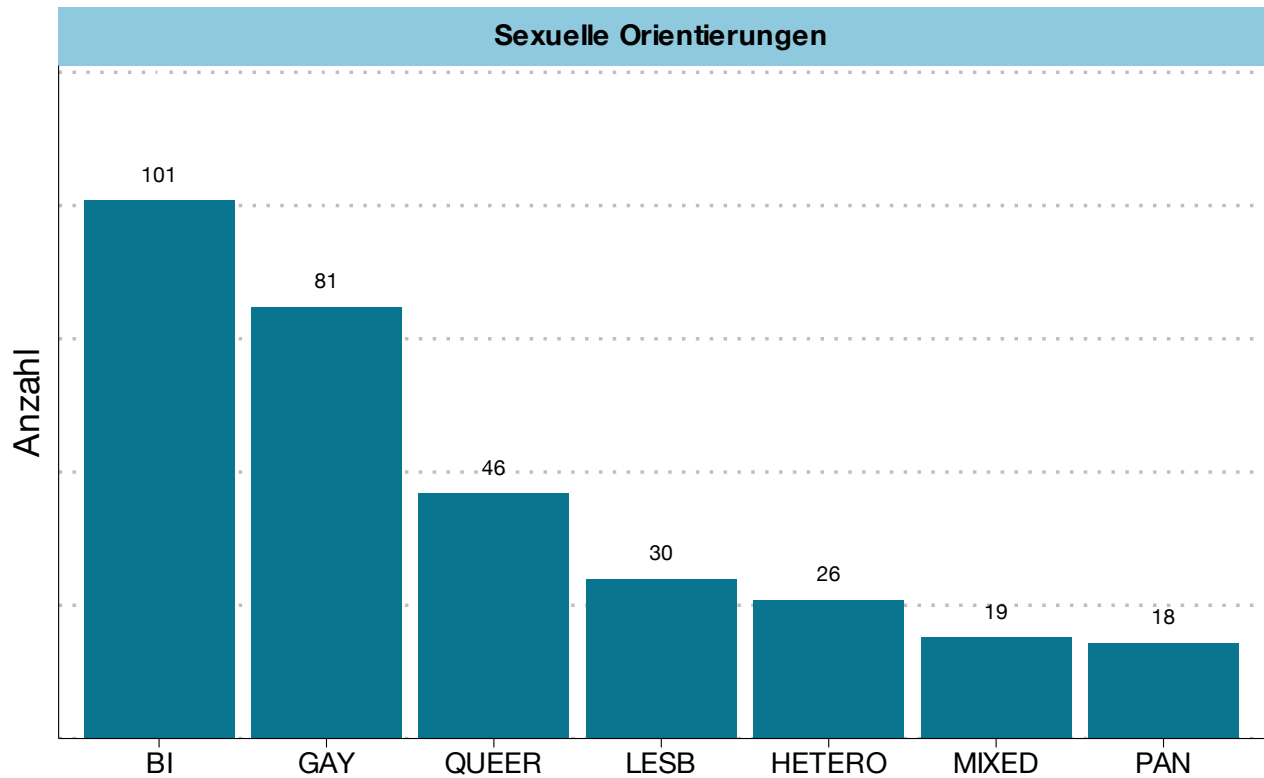


Abbildung 3 Verteilung der Stichprobe nach der sexuellen Orientierung

4.1.2. Als hilfreich eingeschätzte Unterstützungsmaßnahmen für den Zugang zu Suchthilfe

In Bezug auf mögliche Unterstützungsmaßnahmen zeigt sich, dass Anonymität am häufigsten als hilfreich bewertet wird: 56,88 % der Befragten wählen diesen Aspekt aus. Damit wird die Anonymität als zentraler Faktor sichtbar, der den Zugang zu Suchthilfeangeboten für viele erleichtern könnte.

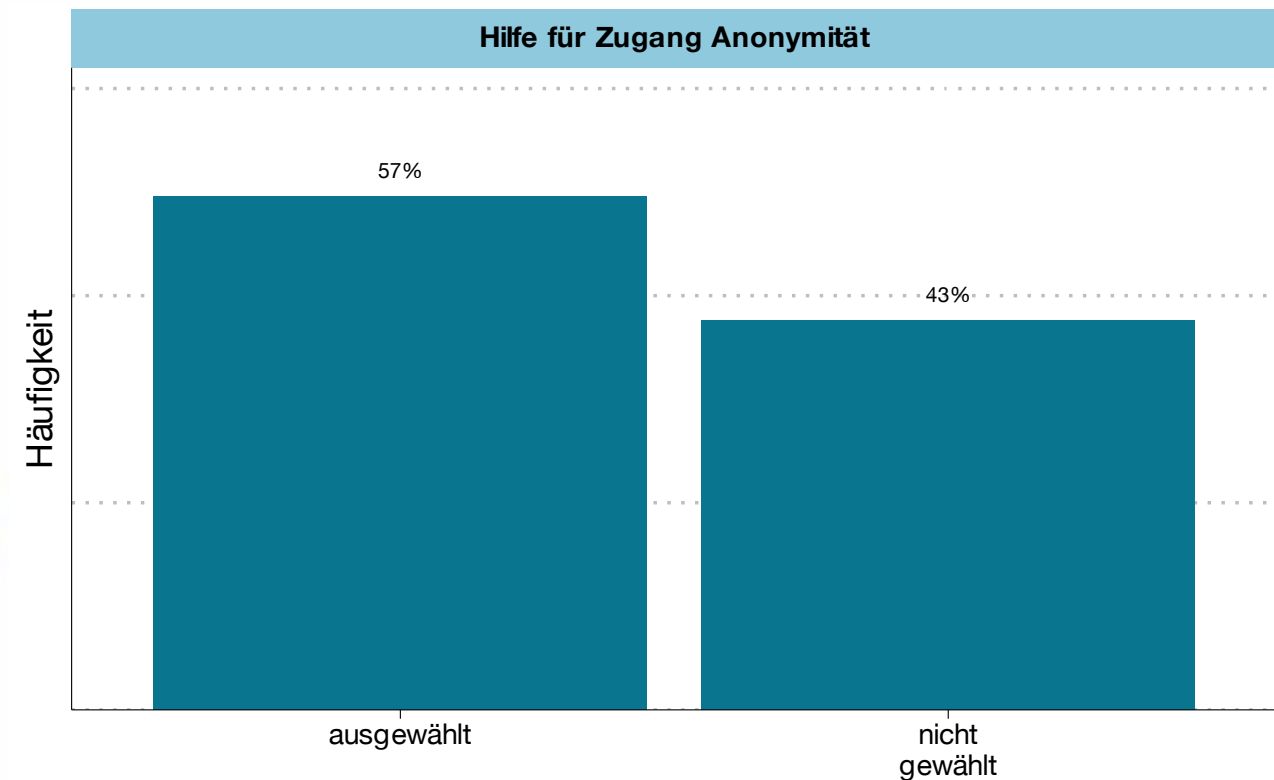


Abbildung 4 Als hilfreich eingeschätzte Unterstützungsmaßnahmen: Anonymität

Der Zugang zu Informationen zu Hilfsangeboten wird mit 44,95 % angegeben und liegt damit im mittleren Bereich. Weitere Maßnahmen werden zwar seltener ausgewählt, sind jedoch für relevante Teilgruppen bedeutsam: 35,78 % nennen queere Fachkräfte, 33,49 % betonen die Wertschätzung im Umgang mit Hilfesystemen. Aspekte wie Nähe zum Wohnort (28,44 %) und spezifisch queere Angebote (28,44 %) werden ebenfalls genannt, allerdings von weniger als einem Drittel der Teilnehmenden. Queersensibilität wird mit 25,23 % als hilfreiche Maßnahme hervorgehoben; Sonstiges wird mit 16,97 % angegeben. Festzuhalten bleibt, dass niedrigschwellige Rahmenbedingungen wie Anonymität besonders häufig als Zugangserleichterung wahrgenommen werden, während spezifisch strukturelle oder angebotsbezogene Anpassungen eher von Teilgruppen betont werden.

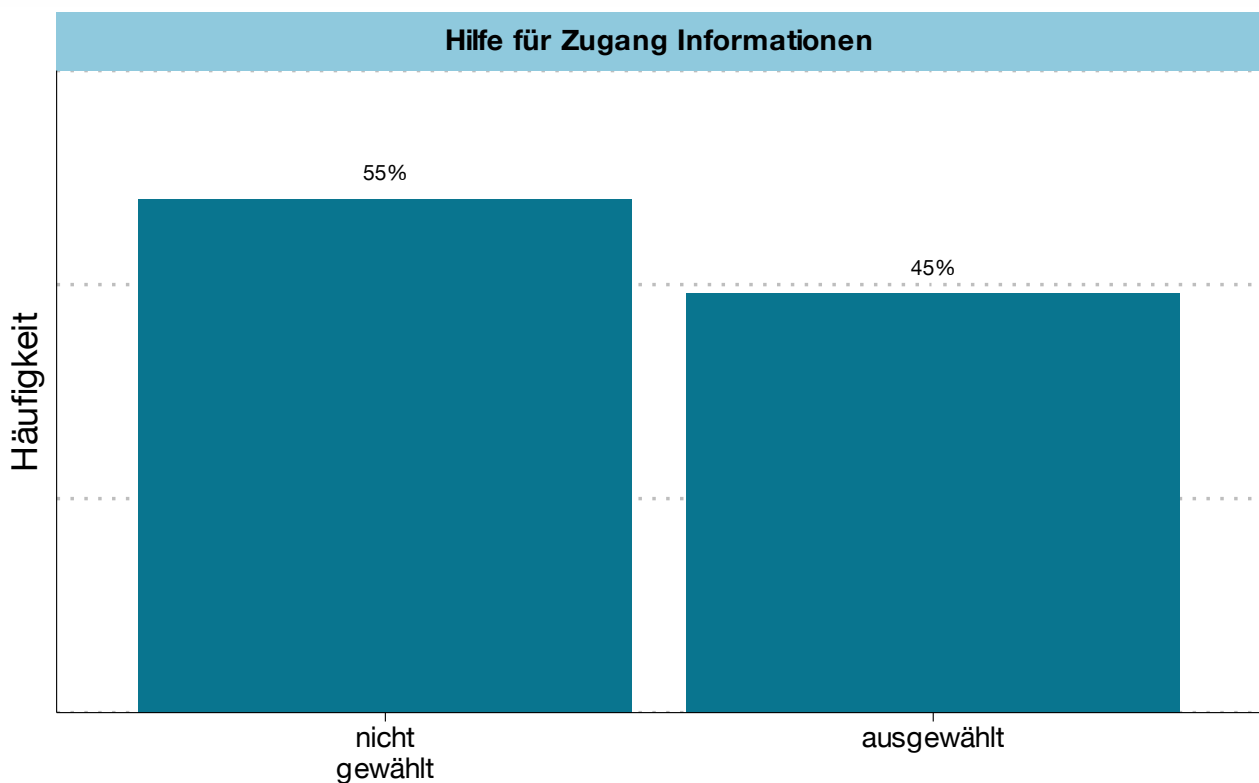


Abbildung 5 Als hilfreich eingeschätzte Unterstützungsmaßnahmen: Zugang zu den Informationen

4.1.3. Berichtete Hürden beim Zugang zu Suchthilfe

Bei den wahrgenommenen Hürden wird am häufigsten „kein Bedarf“ genannt (58,9 %). Dies kann darauf hinweisen, dass ein großer Teil der Befragten entweder keinen aktuellen Unterstützungsbedarf sieht oder Suchthilfeangebote nicht als passend für die eigene Situation einordnet.

Unter den konkreteren Barrieren wird von Scham in 31,51 % der Fälle berichtet, was damit die häufigste explizite Zugangshürde darstellt. Praktische Belastungsfaktoren spielen ebenfalls eine Rolle: 21,46 % nennen Zeitmangel, 18,72 % physische oder psychische Gründe, die die Inanspruchnahme erschweren.

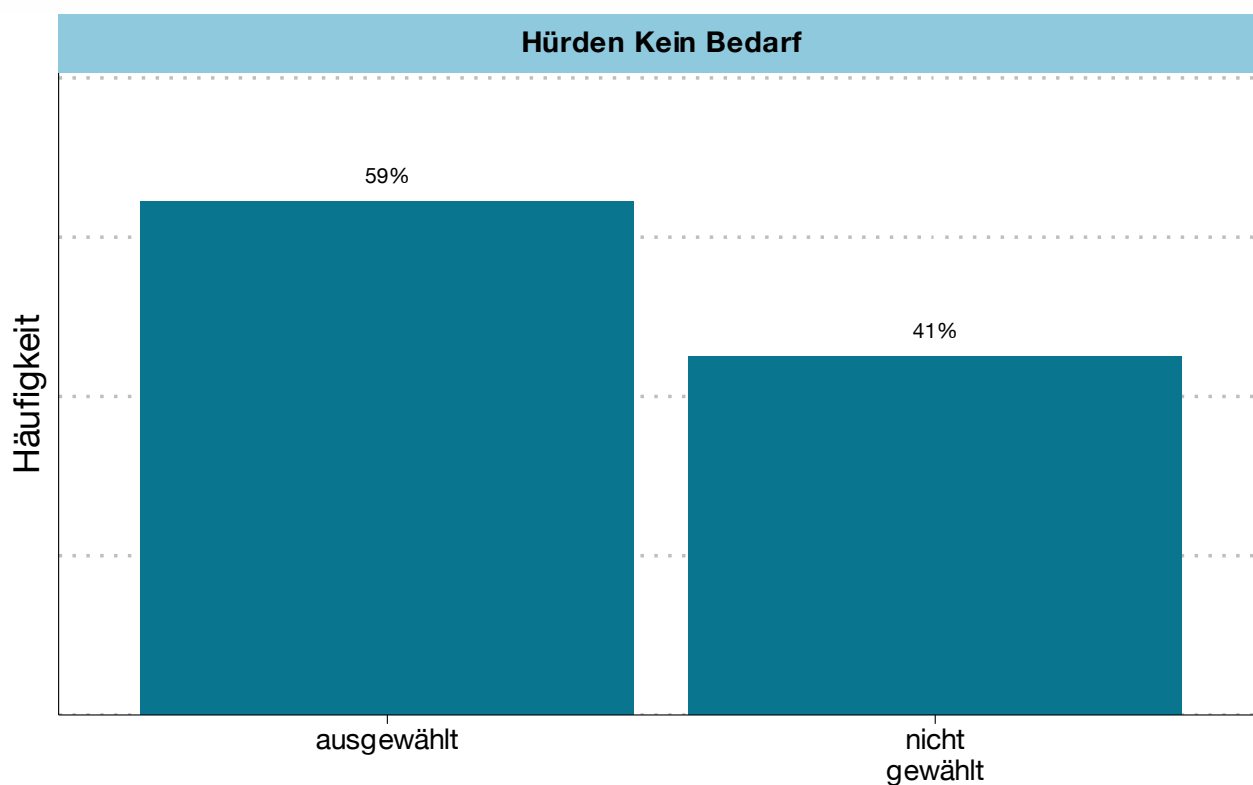


Abbildung 6 Berichtete Hürden beim Zugang zu Suchthilfe: kein Bedarf

Erfahrungs- und systembezogene Barrieren werden zwar seltener genannt, bleiben aber relevant: 13,24 % berichten von Diskriminierung als Hürde, 12,79 % nennen fehlende Queersensibilität und 11,42 % verweisen auf Schwierigkeiten beim Informationszugang. Sonstige Hürden werden mit 7,31 % angegeben. Strukturelle Faktoren wie Entfernung (5,94 %) und Geldmangel (5,48 %) werden vergleichsweise selten berichtet. Daher lässt sich sagen, dass in dieser Auswahl subjektive und psychosoziale Barrieren wie Scham und die Einschätzung eines fehlenden Bedarfs stärker in den Vordergrund rücken als konventionelle strukturelle Barrieren.

4.1.4. MMI (mehrfach marginalisierte Identität)

Das nachfolgende Diagramm zeigt die Verteilung der Personen mit mehrfach marginalisierten Identitäten (MMI) in der untersuchten Stichprobe. Demnach geben 90 % der Befragten an, keine MMI zu haben, während 10 % eine MMI aufweisen. Dementsprechend identifiziert sich nur ein kleiner Anteil der Teilnehmenden mit mehrfach marginalisierten Identitäten.

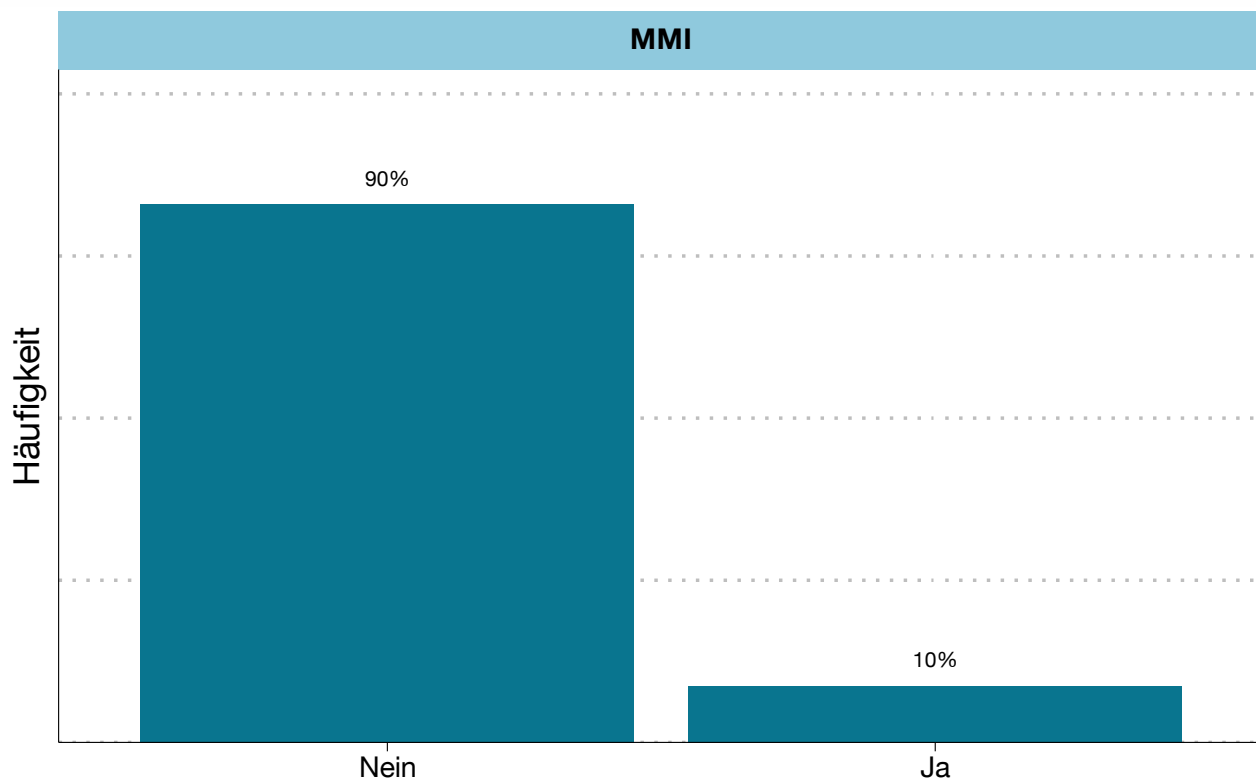


Abbildung 7 Verteilung der Personen mit mehrfach marginalisierten Identitäten (MMI)

4.1.5. Nutzung von Suchthilfeangeboten

Die Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten fällt deutlich geringer aus als die Nicht-Nutzung. 64,12 % geben an, keine Angebote genutzt zu haben, während 35,88 % berichten, sie genutzt zu haben.

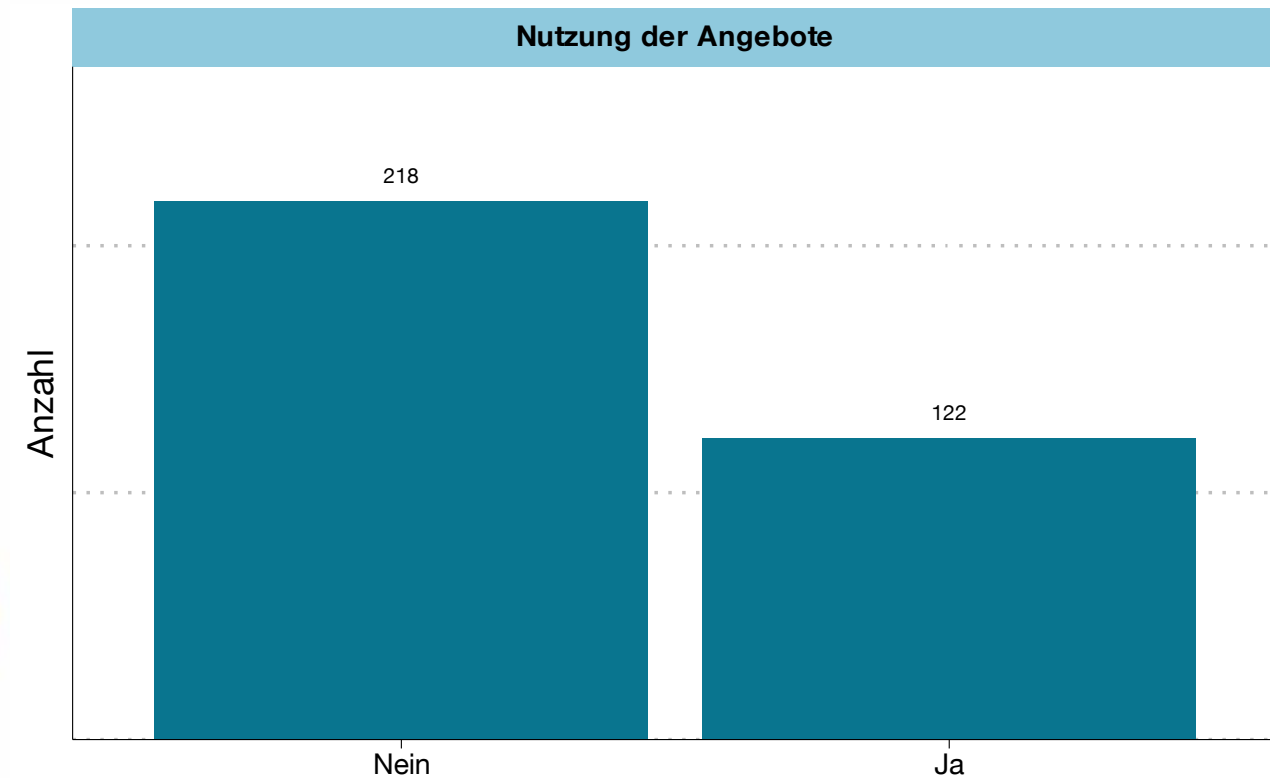


Abbildung 8 Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten

4.1.6. Substanzkonsum in der Stichprobe

4.1.6.1. Aktueller und vergangener Konsum

Der Substanzkonsum ist in der Stichprobe weit verbreitet. 61,58 % geben an, aktuell Substanzen zu konsumieren. Weitere 31,06 % berichten von einem Substanzkonsum in der Vergangenheit. Nur 7,36 % geben an, nie Substanzen konsumiert zu haben. Damit beschreibt die Stichprobe überwiegend Personen mit gegenwärtigen oder früheren Konsum-erfahrungen.

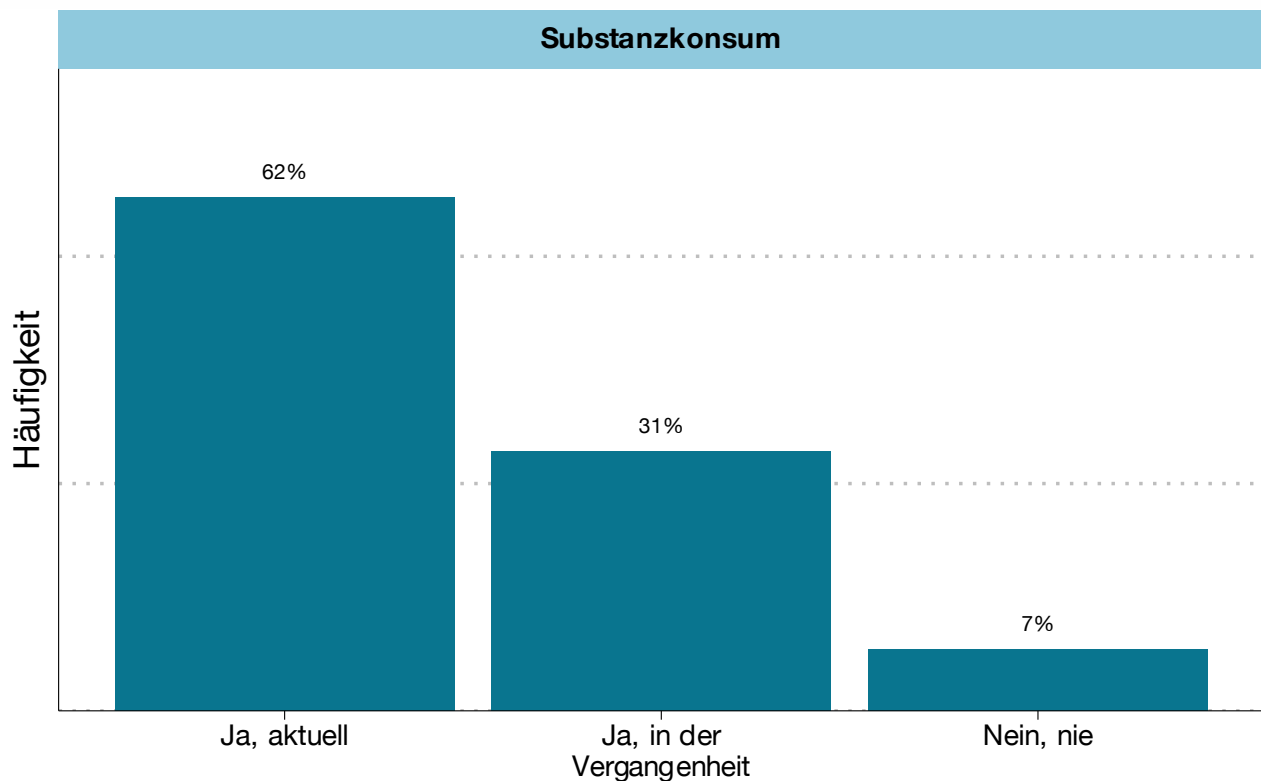


Abbildung 9 Substanzkonsum ist in der Stichprobe

4.1.6.2. Konsumierte Substanzarten

Am häufigsten wird Alkohol (79,53 %) genannt, gefolgt von Nikotin (64,62 %) und Cannabis (58,19 %). Diese drei Substanzarten prägen damit am stärksten das Konsumprofil der Stichprobe.

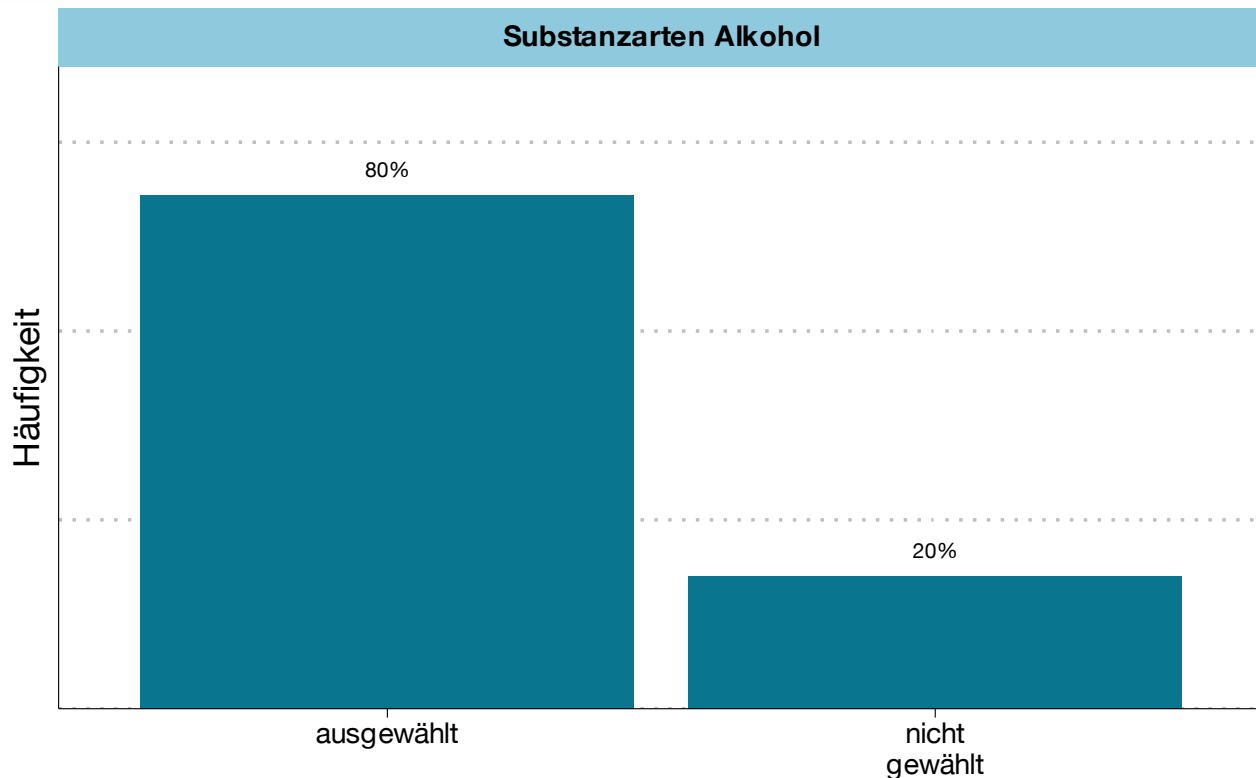


Abbildung 10 Konsumierte Substanzarten: Alkohol

Eine zweite Gruppe von Substanzen wird deutlich seltener genannt. Dazu zählen Amphetamine (29,53 %), Ecstasy (29,24 %) sowie Medikamente (27,78 %). Ebenfalls seltener genannt werden Kokain (21,35 %) und Ketamin (19,59 %). Sonstige Substanzen werden von 14,91 % angegeben. Seltener Substanzen sind GHB/GBL (10,53 %) und Crystal Meth (9,94 %). Heroin (4,09 %) wird kaum berichtet.

4.1.7. Motivlagen im Kontext des Konsums (Auswahlquoten)

Bei den berichteten Motiven stehen zwei Bereiche im Vordergrund: Belastung⁴ (59,12 %) und Gemeinschaft (58,53 %). Beide Motive werden von jeweils deutlich mehr als der Hälfte der Teilnehmenden ausgewählt und scheinen damit zentrale Funktionen des Konsums in der Stichprobe abzubilden, nämlich die Bewältigung/Entlastung einerseits und die soziale Einbindung andererseits.

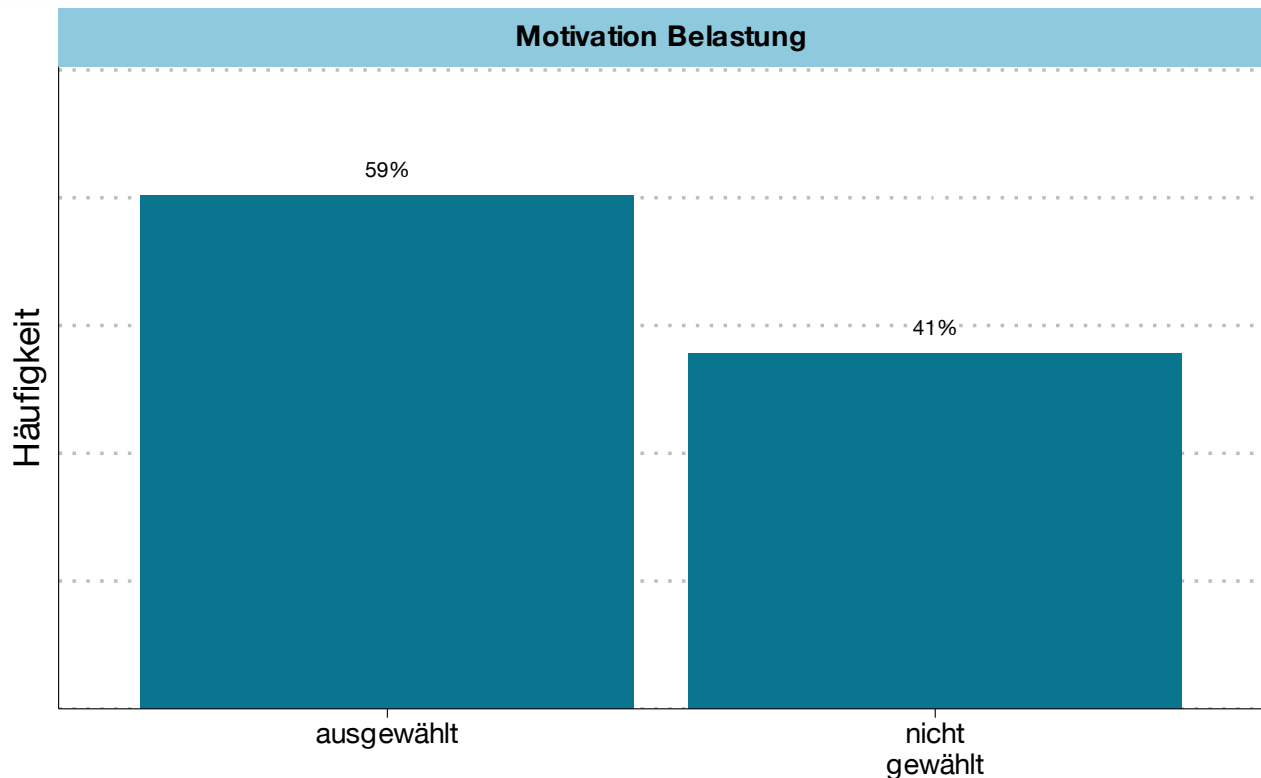


Abbildung 11 Motivlagen im Kontext des Konsums: Belastung

Ebenfalls häufig genannt wird Neugierde (53,24 %), ein eher exploratives Motiv, das für die Hälfte der Stichprobe relevant ist. Danach folgen Motive, die eher von LSBTIQA+ genannt werden: Sexueller Kontext (33,24 %) und Spüren des eigenen Körpers (32,65 %) liegen jeweils bei einem Drittel. Community-Partys (26,47 %) und Sexualität (23,53 %) werden von fast einem Viertel berichtet. Viel seltener werden Motive wie Abwertung (12,65 %), Sonstiges (9,71 %) und Benachteiligung (7,65 %) ausgewählt. Am seltensten wird Unterstützung beim Coming-out (2,94 %) genannt.

