

# rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

7. Jahrgang

Heft 1·2018

Themenschwerpunkt:

## Mehr als abhängig

Substitutionstherapie als integrierte Versorgung



## Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

### Wissenschaftliche Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek  
musalek@me.com  
Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum  
m.poltrum@philosophiepraxis.com  
Dr. Oliver Scheibenbogen  
office@scheibenbogen.at

### Wissenschaftlicher Consultant

Dr. Martin Tausch  
mtausch@kabelplus.at

### Herausgebende Institutionen

Institut für Sozialästhetik und psychische Gesundheit –  
Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien  
Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

### Chefredakteur

Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum  
m.poltrum@philosophiepraxis.com

### Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen  
t.ballhausen@gmail.com  
Mag. Irene Schmutterer  
irene.schmutterer@goeg.at

### Bildredaktion

Sonja Bachmayer  
ikarus711@hotmail.com

### Verlag

Pabst Science Publishers  
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich  
Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550  
www.pabst-publishers.de  
www.psychologie-aktuell.com

### Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst  
wp@pabst-publishers.com

### Administration

Silke Haarlamert  
haarlamert@pabst-publishers.com

### Herstellung

Bernhard Mündel

### Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

### Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

### Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,  
Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.  
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

### Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07  
BIC: DRESDEFF265

### Bestellservice:

haarlamert@pabst-publishers.com  
Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

**Bezugsbedingungen:** Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

### Umschlagbild:

© Sonja Bachmayer, www.somoflo.at

# rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

7. Jahrgang · Heft 1-2018

Themenschwerpunkt:

## Mehr als abhängig Substitutionstherapie als integrierte Versorgung

### Gastherausgeber:

Chaim Jellinek, Gabriele U. Bellmann & Bernd Westermann

## Inhalt

- 3 Editorial  
*Bernd Westermann*
- 4 Einführung zu den Hintergründen dieser (Wieder-)Begegnung  
*Bernd Westermann*
- 8 Wir treten das Erbe an – natürlich!  
*Andreas Freese & Antje Matthiesen*
- 9 Nicht aufgeben! Es gibt immer wieder noch bessere Lösungen  
*Werner Schütze*
- 13 „Einfach ganz pragmatisch – aber dann schlüssig!“  
*Thomas Wallimann-Sasaki*
- 19 Individuelle Sucht und kranke Gesellschaft  
*Ellis Huber*
- 28 Impfung gegen Heroin. Eine neue therapeutische Kooperationsform zwischen Ärzten und psychosozialen Begleitern  
*Jörg Gözl*
- 32 Sucht und Substitution brauchen keine Moral.  
Für einen unverkrampften Umgang mit psychoaktiven Substanzen  
*Toni Berthel*
- 36 Blindheitsblindheit in der Suchtforschung und im Umgang mit Ergebnissen?  
*Alfred Uhl*
- 45 Bildstrecke „Endstation Sehnsucht“  
*Fotos von Sonja Bachmayer (www.somoflo.at)*
- 49 Wissenschaftliche Evidenz der Substitutionsbehandlung (Zusammenfassung)  
*Uwe Vertheim*

- 50 „Transprofessionelle“ Handlungsorientierungen für die Versorgung.  
Wege zum humanökologischen Ursachenmodell  
*Felix Tretter*
- 55 „Double trouble“ (auf beiden Seiten): auch künftig ein zwiespältiges  
Verhältnis von Psychiatrie und Suchthilfe?  
*Monika Trendelenburg*
- 58 Doppelbelastung durch Sucht und Trauma: Schwer erkrankt, aber zu wenig  
Hilfsangebote. Oder: Von der langsamen Veränderung des Suchthilfesystem  
durch wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Erfahrungen  
*Katrin Körtner*
- 65 Wollen, können, sollen  
Die Rolle der Klinischen Sozialarbeit in der integrierten Versorgung  
*Uta M. Walter*
- 71 Bildstrecke „Le monde en miniatures“  
*Fotos von Sonja Bachmayer (www.somoflo.at)*
- 76 Wie viel Paternalismus ist nötig?  
Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der Substitutionsbehandlung  
*Dirk Schäffer*
- 82 HIV und Drogen: Lernen von Modellprojekten  
oder „Was haben Schwangere mit Drogengebrauchern gemeinsam?“  
*Annette Haberl*
- 85 Die psychosoziale Begleitung im Rahmen einer integrierten Versorgung  
Substituierter  
*Theo Wessel*
- 87 Sucht kennt keine Grenzen  
*Michael Klein*
- 92 Alkohol und Cannabis in der Schwangerschaft –  
wenn hedonistischer Konsum an seine Grenzen stößt  
*Jan-Peter Siedentopf & Manuela Nagel*
- 95 Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken:  
Was denn sonst?  
*Joachim Körkel*
- 104 Zwischen Utopie und Dystopie – zurück zu den Anfängen  
*Heribert Fleischmann*

### Nachrichten

- 18 Raucher ernähren sich ungesund
- 27 Warum Alkohol Menschen aggressiver macht
- 64 E-Zigaretten verdampfen Blei und andere Metalle
- 84 Wie viel Paternalismus ist nötig?
- 110 Alkoholiker erkranken häufiger und früher an Demenz
- 111 Bei mehr als einem Bier pro Tag wird's kritisch

## Editorial

Bernd Westermann

Dieses Sonderheft dokumentiert ein Berliner Kolloquium, das am 17. Mai 2018 zum Gedenken an den im Mai des Vorjahres verstorbenen Suchtmediziner Chaim Jellinek stattfindet. Unter dem bereits wiederholt verwendeten Motto „Mehr als abhängig“ geht es diesmal um die „Zukunft der integrierten Versorgung besonders belasteter Suchtkranker am Beispiel der Substitutionsbehandlung“. Erneut ist es gelungen, einen interdisziplinären Kreis von ExpertInnen für fundierte und leidenschaftliche Statements zu gewinnen. Zusätzlich zu den beim Kolloquium aktiven ReferentInnen tragen weitere AutorInnen zu einer äußerst gehaltvollen Gesamtschau über das Thema und seine Kontexte bei. Sehr politisch sollte es werden und ist es auch geworden.

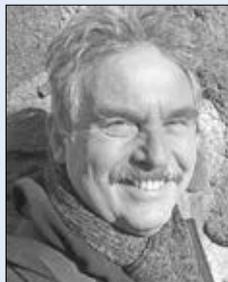
Bei der Suche nach aktiv Mitwirkenden traf ich auf nur wenige, die zögerten oder sich zurückhielten, stattdessen auf starkes Interesse, große Sympathien und unkomplizierte Unterstützung, gewiss auch wegen der lebendigen Erinnerung an Chaim Jellinek und der engen Verbundenheit mit ihm.

Wo es nicht zu einer Einigung kam, waren stets gut nachvollziehbare Hintergründe wie Erkrankungen oder Kapazitätsgrenzen im Spiel. Dass Uwe Vertheim nicht mit dem geplanten Volltext, sondern nur mit dem Abstract dazu erscheint, ist schade, jedoch nicht zu ändern. Bedauerlich ist auch, dass es nicht gelang, einen niederländischen Beitrag zum Thema „integrierte Versorgung Suchtkranker“ einzuwerben. Auch in Amsterdam und Rotterdam fehlte es nicht am guten Willen. Dasselbe gilt für Toronto. Der Reanimationsversuch unserer bewährten kanadischen Verbindung schlug leider fehl. Ungeachtet unerfüllter Wünsche ist doch etwas gewachsen, mit dem vor wenigen Monaten noch kaum jemand rechnen konnte. Selbst unter den AutorInnen gab es „unterwegs“ Überraschungen darüber, was da wie zur Sprache gebracht wurde. Ihnen allen gilt ein herzliches Dankeschön! Der Dank schließt unbedingt die Notdienst-Geschäftsführerin Petra Israel-Reh und die MitarbeiterInnen des Notdienstes

Berlin e.V. mit ein. In Mitveranstalter-Rolle trat die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes-Klinikums Berlin-Neukölln, Chefärztin Frau Dr. Ingrid Munk – herzlichen Dank!

Zu den Mitveranstaltern gehören auch die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin und die Suchtakademie Berlin/Brandenburg. Herzlichen Dank für die so wichtige Unterstützung, besonders an Dr. Markus Backmund und Dr. Johannes Lindenmeyer!

Auf gar keinen Fall vergessen werden darf der Landesverband Berlin des PARITÄTERS; Heike Drees muss hier persönlich genannt werden. Dr. Klaus Behrendt aus Hamburg, der bereit war, die anstrengende Moderation zu übernehmen, und Dr. Peter Tinnemann (Charité Berlin/Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf) gebührt ebenfalls besonderer Dank. Der „Kongresspräsidentin“ Gabriele U. Bellmann muss für ihr langjähriges grandioses Engagement hervorgehoben gedankt werden! Und: Mal wieder und wie immer wäre nichts aus diesem Projekt geworden ohne Ana Rosa Althoff Pimpão!



**Dr. phil. Bernd Westermann**

Diplomwirtschafter, Sozialtherapeut (Sucht)  
Notdienst für Suchtmittelgefährdete  
und -abhängige Berlin e.V., Geschäftsstelle  
Projektentwicklung & Fortbildung  
Genthiner Straße 48  
D-10787 Berlin  
bwestermann@notdienstberlin.de

## Einführung zu den Hintergründen dieser (Wieder-)Begegnung

Bernd Westermann

### Zusammenfassung

Es wird beschrieben, aus welchen konkreten Gründen es mehr als naheliegend war, genau jetzt genau diesen Austausch zur „integrierten Versorgung gesundheitlich besonders belasteter Menschen am Beispiel der Substitutionsbehandlung“ durchzuführen. Die große Spur, die der Arzt und „maßgebende Mensch“ Chaim Jellinek hinterlassen hat, wird in die Zukunft verlängert. Dabei wird deutlich, wie ein professions- und sektorenübergreifendes Versorgungsmodell aussehen könnte, und was die „Bedingungen seiner Möglichkeit“ wären.

### Vor allem Weiteren

„Mehr als abhängig“? Das ist eigentlich keine Frage, sondern eine Tatsachenfeststellung mit programmatischen Konsequenzen. Diejenigen, um die es geht, sind „besonders belastete Menschen“, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden. „Mehr als abhängig“ meint weitaus mehr als diese besonders massiven komplexen Belastungen. Es geht um ganze Menschen mit speziellen Begabungen und Erfahrungen, die gezwungen waren, sind und bleiben, mit großer Ausdauer Überlebenskunst zu praktizieren, die im engen Kontakt durch eine große Portion „Galgenhumor“ auffallen, die zugleich Bescheidenheit und Unverschämtheiten demonstrieren können, Ansprüchigkeit und Dankbarkeit, die einen gemeinsamen Habitus sehr individuell leben, stets unterscheidbar bleiben ... (auch von sich selbst, in der Entwicklung, sofern es dazu noch kommen kann).

Um deren „integrierte Versorgung“ soll und wird es gehen. Das hat doch immerhin seit Jahren Gesetzeskraft (§ 140 a.-d. SGB V). Gibt es so etwas heute überhaupt? Was folgt aus der Gegenwart für die Zukunft? Wie tollkühn oder sinnvoll ist es, Immanuel Kants „Kritik der reinen Vernunft“ in Stellung zu bringen, in der es um die Voraussetzungen menschlicher Erfahrung ging? Erst viel später wurde dieses

Vokabular auch auf verschiedene Phänomene des gesellschaftlichen Zusammenlebens angewandt. Welche Gesamtheit von Bedingungen ermöglicht erst, dass eine integrierte Versorgung der benannten Zielgruppe, aktuell und vielleicht auch künftig, stattfinden kann? Das ist alles andere als selbstverständlich, es dürfte kaum durch einfache Fortschreibung von Vergangenheit und Gegenwart gelingen.

### Integrierte Versorgung in Bewegung

Inzwischen wurden Jubiläen gefeiert, z.B. „10 Jahre integrierte Versorgung der Psychiatrie-Initiative Berlin Brandenburg“. Es gibt sie, noch immer als „Modelle“ nicht übel gefördert, die IV-Verträge zur Gewährleistung einer professions- und sektorenübergreifenden Versorgung auch seelisch erkrankter Menschen. Nicht nur Hüfte und Knie, auch Depressionen spielen eine Rolle dabei, Abhängigkeitserkrankungen nur sehr selten, wobei Projekte mit dem Fokus auf Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in wissenschaftlichen Bestandsaufnahmen mitunter immerhin eingeschlossen wurden, während sich zu Opioidabhängigkeit nur sehr wenig finden ließ<sup>1</sup>.

Manchmal ist die Wirklichkeit weiter als das Bild, das Forschung von ihr hat: Mit nicht verblicher, manchmal sogar übermenschlicher Kraftanstrengung ist es gelungen, quantitativ und qualitativ ein erfreuliches Niveau der integrierten substitions-gestützten Behandlung zu erreichen (Behandlungszahlen, -optionen, -settings und -netzwerke). Gravierende Differenzen werden dadurch umso offensichtlicher und inakzeptabler. Bisherige Bemühungen, hie und da den Notstand zu lindern, gingen zunächst bestenfalls partiell mit Erfolgen oder begründeten Hoffnungen einher.

<sup>1</sup> Theo Wessel gilt Dank für den Hinweis auf das „Celler Modell“, bei dem es um „integrierte Versorgung durch Substitutionsbehandlung“ ging. 2008 hatte die AOK Niedersachsen mit den Hilfeanbietern in Celle einen Versorgungsvertrag abgeschlossen. Was daraus wurde, ist mir bislang nicht bekannt.

## Zäsuren

Die immer offensichtlichere Unmöglichkeit eines „Weiter so“ gehört unbedingt zu den Hintergründen dieser Veranstaltung. Angesichts laufender und zu erwartender Entwicklungen auf verschiedenen Feldern (von Konsummustern bis zu ökonomischen und politischen Umbrüchen) ist Zukunft vor allem eines: unsicher! Das kann schlagartig ins Blickfeld rücken, wenn ein wichtiger Partner plötzlich fehlt – in einer symbiotischen gelebten professionellen und menschlichen Beziehung, die durch eine bewährte Einheit von Werten, Interessen und Sprache gekennzeichnet war, durch so etwas wie gegenseitiges „Blindverstehen“, beinahe „tänzerisches“ Miteinander selbst in unübersichtlichen Situationen.

Als Karl Jaspers<sup>2</sup> (1975, S. 9) über „maßgebende Menschen“ schrieb, ging es auch um deren „Einzigartigkeit“ und Unersetzlichkeit“. Jaspers hatte „Impulsgeber“ für die Welt als Ganzes im Blick: Sokrates, Buddha, Konfuzius und Jesus. Er räumte aber ein und das gestattet dann doch Bezugnahme: „Andere Menschen mögen für kleinere Kreise von gleich starker Bedeutung gewesen sein.“ Außer der Frage, OB das von maßgebenden Menschen Geleistete ohne sie überhaupt geschehen wäre, ist stets auch das WIE ihres Engagements entscheidend. Nicht wenig von dem, was in den vergangenen zwei Jahrzehnten geschafft wurde, gäbe es ohne das Zutun von Chaim Jellinek nicht, das steht fest. Was zu erleben war und bleiben wird, ist aber ebenso die Art und Weise, mit schwierigen Themen und Verhältnissen umzugehen. Helmuth Plessner (1982) beschrieb die Differenz von natur- und geisteswissenschaftlicher Haltung mit Worten, die den Arzt- und Menschen-Typus von Chaim Jellinek sehr gut erfassen: „... vom Geisteswissenschaftler dagegen ist der volle Einsatz seiner Person mit all ihren Resonanzflächen gefordert. Hat er sie auch unter rationale Kontrolle zu stellen, so muss er sie doch spielen lassen, damit das Material erscheint, damit er es sieht...“

Viele Jahre lang zu „glühen“ für PatientInnen wie auch für neue Ideen zu deren Nutzen, das hat Energie in nicht durchgängig gesundem Ausmaß gekostet. Die große Spur, die Chaim Jellinek hinterlässt, zeigt in eine Rich-

tung, immer wieder flexibel reagierend auf Unerwartbares, zugleich jedoch unverändert im Grundsatz: „Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe“ (A.I.D.), nach Kreuzberg und Neukölln das bewährte Konstrukt als MVZ auch in Friedrichshain, drei Mal „integrierte Versorgung“ für genau die, die sie am nötigsten brauchen. Ohne Chaim Jellinek (und ohne Gabriele U. Bellmann) wäre es nicht dazu gekommen. In diese Reihe gehört unbedingt auch der 2013 verstorbene damalige Geschäftsführer des Notdienstes, Michael Hoffmann-Bayer.

## Ausgangspunkte und Grundsätze

Bei Gründung der ersten „Ambulanz für integrierte Drogenhilfe“ (1997) war „integriert“ noch keine gängige Vokabel, auch andere Begrifflichkeiten, die heute flächendeckend benutzt werden (ohne weitere inhaltliche Diskussion) waren noch nicht im Umlauf.

Dazu gehört das berühmte „biopsychosoziale Krankheitsverständnis“ oder „Modell“, eine eklektische Konstruktion, m.E. ohne sonderlich hohen Erklärungswert, von nicht wenigen allerdings sehr hoch gehalten: „fundamental“, „wissenschaftlich begründetes ganzheitliches Konzept“, „inzwischen bedeutendste Theorie für die Beziehung zwischen Körper und Geist“...

Mir ist fast, als hätten wir Sucht damals bereits so verstanden<sup>3</sup>, darauf basierte jedenfalls unsere Vorstellung von „integrierter Drogenhilfe“. Warum der letzte wahrhaft „große Wurf“ von Klaus Grawe nicht sofort „gierig“ aufgenommen – und m.E. bis heute nicht hinreichend suchttheoretisch gewürdigt – wurde, vermag ich nicht zu verstehen. Weitere gültige Kernpunkte unseres nachlesbaren Konzepts waren:

- Sämtliche Störungen, Belastungen und Teilhabe-Hindernisse werden diagnostisch und therapeutisch simultan angegangen, nicht nacheinander. Das war damals durchaus nicht der „normale“ Vorgang.
- Der Komplexität der Probleme unserer Klientel müssen die Hilfen entsprechen: multiprofessionelle, im Hilfeprozess immer wieder aufeinander abgestimmte Interventionen sind gefragt.
- Enge Kooperation/Verschränkung mit allen relevanten komplementären Settings.

<sup>2</sup> Drei Mal P kann beim Denken an Jaspers vor allem erinnert werden: Zunächst ist da seine Erfahrung als Psychiater, die wohl nicht unerheblich war für sein Auftreten als Philosoph, für seine ganz besondere Richtung von Existenzialismus, schließlich sein leidenschaftliches politisches Engagement. Was Jaspers in seinen ersten psychopathologischen Veröffentlichungen über Sucht schrieb, dürfte von ihm selbst später kaum noch als angemessen akzeptiert worden sein (eine in der Zeit weit verbreitete Idee von „willensschwachen Charakteren“).

<sup>3</sup> Man konnte auch zur Kenntnis genommen haben, dass an der Humboldt-Universität bereits Mitte der 1980er Jahre das Konzept „Der Mensch als biopsychosoziale Einheit“ entwickelt und interdisziplinär etabliert wurde. Daraus entwickelte sich ein „Institut für Humanontogenetik“, das mit geradezu heroischem Einsatz am Leben erhalten wurde.

- Ausschöpfung aller vorhandenen Ressourcen für alle im Einzelfall möglichen Stabilisierungs- und Entwicklungsschritte. Wir weigerten uns trotzig, nicht mehr als einen „Parkplatz mit Sackgassenaussicht“ zu organisieren.
- Ein Anspruch auf Behandlung und Betreuung für alle, die davon profitieren können, vor allem für die, die sie am nötigsten brauchen, auch und gerade für die sogenannten „schwierigen“ Patienten.
- Was wir „unterwegs“ lernen mussten: Wir können und müssen unserer Klientel, um überhaupt arbeiten zu können – also in deren eigenem Interesse – einiges „zumuten“. „Zumutung“ verstanden als Zutrauen, dass sie das schaffen können und als Ermutigung, sich in eben dieser Richtung zu bewegen.
- Offenheit und Flexibilität im Hinblick auf ganz neue Problemlagen und sich wandelnde Rahmenbedingungen.

Dieses Konzept hat Chaim Jellinek gelebt und geradezu personifiziert, er war intern wie extern ungebrochen identifiziert mit dem Label „A.I.D.“ und dem Notdienst gegenüber stets loyal. Neue Schnittstellen zu verschiedensten Feldern und Einrichtungen, neue Themen, warum nicht auch neue Standorte, vielleicht ja sogar im Ausland, Öffentlichkeit erzeugen, ganz seriös, aber auch spielerisch, nichts davon war unmöglich. Nicht jede tolle Idee ließ sich allerdings umsetzen ..., ohne Chaim Jellinek wäre sie allerdings nicht einmal gedacht worden.

## Orientierungen

Für tatsächlich erreichte Fortschritte waren immer auch „konkrete Visionen“ erforderlich.

Der Professions- und Ländergrenzen wie auch Ideologien überschreitende Blick auf Versorgungswirklichkeiten, verbunden mit dem vielfach eingelösten Anspruch, das notwendig erst noch zu Schaffende mutig zu entwerfen, verband insgesamt fünf Berliner A.I.D.-Tagungen:

- 1998: Mehr als abhängig. Versuche mit Methadon und Heroin.
- 1999: Mehr als abhängig. Heroinverschreibung: Wirkungen und Nebenwirkungen.
- 2000: Mehr als abhängig. „Beigebrauch“: Offene Grenzen der Substitution.
- 2001: Mehr als abhängig. Substitution: Zwischen Leben und Sterben.
- 2002: Mehr als abhängig. Schlafstörungen: Trauma, Betäubung, Behandlung.

Wir sind dringend aufgerufen, auf dieser Tradition aufzubauen, indem eine kritische Be-

standsaufnahme zu den Fragen führt, deren Beantwortung unerlässlich ist, um Versorgungsaufträge künftig überhaupt oder sogar besser als heute erfüllen zu können.

Zur Weltsicht und Arbeitsweise, die mit Chaim Jellinek nicht nur möglich, sondern alternativlos war, gehört die Haltung: Was nötig, aber nicht vorhanden ist, muss von uns erfunden werden! Das meint nicht nur Konzept-Entwerfen und Pläne-Schmieden, meint eher nicht das Bedienen bürokratischer Gepflogenheiten, sondern Loslegen, sofort, auch ohne letzte Gewissheit. Exemplarisch seien aufgeführt:

- die „per Handschlag“ etablierte enge Kooperation mit Jugendhilfe-Trägern,
- die Schaffung von umfeldverträglichen Einrichtungen mit funktionierendem Sicherheitskonzept,
- die Unterstützung von Trainingsprogrammen für Substituierte zu verschiedenen Themen,
- die Nutzung von TCM im suchtmedizinischen Sinne und zur Verbesserung von Lebensqualität,
- traumasensibles Arbeiten inklusive Skills-Training (DBT Sucht) ohne Finanzierung,
- die niedrigschwellige Versorgung gefährdeter Menschen (Hangar auf dem Tempelhofer Feld),
- und nach Chaim Jellinek, doch gewiss ganz in seinem Sinne:
- das aktuelle Projekt „P & P“, also Pflege und Psychotherapie für Substitutionspatienten.

## Vom Veranstalter zur Orientierung aller Beteiligten vorgegebene „Leitfragen“

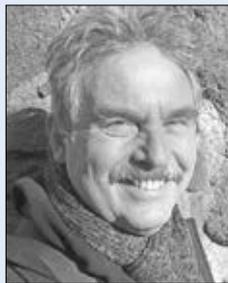
- Wer hat warum welches Interesse daran, die integrierte Versorgung chronisch mehrfach erkrankter süchtiger Menschen künftig (überhaupt/in höherer Qualität) zu gewährleisten?
- Was würde/dürfte das kosten? Wo sind Grenzen?
- Welche konkreten Veränderungen (disziplinäre, inter- und transdisziplinäre) des gegebenen Versorgungssystems/welche Neuerungen sind dafür unerlässlich?
- Wie soll es dazu kommen? Wer verantwortet was, wer steuert?

Es wurde explizit darum gebeten, bei den Überlegungen zu den jeweiligen Themen, „rücksichtslos“ zu sein, nicht im Sinne des Vergessens der womöglich ja lehrreichen Vorgeschichte, wohl aber im Sinne des Absehens von nicht mehr hinterfragten Gewohnheiten und tatsächlichen oder vorgestellten Erwartungen.

Sogar um „Radikalität“ wurde explizit gebeten, Bezug nehmend darauf, was Karl Marx 1843/44 darunter verstand: „Radikal sein ist die Sache an der Wurzel fassen. Die Wurzel für den Menschen ist aber der Mensch selbst“ (Marx, 1976, S. 382). Unmittelbar darauf folgt in diesem Text der „kategorische Imperativ, alle Verhältnisse umzuwerfen, in denen der Mensch ein erniedrigtes, ein geknechtetes, ein verlassenes, ein verächtliches Wesen ist“. Das hätte Chaim Jellinek ohne zu zögern unterschrieben.

## Literatur

- Bellmann, G. U., Jellinek, C. & Westermann, B. (Hrsg.) (1998). *Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Friedrich, J. & Westermann, B. (Hrsg.) (1995). *Unter offenem Horizont. Anthropologie nach Helmuth Plessner*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jaspers, K. (1948). *Allgemeine Psychopathologie* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Jaspers, K. (1975). *Die maßgebenden Menschen*. München: Piper.
- Jellinek, C., Westermann, B. & Bellmann, G. U. (Hrsg.) (2000). „Beigebrauch“. *OFFENE Grenzen der Substitution*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Jellinek, C., Bellmann, G. U. & Westermann, B. (Hrsg.) (2003). *Mehr als abhängig? Schlafstörungen: Trauma, Betäubung, Behandlung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kant, I. (2015). Kritik der reinen Vernunft. In I. Kant (Hrsg.), *Die drei Kritiken*. Köln: Anaconda.
- Marx, K. (1976). Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie. Einführung. In K. Marx & F. Engels (Hrsg.), *Werke, Bd. 1*. Berlin: Dietz.
- Nolting, H.-D. & Hackmann, T. (2012). *Bestandaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. Abschlussbericht. Berlin: IGES Institut GmbH.
- Plessner, H. (1982). Mit anderen Augen. In H. Plessner (Hrsg.), *Mit anderen Augen. Aspekte einer philosophischen Anthropologie*. Stuttgart: Reclam.
- SGB V (2017). *Sozialgesetzbuch, Bücher I-XII* (46. Aufl., § 140 a-d, S. 704 ff.), München: dtv.
- Törkel, K. (2008). *Integrierter Versorgungsvertrag für die Substitutionsbehandlung – Das Celler Modell – Neue Chancen der Zusammenarbeit*. Abstract für die DHS-Tagung 2008.
- Westermann, B., Bellmann, G. U. & Jellinek, C. (Hrsg.) (1999). *Heroinverschreibung. Wirkungen und Nebenwirkungen*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Westermann, B., Jellinek, C. & Bellmann, G. U. (Hrsg.) (2001). *Substitution: Zwischen Leben und Sterben*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.



### Dr. phil. Bernd Westermann

Diplomwirtschaftler, Sozialtherapeut (Sucht)  
 Notdienst für Suchtmittelgefährdete  
 und -abhängige Berlin e.V., Geschäftsstelle  
 Projektentwicklung & Fortbildung  
 Genthiner Straße 48  
 D-10787 Berlin  
 bwestermann@notdienstberlin.de

## Wir treten das Erbe an – natürlich!

Andreas Freese & Antje Matthiesen

Sein Erbe antreten – natürlich tun wir dies, als Einrichtungsleiter der PsB-Abteilung der A.I.D Neukölln und damit langjähriger „Unter-gemeinsamem-Dach-Kollege“ von Chaim Jellinek sowie als Fachverantwortliche für den Bereich der PsB im Notdienst Berlin e.V. und langjährige Mitarbeiterin in der A.I.D Kreuzberg, dann in der A.I.D Friedrichshain, tun wir dies ganz selbstverständlich!