⁴ Der Begriff „Belastung“ bezieht sich auf ein Item im Fragebogen, das als Konsummotiv abgefragt wurde (psychisch belastende Ereignisse (z. B. Stress, soziale Konflikte, Unwohlsein, Einsamkeit, Verlusterfahrungen, finanzielle Sorgen, Wohnsituation, etc.).

4.1.8. Anzahl genannter Unterstützungsmaßnahmen

Die Befragten nannten überwiegend eine konkrete Unterstützungsmaßnahme als hilfreich: 35,32 % wählten genau eine Option. Mehrfachnennungen waren ebenfalls verbreitet, fielen jedoch seltener vor. 20,64 % nannten drei Maßnahmen, 17,43 % zwei. Höhere Anzahlen wurden deutlich seltener berichtet: vier Maßnahmen: 8,72 %, fünf Maßnahmen: 6,88 %, sechs Maßnahmen: 5,05 % und sieben Maßnahmen: 5,50 %.

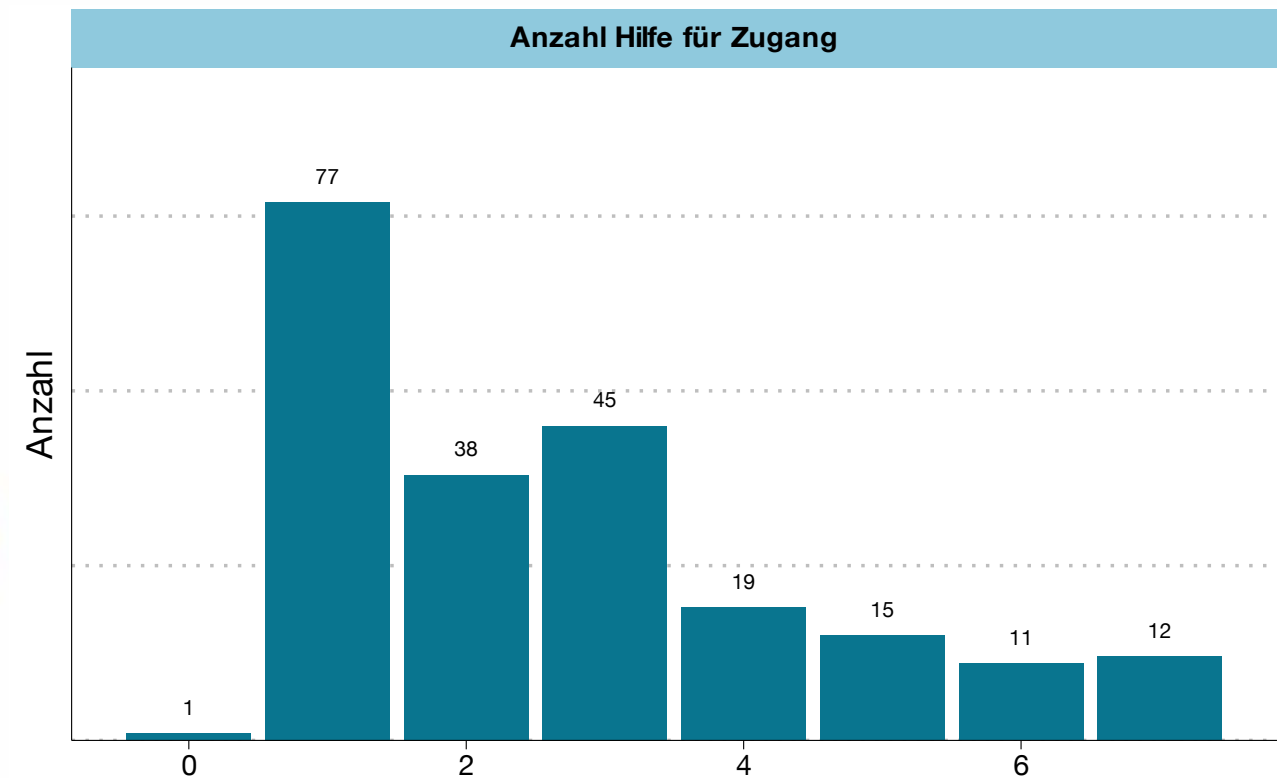


Abbildung 12 Anzahl genannter Unterstützungsmaßnahmen

4.1.9. Anzahl berichteter Hürden

Bei den Zugangshürden dominiert ebenfalls eine geringe Anzahl an Nennungen. Am häufigsten wird genau eine Hürde angegeben (57,53 %). Weitere 17,35 % nennen zwei Hürden, 11,42 % drei. Höhere Belastungsprofile sind seltener: vier 8,22 %, fünf 3,20 %, sechs 1,37 %. Angaben von null Hürden (0,46 %) oder von sieben Hürden (0,46 %) treten nur vereinzelt auf. Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass Hindernisse häufig auftreten, jedoch in der Regel als einzelne oder wenige zentrale Hindernisse beschrieben werden.

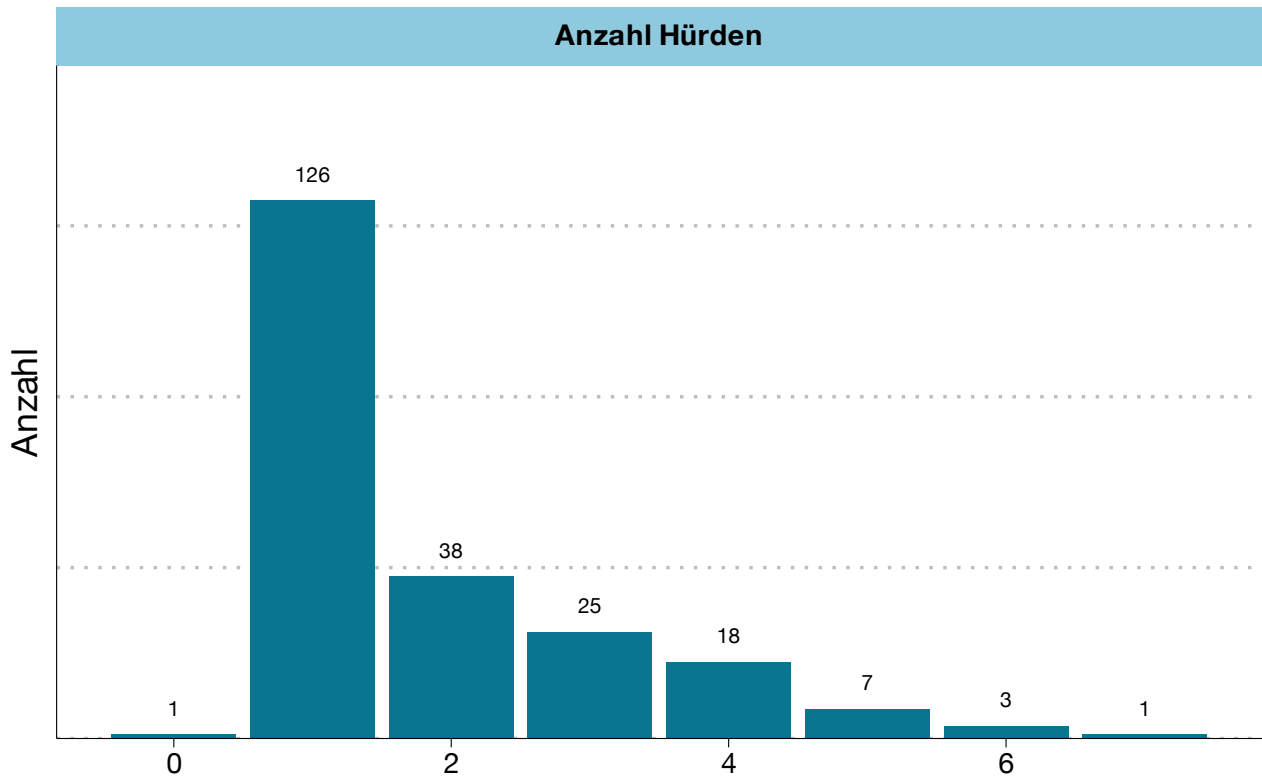


Abbildung 13 Anzahl berichteter Hürden

4.2. Einschätzung des Einflusses einzelner Substanzen

Über alle Substanzen hinweg liegen die Einschätzungen des Einflusses überwiegend im unteren bis mittleren Bereich der Skala. Alkohol (N = 272) hat eine durchschnittliche Bewertung von 2,04 (SD = 0,97), Cannabis (N = 199) einen Durchschnittswert von 2,11 (SD = 1,03) und Nikotin (N = 222) einen Durchschnittswert von 2,40 (SD = 1,14). Die Medianwerte liegen in der Regel bei 2.

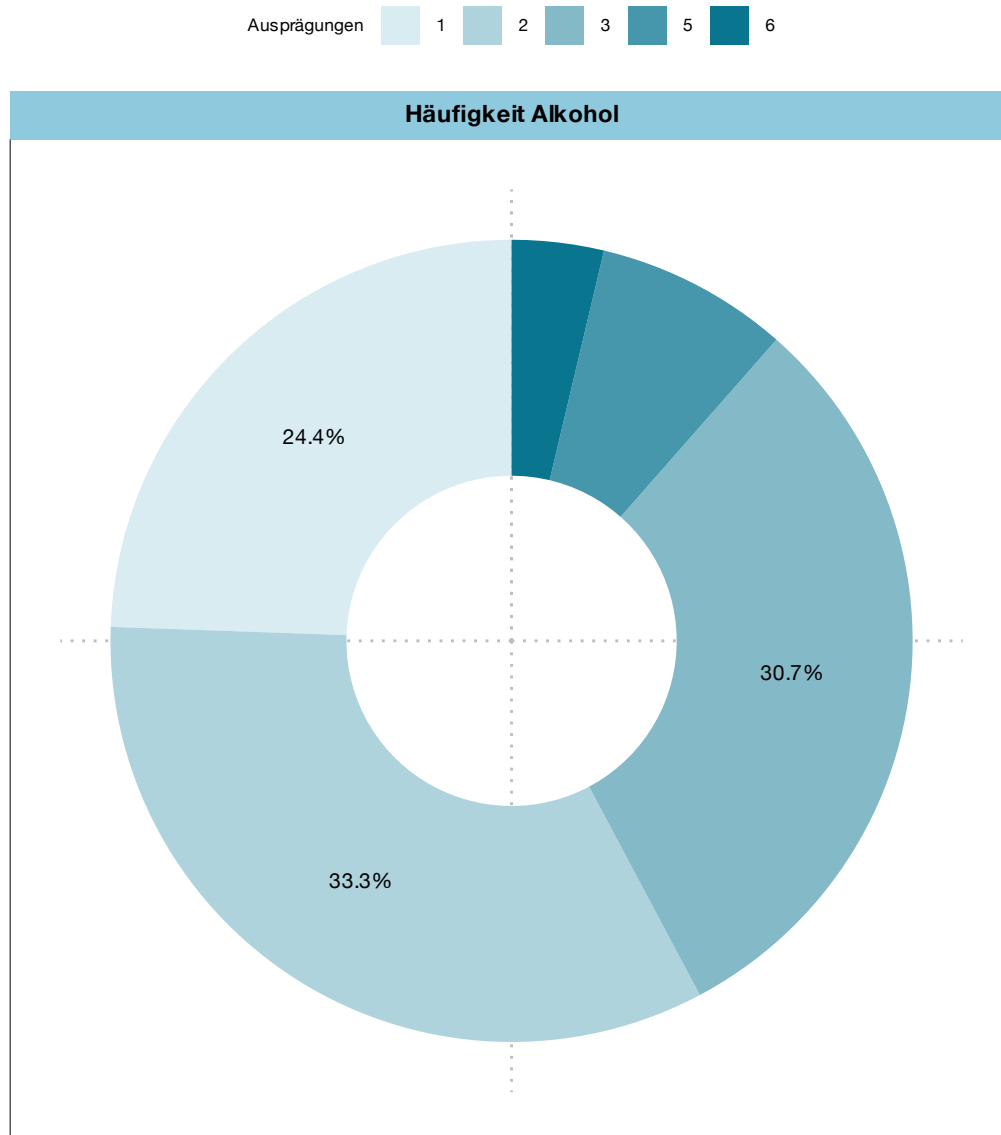


Abbildung 14 Subjektive Einschätzung des Einflusses einzelner Substanzen: Alkohol

Ein vergleichbares Niveau zeigt sich auch für Amphetamine (N = 101; M = 2,22; SD = 1,08), Kokain (N = 73; M = 2,22; SD = 1,18) sowie GHB/GBL (N = 36; M = 2,19; SD = 0,98). Medikamente werden ähnlich eingeordnet (N = 95; M = 2,05; SD = 0,90). Diese Angaben weisen insgesamt darauf hin, dass die Substanzen in der Stichprobe im Durchschnitt nicht auf maximale Einfluss-/Belastungsausprägungen bewertet werden, sondern sich hauptsächlich um den Skalenmittelpunkt bewegen.



Deutlichere Abweichungen zeigen sich bei einzelnen Substanzen: Ecstasy (N = 100) wird am niedrigsten eingeschätzt (M = 1,77; SD = 0,83, Median = 2), ebenso Ketamin (N = 67; M = 1,85; SD = 0,94, Median = 2). Demgegenüber liegen die höchsten Mittelwerte bei Crystal Meth (N = 34; M = 2,76; SD = 1,10, Median = 3) und besonders bei Heroin (N = 14; M = 3,21; SD = 1,19, Median = 4). Bei Heroin lässt der hohe Median darauf schließen, dass die Zuschreibung von Einfluss häufig in den oberen Bereich der Skala fällt. Gleichzeitig ist die Fallzahl sehr gering, weshalb die Kennwerte nur sorgfältig interpretiert werden sollten.



4.2.1. Erfahrungen mit Suchthilfeangeboten

Die Bewertungen zu den Erfahrungen mit Suchthilfeangeboten fallen insgesamt überwiegend positiv aus. Über die Dimensionen Angebote, Umgang, Werte und Zugang hinweg liegen die Mittelwerte sehr stabil im oberen Mittelfeld ($M = 3,65\text{--}3,72$ bei $SD = 1,09\text{--}1,23$; Skala 1–5), bei einem durchgängig hohen Median von 4. Dies lässt vermuten, dass diejenigen, die diese Angaben gemacht haben, die Angebote im Allgemeinen als unterstützend empfunden haben, obwohl bei den Befragten eine erkennbare Streuung zu verzeichnen ist.

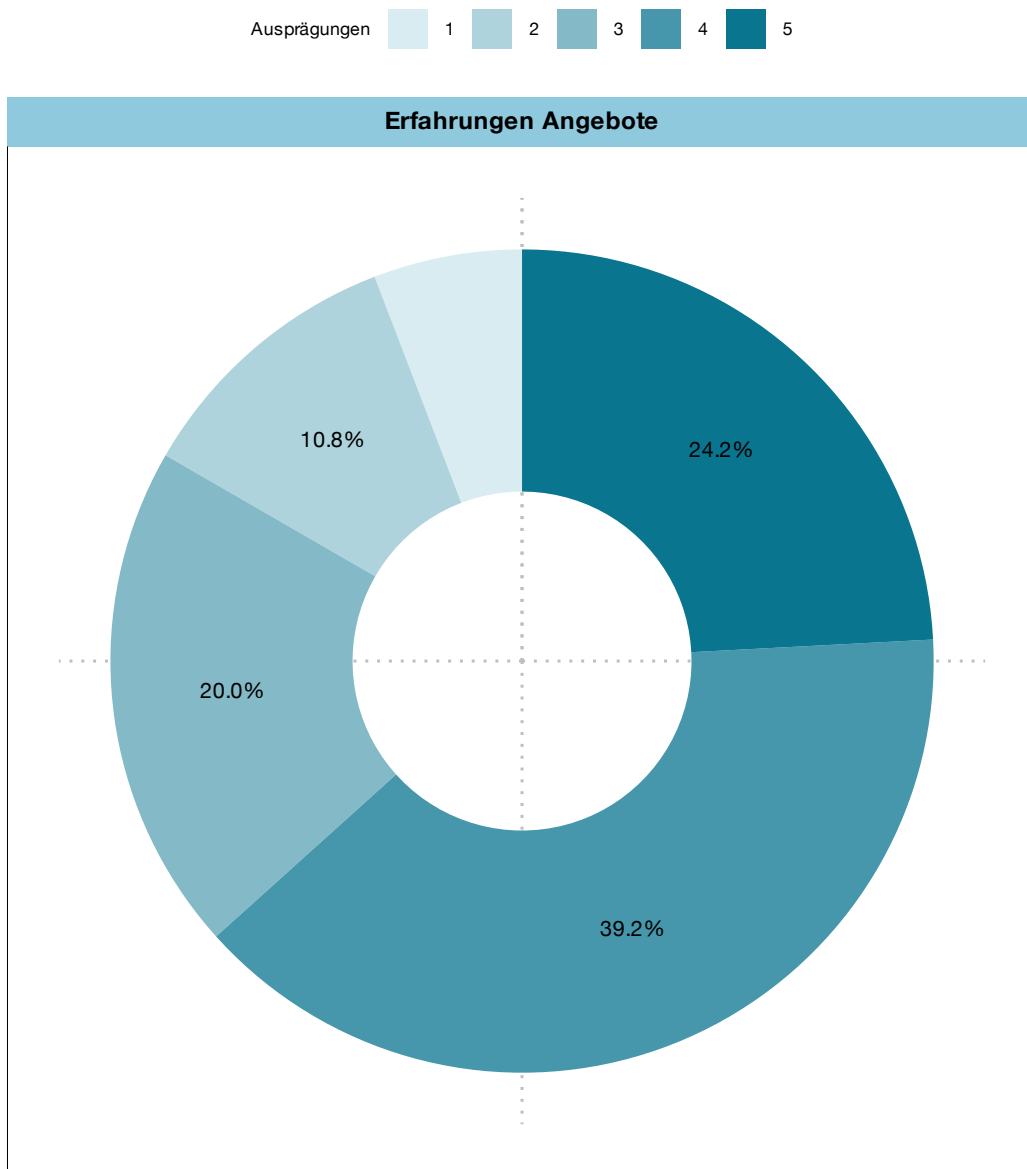


Abbildung 15 Erfahrungen mit Suchthilfeangeboten

Hinsichtlich der Frage, was den Zugang zur Suchthilfe erleichtert (Skala 1–5), sticht persönliche Unterstützung⁵ deutlich hervor: Sie wird am stärksten bewertet ($M = 4,26$, Median = 5). Ebenfalls eher positiv fallen Empfehlungen von Ärzt*innen und/oder Psycholog*innen aus ($M = 3,53$, Median = 4). Empfehlungen aus queeren Kontexten und Suchthilfe als Zugangspfade liegen im mittleren bis oberen Bereich ($M = 3,27$), während Social Media vergleichsweise niedriger eingeschätzt wird ($M = 2,39$, Median = 2). Die generelle Empfindung des Zugangs liegt im Durchschnitt ($M = 3,05$, $SD = 1,36$), was darauf hindeutet, dass die Zugänglichkeit in der Stichprobe unterschiedlich wahrgenommen wird.

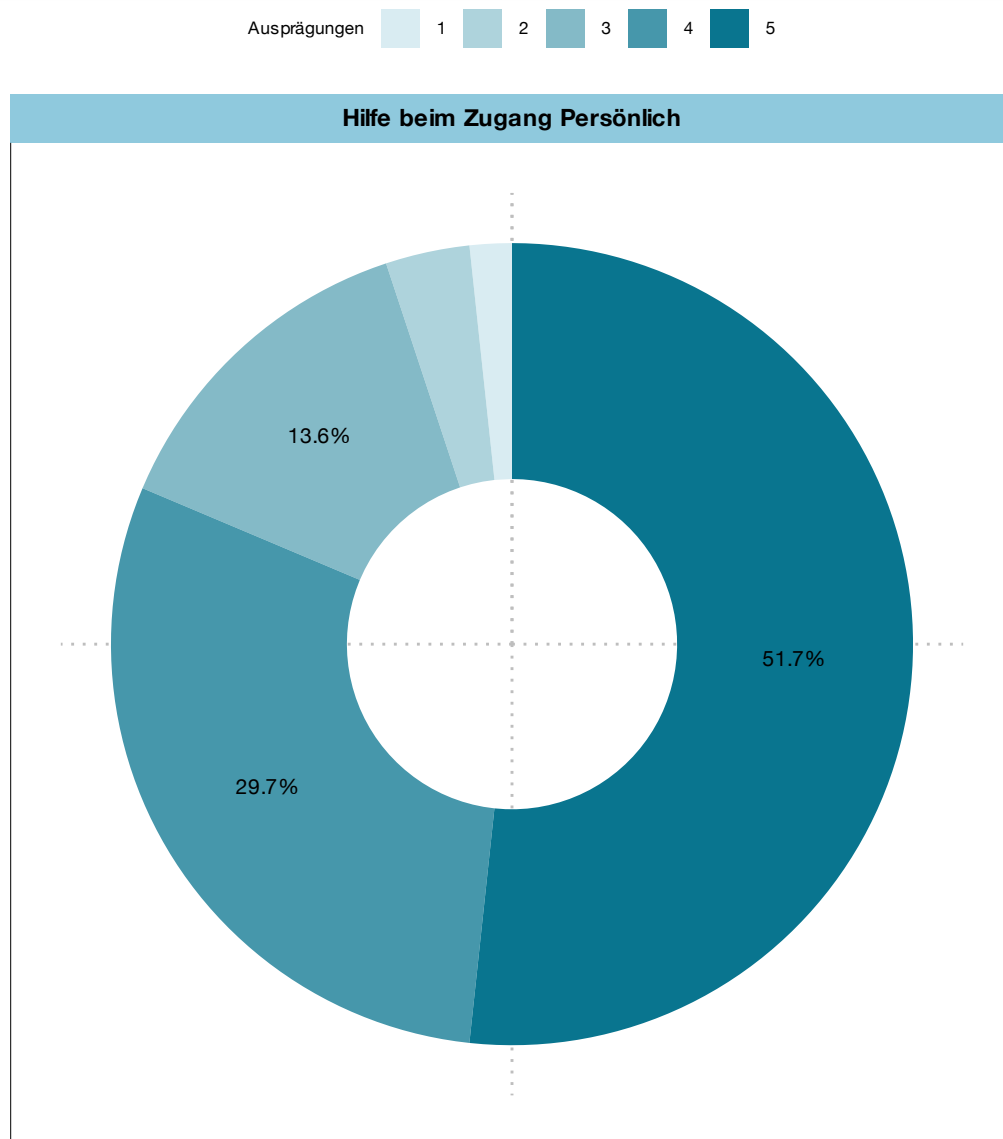


Abbildung 16 Faktoren, die Zugang zu Hilfe erleichtern: persönliche Unterstützung

⁵ Unter „persönlicher Unterstützung“ ist die Empfehlung durch Freund*innen und/oder Familie gemeint.

4.2.2. Weitere deskriptive Kennwerte im Überblick

Eine moderate Bandbreite an Beweggründen für den Substanzkonsum wurde von den Teilnehmenden hinsichtlich der berichteten Konsumgründe ($SD = 2,02$) angegeben.

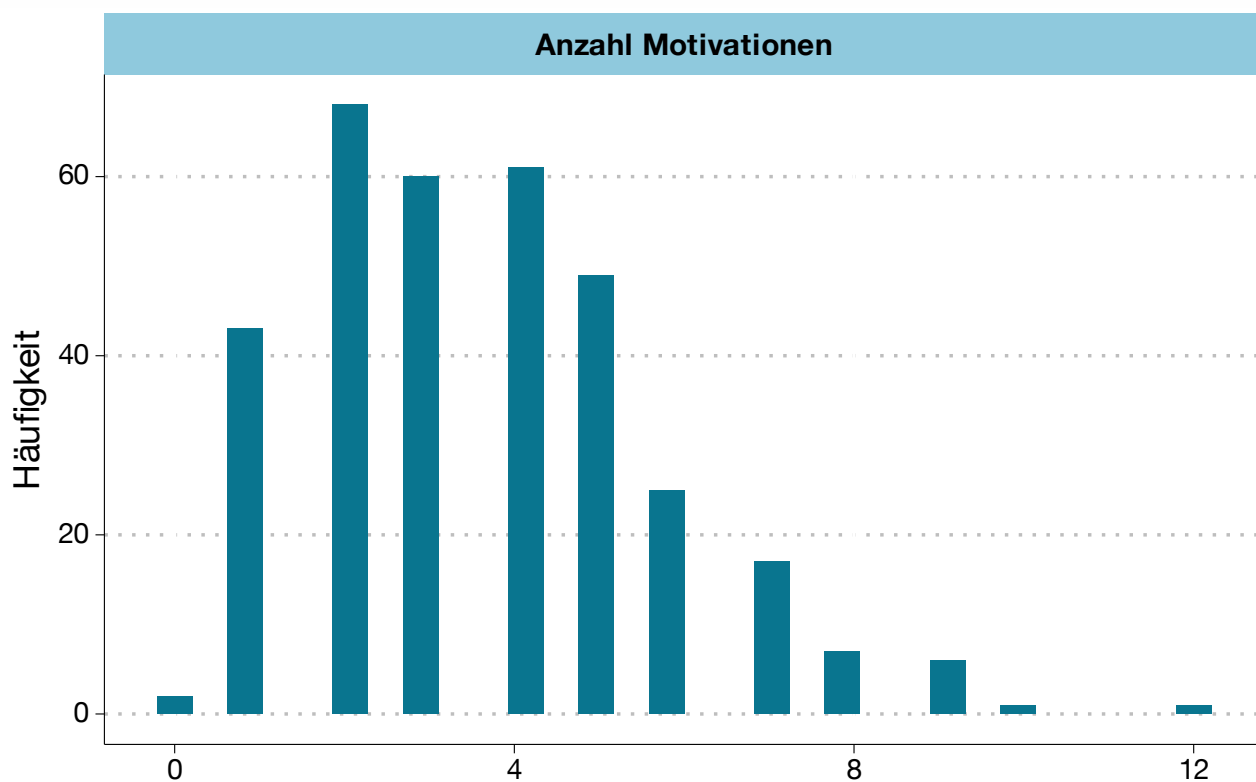


Abbildung 17 Anzahl der berichteten Konsumgründe

Die Befragten berichteten im Durchschnitt über 3,69 konsumierte Substanzen ($SD = 2,21$), was darauf hindeutet, dass sie im mittleren Maße mehr substanzbezogene Konsumerfahrungen hatten und gleichzeitig eine deutliche individuelle Variation aufwiesen.

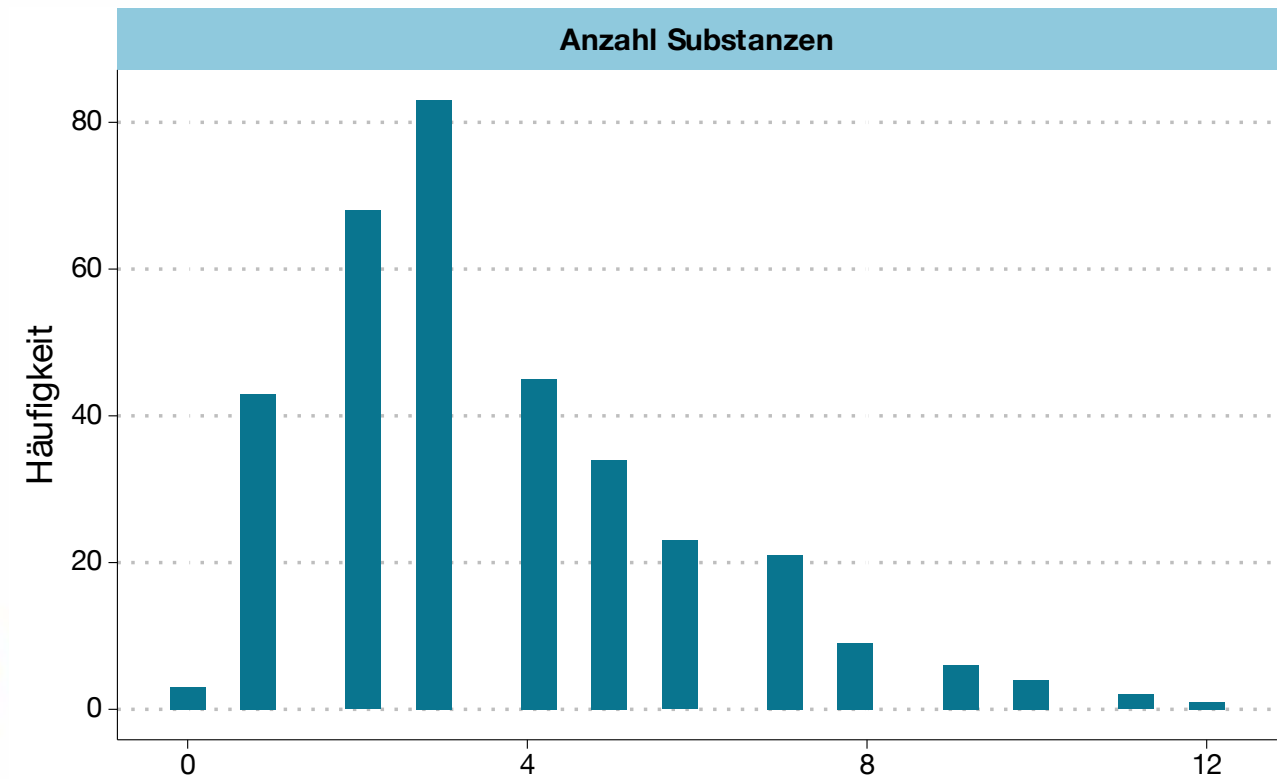


Abbildung 18 Anzahl konsumierter Substanzen

Die Häufigkeit des Substanzkonsums lag im Durchschnitt bei 2,81 (SD = 1,24), wobei eine moderate Ausprägung mit deutlichen Unterschieden innerhalb der Stichprobe zu beobachten war.

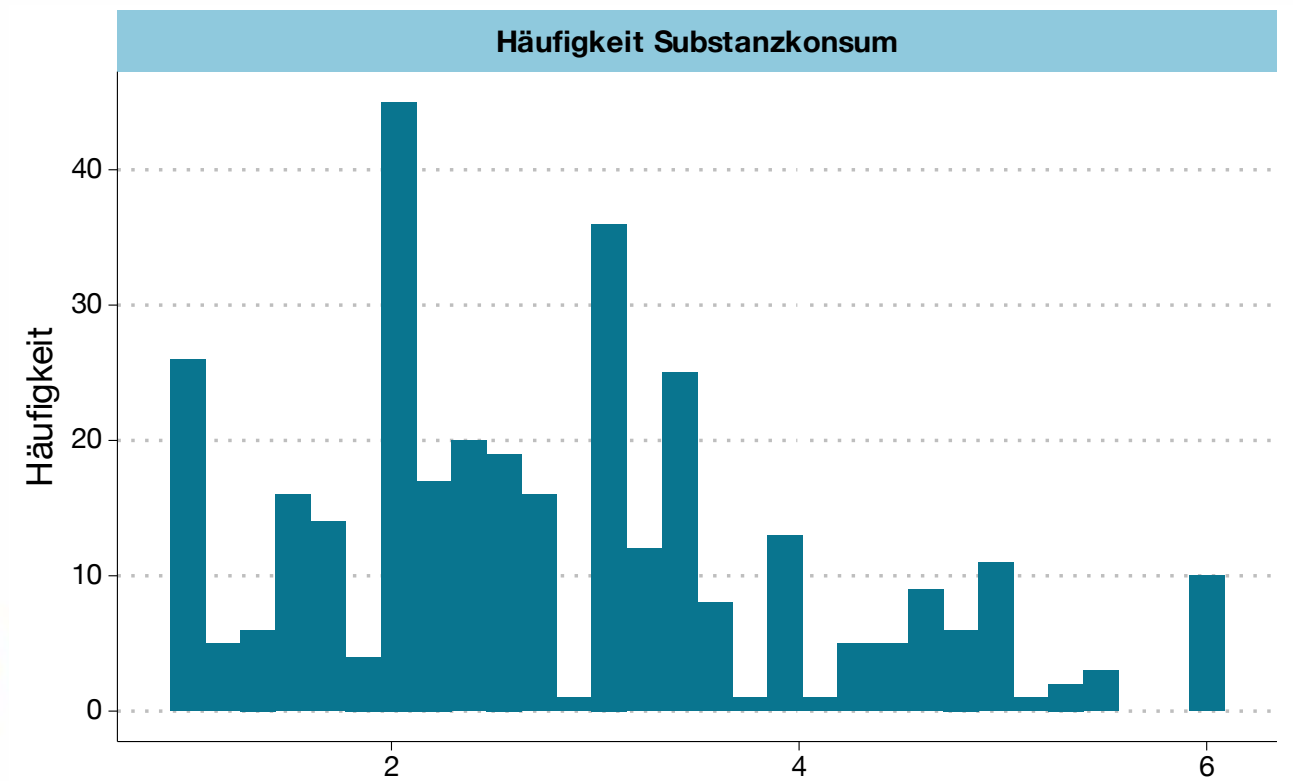


Abbildung 19 Häufigkeit des Substanzkonsums

Im Durchschnitt betrug der subjektiv empfundene Effekt des Konsums von Substanzen auf das eigene Leben 2,16 (SD = 0,79). Der Durchschnittswert von 2,16 liegt knapp über dem Wert 2 auf der genutzten Skala und zeigt, dass die Befragten den Einfluss der Substanzen auf ihr Leben im Durchschnitt als mäßig einschätzen (weder als harmlos noch als stark beeinträchtigend).