Was übernehmen wir, um es weiterzuführen? Es handelt sich um ein (nicht nur) in der Berliner Suchthilfelandchaft einmaliges und sehr gut etabliertes Angebot der integrierten Versorgung einer schwerkranken Zielgruppe. Im Träger werden von den jährlich über 1.000 SubstitutionspatientInnen knapp 600 ambulant gemäß §§ 53/54 SGB XII in einer der drei A.I.D.s betreut. Dieses spezialisierte Angebot der integrierten Versorgung funktioniert im schwierigen Arbeitsalltag nicht von allein (gerade in Zeiten personeller Veränderungen), sondern muss kontinuierlich gehegt und gepflegt werden und sich dabei zugleich neuen Herausforderungen stellen. Beispielhaft dafür steht u.a. das Thema Altersversorgung und Pflege für diese Zielgruppe. Aber auch Veränderungen der Rahmenbedingungen, durch eine veränderte BtMVV und aktuell vor allem durch das

neue BTHG, stellen vor beachtliche Herausforderungen. Auch zukünftig müssen wir streiten für die notwendige und bedarfsgerechte Versorgung von SubstitutionspatientInnen und dafür Sorge tragen, dass sie das erhalten, was sie benötigen: dieselbe Behandlungs- und Versorgungsqualität wie alle anderen, ganz im Sinne des Teilhabegedankens!

Wie wir wissen (und ausdrücklich unterstützen), wollen auch SubstitutionspatientInnen im Alter (wie auch vorher) angemessen versorgt, in ihrer Elternrolle unterstützt werden, aus verschiedenen Arbeits- und Beschäftigungsoptionen wählen, einige eine Psychotherapie beginnen und andere endlich die HCV behandeln lassen – und manche wollen dies sogar, wenn sie noch in medizinischer (Sucht-) Behandlung sind oder auch wenn sie (noch) weitere Substanzen konsumieren. Das Anrecht auf Erfüllung dieser ganz menschlichen Wünsche und Bedürfnisse haben sie wie alle anderen Personen auch und die Notwendigkeit einer umfassenden und ganzheitlichen Behandlung ist vielfach belegt.

Indem wir darum kämpfen, dass auch SubstitutionspatientInnen all dies erhalten, werden wir dem Erbe des engagierten Streiters für Patientenrechte, Chaim Jellinek, gerecht.



**Andreas Freese**

Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V., Teamleitung Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe (A.I.D.) Neukölln  
Morusstraße 16a  
D-12053 Berlin  
afreese@notdienstberlin.de



**Antje Matthiesen**

Fachbereichsleitung  
Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V., Geschäftsstelle  
Genthiner Straße 48  
D-10785 Berlin  
amatthiesen@notdienstberlin.de

# Nicht aufgeben! Es gibt immer wieder noch bessere Lösungen

Werner Schütze

*Gedanken eines Psychiaters zum Leben und Wirken von Chaim Jellinek, der am 27. Mai 2017 verstarb.*

## Zusammenfassung

In diesem Artikel beschreibt der Autor die beruflichen Schnittstellen zur Arbeit von Chaim Jellinek und trägt dann Überlegungen zur Weiterentwicklung des Hilfesystems vor. Dazu wird das Vorgehen im Ansatz des Open Dialogue beschrieben und die Anwendbarkeit auch im Suchthilfesystem überprüft. Dazu wird der Gedanke der sozialen und politischen Verantwortung der im Hilfesystem tätigen Menschen am Beispiel der psychiatrischen Versorgungsregion Triest in Italien entwickelt.

Es sind viele Jahre vergangen, in denen ich Chaim Jellinek nicht mehr begegnen konnte, da sich unsere beruflichen Wege und Interessen anders entwickelt haben. Wir teilen Erfahrungen aus den 1990er Jahren, einer Zeit des „Aufbruchs“ in Berlin, als die Methadon-Substitution für Drogenabhängige und der methadongestützte Entzug gegen Widerstände aus der Zukunft der Psychiater etabliert wurden und gleichzeitig „Therapie sofort“ von sich reden machte – damals mit einem Standort im Krankenhaus am Urban in Berlin, in dem sich ein Brennpunkt für die medizinische Behandlung illegale Drogen konsumierender Patienten gebildet hatte. Wir teilen Erfahrungen aus unserer gemeinsamen Zeit in der Ethikkommission der Ärztekammer, als er in der damaligen Clearingstelle zusammen mit Constanze Jacobowski die Zulassungsbedingungen organisierte; und wir teilen Erfahrungen aus der Zeit, in der ich die Kollegen der A.I.D. Kreuzberg in ihrer harten Arbeit als Supervisor über viele Jahre begleiten durfte.

Gudrun Mörchen und Michael Janßen haben in ihrem Nachruf in den „Berliner Ärzten“ 10/2017 seinen Lebensweg und sein berufliches Engagement gewürdigt. Ich treffe mich mit ihm in den Aussagen, dass es wichtig ist,

„die Würde seiner Patienten“ gewahrt zu wissen. Aufgeben sei seine „Sache nicht gewesen“. Drogenabhängige seien für ihn „wahre Überlebenskünstler“ gewesen, ich habe sie für mich „Veteranen eines scheinbar oft aussichtslosen Kampfes“ genannt. Auch das Bekenntnis dazu, dass Alkohol und Drogen zeitweilig Gefühle von „Leichtigkeit, Freiheit und Autonomie“ ermöglichen sowie die Bemerkung, dass es Menschen gab, die an ihn glaubten sowie günstige Umstände, die es ihm ermöglichten, sich zu befreien, treffen sich mit meinen Erfahrungen aus anderen Umständen oder Kontexten.

Meine Erfahrungen mit Drogenabhängigen stammen aus der Zeit, als ich als Oberarzt der psychiatrischen Klinik im Krankenhaus am Urban für die Station zuständig war, in der wir mehr und mehr Drogenabhängige betreuten. Es fiel in die Zeit, in der es auch in der internistischen Abteilung des Hauses mit Michael de Ridder einen Arzt gab, der sich der medizinischen Versorgung dieser als Außenseiter und Störenfriede bezeichneten Patientengruppe annahm. Wir machten damals mit Jürgen Rittweger und Bernhard Wegner eine Untersuchung zur Lebensgeschichte von Menschen mit Drogenerfahrungen, die wir im Entzug mit Methadon unterstützten. Diese Untersuchung öffnete uns die Augen über das „früh an Leib und Seele beschädigte Leben“ dieser Patienten, um es ernst zu nehmen. Neben der Anerkennung der frühen Traumatisierungen sind es dann weitere Erfahrungen und Überlegungen, die ich anstellte, um Verbesserungen im Feld psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen zu ermöglichen. Wir als Psychiater näherten uns einem besseren Verständnis der Geschichten hinter dem Drogenkonsum des Einzelnen über die Diagnose der Persönlichkeitsstörungen, allen voran die der emotionalen Instabilität. Das traf im Bereich der Abhängigen und ihrer Helfer nicht auf Gegenliebe, sahen die schon früh wenig Aussicht und Unterstützung durch solche Klassifizierung und fürchteten im Gegenteil eine zusätzliche Stigmatisierung. Und sie behielten Recht.

Diese und andere Überlegungen führten in dem damaligen noch unübersichtlichen, nicht widerspruchsfreien Gebiet dazu, dass ich mich wieder intensiver mit Menschen befasste, die Erfahrungen mit psychotischen Erlebnisformen haben. Auch in diesem Bereich können wir inzwischen feststellen, dass es sich ebenfalls „um früh an Leib und Seele beschädigtes Leben“ handelt, wenn auch in etwas unterschiedlicher Weise. Beiden Gruppen dieser schwerwiegend beeinträchtigten Menschen ist gemeinsam, dass die bisherigen Behandlungsansätze keine zufriedenstellende Angebote zur Verfügung stellen, die nachhaltig zu einer verbesserten Lebensqualität beizutragen in der Lage sind. Das zeigen uns alle Untersuchungen, die diese Menschen über viele Jahre begleitet haben. Da hat auch die Deklaration von „Doppeldiagnosen“ neben der intensiveren Beschäftigung und dem Versuch, diese besonders „gezeichneten“ Menschen nicht mehr zwischen den Zuständigkeitsbereichen „Psyche“ oder „Sucht“ hin- und herzuschieben, nicht wesentlich beitragen können. Vielleicht ist die Zweigleisigkeit unseres Ausbildungs- und Behandlungssystems allzu fest in all unseren Köpfen verankert. Erst als sich Robert Whitacker (2010, 2015), ein amerikanischer Wissenschaftsjournalist, aufmachte, sich der bekannten Studien zu Langzeitverlaufsbeobachtungen vorzunehmen, begriffen wir nach und nach, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit unser Behandlungssystem in der Lage ist, einen Beitrag zu der allseits beklagten Chronifizierung zu leisten, die bisher der Krankheit und der Non-Compliance in die Schuhe geschoben wurde. Das alles wird wie immer in diesem Bereich unterschiedlichste Ursachen haben. Einer davon mag sein, dass wir als Psychiater zu sehr darauf gesetzt haben, dass Symptome wesentlich in der Biologie des Menschen verankert seien und mit Diagnosen „markiert“ und evaluiert werden könnten. Viel zu leichtgläubig und leichtsinnig sind wir mit den zur Verfügung stehenden Medikamenten umgegangen (Moncrieff, 2008). Sprach man von „Behandlung“, war vorrangig die medikamentöse gemeint, selbst wenn man darauf angesprochen schnell versicherte, dass man selbstverständlich auch andere Behandlungsstrategien anwandte. Ein weiterer Grund könnte die in der Psychotherapie vorherrschende Idee der individuellen Bearbeitung innerer Gestimmtheiten sein, die mit einer Entsozialisierung und einer Entpolitisierung von Erlebnisumständen einhergeht, genauso wie es vielleicht (trotz der Beschwörung einer patientenorientierten Medizin) in der Psychiatrie aufgrund eines mangelnden Verständnisses für die tatsächlichen Folgen und zusätzlicher ökonomischer Zwänge nicht

gelingen ist, eine in Folge der Diskussion um „totale Institutionen“ notwendige Durchführung einer umfassenden Deinstitutionalisierung im Zuge der Psychiatriereform nach der Enquete in den 1980er Jahren umzusetzen. Man hat zwar die Betten in Großkrankenhäusern reduziert, Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet und regionale Zuständigkeiten etabliert, aber auch diese sind Institutionen geblieben. Im ambulanten Bereich wurden neue Großorganisationen geschaffen, die ihre eigenen Spielregeln entwickelten, denen sich die Betreuten anzupassen haben. Diese Diskussion hatte im Bereich *Sucht* so gut wie nicht stattgefunden. Mir schien im Gegenteil die Ideologie sich zeitweise dahin zu verfestigen, dass es vorrangig um Unterwerfung unter das Behandlungsregime ging, um der Droge nicht länger ausgeliefert zu sein. Damit gab man sich weitgehend zufrieden und setzte alles auf diese Karte. Also musste die Suche weitergehen.

Ich habe es einem glücklichen Umstand zu verdanken, mit zwei Alternativen in Kontakt gekommen zu sein, die beide von unterschiedlichen Quellen und Ideologien herkommend, sich eine konsequente Ambulantisierung in der Behandlung von Menschen in Krisen zum Ziel gesetzt haben.

Dabei handelt es sich zum einen um ein Modell zur Behandlung von psychotischen Erkrankungen, das sich in Finnland entwickelt hat, und zum anderen um die Versorgungsregion in Trieste, in der in Folge der italienischen Psychiatriereform ein Betreuungsmodell verwirklicht werden musste, was ohne psychiatrische Klinikbetten auskommen sollte.

In Finnland hat sich in der Region West-Lappland ein Behandlungsmodell für psychotische Erkrankungen entwickeln können, was in dieser Form in keiner anderen Region der Welt zu finden ist, aber deren Langzeitbehandlungsergebnisse die besten sind, die auf der Welt bekannt sind. Es stützt sich dabei auf Vorarbeiten einer anderen finnischen Arbeitsgruppe, die sich vor allem auf systemische Therapieansätze bezog und die bedürfnisangepasste Behandlung entwickelte, die im englischen Sprachraum auch als *Need Adapted Treatment* bekannt wurde. In dieser Therapieform wurden konsequent die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien zur Leitlinie des therapeutischen Vorgehens. Ergänzt durch Ideen zu einer dialogischen Gesprächsführung und bereichert durch Ideen zur Nutzung reflexiver Prozesse in der Entwicklung und in der Lehre entwickelte sich ein umfassendes therapeutisches Behandlungssystem unter dem Namen des *Open Dialogue*. In diesem wurden konsequent die Ideen

aus den organisatorischen Empfehlungen der bedürfnisangepassten Behandlung umgesetzt, die in sich schon eine große Herausforderung darstellen, da sie unser übliches Behandlungsmodell vom Kopf auf die Füße stellt (Seikkula & Arnkil, 2007; Schütze, 2018). Es beginnt damit, dass Menschen in Krisen unmittelbar Hilfe angeboten werden sollte und nicht erst in Wochen oder nach Vorleistungen. Da kein Mensch eine „Insel“ ist, wird von Anbeginn an eine Netzwerkperspektive eingenommen, um zu erfahren, wer sich aus der Umgebung des Patienten hilfreich einbringen könnte. Jemand in Not sollte nicht weiter verwiesen werden, selbst wenn wir keine spezielle Expertise auf einem Gebiet haben, erst einmal ist der Krisendienst zuständig. Flexibilität und Mobilität in Bezug auf Zeit, Ort und Beweglichkeit müssen ermöglicht werden. Die psychologische Kontinuität der Betreuer für einen längeren Zeitraum wird für unbedingt erforderlich gehalten, wenn es geht, auch über Jahre. Hier handelt es sich um Erwägungen, die jedem in diesem Feld Tätigen unmittelbar einleuchten, sind also nichts Neues, aber auch keine „alten Hüte“, es wurde bisher nur nicht mehr in diesem Zusammenhang gedacht. Die organisatorischen Erfordernisse, die in diesen Regeln aufgestellt werden, mögen anfangs als unerreichbar imponieren, das darf nicht übersehen, aber auch nicht verabsolutiert („Das geht bei uns nie“) werden.

Getragen werden sollen diese organisatorischen Voraussetzungen von einer Haltung, die an die persönliche Entwicklung von uns allen große Anforderungen stellt. Es beginnt damit, dass wir uns nicht mehr als „Besserwisser“ oder Experten für das Leben anderer Menschen verstehen sollen, sondern anerkennen, dass jeder Mensch ein Experte seines eigenen Lebens ist. Wir streben keine Lösungen an, sondern stellen unser Wissen und unsere Erfahrung zur Verfügung, woraus sich der andere bedienen kann, aber nicht muss. Wir möchten Sicherheit, Vertrauen und so etwas wie Gemeinschaft wieder etablieren, auf die wir alle angewiesen sind und woraus sich dann eigene Lösungen ergeben können. Therapie verstehen wir als Unterstützung bei der Findung eigener Lösungen für die erlebten Dilemmata.

Wir begreifen das gelebte Leben als in einem ständigen dialogischen Bezug der einzelnen Teile zueinander stehend, alles ist mit allem verbunden, eine Weisheit, die in unserer Wissenschaftsgeschichte verloren zu gehen droht. Es soll nicht die Menge an Wissen sein, die Bedeutung hat, sondern mehr die Frage, wie wir mit dem, was wir wissen, umgehen. Dieser Dialog ist ständig in Bewegung und wir bewegen uns in einem zu findenden Rhythmus mit. Die

Begegnung zwischen Menschen lässt sich so mit Metaphern wie einem Tanz oder etwas wie Musik beschreiben. Wir betonen unsere Körperlichkeit und die Weisheit des Organismus, der nichts vergisst und alles merkt.

Wir halten nicht viel von absoluten Wahrheiten oder zu viel Objektivität, diese ändern sich zu schnell und zu häufig im Verlauf der Jahre. Gegenwärtige „Wahrheiten“ verstehen wir als etwas, was wir Anwesenden gemeinsam im Dialog erschaffen. Viele Perspektiven helfen uns, sich den jeweiligen Wahrheiten am ehesten anzunähern.

Dieser Ansatz speist sich aus einem psychotherapeutischen Verständnis von Symptomen, die eine psychiatrische Diagnose bilden. Das ist für uns aber lediglich eine mögliche Hypothese, die nicht sonderlich handlungsrelevant wird. Uns interessiert die Geschichte dieser Symptome und wie es passieren konnte, dass sie schließlich zur bestmöglichen Lösung wurden.

Das trifft sich mit dem von Klein und Schmidt (2017) beschriebenen Ansatz zur systemischen Behandlung von Alkoholabhängigkeit, bei dem es nicht mehr um „den“ Kranken geht oder „diese“ spezielle Familie, wo es nicht mehr um Diagnosen und Objektivität geht, sondern um ein gemeinsames Konstruieren von Wirklichkeit durch Verhandeln auf Augenhöhe. „Der Vorgang des Beobachtens lässt sich nicht länger als das passive Aufnehmen von objektiven Außenreizen verstehen [...]. Was ein zu behandelndes Problem ist, und welches Ziel in der Therapie angestrebt werden soll, muss mit den Klienten und dem relevanten Bezugssystem (Netzwerk!) abgesprochen werden“ (S. 54).

Nach meinem Verständnis laufen diese beiden sehr offenen Ansätze Gefahr, bei der Beschäftigung mit menschlichen Krisen die sozialen und politischen Aspekte vieler Lebensbedingungen aus dem Auge zu verlieren.

Da wurde die Beschäftigung mit dem Phänomen Triest in Norditalien von besonderer Bedeutung. Wie auch das finnische Modell zielte die italienische Psychiatriereform mit dem Paragraphen 180 auf eine radikale Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung, nachdem die Unterbringung in gefängnisartigen Asylen von den Reformern als menschenunwürdig geißelt wurde. Franco Basaglia (1964) setzte sich mit den Erkenntnissen zu den Wirkungen solcher totalen Institutionen (Goffman) auseinander und erweiterte die Erkenntnisse in einen größeren gesellschaftlichen Kontext hinein. Das führte ihn zu der Erkenntnis, dass Menschen in Organisationen und Institutionen, die nicht in der Lage sind, ihre Individualität in ausreichendem Maße zu gewährleisten, nicht

gedeihen können. Hieraus entwickelte er die Notwendigkeit der Deinstitutionalisierung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich und setzte sich für die entsprechende Gesetzesvorlage ein. Den italienischen Reformern ging es vorrangig um die Wiederherstellung der Würde der Patienten. Das soll darüber erreicht werden, dass ihnen wieder Menschen- und Bürgerrechte zugesichert werden. Auch dieses italienische Experiment ist einmalig auf der Welt und in den verschiedenen Regionen Italiens natürlich in unterschiedlichsten Formen umgesetzt worden. Triest ist zu einem WHO-Referenzzentrum geworden und damit zu einer Drehscheibe von Ideen um Deinstitutionalisierung, Normalisierung und Teilhabe in der Gemeinde. Die Stadt wurde in übersichtliche Bezirke eingeteilt und die eingerichteten Gesundheitszentren versorgen die Patienten wohnortnah in Einrichtungen, die sich an der Normalität in der jeweiligen Region ausrichten.

Beide Ansätze verfolgen im Prinzip mit der Netzwerkbezogenheit des *Open Dialogue* (Finnland) und der Wohnortbezogenheit des *Triester Modells*, den Menschen in seinen Beziehungen in dem ihm zugewachsenen Umfeld zu unterstützen. So können beide Ansätze auch voneinander profitieren. Franco Basaglia (1964) forderte die Psychiater genauso auf, sich als Bürger zu verstehen, die sich einbringen müssen in ihrer Gemeinde, weil diese uns alle braucht, und sich nicht auf einen Expertenstatus zurückziehen, der ein Engagement nicht vorsieht. „In unserer Gesellschaft exponiert sich der Psychiater stärker als andere Individuen, weil er mit einem System von Gewalt, Unterdrückung und Übergriffen unmittelbar in Berührung kommt und folglich gegenüber dem Gesamtsystem, dass sie hervorbringt und zulässt, Gewalt aufwenden muss: Der Psychiater macht sich entweder mitschuldig, oder er entschließt sich zur Tat und zerstört.“

„Aufgeben war seine Sache nicht“, den „Patienten sollte ihre Würde erhalten/wieder gegeben werden“, trifft sich mit einer Haltung, die überzeugt ist, dass es keinen Grund gibt, die Hoffnung aufzugeben und der Vorstellung zu erliegen, dass nur unter „normalen“ Bedin-

gungen in unserer Gesellschaft die Würde des Menschen gewahrt bleiben kann. Eine große Aufgabe, die wohl nur im Zusammenspiel von allen Beteiligten und Verantwortlichen umgesetzt werden kann.

Ob diese Ansätze Chaim Jellinek herausgefordert, ja vielleicht sogar seinen Zuspruch gefunden hätten? Ich bin mir sicher.

## Literatur

- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. New York: Broadway Paperbacks.
- Whitaker, R. & Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence*. Basingstoke: Palgrave-Macmillan.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2007). *Dialogue im Netzwerk*. Neumünster: Paranus.
- Schütze, W. (2018). *Eine Reise auf das offene Meer – dialogisch*. Norderstedt: Books on Demand (BoD).
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure*. Basingstoke: Palgrave-Macmillan.
- Basaglia, F. (1964). *The destruction of the mental hospital as a place of institutionalisation*. Paper delivered at the 1. International Congress of Social Psychiatry, London 1964.
- Klein, R. & Schmidt, G. (2017). *Alkoholabhängigkeit*. Heidelberg: Auer.



### Dr. med. Werner Schütze

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Kinder- und Jugendpsychiater, Familien-  
therapeut, Open-Dialogue-Trainer  
Kastanienallee 39  
D-14050 Berlin  
dialogischepraxis@gmx.de

# „Einfach ganz pragmatisch – aber dann schlüssig!“

## Werthaltungen im Umgang mit Menschen von illegalem Substanzkonsum. Ein sozialetischer Blick in die Schweiz

Thomas Wallimann-Sasaki

### Einleitung

Nirgends wird an Wochenenden mehr Kokain konsumiert als in Zürich – so die Ergebnisse einer Abwasserstudie in 56 Städten verteilt auf 19 europäische Länder. Während der Woche schafft es Zürich nach Barcelona immer noch auf Platz zwei (Lahrtz, 2018). Auch St. Gallen, Genf, Basel und Bern gehören zu den Top Ten in der Städte-Rangliste des Kokain-Konsums. Dies lässt den Schluss zu, dass dieser (zusammen mit dem Handel) zumindest für das innerstädtische Leben in der Schweiz ziemlich normal und alltäglich sein muss.

Warum aber hören wir so wenig davon im Alltag? Wo und wie es der Staat aktiv? Wer kümmert sich um Sucht und die davon betroffenen Menschen? Und es lässt sich aus sozial-ethischer Perspektive fragen: Welche Wertvorstellungen stehen hinter dem Umgang mit der drogenpolitischen Situation wie auch mit den davon betroffenen Menschen?

Dieser letzten Frage will ich mich etwas annähern und fragen, wie der Umgang auf gesellschaftlicher, politischer Ebene sowie in Institutionen der Drogenhilfe aussieht und mit welchen Wertvorstellungen diese zusammenhängen.

### Der Umgang mit Substanzen und Konsumierenden in der Schweiz

Wer durch die Schweiz reist, in den Städten die Sehenswürdigkeiten besucht oder im Bahnhof umsteigen muss, sieht sie nicht. Man muss schon wissen, wo sich die Treffpunkte, die kontrollierte Heroinabgabe oder die Gassenküche befinden, um zu sehen, dass es die Menschen immer noch gibt, die von illegalen Substanzen abhängig sind und die sich ohne die Substanz auf der einen Seite bzw. wegen des Konsums auf der andern Seite im Alltag des geschäftigen Lebens nicht zurechtfinden oder ihre Abhän-

gigkeit so gut verdecken können, dass sie kaum sichtbar ist. Auch die Konsumierenden von Kokain fallen nicht auf, wenn man die einschlägigen Orte und Treffpunkte nicht kennt. Schnell kann man darum den Eindruck bekommen, dass die illegalen Substanzen und die davon abhängigen Menschen in der Schweiz vielleicht irgendwo existieren, aber gewiss kein gesellschaftliches Problem mehr darstellen. Anders ist dies mit Cannabis. Gekifft wird inzwischen an vielen Orten. Menschen jeden Alters rümpfen ab und zu die Nase oder sie schmunzeln, wenn sie den Duft von gerauchtem Cannabis riechen. Die Ächtung scheint zurückzugehen. Dass es legales und illegales Kiffen gibt, wissen viele dabei gar nicht.

„Aus den Augen, aus dem Sinn“ kommt einem darum im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen unweigerlich in den Sinn. Dies bestätigt auch das alljährlich von der Großbank Credit Suisse in Auftrag gegebene Sorgenbarometer. Drogen und Alkohol rangierten in den 1990er Jahren auf den ersten Plätzen. Heute sind sie lediglich für elf Prozent der befragten Stimmberechtigten eines der fünf wichtigsten Probleme in der Schweiz und die Tendenz ist seit Jahren abnehmend (Credit Suisse, 2017). Ob die Problematik dabei mehr vom legalen Alkohol oder von den illegalen Drogen ausgeht, kann dem Schlussbericht leider nicht entnommen werden. In meiner Wahrnehmung tendiere ich zu ersterem.

Gleichwohl bleiben die illegalen Substanzen ein öffentliches Thema. Es scheint, dass 25 Jahre nach der Schließung der offenen Szenen in Zürich (Platzspitz, Letten) und anderen Städten wieder vermehrt Berichte erscheinen, die darauf hinweisen, dass weiterhin konsumiert und gedealt wird. So widmete die Neue Zürcher Zeitung (NZZ) im Juli 2017 die monatliche Ausgabe des „Folio“ dem Thema Cannabis und die Wochenzeitung (WOZ) publizierte Anfang Februar 2018 den „Zürcher Kokain-Report“. Ebenfalls im Februar 2018 überwies der Stände-

rat eine Motion, die im Betäubungsmittelgesetz die Grundlage für Experimente mit Cannabis schaffen soll, damit auch das „Genuss-Konsumieren“ untersucht werden kann.

## Der Konsum

Ein Blick auf die Angaben zur Häufigkeit des Konsums zeigt, dass die beiden legalen Substanzen Alkohol und Tabak weiterhin mit Abstand am meisten konsumiert werden. So konsumieren gemäß der zugrunde gelegten Telefonbefragung 89 Prozent der Bevölkerung (15 Jahre und älter; ca. 7.14 Mio. Einwohner der Schweiz) im Jahre 2016 regelmäßig Alkohol. 4,3 Prozent zeigen dabei einen risikoreichen Konsum, der vorrangig Personen zu Beginn des Rentenalters betrifft.

Tabak rauchen 25,3 Prozent der Schweizer Bevölkerung. Dabei stellt die Untersuchung fest, dass 2016 weniger Personen als bisher Pläne haben, damit aufzuhören. Gut 30 Prozent aller Rauchenden verbrauchen mindestens eine Packung pro Tag und 18 Prozent der täglich Rauchenden zeigen Merkmale einer Nikotin-Abhängigkeit.

Bei Cannabis zeigen sich stabile Zahlen. Etwa 7,3 Prozent der Bevölkerung konsumierten mindestens einmal im Jahr Cannabis. Dabei handelt es sich eher um jüngere Bevölkerungskreise (Gmel et al., 2017; Sucht Schweiz, 2018). Beim Kokain kann man eine leichte Zunahme von 0,5 auf 0,7 Prozent jener verzeichnen, die innerhalb des letzten Jahres mindestens ein Mal Kokain konsumiert haben. Dies betrifft dreimal so viele Männer wie Frauen. Und angesichts der Städtestudie (vgl. Einleitung) darf angenommen werden, dass sich der überwiegende Teil in den Städten befindet. Schließlich sind die Zahlen beim Heroinkonsum am unsichersten. Dies – so die Studie – hängt damit zusammen, dass Heroin weiterhin am meisten geächtet wird, und darum Aussagen bei einer Telefonbefragung mit Vorsicht zu genießen sind. Hier kann man festhalten, dass die Konsumierenden immer älter werden und wenig junge Menschen neu Heroin konsumieren (alle Angaben: Gmel et al., 2017).