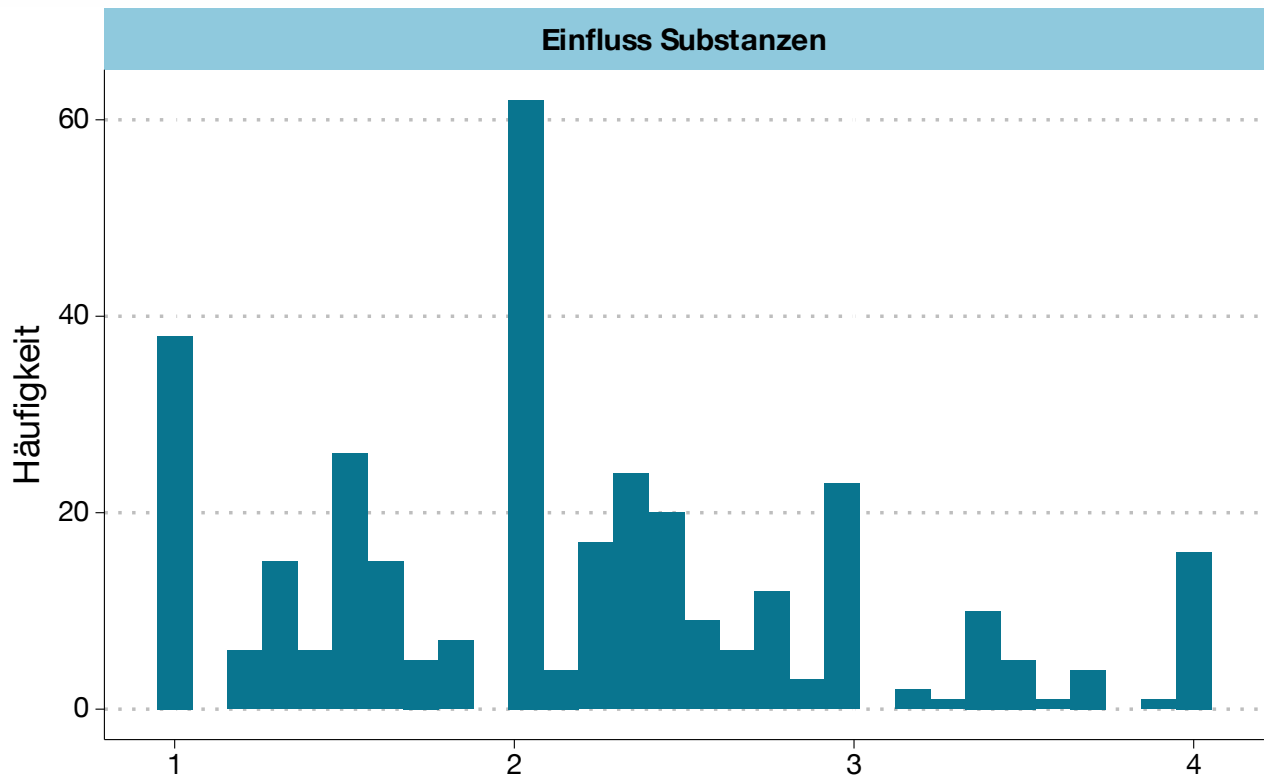


Abbildung 20 subjektiv empfundener Effekt des Konsums

Die durchschnittliche Bewertung der Erfahrungen im Suchthilfesystem lag bei 3,68 (SD = 1,01), sodass die Erfahrungen zwar größtenteils positiv waren, jedoch zwischen den Personen deutlich unterschiedlich.

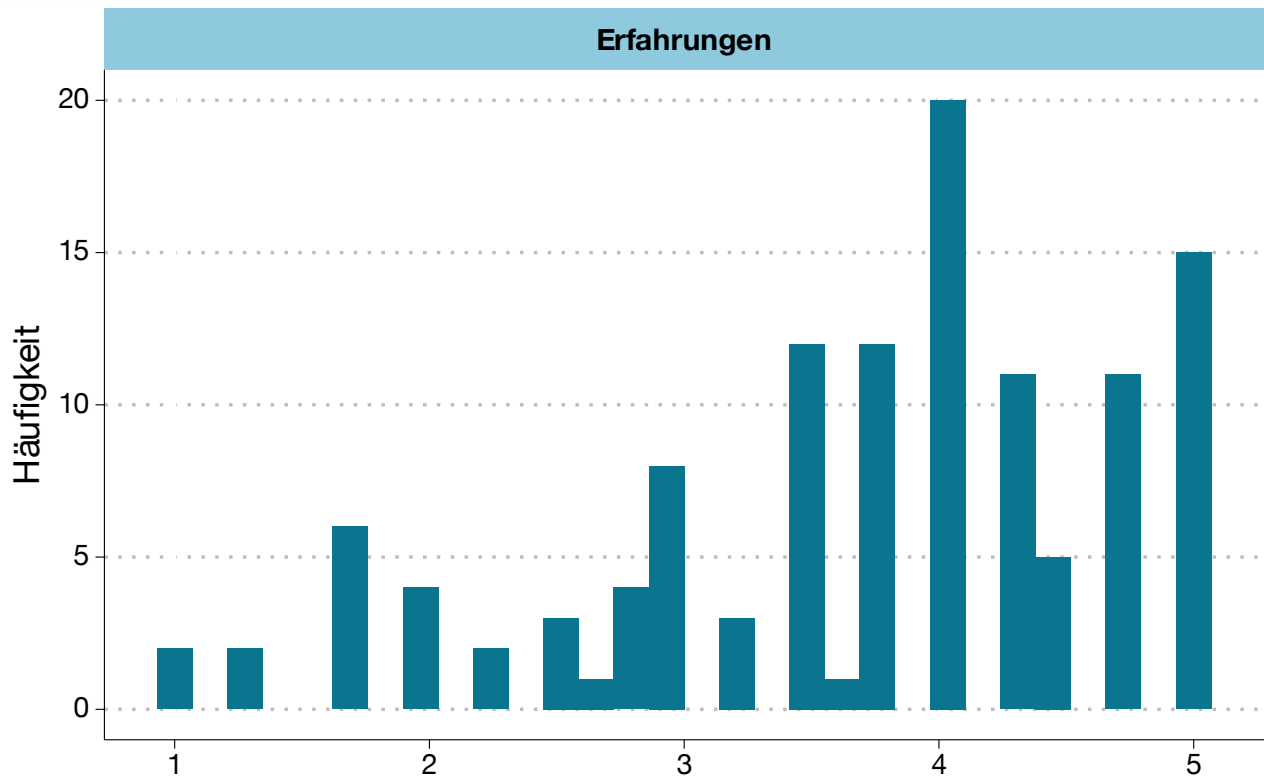


Abbildung 21 Bewertung der Erfahrungen im Suchthilfesystem

Schließlich wurde die wahrgenommene Hilfe beim Zugang zu Angeboten durchschnittlich mit 3,44 eingeschätzt (SD = 0,85), was insgesamt auf eine eher mittlere bis tendenziell höhere Unterstützung beim Zugang schließen lässt.

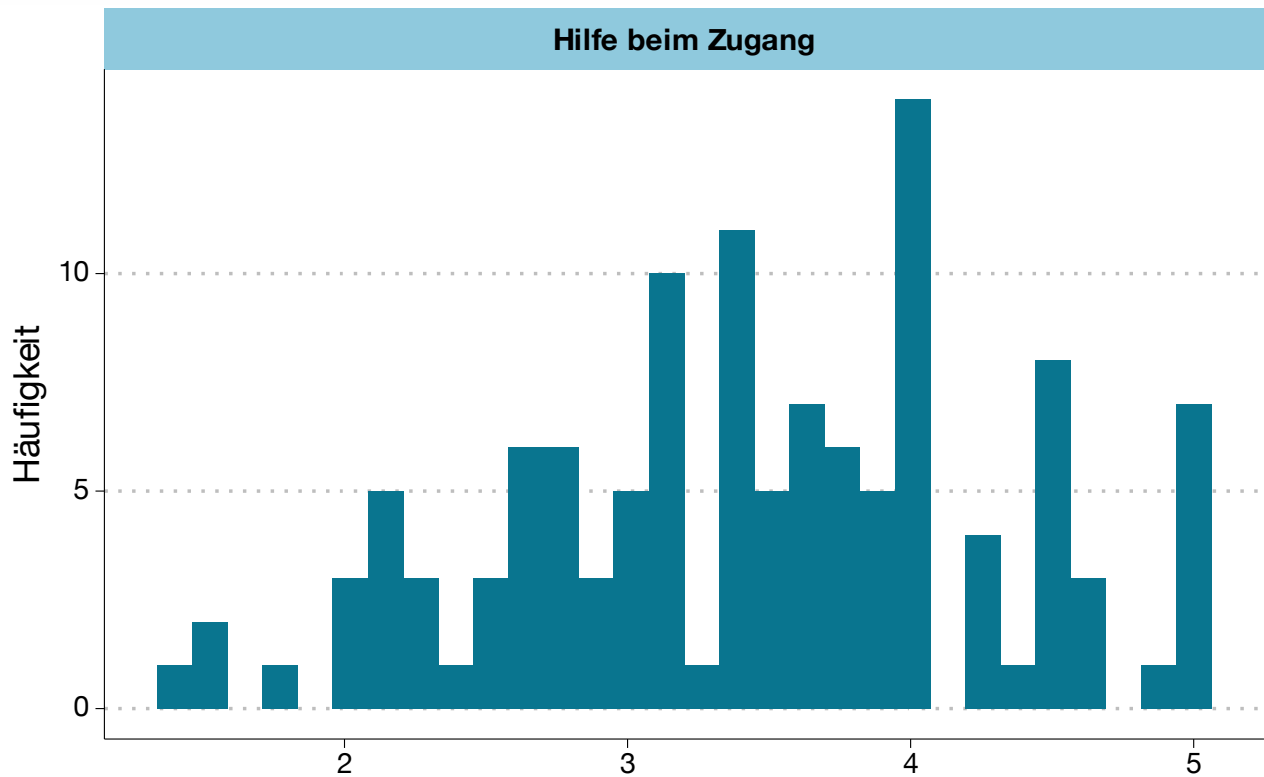


Abbildung 22 Wahrgenommene Hilfe beim Zugang zu Angeboten

4.3. Gruppenvergleich cis vs. TIN*

Ferner wurden die cis- und TIN*-Gruppen hinsichtlich verschiedener Fragen verglichen. Die Verteilung der sexuellen Orientierungen unterscheidet sich signifikant zwischen den Gruppen ($p < 0,001$). Während sich cis-Personen häufiger als gay identifizieren (31,52 % vs. 12,57 %), geben TIN*-Personen häufiger an, queer (15,85 % vs. 9,24 %), pan (7,10 % vs. 2,72 %) oder mixed (8,20 % vs. 2,17 %) zu sein. Bisexuelle Identitäten sind bei TIN*-Personen etwas häufiger vertreten (30,98 % vs. 24,04 %). Heterosexuelle Identitäten spielen in beiden Gruppen eine untergeordnete Rolle (6–8 %).

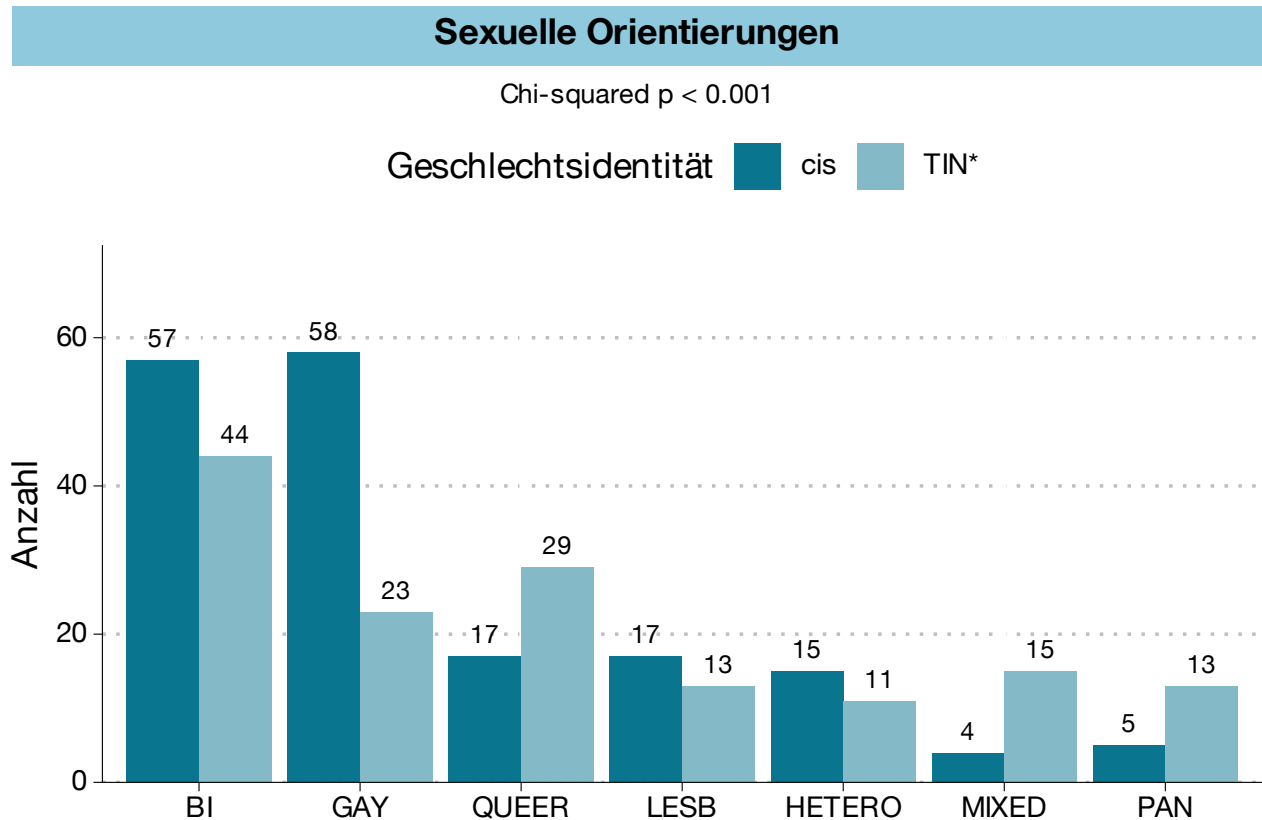


Abbildung 23 Verteilung der sexuellen Orientierungen nach der Geschlechts-Gruppe

Cis-Personen berichten häufiger über MMI (12,02 % vs. 7,07 %), allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant ($p > 0,05$).

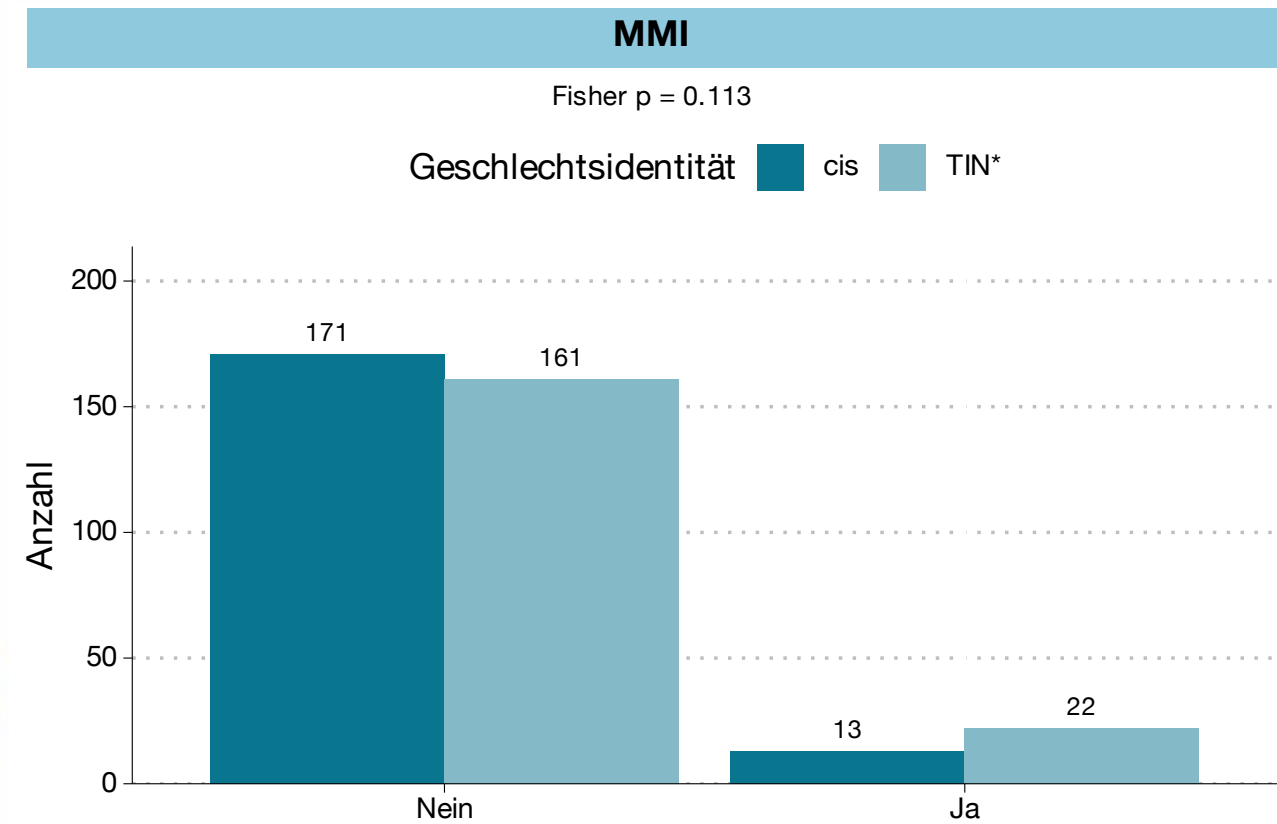


Abbildung 24 Verteilung der MMI nach der Geschlechtsidentität

4.3.1. Als hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung

Bei den als hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung wird Anonymität in beiden Gruppen ähnlich häufig ausgewählt (35,33 % cis vs. 32,24 % TIN*) und auch ähnlich häufig nicht ausgewählt (23,91 % cis vs. 27,32 % TIN*).

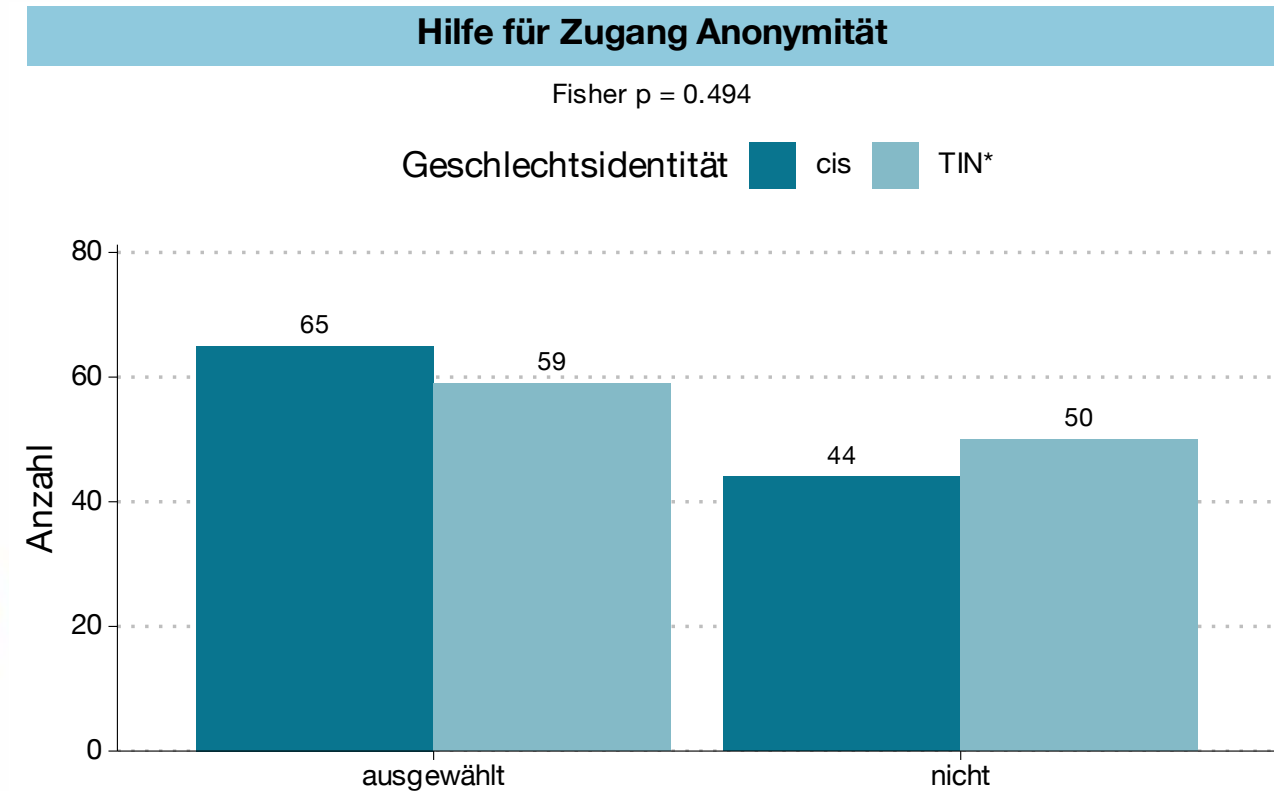


Abbildung 25 Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Anonymität) nach der Geschlechtsidentität

Zugang zu den Informationen wird in der TIN*-Gruppe etwas häufiger ausgewählt (30,05 %) als in der cis-Gruppe (23,37 %); diese Option wird in der cis-Gruppe bei 35,87 % und in der TIN*-Gruppe bei 29,51 % nicht ausgewählt.

Hilfe für Zugang Informationen

Fisher $p = 0.134$

Geschlechtsidentität ■ cis ■ TIN*

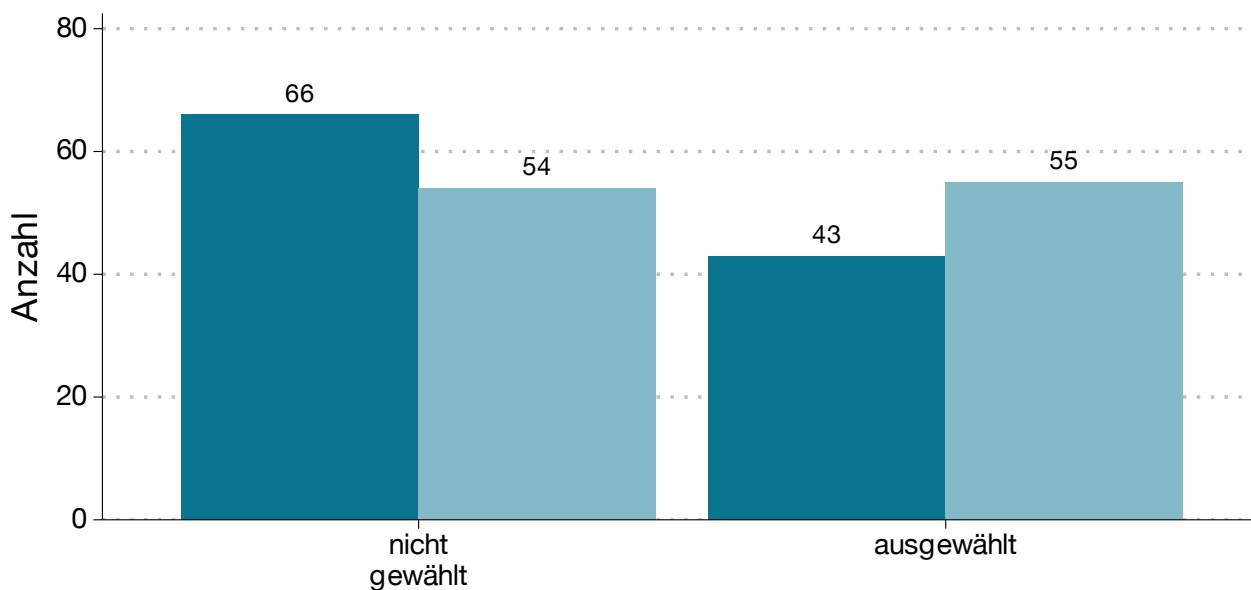


Abbildung 26 Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Informationen) nach der Geschlechtsidentität

Örtliche Nähe kommt in der TIN*-Gruppe (20,22 %) häufiger zum Ausdruck als in der cis-Gruppe (13,59 %), während „nicht gewählt“ in der cis-Gruppe 45,65 % und in der TIN*-Gruppe 39,34 % beträgt. Dasselbe Muster zeigt sich bei queeren Angeboten: 13,59 % cis vs. 20,22 % TIN* (ausgewählt) und 45,65 % cis vs. 39,34 % TIN* (nicht ausgewählt).

Hilfe für Zugang Nähe

Fisher p = 0.0982

Geschlechtsidentität ■ cis ■ TIN*

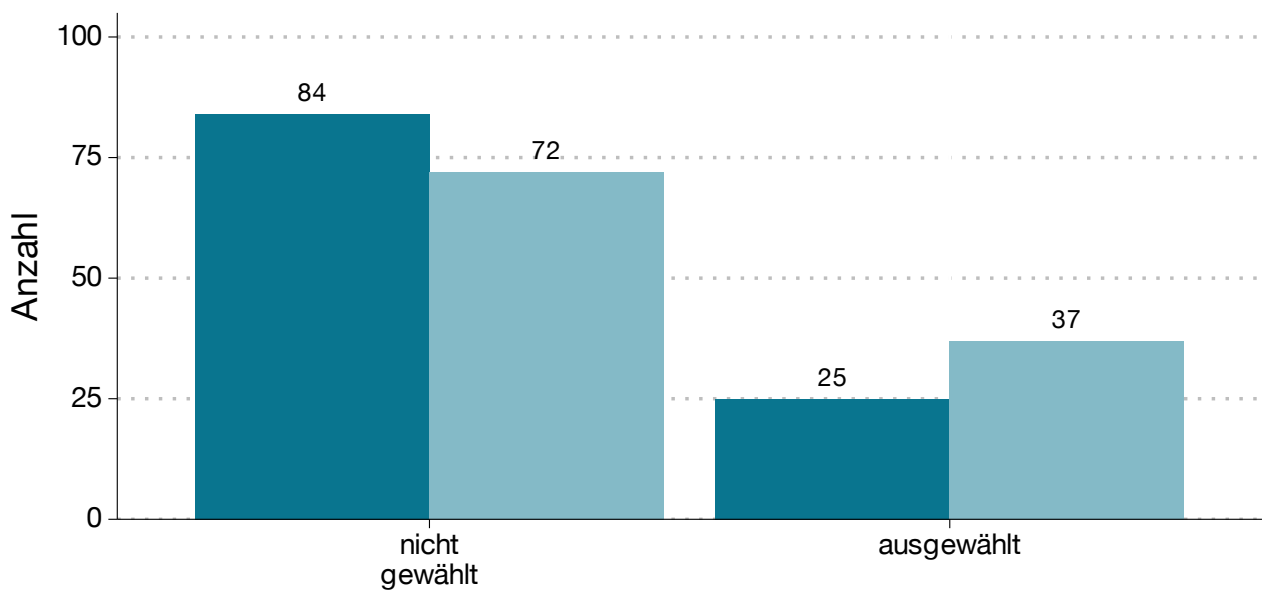


Abbildung 27 Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Nähe) nach der Geschlechtsidentität

Für queere Fachkräfte wird die Option „ausgewählt“ in der TIN*-Gruppe häufiger genannt (24,59 %) als in der cis-Gruppe (17,93 %); „nicht gewählt“ liegt bei 41,30 % in der cis-Gruppe und 34,97 % in der TIN*-Gruppe.

Hilfe für Zugang Queere Angebote

Fisher $p = 0.0982$

Geschlechtsidentität ■ cis ■ TIN*

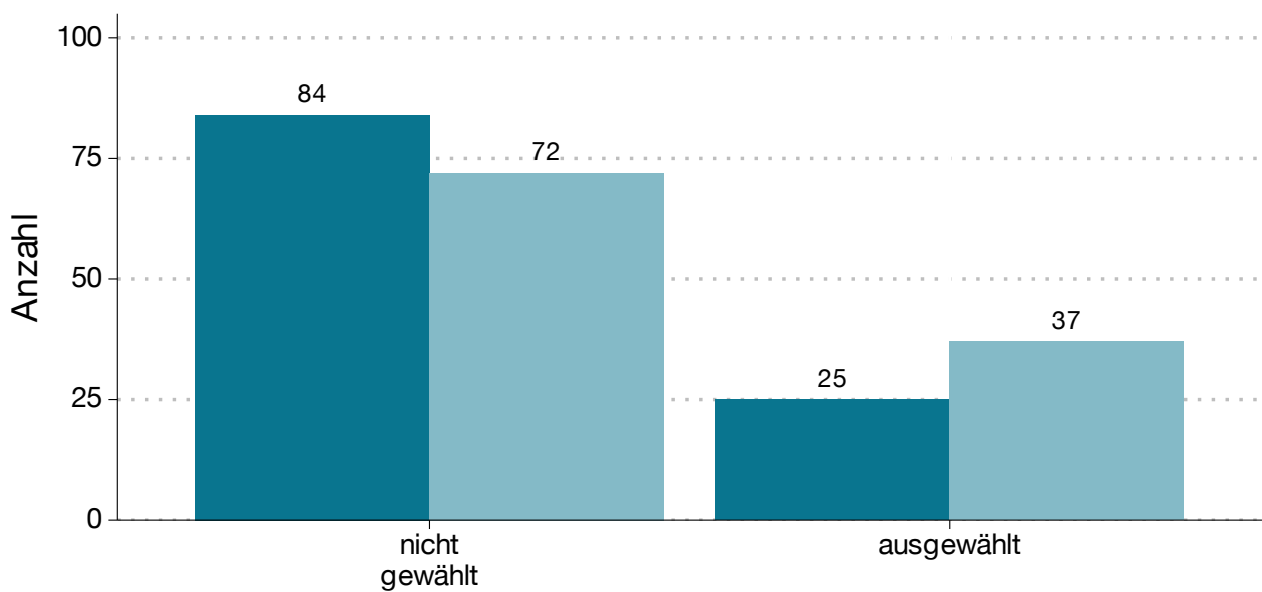


Abbildung 28 Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (queere Fachkräfte) nach der Geschlechtsidentität

Queersensibilität wird ebenfalls etwas häufiger von TIN*-Personen (16,39 %) als von cis-Personen (13,59 %) gewählt; „nicht gewählt“ liegt bei 45,65 % bei cis und 43,17 % bei TIN*. Sonstiges wird in beiden Gruppen ähnlich häufig gewählt (10,87 % bei cis vs. 9,29 % bei TIN*) oder nicht gewählt (48,37 % bei cis vs. 50,27 % bei TIN*).

Hilfe für Zugang Queersensibilität

Fisher p = 0.533

Geschlechtsidentität ■ cis ■ TIN*

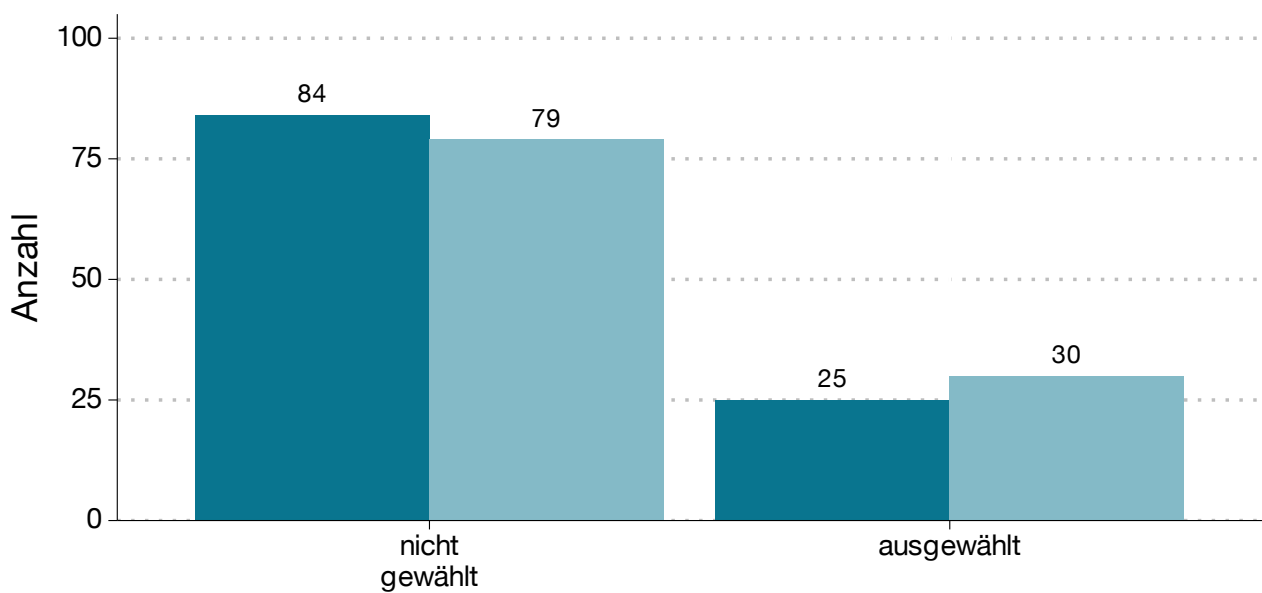


Abbildung 29 Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Queersensibilität) nach der Geschlechtsidentität

Am deutlichsten unterscheiden sich die Gruppen bei der Wertschätzung. Diese wird in der TIN*-Gruppe deutlich häufiger ausgewählt (26,78 %) als in der cis-Gruppe (13,04 %). Umgekehrt wird „Wertschätzung nicht gewählt“ in der cis-Gruppe häufiger angegeben (46,20 %) als in der TIN*-Gruppe (32,79 %).

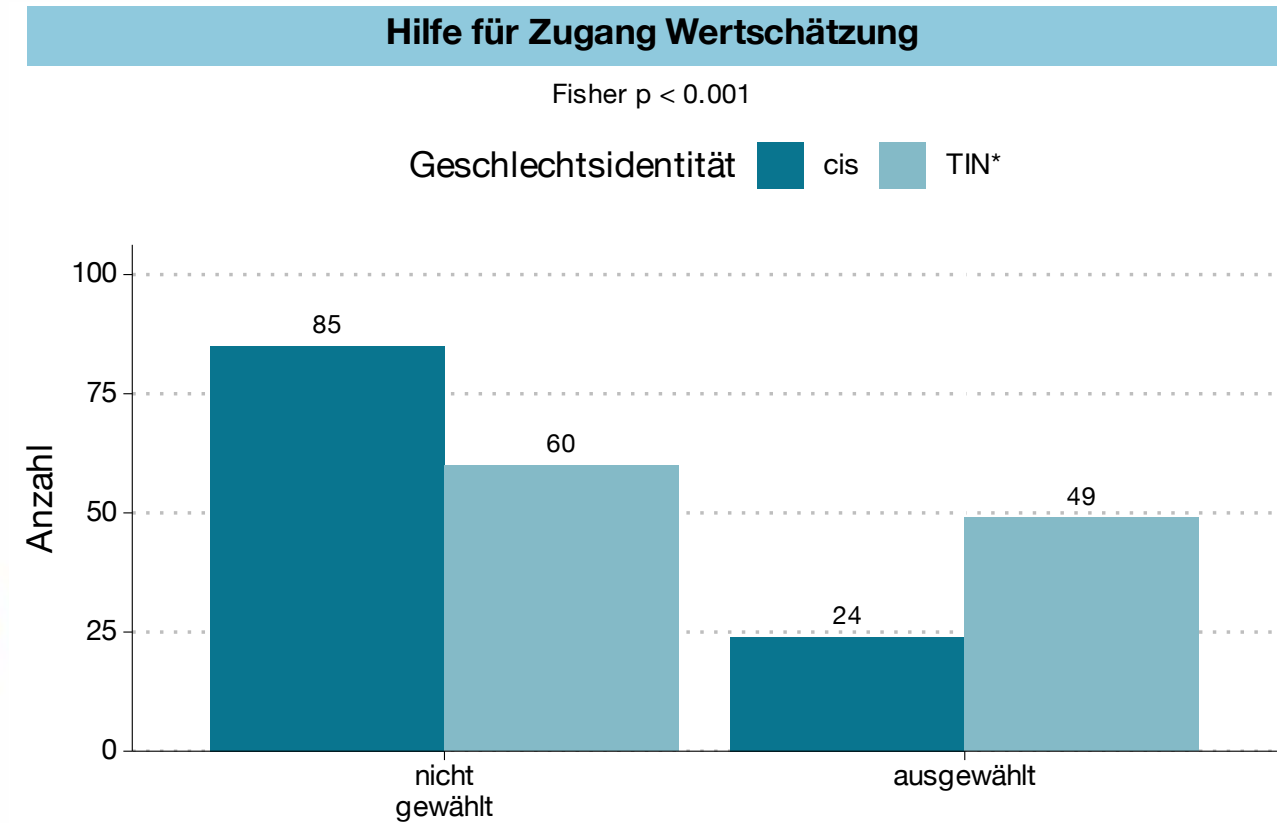


Abbildung 30 Verteilung der hilfreich genannten Faktoren für den Zugang zu Unterstützung (Wertschätzung) nach der Geschlechtsidentität

4.3.2. Hürden

Hinsichtlich der genannten Hürden berichten TIN*-Personen signifikant häufiger (11,48 % vs. 4,35 %), dass Diskriminierung eine Hürde für sie darstellt ($p < 0,05$).

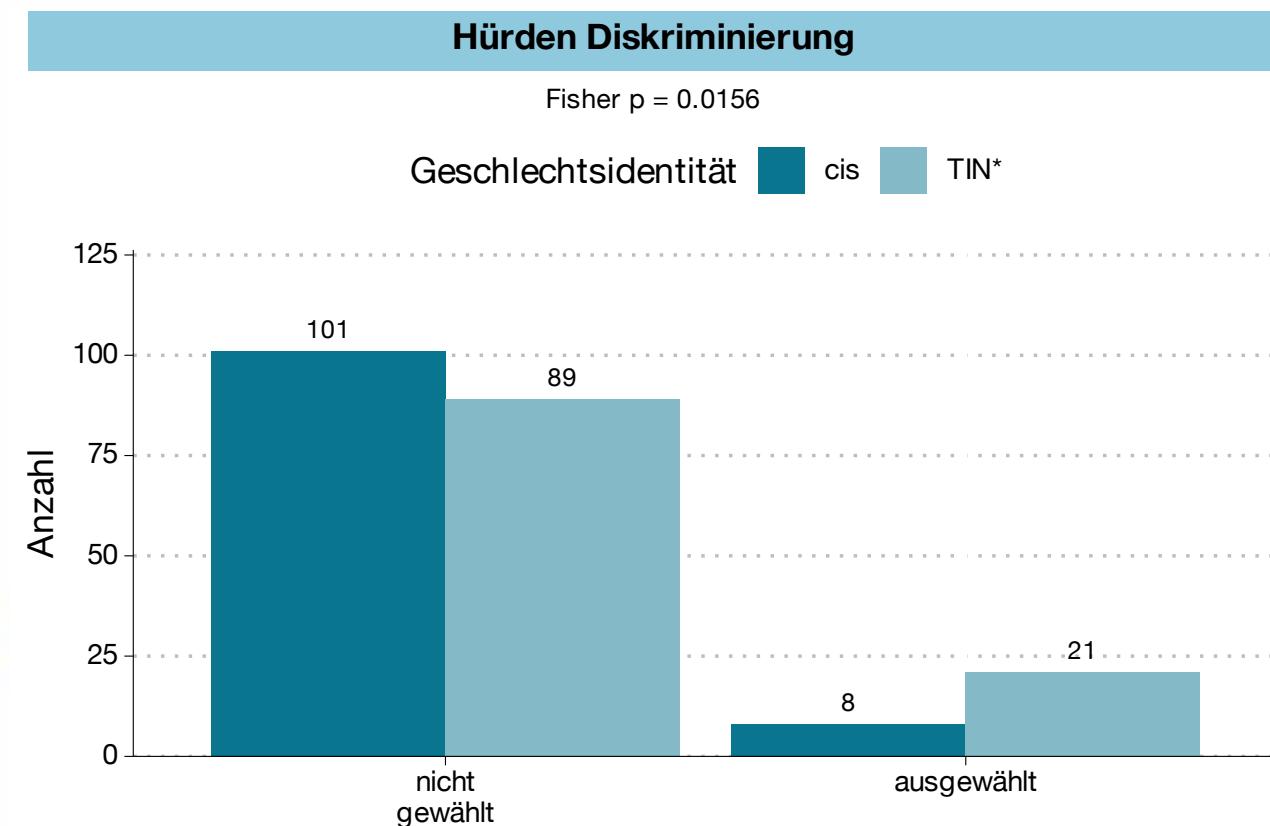


Abbildung 31 Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Diskriminierung) nach der Geschlechtsidentität

Auch die räumliche Distanz zu Angeboten wird von TIN*-Personen häufiger als Barriere genannt (6,01 % vs. 1,09 %, $p < 0,05$). TIN*-Personen geben Geldmangel häufiger als Problem an (5,46 % gegenüber 1,09 %, $p < 0,05$), was möglicherweise auf sozioökonomische Ungleichheiten in dieser Gruppe schließen lässt. 15,30 % der TIN*-Personen (vs. 7,07 % der cis-Personen) geben an, dass physische oder psychische Gründe sie daran hindern, Suchthilfe in Anspruch zu nehmen ($p > 0,05$). Dies könnte mit höheren Belastungen durch Diskriminierung oder mangelnde Passung zusammenhängen. Cis-Personen äußern häufiger, keinen Bedarf an Suchthilfe zu sehen (38,59 % vs. 31,69 %).

Hürden Entfernung

Fisher $p = 0.0188$

Geschlechtsidentität ■ cis ■ TIN*

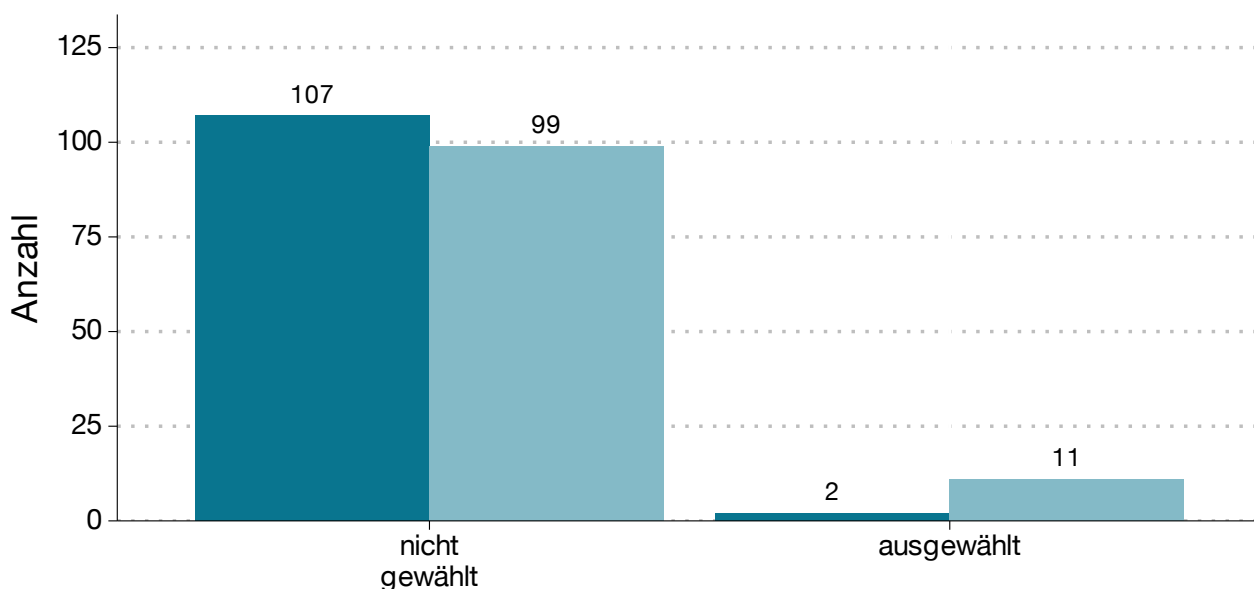


Abbildung 32 Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Entfernung) nach der Geschlechtsidentität

Bei Queersensibilität, Scham und Informationszugang zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($p > 0,05$). Allerdings wird Queersensibilität von TIN*-Personen tendenziell häufiger als wichtig erachtet (9,29 % vs. 5,98 %), was die Bedeutung inklusiver Angebote unterstreicht. Zeitmangel wird von TIN*-Personen etwas häufiger genannt (15,85 % vs. 9,78 %), allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant ($p > 0,05$). Ähnlich verhält es sich mit sonstigen Hürden (6,01 % vs. 2,72 %, $p > 0,05$), die ebenfalls keine klaren Gruppenunterschiede aufweisen.

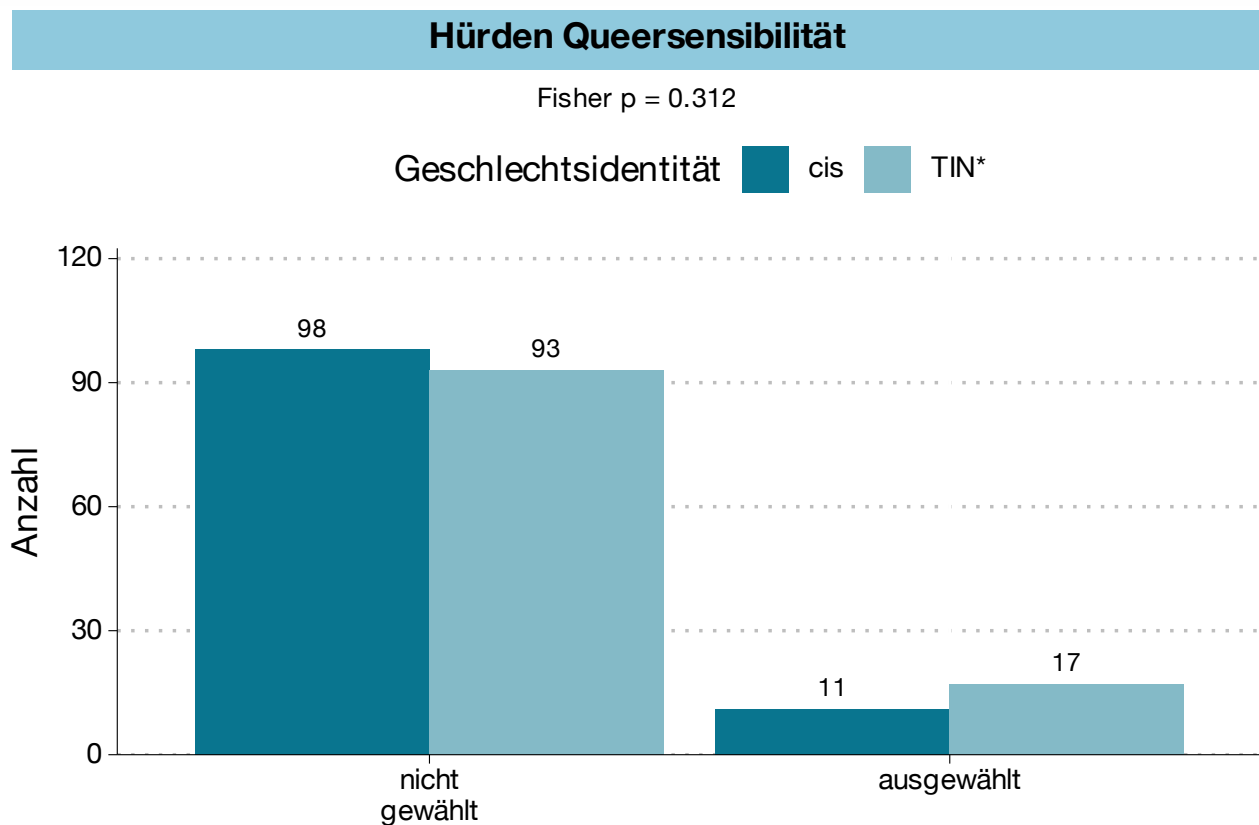


Abbildung 33 Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Queersensibilität) nach der Geschlechtsidentität

4.3.3. Motivation

TIN*-Personen nennen signifikant häufiger (18,03 % vs. 5,43 %, $p < 0,001$) Substanzkonsum, um Abwertungserfahrungen aufgrund der Geschlechtsidentität und/oder sexuellen Orientierung zu bewältigen. Belastung ist das häufigste Konsummotiv bei TIN*-Personen (62,84 % vs. 46,74 %, $p < 0,05$). 11,48 % der TIN*-Personen (vs. 2,72 % der cis-Personen) geben an, dass Benachteiligung ein Grund für ihren Konsum ist ($p < 0,001$). TIN*-Personen konsumieren aufgrund von psychischen oder körperlichen Erkrankungen signifikant häufiger (56,83 % vs. 31,52 %, $p < 0,001$).

Motivation Abwertung

Fisher $p < 0.001$

Geschlechtsidentität ■ cis ■ TIN*

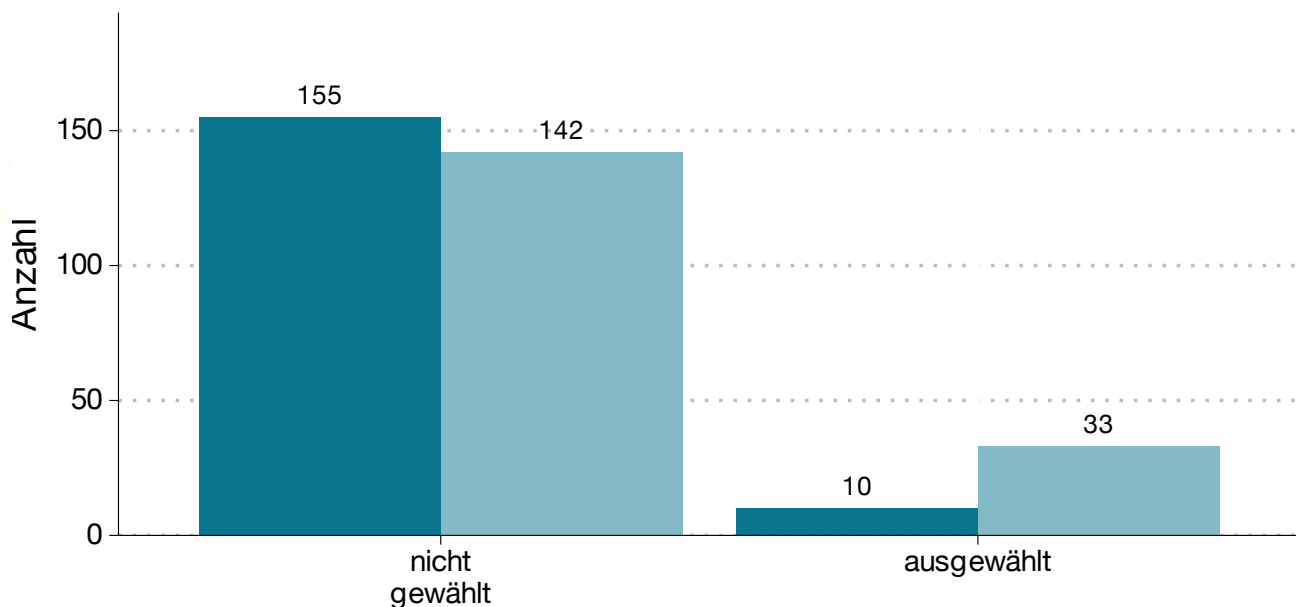


Abbildung 34 Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Abwertungserfahrungen) nach der Geschlechtsidentität

Cis-Personen nennen häufiger (57,07 % vs. 51,37 %) Gemeinschaft als Konsummotiv, allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant ($p > 0,05$). Beide Gruppen scheinen ähnlich oft Substanzen in sozialen Kontexten zu konsumieren. TIN*-Personen geben häufiger an, aus Neugier zu konsumieren (54,35 % vs. 44,26 %, $p < 0,01$). Der Konsum im sexuellen Kontext wird von TIN*-Personen häufiger genannt (35,87 % vs. 25,68 %, $p < 0,05$). TIN*-Personen nennen häufiger „sonstige Motive“ (12,57 % vs. 5,43 %, $p < 0,05$). Dieses Motiv wird selten genannt (2–3 %) und zeigt keine signifikanten Unterschiede ($p > 0,05$), sodass es für beide Gruppen eine untergeordnete Rolle spielt. Bei diesen Motiven gibt es keine signifikanten Unterschiede ($p > 0,05$).

Motivation Gemeinschaft

Fisher $p = 0.0779$

Geschlechtsidentität ■ cis ■ TIN*

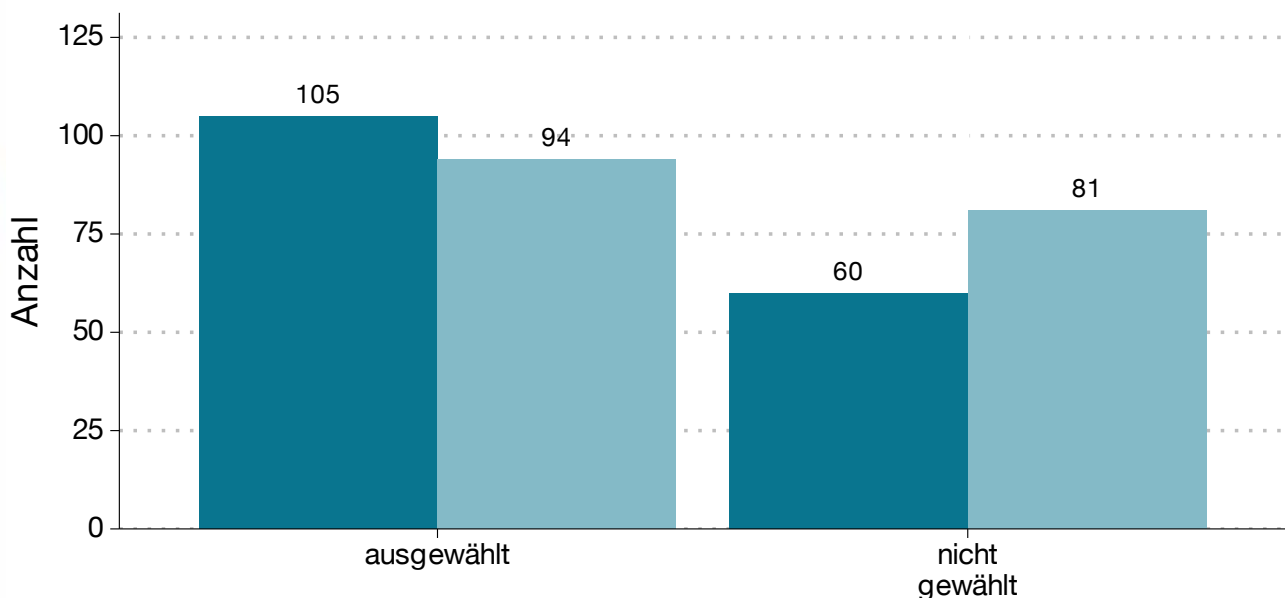


Abbildung 35 Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Gemeinschaft) nach der Geschlechtsidentität

4.3.4. Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten

Die Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten weist keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf ($p > 0,05$). Sowohl cis- als auch TIN*-Personen nutzen die Angebote ähnlich häufig (ca. 30–36 %).

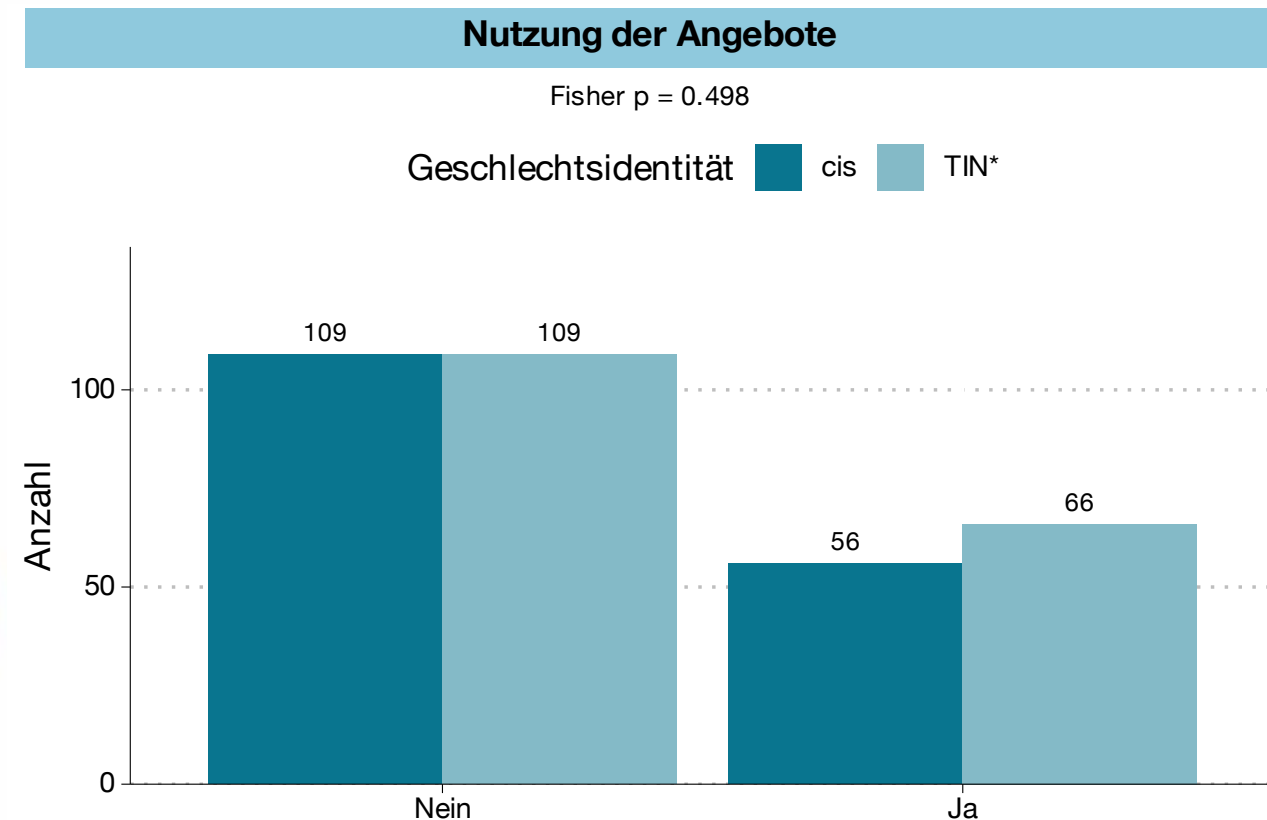


Abbildung 36 Verteilung der genannten Hürden für den Zugang zu Unterstützung (Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten) nach der Geschlechtsidentität

4.3.5. Substanzkonsum

Der Anteil der Personen mit aktuellem Substanzkonsum ist bei cis-Personen leicht höher (63,04 % vs. 60,11 %), allerdings ist dieser Unterschied nicht besonders ausgeprägt. TIN*-Personen geben signifikant häufiger an, in der Vergangenheit Substanzen konsumiert zu haben (35,52 % vs. 26,63 %). Cis-Personen geben häufiger an, nie Substanzen konsumiert zu haben (10,33 % vs. 4,37 %).

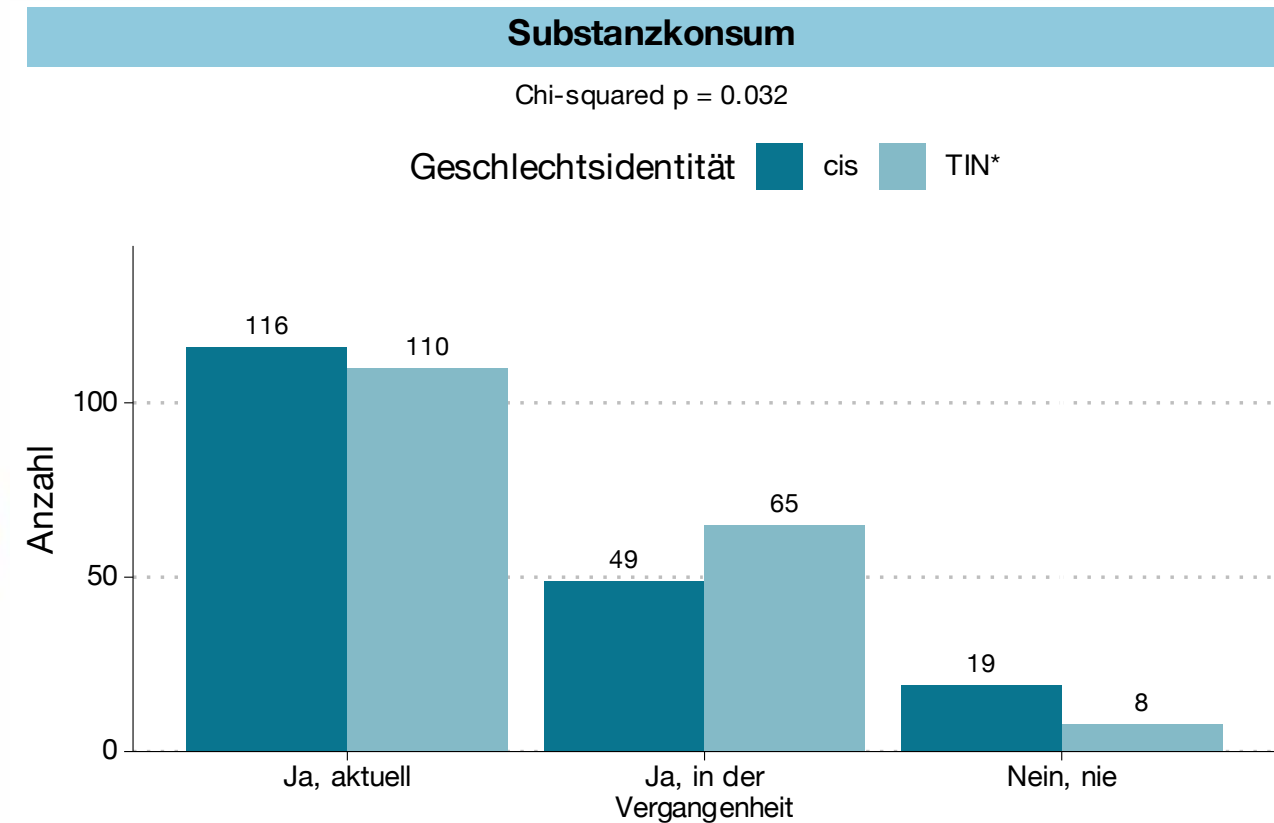


Abbildung 37 Anteil der Personen mit aktuellem Substanzkonsum

Alkohol und Nikotin werden von beiden Gruppen ähnlich häufig konsumiert ($p > 0,05$), was ihre hohe Verbreitung als gesellschaftlich stark verbreitete Substanzen in queeren Communities bestätigt.

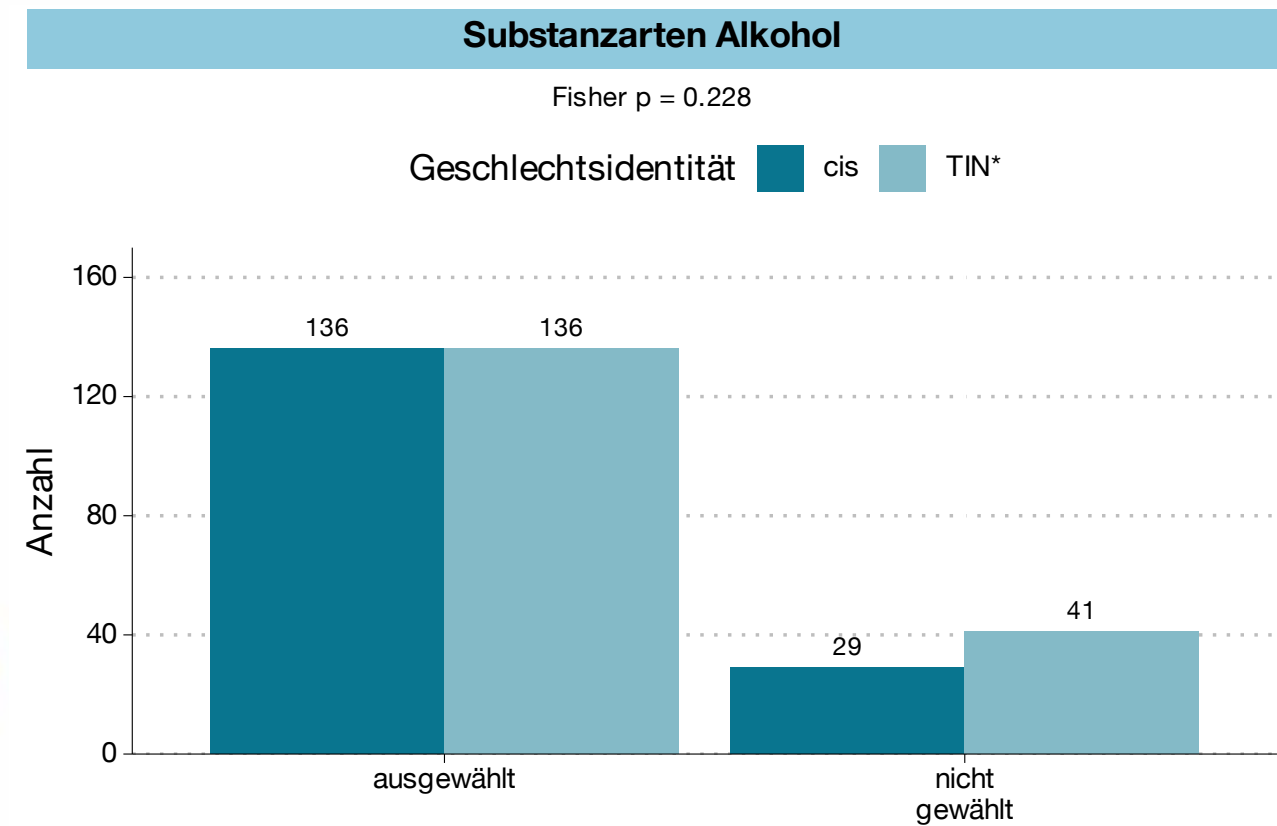


Abbildung 38 Anteil der Personen mit aktuellem Substanzkonsum: Alkohol

Cannabis wird von cis-Personen häufiger konsumiert (61,20 % vs. 47,28 %, $p < 0,05$), während TIN*-Personen häufiger zu Crystal Meth (12,50 % vs. 6,01 %, $p < 0,05$), Ecstasy (32,07 % vs. 22,40 %, $p < 0,05$), GHB/GBL (14,67 % vs. 4,92 %, $p < 0,001$) und Ketamin (22,28 % vs. 14,21 %, $p < 0,05$) greifen. Medikamente werden von cis-Personen häufiger konsumiert (32,24 % vs. 19,57 %, $p < 0,05$). Heroin wird tendenziell häufiger von cis-Personen konsumiert (6,01 % vs. 1,63 %), allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant ($p = 0,05$). „Sonstige Substanzen“ werden von TIN*-Personen häufiger genannt (19,02 % vs. 8,74 %, $p < 0,001$).