## Schweizerische Drogenpolitik

Grundlage für die Schweizerische Drogenpolitik ist die sogenannte Vier-Säulen-Politik (vgl. BAG, 2016). Die vier Säulen umfassen die Elemente Prävention (1. Säule), Therapie und Wiedereingliederung (2. Säule), Schadensverminderung und Überlebenshilfe (3. Säule) sowie

Repression und Kontrolle (4. Säule). „Um der Tatsache Rechnung tragen, dass je nach Art der Substanz und Intensität des Drogenkonsums unterschiedliche Massnahmen angezeigt sind, wurde das Viersäulenmodell zu einem Würfelmodell weiterentwickelt. Es bezieht nicht nur Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression, sondern auch die jeweilige Substanz und das Konsummuster mit ein. Dieses Schema erlaubt einen sehr differenzierten, umfassenden Umgang mit unterschiedlichsten Problemlagen“ (Steber-Büchli, 2016). Die Entwicklung dieser Strategie ist eng mit der Erfahrung der offenen Drogenszene Anfang der 1990er Jahre verbunden und wurde 1994 offiziell auf Bundesebene eingeführt, nachdem schon vorher Städte und Kantone diesen Weg zu gehen begannen.

Nebst der Verringerung des Konsums illegaler Drogen wegen der Gefahr für Gesundheit und Lebensqualität der Konsumierenden, hat diese Politik zum Ziel, auch die negativen Folgen für die Gesellschaft (in erster Linie Kosten und Sichtbarkeit des Konsums) zu verringern.

Gesetzliche Grundlage bietet dabei das Betäubungsmittelgesetz (BetmG). Dort ist diese Vier-Säulen-Politik zusammen mit der kontrollierten Heroinabgabe seit 2008 dank einer Volksabstimmung festgeschrieben. Interessant ist zu sehen, dass das BetmG auf Art. 118 der Bundesverfassung gründet. Dort wird festgelegt, dass Bund und Kantone die Komplementärmedizin sowie die Forschung am Menschen regeln.

Die jüngsten Entwicklungen auf Gesetzesebene betreffen in erster Linie Cannabis. Durch die Präsenz von legalem wie illegalem Cannabis sowie medizinischer und genussorientierten Anwendungen kommt das Betäubungsmittelgesetz an seine Grenzen. So erteilte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wegen mangelnder Gesetzesgrundlage keine Bewilligung für eine Cannabis-Studie, die die Legalisierung von Cannabis und deren Folgen auf Konsumierende und Markt untersuchen wollte. Im März 2018 überwies nun der Ständerat eine Motion, die einen entsprechenden Zusatz im BetmG verlangt. Auch im Nationalrat sind mehrere Vorstöße zu diesem Thema hängig. Damit wird die Diskussion um die Legalisierung von Cannabis erneut angestoßen. Ein Blick in die Alkoholpolitik zeigt, dass Alkohol in Zukunft auch in Autobahnraststätten ausgeschenkt werden soll, wenn es nach dem Eidgenössischen Parlament geht und damit dort das Konsumverbot aufgehoben werden soll. Der Bundesrat muss also einen Gesetzesentwurf erarbeiten.

## Arbeit auf und neben der Gasse

Wenn ein Großteil der Bevölkerung kein Drogenproblem (mehr) wahrnimmt, aber gleichwohl viele Menschen von Sucht und illegalen Substanzen und ihren negativen Wirkungen betroffen sind, dann muss es Menschen und Institutionen geben, die mit diesen Menschen im Kontakt sind.

Diese Anlaufstellen sind in vielen Fällen im Rahmen der Vier-Säulen-Politik und der heroingestützten Behandlung tätig. Sie decken dabei vor allem die Säulen Schadensverminderung/Überlebenshilfe sowie Therapie/Wiedereingliederung ab. Doch sie bilden auch jenen Ort, wo Menschen sich mit vielfältigen Fragen treffen können, die nicht nur ihren illegalen Substanzkonsum betreffen. Schon allein dadurch, dass sie den Menschen und seine Sucht- bzw. Konsum- und Lebensrealität vorrangig akzeptieren, bringt sie in Spannung zwischen der Schadensverminderung bezogen auf das Individuum und die sog. Entlastung des öffentlichen Raumes. Gleichzeitig machen sie aber auch die Erfahrung, dass sichere Konsumverhältnisse zeigen, dass (auch illegale) Substanzen selbst im Zustand der Sucht so konsumiert werden können, dass ein gesellschaftlich einigermaßen konformes „Funktionieren“ möglich ist (Gassenarbeit, 2018). So können auch Wohnungen gefunden werden, weil die „Drogen- und Suchthilfe“ nicht bei den Substanzen stehenbleibt, sondern Menschen mit Suchtproblemen auch bei der Verwaltung von Löhnen und Hilfgeldern, dem Bezahlen von Rechnungen oder auch Steuern hilft. Auf diese Weise gelingt es, die betroffenen Frauen und Männer auch als Personen mit ihren staatsbürgerlichen Rechten und Pflichten zu respektieren und sie nicht auf ihre Droge bzw. Sucht zu reduzieren.

Die Arbeit mit und für Menschen mit Suchtproblemen ist jedoch keine Einbahnstraße. So sehr eine gelingende Arbeit für sie bedeutet, weiterhin respektierter Teil der Gesellschaft zu sein, so sehr lernen auch das gesellschaftliche Umfeld, Quartiere, Arbeitsplätze und politische Verantwortliche, kompetent mit der Vielfalt von Lebensentwürfen und den Herausforderungen des Lebens umzugehen. Bestes Zeichen für solche Entwicklungen ist z.B. die große Auflage der Gassenzeitung in Luzern.

## Zwischenhalt

Was „die Gesellschaft“ nicht sieht, ist für sie kaum ein Problem, mit dem sie sich näher auseinandersetzen muss. Vieles kann darum toleriert werden. Der Staat sieht die Sorgen und

Nöte, orientiert sich aber bei seinem Handeln in erster Linie am Gesetz. Im Kern ist dieses noch immer am Verbot orientiert und die Drogenpolitik muss letztlich die „TäterInnen“ erwischen. Anders die Institutionen der Begleitung und Hilfe auf, neben und im Anschluss an die Gasse. Dort richtet sich der Blick auf die Menschen selber, die in irgendeiner Form in Not sind.

Der Umgang mit dem Phänomen des Konsums illegaler Substanzen zeigt also ganz unterschiedliche Facetten. Welche Wertvorstellungen zeigen sich hier aus einer sozialetischen Perspektive?

## Hinter die Realität geblickt

„Bevor Du Deinem Leben sagst, nach welchen Wahrheiten und Werten Du entschieden hast zu leben, lass Dein Leben Dir sagen, welche Wahrheiten und Werte Du verkörperst“ (Palmer, 1999, S. 3). Könnte, was der amerikanische Theologe Parker Palmer zum Prozess der Sinnfindung im persönlichen Leben sagt, übertragen auch für eine Gesellschaft gelten? Könnte damit diese Wertefrage nicht nur individualetisch im Hinblick auf das gute Leben des einzelnen Menschen innerhalb gegebener Strukturen, sondern auch als Frage nach den leitenden Werten für die Vorstellung einer gerechten Gesellschaft und damit strukturell gestellt werden? Ich denke, dass der Umgang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen in der Schweiz bzw. mit den Konsumierenden Grundhaltungen widerspiegelt, die in der Schweizer Gesellschaft weit über die „Drogenfrage“ hinaus leitend sind.

Solange der Konsum illegaler Substanzen nicht auffällt, wird er weitgehend toleriert. Störend ist dabei am ehesten das „sichtbar Andere“ vor allem, wenn es schmutzig, bettelnd oder herumhängend daherkommt.

Für den Staat gilt das Gesetz. Wo die gesetzliche Grundlage die Möglichkeiten bietet, wird allerdings durchaus von der Verbotshaltung Abstand genommen. Da das BetmG zwar eidgenössisch erlassen ist, von den Kantonen aber umgesetzt wird, und die Kantone das sehr unterschiedlich tun, ergeben sich immer wieder spürbare Unterschiede im Umgang mit den gleichen strafrechtlichen Übertretungen.

Im direkten Kontakt mit konsumierenden Frauen und Männern haben es die Institutionen der Hilfe und Unterstützung in erster Linie mit jenen zu tun, die ihre Konsummuster und ihre Sucht nicht mehr selber steuern und kontrollieren können. Aus dieser Perspektive der Menschenzentriertheit, ob man sie nun als Kunden,

Klienten, Patienten oder anders bezeichnet, ergibt sich das konkrete Handeln.

Diese unterschiedlichen Zugangsweisen bringen Grundhaltungen im Sinne von ethischen Werten zum Ausdruck. Den ethischen Wert bestimme ich dabei als Motivation und Zielsetzung, an der sich Menschen und Strukturen ausrichten, die aus dem Innern heraus zum (konkreten) Handeln drängen und dabei den handelnden Menschen „gut“ bzw. Strukturen „gerecht“ machen. Im Umgang mit der Drogenproblematik glaube ich (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) im schweizerischen Kontext Werte wie Freiheit, Pragmatismus, Leistung, Gesundheit und Respekt zu erkennen.

### Achtung Werte!

„Freiheit“ gehört zu den Kernwerten des gesellschaftlichen Selbstverständnisses in der Schweiz. Dabei handelt es sich nicht so sehr um einen ausgeklügelten philosophischen Freiheitsbegriff, sondern vielmehr um eine Interpretation von Freiheit als „Freiheit von“ (auch als negative Freiheit bestimmt). Im schweizerischen System äußert sich diese Freiheit nicht zuletzt im föderalen System und den jeweiligen gemeindlichen und kantonalen Hoheiten. Diese nach unten delegierte Machtzuordnung führt dazu, dass in vielen Fragen die Selbstverantwortung des Einzelnen recht hoch angerechnet wird – solange kein Dritter übermäßig belastet wird: „Solange dein Koksen oder Kiffen niemandem schadet und die Öffentlichkeit nicht stört, lasse ich es dir.“

Diese Freiheitsorientierung wird sehr „pragmatisch“ gehandhabt. *Pragmatismus* steht dabei für eine Haltung, die lokal und situationsbedingt handelt. Dieser Spielraum führt gleichzeitig dazu, dass von den 1990er Jahren bis heute z.B. der Cannabiskonsum nicht nur wegen der Auslegung des BetmG kantonal unterschiedlich geahndet wird. Pragmatismus zeigt sich auch in den jüngsten Vorstößen im Parlament: Weil das Bundesamt die Bewilligung für Versuche auf Grund des Betäubungsmittelgesetzes nicht geben kann, erfolgen in kürzester Zeit die entsprechenden parlamentarischen Anträge.

Schließlich zeigt die Handhabung der illegalen Suchtmittel auch eine gesellschaftliche Orientierung an *Leistung*. Wer in der Arbeitswelt – und vor allem dort – die vorgegebenen Ziele erfüllt, sich anstrengt und leistet, gilt als anerkannt. Vor diesem Hintergrund kann etwa die gegenwärtige Entwicklung bei Kokain gesehen werden, wobei dort auch die finanzielle Gesamtsituation in der Schweiz eine Rolle

spielt (WoZ, 2018; Lahrtz, 2018, S. 17). Leistung ist dabei eng mit *Gesundheit* und Funktionieren verbunden. In diesem Sinne ist zu sehen, dass Cannabis als Medikament große gesellschaftliche Akzeptanz genießt, hingegen dort verbannt wird, wo man es als „vernebelnd“ und leistungseinschränkend wahrnimmt. Auch lässt sich dies durch die nach wie vor herrschende „Geringschätzung“ des Heroin(konsum)s unterstreichen. Das „Wegdröhnen“ und „Ausklinken“ kommt gesellschaftlich nicht an erster Stelle.

### Werte in Spannung

Auch wenn die staatliche Drogenpolitik der Schweiz vier Säulen umfasst, so bestimmt nach wie vor der Verbotsansatz die grundsätzliche Richtung. Darauf weisen die wenigen Hinweise auf die Verteilung der Kosten innerhalb der vier Säulen hin. Die Datenlage ist äußerst dünn, doch gehen die Autoren einer Studie aus dem Jahre 2013 davon aus, dass gut zwei Drittel der Kosten für die Säule „Repression“ verwendet werden. Der Verbotsansatz wird ideell zwar durch die in den ersten drei Säulen betonte Hilfeorientierung gedämpft, bleibt aber trotzdem leitend. Insbesondere steht diese an Schutz orientierte Verbotspolitik in Spannung zum Pragmatismus vieler Schweizerischer Handlungsmodelle, der sich auch im Betäubungsmittelgesetz zeigt.

Die Betonung der „Gesundheit“ (durch deren Schutz) steht auch in Spannung zum Wissen über die Substanzen und ihrem Funktionieren wie auch zum Wissen über die negativen Effekte der Illegalität. Nicht zuletzt aus diesem Grund bekommen drogenpolitische Maßnahmen leicht den Hauch des Moralisierens. Dabei werden Wertvorstellungen losgelöst von relevanten Fakten verkündet. Dieser Vorwurf ist angesichts der (moralischen) Werthaltung der Ziele der schweizerischen Drogenpolitik nicht ganz von der Hand zu weisen. Entgegen schweizerischem Pragmatismus und Zumutung individueller Freiheit zeigen die Folgen der verbotsorientierten Drogenpolitik bis heute, dass die Ziele des Gesundheitsschutzes wie auch der Gesellschaft vor den negativen Wirkungen der Drogenproblematik nicht eingelöst werden können (vgl. WOZ, 2018).

### Menschennah trotz allem

Der Blick auf verschiedene Institutionen in der Suchthilfe zeigt, dass hier weder Gesundheit noch Freiheit leitend sind, sondern die Offen-

heit und der *Respekt*, dem wirklichen Menschen, der vor einem steht, zu begegnen. Diese Menschenzentriertheit gilt vorrangig, bedeutet aber nicht, nur einfach diesen individuellen Ansprüchen, seien sie nun als Freiheitsansprüche oder Suchtwänge sichtbar, unkritisch Folge zu leisten. Vielmehr zeigt sich, wie alle Menschen in einer Gesellschaft eine Balance zwischen eigenen Ansprüchen und jener der anderen wie auch der Gesellschaft einüben müssen. Dies bedeutet noch lange nicht, dass sich die einen nur anzupassen und die anderen nur zu bestimmen haben. Vielmehr zeigen diese Institutionen auch, wie gegenseitiger Respekt konkret aussieht. Drogenabhängige Menschen werden in diesem Kontext zu Menschen, die wie andere auch mit Problemen kämpfen, Sorgen haben, lieben, empfinden und arbeiten. Gerade dass viele Menschen, die bei der Gassenarbeit ein- und ausgehen, im Stadtleben nicht auffallen, unterstreicht, welche Provokation sie für die immer noch verbotsorientierte drogenpolitische Großwetterlage sind. Wer denn, wenn nicht diese Menschen, rufen die Mitmenschen, ob Nachbarn, Arbeitskollegen, Politiker oder Polizisten, heraus aus den „gewohnten“ Denk- und Vorstellungsmuster und erinnern daran, welche Werte wirklich leitend sind.

## Schluss

Der Konsum und Handel von illegalen Substanzen und der Umgang mit davon betroffenen Menschen mag in der Schweiz in Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung und auch statistisch zu einem gesellschaftlichen Randphänomen geworden sein. Gleichwohl bleibt ein sachgerechter gesellschaftlicher Umgang damit schwierig und die Unterschiede und Widersprüche in der Behandlung der illegalen Substanzen gegenüber den legalen Alkohol und Nikotin weisen darauf hin, dass einer nüchternen, sachlichen Drogenpolitik weiterhin starke Winde entgegenwehen. Diese haben auch mit Wertvorstellungen zu tun, die sich im Handeln der verschiedenen Akteure und der ganzen Gesellschaft zeigen. Freiheit und Pragmatismus stehen dabei durchaus in einem Spannungsverhältnis, wenn nicht gar im Widerspruch zur Sorge um die Gesundheit für einzelne, aber auch zur Gesundheitsvorsorge für eine ganze Gesellschaft, wenn man die Folgen der Prohibitionspolitik betrachtet. Für eine auch sozialethisch konsistente Arbeit angesichts von Substanz- und Suchtproblemen gilt es weniger die verkündeten Werte anzupassen, als zuerst hinzuschauen, welche Werte hinter dem gegenwärtigen Handeln stehen. Sind diese einmal

auf dem Tisch, kann nach Wegen gesucht werden, wie diese konsistent und auch konsequent umgesetzt werden können.

## Literatur

- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2016). *Schweizer Drogenpolitik*. Bern. Download: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/int/drogen-politik.pdf.download.pdf/schweizer-drogenpolitik.pdf> am 22.03.2018.
- Credit Suisse Schweiz (2017). 41. *Credit Suisse Sorgenbarometer*. Durchgeführt von gfs.bern. Bern. Download: <http://www.gfsbern.ch/Desktop-Modules/EasyDNNNews/DocumentDownload.ashx?portalid=0&moduleid=677&articleid=1513&documentid=1380> am 22. März 2018.
- Gassenarbeit Luzern (2018). *Notizen eines Gesprächs mit Fridolin Wyss und Mathias Arbogast von der Gassenarbeit Luzern*, 21. Februar 2018.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, C. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*. Sucht Schweiz, Lausanne. Download: [http://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch/docs/library/gmel\\_ingiyqayzn2q.pdf](http://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch/docs/library/gmel_ingiyqayzn2q.pdf) am 22.03.2018.
- Infodrog. Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht: Infoset (online): Download: <https://www.infoset.ch/de/drogenpolitik-schweiz-betaeubungsmittelgesetz.html> am 22. 03.2018.
- Lahrtz, S. (2018). Zürich ist eine Kokainhochburg. *NZZ (Neue Zürcher Zeitung)*, 10.03.2018, 17.
- Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NAS-CPA) (2013). *Marktregulierung in der Drogenpolitik (Grundposition der NAS-CPA)* (S. 4). Basel. Download: [http://www.ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2015/BAU\\_1\\_6392435.pdf](http://www.ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2015/BAU_1_6392435.pdf) am 22.03.2018.
- Neue Zürcher Zeitung (NZZ) (2017). Folio, Ist Marihuana marktreif? Wie eine Droge den Alltag erobert. *NZZ Folio*, Nr. 312.
- Palmer, P. (1999). *Let your life speak: listening for the voice of vocation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- sda – Schweizerische Depeschagentur (2018). Der Ständerat will Cannabis-Projekte ermöglichen. *NZZ online*, 15. März 2018. Download: <https://www.nzz.ch/schweiz/der-staenderat-will-cannabis-projekte-ermoeglichen-ld.1366297> am 22.03.2018.
- Steber-Büchli, D. (2016). Die nationale und internationale Drogenpolitik der Schweiz. *spectra online* (7. März). Download: <http://www.spectra-online.ch/spectra/themen/die-nationale-und-internationale-drogenpolitik-der-schweiz-492-10.html> am 22.03.018.
- Sucht Schweiz (2018). *Schweizer Suchtpanorama 2018, Mediendossier*. Download: <http://www.suchtschweiz.ch/medien-dossier>

suchtschweiz.ch/fileadmin/user\_upload/DocUpload/2018\_SUCHTPANORAMA\_DE.pdf am 22.03.2018.

WOZ Die Wochenzeitung (2018). *1,7 Kilo pro Tag – Der Zürcher Kokain-Report*. Zürich, 22. Februar 2018 (Beilage zur WOZ Nr. 8).



**Dr. theol. Thomas Wallimann-Sasaki**

Theologe und Sozialethiker,  
Leiter ethik22 – Institut für Sozialethik, Leiter  
Sozialinstitut Katholische ArbeitnehmerInnen-Bewegung (KAB) Zürich, Präsident a.i.  
der Nationalkommission *Justitia et Pax* der  
Schweizer Bischofskonferenz  
Ausstellungsstrasse 21  
CH-8005 Zürich  
thwallimann@ethik22.ch

NACHRICHT

## Raucher ernähren sich ungesund

*Die Umstellung auf weniger kalorienreiche Nahrung könnte nicht nur eine Gewichtszunahme nach einer Entwöhnung verhindern, sondern auch eine dauerhafte Entwöhnung erleichtern*

Fairfield (USA) – Raucher schaden ihrer Gesundheit nicht nur durch den Tabakkonsum. Sie ernähren sich auch ungesünder als Nichtraucher, indem sie kalorienreichere Lebensmittel bevorzugen und weniger Obst und Gemüse essen. Über einen engen Zusammenhang zwischen Zigarettenkonsum und Qualität der Nahrung berichten jetzt amerikanische Forscher im Fachblatt „BMC Public Health“. Möglicherweise ließe sich eine oft beobachtete Gewichtszunahme nach einer Nikotinentwöhnung dadurch verhindern, dass gleichzeitig die Ernährung umgestellt wird. Ob so auch die Erfolgsaussichten steigen, dauerhaft mit dem Rauchen aufzuhören, lässt sich aufgrund dieser Studie nicht mit Sicherheit sagen

„Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Energiedichte der Nahrung von Rauchern ein geeigneter Ansatzpunkt für begleitende Maßnahmen während einer Raucherentwöhnung sein könnte“, sagt Jacqueline Vernarelli von der Fairfield University. Die Energiedichte gibt an, wie viele Kalorien ein Gramm

eines Lebensmittels enthält. Dieser Wert ist für Obst, Gemüse, Salat oder Reis gering, für Pommes frites, Kuchen oder Weißbrot dagegen deutlich höher. Daher diene den Forschern die in ihrer Studie ermittelte Energiedichte als Maß für die Qualität der Ernährung eines Menschen. Die Wissenschaftler werteten Daten einer repräsentativen Stichprobe von 5.293 erwachsenen US-Amerikanern aus, die an einer größeren nationalen Studie teilnahmen. Mittels Fragebögen gaben die Probanden Auskunft über ihren Tabakkonsum und die am Vortag konsumierten Speisen. Das ermöglichte die Berechnung der mittleren Energiedichten für die Nahrung von Rauchern, ehemaligen Rauchern und Nichtrauchern.

Es stellte sich heraus, dass Raucher zwar geringere Mengen an Lebensmitteln aßen, aber wegen des höheren Kaloriengehalts der Speisen pro Tag im Schnitt 200 Kalorien mehr konsumierten als Nichtraucher. Bei Menschen, die täglich rauchten, waren die Energiedichten ihrer Nahrung elf Prozent

höher als bei Nichtrauchern. Die Werte von ehemaligen Rauchern und Menschen, die nicht täglich rauchten, lagen dazwischen. Demnach besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Tabakkonsum und der Qualität der Ernährung. Für die statistische Auswertung wurden zusätzliche Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen und körperliche Aktivität berücksichtigt.

Dass Raucher trotz kalorienreicherer Ernährung ein geringeres Risiko für Fettleibigkeit haben, könnte an der pharmakologischen Wirkung des Nikotins liegen, erklären die Forscher. Wer mit dem Rauchen aufhört, ohne seine Essgewohnheiten zu ändern, könnte also wegen des fehlenden Nikotineffekts zunehmen. Um das zu verhindern, sollte ein Entwöhnungsprogramm mit einer Ernährungsumstellung verbunden werden, empfehlen die Autoren. Das könnte möglicherweise sogar die Erfolgsaussicht einer dauerhaften Entwöhnung steigern. Zudem würde es wohl bei vielen die Bereitschaft vergrößern, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, wenn keine Gewichtszunahme zu befürchten wäre. Allerdings erlaubt diese Beobachtungsstudie keine Aussagen darüber, ob eine ursächliche Beziehung zwischen Rauchen und Ernährungsweise vorliegt. 

# Individuelle Sucht und kranke Gesellschaft

Ellis Huber

## Zusammenfassung

Jahrtausende lang gab es keine Drogenprobleme. Erst seit ca. 100 Jahren werden legale und illegale Suchtmittel unterschieden. Der Opiumhandel war Teil der kapitalistischen Kolonialisierung, aggressiv von englischen Kaufleuten Ende des 19. Jahrhunderts verbreitet. Protestantische Missionare in China sahen das dadurch produzierte Elend und organisierten einen moralischen Aufstand. Der moralische Rigorismus gegen alle Drogen fand in den USA besonderen Anklang und seitdem prägt Amerika die internationale Drogenpolitik. Das tut der Welt nicht gut. Als die Alkoholprohibition kläglich scheiterte, wurden illegale Drogen zum Ventil für Frust, Angst und Wut der gebremsten Moralisten und Profiteure des Geschäfts mit der Sucht. Heute ist der „War on Drugs“ ebenso gescheitert.

Die wirkliche Gesundheitsgefahr für die Menschen geht von den legalen Drogen aus. Ihre Verbreitung macht Profit. Drogenkranke werden als Verbrecher ausgegrenzt. Wem gehört nun das Gesundheitswesen unserer Gesellschaft: dem Kapital mit seinen Interessen oder den Menschen mit ihren Bedürfnissen? Die Kolonialisierung des Leibes durch kapitalistische Profitgier bedroht den einzelnen Menschen in seiner Autonomie und Lebensfreude. Wer die eigene Unterwerfung zum Konsumenten von Tabletten, Alkohol oder auch Zucker nur schwer erträgt, muss den sichtbar Unterworfenen bekämpfen. Wir trinken und schlucken, konsumieren und rennen, spekulieren und wetten und pflegen immer hemmungsloser eine kontaktreiche Beziehungslosigkeit. Jener da ist süchtig und krank, ich aber bin tüchtig und fit. Die „Projektion des schwachen Teils“ der vielen auf die wenigen schwer Suchtkranken hilft, die eigene Bedrohung zu verdrängen. Die Süchtigen sollen also gar nicht heil werden. Die Gesundheit der Gesellschaft aber zeigt sich darin, wie heilsam sie mit ihren schwachen Mitgliedern umgeht. Wir brauchen eine neue Drogenpolitik, die menschlich und nachhaltig

wirkt: für die Gesundheit und nicht für das Geschäft mit der Krankheit.

## Die Realität des Drogenproblems in Deutschland

Legale und illegale Drogen haben Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Drogenkonsumenten nutzen legale wie illegale Stoffe, können physisch oder psychisch abhängig werden und gefährden ihre Gesundheit. Aufgabe von Gesundheitspolitik, Medizin und Gesundheitssystem ist es, die Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung zu sichern. Eine sozial verantwortliche Drogenpolitik muss also den Umgang mit legalen und illegalen Drogen so gestalten, dass die individuelle und soziale Gesundheit gleichermaßen geschützt und gefördert wird. Die heutige Drogenpolitik wird diesem gesundheitspolitischen Anspruch nicht gerecht. Alkohol, Nikotin oder Medikamentenmissbrauch werden verharmlost, ihre gesundheitlichen Wirkungen beschönigt. Demgegenüber werden illegale Rauschmittel und Suchtstoffe dämonisiert und ihre missbräuchliche Verwendung kriminalisiert. Die Sicht von Politik und Gesellschaft auf das Problem verdrängt die wahren Realitäten. Eine wissenschaftlich rationale oder evidenzbasierte Strategie zur Bewältigung der Probleme wird vermieden und es stellt sich die Frage: warum?

Die Realität der Drogenprobleme in der Bundesrepublik Deutschland ist transparent und gut belegt. Das sind die Fakten:

## Legale Drogen machen krank und töten

Nikotin ist die bedeutsamste Killerdroge. Jährlich sterben 120.000 Menschen an den direkten Folgen des Rauchens und das Passivrauchen tötet etwa 4.000 betroffene Personen zusätzlich. Tabakkonsum produziert das größte vermeid-

bare Gesundheitsrisiko. Über 15 Millionen Raucher gibt es in der Bevölkerung. Schwer abhängig vom Nikotin sind fünf bis sechs Millionen Menschen.

Alkohol kostet 74.000 Bundesbürger jährlich das Leben. Zweieinhalb Millionen Personen sind abhängig und mehr als zehn Millionen Menschen gehen gesundheitlich riskant mit dieser Droge um. Zunehmend mehr Jugendliche landen mit Alkoholvergiftungen in der Klinik.

Gut 1,5 bis 1,9 Millionen Menschen in Deutschland sind medikamentenabhängig, gebrauchen Amphetamine, Benzodiazepine oder Schmerzmittel mit psychoaktiven Inhalten in selbstschädigender Weise. Tausende Menschen kommen jeden Tag aufgrund von Nebenwirkungen ihrer Medikamente in deutsche Kliniken. Studien und Schätzungen gehen von jährlich 25.000 bis 58.000 Todesfällen aufgrund von Nebenwirkungen und der missbräuchlichen Verwendung von Arzneimitteln aus. Todesfälle durch Arzneimittelabhängigkeit werden nicht erfasst. Es dürften aber mehr als Drogentote durch verbotene Substanzen sein. Der Missbrauch von Medikamenten wird von fast der Hälfte der Bundesbürger (43%) akzeptiert, berichtet die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. in ihrer Presseerklärung vom 7. März 2018.

### Illegale Drogen machen krank und töten auch

Vor dem Hintergrund der Wirkungsmacht legaler Drogen sind die Folgen des illegalen Drogengebrauchs für die Gesundheit der deutschen Bevölkerung relativ weniger bedeutsam.

Etwa 3,6 Millionen Erwachsene und mehr als 350.000 Jugendliche konsumieren in einem laufenden Jahr illegale Drogen. Sie nehmen zumeist Cannabis und daraus hergestellte Suchtmittel ein. Heroin ist die bedeutsamste Killerdroge des illegalen Konsums. Eine starke Abhängigkeit von Cannabis, Kokain oder Amphetamin besteht bei 300.000 bis 400.000 Personen. Es sind mehr Männer als Frauen betroffen. Etwa 150.000 Menschen nehmen Heroin oder andere Opiate ein. Im Jahr 2016 gab es in Deutschland 1.333 Drogentote. Über 80 Prozent davon sind durch Heroin oder Opiate ausgelöst. Keine andere Droge führt zu mehr direkten Todesfällen.

Mit Amphetamin, Ecstasy oder LSD kommen 300.000 Personen in Kontakt, 100.000 nehmen Crystal Meth und 300.000 Kokain oder Crack. An die 80.000 Personen werden wegen einer Abhängigkeit von verbotenen Drogen be-

handelt und 24.000 drogenbezogene Notfälle kommen jährlich ins Krankenhaus.

Der Europäische Drogenbericht warnt vor neuen synthetischen Opioiden. Zwischen 2009 und 2016 sind in Europa 25 solcher Substanzen mit beängstigender und unberechenbarer Wirkung aufgetaucht. Solche Stoffe stehen oft noch nicht auf den Verbotlisten. Die Europäische Drogen-Beobachtungsstelle überwachte Ende 2016 mehr als 620 dieser gefährlichen Substanzen.

Cannabis, die populärste illegale Droge mit drei bis vier Millionen Konsumenten, verzeichnet keinen dadurch verursachten Todesfall. Moderater Cannabisgebrauch ist gesundheitlich weniger schädlich als Alkoholkonsum.

Die Fakten sind gesundheitspolitisch unstrittig und werden kontinuierlich erfasst. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geben in ihren Jahresberichten einen verlässlichen Überblick.

### Was ist in den Vereinigten Staaten von Amerika los?

In den Vereinigten Staaten von Amerika herrschen schlimmere Verhältnisse als in Europa. Dort gibt es relativ mehr Abhängigkeit von Opioiden und Heroin. Im Jahr 2015 starben mit rund 13.000 Menschen ebenso viele daran wie durch Kugeln aus Schusswaffen. In den USA sind vergleichsweise viel mehr Menschen von Substanzen abhängig, die in Arzneien und Schmerzmitteln stecken. Die dadurch vorhandene Sucht-Epidemie ist in Europa zurzeit nicht feststellbar. In 2016 sind mehr als 42.000 Menschen in den USA an Opioiden gestorben, berichtet die Ärzte-Zeitung (2018). Die US Gesundheitsbehörde bringt 40 Prozent der Fälle mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Zusammenhang. Das Geschäft mit den Pillen blüht in den USA und die Spaltung der Nation macht den Menschen Angst. Sie greifen zu legalen Drogen und süßen Getränken.

Zeit Online (2018) berichtete im Mai 2017 über eine Drogenumfrage bei 36.000 Leserinnen und Lesern. Die meisten Menschen nehmen Drogen aus Vergnügen und zum Genuss. Eine Minderheit greift zu ihnen, um Leiden und psychische Probleme zu lindern. Verbote nutzen nichts und die meisten Konsumenten von legalen wie illegalen psychoaktiven Substanzen haben damit im Alltag keine Probleme. Viele wünschen mehr Aufklärung über Cannabis, Ecstasy und andere illegale Stoffe. Wer durchblickt, kann auch besser mit den Gefahren umgehen: „Die allermeisten, die Drogen nehmen –

ganz gleich ob Verbotenes oder Erlaubtes – kommen im Alltag gut damit zurecht. Natürlich gibt es so etwas wie einen sicheren oder gar gesunden Konsum nicht, für keinen Stoff. Der beste Rat wäre, es seinzulassen. Doch die meisten Menschen entscheiden anders.“

### Eine kurze Geschichte der Drogenpolitik bis zum ausgehenden Mittelalter

Seit tausenden von Jahren kennt die Menschheit Rauschmittel und Drogen. Das Bedürfnis nach Ekstase, außergewöhnlichen Bewusstseinserfahrungen, Erlebnissen der Trance oder „irren“ Träumen ist menschlich. Der Gebrauch von pflanzlichen Drogen und alkoholischen Getränken wurde immer kulturell reguliert. In allen Gesellschaften gab es gegen die möglichen Gefahren auch wirksame soziale Regeln und moralische oder politische Verbote. Drogengebrauch wurde aber nie als kriminelle Handlung verstanden. Albert Hofmann, der Entdecker des LSD, erklärt dies beispielhaft: „Deshalb sagen die Indianer ja: Bevor ich den heiligen Pilz nehme, muss ich fasten, muss beten, muss rein sein – dann bringt mich der Pilz dem Göttlichen näher. Und wenn ich das nicht mache, tötet er mich oder macht mich wahnsinnig“ (taz archiv, 2006).

Der Mohn gehört zu den ältesten Kulturpflanzen. Schon vor 6.000 Jahren machten die Völker in Mesopotamien daraus eine Arznei. Alkohol, Halluzinogene, Opiumprodukte, Kokablätter oder Tabakpflanzen waren bei den prähistorischen Völkern, den alten Griechen und Römern, über die Jahrhunderte auch in China, Europa, Afrika und Amerika bekannt und im Einsatz. Die Griechen gebrauchten Opium für kultische und medizinische Zwecke. Im römischen Reich waren Schlafmohn und seine möglichen Zubereitungen verbreitete Wohlstandsdrogen. An die 800 Opium-Apotheken gab es in Rom. Reiche Müßiggänger und Politiker, aber auch Schmerzgeplagte und Krebskranke kauften dort „süße Pillen“ oder „Saft vom Kraut des Vergessens“, wie Ovid die Stoffe beschreibt.

Seit mehr als 1.000 Jahren wurde der Schlafmohn zu medizinischen Zwecken auch in China angebaut. Das frühe Christentum sah in der Krankheit eine Strafe Gottes. Daher verbot die Kirche im 4. Jahrhundert die Anwendung von Opium als schmerzstillendes Mittel. Mohnsaft wurde verteufelt. Mit der arabischen Medizin kehrte Opium nach Europa zurück. Das Lorscher Arzneibuch aus dem Jahr 800 beschreibt die Droge, und im 12. Jahrhundert schrieb ihr

Hildegard von Bingen sinnvolle Wirkung zu. Aus ausgepressten Mohnpflanzen wurde das Meconium gemacht. Es ist etwas schwächer als Opium und wurde als Schlaf- und Heilmittel genutzt. Mit dem Opium hatte die Heilkunst Mittel zur Verfügung, um Schmerzen zu stillen und medizinische Eingriffe erst möglich zu machen.

In China ebenso wie in Europa, Südamerika oder Kleinasien gab es eine kulturell verträgliche und nicht repressive Umgangsweise mit Drogenpflanzen. Die Völker lebten auch mit drogenabhängigen Fürsten, Königen oder Kaisern und mit suchtkranken Menschen. Schon damals war Alkohol ein weit größeres Problem als Opiate. Von der Antike bis zum ausgehenden Mittelalter waren Drogen kein gravierendes gesellschaftliches Konfliktfeld. Religion, Heilkunde, allgemeine Übereinkünfte oder Ritualwissen reichten aus, um die Wirkungen und Bedrohungen in das soziale Leben einzubinden. Das Trinken war in eine gemeinschaftliche Kultur eingebunden und die Menschen kannten die hässlichen Seiten des Rausches. Ekstase wurde also kultiviert und natürliche Drogen waren eine Gabe der Götter, die nicht missbraucht werden durfte.

Die heute bekriegten und verteufelten „harten Drogen“ waren bis in das 19. Jahrhundert zumeist Arznei in der Hand von Heilkundigen. Wein, Bier und Schnaps wurden gemeinhin als Mittel zur Lebensfreude angesehen, Alkohol und Tabak als Genussmittel gebraucht. Die Droge Alkohol, nicht die heute verbotenen Stoffe, wurde als problematisch eingeschätzt. Martin Luther schimpfte vor 500 Jahren heftig über das Saufen. Er verteufelte das Bier, trank es aber gerne, und lobte den Wein, der erquickte und erfreue, Menschen lustig und fröhlich mache. Das Saufen sei eine Seuche, gar eine Strafe Gottes und das rechte Maß die Pflicht des Christenmenschen. Abstinenz oder Prohibition war für Luther aber kein vernünftiger Weg. In der biblischen Geschichte der Hochzeit zu Kana verwandelte Jesus Wasser zu Wein für bereits betrunkene Gäste. Trunksucht galt den Protestanten als ein moralisches Versagen und die betroffenen Leute wurden sozial geächtet. Für Katholiken waren Feste bis zur Betrunkenheit ein beliebtes Kirchenereignis. Erst im 19. Jahrhundert entwickelte sich eine calvinistische, asketisch-protestantische Anti-Alkohol-Bewegung, die erst nach dem Jahr 1900 zu nationalen Prohibitions Gesetzen führte. Umfassend und überzeugend beschreibt Tilmann Holzer (2002), wie die protestantische Ethik das Denken der Gesellschaften zum Drogenverbot bahnte und die Einstellungen der menschlichen Gehirne kollektiv prägen konnte.

## Profitgier und Machtlust im Kapitalismus

Die sich im 19. Jahrhundert global ausweitende Kultur des Kapitalismus machte Drogen zum Handelsobjekt. Das Denken und Handeln richtete sich auf Profitziele aus und die rücksichtslose Verwertung von Produktionsmitteln ohne Nachhaltigkeit, ethische Werte und sozialen Ausgleich produzierten eigene Widersprüche und Konflikte. Der Drogenhandel wurde zum lukrativen Geschäft. Ein Ausdruck der Wirtschaftsdynamik einer kapitalistischen Industriegesellschaft war der Kolonialismus, die globale Durchsetzung von wirtschaftlichen und machtpolitischen Interessen durch die damaligen europäischen Großmächte und die Vereinigten Staaten von Amerika.

Mit den Opiumkriegen zwischen Großbritannien und dem Kaiserreich China von 1839 bis 1842 und von 1856 bis 1860 setzte das englische Imperium mit Gewalt den Handel und das Geschäft mit dem Opium durch. China wurde gezwungen, seinen kulturell geregelten und sozial verträglichen Opiatgebrauch den Profitinteressen der englischen Kaufleute zu unterwerfen. Die chinesische Regierung musste den freien Opiumhandel erlauben. Möglichst viele opiatabhängige Chinesen waren für die englische Kolonialwirtschaft besonders lukrativ. Die Zerstörung des gesellschaftlichen Zusammenhalts in China mit über 20 Millionen süchtigen Menschen diente den wirtschaftlichen Interessen der stärksten Kolonialmacht jener Zeit. Profitgier und rücksichtslose Machtausübung nutzten das Opium als Mittel zur Ausbeutung und Unterwerfung der chinesischen Bevölkerung.

Den hegemonial aufstrebenden Vereinigten Staaten von Amerika gefiel das Geschäft der Engländer mit dem Opiumhandel nicht. Sie wollten es unterbinden, um England wirtschaftlich zu schwächen. Daher organisierte Präsident Roosevelt 1909 ein erstes internationales Treffen: die Konferenz von Shanghai. Hinzu kam eine innenpolitische Konfliktlage in den USA. Die Gewerkschaften bekämpften die billigen chinesischen Gastarbeiter im Eisenbahnbau als bedrohliche Konkurrenz. Die „Lohndrücker“ wurden gesellschaftlich in Verruf gebracht, um den einheimischen Arbeitern mehr Lohn und Brot zu sichern. Der Opiumkonsum der Chinesen in der Fremde bot einen willkommenen Grund zur Diskriminierung der Fremden. Mit einem Drogenverbot sollte das Fremde vertrieben werden. Das Ziel einer weltweiten Prohibition von Opium konnte Amerika 1909 noch nicht durchsetzen, da außer China alle anderen elf beteiligten

Länder dagegen stimmten. Die Kapitalinteressen waren stärker als die Moral der Prohibitivisten.

Eine fundamentalistische Bürgerbewegung in den USA ließ aber nicht locker. Sie kämpfte mit aller populistischen Macht um das Verbot von Alkohol und die weiteren Suchtmittel. Der Kampf war erfolgreich und die Geschichte beachtenswert, dass sich die Zivilgesellschaft gegen die Interessen von Staat und Wirtschaft durchsetzen konnte. Ein moralischer Rigorismus klerikaler Kräfte und fundamentalistischer Kirchen verbänden sich mit den emanzipatorischen Impulsen und Bedürfnissen der Frauenbewegung am Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert.

## Erfolg und Scheitern der Alkoholprohibition

Im 17. und 18. Jahrhundert tranken die Menschen in Nordamerika viel zu viel Alkohol. Das Saufen betrachteten die einen als Sünde, die anderen als Segen. Sie fanden Trinken zum Vergnügen natürlich und normal. Die ersten Einwanderungswellen der Puritaner eröffneten dann den Kampf gegen den Teufel Alkohol. Ab 1830 entwickelte sich eine wachsende „Mäßigkeitsbewegung“, die eine totale Abstinenz forderte und zu einer gewaltigen politischen Kraft heranwuchs. Dem Alkohol wurde die Rolle des Sündenbocks für jede Art von abweichendem Verhalten zugeordnet. Das Saufen produzierte persönliches Scheitern, Armut, Kriminalität und zerstörte Familien. Seit 1869 agierte im politischen Bereich die *Prohibition Party*. Der „Christliche Frauenbund für Abstinenz“ (Woman's Christian Temperance Union) und die *Anti-Saloon League* (ASL), eine Art Bürgerinitiative gegen die Kneipen, mobilisierten die Massen. Diese zivilgesellschaftlichen Organisationen machten politischen Druck und entwickelten einen bis dahin nicht bekannten Lobbyismus. Kandidaturen zu politischen Ämtern waren von der Zustimmung der ASL abhängig. Mächtige Kirchenorganisationen, Sozialreformer und Gewerkschaften propagierten in den USA die Vernichtung der Kneipen.

Die globale Abstinenzbewegung verbreitete sich in Europa und den USA. Die Abstinenzler- und Sittlichkeitsvereine wurden zum großen Teil von Frauen getragen. Sie konnten dadurch politische und wirtschaftliche Rechte eigenständig vertreten und gesellschaftlichen Einfluss nehmen. Innerhalb der Arbeiterschaft hatten Frauen außerdem ein existenzielles Interesse daran, gegen die Minderung des Einkommens und der Arbeitsfähigkeit ihrer Ehe-

männer durch Alkoholkonsum anzugehen. Nach dem Ersten Weltkrieg und unter den veränderten sozialen Verhältnissen verlor die Abstinenzbewegung in Europa an Bedeutung und Einfluss. Die Trinkgewohnheiten der Bevölkerung veränderten sich, da das Thema Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch öffentlich diskutiert und allgemein bewusst gemacht wurde. In den USA blieben die Aktionskraft und das Sendungsbewusstsein der sozialen Bewegung gegen den Alkohol aber ungebrochen. „Amerika First“ wollte die Drogenpolitik weltweit bestimmen.

Als Gegenbewegung formierten sich aber auch die „*Anti-Temperance-Societies*“. Die Baptisten hielten den Alkohol weiterhin für eine Gabe Gottes. Bis 1916 war dennoch die Prohibition in 23 Staaten eingeführt und das landesweite Verbot der Herstellung, des Transports und des Verkaufs von Alkohol wurde von der Volksbewegung im Jahr 1919 durchgesetzt. Die Ära der Prohibition begann. In den europäischen Ländern wurde die vereinzelt beschlossene Alkoholprohibition bereits wieder abgeschafft.

Die politisch untragbaren Folgen der Alkoholprohibition in den USA wie Schwarzmarktgeschäfte, Verelendung breiter Konsumentengruppen, Schmuggel, kriminelle Profitinteressen, höhere Mortalität durch Ersatzstoffe und insbesondere öffentliche Wirtschaftsinteressen führten schon 1933 zum Ende der Prohibition in den USA. Die Gegenbewegung wurde von mächtigen Industriellen forciert. Die Präsidenten von General Motors, Boeing, Phillips oder General Electric setzten auf die Wiedereinführung der Alkoholsteuer, die vor der Prohibition einen großen Teil der Staatseinnahmen finanziert hatte.

Die Prohibition führte zu Untergrundorganisationen, die den Alkohol illegal produzierten und handelten. Diese lösten sich nicht einfach auf, sondern verlagerten ihr Geschäft auf andere Bereiche, vornehmlich auf die der illegalen Drogen. Das Alkoholverbot wurde nicht befolgt. Die Trinkfreudigen trafen sich in Geheimkneipen. Bei Jazz und Cannabis kamen sich dort Schwarze und Weiße näher. Das bei Schwarzen bekannte Cannabis fand Anklang auch unter der weißen Bevölkerung und statt teurer Alkoholika konsumierten die Menschen das preisgünstige Cannabis. Das Scheitern der Alkoholprohibition frustrierte die fundamentalistischen und populistischen Kräfte der amerikanischen Prohibitions- und Abstinenzbewegung. Wut und Zorn brauchten ein Ventil: die illegalen Drogen. Die Verwalter und Sicherheitskräfte der Alkoholprohibition suchten eine neue Aufgabe: die Verfolgung der illegalen Drogenkonsumenten. Und das Geschäft

mit der Sucht verlagerte sich auf den illegalen Drogenmarkt.

### Die Durchsetzung der Prohibition aller illegalen Drogen

Erst 1912 wurden mit dem Haager Abkommen Opium, Kokain und Morphin global geächtet und die Ziele einer weltweiten Drogenprohibition im 20. Jahrhundert formuliert: Opium und seine Produkte sollte verschreibungspflichtig, die Herstellung und der Handel staatlicher Kontrolle unterworfen und durch Verordnungen und Gesetze bekämpft werden. Die teilnehmenden Staaten verschleppten aber die Ratifizierung der Vereinbarungen. England und auch Deutschland hatten weiter Interesse an einem freien Opiumhandel. Amerika versorgte seine Soldaten in Europa mit Opiaten und in Deutschland florierte die industrielle Alkaloid-Produktion. Hunderte von Tonnen Rohopium wurden damals jährlich eingeführt und zu handlungsfähigem Morphin und Heroin verarbeitet.

Die USA verboten 1914 den Handel mit Opiaten und mit Kokain. Die Durchsetzung der Opiumprohibition arbeitete dabei mit rassistischer Verunglimpfung der chinesischen Gastarbeiter und anderer Einwanderergruppen. Die Herstellung und der Import von Heroin wurde aber erst 1925 verboten und verhinderte die letzte legale Möglichkeit für Süchtige, Opium zu erhalten. Nach der erfolgreichen Alkoholprohibition kam es dann 1925 unter Führung der USA zu den internationalen Abkommen von Genf. Neben Opium wurden auch Koka und Cannabis, sowie deren Derivate Heroin, Kokain und Haschisch einbezogen. Das vollständige Verbot von Produktion, Handel und Export der Suchtstoffe sollte überall staatlich kontrolliert und durchgesetzt werden. Deutschland sträubte sich. In den Jahren nach dem Krieg von 1921 bis 1928 blühte das deutsche Alkaloid-Geschäft besonders gut. Heroin war als Pulver, Saft und Zäpfchen auf dem Markt und etablierte sich als gängiges Mittel gegen Husten, Schmerzen, Depressionen oder Magenkrebs.

Die weltweite Ächtung und schließlich das Verbot von Opium bzw. später auch sämtlicher Opiate war der erste große Erfolg der USA nach dem Krieg und Ausdruck seiner gewachsenen weltpolitischen Bedeutung. Ein erstes Opiumverbotsgesetz musste Deutschland 1920 als Verpflichtung aus dem Versailler Vertrag erlassen. Die Genfer Abkommen wurden von Deutschland erst 1929 ratifiziert und 1930 in Kraft gesetzt. Die Pharmazeutische Industrie versuchte dies bis dahin noch zu ver-

hindern und den Markt mit den Alkaloiden zu verteidigen.

### **Cannabis und die „Fake News“ der Drogenpolitik**

Ab 1872 war Cannabis in der „Kaiserlichen Verordnung über Apothekenwaren“ enthalten und durfte in Deutschland nur noch in Apotheken verkauft werden, eine Mengen- oder Altersbeschränkung gab es nicht. Deutschland war 1925 gegen das globale Cannabisverbot. Als Medikament war Cannabis auch weiterhin in den deutschen Apotheken erhältlich und bis 1970 relativ leicht für die Nutzer zugänglich.

In den Vereinigten Staaten kam es aber zu einer Kampagne gegen Cannabis, bei der mit „Fake News“ behauptet wurde, dass Cannabis-Konsum bei Mördern besonders häufig sei, irreversible Hirnschäden verursache und die Zeugungsfähigkeit von Mann und Frau zerstöre. Die fundamentalistische und populistische Propaganda führte 1955 zur Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass Cannabis und seine Derivate keinerlei therapeutischen Wert besitzen – aus heutiger Sicht eine Fehlentscheidung. In den Jahren 1931 bis 1953 kam es zu mehreren internationalen Abkommen, die eine Verstärkung der Prohibition gegenüber den Suchtstoffen durchsetzten und die jeweiligen Strafen erhöhten. Das heute wichtigste Abkommen über illegale Drogen war dann 1961 die „Single Convention“ der Vereinten Nationen. Das Abkommen regelt vom Anbau bis zum Gebrauch alles im Zusammenhang mit Suchtstoffen und wurde von 115 Staaten der Welt ratifiziert. Das Einheitsübereinkommen von 1971 erweiterte die Liste der psychotropen Stoffe. Vorausgegangen war eine „Drogenwelle“ in der u.a. gesellschaftskritische Bewegungen mit bewusstseinsweiternden Drogen wie LSD, Amphetamine oder Barbiturate experimentierten. Timothy Leary, ein US-amerikanischer Psychologe, Autor und „Guru“ der Hippie-Bewegung, propagierte damals den freien und allgemeinen Zugang zu bewusstseinsverändernden Drogen wie LSD, Mescaline oder Psilocybin. Die Lebenslust der Hippies verängstigte die Wohlstandsgesellschaft, die von vielen jungen Leuten in Frage gestellt wurde.

US-Präsident Richard Nixon erfand 1972 den „Krieg gegen die Drogen“, der die heute noch vorherrschende Stimmung der internationalen Drogenpolitik bestimmt. Die innenpolitischen Maßnahmen zum Kampf gegen den Konsum und die Konsumenten von Marihuana und Heroin waren politisch motiviert und sollten

von anderen Machenschaften des Präsidenten ablenken und seine politische Macht erhalten. Die Drogenangst wurde machtpolitisch und populistisch instrumentalisiert.

John Ehrlichman, ein enger Mitarbeiter und Vertrauter Nixons, offenbarte die Motive für den „War on Drugs“ erst 1994 in einem Interview. Und erst 2016 wurde das erhellende Zitat von Dan Baum (2016) veröffentlicht: „Die Nixon-Kampagne 1968 und die folgende Regierung hatten zwei Feinde: die linken Kriegsgegner und die Schwarzen. Verstehen Sie, was ich damit sagen will? Wir wussten, dass wir es nicht verbieten konnten, gegen den Krieg oder schwarz zu sein, aber dadurch, dass wir die Öffentlichkeit dazu brachten, die Hippies mit Marihuana und die Schwarzen mit Heroin zu assoziieren und beides heftig bestrafte, konnten wir diese Gruppen diskreditieren. Wir konnten ihre Anführer verhaften, ihre Wohnungen durchsuchen, ihre Versammlungen beenden und sie so Abend für Abend in den Nachrichten verunglimpfen. Wussten wir, dass wir über die Drogen gelogen haben? Natürlich wussten wir das!“

Das Zitat zeigt den Geist, aus dem heute noch die Drogenpolitik ihre Orientierung schöpft: Populismus, Fundamentalismus, Diffamierung und politische Funktionalisierung von Ängsten, Feindbildern und Abwehr des Fremden. Die süchtige Gesellschaft ist für diese Strategie der „Projektion des schwachen Teils“ empfänglich und manipulierbar.

### **Die Lehren aus der Geschichte der Drogenprohibition**

Die verschiedenen Weltkulturen der Kontinente und der Geschichte kannten kein wirkliches Drogenproblem. Einen repressiven Kampf gegen Drogenkonsum und eine politische Verfolgung von Drogenkonsumenten gab es bis ins 19. Jahrhundert nicht. Mehrere tausend Jahre lang herrschte ein sozial, religiös oder kulturell geregeltes Leben mit Drogen und Suchtstoffen. Erst seit 100 Jahren kennt die Welt legale und illegale Drogen, die Prohibition des illegalen Gebrauchs und noch nicht einmal seit 50 Jahren gibt es den Krieg gegen die Drogen und die Kriminalisierung der Konsumenten illegaler Drogen. Die Geschichte zeigt, wie die Drogenpolitik in soziokulturelle, macht- und wirtschaftspolitische und auch ideologische Kontexte eingebunden ist. Wissenschaftliche Erkenntnisse und reale Fakten sind schwächer als politische und wirtschaftliche Machtinteressen, die Ängste und Feindbilder funktionalisieren und die Drogenpoli-

tik für dunkle Geschäfte und Machenschaften benutzen.

Zwei Kriege wurden aus Profitinteresse geführt, um Opium wirtschaftlich zu vermarkten. Die damit einhergehende Produktion von Suchtkranken und gesellschaftlichen Krisen sind Ergebnis der Funktionalisierung von Suchtstoffen für Unterwerfung und Ausbeutung. Die englischen Kaufleute und Politiker fungierten bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts als größter kapitalistischer „Drogendealer“. Die durch Kolonisation und Imperialismus induzierte Opiumsucht empörte die christlichen Missionare in China. Alkoholsucht war für die protestantische Ethik sittliches Versagen und unmoralisches Verhalten. Diese Bewertung der Alkoholsucht wurde auf das Opium übertragen, die Alkoholprohibition auf alle Suchtstoffe ausgeweitet. Die moralisch-fundamentalistische Haltung und der gesellschaftliche Agitationseifer setzten sich in den Vereinigten Staaten besonders erfolgreich durch, führten zur staatlichen Alkoholprohibition und zur weltweiten Ächtung der illegalen Drogen und heute wieder zu einem neuen Krieg gegen die Suchtkranken. Der zivilgesellschaftliche Moralismus, also eine Bürgerbewegung, zwang den Staat damals zu den entsprechenden Gesetzen. Das profitable Geschäft mit den Drogen blieb aber erhalten und bestimmt bis heute das Elend der Drogenabhängigen und die gesellschaftliche Ausgrenzung der Suchtkranken. Die USA produzieren die größten Drogenprobleme durch ihre irrationale, aber interessengesteuerte Drogenpolitik.