Substanzarten Cannabis

Fisher $p = 0.0495$

Geschlechtsidentität ■ cis ■ TIN*

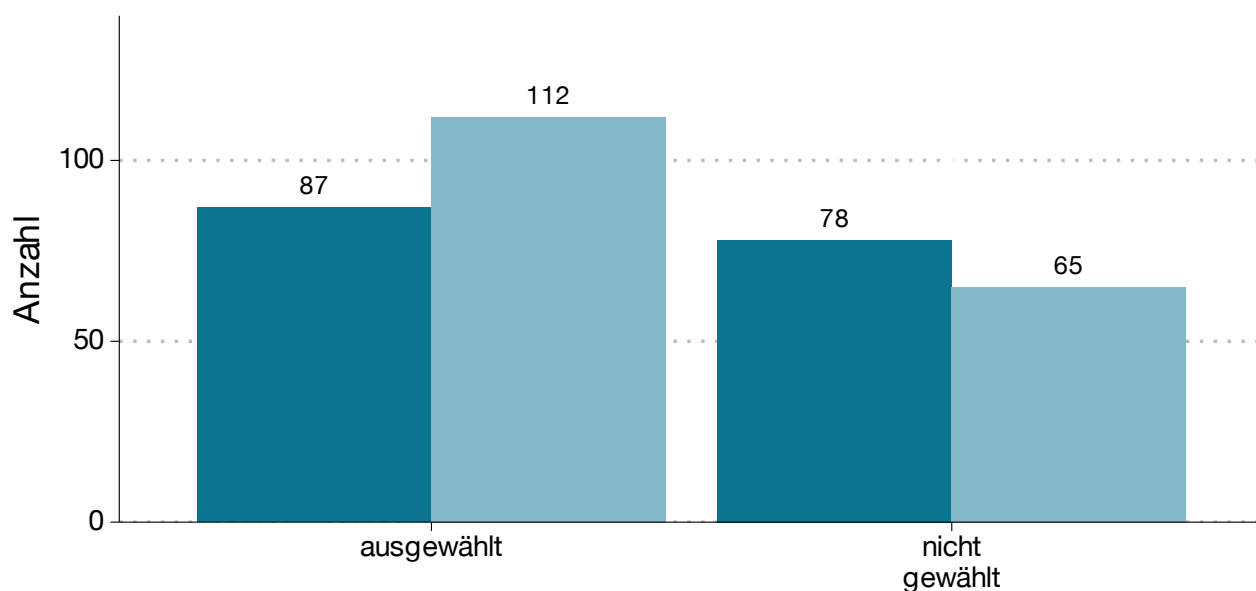


Abbildung 39 Anteil der Personen mit aktuellem Substanzkonsum: Cannabis

4.3.6. Deskriptive Statistiken metrischer Variablen nach Geschlechtsidentität

Um Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen in den zentralen Variablen der Studie zu analysieren, wurden die metrischen Skalen nach der Geschlechtsidentität (cis vs. TIN*) verglichen. Die folgende Tabelle fasst die Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane sowie die Signifikanztests (t-Test und Rangtest) für die beiden Gruppen zusammen. Die Ergebnisse zeigen, in welchen Bereichen sich die Gruppen statistisch signifikant unterscheiden und wo keine nennenswerten Differenzen bestehen. Cis-Personen sind im Durchschnitt signifikant älter ($M = 33,37$ Jahre) als TIN*-Personen ($M = 30,03$ Jahre). Dieser Unterschied ist sowohl im t-Test ($p < 0,05$) als auch im Rangtest ($p < 0,001$) statistisch signifikant. Dies könnte darauf hindeuten, dass jüngere queere Menschen sich eher als TIN* identifizieren oder ältere cis-Personen in der Stichprobe überrepräsentiert sind.

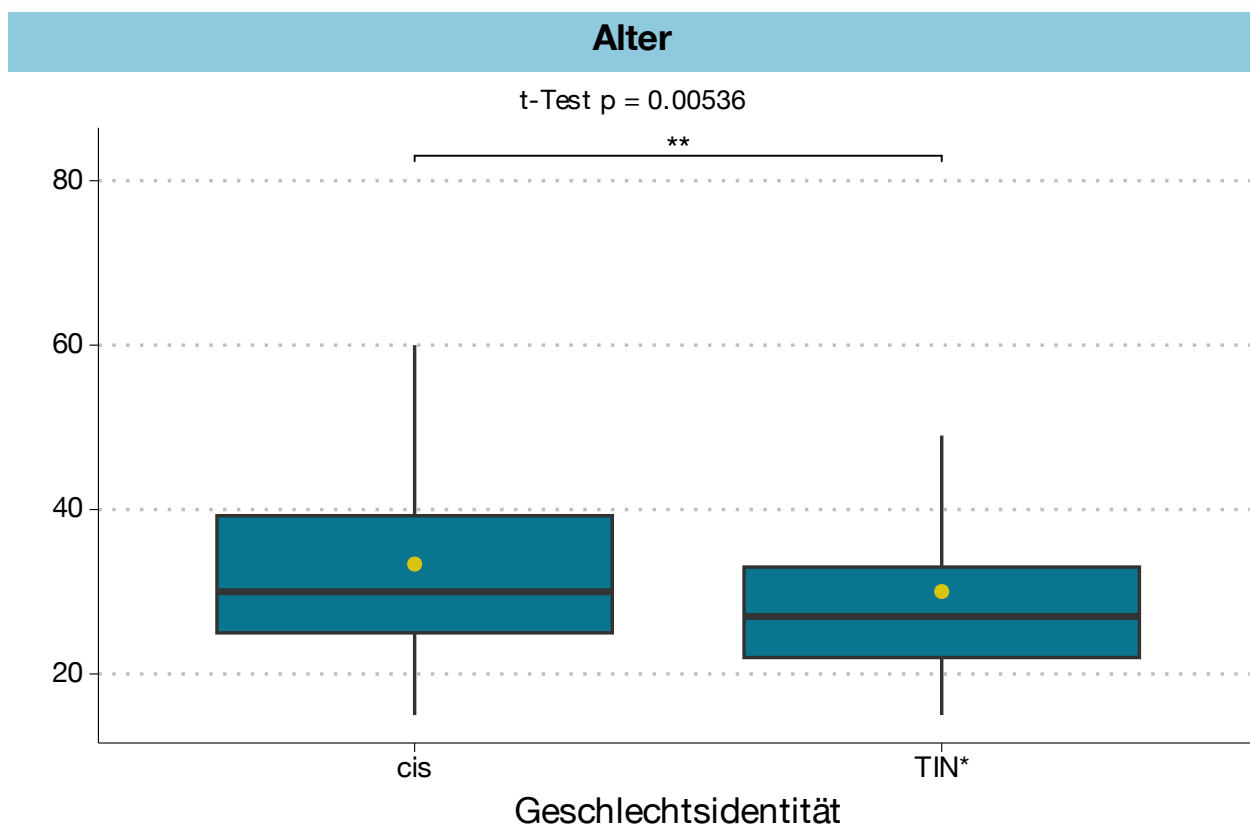


Abbildung 40 Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich des Alters

Bei der Anzahl der Motivationen für den Substanzkonsum zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($p > 0,05$). Beide Gruppen nennen im Schnitt 3,6 bis 3,7 Motive für ihren Substanzkonsum. Anzahl der konsumierten Substanzen: TIN*-Personen berichten tendenziell von einem etwas höheren Substanzkonsum ($M = 3,88$ vs. $3,51$), allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant ($p > 0,05$). Die Standardabweichungen sind in beiden Gruppen ähnlich, was auf eine hohe Variabilität innerhalb der Gruppen hinweist.

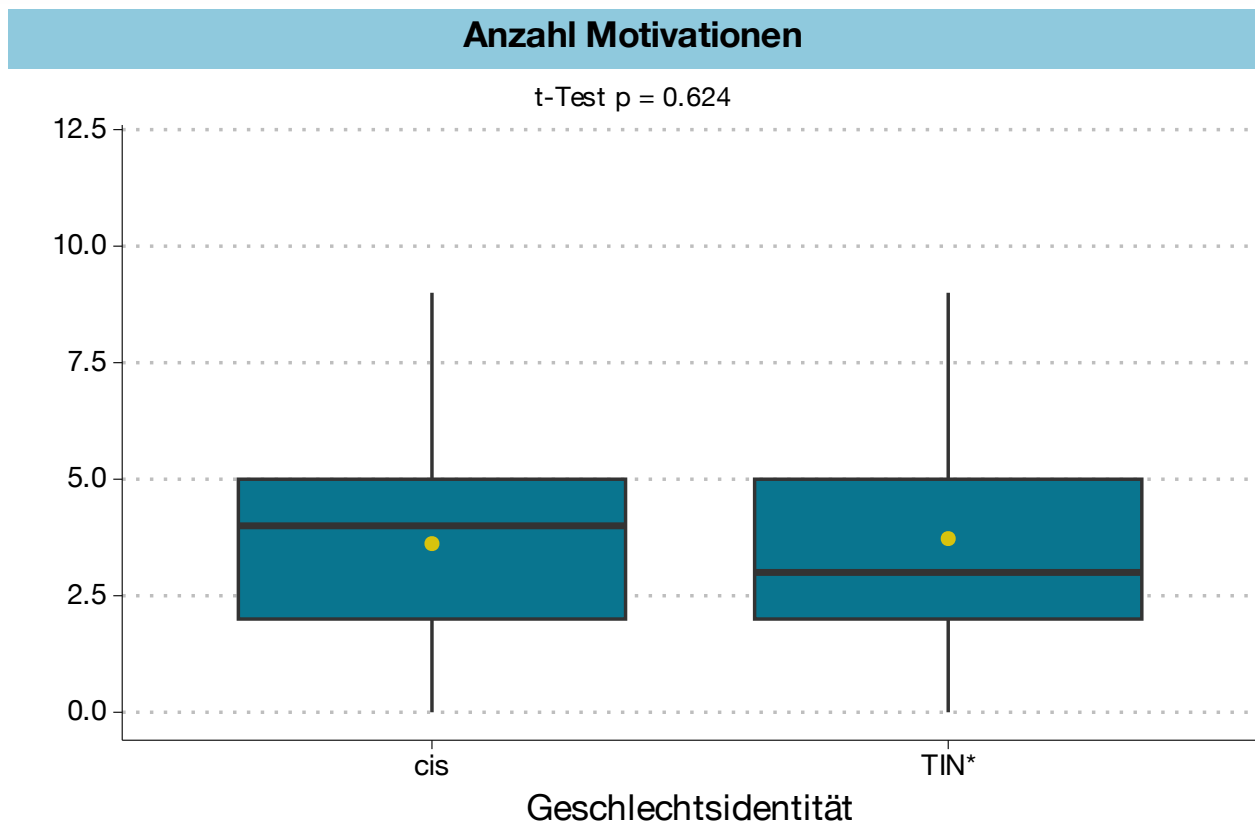


Abbildung 41 Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich der Anzahl der Motivationen

Hinsichtlich des subjektiv wahrgenommenen Einflusses der Substanzen gibt es keine signifikanten Unterschiede ($p > 0,05$). Beide Gruppen schätzen den Einfluss der Substanzen auf ihr Leben gleich ein ($M \sim 2,1-2,2$ auf einer 5-stufigen Skala).

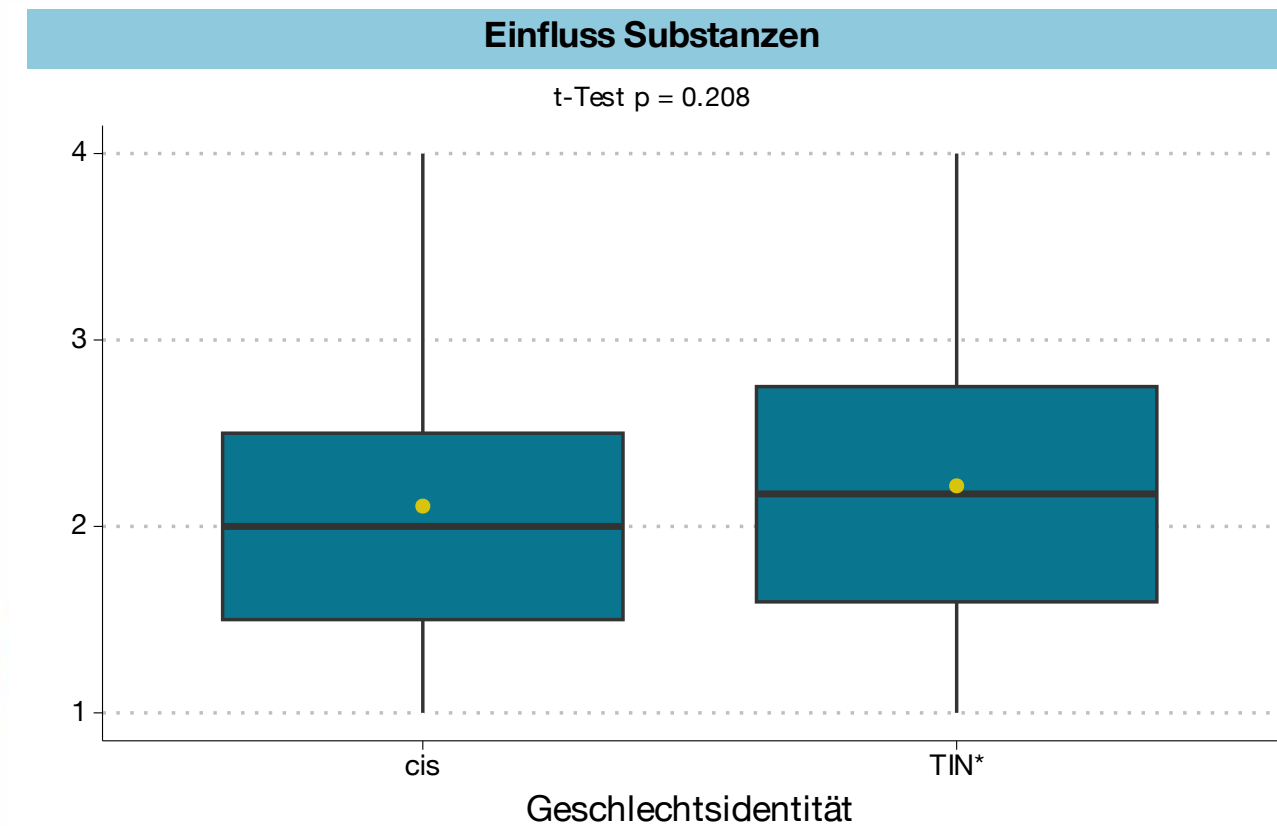


Abbildung 42 Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich des subjektiv wahrgenommenen Einflusses

Die Bewertung der Erfahrungen mit Suchthilfeangeboten ist in beiden Gruppen nahezu identisch ($M = 3,67$ vs. $3,70$), und die Unterschiede sind nicht signifikant ($p > 0,05$). Dies deutet darauf hin, dass die Zufriedenheit mit den Angeboten unabhängig von der Geschlechtsidentität ist.

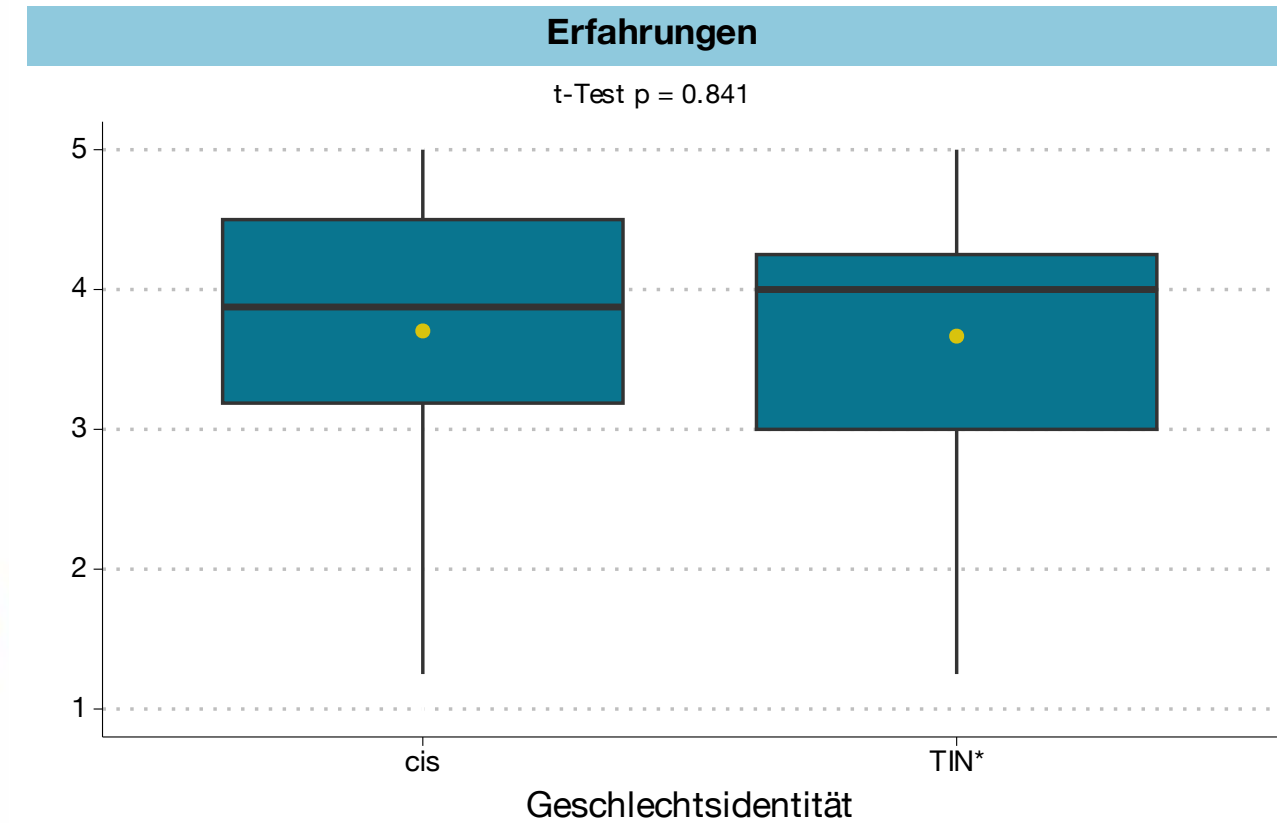


Abbildung 43 Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich der Bewertung der Erfahrungen

Ein signifikanter Unterschied zeigt sich bei der Häufigkeit des Substanzkonsums: cis-Personen konsumieren seltener ($M = 2,58$) als TIN*-Personen ($M = 3,03$). Dieser Unterschied ist sowohl im t-Test ($p < 0,001$) als auch im Rangtest ($p < 0,001$) signifikant. Allerdings ist die Standardabweichung bei TIN*-Personen höher ($SD = 1,36$ vs. $1,04$), was auf eine größere Variabilität in dieser Gruppe hindeutet.

Häufigkeit Substanzkonsum

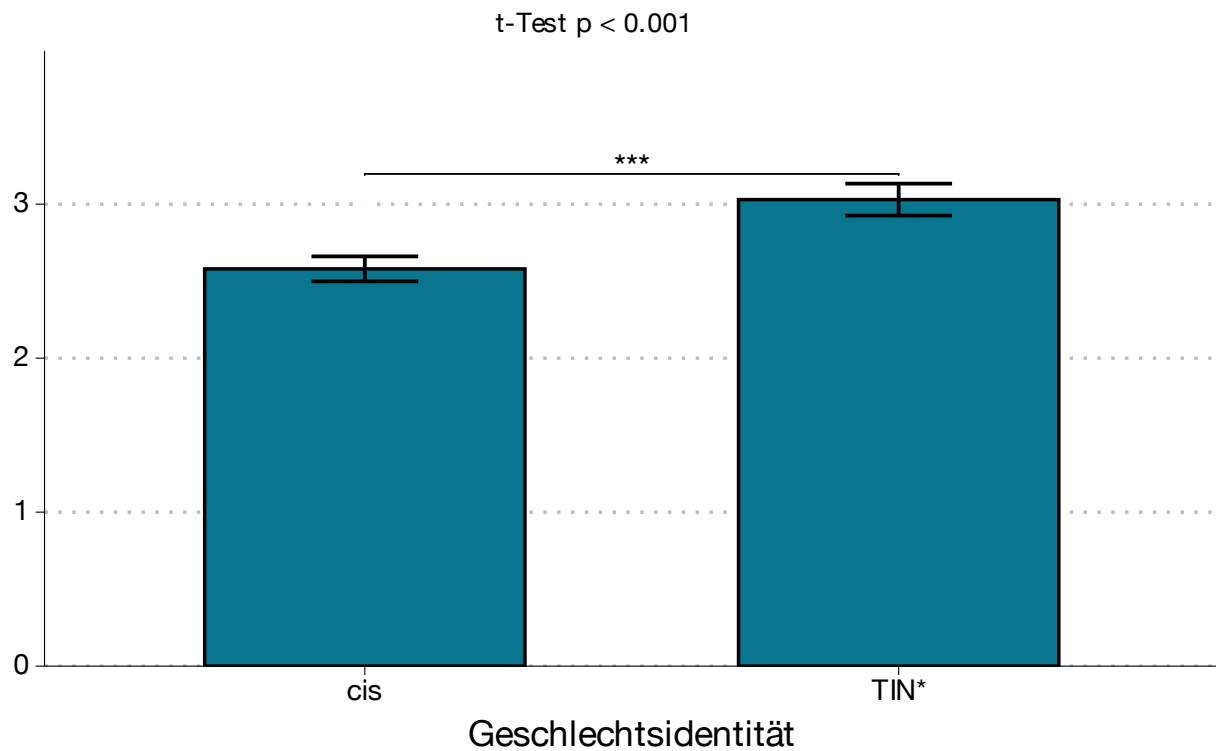


Abbildung 44 Unterschiede zwischen cis- und TIN*-Personen hinsichtlich der Häufigkeit des Substanzkonsums

4.3.7. Explorative Analysen: signifikante Zusammenhänge (Korrelationen)

Im Rahmen der explorativen Analysen wurden bivariate Zusammenhänge zwischen den zentralen Variablen berechnet. Berichtet werden hier ausschließlich signifikante Korrelationen ($p < 0,05$), inklusive der Richtung und der Stärke des Zusammenhangs.

Zwischen der Anzahl der genannten Substanzen und der Anzahl der Motivationen besteht ein moderater positiver Zusammenhang ($r^6 = 0,320$, $p < 0,001$). Das bedeutet, dass Personen, die mehr Substanzen berichten, in der Regel auch eine größere Anzahl an Konsummotiven — d. h. eine vielfältigere Motivlage mit mehr unterschiedlichen Gründen für den Konsum (nicht: höhere Konsummenge) — für den Konsum angeben.

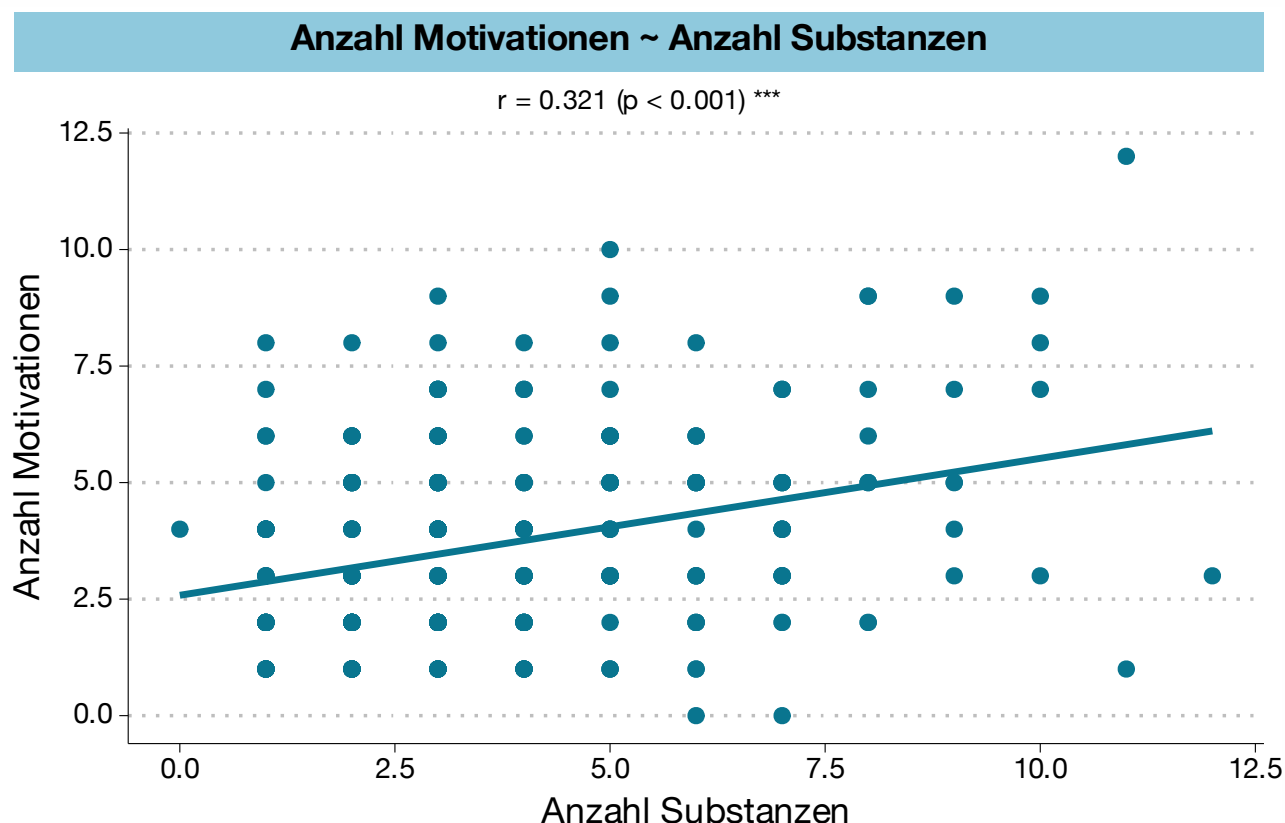


Abbildung 45 Korrelation zwischen der Anzahl der genannten Substanzen und der Anzahl der Motivationen

6 r bezeichnet den Pearson-Korrelationskoeffizienten — ein standardisiertes Maß für den linearen Zusammenhang zweier Variablen mit Wertebereich -1 (perfekt negativ) bis +1 (perfekt positiv). Werte um 0,1 entsprechen einem schwachen, um 0,3 einem mittleren und ab 0,5 einem starken Zusammenhang.

Für die Anzahl der Substanzen und die Hilfe beim Zugang zu den Angeboten ergibt sich ein kleiner negativer Zusammenhang ($r = -0,200$, $p < 0,05$). Je mehr Substanzen berichtet werden, desto geringer wird die wahrgenommene Hilfe beim Zugang eingeschätzt.

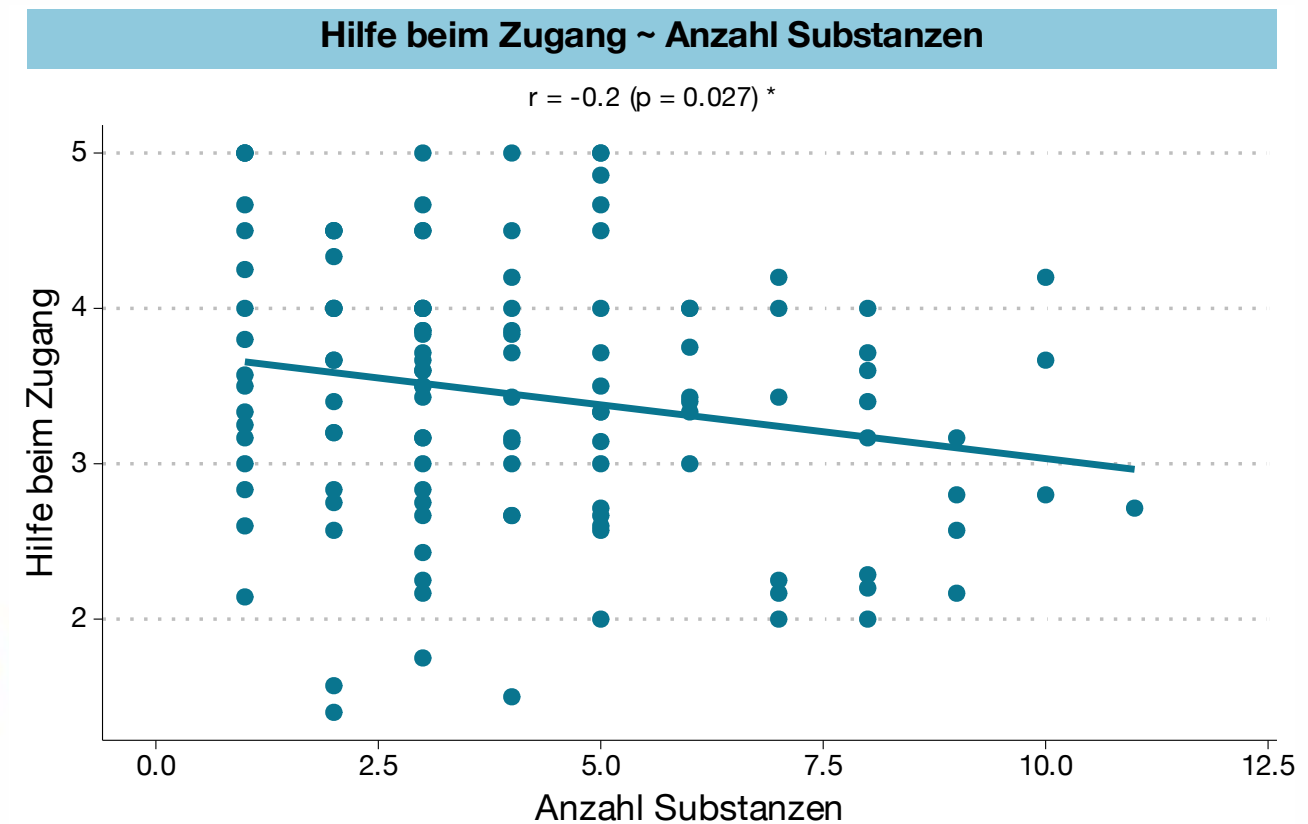


Abbildung 46 Korrelation zwischen der Anzahl der Substanzen und die Hilfe beim Zugang zu den Angeboten

Die Anzahl der Motivationen korreliert positiv mit dem wahrgenommenen Einfluss der Substanzen ($r = 0,179$, $p < 0,001$). Mehr genannte Motivationen gehen also mit einem (leichten) höheren subjektiven Einfluss bzw. Belastungserleben durch Substanzen einher.

Einfluss Substanzen ~ Anzahl Motivationen

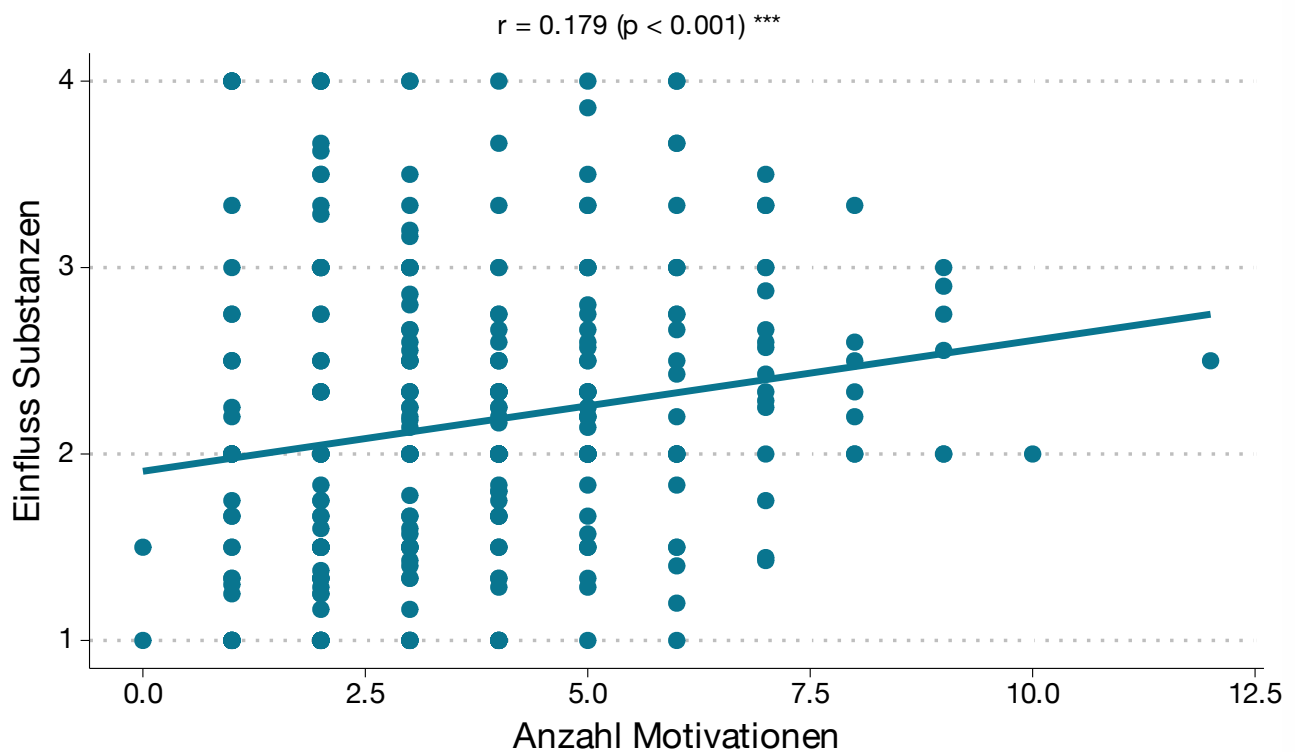


Abbildung 47 Korrelation zwischen der Anzahl der Motivationen korreliert positiv mit dem wahrgenommenen Einfluss der Substanzen

Zudem besteht zwischen Anzahl der Motivationen und der Hilfe beim Zugang zu den Hilfsangeboten ein kleiner negativer Zusammenhang ($r = -0,229$, $p < 0,05$): Mehr Gründe für den Konsum stehen tendenziell mit geringerer wahrgenommener Unterstützung beim Zugang in Beziehung.

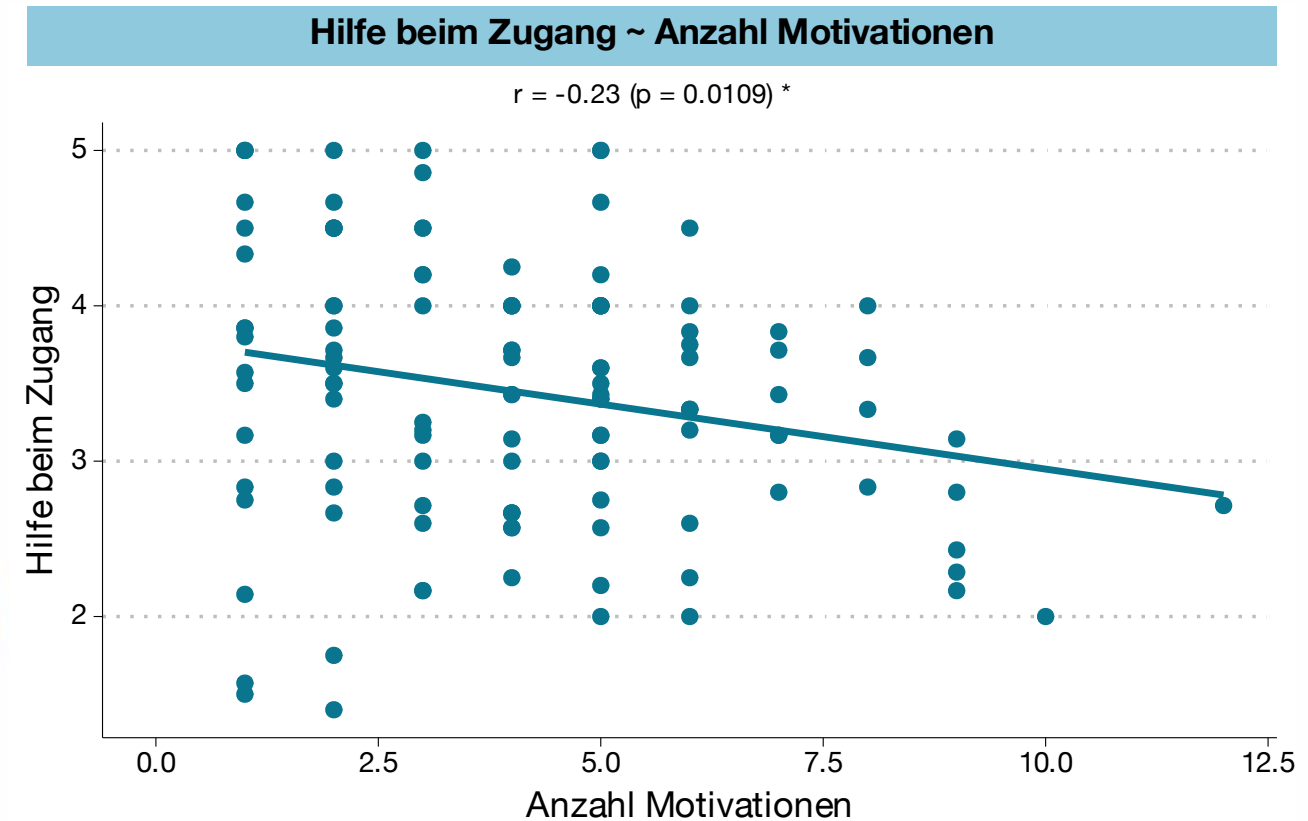


Abbildung 48 Korrelation zwischen der Anzahl der Motivationen und der Hilfe beim Zugang zu den Hilfsangeboten

Mit dem Alter zeigen sich zwei kleine, aber signifikante Zusammenhänge. Alter korreliert positiv mit dem Einfluss der Substanzen ($r = 0,173$, $p < 0,01$), d.h. ältere Teilnehmende berichten tendenziell von einer etwas höheren Belastung durch den Konsum. Zudem korreliert Alter positiv mit Hilfe beim Zugang ($r = 0,214$, $p < 0,05$), sodass ältere Befragte die Hilfe beim Zugang zu Unterstützungsangeboten als etwas höher wahrnehmen.

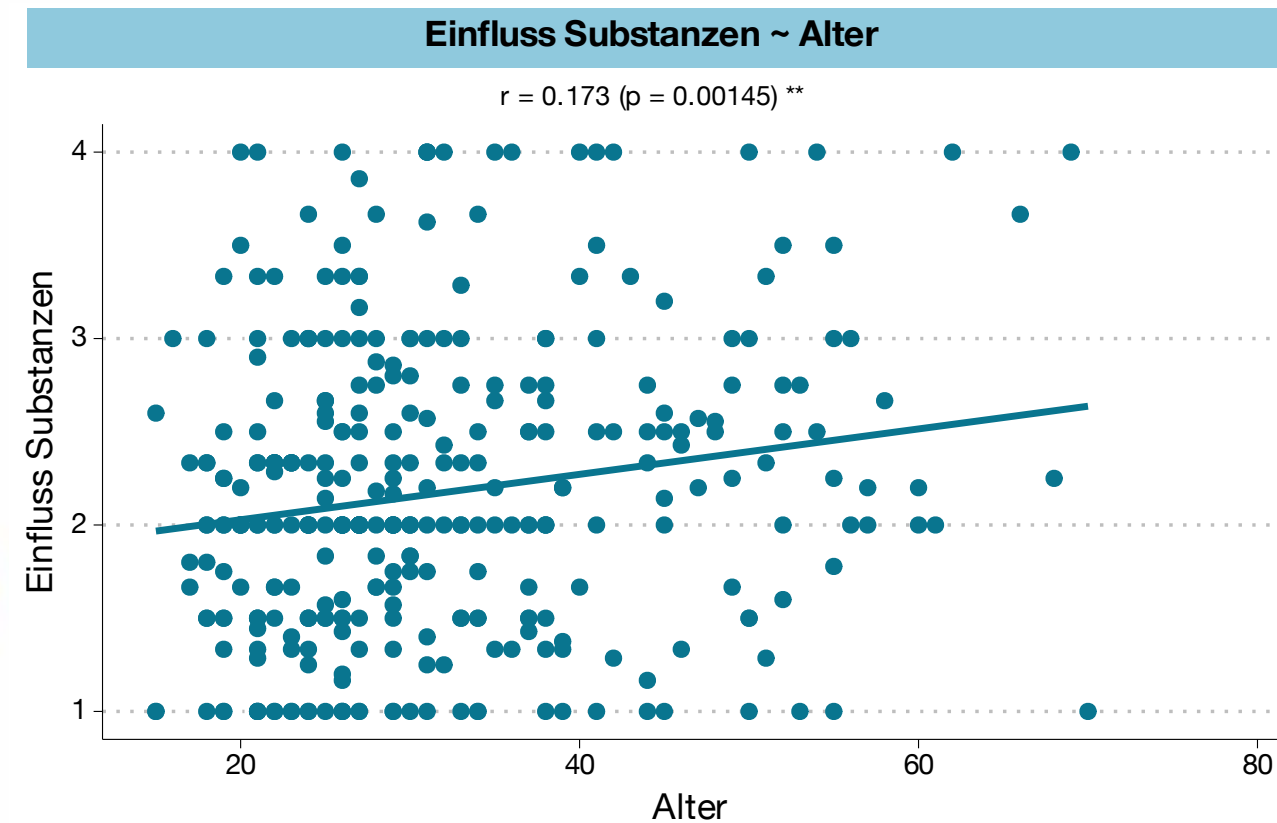


Abbildung 49 Korrelation zwischen dem Alter und dem Einfluss der Substanzen

Der stärkste Zusammenhang findet sich zwischen der Häufigkeit des Substanzkonsums und dem subjektiv wahrgenommenen Einfluss der Substanzen ($r = 0,548$, $p < 0,001$): Je häufiger konsumiert wird, desto stärker wird der Einfluss der Substanzen auf das eigene Leben eingeschätzt.

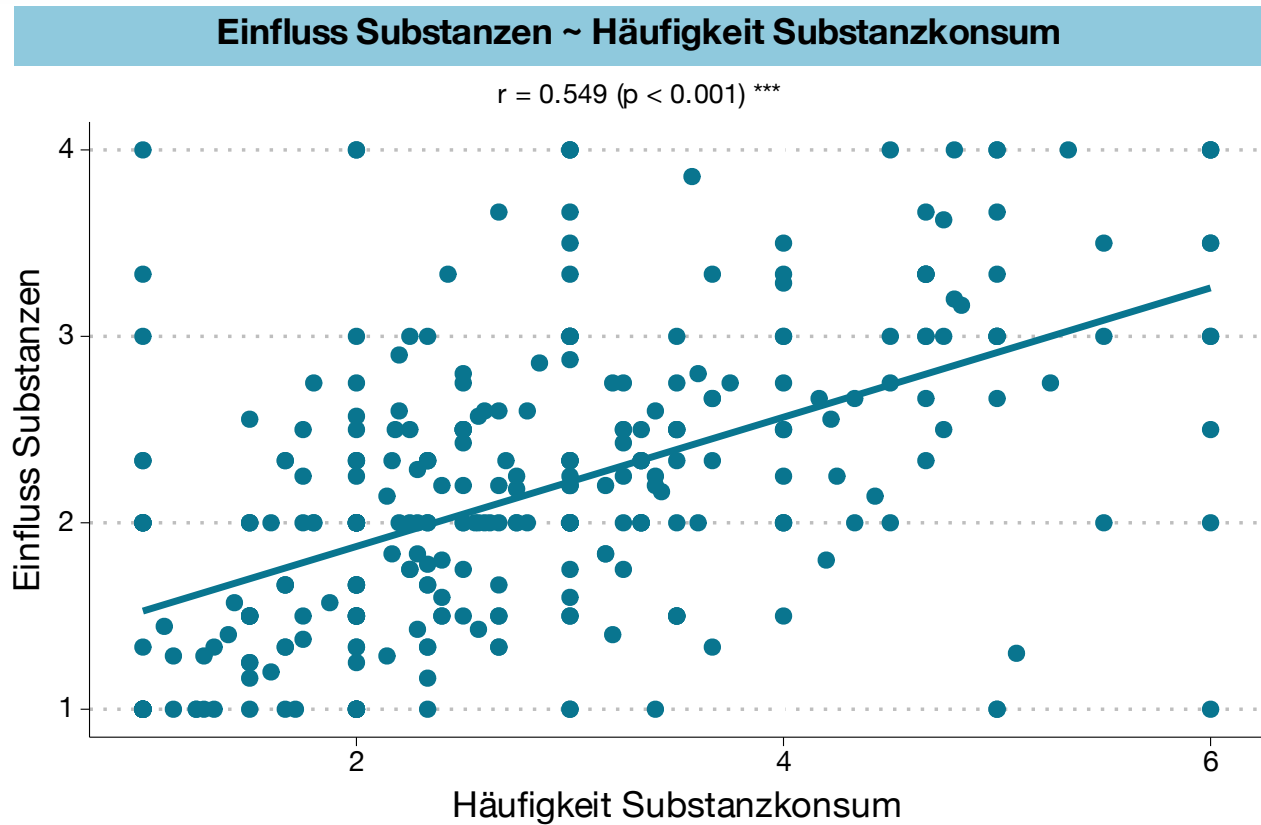


Abbildung 50 Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Substanzkonsums und dem Einfluss der Substanzen

Schließlich zeigt sich zwischen Hilfe beim Zugang und Erfahrungen ein moderater positiver Zusammenhang ($r = 0,443$, $p < 0,001$). Höhere wahrgenommene Hilfe/Unterstützung beim Zugang geht also klar mit besseren (positiveren) Erfahrungen im Hilfesystem einher.

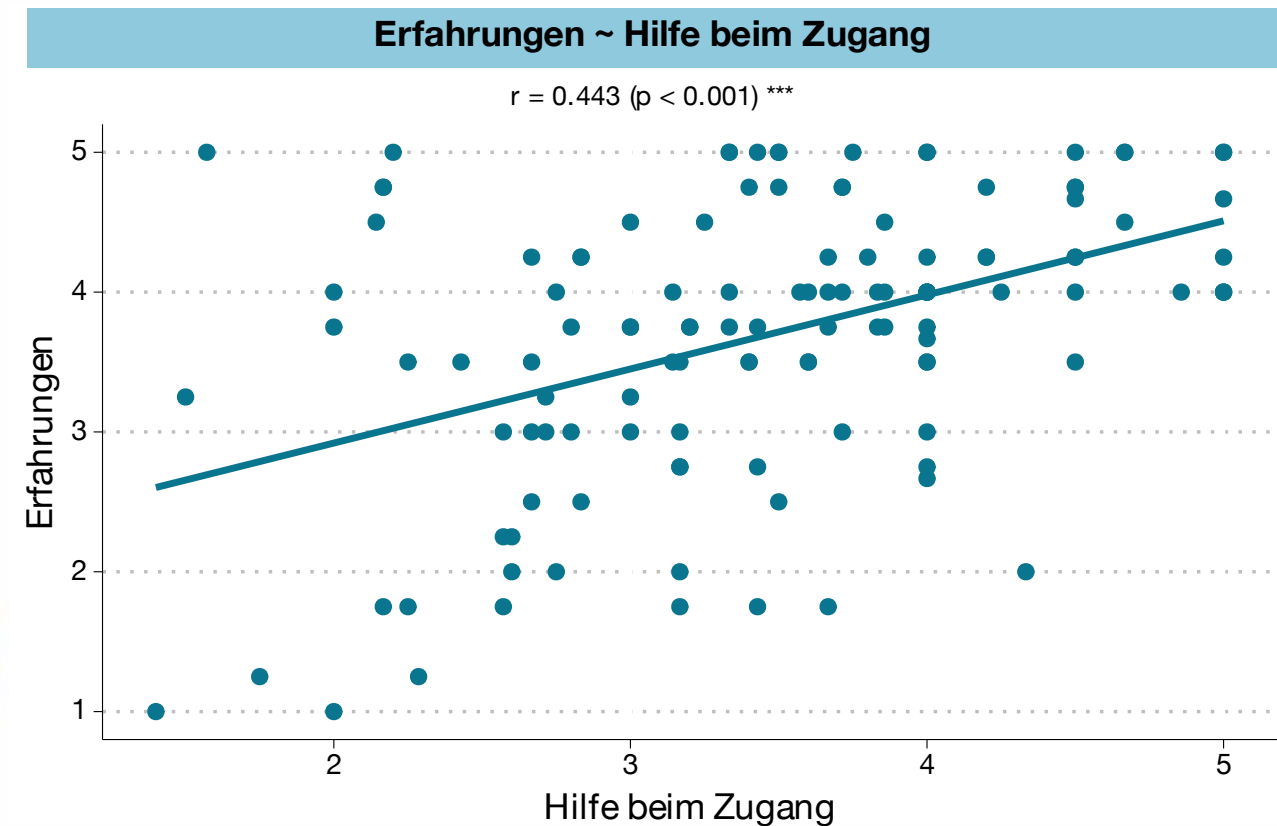


Abbildung 51 Zusammenhang zwischen der Hilfe beim Zugang und Erfahrungen

4.3.8. Abdeckung der offenen Fragen (qualitative Skalen)

Für die qualitativen, offenen Antwortfelder zeigt sich eine sehr ungleichmäßig verteilte Beantwortungsquote. Am häufigsten wurden Verbesserungsvorschläge genutzt: 228 von 367 Personen haben hierzu etwas eingetragen, was 62,1 % der Gesamtstichprobe entspricht. Dieses offene Feld ist damit klar die wichtigste qualitative Datenquelle und eignet sich am besten für eine inhaltliche Auswertung.

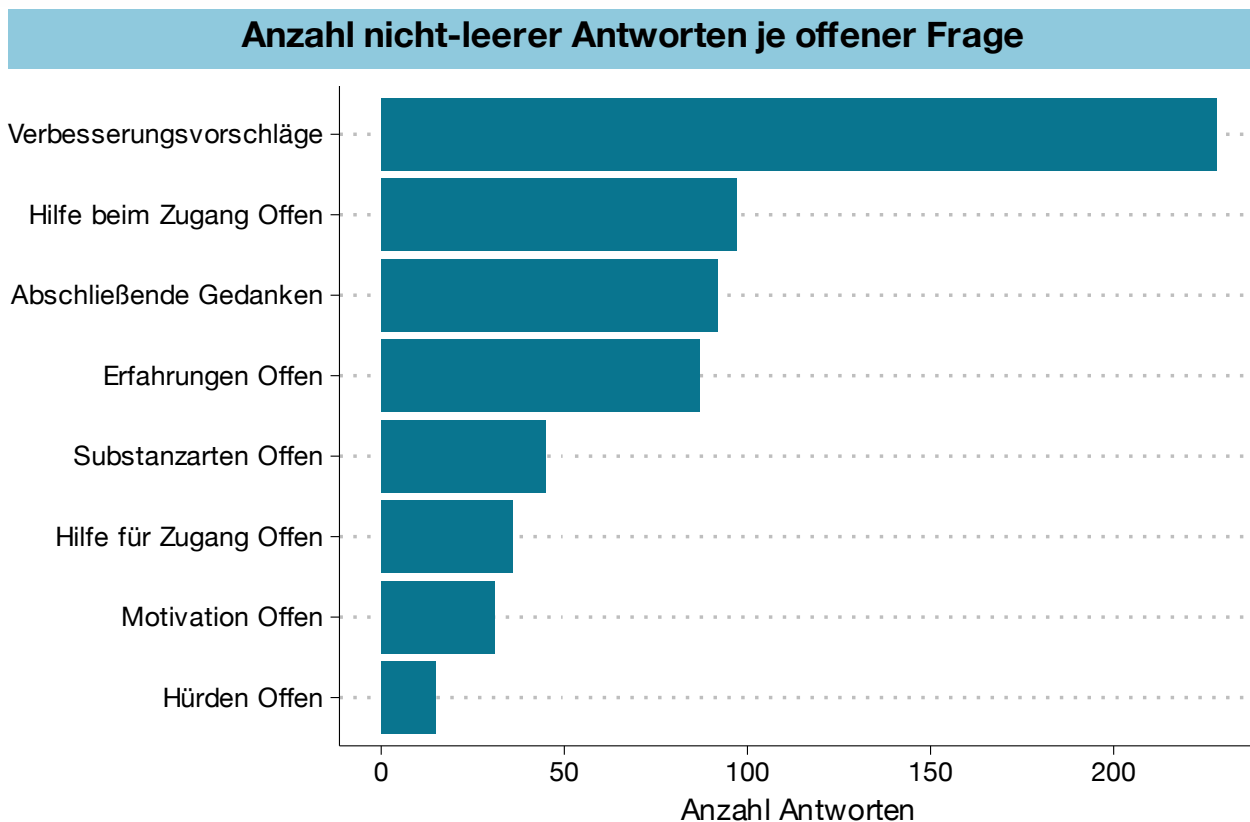


Abbildung 52 Abdeckung der offenen Fragen

Deutlich seltener wurden die übrigen offenen Felder beantwortet. Offene Angaben zur Unterstützung beim Zugang liegen bei 97/367 bzw. 26,4 %. Abschließende Gedanken wurden von 92/367 Personen geteilt (25,1 %), und offene Erfahrungsberichte von 87/367 (23,7 %). Diese drei Felder liefern weiterhin eine solide Textbasis, sind jedoch deutlich kleiner als die Verbesserungsvorschläge.

Offene Nennungen zu Substanzarten wurden nur von 45/367 Personen (12,3 %) gemacht, offene Angaben zu Hilfen für den Zugang von 36/367 (9,8 %) und offene Motivationsangaben von 31/367 (8,4 %). Am seltensten wurde das Feld mit „offenen Hürden“ beantwortet: 15/367 (4,1 %).

4.3.8.1. Häufigste Begriffe in den offenen Antworten (Monogramme)

Zur ersten inhaltlichen Exploration der offenen Antworten wurden die Texte vereinheitlicht (Kleinschreibung, Entfernen von Sonderzeichen), in einzelne Wörter zerlegt, deutsche Stoppwörter entfernt und nur Tokens mit mindestens fünf Zeichen berücksichtigt. Anschließend wurden für jedes offene Feld die häufigsten Begriffe angezeigt.

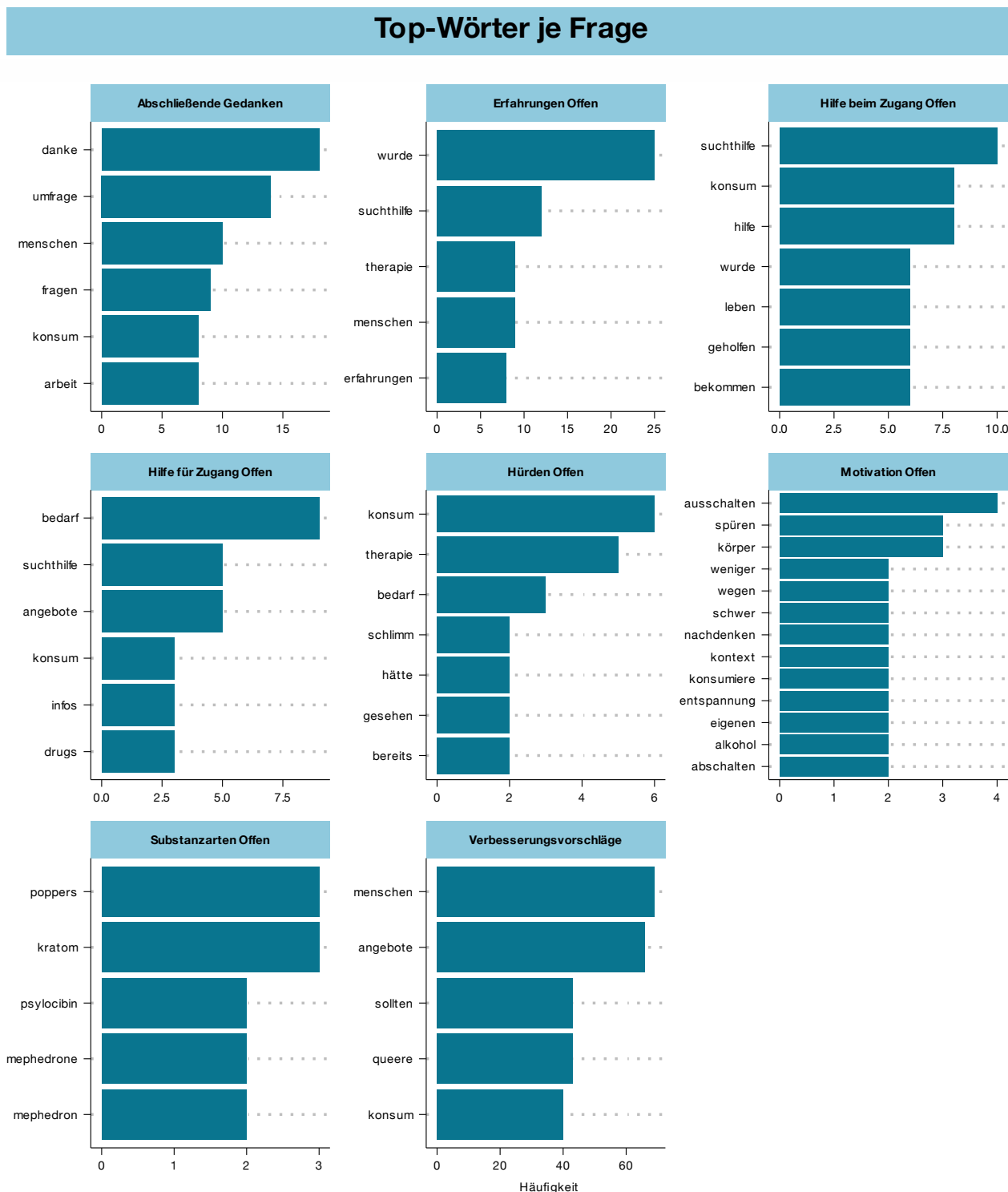


Abbildung 53 Häufigste Wörter in den offenen Antworten

- In den abschließenden Gedanken dominieren erwartungsgemäß eher metakommunikative Begriffe wie „danke“, „Umfrage“, „ragen“ und „Arbeit“. Es lassen sich jedoch inhaltliche Bezüge erkennen, zum Beispiel zu „Menschen“ und „Konsum“, was darauf hinweisen könnte, dass einige der Befragten dort ihre eigenen Erfahrungen oder Einordnungen hinzufügen.
- In den offenen Erfahrungsberichten rücken klar kontextbezogene Begriffe in den Vordergrund. Am häufigsten erscheint „wurde“ (typisch für die berichtende Erzählform), daneben vorwiegend „Suchthilfe“, „Therapie“, „Menschen“ und „Erfahrungen“. Dies lässt vermuten, dass sich die Texte in hohem Maße auf die tatsächlichen Kontakte mit Hilfesystemen und deren Bewertung konzentrieren.
- In den offenen Angaben zur Unterstützung beim Zugang stehen ebenfalls „Suchthilfe“ und „Hilfe“ zentral, ergänzt durch handlungsnahe Begriffe wie „bekommen“ und „geholfen“. Zusammen deutet das darauf hin, dass hier häufig konkrete Unterstützung (oder deren Fehlen) im Prozess des Hilfesuchens beschrieben wird.
- Bei den offenen Nennungen zu konkreten Hilfen für den Zugang fällt besonders „Bedarf“ auf, gefolgt von „Angebote“ und erneut von „Suchthilfe“. Inhaltlich weist das darauf hin, dass Teilnehmende hier weniger einzelne Erlebnisse schildern, sondern eher formulieren, welche Angebotsstrukturen oder Informationswege benötigt würden (z.B. mehr passende Angebote, bessere Informationen).
- Die offenen Angaben zu Hürden (bei geringer Abdeckung) umfassen primär „Konsum“, „Therapie“ und „Bedarf“. Das legt nahe, dass Barrieren häufig in Verbindung mit dem Therapiezugang und dem eigenen Konsummuster beschrieben werden; allerdings sollten diese Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahl in diesem Feld nur vorsichtig gewichtet werden.
- Bei den offenen Motivationsangaben treten eher erlebensnahe, affektiv getönte Begriffe wie „ausschalten“, „Körper“, „spüren“ und „Entspannung“ auf. Das deutet darauf hin, dass Substanzkonsum in diesen Texten häufig als Strategie zur Emotionsregulation, zum Abschalten oder zur Veränderung der Körperwahrnehmung beschrieben wird.
- In den offenen Nennungen zu Substanzarten tauchen vordergründig spezifische Substanzen auf („Kratom“, „Poppers“, „Mephedron(e)“, „Psilocybin“).
- Am thematisch deutlichsten sind die Verbesserungsvorschläge gebündelt. Hier dominieren die Begriffe „Menschen“, „Angebote“, „queere“, „sollten“ und „Konsum“. Das spricht dafür, dass sich die Vorschläge stark auf die Struktur und Ausgestaltung von Angeboten beziehen, insbesondere mit Blick auf queere Zielgruppen und Bedingungen, die einen besseren Umgang mit Konsum bzw. Zugang zu Unterstützung ermöglichen.

4.3.9. Top-Phrasen (Bigrams) in den offenen Antworten

Für eine vertiefte Exploration der offenen Antworten wurden zusätzlich zu Einzelwörtern auch häufige Wortpaare (Bigrams) ausgewertet. Dadurch werden typische Formulierungen und wiederkehrende Themen in den Freitexten sichtbar.

- In den abschließenden Gedanken tauchen neben Dank und Rückmeldungen zur Befragung vor allem Hinweise auf Versorgungslücken auf. Formulierungen wie „Danke, dass ...“ und „mehr Angebote ...“ verweisen darauf, dass Teilnehmende die Studie als relevant erleben und gleichzeitig einen deutlichen Ausbau der Unterstützungsangebote anmahnen. Auch die Bigrams „fehlen Angebote“ und „schon lange“ deuten darauf hin, dass wahrgenommene Defizite nicht als kurzfristig, sondern als länger bestehend beschrieben werden. Einzelne englischsprachige Phrasen wie „drug use“ spiegeln außerdem den bilingualen Sprachgebrauch innerhalb der Community wider.
- Die offenen Erfahrungsberichte zeigen ein stärker einrichtungs- und interaktionsbezogenes Vokabular. Besonders aussagekräftig sind Phrasen wie „ernst genommen“, „safer space“ und „wurde geholfen“, die auf zentrale Qualitätsmerkmale gelingender Unterstützung hinweisen: respektvolle Haltung, ein sicheres Setting und konkrete Hilfeerfahrung. Zudem werden spezifische Bezugspunkte wie „Aids-Hilfe Köln“ oder „Salus Klinik“ genannt, sodass einzelne Einrichtungen als relevante Anlaufstellen erinnert und benannt werden.⁷ Phrasen wie „nette kompetente“ und „Beraterinnen“ unterstreichen, dass die Wahrnehmung der Fachpersonen und deren Kompetenz eine wichtige Rolle in den Erfahrungsnarrativen spielt.

⁷ Die Nennung der Salus Klinik deutet auf Bekanntheit dieser Einrichtung hin; ob dies mit positiven oder negativen Erfahrungen verknüpft ist, lässt sich aus den Daten nicht eindeutig ableiten.

Top-Phrasen (Bigrams) je Frage

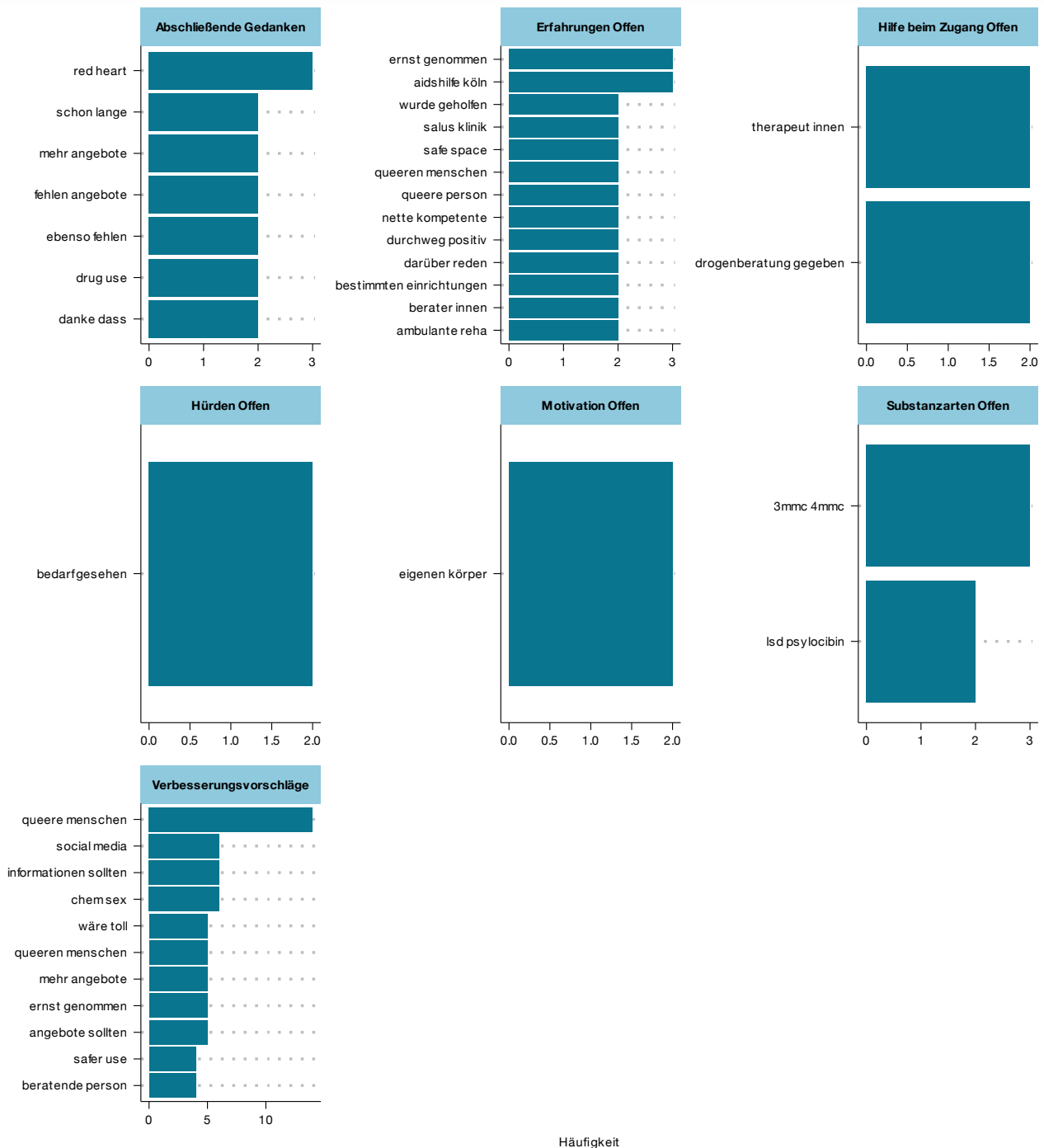


Abbildung 54 Top-Phrasen in den offenen Antworten

- In den offenen Antworten zur Unterstützung beim Zugang finden sich konkrete Hinweise auf Vermittlungswege sowie auf professionelle Unterstützung („Drogenberatung gegeben“ und „Therapeut*innen“). Dies lässt vermuten, dass der Zugang häufig gelingt, wenn Teilnehmende durch Beratungsstellen oder Behandler*innen aktiv

weitergeleitet werden und nicht ausschließlich auf Eigeninitiative angewiesen sind.

- Bei den (selten beantworteten) offenen Angaben zu Hürden taucht als häufige Phrase „bedarf gesehen“ auf. Es fehlt sowohl an einer adäquaten Wahrnehmung individueller Bedarfe als auch an deren systematischer Überführung in konkrete Unterstützungsangebote.
- Die offenen Motivationsangaben sind thematisch stark auf Körper- und Selbstwahrnehmung ausgerichtet, was sich in der Formulierung „eigenen Körper“ zeigt. Diese Formulierung passt zu Motivlagen wie Emotionsregulation, Körperempfinden, Abschalten oder Spannungsreduktion, die in vielen Kontexten des Substanzgebrauchs eine zentrale Rolle spielen.
- Bei den offenen Substanznennungen werden typische Kombinationen sichtbar, insbesondere „3mmc 4mmc“ sowie „LSD Psilocybin“. Das spricht dafür, dass Teilnehmende Substanzen häufig in Gruppen benennen, die im Konsumkontext zusammengehören (stimulanzienbezogene Party-/Chemsex-Kontexte sowie psychedelische Substanzen).
- Am deutlichsten programmatisch sind die Verbesserungsvorschläge. Die häufigsten Phrasen adressieren direkt Zielgruppen und die Angebotsausgestaltung, „queere Menschen“ sowie normative Forderungen wie „Angebote sollten“ und „Informationen sollten“. Daneben treten sehr konkrete Themen hervor, darunter „Chemsex“, „safer use“ und „Social Media“. Dies lässt insgesamt darauf schließen, dass die Befragten eine allgemeine Erweiterung der Angebote („mehr Angebote“) sowie spezifische Inhalte und Kanäle wünschen, über die die queersensible Suchthilfe sichtbarer, zugänglicher und passgenauer werden könnte. Phrasen wie „ernst genommen“ zeigen zudem, dass neben Strukturfragen auch die Haltung im Kontakt als zentraler Verbesserungsbereich wahrgenommen wird.

4.3.10. Qualitative Codierungen: thematische Schwerpunkte je offenem Feld

Zudem wurden die Texte für die offenen Antworten in thematische Codes umgewandelt. Anhand der Häufigkeiten zeigt sich ein deutlich erkennbares Muster: Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen fast ausschließlich in den Kategorien Verbesserungsvorschläge, Erfahrungen und Zugang zu Hilfe. Die restlichen, offenen Felder weisen kaum oder gar keine codierbaren Nennungen zu diesen Themen auf.