Die heutige Opiumproduktion in Afghanistan (90% des Weltmarktes) wird nach Russland geschmuggelt und gelangt von dort auch nach China. Das führt zu Problemen in den jeweiligen Bevölkerungen. Afghanistan versorgt auch die USA, Kanada und Westeuropa. Es wäre möglich, den Opiumanbau als Einnahmequelle der Bauern in Afghanistan zu ersetzen, wenn es politisch gewollt würde. Aus machtpolitischen und profitwirtschaftlichen Interessen wird die Opiumflut aus Afghanistan zugelassen. Die Kartelle des illegalen Drogengeschäfts in Mexiko, Kolumbien und Guatemala destabilisieren diese Länder, die inzwischen für ein Ende des Drogenkrieges eintreten. Einer von fünf Drogentoten weltweit sterbe in den USA, schreibt Alexandra Endres (2016) in der Zeit: „Milliarden für einen nutzlosen Krieg.“ Der Krieg gegen die Drogen hat immer auch dazu beigetragen, dass die Geschäfte mit den Drogen weiterlaufen können und das Schicksal der betroffenen Menschen dem Profit untergeordnet bleibt. Der ehemalige UNO-Generalsekretär Kofi Annan kennzeichnet die bisherige Strategie für gescheitert und schlägt gemeinsam mit

Politikern, Wissenschaftlern und Ärzten aus aller Welt ein Umdenken und eine neue Drogenpolitik vor. Die Abhängigkeit von Drogen ist keine moralische Kategorie. Heute ist die Abhängigkeit von legalen wie illegalen Drogen eine Krankheit und die Kranken haben ein Recht auf Hilfe und evidenzbasierte Therapie. Die zentrale Frage aber bleibt, warum dies den kranken Konsumenten von illegalen Drogen verweigert wird. Die Geschichte lehrt aber auch, dass Bürgerbewegungen den Staat und die Wirtschaft zum Handeln zwingen können. Das sollte einer Bürgerbewegung Mut machen, für Humanität und eine rationale Drogenpolitik mit wissenschaftlicher Evidenz. Chaim Jelinek ist uns dafür Ansporn und Vorbild.

### Die Drogenpolitik in Deutschland

Das Opiumgesetz von 1930 blieb in Deutschland bis 1972 weitestgehend unverändert. Cannabis wurde nicht als Problem gesehen. Das änderte sich grundlegend, als im Zuge der internationalen Studentenbewegung und der Befreiungslust der 68er-Generation Cannabis als Freizeitdroge bekannter wurde und der Konsum zunahm. Der Gesetzgeber reagierte mit einem neuen Gesetz: Das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) von 1971. Die damalige Bundesregierung begründete den Gesetzesentwurf mit der Drogenwelle, die einer Seuche gleiche und mit aller Kraft zu bekämpfen sei. Die Kiffer und Fixer würden ausfliegen, aus der Gesellschaft aussteigen und ihr Studium ebenso wie ihre Arbeitsbereitschaft aufgeben. Die damalige „Panikmache“ lässt sich heute kaum nachvollziehen. Neben der stärkeren Kontrolle des Verkehrs mit Betäubungsmitteln wurde der strafrechtliche Teil als Kernstück ausgebaut und der Strafraum für „Rauschgiftändler“ deutlich erhöht.

Die Soziodynamik der Abläufe ist überdeutlich. Der Kampf gegen Cannabis war in der Bundesrepublik Deutschland eine Art Vergeltung der angegriffenen Väter gegen die Lebenslust und Freiheitsbedürfnisse der 68er-Generation. Moralische Argumente oder politische Ideologie bestimmen die Diskussionen bis heute. Die faktische Realität von Gefahr und Bedrohung wird geleugnet, Drogenabhängigkeit bei legalen Suchtmitteln als Krankheit anerkannt und Drogenabhängigkeit bei illegalen Drogen als Verbrechen oder kriminelles Handeln diffamiert. Eine zukunftsfähige Drogenpolitik müsste alle Drogen gleich behandeln und die Menschen befähigen, mit allen Suchtstoffen möglichst kompetent und gefahrenbewusst

umzugehen. Das wollen die Populisten und Fundamentalisten der Staatsmacht nicht: „Wir müssen 1968 hinter uns lassen“, fordert Alexander Dobrindt, der Chef der CSU-Landesgruppe im Bundestag. „Wir brauchen den Aufbruch in eine neue, konservative Bürgerlichkeit, die unser Land zusammenführt, unsere Wertegemeinschaft stärkt und unsere Freiheit verteidigt“, sagt er im ZDF-„Heute Journal“ (2018). Seine „konservative Revolution“ ergreift auch die Drogenpolitik. Marlene Mortler, die neue und alte Drogenbeauftragte der Bundesregierung, hält an den bisherigen Positionen fest.

Chaim Jellinek (2016) hat vor zwei Jahren in seiner Rede zum Internationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige formuliert, worum es wirklich geht:

*„Mittlerweile wissen wir, dass Substanzkonsum-Störungen irgendwo zwischen gesellschaftlichen und individuellen Faktoren und in der sehr unterschiedlichen Wirkung der Droge auf das Individuum ihren Anfang nehmen. Wir wissen, dass ein erheblicher Anteil von Patientinnen und Patienten den Weg aus der Abhängigkeit selbstbestimmt und ohne jede professionelle Hilfe findet, besonders dann, wenn persönlich befriedigende Beziehungen entwickelt werden können und wenn es für sie einen Platz in der Gesellschaft gibt.*

*Andere brauchen Hilfe – je höher der Hilfebedarf ist, umso wahrscheinlicher werden physische, psychische und soziale Belastungen, die lange vor jeder Suchtgeschichte das Leben der Menschen bestimmten. Abhängigkeitserkrankungen erscheinen dann als Ergebnis eines zunächst sehr wirksamen Versuchs sich selber zu helfen, die eigene Person und die Autonomie über das eigene Leben gegen die Gewalt von außen – und zunächst viel seltener auch gegen die Gewalt im eigenen Kopf! – zu wahren. Drogen wirken – sonst würden sie nicht konsumiert!“*

Jellinek steht damit in der Tradition von Rudolf Virchow. Auch er hatte keine Scheu, sich politisch zu engagieren. Das Gesundheitswesen habe nach seiner Vorstellung zwei Aufgaben: Die Gestaltung der Gesellschaft im Ganzen durch Berücksichtigung der allgemeinen, natürlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse, welche der Gesundheit hemmend entgegenstehen und die Ertüchtigung des einzelnen Individuums durch Berücksichtigung derjenigen Verhältnisse, welche es hindern, für seine Gesundheit einzutreten. Der Pathologe Virchow kämpfte für eine politische Medizin, die individuelle Krankheiten mit den Lebensbedingungen, dem Bildungsangebot, den Wohnverhältnissen und der sozialen Kultur in

Zusammenhang brachte. Politik sei Medizin im Großen.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation aus 1986 stellt fest: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

Dieses Leitmotiv der Ottawa-Charta beschreibt auch das neue Leitbild einer Drogenpolitik, die den Menschen achtet und den Suchtkranken ertüchtigt, sein Leben selbst zu gestalten und mit Suchtstoffen angemessen umzugehen. Das ist ein neues Paradigma gegen den unwissenschaftlichen Populismus der heutigen Drogenpolitik. Das Gesundheitswesen muss die Wunden heilen, die ein entfesselter Kapitalismus schlägt. Die Trennung von legalen und illegalen Drogen ist mit dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und politischen Erfahrung nicht mehr akzeptabel. Drogenpolitik muss anerkennen, dass die Menschen selbst befähigt werden müssen, mit Suchtstoffen und Drogengefahren kompetent umzugehen. Bildung statt Kriminalisierung steht an und die Einsicht, dass die bisherige Drogenpolitik gescheitert ist. Alle Drogenabhängigen gehören zur Gesellschaft und brauchen dort ihren Platz. Die Drogenpolitik der Zukunft macht die Droge überflüssig und bekriegt sie nicht mehr. Mit Musik, Tanzen, Meditation, Trommeln, Singen, Hyperventilation oder Lebensfreude und sozialer Perspektive für die Jugend kann das gelingen. Amerika ist im Umgang mit den Drogen kein Vorbild. Europa kann seinen eigenen Weg einschlagen. Deutschland sollte mit der Schweiz und den Niederlanden vorangehen.

## Literatur

- ABDA (2018). *Medikamentenmissbrauch in Deutschland*. <https://www.abda.de/service/termine/terminarchiv/medikamentenmissbrauch/> – abgerufen am 20.03.2018.
- Ärzte-Zeitung (2018). *USA. Deutlich mehr Todesfälle wegen Opioid-Überdosis*. <https://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=958640&pid=948074> – abgerufen am 20.03.2018.
- Baum, D. (2016). *Legalize it all, how to win the war on drugs*. <https://harpers.org/archive/2016/04/legalize-it-all/> – abgerufen am 20.03.2018.

- DHS (Hrsg.) (2017). *Jahrbuch Sucht 2017*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Endres, A. (2016). *Drogenpolitik: Milliarden für einen nutzlosen Krieg*. <http://www.zeit.de/wirtschaft/2016-04/drogenpolitik-un-konferenz-new-york-mexiko-konsum/komplettansicht> – abgerufen am 20.03.2018.
- Holzer, T. (2002). *Globalisierte Drogenpolitik – Die protestantische Ethik und die Geschichte des Drogenverbotes*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Jellinek, C. (2016). *Menschenwürde in der Substitution*. Rede zum 21. Internationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige. 21. Juli 2016.
- taz archiv (2006). „Das LSD ist zu mir gekommen“. Ein Gespräch mit Albert Hofmann, der heute 100 Jahre alt wird. *taz am 11.01.2006*. <http://www.taz.de/!491099/> – abgerufen am 20.03.2018.
- ZDF-„Heute Journal“ (2018). *Interview von Heute Journal-Moderatorin Marietta Slomka mit Alexander Dobrindt am 04.01.2018*.
- Zeit Online (2018). *Drogenbericht 2017*. <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2017-05/>

drogen-drogenbericht-2017-konsum-global-drug-survey – abgerufen am 20.03.2018.



**Dr. med. Ellis Huber**

Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Präventologen e.V., Hannover; stellv. Vorstandsvorsitzender des PARITÄTISCHEN, LV Berlin e.V.; Geschäftsführer der St.-Leonhards-Akademie gGmbH  
Initiator der Gesundheitstage Berlin und Hamburg  
Bleibtreustraße 10  
D-10623 Berlin  
ellishuber@t-online.de

**NACHRICHT**

## Warum Alkohol Menschen aggressiver macht

*Sydney – Australische Forscher um Thomas Denson von der University of New South Wales haben mittels Magnetresonanztomographien (MRT), die den Blutfluss im Gehirn messen, untersucht, warum Menschen oft aggressiv und gewalttätig werden, nachdem sie Alkohol getrunken haben. Nach nur zwei Drinks stellten die Forscher Veränderungen in der Funktionsweise des präfrontalen Kortex des Gehirns fest, dem Teil, der normalerweise an der Regulierung der Aggressionsniveaus einer Person beteiligt ist. Die Studie ist in der Zeitschrift Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience erschienen (2018; doi:10.3758/s13415-017-0558-0).*

„Nach den meisten Theorien wird die alkoholbedingte Aggression durch Veränderungen im präfrontalen Kortex verursacht. Allerdings fehlte es an substanziellen Belegen, um diese Ideen zu untermauern“, berichten die Wissenschaftler. In dieser Studie rekrutierten Denson und sein Team, zu dem auch Wissenschaftler aus Lübeck gehörten, 50 gesunde junge Männer. Die Teilnehmer erhielten entweder zwei Getränke mit Wodka oder Placebogetränke ohne

Alkohol. Während die Teilnehmer in einem MRT-Scanner lagen, mussten sie eine Aufgabe bewältigen, die in den letzten 50 Jahren regelmäßig genutzt wurde, um Aggressionen als Reaktion auf Provokationen zu beobachten.

Die funktionelle Magnetresonanztomographie ermöglichte es den Forschern zu sehen, welche Hirnareale bei der Durchführung der Aufgabe besonders aktiviert wurden. Sie stellten fest, dass die Provokation allein zunächst

keinen Einfluss auf die neuronalen Reaktionen der Teilnehmer hatte. Bei aggressivem Verhalten kam es jedoch zu einem Rückgang der Aktivität im präfrontalen Kortex des Gehirns derjenigen, die alkoholische Getränke konsumiert hatten. Diese dämpfende Wirkung zeigte sich auch in den Bereichen des Gehirns, in denen die Belohnung beteiligt ist.

„Obwohl es einen insgesamt dämpfenden Effekt von Alkohol auf die präfrontale Kortikalis gab, beobachteten wir selbst bei niedriger Alkoholdosis eine signifikante positive Beziehung zwischen dorsomedialer und dorsolateraler präfrontaler Kortexaktivität und alkoholbedingter Aggression“, erklärte Denson.

Die Wissenschaftler empfehlen jetzt weitere umfangreichere Untersuchungen zu den neuronalen Grundlagen alkoholbedingter Aggressionen. „Dies könnte letztendlich die alkoholbedingten Schäden erheblich reduzieren“, so Denson. 

# Impfung gegen Heroin

## Eine neue therapeutische Kooperationsform zwischen Ärzten und psychosozialen Begleitern

Jörg Gözl

### Zusammenfassung

In den USA wird zurzeit eine Impfung gegen Heroin erprobt. Diacetylmorphin wird an ein immunologisch wirksames Trägereiweiß gebunden und produziert geimpft eine Immunantwort, durch die Heroin und seine Abbauprodukte sofort nach Eintritt in die Blutbahn zerstört werden. So bleiben die Opiatrezeptoren im Gehirn frei von Erregung. Tierversuche an Mäusen und Rhesusaffen waren erfolgreich. Die FDA hat jetzt die Anwendung bei heroinabhängigen Patienten erlaubt. Nach stationärem Entzug erfolgt die Impfung, die acht Monate wirksam ist und wiederholt werden kann. Damit werden Ärzte und Drogenberater mit einem neuen Typ von Behandelten konfrontiert. Neben Diagnostik und Therapie somatischer und psychischer Begleiterkrankungen werden dann die Drogenberater nach Sicherung einer sozialen und finanziellen Basisversorgung sicherlich im ersten Jahr nach der Impfung vor allem mit der Abwehr von Rückfällen mit anderen Opiaten oder mit dem Beigebrauch von Alkohol, Cannabis, Kokain und Tranquilizern beschäftigt sein. Dann erst können komplexe Beziehungsprobleme und berufliche Rehabilitation bearbeitet werden.

### Entwicklung neuer Therapieansätze

Die komplexe Vermischung der verschiedenen Ursachen bei der Entwicklung einer Sucht (Bilitzka, 2009; Kufner & Soyka, 2017) lässt ein allgemeingültiges wirksames Therapiekonzept nicht zu. Nachgewiesen sind bisher psychodynamische, verhaltenstheoretische, neurobiologische, genetische und soziale Bedingungen. Entsprechend war die ideologische Fixierung auf Abstinenz als einzig sinnvolles Therapieziel sehr begrenzt erfolgreich. Seit Mitte der 1980er Jahre ist der universale Anspruch dieser Therapieform fallen gelassen worden. Der bis dahin wirksame Widerstand von Politikern und ärztlichen Fachverbänden gegen schadensmin-

dernde Therapieansätze wurde allein durch die Angst vor der Ausbreitung der HIV-Epidemie durch die Hochrisikogruppe der Heroinabhängigen überwunden. Mit der Opiatsubstitution und anderen schadensmindernden Eingriffe ist zunächst einmal die Option geschaffen worden, medizinisch auf die extreme Gesundheitsgefährdung der Betroffenen zu reagieren. Zusätzlich konnte die soziale Deprivation durch die Kriminalisierung des Konsums, dann durch die psychosoziale Begleitung der Substituierten gemildert oder aufgehoben werden. Die unter dem Abstinenzdogma zunächst verteilte schadensmindernde Behandlung hat sich als erfolgreiche Behandlungsalternative in der BRD und in anderen europäischen Ländern entwickelt und ist von hier in viele Weltregionen exportiert worden.

Überlegungen, eine Abhängigkeit mit Impfungen oder genetischen Modifikationen zu behandeln, sind in den vergangenen 20 Jahren immer wieder angestellt worden. Sie sind Teil einer neueren Tendenz, seelische Auffälligkeiten nicht mehr allein als Folgen psychischer und sozialer Schäden zu interpretieren, sondern sie unter genetischen und evolutionsbiologischen Ansätzen zu verstehen. Damit wurden die Therapievorstellungen immer weiter von der psychiatrischen und psychosozialen Intervention entfernt. Es handelt es sich dabei um eine postmoderne Tendenz, die menschliches Verhalten weniger durch kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse verursacht sieht, sondern auf Faktoren zurückführt, die menschliches Handeln vor allem auf die Wirkungen seines nicht veränderbaren Erbes aus der Evolution zurückführt (Pinker, 2017).

### Aktueller Anlass zur Suche nach neuen Therapiemöglichkeiten

Eine weitere gesellschaftliche Katastrophe in den USA führt jetzt zu einer dritten Therapieoption: dem Versuch, durch eine gezielte Impfung den Abhängigen vor weiterem Heroinkonsum

zu schützen. Nach dem körperlichen Entzug kann ein neu entwickelter Impfstoff eine über das Immunsystem vermittelte Zerstörung des Heroinmoleküls und seiner wirksamen Abbauprodukte im Blut sichern. Es gibt dadurch keine euphorisierende Erregung der Opiatrezeptoren im Gehirn. Damit wird bei einem Heroin-Rückfall die Fortsetzung des Konsums als sinnlos erlebt.

Was war der Anlass für diese Forschung? 1995 wurde in den USA vom Pharmaproduzenten Purdue Pharma LP das halbsynthetische Opioid Oxycodon als angeblich neues und unproblematisches Schmerzmittel mit Namen Oxycontin auf den Markt gebracht. Mit Milliarden Dollar beworben wurde es bei den Ärzten in den USA wegen geringer Nebenwirkungen und fehlender Gefahr einer Abhängigkeit in den Markt gedrängt. Die gleiche Substanz war unter dem Namen Eukodal seit 1919 in Deutschland auf dem Markt und wurde 1990 hier wegen seines hohen Suchtpotentials vom Markt genommen: Als Begründung für den Entzug der Zulassung diente der Begriff „Eukodalismus“. Oxycontin machte in den USA eine steile Karriere, gehörte mit 3,5 Milliarden US-Dollar zu den umsatzstärksten Medikamenten. Was in Deutschland zum Verbot der Substanz geführt hatte zeigte sich bald auch in den USA. In der verarmten weißen Mittel- und Unterschicht des „rust belt“ entlang der Appalachen (Michigan, Indiana, Ohio, Pennsylvania, West-Virginia, Kentucky, Tennessee, Alabama) und den ländlichen Regionen im Westen (Idaho, Nevada, Utah, Arizona, New Mexico, Oklahoma) konsumierten bis zu elf Millionen Amerikaner Oxycodon aus nichtmedizinischen Gründen (CDC Injury Center, 2016). Wegen der ständigen Nachfrage entstanden entlang der großen Straßen der Städte neue ärztliche Praxen – sogenannte „pill mills“ –, die nur auf die Verordnung von Oxycodon an Abhängige spezialisiert waren. War das teure Oxycodon für den Konsumenten nicht mehr bezahlbar, stiegen die Abhängigen vom Oxycodon – genannt „hillbilly heroin“ – auf das viel billigere Heroin um. Bis zum Jahr 2016 stieg die Zahl der jährlichen Toten durch Opiatüberdosierung in den USA auf 64.000 Menschen an. Wegen mangelhafter Krankenversicherung, fehlender therapeutischer Einrichtungen und der Kriminalisierung gab es kaum Ausstiegchancen für die Abhängigen.

Dies war einer der Gründe, weshalb in universitären Zentren wie dem Scripps Research Institute in Kalifornien fieberhaft mit der Entwicklung von Impfstoffen gegen Heroin begonnen wurde (Bremer et al., 2017). Damit sollte der bedrohlichen Epidemie mit wirtschaftlich

vertretbarem Aufwand begegnet werden können. Inzwischen werden auch Impfstoffe gegen Kokain und Amphetamine entwickelt. Auch in der BRD hat sich die Zahl der verschriebenen Opiatdosen von 2006 bis 2010 um ein Drittel erhöht. Die Rate der Verordnung synthetischer Opiate hat sich zwischen 2000 und 2010 um 37 Prozent erhöht. Zum Teil verbirgt sich in diesem Anstieg auch die Korrektur der zuvor sehr rigiden Zurückhaltung der Ärzte, auch dort, wo sie dringend zur Schmerztherapie benötigt gewesen wären.

### Entwicklung und Erprobung des Heroin-Impfstoffs

Das Ziel bei der Entwicklung eines Impfstoffs gegen Heroin war, eine immunologische Reaktion gegen diese Substanz zu schaffen. Da das Heroinmolekül zu klein war, um beim Eintritt ins Blut eine immunologisch gesteuerte Zerstörung zu bewirken, musste das Heroinmolekül an immunologisch stimulierende Moleküle gebunden werden, die eine solche Reaktion induzieren können. Nach der Impfung bildet dann das immunologische Abwehrsystem des Geimpften spezifische Antikörper, die in der Lage sind, Heroin und seine Abbauprodukte zu spalten, bevor sie die Rezeptoren im Gehirn erreichen: Heroin kann ohne die geringste Reaktion des Gehirns injiziert werden.

Diese immunogene Verbindung aus Heroin und einem Träger-Protein wurde bisher zuerst bei heroinabhängigen Mäusen und dann bei heroinabhängigen Rhesus-Affen als Impfung verabreicht. Die Verbindung rief bei beiden Tierarten eine immunologisch gesteuerte und sofortige Zerstörung des ins Blut geratenen Heroins aus. Die geimpften Tiere betätigten dann nicht mehr den Hebel im Käfig, der früher Heroin freigesetzt hatte, da für die Tiere eine weitere Aufnahme von Heroin keinerlei euphorische Wirkung im Gehirn mehr auslöste. Die Wirkung der Impfung hielt acht Monate an. In diesem Jahr sollen die ersten Versuche bei heroinabhängigen Menschen beginnen. Die Impfung kann je nach Verlauf mehrmals alle acht Monate verabreicht werden.

Die durch die Impfung produzierte immunologische Abwehr ist allerdings spezifisch nur auf die Substanz Heroin (Diacetylmorphin) und seine wirksamen Abbauprodukte ausgerichtet. Andere Opiate wie z.B. Morphin oder Fentanyl werden nicht zerstört und bleiben neben ihrer schmerzstillenden Wirkung auch weiter euphorisierend wirksam. Diese Einschränkung war medizinisch notwendig, da bei dem gegen Heroin geimpften Drogenkonsumenten

wegen der Möglichkeit operativer Eingriffe die schmerzstillende Wirkung der Opiate erhalten bleiben musste. Aus suchtmmedizinischer Sicht bedeutet diese Notwendigkeit allerdings die Schwachstelle der Impfstherapie: Der Rückfall in die Opiatabhängigkeit ist jederzeit mit anderen Opiaten außer dem Heroin möglich.

### Integration der Impfung in ein begleitendes Therapiekonzept

Bei der Therapie des Abhängigen nach einer Heroin-Impfung wird immer eine somatische, psychiatrische und psychosoziale Betreuung notwendig sein, um die drei typischen Suchtfolgeschäden zu beheben: Rückfallgefahr und Ausweichen auf andere Drogen, somatische und psychiatrische Schäden, soziale Desintegration.

Der Ablauf einer solchen Impfung wird folgendermaßen sein: Zunächst muss der Abhängige über diese Möglichkeit informiert werden und aufgrund dieser Information einem Behandlungsversuch zustimmen. Danach sollte ein stationärer Entzug von Heroin und anderen Substanzen erfolgen. Dabei wird dann auch die ambulante medizinische und psychosoziale Begleitung organisiert. Dann erfolgt die Impfung. Ambulant muss zunächst durch den weiterbehandelnden Arzt die Diagnostik von Organschäden und chronischen Infektionen durchgeführt und entsprechende Behandlungspläne aufgestellt werden. Durch den Arzt erfolgen auch unregelmäßige Urinkontrollen auf andere Opiate oder den Konsum anderer Drogen. Eines seiner wichtigsten Themen ist, ein Verständnis für die Compliance bei medikamentösen Therapien chronischer Infektionskrankheiten zu stärken. Vor allem bei dauerhaften Zuständen von Depression oder Angstgefühlen kann es nötig werden, diese vorübergehend medikamentös zu behandeln (Gözl, 1999). Psychotherapeutische Verfahren sind in der Regel frühestens nach einjähriger Stabilisierung in der abstinenten Lebensphase sinnvoll.

Natürlich wäre es wunderbar, wenn die Beendigung einer Abhängigkeit allein mit bloßem Entzug und anschließender Heroin-Impfung gelänge. Zwei zentrale Begleitumstände des abhängigen Lebensvollzugs verschwinden aber nicht durch die gestoppte Heroineinnahme: die durch Drogenkonsum und Kriminalisierung geprägten Verhaltensweisen und die soziale Desintegration durch den suchtbedingten Weltbezug.

Die psychosoziale Betreuung eines mit Opiaten substituierten Menschen ist insofern unproblematischer, da sein Hauptproblem –

den das Denken und Handeln bestimmende Druck der Geld- und Heroinbeschaffung – sich zunächst erledigt hat. Bei dem durch Impfung abstinenten Drogenkonsumenten kommt die immer wieder aufbrechende Gier nach Opiaten als wichtigste Begleiterscheinung während des Resozialisierungsprozesses hinzu. Daher ist zu erwarten, dass bei den Heroin-Geimpften die ersten sechs bis zwölf Monate der Betreuung deutlich von Problemen des Konsums von Alkohol, Cannabis, Kokain und Beruhigungsmitteln bestimmt sein werden oder den wiederkehrenden Versuch mit anderen Opiaten Entspannung zu finden. Anders als beim Substituierten wird neben der Basisversorgung mit Unterkunft, finanzieller Grundsicherung und Klärung aktueller Rechtsprobleme das Schwergewicht der psychosozialen Begleitung zunächst auf dem Erlernen eines strukturierten Tagesablaufs liegen, auf Coping-Strategien bei alltäglichem Stress, Rückfallgefahr durch das Auftreten heftiger Gefühle, die nicht mehr wie früher durch Drogen gedämpft werden können. Ein weiteres wichtiges Thema ist die oft überschäumende Euphorie, die sich nach einigen Wochen Drogenabstinenz häufig einstellt und zu heftigen Enttäuschungsgefühlen führt, wenn sich nicht alles wie geplant verwirklichen lässt. Nach einer mehrmonatigen Übergangszeit kann dann eine Klärung der dauerhaften Gestaltung der Beziehungen im sozialen Nahbereich angegangen werden: die Versorgung von Kindern, Konflikte mit Partnern, Trennung von drogenabhängigen Bekannten und neue Bekanntschaften, Verhältnis zu den Eltern. Als Letztes sollte dann die Klärung der Umstände erfolgen, die für eine berufliche Fortbildung und ein späteres Arbeitsleben möglich und notwendig sind.

Die Begleitung dieser gegen Heroin geimpften Klienten wird also eine neue und zusätzliche Form der psychosozialen Betreuung darstellen neben der Beratung von aktuell Abhängigen und der Arbeit mit substituierten Klienten. Noch sind viel Fragen offen: Sind Patienten mit bestimmten Begleiterkrankungen von der Impfung ausgeschlossen? Über welchen Zeitraum soll nachgeimpft werden? Wie gestaltet sich die Betreuung nach Opiatgabe im Zusammenhang mit operativen Eingriffen? Treten durch Impfung spezielle unerwünschte Reaktionen des Immunsystems auf? Viele andere Fragen treten dann erst bei der praktischen Umsetzung auf. Sicher ist, dass die kombinierte Zusammenarbeit zwischen spezialisierten Ärzten und ihren Drogenberatern die einzige sinnvolle Option dieser Therapie bleiben wird. Lange stationäre Aufenthalte in den auf Abstinenz programmierten Kliniken werden sicher

deutlich kostenintensiver sein als das in der Substitutionstherapie erprobte Modell der ambulanten Kooperation zwischen spezialisierten Ärzten und Drogenberatern.