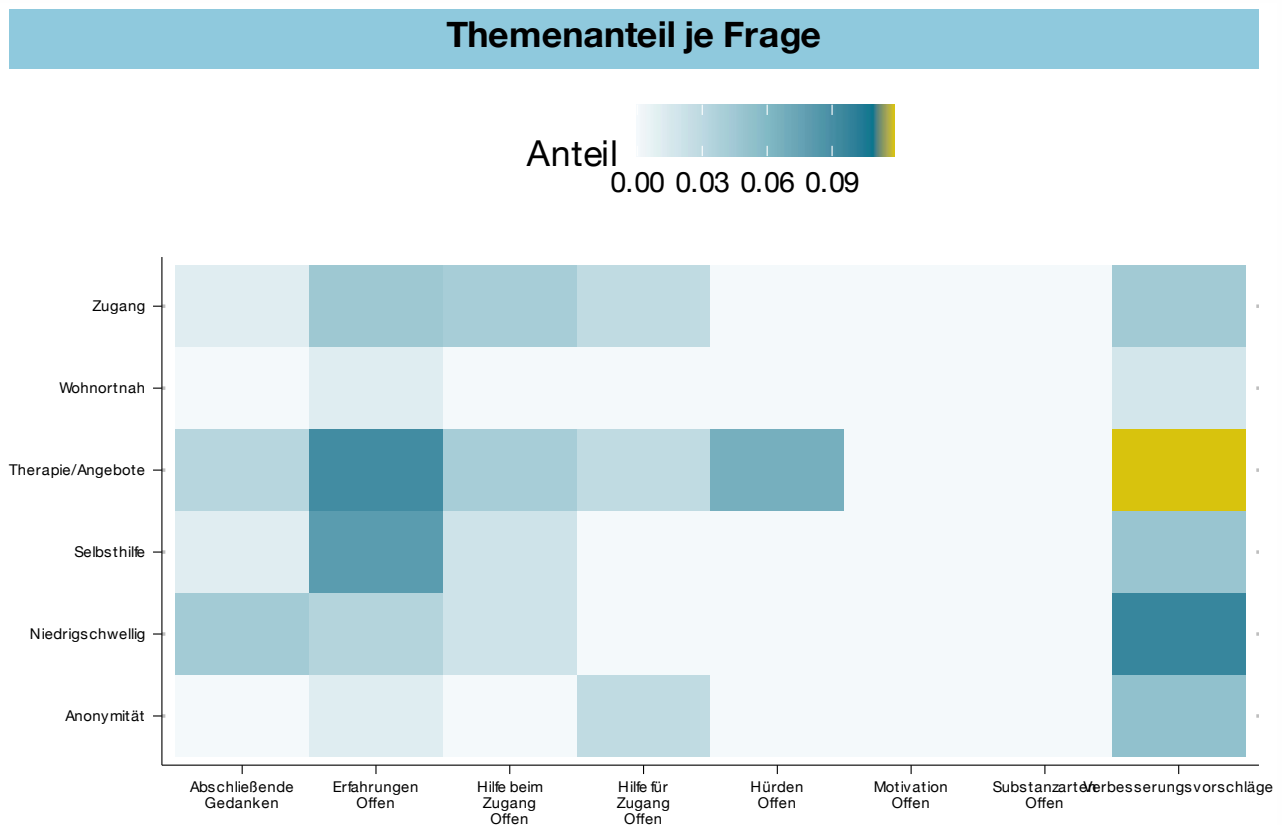


Abbildung 55 Darstellung der thematischen Schwerpunkte

4.3.10.1. Verbesserungsvorschläge als inhaltlich reichstes Feld

Am deutlichsten bündeln sich konkrete Bedarfe in den Verbesserungsvorschlägen. Insgesamt wurden hier am häufigsten Therapie und Angebote genannt ($n = 27$) dicht gefolgt von dem Wunsch nach niedrigschwelligen Angeboten ($n = 22$). Daneben finden sich relevante Nennungen zu Anonymität ($n = 12$) sowie Selbsthilfe ($n = 11$) und allgemeinem Zugang ($n = 10$). Wohnortnähe spielt in diesem Feld eine eher nachgeordnete Rolle ($n = 4$). Das spricht inhaltlich dafür, dass die Befragten strukturelle Verbesserungen der bestehenden Angebote wünschen.

4.3.10.2. Erfahrungen als zweites zentrales Feld mit konkreten Bezugspunkten

In den offenen Erfahrungen tauchen ebenfalls relativ viele codierbare Nennungen auf, vordergründig zu Therapie und Angeboten ($n = 8$) sowie zu Selbsthilfe ($n = 7$). Zusätzlich werden Zugang ($n = 4$) und Niedrigschwelligkeit ($n = 3$) genannt, während Anonymität und Wohnortnähe jeweils nur vereinzelt vorkommen ($n = 1$).

4.3.10.3. Zugang zu Hilfe in den entsprechenden Zugangsfeldern erwartbar präsent

Im Feld „Hilfe beim Zugang“ konzentrieren sich die Codes auf Therapie und Angebote ($n = 4$) sowie auf Zugang ($n = 4$), ergänzt durch Selbsthilfe ($n = 2$) und Niedrigschwelligkeit ($n = 2$). Im Bereich Zugang zu Hilfe gibt es insgesamt nur sehr wenige codierte Nennungen; wenn, dann betreffen sie Anonymität ($n = 1$), Therapie und Angebote ($n = 1$) sowie Zugang ($n = 1$). Felder mit sehr geringer oder keiner thematischer Abdeckung

Die offenen Felder Motivation und Substanzarten enthalten in dieser Codierung keine Nennungen zu den hier betrachteten Kategorien. Das Feld Hürden weist ebenfalls praktisch keine codierbaren Nennungen auf nur eine Nennung zu Therapie und Angeboten ($n = 1$). Angesichts der insgesamt sehr niedrigen Beantwortungsquote bei Hürden ist das erwartbar und sollte entsprechend vorsichtig eingeordnet werden.

4.3.11. Fazit

Über alle offenen Felder hinweg zeigen sich die deutlichsten Hinweise darauf, dass Verbesserungsbedarf bei mehr und passenderen Therapien bzw. Angebotsstrukturen sowie niedrigschwellige Zugänge gesehen werden, während Anonymität und Selbsthilfe als wiederkehrende ergänzende Bedürfnisse auftauchen. Wohnortnähe wird zwar genannt, spielt jedoch eine deutlich kleinere Rolle.

5. Beantwortung der Forschungsfragen

5.1. Forschungsfrage 1: Wie unterscheiden sich die Muster des Substanzkonsums innerhalb der queeren Community?

Die Analyse der Hypothesen im ersten Hypothesenblock deutet darauf hin, dass sich die Muster des Substanzkonsums in der befragten queeren Community anhand der konsumierten Substanzen sowie der zugrunde liegenden Motive und Belastungen unterscheiden. Andere Indikatoren, darunter die Anzahl der konsumierten Substanzen zwischen aktuellem und nicht-aktuellem Konsum, lassen sich weniger klar voneinander unterscheiden.

Zunächst ist ein deutlich ungleich verteiltes Substanzspektrum erkennbar. Häufig genannt werden insbesondere Alkohol ($n = 272$), Nikotin ($n = 221$) und Cannabis ($n = 199$), während andere Substanzen deutlich seltener auftreten, etwa GHB/GBL ($n = 36$), Crystal Meth ($n = 34$) und Heroin ($n = 14$). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (Chi-Quadrat-Anpassungstest: $\chi^2(11) = 701,08$, $p < 0,001$; Cramér's $V = 0,225$). Inhaltlich spricht dieses Muster für eine Community, in welcher der Substanzkonsum nicht gleichmäßig über verschiedene Substanzen verteilt ist, sondern sich auf einige wenige, vergleichsweise verbreitete Substanzen konzentriert, während andere weniger relevant bleiben.

Im Hinblick auf Polykonsum ergibt sich dagegen kein belastbarer Hinweis darauf, dass sich aktuelle Konsument*innen im Ausmaß des Polykonsums klar von Personen mit nicht-aktuellem Konsum unterscheiden. Zwar ist die mittlere Anzahl konsumierter Substanzen bei aktuellem Konsum geringfügig höher ($M = 3,75$ vs. $M = 3,58$), der gerichtete Gruppenvergleich ist jedoch nicht signifikant (Welch-t-Test, $p > 0,05$; Wilcoxon, $p > 0,05$) und die Effektstärke ist gering. Damit legt die Auswertung eher nahe, dass Polykonsum als Muster nicht exklusiv mit aktuellen Konsumlagen gekoppelt ist.

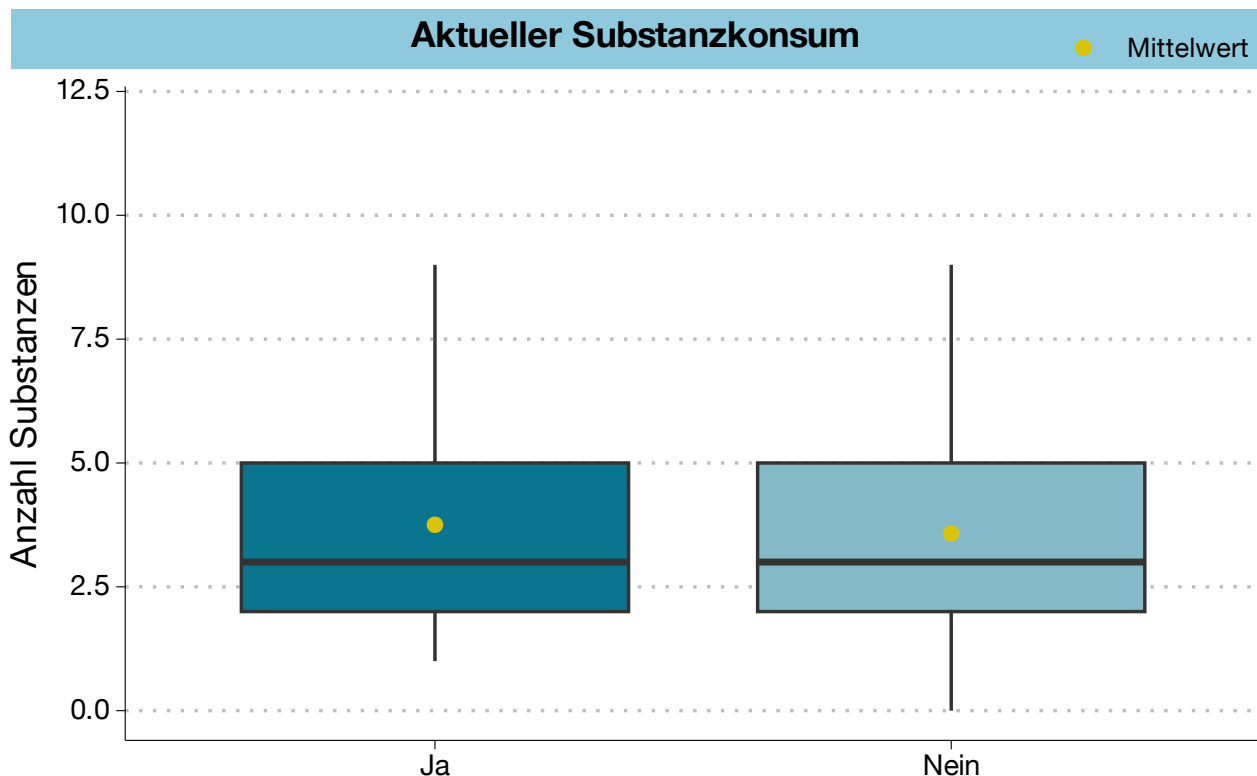


Abbildung 56 Verteilung des aktuellen Substanzkonsums nach Anzahl der Substanzen

Auch die Annahme, dass jüngere Befragte häufiger polytoxikoman konsumieren, findet in den Daten keine Unterstützung. Weder Spearman ($p = 0,077$) noch Pearson ($r = 0,025$) zeigen den erwarteten negativen Zusammenhang; die gerichteten Tests sind nicht signifikant. Das spricht dafür, dass die Variation im Polykonsum in dieser Stichprobe nicht primär durch das Alter erklärt wird.

Deutlichere Unterschiede innerhalb der Community werden sichtbar, wenn man zwischen cis- und TIN*-Personen unterscheidet, da sich hierbei sowohl Konsumkontexte als auch Substanzprofile unterschiedlich zusammensetzen. Beim allgemeinen Konsumstatus berichten cis-Personen etwas häufiger vom aktuellen Konsum (63,04 %) als TIN*-Personen (60,11 %), während TIN*-Personen häufiger Konsum in der Vergangenheit angeben (35,52 % vs. 26,63 %). Darüber hinaus unterscheiden sich die Substanzarten: TIN*-Personen berichten häufiger von Cannabis (61,20 % vs. 47,28 %) und Medikamenten (32,24 % vs. 19,57 %), während cis-Personen häufiger von Ecstasy (32,07 % vs. 22,40 %), GHB/GBL (14,67 % vs. 4,92 %), Ketamin (22,28 % vs. 14,21 %) und Crystal Meth (12,50 % vs. 6,01 %) berichten. Insgesamt deutet das auf unterschiedliche Konsumprofile hin, nicht nur auf "mehr vs. weniger"-Konsum.

Diese Unterschiede werden durch die Motivlage plausibilisiert: TIN*-Personen nennen häufiger belastungsnahe Motive wie die psychisch belastenden Ereignisse (62,84 % vs. 46,74 %), Erkrankungen (56,83 % vs. 31,52 %), Abwertung aufgrund der Geschlechtsidentität und/oder sexuellen Orientierung (18,03 % vs. 5,43 %) und Benachteiligung (11,48 % vs. 2,72 %). Cis-Personen nennen demgegenüber häufiger Neugier (54,35 % vs. 44,26 %) und Konsum im sexuellen Kontext (35,87 % vs. 25,68 %).

Zusammengenommen spricht das dafür, dass sich innerhalb der queeren Community zumindest zwei überlappende Muster abzeichnen: ein stärker belastungsbezogenes Konsummuster (in dieser Stichprobe ausgeprägter bei TIN*-Personen) und ein stärker situativ/ experimentell oder kontextbezogenes Muster (in dieser Stichprobe ausgeprägter bei cis-Personen)

5.2. Forschungsfrage 2: Welche Rolle spielen Diskriminierungserfahrungen beim Zugang zu Suchthilfeangeboten?

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Diskriminierungserfahrungen eine zentrale Rolle als Zugangshürde spielen und zudem mit einer generell höheren Hürdenbelastung beim Zugang zu Suchthilfeangeboten einhergehen. In den deskriptiven Gruppenvergleichen (cis vs. TIN*) wird Diskriminierung als konkrete Hürde von der TIN*-Gruppe häufiger genannt als von der cis-Gruppe (11,48 % vs. 4,35 % „ausgewählt“). Dies lässt vermuten, dass Diskriminierung für TIN*-Personen im Hinblick auf den Zugang sichtbarer oder relevanter ist.

Noch deutlicher wird die Rolle der Diskriminierung in der Hypothesenprüfung (Hypothese 2.1). Personen, die Diskriminierung als Hürde angeben, berichten im Mittel eine deutlich höhere Anzahl an Zugangshürden als Personen, die Diskriminierung nicht als Hürde angeben. Konkret liegt die mittlere Hürdenanzahl bei $M = 3,86$ (Gruppe „Diskriminierung ausgewählt“) gegenüber $M = 1,56$ (Gruppe „nicht gewählt“). Dieser Unterschied ist statistisch sehr klar ausgeprägt (gerichteter Welch-t-Test: $t(32,44) = 8,80$, $p < 0,001$, 95%-KI-Untergrenze 1,86). Auch die Effektstärke fällt groß aus (Cohen's $d = -2,26$).

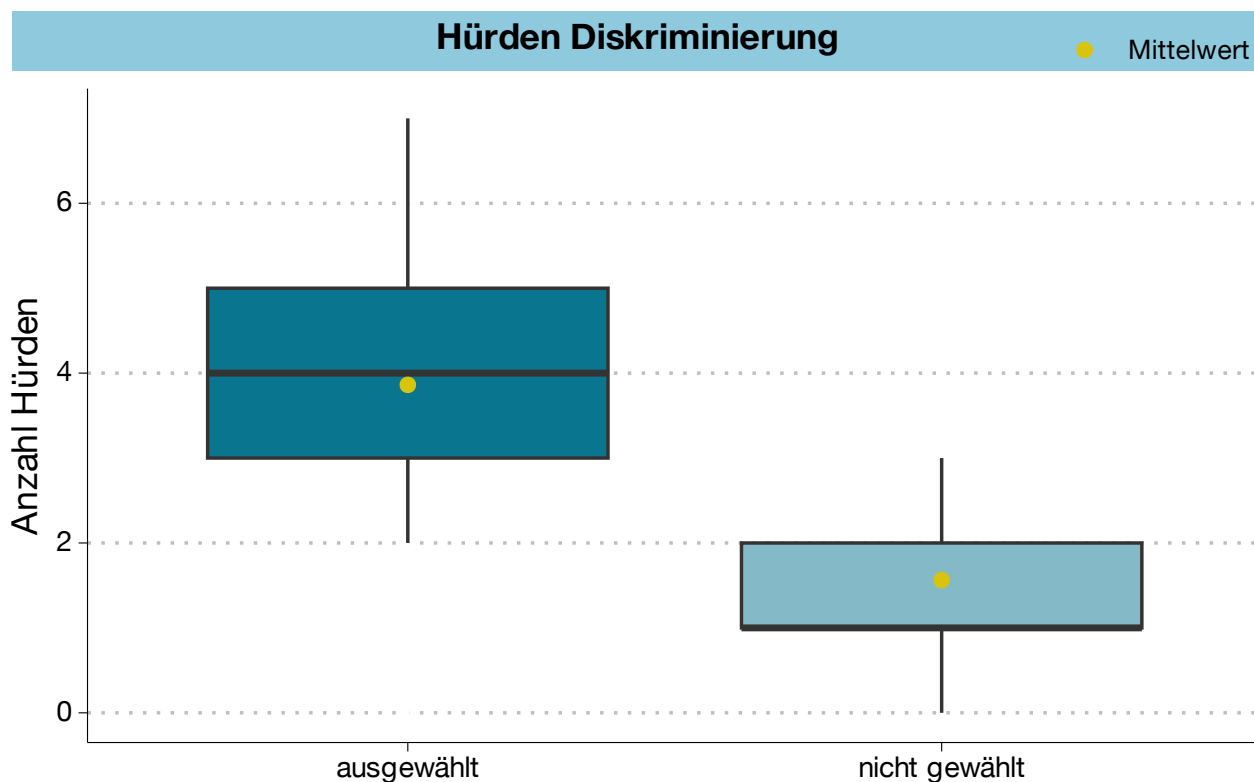


Abbildung 57 Zusammenhang zwischen der Diskriminierung als empfundener Hürde und Anzahl an Zugangshürden

Darüber hinaus zeigt sich, dass queere Menschen mit mehrfach marginalisierten Identitäten signifikant mehr Zugangshürden im Suchthilfesystem erleben ($p < 0,001$, Cohen's $d = 0,02$). Queere Menschen mit mehrfach marginalisierten Identitäten berichten im Durchschnitt über 1,87 Hürden (im Vergleich zu anderen Teilnehmenden, die durchschnittlich nur 1,84 Hürden angeben).

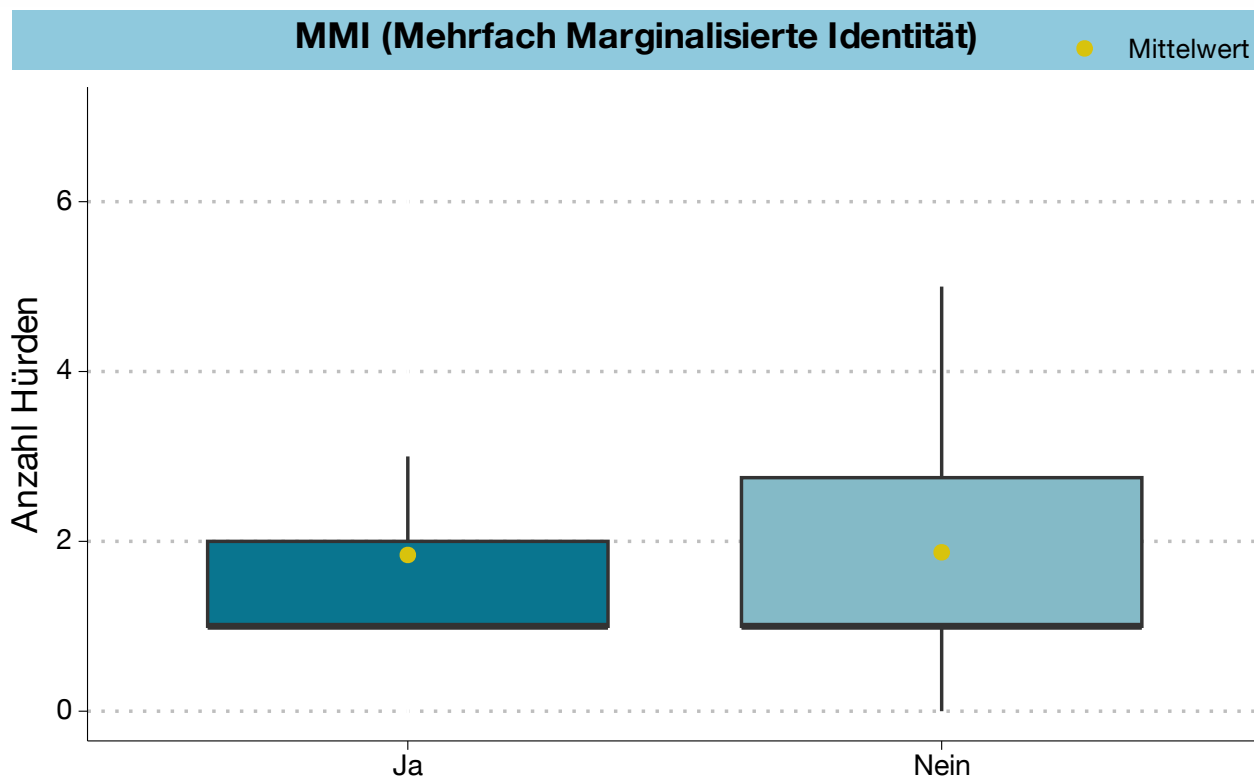


Abbildung 58 Zusammenhang zwischen den mehrfach marginalisierten Identitäten und Anzahl an Zugangshürden

Zusammenfassend legen die Ergebnisse nahe, dass Diskriminierung nicht nur als einzelne Barriere auftritt, sondern vielmehr als Marker für kumulierte Zugangshürden fungiert. Wer Diskriminierung erlebt oder als relevant für den Zugang zur Suchthilfe empfindet, scheint insgesamt deutlich komplexere und belastendere Zugangssituationen zu erleben.

5.3. Forschungsfrage 3: Wie beeinflusst wahrgenommene Queersensibilität die Nutzung und Bewertung von Suchthilfeangeboten?

Die Analysen im dritten Hypothesenblock zeigen, dass wahrgenommene Queersensibilität primär für die tatsächliche Nutzung von Suchthilfeangeboten bedeutsam ist, während sich für die Bewertung und Erfahrungen mit den Angeboten kein klarer Vorteil queersensibler Angebote nachweisen lässt.

Bezogen auf die Bewertung (Skala Erfahrungen) berichten Personen, die Angebote als queersensibel wahrnehmen, nur minimal höhere Werte als Personen ohne wahrgenommene Queersensibilität ($M = 3,70$ vs. $3,68$). Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant (gerichteter Welch-t-Test $p > 0,05$; Wilcoxon $p > 0,05$) und die Effektstärke liegt praktisch

bei null (Cohen's $d = -0,02$). Daraus lässt sich ableiten, dass in dieser Stichprobe die wahrgenommene Queersensibilität keine deutlich besseren berichteten Gesamterfahrungen mit sich bringt.

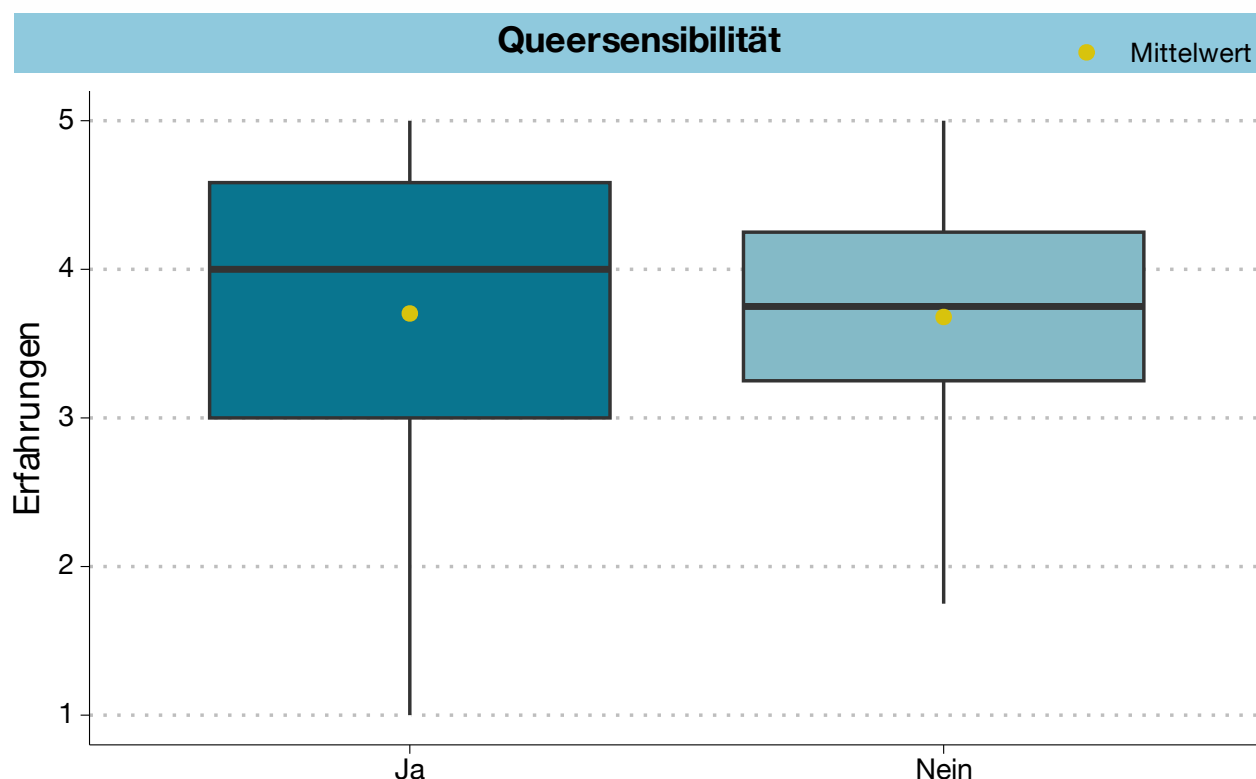


Abbildung 59 Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Queersensibilität und der Bewertung der Erfahrungen mit Suchthilfeangeboten

Anders sieht es bei der Nutzung aus (Hypothese 3.2). Es zeigt sich, dass bei wahrgenommener Queersensibilität kein einziger Fall von Nicht-Nutzung vorkommt (Queersensibilität = Ja: 23 Nutzung, 0 Nicht-Nutzung), während bei fehlender wahrgenommener Queersensibilität die Nicht-Nutzung sehr häufig ist (Queersensibilität = Nein: 99 Nutzung, 218 Nicht-Nutzung). Dieser Zusammenhang ist signifikant (Fisher-Exact-Test, $p < 0,001$).

Zusätzlich wurde geprüft, ob ein Erhalt der Empfehlungen durch queere Beratungsstellen mit höherer Annahmefähigkeit einhergehen (Hypothese 3.3). Der Mittelwert der entsprechenden Empfehlungsskala⁸ liegt zwar über dem neutralen Skalenpunkt 3 ($M = 3,27$); der gerichtete Einstichproben-t-Test ist jedoch nicht signifikant ($p > 0,05$). Damit kann höchstens eine Tendenz gemeldet werden, aber keine statistisch signifikante Auswirkung nachgewiesen werden.

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen schließen, dass die wahrgenommene Queersensibilität im Zusammenhang mit queerer Suchthilfe sowohl als Voraussetzung für die Anwendung als auch zur Vermeidung von Nichtnutzung gilt.

⁸ Die Empfehlungsskala wurde als Mittelwert der Items „Empfehlungen von Freund*innen und/oder Familie“, „queeren Beratungsstellen“ und „Ärzt*innen und/oder Psycholog*innen“ gebildet.

5.4. Forschungsfrage 4: Welche Unterstützungsmaßnahmen werden als besonders hilfreich eingeschätzt?

Aus den in Hypothesenblock vier berichteten Auswertungen lässt sich ableiten, dass Unterstützungsbedarfe vorwiegend dort als relevant erscheinen, wo Befragte insgesamt mehr Zugangshürden erleben und der Konsum als belastend eingeschätzt wird. Zudem zeigen sich bei einzelnen Maßnahmen eher Tendenzen als robuste Unterschiede.

Im Vergleich zwischen Anonymität und queeren Angeboten (Hypothese 4.1) ergibt der Fisher-Test keinen signifikanten Unterschied ($p > 0,05$; OR = 1,56), sodass in dieser Stichprobe nicht abgesichert werden kann, dass Anonymität und Wertschätzung häufiger priorisiert werden als strukturelle Maßnahmen, wie explizit queere Angebote. Daraus folgt, dass beide Arten von Unterstützung für unterschiedliche Personen relevant sind oder in ähnlicher Größenordnung bezeichnet werden, ohne dass eine davon klar dominiert wird.

Für queere Fachkräfte (Hypothese 4.2) zeigt sich eine Tendenz in die erwartete Richtung: Personen, die queere Fachkräfte als hilfreich markieren, berichten im Mittel von einem etwas stärkeren Einfluss des Substanzkonsums auf ihr eigenes Leben ($M = 1,98$ vs. $1,87$). Dieser Unterschied erreicht jedoch keine statistische Signifikanz ($p > 0,05$; Cohen's $d = -0,19$). Queere Fachkräfte könnten also insbesondere für stärker belastete Personen wichtiger sein, auch wenn dieses Ergebnis nicht eindeutig statistisch bestätigt werden kann.

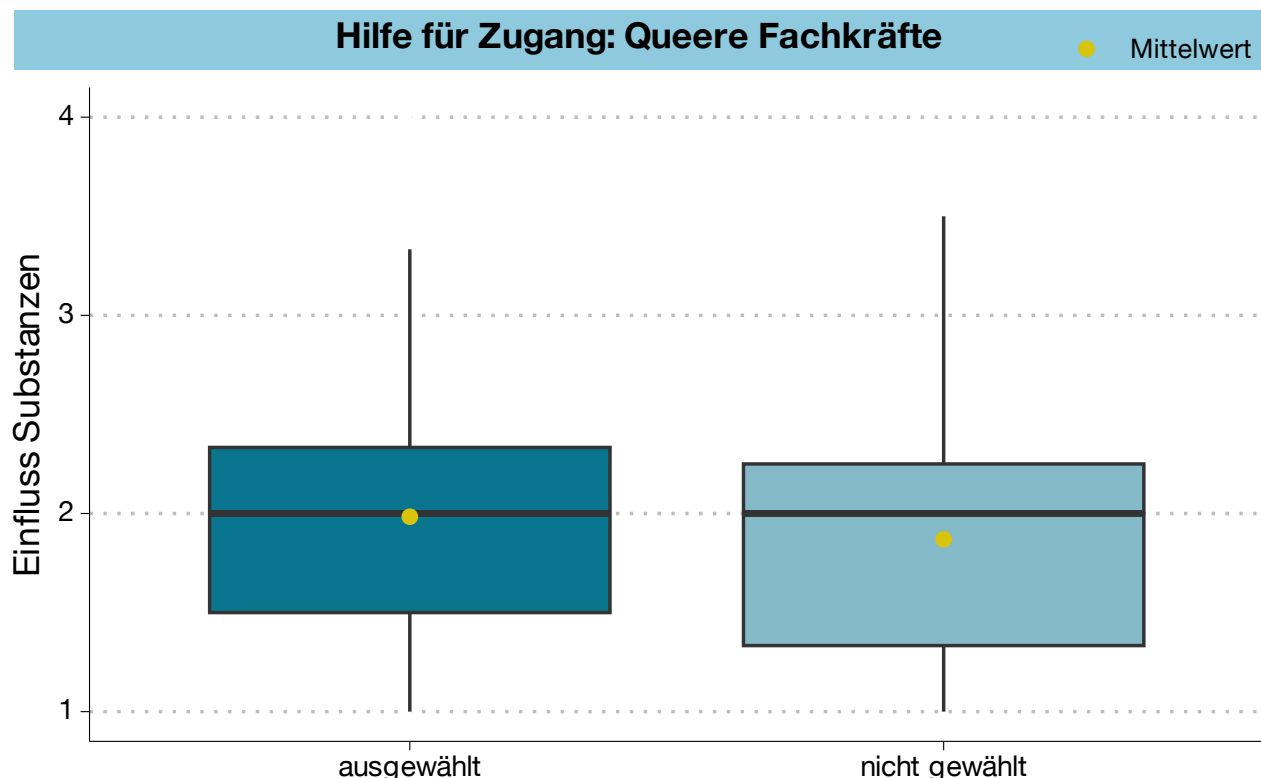


Abbildung 60 Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Einfluss der Substanzen und dem Empfinden der queeren Fachkräfte als hilfreich



Am klarsten fällt der Befund zum benannten Unterstützungsbedarf auf (Hypothese 4.3, operationalisiert als „kein Bedarf“). Personen, die keinen Bedarf angeben, berichten signifikant weniger Zugangshürden als Personen, die keinen Bedarf verneinen (Welch-t-Test, $p < 0,001$; Wilcoxon, $p < 0,001$; Cohen's $d = 0,92$). Unterstützungsmaßnahmen werden also als „hilfreich“ oder notwendig erlebt, wenn der Zugang bereits durch mehrere Hürden erschwert ist; bei niedriger Hürdenlast wird entsprechend häufig kein zusätzlicher Unterstützungsbedarf festgestellt.

5.5. Forschungsfrage 5: Wie wirken sich sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität auf die Erfahrungen im Suchthilfesystem aus?

Die vorliegenden Auswertungen zum Hypothesenblock fünf zeigen insbesondere einen klaren Zusammenhang zwischen geschlechtlicher Identität und negativen Erfahrungen bzw. Barrieren im Suchthilfesystem.