## Literatur

- Bilitzka, K. W. (2009). *Psychodynamik der Sucht*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bremer, P., Schloburg, J., Banks, M. et al. (2017). Development of a clinically viable heroin vaccine. *J Am Chem Soc*, 139, 8601-8611.
- CDC Injury Center (2016). *Data overview. Drug overdose*. [www.cdc.gov/drugoverdose/data](http://www.cdc.gov/drugoverdose/data)
- Gözl, J. (1999). *Der drogenabhängige Patient*. München: Urban & Fischer.
- Küfner, H. & Soyka, M. (2017). Psychologische Suchttheorien als Erklärungsansätze. *Nervenheilkunde*, 36, 439-456.
- Pinker, S. (2017). *Das unbeschriebene Blatt. Die moderne Leugnung der menschlichen Natur*. Frankfurt a. M.: Fischer.



### Dr. med. Jörg Gözl

Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychiater, Suchtmediziner und Infektiologe  
Vorstand DAGNÄ; Ehrenvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)  
Kaiserdamm 24  
D-14057 Berlin  
[goelz@snafu.de](mailto:goelz@snafu.de)



276 Seiten  
ISBN 978-3-95853-380-6  
Preis: 20,- €  
eBook: SBN 978-3-95853-381-3  
Preis: 15,- € ([www.ciando.com](http://www.ciando.com))  
ISSN 0940-4910

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)

## DHS Jahrbuch Sucht 2018

Das DHS Jahrbuch Sucht 2018

- fasst die neuesten Statistiken zum Konsum von Alkohol, Tabak, Arzneimitteln, illegalen Drogen sowie zu Glücksspiel und Essstörungen zusammen,
- gibt die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) konzentriert wieder,
- informiert über die Rehabilitation Suchtkranker,
- präsentiert die aktuellen Themen „Umfassender Schutz junger Menschen in der Cannabispolitik“, „Passivtrinken“ sowie „In der Maschinentzone – eine Studie über pathologisches Glücksspiel und spielerzentriertes Design“,
- setzt die Serie „Was Sie außerirdischen Besuchern besser nicht zu erklären versuchen“ mit dem Thema „Selbstregulierungen“ fort,
- liefert ein umfangreiches Adressverzeichnis deutscher und europäischer Einrichtungen im Suchtbereich.



**PABST SCIENCE PUBLISHERS**

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550  
[pabst.publishers@t-online.de](mailto:pabst.publishers@t-online.de) | [www.psychologie-aktuell.com](http://www.psychologie-aktuell.com) | [www.pabst-publishers.de](http://www.pabst-publishers.de)

# Sucht und Substitution brauchen keine Moral

## Für einen unverkrampften Umgang mit psychoaktiven Substanzen

Toni Berthel

Obwohl der Konsum von psychoaktiven Substanzen in allen Kulturen üblich ist, ist die öffentliche Diskussion über den Stellenwert von Konsum, Rausch, Grenzüberschreitung, Rekreation, in der Regel ideologiegeleitet. Dies führt auch dazu, dass evidenzbasierte Behandlungen von Suchtkranken, wie beispielsweise die Substitution oder der kontrollierte Konsum, unverständlichen Restriktionen ausgesetzt sind oder pauschal angefeindet werden. Menschen mit Suchterkrankungen haben einen Anspruch auf eine adäquate Behandlung. Moralisierende, in Vorurteilen gründende Ansätze sind hier fehl am Platz.

### Einleitung

Der Umgang mit psychoaktiven Substanzen, mit Menschen, die psychoaktive Substanzen konsumieren oder Konsumierenden, die die Kontrolle über ihren Konsum verlieren und abhängig werden, ist in unserer Gesellschaft sehr ambivalent. Aber auch in der Medizin und Psychiatrie wird der Konsum dieser Substanzen ausschließlich als pathologisches Geschehen bewertet. Rausch beispielsweise wird im ICD-10 als Intoxikation (Vergiftung) definiert. Public-Health-Strategien mit Prävention und Früherkennung orientieren sich vornehmlich an dieser Interpretation des Rausches. Damit wird nun ein zum Menschen gehörendes Phänomen und Bedürfnis einseitig pathologisiert. So kommt es zu einer Problematisierung wichtiger menschlicher Seins- und Entwicklungsphänomene. In der Politik wiederum werden sowohl Opioidabhängige wie Ärzte, die zur Behandlung Opioidagonisten (Substitutivmittel) einsetzen, mit einem Generalverdacht belegt. Es werden unverständliche Regeln aufgestellt, die eine adäquate Behandlung erschweren und teilweise verunmöglichen. Obwohl Schadensminderung, kontrollierter Konsum und Substitution längst anerkannte und erfolgreiche Therapiemethoden und Behandlungsansätze sind, gibt es immer noch Forderungen nach

der Abstinenz als einzigem Weg zum Erfolg. In der letzten Zeit sind Stimmen laut geworden, Suchterkrankungen als selbstverschuldet zu beurteilen und damit die Behandlung oder zumindest die Finanzierung über die Krankenversicherung zu verunmöglichen.

Wir sehen, der Umgang mit psychoaktiven Substanzen ist von – häufig unreflektierten – Ideologien geleitet, er ist abhängig vom Zeitgeist und der jeweils vorherrschenden Doktrin, was richtig ist und was nicht. Dabei stellt sich immer auch die Frage, wer die Macht hat, zu bestimmen, was gilt, was erlaubt ist und welche theoretischen Konzepte gültig sind.

Es lohnt sich deshalb, zuerst einen kurzen Blick auf die verschiedenen Phasen zu werfen, wie wir in unserer Kultur mit Genuss, Lust, Rausch und Ekstase umgegangen sind oder umgehen, aber auch, wie wir heute mit Menschen umgehen, die Probleme im Umgang mit diesen Substanzen zeigen.

### Der Konsum von psychoaktiven Substanzen ist eine anthropologische Konstante

Kulturgeschichtlich zieht sich die Suche nach Genuss, Rausch und Ekstase als roter Faden durch die gesamte Zivilisation. Im babylonischen Gilgamesch Epos, einer der ältesten überlieferten schriftlichen Dichtungen, macht Enkidu im und durch den Rausch den Schritt vom wilden Tier zum zivilisierten Menschen (Schmökel, 1989). Das antike Griechenland feierte den jüngsten der großen Götter, Dionysos, als Gott des Weines, der Fruchtbarkeit, des Wahnsinns und der Ekstase in triumphalem Gefolge. In orgiastischen Riten, den sog. Dionysien, wurden wilde Tiere zerrissen und verzehrt und die freie Liebe zwischen den Geschlechtern genossen. Während den Dionysien wurde das Theater erfunden und der Prototyp des Theaters gebaut, das Dionysostheater in Athen. Aus den kultischen Gesangs-, Tanz- und Opferriten entwickelten sich die griechische

Tragödie und Komödie. Später stellte Friedrich Nietzsche dem rauschhaft-vitalen dionysischen das ästhetisch-ordnende apollinische Prinzip entgegen und prägte dieses Begriffspaar zur Beschreibung gegensätzlicher Charakterzüge des Menschen. Gerade und erst aus diesem Spannungsverhältnis, so Nietzsches These, würden große Ideen und die Kunst geboren werden.

### Der Konsum von psychoaktiven Substanzen ist eine kulturelle Praxis

Seit Urzeiten also versucht der Mensch, sich „künstliche Paradiese“ (Baudelaire, 1925) zu schaffen. Er scheitert dabei meist nicht. Eine Flasche Wein mit Freunden, ein abendlicher Joint, Musik, Entspannung in der Natur – wir verschaffen uns ein leichteres Sein. Wir suchen uns das Glück, wenn auch nur vorübergehend. Wir erproben die Lust am Leben – und die Auseinandersetzung mit jenem, was es übersteigt. Wir loten Grenzen aus, und sei es um den Preis der Vernunft.

*„Denn immer nur vernünftig zu sein, ist kein Kennzeichen davon, dass man tatsächlich vernünftig ist. Erst, wenn wir unvernünftige Dinge tun – tanzen, trinken oder uns verlieben – haben wir das Gefühl, dass es sich zu leben lohnt“ (Pfaller, 2012).*

Wir suchen das Göttliche, selbst in postreligiösen Zeiten, und bringen uns von Zeit zu Zeit in ein bewusstes Verhältnis zu dem, von dem wir wissen, dass es stärker ist als wir selbst (Sloterdijk, 1993). Oder anders gesagt:

*„Rauchen und Religion sind ein Beweis dafür, dass es ein menschliches Dasein jenseits der bloßen Selbsterhaltung gibt. Tabakrauch ist eine Art Weihrauch“ (Burgess; s. Cullinan, 1971).*

### Freiheit und das Recht auf Selbstbestimmung gehören zu unserer Kultur

Die freien westlichen Gesellschaften beruhen auf der Einsicht, dass der Einzelne das Recht hat, sich nach seinen Wünschen zu entfalten. Dieses Recht auf Freiheit ist in Artikel 3 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte fest verankert. Es liegt darum auf der Hand: Ein Verhalten, das niemandem Schaden zufügt oder Problementwicklungen nur potentiell beinhaltet, darf nicht verboten, verfolgt oder bestraft werden. Jeder Mensch hat prinzipiell das

Recht, über seinen Körper und sein Leben frei zu verfügen. Dies beinhaltet auch das Recht auf eine eigene Persönlichkeit mit eigenem Charakter, einschließlich des Rechts auf Eigenwilligkeit, sogar Exzentrizität (Hoeffe, 2014).

Es ist darum keine Aufgabe des Staates, Erwachsenen zu verbieten, sich zu berauschen, zu trinken, zu rauchen, mit Fallschirmen in die Tiefe zu springen, ihre Sexualität in den unterschiedlichsten Formen zu leben, auf hohe Berge oder Bäume zu klettern, risikoreiche Aktienkäufe zu tätigen oder ihnen vorzuschreiben, in welchem Glauben sie Trost oder Erfüllung finden sollen. Kurz gesagt: „Erwachsene brauchen keine Lebensführungsbesserwisser.“

Klar ist: Im Übermaß konsumiert können psychoaktive Substanzen Schäden verursachen. Doch beinhalten alle menschlichen Verhaltensweisen ein Schadenspotential und Tätigkeiten. Ein Auto kann zu schnell gefahren werden, auf den Skipisten kann man verunfallen, bei einer herausfordernden Bergtour ausrutschen, beim Schlemmen übergewichtig werden, beim leidenschaftlichen Sex sich verlieren, bei übermäßigem Arbeiten ausbrennen, bei riskanten Investitionen Geld verlieren (bis hin zum Crash eines ganzen Wirtschaftsraums). Selbst auf dem Ponyhof kann man von Klein- und Kleinstpferden fallen. Menschliches Handeln findet in Spannungsfeldern statt und ist mit Risiken verbunden.

Seit der Aufklärung sind wir es uns gewohnt, mit solchen Spannungsfeldern umzugehen und Offenheit im Namen der Freiheit auszuhalten. Weil das Leben an sich schon immer ein Risiko ist, muss riskantes Verhalten in unsere politischen Überlegungen miteinbezogen werden. Neben den Freiheitsrechten orientieren wir uns auch an humanistischen Grundsätzen, am Menschenrecht und der Menschenwürde. Diese beinhalten die Freiheit zur Selbstentfaltung und die Übernahme von Selbstverantwortung, aber immer auch Solidarität mit Schwachen, Schutzbedürftigen oder denjenigen, die an den Herausforderungen des Lebens scheitern. Ebenso bedeutet es, den Konsum psychoaktiver Substanzen nicht zu kriminalisieren.

### Unsere Gesellschaft basiert auf Solidarität

Unsere Gesellschaft ist auf Solidarität aufgebaut. Solidarität über die Generationen hinweg, Solidarität zwischen den Gesunden und den Kranken, Solidarität zwischen wohlhabenden Mittellandregionen und wirtschaftliche schwächeren, von Naturgefahren bedrohten Bergregionen, Solidarität mit Verfolgten und Vertrie-

benen, Solidarität mit Gescheiterten, Solidarität mit den unsere Landschaft pflegenden Landwirten, Solidarität mit bedrohten Banken und unglücklich agierenden Wirtschaftszweigen.

Solidarität ist ohne Einschränkung der individuellen Freiheit nicht möglich. Heute suchen wohl nur noch wenige ihr Heil in einer kompletten Individualität oder dann im umfassenden Aufgehobensein in tribalen Strukturen. Es besteht vielmehr ein gesellschaftlicher Konsens, dass beispielsweise mit der Altersvorsorge Altersarmut verhindert werden soll. Das Zusammenleben in einer solchen Solidargemeinschaft – dem heutigen Sozialstaat – ist ein großes reguliertes System, in dem Autonomie und Freiheit, Solidarleistungen, Rechte des Einzelnen und des Gemeinwesens geregelt und aufeinander abgestimmt werden. Solidaritätsmodelle wie das Rentensystem (in der Schweiz die AHV) oder die Krankenversicherung KVG sind jedoch nicht gott- oder naturgegeben. Wie wir zusammenleben wollen, was erlaubt ist und wie wir diejenigen unterstützen, die auf Hilfe angewiesen sind, muss in einem permanenten gesellschaftlichen Prozess ausgehandelt werden. Dabei eröffnet sich im Thema *psychoaktive Substanzen und Rekonsum* ein besonderes Spannungsfeld. Dieses wird oft aus einer Vielzahl von Projektionen genährt und erhält seine Energie aus diffusen, unbewussten, abgewehrten Ängsten. Der Solidaritätsgedanke kommt beim Konsum von psychoaktiven Substanzen rasch unter die Räder der Konformitäts- und Optimierungswalze, der Schuldzuweisungen und einer einseitigen Gesundheitsmaschinerie. Der Solidaritätsbegriff, wie er die letzten Jahrzehnte galt, ist brüchig geworden – besonders im Bereich der Sucht.

### **Interventionsansätze basieren auf Evidenz**

Die Arbeit mit Suchtkranken, Suchtgefährdeten und Abhängigen orientiert sich heute an einem bio-psycho-sozialen Ansatz. Hier sind wir in den letzten Jahrzehnten einen weiten Weg gegangen. Aus den partikularen, paternalistischen Denk- und Handlungsansätzen mit klaren, von außen vorgegebenen Abstinenzforderungen, entwickelte sich eine moderne, das Individuum in seiner Einzigartigkeit akzeptierende Grundhaltung. Im Zentrum steht der suchtkranke Mensch und mit ihm die Menschenwürde. Theorien und Modelle orientieren sich heute an der Selbstbestimmung und -verantwortung des Menschen auch im Umgang mit seinem Substanzkonsum. Die Zusammenarbeit zwischen Patient/Klient und

Helfern basiert auf Gleichwertigkeit und findet auf Augenhöhe statt. Transparenz und individuelle Ziele bestimmen heute unser Tun. Neben Abstinenz sind heute Schadensminderung, Zieloffenheit, Selbstbefähigung, kontrollierter Konsum und Substitution anerkannte und wissenschaftlich abgestützte Konzepte der Arbeit mit Suchtkranken.

Dabei hat sich gezeigt, dass Methoden, die die Motivation für eine Veränderung unterstützen und die die Verantwortung für die eigene Lebensbewältigung fördern, besonders erfolgreich sind. Neben- oder nacheinander werden spezifische Gesprächstechniken, Medikamente gegen zusätzliche psychische Leiden, schadensmindernde Maßnahmen, soziale Unterstützung, Substitutionsmittel erfolgreich eingesetzt. Alle diese Behandlungs- und Interventionsansätze sind individualisiert und modular; und die unterschiedlichen Problemstellungen werden in stationärer, teilstationärer und ambulanter Arbeit parallel, miteinander und nacheinander bearbeitet. Diese Interventionstechniken sind sowohl bei legalen, illegalen wie substanzunabhängigen Suchterkrankungen hilfreich. Eine Orientierung der Therapieansätze beispielsweise am Legalstatus der konsumierten Substanz ist nicht zielführend. Gleichzeitig hat sich gezeigt, dass die Erweiterung der Interventionspalette durch schadensmindernde Maßnahmen das Überleben der Suchtkranken ermöglicht und weiterführende Behandlungen erst ermöglicht.

### **Behandlungen mit Substitutionsmitteln sind wissenschaftlich abgesichert**

Die Substitution von Opioidabhängigen mit Opioidagonisten ist eine erfolgreiche, bewährte und sichere Behandlung. Dazu gibt es mittlerweile weltweit eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen. Die Behandlung ist zweckmäßig und wirtschaftlich. Differenzierte Behandlungsempfehlungen und Leitlinien sind in verschiedenen Ländern von den medizinischen, psychiatrischen und suchtmmedizinischen Fachgesellschaften erarbeitet worden und werden von den Gesundheitsbehörden als Standard akzeptiert. In der Schweiz beispielsweise ist die Behandlung von Opioidabhängigen mit Substitutionsmitteln eine Krankenkassenpflichtleistung. In der Krankenkassenleistungsverordnung (KLV, Anhang 1, Ziff. 8) sind die zu erbringenden Leistungen, die durch die Krankenkassen abgegolten werden, aufgeführt. Diesbezügliche Tarife werden zwischen Tarifpartnern ausgehandelt und die

Behandlung kann geordnet ablaufen. Der gesetzliche Rahmen wird durch das Betäubungsmittelgesetz gesetzt. In Verordnungen werden Regeln für eine geordnete Behandlung gelegt und bestimmt, wer und unter welchen Bedingungen diese Behandlung durchführen darf. Substitutionsbehandlungen sind somit stark reguliert, kontrolliert und reglementiert.

Das heißt, Sucht – und damit auch die Opioidabhängigkeit – ist eine Krankheit. Wer krank ist, hat Anspruch auf eine adäquate Behandlung, die über die gängigen Finanzierungssysteme, die wiederum in entsprechenden Gesetzen geregelt werden, abgegolten werden. Das heißt, Menschen mit Suchterkrankungen haben Anrecht auf medizinische Behandlung, falls nötig auf soziale Unterstützung und die Solidarität der Solidargemeinschaft.

Trotz dieser klaren Evidenz für diese Behandlungen kommen wir in unserem Arbeitsfeld Sucht immer in Berührung mit Vorurteilen. Weshalb aber müssen wir – Suchtärzte, Suchttherapeuten, Suchtsozialarbeiter – kämpfen, damit wir in unserer Arbeit evidenzbasierte Methoden einsetzen können und dürfen? Substitutionsbehandlungen sind unverständlichen Restriktionen ausgesetzt und gesetzliche Einschränkungen erschweren einen erfolgreichen Einsatz von erfolversprechenden Medikamenten.

## Schlussbemerkungen

In unserer Gesellschaft sind wir einem liberalen und humanistischen Menschenbild verpflichtet. Hier ist es jedem und jeder erlaubt, sich auszuprobieren, zu scheitern und wieder aufzustehen. Ein Menschenbild, das neben ziel- und nutzenorientiertem Handeln auch nutzenunabhängige Handlungen ohne übergeordneten Zweck zulässt, ein Menschenbild, das gleichzeitig auf Freiheit, Selbstverantwortung und Solidarität setzt. In einer solchen lebensfreundlichen Gesellschaft haben Menschen ein Recht auf eigenständige Lebensgestaltung, auf Unterstützung in Notlagen und nach einem allfälligen Scheitern auf Rehabilitierung. Ebenso haben Kinder und Jugendliche, die erst noch lernen müssen, mit den Risiken des Lebens umzugehen, ein Recht auf Entwicklung, Schutz und Unterstützung. Ein Ende der dazu notwendigen Solidarität wäre ein Rückfall ins Mittelalter.

Psychoaktive Substanzen gehören zum Erfahrungsschatz der Menschheit. Die Menschen sind grundsätzlich fähig, diese Substanzen gezielt zu ihrem Wohlbefinden einzusetzen – und der Mehrheit gelingt dies auch. Jeder soll

von den positiven Wirkungen psychoaktiver Substanzen profitieren können. Alle psychoaktiven Substanzen müssen nach Maßgabe nicht nur ihres Schadens-, sondern auch ihres Nutzenpotentials reguliert werden. Eine humanistische und liberale Gesellschaft orientiert sich dabei sowohl an der Freiheit wie auch am Schutz des Individuums. Weder beim Konsum von psychoaktiven Substanzen noch bei der Behandlung von Menschen mit Opioidproblemen sind moralisierende Vorbehalte notwendig. Die Behandlung mit Substitutionsmitteln, die Schadenminderung, die Überlebenshilfe sind anerkannte, erfolgreiche, wissenschaftlich evaluierte, zweckmäßige und wirtschaftliche Ansätze. Es gibt keinen Grund, hier andere Maßstäbe anzuwenden als wir dies in anderen medizinischen Fragestellungen tun. Moral hat in der Arbeit mit Suchtkranken oder in der Substitution nichts verloren.

## Literatur

- Baudelaire, C. (1925). *Die künstlichen Paradiese*. München: Müller.
- Cullinan, J. (1971). Anthony Burgess. In: Writers at work. The Paris Review Interviews, 4th Series. London.
- Höffe, O. (2014). *Die Macht der Moral im 21. Jahrhundert. Annäherungen an eine zeitgemäße Ethik*. München: C.H. Beck.
- Nietzsche, F. (1972). *Werke, Kritische Gesamtausgabe, Abt. 3, Bd. 1, Die Geburt der Tragödie. Unzeitgemäße Betrachtungen I-III (1872-1874)*. Berlin: de Gruyter.
- Pfaffer, M. A. (2012). Antifungal drug resistance: Mechanisms, epidemiology, and consequences for treatment. *Am J Med*, 125 (1), 3-13.
- Schmökel, H. (1989). *Das Gilgamesch-Epos*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sloterdijk, P. (1993). *Weltfremdheit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.



### Dr. med. Toni Berthel

Psychiater und Psychotherapeut  
 Direktor Sucht und Begutachtungen der  
 Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) –  
 Zürcher Unterland; Präsident der Eidgenössischen  
 Kommission für Suchtfragen (EKFS)  
 Postfach 144  
 CH-8408 Winterthur  
 toni.berthel@ipw.zh.ch

## Blindheitsblindheit in der Suchtforschung und im Umgang mit Ergebnissen?

Alfred Uhl

### Einleitung

In seiner berühmten Definition des Begriffs *Aufklärung* fordert Kant (1784) die Menschheit auf, sich ihres Verstandes ohne Leitung durch andere zu bedienen. Der hohe Stellenwert, den die Aufklärung dem Verstand zumaß, entspricht der Idee des „Homo rationalis“, der sich bewusst und rational entscheiden kann und dabei in der Lage ist, Vorurteile und Emotionen auszublenden. Verwandt damit ist die Idee des „Homo oeconomicus“, der seine Entscheidungen – intuitiv oder bewusst – so trifft, dass er den Nutzen für sich selbst maximiert. Immanent ist diesen Vorstellungen auch die positivistische Erwartung, dass die Menschheit in der Lage ist, der Natur Schritt für Schritt deren Geheimnisse zu entreißen und mittels gezielter Forschung kumulativ zu immer mehr und gesicherten Erkenntnissen zu gelangen.

Sowohl dieses Menschenbild als auch dieses Wissenschaftsbild gelten inzwischen als obsolet. Dass die Wissenschaft angesichts gravierender ontologischer, technischer, ethischer und finanzieller Erkenntnisgrenzen in vielen Bereichen nur vorläufige und unsichere Erkenntnisse liefern kann, wird heute von fast allen Erkenntnis- und Wissenschaftstheoretikern anerkannt. Dass menschliches Denken und Handeln üblicherweise mechanisch und intuitiv ohne Beteiligung des Bewusstseins erfolgen, wurde in der Kognitionsforschung inzwischen zum Dogma des Common Sense. In fundamentaler Spannung zu diesen Erkenntnissen steht der Umstand, dass sich Menschen gleichzeitig als überwiegend bewusst handelnde, vernunftgesteuerte Wesen erleben. Das Gefühl, die Welt in wesentlichen Belangen zu verstehen und wichtige Abläufe vorhersagen sowie beeinflussen zu können, ist zentral für das, was Antonovsky (1987) als „Kohärenzgefühl“ bezeichnet und als Ausdruck psychischer Gesundheit interpretierte. Im Lichte der zuvor angesprochenen kognitionspsychologischen Erkenntnisse wäre es hier angemessener, von einer „Kohärenzillusion“ zu sprechen.

Wie Kahneman (2012) aufzeigt, versucht unser kognitives System den angenehmen Mythos eines durchweg bewusst und rational entscheidenden Wesens mit aller Macht aufrechtzuerhalten. Wenn wir nach Erklärungen für unsere spontanen Entscheidungen gefragt werden, erfindet unser kognitives System blitzschnell plausible Post-hoc-Rationalisierungen, die meist nur wenig mit den tatsächlichen Gründen zu tun haben. Chabris und Simons (2011) beschreiben in diesem Zusammenhang sechs alltägliche Illusionen<sup>1</sup>, die uns erfolgreich dabei unterstützen, die Illusion eines überwiegend bewusst handelnden rationalen Wesens aufrechtzuerhalten. Menschen sind allerdings nicht nur weitgehend blind für die wahre Natur ihres Denkens und Handelns, diese Blindheit ist ihnen üblicherweise auch nicht bewusst – ein Umstand, den Chabris und Simons mit „Blindheitsblindheit“ umschreiben. Wir vertrauen ziemlich unreflektiert Aussagen von anderen Menschen, zumindest wenn wir zu diesen kein ausgesprochen negatives Verhältnis haben. Wir versuchen deren Aussagen einen Sinn zu verleihen, selbst wenn die Aussagen unklar oder völlig unsinnig sind, indem wir sie spontan so umformen, dass sie für uns Sinn ergeben (Kriz et al., 1990).

In eine ähnliche Richtung weisen auch Hofstadter und Sanders (2014). Die Autoren bezeichnen die Vorstellung, dass Worte konstante und definierte Bedeutungen haben, und die Überzeugung, dass unsere Sätze, wenn sich andere bemühen, diese richtig zu verstehen, nur eine bestimmte Interpretation zulassen, ebenfalls als Illusion. Nach Hofstadter und Sanders wird die Bedeutung von Ausdrücken und Aussagen laufend aus dem aktuellen Kontext, basierend auf Analogien, neu festgelegt, ohne dass die ständige Bedeutungsveränderung auffällt.

Häufig ist im Alltag aber auch gar keine präzise Definition der verwendeten Ausdrücke notwendig. Wer damit konfrontiert wird, dass ein bestimmter Gegenstand als „Becher“ be-

<sup>1</sup> die Illusionen von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Selbstvertrauen, Wissen, Ursache und Möglichkeit

zeichnet wird, kann das problemlos zur Kenntnis nehmen, ohne den Begriffsumfang von „Becher“ auch nur annähernd zu erfassen. Es ist in dieser konkreten Situation völlig irrelevant, zu wissen, welche anderen Gegenstände man lege artis auch noch unter den Begriff „Becher“ subsumieren kann.

Das, was Hofstadter und Sanders als „Analogie“ bezeichnen, ähnelt dem, was Wehling (2016) als Bedeutungsrahmen (Frames) definiert. Bedeutungsrahmen entstehen laut Wehling aus Erfahrungen und Wissen und sind durch Wertvorstellungen aufgeladen. Aussagen anderer müssen eingeordnet werden; d.h. sie erhalten nur durch Bezugnahme auf bisherige Erfahrungen und vorhandenes Wissen Relevanz und Bedeutung. Als Bedeutungsrahmen dient dabei das, was gedanklich gerade zur Verfügung steht, wobei das Fehlen relevanter Informationen gar nicht auffällt (Kahneman, 2012). Durch die gezielte Wahl bestimmter Wörter, die zu einem bestimmten Bedeutungsrahmen Bezug nehmen, kann man die Reaktion der Rezipienten erfolgreich manipulieren. So ist es ein enormer Unterschied, ob man ein bestimmtes Verhalten als „sparsam“ oder als „geizig“ bezeichnet. Die denotative Bedeutung dieser beiden Attribute ist weitgehend identisch. Sie beschreibt die Grundhaltung, nicht notwendige Ausgaben möglichst zu unterlassen.

Im Alltag sind die von Kahneman, von den erwähnten Autoren und von vielen anderen Wissenschaftlern beschriebenen kognitiven Verzerrungen und Illusionen häufig durchaus sinnvoll. Sie helfen uns, entspannt auf automatische Handlungsabläufe und Intuition zu vertrauen. Alles, was stattfindet, bewusst zu erleben, bewusst zu interpretieren und, darauf gestützt, bewusst Verhaltensentscheidungen zu treffen, würde uns in die gleiche Situation bringen wie den sprichwörtlichen Tausendfüßler, der zu überlegen beginnt, welchen Fuß er als nächsten bewegen soll, und nun nicht mehr von der Stelle kommt.

Ein besonders starkes Plädoyer dafür, unseren Bauchgefühlen im Alltag zu vertrauen, formuliert Gigerenzer (2008) in seinem Buch „Bauchgefühle“. Er argumentiert, dass das automatisch-intuitive Verhalten dem bewusst rationalen Entscheiden gegenüber meist sogar deutlich überlegen sei. Ein Schlagwort in diesem Zusammenhang ist „Intelligenz des Unbewussten“, die aus Erfahrung laufend lernt und sinnvolle Heuristiken<sup>2</sup> entwickelt, mit denen die alltäglichen Aufgaben rasch und effizient gelöst werden können.

<sup>2</sup> Heuristiken sind einfache Faustregeln, die in kurzer Zeit zu relativ guten, wenngleich oft nicht zu optimalen Ergebnissen führen.

Ob jemand Gigerenzer hinsichtlich seiner Verklärung des Bauchgefühls im Alltag zustimmt oder eher zu Dörner (2003) neigt, der in seinem Buch „Logik des Misslingens“ vertrat, dass man den Bauchgefühlen auch im Alltag kritisch gegenüberzutreten sollte, ist, wenn es um Wissenschaft geht, nur am Rande relevant. Im Forschungskontext ist es nötig, das kognitive System 2 zu aktivieren und bewusst logisch-analytisch nachzudenken. Die Wissenschaft betreffend betont das übrigens auch Gigerenzer (2002), der zahlreiche Beispiele dafür anführt, wie die intuitive Planung von Studien sowie die intuitive Interpretation von Forschungsergebnissen, ohne Kenntnis und Berücksichtigung elementarer methodologischer Grundlagen, zu gravierenden Fehlurteilen führen muss.

In den folgenden Absätzen werden einige Denkfehler im Forschungsalltag diskutiert, die aus der Natur des menschlichen Denkens resultieren, wobei ich als Suchtforscher Beispiele aus der Suchtforschung wähle. Die meisten Leser werden erkennen, dass ihnen viele dieser Fehler bereits unterlaufen sind, und ich will nicht verhehlen, das auch mir diese Fehler in der Vergangenheit immer wieder unterlaufen sind und mir sicherlich auch in der Zukunft wieder unterlaufen werden. Auch wenn man sich in der Wissenschaft bemüht, verstärkt das kognitive System 2 zu involvieren, muss man sich bewusst sein, dass, wie Chabris und Simons betonen, die Fähigkeit, unseren eigenen Geist bewusst zu überwachen, begrenzt ist.

Die Beispiele, die ich in diesem Zusammenhang anführe, stammen aus realen Publikationen oder Vorträgen. Da es mir darum geht, Probleme aufzuzeigen und zu diskutieren, und nicht darum, bestimmte Autoren oder Referenzen zu kritisieren, werde ich hier keine Quellenangaben anführen.

### Überzeugungen, die fälschlich den Eindruck erwecken, empirisch fundiert zu sein

Bei einer internationalen Tagung wurde ich mit der Aussage „Unbehandelt führt die Alkoholabhängigkeit meist zum Tod!“ konfrontiert. Logisch-analytisch betrachtet, ergibt diese Aussage keinen Sinn. Wer Unsterblichkeit ausschließt, muss zur Kenntnis nehmen, dass jedes menschliche Verhalten früher oder später zum Tod führt – und zwar nicht, wie hier fälschlich behauptet wird, „meist“ sondern „immer“. Durch den Hinweis auf „unbehandelte Alkoholabhängige“ suggerierte der Vortragende ungerechtfertigterweise, dass dies für „behandelte Alkoholabhängige“ nicht oder

nur in geringerem Maße gilt. Menschen, die ihr Alkoholmissbrauchsverhalten therapiebedingt früher einstellen, sollten jedenfalls nicht mit Unsterblichkeit rechnen.

Die Aussage ist zwar unsinnig, die Intention des Satzes liegt allerdings auf der Hand: „Alkoholabhängigkeit bewirkt einen vorzeitigen Tod, und wenn man die Abhängigkeit erfolgreich behandelt, kann man diese negativen Auswirkungen verringern.“ Versteht man die Intention des Satzes als Plädoyer für die rechtzeitige Behandlung der Alkoholabhängigkeit, so kann ich diese Forderung aus ethischen Gründen nur voll unterschreiben. Die Feststellung, dass exzessiver Alkoholkonsum die Lebenserwartung deutlich verringert, dass Suchtbehandlung bei einem gewissen Anteil der Behandelten erfolgreich ist und dass vorzeitige Beendigung des exzessiven Alkoholkonsums die negativen Auswirkungen verringern kann, ist seit vielen Jahrzehnten allgemein bekannt und daher ungefähr so informativ, wie die Feststellung, dass Wasser nass macht.

Es stellt sich die Frage, warum es Betrachtern nicht auffällt, wenn die Intention eines Satzes banal und dessen Inhalt sachlich absurd ist. Man kann das wohl nur mit der zuvor beschriebenen Neigung erklären, auch völlig banalen, unsinnigen oder unklaren Aussagen einen bestimmten Sinn zu verleihen. Wenn das, was die Rezipienten aus dem Ursprungssatz machen, ähnlich klingt wie der Ursprungssatz, fällt ihnen dieser Unterschied nicht auf. Kahneman (2012) bezeichnete die unbewusste Gleichsetzung ähnlich erscheinender Sachverhalte oder ähnlich klingender Sätze als „Repräsentationsheuristik“ – eine häufige Strategie des unbewusst-intuitiv agierenden kognitiven Systems 1<sup>3</sup>. Die Repräsentationsheuristik ermöglicht es auch, für unlösbare Fragestellungen spontan eine scheinbare Lösung zu finden. Kahneman formuliert das folgendermaßen: *„Wenn eine befriedigende Antwort auf eine schwierige Frage nicht schnell gefunden wird, findet System 1 eine ähnliche Frage, die leichter ist, und beantwortet diese.“* Während Kahneman vertritt, dass diese Art von Gleichsetzungen dem spontanen Denken von Menschen ohne Beteiligung des Bewusstseins entspricht, unterstellt Huff (1954) in seinem berühmten Buch „How to Lie With Statistics“, dass diese Form der logisch unzulässigen Gleichsetzung gezielt eingesetzt wird, um Rezipienten

hinters Licht zu führen: „The general method is to pick two things that sound the same but are not. [...] you haven't proved a thing, but it rather sounds as if you have, doesn't it?“

Ich selbst habe einer verzweifelten Studentin, die zur Prüfungsvorbereitung Texte lesen musste, die bei logisch-analytischer Interpretation keinen Sinn ergaben, geraten, die signifikanten Worte in jedem Satz gelb anzustreichen und mit diesen Worten kreativ solche Sätze zu erfinden, die ihr persönlich plausibel erschienen. Die Studentin hatte zwar anfänglich Bedenken gegen diese Form der Kreativität, da sie die Intention der Autoren verstehen wollte und Angst hatte, dass dieser Trick auffallen könnte. Sie griff in ihrer Verzweiflung allerdings meine Empfehlung auf und bestand die Prüfung mit sehr gutem Erfolg.

### Kategoriales Denken und die implizite Null-Annahme

In einer Präventionsbroschüre las ich vor einiger Zeit den Satz: „18 Prozent der Männer, die mehr als die gesundheitlich unbedenkliche Menge von 24 g Alkohol am Tag tranken, bekamen Krebs.“ Der Satz suggeriert, dass jemand, der mehr als 24 g Alkohol im Tagesschnitt trinkt, ein deutlich erhöhtes Krebsrisiko auf sich nimmt. Diese von den Autoren gewünschte Schlussfolgerung ist aus diesem Satz logisch-analytisch allerdings nicht ableitbar.

1. Wenn das Risiko für Personen der heterogenen Indexgruppe, also jene Personen, die zwischen 24 g Alkohol pro Tag und der maximal möglichen Alkoholmenge trinken, an Krebs zu erkranken, 18 Prozent beträgt, so bedeutet das natürlich nicht, dass das Risiko für alle Personen innerhalb dieser Kategorie gleich hoch ist. Man darf das durchschnittliche Risiko nicht unreflektiert auf Personen übertragen, die mit 24 g Alkohol pro Tag am unteren Ende des erfassten Konsumspektrums liegen. Darüber, wo das durchschnittliche Risiko für Personen, die 24 g pro Tag trinken, tatsächlich liegt, gibt der Satz keine Auskunft. Da unser Denken kategorial geprägt ist, auch dort, wo eigentlich dimensionales Denken angezeigt wäre, fällt das Rezipienten aber kaum auf. Das unbewusst-intuitiv agierende kognitive System 1 nimmt Homogenität innerhalb der Kategorie an, selbst, wenn sich das bei logisch-analytischem Nachdenken als inadäquat erweist. Involviert man, durch gezielte Hinweise, das bewusst-rationale kognitive System 2, so wird diese Unzulässigkeit meist zwar durchschaut und anerkannt,

<sup>3</sup> Laut Kahneman (2012) arbeitet das kognitive System 1 automatisch und schnell, weitgehend mühelos und ohne willentliche Steuerung. Das bewusst-rationale funktionierende System 2 hingegen lenkt die Aufmerksamkeit auf die anstrengenden mentalen Aktivitäten, darunter auch komplexe Berechnungen. Das System 2 ist allerdings grundsätzlich faul und übernimmt die Kontrolle nur, wenn das System 1 ganz offensichtlich überfordert ist, was dazu führt, dass das System 1 im Alltag dominiert.

ohne in der Regel allerdings das Denken langfristig zu beeinflussen.

2. Wenn für die Indexgruppe, die durch ein bestimmtes Konsumverhalten charakterisiert ist, ein Krebsrisiko von 18 Prozent festgestellt wurde, können wir eigentlich nur dann beurteilen, ob dieses Risiko erhöht ist, wenn wir das Risiko einer strukturell vergleichbaren Referenzgruppe kennen, die dieses Konsumverhalten nicht zeigt. Intuitiv erscheint uns 18 Prozent sehr hoch, weil das kognitive System 1, wenn Informationen fehlen, spontan einfache Annahmen trifft – im gegenständlichen Fall die Annahme, dass das Risiko in der Referenzgruppe null Prozent beträgt oder nahe bei null Prozent liegt (implizite Null-Annahme). Ein Blick in die österreichische Todesursachenstatistik für das Jahr 2016 (Statistik Austria, 2018) klärt allerdings auf, dass 27,6 Prozent der Todesfälle in Österreich auf eine Krebserkrankung zurückzuführen waren, was um zehn Prozentpunkte über dem ausgewiesenen Krebsrisiko der Indexgruppe liegt. Da nicht jeder, der an Krebs erkrankt, auch an einer Krebserkrankung verstirbt, folgt, dass der Anteil jener Männer, die im Lauf ihres Lebens an Krebs erkranken, sogar noch deutlich höher liegen muss. Nimmt man die Zahlen im obigen Satz ernst, was ich allerdings ausdrücklich nicht tue, müsste man schlussfolgern, dass das relative Risiko jener, die weniger als 24 g Alkohol trinken, an Krebs zu erkranken rund doppelt so hoch ist wie das Risiko jener, die pro Tag mehr als 24 g Alkohol zu sich nehmen.
3. Es ergibt wenig Sinn, die Kriterien „an Krebs zu erkranken“ bzw. „an Krebs zu versterben“ isoliert zu betrachten, da das Krebsrisiko mit steigendem Alter zunimmt. Konsequenter weitergedacht: Personen, die in einem optimalen Land leben, in dem vermeidbare Unfälle selten vorkommen und wo alle behandelbaren Krankheiten rechtzeitig therapiert werden, haben ein deutlich höheres Risiko, an Krebs zu erkranken als Personen in einem suboptimalen Land, wo Unfallvermeidung und medizinische Versorgung unterentwickelt sind. Dazu kommt: Wer infolge übermäßigen Alkoholkonsums vorzeitig an einer Leberzirrhose oder an einer anderen alkoholinduzierten Erkrankung stirbt, kann nach seinem Tod keine Krankheit bekommen, die im höheren Alter gehäuft auftritt – und zu diesen Alterserkrankungen gehört unter anderem auch Krebs.
4. Der Satz in der Präventionsbroschüre wurde ohne Quellenangabe präsentiert, was es

Rezipienten unmöglich macht, nachzuvollziehen, wie die Erhebung geplant, durchgeführt und interpretiert wurde.

Kategoriales Denken und willkürliche Annahmen spielen in der Forschung oft eine Rolle, ohne dass dieses Problem auffällt. Probleme durch kategoriales Denken fallen deswegen kaum auf, weil unser kognitives System 1 als Repräsentanten für Kategorien idealtypische Fälle auswählt und dabei ignoriert, dass Fälle an den Rändern dieser Kategorien erheblich anders aussehen. Kahneman (2012) spricht in diesem Zusammenhang vom Prinzip „WYSIATI“ – dem Akronym für „What you see is all there is!“ WYSIATI kann nur funktionieren, wenn das System 1 überall dort, wo wichtige Informationen fehlen, spontan willkürliche Annahmen trifft.

### Die Verwechslung von Assoziation mit Kausalität

In Österreich findet derzeit eine intensive Diskussion darüber statt, ob es in der Gastronomie ein kategorisches Rauchverbot geben soll oder nicht. Dabei wird häufig auf Studien verwiesen, die belegen, dass die Raucherzahl nach der Verhängung solcher Verbote deutlich zurückgegangen ist, was suggeriert, dass diese Studien einen Kausalzusammenhang zwischen diesen Verboten und dem Rückgang beweisen.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Auch ich vermute, dass Rauchverbote in der Gastronomie, die das gesellige Rauchen im Gasthaus erschweren, weitere Raucher zum Nichtrauchen motivieren und so den seit lange beobachtbaren Trend zum Nichtrauchen in der westlichen Welt mehr oder weniger stark fördern. Aber theoretisch wäre natürlich auch denkbar, dass diese Verbote den existierenden Trend gegen das Rauchen nicht beeinflussen, ja sogar, dass diese Maßnahmen den Widerstand von Rauchern provozieren und den Trend zum Nichtrauchen sogar abschwächen. Angesichts des ausgeprägten langfristigen Trends zum Nichtrauchen in Europa sind alle drei Hypothesen mit der Beobachtung kompatibel, dass die Raucherzahlen nach der Einführung der Rauchverbote kontinuierlich zurückgingen.

Wie Chabris und Simons (2011) anmerken, wird zwar in jedem Einführungsseminar zum Psychologiestudium vermittelt, dass Assoziation nicht mit kausaler Assoziation gleichgesetzt werden darf, aber dieses abstrakte Wissen hat nur wenig Einfluss auf das praktische Denken, weil es der Ursachen-Illusion zuwiderläuft. Die Ursachen-Illusion basiert, wie Kahneman (2012) bezugnehmend auf Michotte (1982) aus-

führt, auf einem Gestaltphänomen. Der falsche Eindruck der Kausalität entsteht nicht, wie oft angenommen, durch einen Fehlschluss, wie das die Ausdrücke *Cum-hoc-Fehlschluss* oder *Post-hoc-Fehlschluss* nahelegen, sondern wir erleben Kausalität so unmittelbar, wie wir Farben sehen. Um den falschen Eindruck, den uns unsere Gestaltwahrnehmung vermittelt, zu korrigieren, müssen wir analog zu optischen Täuschungen unser Wahrnehmungserlebnis durch eine gedankliche (analytische) Leistung aufgrund von Wissen neu bewerten – unseren unmittelbaren Eindruck also dekonstruieren (Kriz, 1990).

Für jene, die diese Ausführungen nicht überzeugen, ein anschauliches empirisches Beispiel, das sich vor rund 14 Jahren ereignete (Uhl, 2009). Es ist nur selten möglich, Experimente über den Einfluss politischer Maßnahmen durchzuführen, da Politiker Maßnahmen meist dann setzen, wenn sie diese für sinnvoll halten, und da die Bevölkerung wenig Verständnis dafür hat, wie Versuchskaninchen behandelt zu werden. Mitunter werden aber in vergleichbaren Regionen aus diversen Gründen unterschiedliche Maßnahmen gesetzt. Wenn die Entscheidung, welche Maßnahmen wo getroffen werden, nicht zufällig erfolgt, handelt es sich nicht um ein Experiment, sondern um ein Quasiexperiment.

Ein solches Quasiexperiment ergab sich, als der Alkopopkonsum in vielen Staaten Europas vor dem Jahr 2003 plötzlich stark anstieg und darin eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen gesehen wurde. Als Gegenmaßnahme wurden Alkopops-Sondersteuern erwogen und um 2003 in Deutschland, Frankreich und der Schweiz eingeführt. In Österreich kam es nicht zu einer solchen Sondersteuer. Kurz nach 2003 sank der Alkoholkonsum in den genannten vier Staaten rasch und weitgehend parallel auf ein sehr niedriges Niveau. Da sich die Entwicklung in Österreich nicht von jener in den drei anderen Staaten unterschied, legt die Interpretation dieses Quasiexperiments nahe, dass der Rückgang in den Staaten, die die Sondersteuer beschlossen, nicht auf die Sondersteuer zurückgeführt werden darf. Wäre es so, hätte es in Österreich keinen entsprechenden Rückgang des Alkopopkonsum geben dürfen. Vielmehr handelt es sich hier um das spontane Abklingen eines kurzfristigen Alkopop-Hypes. In Deutschland, der Schweiz und in Frankreich wurde der Rückgang des Alkopopkonsums allerdings trotzdem enthusiastisch als Effekt der Sondersteuer begrüßt, wobei man fairerweise erwähnen muss, dass jene, die das interpretierten, über die Entwicklung in Österreich wahrscheinlich nicht Bescheid wussten. Aus diesem

Grund handelte es sich wahrscheinlich nur um einen logischen, nicht aber um einen empirischen Fehler. Anders verhält sich die Sache allerdings bei einem von der europäischen Kommission in Auftrag gegebenen bedeutenden Buch über die europäische Alkoholepidemiologie, wo die Autoren die Meinung vertraten, dass die Sondersteuer in den erwähnten Staaten effektiv war – und das, obwohl sie von mir wiederholt auf die österreichische Entwicklung aufmerksam gemacht worden waren<sup>4</sup>.

Noch anschaulicher als das eben beschriebene Quasiexperiment sind einige theoretische Überlegungen hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Zusammenhang und Kausalzusammenhang. Rothman und Greenland (1998) beschreiben, bezugnehmend auf Bernard Russell, das Beispiel zweier exakt laufender Uhren, von denen eine immer genau eine Sekunde vor der anderen schlägt. Da man ausschließlich aus deren Beobachtung nicht feststellen kann, ob diese Uhren unabhängig voneinander laufen und bloß jeweils zu einer bestimmten Zeit schlagen oder ob die erste Uhr das Schlagen der zweiten Uhr auslöst, können Beobachter grundsätzlich nicht entscheiden, welche dieser beiden Optionen zutrifft. Um Klarheit in die Sache zu bringen, gibt es zwei Optionen:

Option 1 besteht darin, den Mechanismus beider Uhren so genau zu analysieren und zu verstehen, dass man aus dem Verständnis der Struktur ein Urteil darüber ableiten kann, ob und in welcher Art und Weise die erste Uhr die zweite Uhr beeinflusst. Das entspricht dem „qualitativ-hermeneutischen Forschungszugang“. Hat man die Struktur der Uhren umfassend verstanden, ist es möglich, Vorhersagen aus dem so gewonnenen Modell experimentell zu überprüfen. Ist im Rahmen der Option 1 eine abschließende experimentelle Prüfung nicht möglich, was im Uhrenbeispiel zwar kaum denkbar ist, in den Humanwissenschaften aber oft passiert, kann man sich damit begnügen, das qualitative Wissen so weit wie möglich zu vertiefen und mögliche theoretische Implikationen aus dem Strukturmodell einer kritisch-logischen Analyse zu unterziehen.

Option 2 besteht darin, die erste Uhr, ohne deren Struktur zu kennen, irgendwie zu blockieren und zu beobachten, ob das Schlagen der zweiten Uhr ausbleibt. Das entspricht dem klassischen „quantitativ-experimentellen Forschungszugang“, der nicht auf ein Verständnis der immanenten Prozesse abzielt. Ohne Verständnis der zugrunde liegenden Prozesse kann man die Ursachen des Zusammenhangs

<sup>4</sup> Ich habe, auf Wunsch der Autoren, das Manuskript des Buches zweimal Korrektur gelesen – und viele meiner anderen Anmerkungen wurden von den Autoren gerne angenommen.

allerdings nicht beschreiben, und man kann das beobachtete Ergebnis auch nur sehr bedingt in Hinblick auf andere Situationen verallgemeinern.

### Vernachlässigung der Ethik

Das im letzten Abschnitt beschriebene Tabakbeispiel hat noch eine weitere wichtige Implikation: Wenn ausschließlich auf den funktionalen Aspekt fokussiert wird, also darauf, ob eine bestimmte Maßnahme in der Lage ist, das Kriterium „Reduktion der Raucherzahl“ in die gewünschte Richtung zu beeinflussen, wird konsequent davon abgelenkt, dass Entscheidungen, die viele Menschen oder die gesamte Bevölkerung betreffen, primär ethisch-politischer Natur sind – auch wenn der populäre Ausdruck „evidenzbasierte Politik“ fälschlich suggeriert, dass man Werturteile aus Sachurteilen ableiten kann.

Diese Verschleierungsstrategie erinnert an die Strategie mancher Eltern, die, wissend, dass die Kinder noch länger aufbleiben wollen, einseitig festlegen, dass es Zeit ist, schlafen zu gehen, und diesen gleichzeitig die Entscheidung „Willst du zuerst den Pyjama anziehen oder zuerst die Zähne putzen?“ anbieten – in der Hoffnung, dass die Kinder, angesichts der beiden Optionen gar nicht bemerken, dass das nicht die Fragestellung ist, um die es ihnen eigentlich geht – um die Frage „Willst du jetzt schon schlafen gehen oder erst viel später?“.

### Evalopathie

Immer dann, wenn öffentlich Maßnahmen finanziert bzw. Gesetze formuliert werden, steht die Forderung im Raum, all diese Maßnahmen bzw. Gesetze zu evaluieren. In einigen Fällen ist ein Wirksamkeitsnachweis möglich und sinnvoll, und in zahlreichen Fällen ist ein solcher weder möglich noch sinnvoll. In letzterem Fall spricht nichts dagegen, darüber nachzudenken und zu diskutieren, ob die gesetzten Maßnahmen bzw. beschlossenen Gesetze zweckmäßig waren oder nicht. Die meisten Menschen verstehen unter Evaluation allerdings einen wissenschaftlich fundierten Wirksamkeitsnachweis, und ein solcher ist im Zusammenhang mit Maßnahmen und Gesetzen nur in den seltensten Fällen möglich.

Es ist oft zwar möglich, zu belegen, dass die Summe aller Entwicklungen und Maßnahmen über einen längeren Zeitraum deutliche Verbesserungen gebracht hat, aber es ist nur selten möglich, diese Veränderungen auf Einzelursa-

chen zurückzuführen. Ich denke hier zur Illustration an die Zahl der Verletzten und Toten im Straßenverkehr, die von 1961 bis 2016 pro zugelassenes Kfz um mehr als 95 Prozent zurückgegangen ist. Dieses Ergebnis kann man auf Veränderungen bei Fahrzeugen, Verbesserungen der Straßen, Einstellungsänderungen bei Fahrzeuglenkern sowie zahlreiche Maßnahmen der Verkehrspolitik zurückführen – aber welche dieser Faktoren tatsächlich wie viel gebracht haben, lässt sich bestenfalls spekulieren.

Um ein Gefühl zu vermitteln, mit welchen Problemen die Wissenschaft hier konfrontiert ist, ein Beispiel aus der Suchtprävention: Wenn man die Wirksamkeit eines Drogenpräventionsprogramms in Schulen nachweisen möchte, das auf das Kriterium „Problemdrogenkonsum“ abzielt, und wenn plausibel ist, dass man mit diesem Programm die Auftretensrate über die nächsten zehn Jahre um 20 Prozent verringern kann, so benötigt man, um die Wirksamkeit des Programms in einem sauber geplanten Experiment mit einem einjährigen Follow-up bewerten zu können, eine Stichprobe von 360.000 Schülern. Nur so könnte man mit 80-prozentiger Wahrscheinlichkeit (Power) ein signifikantes Ergebnis erzielen – und nur ein signifikantes Ergebnis gilt derzeit als wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis (Uhl, 2000).

Grundsätzlich wäre es zweckmäßig, mit Auftraggebern sachlich zu besprechen, was im Zusammenhang mit Evaluation möglich ist und was nicht. Das würde deutlich machen, dass die mechanistische Forderung, alle Maßnahmen und Gesetze hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren, an der Realität meilenweit vorbeigeht. Da Evaluationsprojekte, bei denen Auftraggeber mit unmöglich zu erfüllenden Erwartungen antreten, von potenziellen Auftragnehmern aber kaum kritisiert oder abgelehnt werden, weil sie andere Evaluatoren fürchten, die solche Aufträge kommentarlos annehmen, und diese Aufträge nicht verlieren wollen, sind völlig überzogene Evaluationserwartungen entstanden. Kritisches Bewusstsein der ontologischen, technischen, ethischen und finanziellen Erkenntnisgrenzen der Evaluation kann man bei den meisten Entscheidungsträgern und Auftraggebern nicht voraussetzen, und die gebetsmühlenartige Forderung nach einer „evidenzbasierten Politik“ hat eine ans Krankhafte grenzende Pseudoevaluationspraxis entstehen lassen – etwas, das ich vor einiger Zeit pointiert als „Evalopathie“ bezeichnete.

Es ist wie beim Märchen „Rumpelstilzchen“: Da muss eine Müllerstochter aus Stroh Gold spinnen, weil ihr Vater die Erwartung genährt hat, dass sie dazu in der Lage wäre. Der zauberkundige Zwerg „Rumpelstilzchen“

spinnt das Gold für sie und macht so das Unmögliche möglich. Infolge des wuchernden Machbarkeitsmythos in den Sozial- und Humanwissenschaften müssen auch Forscher zusehends unmögliche Aufgaben annehmen. Während die Müllerstochter im Märchen für den Fall des Scheiterns allerdings mit dem Tod bedroht ist, können Forscher das „Stroh“ meist unbehelligt abgeben, weil jene, die das Produkt beurteilen, entweder im gleichen Glashaus sitzen und selbst Strohändler sind oder, nicht vom Fach kommend, Stroh nicht von Gold unterscheiden können. Gegen diese Entwicklung sollten Wissenschaftler akkordiert auftreten.