Erstens berichten TIN*-Personen signifikant häufiger, dass Diskriminierung eine Zugangshürde darstellt (Hypothese 5.1). Der Chi-Quadrat-Test zwischen Geschlechtsidentität und Diskriminierung als Hürde zeigt einen signifikanten Zusammenhang ($\chi^2 = 5,60$, $p < 0,05$). In den Häufigkeiten wird das direkt sichtbar: cis-Personen wählen Diskriminierung deutlich seltener als Hürde (8 vs. 101), während TIN*-Personen Diskriminierung häufiger auswählen (21 vs. 89). Die Effektstärke ist mit Cramers $V = 0,16$ klein.

Zweitens zeigt sich bei den Zugangshürden insgesamt ein signifikanter Unterschied hinsichtlich geschlechtsidentitätsbezogener Merkmale. Da Normalverteilung und Varianzhomogenität verletzt sind (Shapiro-Wilk in allen Gruppen signifikant, Levene $p < 0,001$), ist der nichtparametrische Kruskal-Wallis-Test besonders aussagekräftig. Dieser Test ist signifikant ($\chi^2 = 10,43$, $p < 0,05$). In den Post-hoc-Vergleichen wird vor allem sichtbar, dass Nicht-binär und Trans* gegenüber der cis-Gruppe mehr Hürden berichten (Tukey: Nicht-binär–cis $p \text{ adj.} = 0,0083$; Trans*–cis $p \text{ adj.} = 0,048$). Auch der vereinfachte Vergleich cis vs. TIN* bestätigt den Unterschied (Dunn-Test $p \text{ adj.} = 0,029$). Die globale Effektstärke des Kruskal-Wallis ist zwar gering ($\eta^2[H] = 0,02$), aber die paarweisen Unterschiede zeigen, wo genau die Belastung liegt.

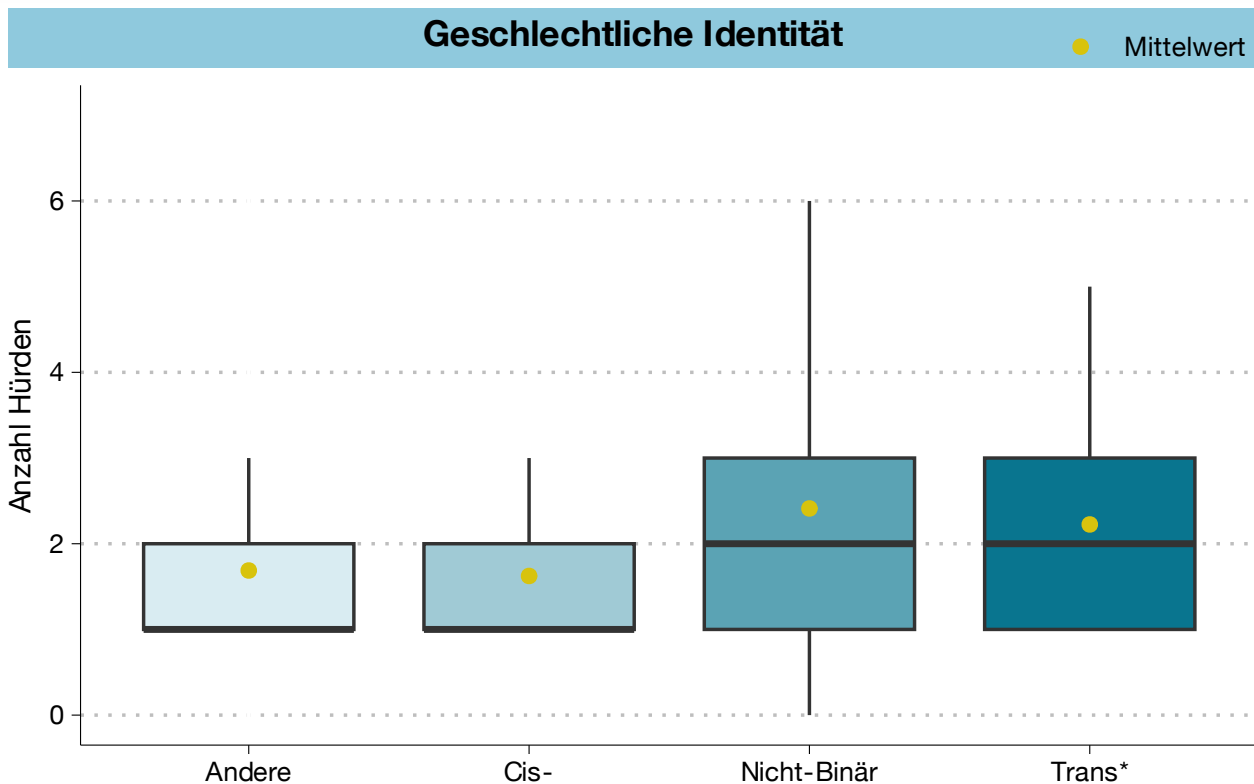


Abbildung 61 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Hürden und der Geschlechtsidentität

Drittens lässt sich die Idee, dass queersensible Angebote „besonders stark unterstützend“ wirken, anhand der vorliegenden Daten nicht stützen (Hypothese 5.3). Der Anteilstest ergibt, dass queersensible Angebote nicht überdurchschnittlich häufig ausgewählt werden ($p > 0,05$), und der gerichtete Test gegen 0,5 ist nicht signifikant.

Das lässt insgesamt darauf schließen, dass sich Unterschiede im Suchthilfesystem zeigen, insbesondere hinsichtlich der geschlechtlichen Identität: TIN*-Personen, insbesondere trans* und nicht-binäre Befragte, erleben häufiger diskriminierungsbedingte Hindernisse und berichten insgesamt über mehr Hindernisse beim Zugang.

5.6. Zusammenfassung der Hypothesenprüfung: Queere Realitäten in Zahlen

Die Überprüfung der Hypothesen hat mehrere Tendenzen offenbart, die queere Lebensrealitäten im Kontext von Substanzkonsum und Suchthilfe empirisch fundiert abbilden. Es zeigen sich systematische Ungerechtigkeiten, die in der deutschen Suchthilfe bisher weitgehend unsichtbar geblieben sind. Die folgende Übersichtstabelle fasst die zentralen Befunde zusammen und zeigt, welche Hypothesen bestätigt bzw. nicht bestätigt wurden.

Tabelle 3 Übersichtstabelle: Hypothesenprüfung und zentrale Befunde

For- schungs- frage	Hypothese	Be- stä- tigt?	Statisti- sche Sig- nifikanz	Zentrale Befunde
Substanzkon- summuster	Personen mit aktu- uellem Substanz- konsum berichten eine höhere Viel- falt konsumierter Substanzen.	Nein	$p > 0,05$, Cohens $d = -0,08$	Menschen mit aktu- uellem Konsum nutzen im Schnitt 3,75 Subs- tanzen (vs. 3,57 bei vergangenem Kon- sum).
	Polytoxischer Konsum ist bei jüngeren queeren Men- schen häufiger.	Nein	$p > 0,05$	Kein Altersunterschied in der Häufigkeit von polytoxischem Konsum.
	Alkohol und Cannabis sind die häufigsten Substanzen – il- legalisierte Drogen spielen eine unter- geordnete Rolle.	Ja	$p < 0,001$	Alkohol, Cannabis und Nikotin domi- nieren; illegalisierte Drogen wie Heroin werden seltener kon- sumiert.
Diskriminie- rungserfah- rungen	Personen mit hö- heren Diskriminie- rungserfahrungen berichten mehr Zugangshürden.	Ja	$p < 0,001$, Cohens $d =$ 2,26	Menschen mit hohen Diskriminierungs- erfahrungen nennen 3,86 Hürden (vs. 1,56 bei geringen Erfahrun- gen).
	Diskriminierungs- erfahrungen hän- gen mit Scham als Zugangshürde zusammen.	Ja	$p < 0,001$	Die Diskriminierten nennen Scham ten- denziell häufiger als Hürde.
	Queere Menschen mit mehrfach marginalisierten Identitäten berich- ten mehr Hürden.	Nein	$p > 0,05$, Cohens $d =$ 0,02	Trans* People of Color berichten 1,84 Hürden (vs. 1,87 bei weißen cis schwulen Män- nern).
Queersensibi- lität	Höhere wahrge- nommene Queer- sensibilität geht mit positiveren Er- fahrungen einher.	Nein	$p > 0,05$	Queersensible An- gebote: Zufrieden- heit 3,7 (vs. 3,67 bei nicht-queersensiblen Angeboten).

	Nicht-queersensible Angebote führen häufiger zu Nicht-Nutzung.	Ja	$p < 0,01$	Queersensible Angebote werden von keinem der Befragten abgebrochen.
	Queersensible Angebote werden durch Empfehlung häufiger angenommen.	Nein	$p > 0,05$	Queersensible Angebote werden durch Empfehlung nicht signifikant häufiger angenommen.
Unterstützungsbedarfe	Anonymität und Wertschätzung werden häufiger genannt als strukturelle Maßnahmen.	Nein	$p > 0,05$	Keine signifikanten Unterschiede
	Menschen mit starkem Einfluss der Substanzen wünschen sich besonders oft queere Fachkräfte.	Nein	$p > 0,05$	Keine signifikanten Unterschiede jedoch ein tendenzieller Unterschied
	Menschen mit konkreten Unterstützungsbedarfen nehmen mehr Hürden wahr.	Ja	$p < 0,001$, Cohens $d = 0,92$	Menschen mit konkreten Bedarfen berichten 2,50 Hürden (vs. 1,50 bei Menschen ohne klare Wünsche).
Trans* und nicht-binäre Personen	Trans* und nicht-binäre Personen berichten höhere Diskriminierungswerte.	Ja	$p < 0,001$, Cramérs $V = 0,15$	4,35 % der trans* und nicht-binären Personen berichten Diskriminierung (vs. 11,48 % bei cis).
	Trans* und nicht-binäre Personen nehmen mehr Zugangshürden wahr.	Ja	$p < 0,001$, $\text{Eta}^2 = 0,02$	Trans* und nicht-binäre Personen berichten mehr Hürden als cis-Personen.

6. Fazit: queersensible Suchthilfe als gesellschaftliche Notwendigkeit

Die vorliegende Studie „Queere Perspektiven auf Substanzkonsum: Zugang, Erfahrungen und Versorgungslücken sichtbar machen. Ergebnisse einer quantitativen Studie zu geschlechtlicher Vielfalt und sexueller Orientierung und ihre Bedeutung für eine queersensible Suchthilfe in NRW“ liefert systematische, empirisch gestützte Belege für die strukturellen Benachteiligungen queerer Menschen im deutschen Suchthilfesystem. Die Ergebnisse bestätigen nicht nur internationale Forschungsergebnisse, sondern zeigen auch, dass die deutschsprachige Suchthilfe queere Lebensrealitäten bisher nur unzureichend berücksichtigt. Die zentralen Erkenntnisse unterstreichen: Queersensible Suchthilfe ist kein Luxus, sondern eine dringende Notwendigkeit.

Substanzkonsum als Bewältigungsstrategie

Die Ergebnisse widerlegen das Klischee, wonach Substanzkonsum von queeren Personen vorrangig mit *Partydrogen* oder *Hedonismus* verbunden sei. Stattdessen dominieren Alkohol (79 %), Cannabis (58 %) und Nikotin (65 %). Diese Substanzen werden vor allem zur Bewältigung von Diskriminierung eingesetzt. Es ist besonders bemerkenswert, dass TIN*-Personen in höherem Maße als cis-Personen belastende Motive wie Krankheiten, Abwertung aufgrund der Geschlechtsidentität und/oder sexuellen Orientierung sowie Benachteiligung angeben. Daraus lässt sich folgern, dass Substanzkonsum in queeren Communities häufig eine Kompensationsstrategie ist.

Diskriminierung als zentrale Zugangshürde

Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist der signifikante Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und dem Zugang zu Suchthilfe:

- Queere Menschen, die Diskriminierung erleben, berichten durchschnittlich 3,86 Hürden (vs. 1,56 bei nicht diskriminierten Personen; $p < 0,001$).
- Scham im Kontext des Substanzkonsums (nicht: aufgrund der queeren Identität) (32 %).
- Intersektionale Diskriminierung verstärkt diese Effekte: Personen mit mehrfacher Diskriminierung erleben signifikant höhere Zugangshürden und häufigere Diskriminierung als weiße cis schwule Männer.

Diese Befunde zeigen, dass das deutsche Suchthilfesystem queere Menschen nicht nur unzureichend erreicht, sondern ihnen durch fehlende Sensibilität, Zugangshürden und strukturelle Ausgrenzung systematisch den Zugang zur Suchthilfe erheblich erschwert.

Queersensibilität als Schutzfaktor

Die Studie widerlegt die Annahme, dass queersensible Angebote automatisch zu höherer Zufriedenheit führen. Zwar berichten Teilnehmende, die Angebote als queersensibel wahrnehmen, tendenziell positivere Erfahrungen, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($p > 0,05$). Entscheidend ist jedoch, dass keine einzige Person, die Angebote als queersensibel wahrgenommen hat, die Hilfe nicht in Anspruch genommen hat. Dies lässt vermuten, dass Queersensibilität die Nutzung erhöht, selbst wenn sie nicht alle anderen Hindernisse wie Kosten oder Wartezeiten vollständig beseitigt.

Konkrete Handlungsbedarfe: Von der Forschung zur Praxis

Die Ergebnisse liefern klare Handlungsempfehlungen für Politik, Praxis und Forschung.

Für die Suchthilfepraxis:

- Verpflichtende Schulungen zu Geschlechtervielfalt, Intersektionalität und Traumasensibilität für alle Fachkräfte.
- Niedrigschwellige, anonyme Angebote (Online-Beratung ohne Registrierungspflicht), um Scham und Outing-Ängste zu reduzieren.
- Queere Peer-Beratung und traumasensible Therapieansätze, die Diskriminierungserfahrungen explizit berücksichtigen.
- Kooperationen mit queeren Communities (darunter CSDs, queere Beratungsstellen), um Vertrauen aufzubauen und Zielgruppen besser zu erreichen.

Für die Politik:

- Verbindliche Standards für queersensible Suchthilfe.
- Finanzielle Förderung von Einrichtungen, die ihr Konzept bzgl. Queersensibilität überarbeiten/erneuern wollen. D.h. finanzielle Förderung für Fortbildungen, externe Berater*innen, Umgestaltung der Räumlichkeiten.
- Finanzielle Förderung von Einrichtungen, die queere (Peer-)Berater*innen beschäftigen und queersensible Ansätze umsetzen.
- Verpflichtende Erhebung von Geschlechtsidentitäten und sexueller Orientierung in Suchthilfestatistiken, um Datenlücken zu schließen.

Für die Forschung:

- Längsschnittstudien zur Evaluation der Langzeitwirkung queersensibler Angebote.
- Partizipative Forschungsansätze, die queere Communities aktiv einbeziehen – nicht nur als „Studienobjekte“, sondern als Expert*innen ihrer eigenen Erfahrungen.
- Internationale Vergleiche mit anderen Ländern, um erfolgreiche Modelle auf Deutschland zu übertragen.

Innovationsbeitrag

- Diese Studie leistet in mehrfacher Hinsicht einen innovativen Beitrag:
- Erstmalige quantitative Daten für Deutschland, die zeigen, wie geschlechtliche Identität, Diskriminierung und Suchthilfebarrieren miteinander zusammenhängen.
- Intersektionale Perspektive, die sichtbar macht, wie sich Mehrfachdiskriminierung auf den Zugang zu Hilfe auswirkt.
- Direkt umsetzbare Ergebnisse, die Einrichtungen, Fachkräfte und Politiker*innen als Grundlage für strukturelle Veränderungen nutzen können.

6.1. Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie sind ein Aufruf zum Umdenken. Es stellt sich heraus, dass queere Menschen, insbesondere trans*, nicht-binäre und Personen mit mehreren Diskriminierungsachsen (z. B. queer + rassifiziert oder queer + Behinderung) systematisch im Hinblick auf den Zugang zu wesentlichen Unterstützungsleistungen benachteiligt sind. Die Forderung nach queersensibler Suchthilfe ist daher keine Sonderbehandlung, sondern eine Frage der Notwendigkeit.

Zukünftige Forschung muss längsschnittlich ansetzen, um zu prüfen, ob queersensible Angebote nachhaltig wirken. Außerdem ist eine weitere Stärkung intersektionaler Ansätze erforderlich, zum Beispiel durch Kooperationen mit Verbänden für Migration oder für Menschen mit Behinderungen. Nur so kann sichergestellt werden, dass niemand aufgrund ihrer*seiner Identität von Hilfe ausgeschlossen wird.

Glossar

Begriff	Definition
Queersensibilität	Ein konsequenter, respektvoller und diskriminierungsfreier Umgang mit queeren Menschen in Bezug auf geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung und Intersektionaldiskriminierungserfahrungen. Umfasst korrekte Anrede, traumasensible Kommunikation und Wissen über spezifische Bedarfe (Hormontherapie bei trans* Personen).
Minority Stress	Ein chronischer Stress, der durch Diskriminierung, Stigmatisierung und interne Konflikte (mit der eigenen Identität) entsteht. Führt oft zu Bewältigungsstrategien wie Substanzkonsum oder sozialem Rückzug. Theoretischer Rahmen: Minority Stress Theory (Meyer, 2003).
Intersektionalität	Ein Analyseansatz, der zeigt, wie sich mehrere Diskriminierungsformen (Rassismus, Transfeindlichkeit, Klassismus) überlagern und gegenseitig verstärken. Prägend: Kimberlé Crenshaw (1989).
Polytoxer Konsum	Der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen (Alkohol + Cannabis + verschreibungspflichtige Medikamente). Häufig eine Bewältigungsstrategie für komplexe Stressoren.
Misgendering	Die Zuordnung einer Person zu einem falschen Geschlecht und/oder die falsche geschlechtliche Ansprache einer Person. („Herr“ statt „Frau“ bei einer trans* Frau). Kann unabsichtlich passieren oder bewusst als Abwertung eingesetzt werden. Führt oft zu Trauma, Scham und Vertrauensverlust.
Queere Peer-Beratung	Beratung durch ehemalige Suchtbetroffene mit eigener queerer Identität. Basiert auf dem Prinzip „Betroffene beraten Betroffene“ und erhöht das Vertrauen in die Hilfe.
Chemsex	Der Konsum von Drogen im sexuellen Kontext (Crystal Meth, GHB/GBL), besonders in schwulen Communities. Oft mit Risikoverhalten (ungeschützter Sex) verbunden.
Traumasensible Suchthilfe	Ein therapeutischer Ansatz, der Traumaerfahrungen durch Diskriminierung und Gewalt explizit berücksichtigt, statt sie zu ignorieren oder zu pathologisieren.
Safer Space	Ein geschützter, diskriminierungsfreier Raum, in dem queere Menschen ohne Angst vor Ablehnung oder Outing Hilfe suchen können. Umfasst anonyme Zugangswege, queere Fachkräfte und klare Anti-Diskriminierungsregeln.

Rassifizierung	Der Prozess, Menschen aufgrund äußerer Merkmale (z. B. Hautfarbe) einer konstruierten „Rasse“ zuzuordnen und damit Diskriminierung zu legitimieren. Kritischer Begriff, um Rassismus als gesellschaftliches Konstrukt zu benennen.
Geschlecht	Geschlecht wird als soziales Konstrukt verstanden: Es ist gesellschaftlich oft binär gedacht, umfasst jedoch mehr als die sogenannten biologischen Geschlechter. z.B. trans*, inter*, nicht-binär, a-gender und cisgeschlechtlich.
Geschlechtsidentität	Das innere Wissen einer Person darüber, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlt – unabhängig vom bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht. Mögliche Geschlechtsidentitäten sind u. a. cis, trans*, inter*, nicht-binär, genderfluid und agender.
TIN*	Abkürzung für trans*, inter* und nicht-binär. Sammelbegriff für Menschen, deren Geschlechtsidentität nicht der binären Norm (männlich/weiblich) entsprechen.
Viktimisierung	Bezeichnet das Erleben von Gewalt, Diskriminierung oder Ausgrenzung als direkte Zielscheibe, z. B. queerfeindliche Übergriffe, Mobbing oder institutionelle Ablehnung.
3-MMC / 4-MMC	Synthetische Cathinone (auch als „Mephedron-Verwandte“ bekannt). Stimulierende, MDMA-ähnliche Wirkung; werden u. a. in Chemsex-Kontexten konsumiert.
GHB / GBL	Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) und ihre Vorstufe Gamma-Butyrolacton (GBL). Sedativ-hypnotisch wirksame Substanzen mit enger therapeutischer Breite (hohes Überdosis-Risiko); werden in der queeren Szene insbesondere in Chemsex-Kontexten verwendet.
Crystal Meth	Methamphetamin in kristalliner Form. Stark stimulierende Substanz mit hohem Abhängigkeitspotenzial; in Chemsex-Kontexten häufig konsumiert.
LSD / Psilocybin	Klassische Psychedelika: LSD (Lysergsäurediethylamid, halbsynthetisch) und Psilocybin (psychoaktiver Wirkstoff in „Magic Mushrooms“). Bewusstseinsverändernde Substanzen mit primär halluzinogener Wirkung.

Literaturverzeichnis

Bailey, S., Newton, N. C., Perry, Y., Davies, C., Lin, A., Marino, J. L., Kang, M., Garlick-Bock, S., Nguyen, H. T., Mitrou, F., & Barrett, E. (2024). Prevalence, distribution, and inequitable co-occurrence of mental ill-health and substance use among gender and sexuality diverse young people in Australia: Epidemiological findings from a population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02714-1>

Barbara, A. M. (2002). Substance abuse treatment with lesbian, gay and bisexual people: A qualitative study of service providers. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 14(4), 1–17. https://doi.org/10.1300/J041V14N04_01

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2017). Intervenable factors that explain disparities in health between sexual minority and heterosexual people: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 107(4), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303620>

Botor, N. J., & Tuliao, A. P. (2023). A scoping review on the role of sexual orientation and gender identity microaggressions in substance use. *International Journal of Sexual Health*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2211975>

Bourne, A. (2012). Drug use among men who have sex with men: Implications for harm reduction.

Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2018). Sexual orientation disparities in the co-occurrence of substance use and psychological distress: A national population-based study (2008–2015). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(4), 403–412. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1491-4>

Chew, J., Chang, Y., & Lee, Y. (2025). Intersectional disparities in illicit drug use by race/ethnicity and sexual orientation among U.S. adults: Results from a large secondary sample. *Journal of Addictive Diseases*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/10550887.2025.2514322>

Corliss, H. L., Rosario, M., Wypij, D., Wylie, S. A., Frazier, A. L., & Austin, S. B. (2010). Sexual orientation and drug use in a longitudinal cohort study of U.S. adolescents. *Addictive Behaviors*, 35(5), 517–521. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.019>

Cotaina, M., Peraire, M., Boscá, M., Echeverria, I., Benito, A., & Haro, G. (2022). Substance Use in the Transgender Population: A Meta-Analysis. *ProQuest*, 12(3), 366. <https://doi.org/10.3390/brainsci12030366>

Coulter, R. W. S., Ware, D., Fish, J. N., & Plankey, M. (2019). Latent classes of polysubstance use among adolescents in the United States: Intersections of sexual identity with sex, age, and race/ethnicity. *LGBT Health*, 6(3), 116–125. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0149>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1(8), 139–167.

- Demant, D., Hides, L., Kavanagh, D. J., White, K. M., Winstock, A. R., & Ferris, J. (2016). Differences in substance use between sexual orientations in a multi-country sample: Findings from the Global Drug Survey 2015. *Journal of Public Health*, 39(3), 532–541. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw069>
- Demant, D., Hides, L., Kavanagh, D. J., White, K. M., Winstock, A. R., & Ferris, J. (2016). Differences in substance use between sexual orientations in a multi-country sample: findings from the Global Drug Survey 2015. *Journal of Public Health*, 39(3), 532–541. <https://doi.org/10.1093/PUBMED/FDW069>
- Dharma, C., Liu, E., Grace, D., Logie, C., Abramovich, A., Mitsakakis, N., Baskerville, B., & Chaiton, M. (2024). Factors associated with the use of psychedelics, ketamine and MDMA among sexual and gender minority youths in Canada: A machine learning analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*. <https://doi.org/10.1136/jech-2023-220748>
- Dyar, C., & Morgan, E. (2023). Rural and urban differences in disparities in substance use and substance use disorders affecting sexual minority populations. *Journal of Rural Health*. <https://doi.org/10.1111/jrh.12816>
- Dyar, C., Sarno, E. L., Newcomb, M. E., & Whitton, S. W. (2020). Longitudinal associations between minority stress, internalizing symptoms, and substance use among sexual and gender minority individuals assigned female at birth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(5), 389–401. <https://doi.org/10.1037/ccp0000487>
- English, D., Rendina, H. J., & Parsons, J. T. (2018). The effects of intersecting stigma: A longitudinal examination of minority stress, mental health, and substance use among Black, Latino, and multiracial gay and bisexual men. *Psychology of Violence*, 8(6), 669–679. <https://doi.org/10.1037/vio0000218>
- Ford, J. V., Pearlman, L. R., & Feinstein, B. A. (2023). Bisexuality and substance use. *Current Sexual Health Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11930-023-00369-8>
- Garrison-Desany, H. M., Childress, C., McConico, N., Jarrett, B. A., Howell, S., & Glick, J. L. (2023). Substance use patterns among a global sample of transgender and non-binary people during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 23, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s44263-023-00014-5>
- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science*, 15(3), 350–363. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0393-7>
- Harbin, A., Beagan, B. L., & Goldberg, L. (2012). Discomfort, Judgment, and Health Care for Queers. *Journal of Bioethical Inquiry*, 9(2), 149–160. <https://doi.org/10.1007/S11673-012-9367-X>
- Hawkins, B., Armstrong, H. L., Kesselring, S., Rich, A. J., Cui, Z., Sereda, P., Howard, T., Forrest, J. I., Moore, D. M., Lachowsky, N. J., Hogg, R. S., & Roth, E. A. (2019). Substance use as a mechanism for social inclusion among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Vancouver, Canada. *Substance Use & Misuse*, 54(12), 1945–1955. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1621901>

Hequembourg, A., & Dearing, R. L. (2013). Exploring Shame, Guilt, and Risky Substance Use Among Sexual Minority Men and Women. *Journal of Homosexuality*, 60(4), 615–638. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.760365>

Hughes, T., McCabe, S. E., Wilsnack, S. C., West, B. T., & Boyd, C. J. (2010). Victimization and substance use disorders in a national sample of heterosexual and sexual minority women and men. *Addiction*, 105(12), 2130–2140. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03088.x>

Kennedy, K. S., Harper, C. R., Li, J., Suarez, N. A., & Johns, M. M. (2022). Protective environments, health, and substance use among transgender and gender expansive youth. *LGBT Health*, 9(6), 393–400. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0258>

Kidd, J. D., & Witten, T. M. (2008). Understanding Spirituality and Religiosity in the Transgender Community: Implications for Aging. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 20(1-2), 29–62. <https://doi.org/10.1080/15528030801922004>

Layland, E. K., Bray, B. C., Kipke, M. D., & Maggs, J. L. (2022). Intersectional stigma subgroup differences in unhealthy drinking and disordered marijuana use among Black and Latino cisgender sexual minority young men. *Drug and Alcohol Dependence*, 238, 109550. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109550>

Lazarevic, V., Holman, E. G., Oswald, R. F., & Kramer, K. Z. (2016). Relations Between Economic Well-Being, Family Support, Community Attachment, and Life Satisfaction Among LGBQ Adults. *Early Childhood Education Journal*, 37(4), 594–606. <https://doi.org/10.1007/S10834-015-9464-1>

Lee, J., Evans-Polce, R. J., Ahlquist, J., & Parker, M. A. (2023). Polysubstance use by sexual identity among US adults, 2021. *Preventive Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107729>

Lewis, N. M., & Mills, S. (2016). Seeking security: Gay labour migration and uneven landscapes of work. *Environment and Planning A*, 48(12), 2484–2503. <https://doi.org/10.1177/0308518X16659773>

Livingston, N. A., Berke, D., Scholl, J., Ruben, M., & Shipherd, J. C. (2020). Addressing Diversity in PTSD Treatment: Clinical Considerations and Guidance for the Treatment of PTSD in LGBTQ Populations. *Current treatment options in psychiatry*, 7(2), 53–69. doi: <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00204-0>

Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G., & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(4), 546–556. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x>

Meyer, I. H. (2003). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(1), 364–381. <https://doi.org/10.2307/1519782>

Mimiaga, M. J., Klasko-Foster, L., Santostefano, C. M., Jin, H., Wyron, T., Hughto, J. W., & Biello, K. B. (2024). Global epidemiology and social-ecological determinants of substance use disparities, consequences of use, and treatment options among sexual and gender

minority populations. In *Handbook of LGBTQ+ Health* (pp. 1–25). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-36204-0_8

Pachankis, J. E., Soullard, Z. A., Morris, F., & Seager van Dyk, Iana (2021). A model for adapting evidence-based interventions to be LGBTQ-affirmative: Putting minority stress principles and case conceptualization into clinical research and practice. *Cognitive and Behavioral Practice*. Epub ahead of print. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.11.005>

Pakula, B., Shoveller, J., Ratner, P. A., & Carpiano, R. (2016). Prevalence and Co-Occurrence of Heavy Drinking and Anxiety and Mood Disorders Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Canadians. *American Journal of Public Health*, 106(6), 1042–1048. <https://doi.org/10.2105/ajph.2016.303083>

Pedro, K. T. D., Esqueda, M. C., & Gilreath, T. D. (2017). School protective factors and substance use among lesbian, gay, and bisexual adolescents in California public schools. *LGBT Health*, 4(3), 210–216. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0132>

Pellicane, M. J., Quinn, M. E., & Ciesla, J. A. (2023). Transgender and gender-diverse minority stress and substance use frequency and problems: Systematic review and meta-analysis. *Transgender Health*. <https://doi.org/10.1089/trgh.2023.0025>

Radde, M., Oeser, P., Wittenstein, A. S., Blumenauer, E., Melz, M. S., Herrmann, W. J., Radde, M., Oeser, P., Wittenstein, A. S., Blumenauer, E., & Melz, M. S. (2025). Does one have to be queer to care for queer patients? A qualitative interview study with general practitioners in Germany. *European Journal of General Practice*, 31(1), 2567463–2567463. <https://doi.org/10.1080/13814788.2025.2567463>

Reisner, S. L., Pardo, S. T., Gamarel, K. E., Hughto, J. M. W., Pardee, D. J., & Keo-Meier, C. L. (2015). Substance Use to Cope with Stigma in Healthcare Among U.S. Female-to-Male Trans Masculine Adults. *LGBT Health*, 2(4), 324–332. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0001>

Rogers, A. H., Seager, I., Haines, N., Hahn, H., Aldao, A., & Ahn, W. (2017). The indirect effect of emotion regulation on minority stress and problematic substance use in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Frontiers in Psychology*, 8, 1881. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01881>

Rosenthal, S. R., Gately, K. A., Archibald, N., Baker, A. B., Dawes, M. P., & Swanberg, J. E. (2023). Substance misuse among sexual and gender minorities: The role of everyday discrimination and identity. *Substance Use & Misuse*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2257309>

Scheer, J. R., Mereish, E. H., Gilmore, A. K., Cascalheira, C. J., Helminen, E. C., Dobani, F., Behari, K., Pirog, S., Jackson, S. D., Sullivan, T. P., & Batchelder, A. (2024). Examining daily self-efficacy, minority stressors, and alcohol and other drug use among trauma-exposed sexual minority women and transgender and gender-diverse people. *Annals of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1093/abm/kaae065>

Seil, K., Desai, M. M., & Smith, M. V. (2014). Sexual orientation, adult connectedness, substance use, and mental health outcomes among adolescents: Findings from the 2009

New York City Youth Risk Behavior Survey. *American Journal of Public Health*, 104(10), 1950–1956. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302050>

Simeonov, D., Steele, L. S., Anderson, S., & Ross, L. E. (2015). Perceived Satisfaction With Mental Health Services in the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Transsexual Communities in Ontario, Canada: An Internet-Based Survey. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(1), 31–44. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-037>

Smout, S., & Benotsch, E. G. (2022). Experiences of discrimination, mental health, and substance use among bisexual young adults. *Journal of Bisexuality*, 22(4), 539–556. <https://doi.org/10.1080/15299716.2022.2116514>

Szkody, E., Hobaica, S., Jans, L., Bergstrom, T., Chang, Y., Smith, A. C., & Schleider, J. L. (2025). Structural stigma and LGBTQ+ youth mental health. *Psychological Science*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/t4xkm>

Thomas, S. A., Clements-Nolle, K., Wagner, K. D., Omaye, S. T., Lu, M., & Yang, W. (2023). Protective environmental factors and opioid use among sexual minority youth. *American Journal of Health Behavior*, 47(3), 618–627. <https://doi.org/10.5993/ajhb.47.3.19>

Tjepkema, M. (2008). Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health Reports*, 19(1), 53–64.

Vock, F., Johnson-Ferguson, L., Bechtiger, L., Stulz, N., Felten, J. V., Eisner, M., Hepp, U., Ribeaud, D., Shanahan, L., & Quednow, B. B. (2023). Substance use in sexual minority youth: Prevalence in an urban cohort. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00657-0>

Watson, R. J., Fish, J. N., Poteat, V. P., & Rathus, T. L. (2019). Sexual and gender minority youth alcohol use: Within-group differences in associations with internalized stigma and victimization. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(12), 2403–2417. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01130-y>

Watson, R. J., Park, M., Taylor, A. B., Fish, J. N., Corliss, H. L., Eisenberg, M. E., & Saewyc, E. M. (2020). Associations between community-level LGBTQ-supportive factors and substance use among sexual minority adolescents. *LGBT Health*, 7(2), 82–89. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0205>

Watts, K. J., Thrasher, S. S., Conner, L. R., Showalter, K., Griffin, D., Howard, S. P., MacCio, E. M., & Moore, J. X. (2025). The Divergent Associations of LGBTQ+ Belongingness with Illicit Drug Use and Alcohol Consumption Among Adults in Kentucky. *Sexes*, 6(3), 44–44. <https://doi.org/10.3390/sexes6030044>

Wolfe, H. L., Mari-Lynn Drainoni, Jaclyn, Siegel, J., Segovia, C., & Fix, G. M. (2023). “I think providers see trans people as unstable patients”: Exploring substance use communication experiences of transgender and gender diverse adults during primary care encounters.. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000692>