### Ignorieren unkontrollierter Dritteinflüsse

Eine meiner ersten Erfahrungen mit problematischen Schlussfolgerungen in der empirischen Forschung war ein Text, in dem Daten aus einer stationären Suchtbehandlungseinrichtung mit der Durchschnittsbevölkerung verglichen wurden. Beim Lesen wurde ich mit der Aussage konfrontiert, dass Suchtkranke der Einrichtung überproportional oft verheiratet sind. Das kam mir recht seltsam vor, weil ich vermutete, dass Suchtkranke weniger leicht Partner zum Heiraten finden und dass auch Ehen von Suchtkranken eher wieder geschieden werden. Als ich mir die Datengrundlage der Publikation genauer ansah, bemerkte ich, dass die Daten der Behandlungseinrichtung, ohne die Alters- und Geschlechtsverteilung zu beachten, einfach mit Daten der österreichischen Statistikbehörde verglichen worden waren. In der österreichischen Standardbevölkerung gibt es viele Kinder und Jugendliche, die in einer stationären Suchtbehandlungseinrichtung aber nicht oder nur sehr selten repräsentiert sind, und Pensionisten, die in Suchtbehandlungseinrichtungen ebenfalls deutlich unterrepräsentiert sind. Kinder sind immer und Jugendliche meist ledig, und Pensionisten sind häufig verwitwet oder geschieden. Als ich den Vergleich wiederholte, indem ich die Angaben der Statistikbehörde nach Alter und Geschlecht so gewichtete, dass diese der Patientenstichprobe entsprachen, ergab sich erwartungsgemäß, dass, wie ich vermutet hatte, Suchtkranke deutlich seltener verheiratet waren als vergleichbare Personen der Durchschnittsbevölkerung.

In diesem Fall war eine Auswertung, die die unterschiedliche Geschlechts- und Altersverteilung berücksichtigt, leicht möglich, weil detaillierte Daten über Alter, Geschlecht und Familienstand von der Statistikbehörde einfach zu beziehen waren. Wäre es allerdings nicht

um den Familienstand, sondern um ein anderes Patientenmerkmal gegangen, hätte ich einen solchen Korrekturschritt nicht einfach durchführen können. Liegen notwendige Vergleichsdaten nicht detailliert vor, so muss man diese über repräsentative Erhebungen ermitteln – und aus Kostengründen hätte ich die für diesen Vergleich unverzichtbaren Daten kaum erheben können. Ich hätte diese methodologisch unzulässige Auswertung nur theoretisch kritisieren können, was auf die meisten Rezipienten wahrscheinlich wenig Eindruck gemacht hätte.

### Verwechslung von Daten mit Phänomenen

Wenn man Menschen darüber befragt, in welchem Umfang sie welche psychoaktiven Substanzen konsumieren, sollte einem klar sein, dass die Befragten vieles nicht offen und korrekt zugeben. Um keine Fehlurteile die Verlässlichkeit betreffend zu unterstützen, dürfte man bei der Berichterlegung dann z.B. keinesfalls formulieren: „x Prozent der 15- bis 25-Jährigen haben bereits Haschisch konsumiert!“, sondern man müsste sagen: „x Prozent der befragten 15- bis 25-Jährigen haben angegeben, bereits Haschisch konsumiert zu haben!“

Das ist zwar formal korrekt, man muss sich aber bewusst sein, dass, ganz gleich welche Formulierung man wählt, die Mehrzahl der Rezipienten die subjektiven Selbstausskünfte der Befragten als objektive Prävalenzangaben interpretieren wird, sogar wenn die Autoren wiederholt betonen, dass diese Gleichsetzung unzulässig ist. Die intuitive Gleichsetzung von Selbstausskünften mit dem tatsächlichen Verhalten entspricht der Repräsentationsheuristik, die für das kognitive System 1 typisch ist. Wie Kahneman (2012) betont, ist das System 1 völlig unempfindlich für die Qualität und Quantität jener Informationen, aus denen Eindrücke und Intuitionen abgeleitet werden.

Die Frage nach der Validität der Items von Befragungsinstrumenten, die bei Bevölkerungsbefragungen zum Einsatz kommen, wird zwar oft gestellt, aber kaum systematisch untersucht. Üblicherweise werden derartige Instrumente von einer Expertenrunde entworfen und anschließend an einer kleinen Stichprobe erprobt. Wenn die Fragen ohne großen Widerspruch beantwortet werden, wird das Instrument als geeignet bezeichnet. Die systematische Validierung, indem man Probanden zunächst den Fragebogen routinemäßig beantworten lässt und anschließend präzise nachfragt, wie die Fragen verstanden wurden bzw. ob den Befragten die sinnvolle Beant-

wortung möglich war, kommt nur sehr selten vor.

Wir haben eine solche ausführliche Validierung vor einiger Zeit im Rahmen einer ESPAD-Schülererhebung realisiert (Schmutterer et al., 2008) und sind dabei zu erstaunlichen Ergebnissen gekommen. Hätten wir diese Validierung nicht vorgenommen, hätte Österreich den Ruf gewonnen, beim Schnüffeln von Lösungsmitteln und der Einnahme von Amphetaminen bei 16- und 17-Jährigen einen Spitzenplatz einzunehmen. Die Validierung ergab allerdings deutlich, dass die meisten Befragten die Intention der Fragen nicht verstanden hatten. So wurde z.B. gemeinsames Riechen an einer Tube Klebstoff als „Schnüffeln von Lösungsmitteln“ und Energy-Drink-Konsum als „Amphetamin-Konsum“ interpretiert. Für die Befragten war nach Abschluss der Validierung recht offensichtlich, dass der überwiegende Teil jener, die Schnüffeln oder Amphetaminkonsum angegeben hatten, weder Schnüffler noch Amphetaminkonsumenten waren.

Angesichts der angesprochenen Probleme bei fragebogengestützten Erhebungen und theoretischen Überlegungen sollte außer Frage stehen, dass empirisch gewonnene Prävalenzwerte um ein oder zwei Prozent inhaltlich keinesfalls interpretiert werden sollten. Dabei handelt es sich mit großer Wahrscheinlichkeit primär um falsch-positive Angaben. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang sind Ergebnisse des oberösterreichischen Drogen-Monitorings 2015 (Seyer et al., 2016). Als die Projektverantwortlichen, mir zu Ehren, die nichtexistente Kontrollsubstanz „Uhlcodin“ nannten, gaben 1,1 Prozent der Befragten an, diese nichtexistierende Substanz bereits konsumiert zu haben.

### Unbemerkte Widersprüche zwischen Spezifität und Prävalenz

Handelt es sich um dichotome Merkmale, so lässt sich die Verlässlichkeit subjektiver Selbstauskünfte zur Erfassung der wahren Prävalenz mittels Sensitivitätskoeffizienten (Anteil der Fälle, die anhand der Selbstauskünfte korrekt klassifiziert werden) und Spezifitätskoeffizienten (Anteil der Nichtfälle, die anhand der Selbstauskünfte korrekt klassifiziert werden) quantifizieren.

Kurioserweise werden in der Literatur immer wieder Messinstrumente mit Sensitivitäts- und Spezifitätskoeffizienten um 90 Prozent als Instrumente mit hervorragenden psychometrischen Eigenschaften gefeiert, und es kommt immer wieder vor, dass Erhebungen mit diesen Instrumenten Prävalenzangaben ausweisen,

die angesichts der präsentierten psychometrischen Eigenschaften logisch unmöglich sind. Bei einem Vortrag zu behaupten, dass fünf Prozent der Befragten ein bestimmtes Konsumverhalten berichteten, und gleichzeitig anzugeben, dass der Sensitivitätskoeffizient und der Spezifitätskoeffizient des Instruments um 90 Prozent liege, kann wohl nur als gut gelungener Statistikerwitz interpretiert werden, der bei Zuhörern eigentlich spontanes Lachen auslösen müsste<sup>5</sup>. Spontanes Lachen habe ich in ähnlichen Zusammenhängen allerdings noch nie erlebt.

### Diskussion

Wir alle haben Überzeugungen, die sich aus ethischen Grundhaltungen, Vorurteilen, praktischen Erfahrungen und theoretischen Überlegungen ableiten. Aufgabe der Wissenschaft ist es, diese Überzeugungen kritisch zu hinterfragen und empirisch zu untermauern. Das setzt aber voraus, dass die Betroffenen in der Lage und willens sind, ihre Überzeugungen nur dann als datengestützt zu präsentieren, wenn die als Beleg präsentierten empirischen Ergebnisse diese Überzeugungen auch tatsächlich untermauern. Stützen die präsentierten Ergebnisse diese Überzeugungen nicht, so bedeutet das einerseits natürlich nicht, dass diese falsch sein müssen, es ist aber andererseits notwendig, offen anzuerkennen, dass die Forschungsbemühungen keine stichhaltigen Belege für die Überzeugungen liefern konnten.

Das Urteil, ob empirische Ergebnisse bestimmte Thesen unterstützen, setzt grundlegende methodologische Kenntnisse voraus, und die Bereitschaft, sich einer kritischen Auseinandersetzung mit unserer Sprache und unserem Denken zu stellen. Es geht darum, die Mythen um unsere Sprache und unser Denken zu überwinden, die uns die Kognitionsforschung deutlich aufgezeigt hat. Es bedarf eines Problembewusstseins dahingehend, dass das intuitive Entwickeln von Forschungsplänen und das intuitive Interpretieren von Daten häufig in die Irre führen. Allerdings ist es, wie Chabris und Simons betonen, nicht leicht, das eigene Denken immer wieder kritisch zu hinterfragen und zu überwachen – aber ohne das kognitive System 2 regelmäßig zu kritisieren, logisch-analytischen Reflexionen zu involvieren, ist sinnvolle Forschung kaum denkbar.

<sup>5</sup> Wenn in einer Population kein einziger Interviewter das Verhalten tatsächlich zeigt, müssten bei einer Spezifität von 90 Prozent mindestens zehn Prozent fälschlich das entsprechende Verhalten angegeben. Wenn das Verhalten in der Population hingegen tatsächlich vorkommt, kämen zu den falsch positiven Fällen noch die tatsächlichen positiven Fälle hinzu.

## Literatur

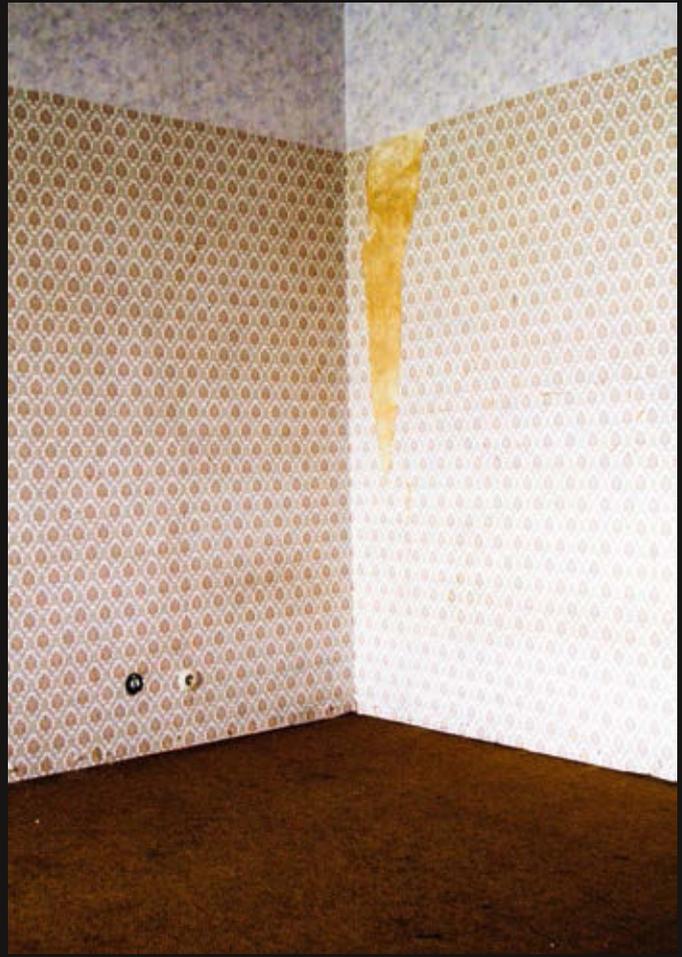
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health – How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Chabris, Ch. F. & Simons, D. J. (2011). *Der unsichtbare Gorilla – Wie sich unser Hirn täuschen lässt*. München: Piper.
- Dörner, D. (2003). *Die Logik des Misslingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen*. Reinbek: Rowohlt.
- Gigerenzer, G. (2002). *Das Einmaleins der Skepsis: Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken*. Berlin: Berlin-Verlag.
- Gigerenzer, G. (2008). *Bauchentscheidungen: Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. München: Goldmann.
- Hofstadter, D. & Sander, E. (2014). *Die Analogie – das Herz des Denkens*. Stuttgart: Klett.
- Huff, D. (1954). *How to lie with statistics*. New York: Norton & Company.
- Kahneman, D. (2012). *Schnelles Denken, langsames Denken*. München: Siedler.
- Kant, I. (1784). Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? *Berlinische Monatsschrift*, 4, 481-494.
- Kriz, J., Lück, H. E. & Heidbrink, H. (1990). *Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie*. Opladen: Leske & Budrich.
- Michotte, A. (1982). *Gesammelte Werke. Bd. 1, Die phänomenale Kausalität*. Bern: Huber.
- Rothman, K. J. & Greenland, S. (1998). *Modern epidemiology* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, M., Haynes, B. & Richardson, S. (1997). Editorial: Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? *Münchener medizinische Wochenschrift*, 139, 44, 644-645.
- Schmutterer, I., Uhl, A., Strizek, J., Bachmayer, S., et al. (2008). *ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen – Band 2: Validierungsstudie*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Seyer, S., Paulik, R., Gschwandtner, F. & Lehner, R. (2016). *Drogenmonitoring Oberösterreich 2015*. Linz: Institut Suchtprävention.
- Statistik Austria (2018). *Absolute und relative Häufigkeit der Gestorbenen sowie durchschnittliches empirisches Sterbealter nach Todesursachen und Geschlecht 2016*. [http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET\\_NATIVE\\_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&DocName=056591](http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&DocName=056591) – abgerufen am 05.04.2018.
- Uhl, A. (2000). The limits of evaluation. In R. Neaman, M. Nilson & U. Solberg (Eds.), *Evaluation – a key tool for improving drug prevention* (Scientific Monograph Series, no 5, pp. 143-157). Lisbon: EMCDD.
- Uhl, A. (2009). Absurditäten in der Suchtforschung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32, 3/4, 19-39.
- Uhl, A. (2015). Der Mythos einer rationalen Effektivitätsforschung. In T. Hoff & M. Klein (Hrsg.), *Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung* (S. 103-118). Berlin: Springer.
- Uhl, A. (2016). Die Suchtprävention der Zukunft – Qualitätsgesichert und gut finanziert oder ökonomisiert und unterfinanziert? In I. Holterhoff-Schulte (Hrsg.), *Qualität in der Suchtprävention – Fachtagung für Fachkräfte in der Suchtprävention Hannover* (S. 71-81). Köln: BZgA.
- Uhl, A., Bachmayer, S. & Strizek, J. (2018). *Handbuch: Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2017* (8. Aufl., Onlineversion). Wien: Gesundheit Österreich.
- Wehling, E. (2016). *Politisches Framing: Wie eine Nation ihr Denken einredet – und daraus Politik macht*. Köln: edition medienpraxis.

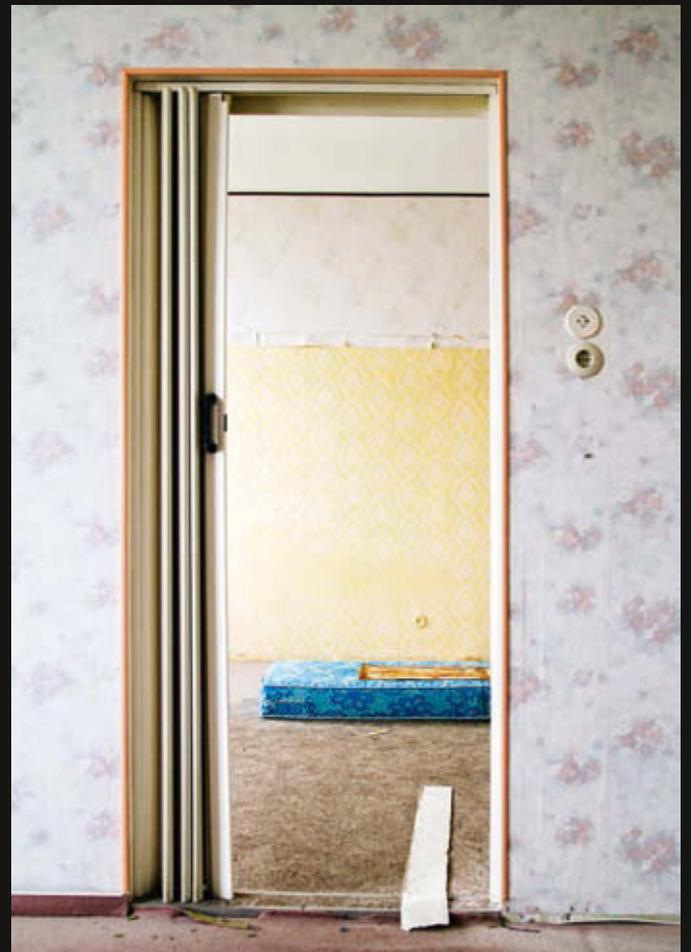


### Dr. Alfred Uhl

Gesundheitspsychologe, Publikations- und Lehrtätigkeiten, Beirats-, Redakteur- und Vorstandsfunktionen  
Stellv. Abteilungsleiter des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH  
Stubenring 6  
A-1010 Wien  
[alfred.uhl@goeg.at](mailto:alfred.uhl@goeg.at)









## Wissenschaftliche Evidenz der Substitutionsbehandlung

Uwe Verthein

### Zusammenfassung

Die Substitutionstherapie Opioidabhängiger hat sich in den letzten 20 Jahren in Deutschland diversifiziert. Es stehen unterschiedliche Substanzen zur Verfügung, und die Evidenz der Behandlung wurde durch Verlaufs- und Wirksamkeitsuntersuchungen bestätigt. Dabei gibt es nur wenige Untersuchungen zur Behandlungsbeendigung und zum Stellenwert der psychosozialen Betreuung. Diese Aspekte sowie neue, bisher in Deutschland nicht angewendete Behandlungsoptionen sollen diskutiert werden.



#### Dr. phil. Uwe Verthein

Dipl.-Psychologe, Privatdozent  
am Fachbereich Psychologie der Universität  
Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-  
Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie; Schwerpunkte: Klinische  
Suchtforschung, Therapieevaluation, Substi-  
tutionsbehandlung, Forschungsmethoden;  
Geschäftsführer des Zentrums für Interdiszi-  
plinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität  
Hamburg  
Martinistraße 52  
D-20246 Hamburg  
u.verthein@uke.de

Modernes Antiquariat



### 50–90% Preisvorteil

für Bücher aus: Belletristik, Mathematik, Medizin, Musik,  
Philosophie, Politik, Psychologie, Recht, Religion, Soziologie,  
Wirtschaft und Zeitgeschichte.

Bücher zum Teil Raritäten in bibliophiler Ausstattung.

Versandkostenfrei bei Bestellwert über 20,- Euro, bei geringerem Bestellwert Versandkostenpauschale von 2,- Euro

[www.modernes-antiquariat.net](http://www.modernes-antiquariat.net)

# „Transprofessionelle“ Handlungsorientierungen für die Versorgung

## Wege zum humanökologischen Ursachenmodell

Felix Tretter

*Nichts ist praktischer als eine gute Theorie.*  
Kurt Lewin

### Diversität in der Praxis – „anschlussfähiges“ Ursachenmodell als Leitkonzept für Therapeuten und Berater gesucht

Die Praxis der Suchthilfe ist vermutlich das *komplexeste Teilsystem des Gesundheitssystems*, insofern verschiedene Kostenträger, Organisationsformen, Einrichtungsträger, fachliche Disziplinen und Berufsgruppen miteinander kooperieren müssen, um einen maximalen Behandlungserfolg zu erreichen. Dabei geht es nicht nur um die Sicherung der Finanzierung, sondern auch um die für die KlientInnen am besten passende Organisationsform (ambulant, teilstationär, stationär) und natürlich vor allem um das differenzierte und doch stimmige, gestufte *Therapieprogramm*. Gerade das Therapieprogramm sollte im Idealfall an einem *individuellen multifaktoriellen Störungsmodell* mit einer entsprechend *multimodalen Therapiekonzeption* ansetzen (s. Beiträge von Uwe Vertheim und Uta Maria Walter i. d. Heft).

Wenngleich es mittlerweile Standard ist, ein multimodales, aber individualisiertes Therapieprogramm anzubieten, ist der Effekt dieser Polypragmasie wissenschaftlich nicht sicher nachgewiesen: Medikamentöse Therapie, Einzelgespräche, Gruppentherapie, Rollenspiel, Musiktherapie, Tanztherapie, Bewegungstherapie, Sporttherapie, Beschäftigungstherapie, Kunsttherapie usw. sind Therapiemodule (stationärer) Suchthilfeeinrichtungen, deren spezifische Wirksamkeit und auch deren Synergie-Effekte nicht sicher – etwa durch *randomisierte kontrollierte Studien* – nachgewiesen sind, deren Wurzeln aber in der US-amerikanischen stationären Selbsthilfe der 1960er Jahre liegen und schon lange auch in psychosomatischen bzw. psychiatrischen Kliniken ihre institutionalisierten Spiegelbilder haben (Tretter, 1979). Jedes Therapiemodul findet zwar seine Recht-

fertigung durch einzelne Therapieziele, geht es doch neben der Abstinenzsicherung um die psychische Grundstabilisierung, das Auffinden verborgener psychischer Fehlentwicklungen, den Aufbau von körperlicher, psychischer und sozialer Kompetenz, Förderung von Freizeitinteressen, Aufbau von Arbeitsfähigkeit, Verbesserung der sozialen Beziehungen, des Umgangs mit Stress, Entspannungsmethoden usw. All dies sind Maßnahmen und Ziele der Gesundheitsförderung und sie werden von den KlientInnen gut angenommen (Petzold, 2001).

### Das bio-psycho-soziale Modell – die multifaktorielle Perspektive

Man kann sich nun fragen, welches *wissenschaftliche Krankheitsmodell* diese Vielfalt von menschlichen Existenzdimensionen *integrativ* abbildet: Welchen Stellenwert hat beispielsweise die Genetik in der Sozialpädagogik? Welchen Stellenwert hat die Lebenswelttheorie in der Medizin, wie ist die philosophische Anthropologie in der Psychologie verankert, und wie findet sich die Psychoanalyse noch dort? Wie kann am besten ein *Kausalzusammenhang* mit der jeweiligen Störung, also der Sucht, mit anderen psychischen Auffälligkeiten – Angststörungen, Depressionen usw. – also die symptomatische „Komorbidität“ hergeleitet werden?

Zu diesen Fragen hat die multidisziplinäre empirische Erforschung psychischer Krankheiten, zu denen auch die Abhängigkeitserkrankungen zu zählen sind, gezeigt, dass *soziokulturelle Faktoren* ebenso wie *genetische Faktoren* oder problematische *psychische Entwicklungen* Risikofaktoren für psychische Störungen darstellen.

Diese Komplexität der *Multifaktorialität* der Ursachen von Krankheit und Gesundheit ist bisher am eingängigsten im *bio-psycho-sozialen Modell* auf überschaubare, aber heterogene drei Bereiche komprimiert, nämlich auf die *biologische Ebene*, die *psychische Ebene* und die *soziale Ebene* von Krankheiten (Engel, 1977). Mit diesem Modell der modernen *psychosozia-*

len Medizin bzw. Psychosomatik wird das breite Spektrum möglicher Ursachen von Krankheiten wie der Sucht in einem Rahmen zusammengefasst. Das heisst, dass *nicht alle Faktoren* manifest derangiert sein müssen, sondern dass auch nur wenige Faktoren als *Risikofaktoren* eine Suchtentwicklung antreiben können. Dabei ist grundsätzlich zu bedenken, dass trotz Vorliegens von Risikofaktoren (z.B. Alkoholiker-Elternteil) *Schutzfaktoren* das Auftreten von Sucht verhindern können (Bühringer, 1992). Auch das Konzept der *Salutogenese* wird noch immer verhältnismäßig wenig beachtet (Antonovsky, 1997).

Der statistische Forschungsansatz, der solchen Forschungen zugrunde liegt, könnte letztlich in eine *multivariante Netto-Risikogleichung* münden, nach der Art, dass das Risiko „Sucht“ sich aus der gewichteten Summe der *Risikofaktoren* „Bio“, „Psycho“, „Sozio“ und „Pharma“ minus der entsprechenden *Schutzfaktoren* ergibt. Und umgekehrt: Sollte es gelingen, nach einer derartigen Formel die Sucht einer Person „erklären“ zu können, dann wäre – theoretisch gedacht – ein prospektiv wirksames, individualisiertes Therapieprogramm, ausgedrückt in Anzahl der Therapiestunden der Woche mal Therapiedauer, erstellbar. Davon sind wir weit entfernt, aber wir sollten uns im Bereich der Suchtforschung hin und wieder derartige grundlegende, aber praxisbezogene (auch kritische) Gedanken zur Forschung machen.

Wie kann das nun konzeptuell konsistent verbunden werden? Das wird im Folgenden stufenweise entwickelt.

### Grundfrage: Anlage oder Umwelt – das Zwei-Faktoren-Modell

Zunächst ist die Grundfrage zu klären, ob eine Krankheit oder Störung „angeboren“ ist, also der Person „innewohnt“, etwa durch die Gene, oder ob sie „erworben“ wurde, also durch die *Umwelt* verursacht ist. Dies betrifft die erste Differenzierungsebene der Ursachenmodelle. Sie wurde durch die *Zwillingsforschung* und die *Adoptionsforschung* bearbeitet, mit heute analytisch hochkomplexen und die Substanzen differenzierenden Modellen. Will man diese Ergebnisse grob zusammenfassen, dann kommt ein nahezu balanciertes Gene-Umwelt-Verhältnis heraus, bei manchen Substanzen (z.B. Amphetamine) zeigen neuere Studien deutlich mehr „Resonanz“ bei den Genen (Kendler et al., 2013). Es zeigte sich grundlegend bei Studien an eineiigen *Zwillingen* mit Konkordanzraten von über 50 Prozent bei Sucht, dass der Umwelt doch oft eine starke Wirkmächtigkeit bei der

Entstehung von Krankheiten zuzuordnen ist, wenngleich bei Adoptionsstudien die Expressionsstärke der Gene zu mehr als dreifach höheren Vorkommen bei genetisch Belasteten führt als bei der Vergleichspopulation. Mit „Umwelt“ ist in diesem Fall vor allem die soziokulturelle Umwelt bzw. die unmittelbare psychosoziale Umwelt der betreffenden Person zu verstehen (v.a. Familie). Ob sich die Umwelt bei Adoptionsstudien von der Herkunftsfamilie völlig unterscheidet, ist jedoch ungesichert (Bronfenbrenner, 1981).

Vor allem die Psycho-Genetik, also die genetisch bestimmten neuronalen Grundlagen der *Persönlichkeit* betreffend, ist kausal relevant, und zwar vor allem wegen der *Vulnerabilität* gegenüber Stress. Auch Dispositionen zu Impulsivität, Depressivität, Angst und dergleichen verursachen ein Suchtrisiko.

Die beiden Faktoren – Gene und Psychosoziales – wurden also im Zwei-Faktoren-Modell in dem Begriff der Person zusammengefasst und der *Umwelt* gegenübergestellt.

### Das Drei-Faktoren-Modell – die pharmakologische Perspektive

Dieses Zwei-Faktoren-Modell wurde durch den *Faktor Droge* zum Drei-Faktoren-Modell. Es wird oft auch als „*Suchtdreieck*“ bezeichnet und wurde im Problemfeld Alkoholismus von Wilhelm Feuerlein entwickelt. Es ist eine Art *Infektionsmodell*, das der Droge ein *Suchtpotenzial* zuweist, wobei das Person-Umwelt-Verhältnis den Nährboden der Sucht ausmacht. Es gibt offensichtlich Unterschiede im Suchtpotenzial von Drogen, obgleich dieses Konstrukt nicht exakt gemessen werden kann, sondern nur indirekt über epidemiologische Parameter (Prozentsatz aktueller Konsumenten / Prozent der jemals Konsumierenden) und durch die tierexperimentelle Stimulierung der Dopamin-Ausschüttung als Folge der Drogenapplikation. Somit können „harte“ Drogen (Heroin, Kokain) und „weiche“ Drogen (Alkohol, Cannabis) unterschieden werden. Der Faktor Droge ist auch in Hinblick auf die in den letzten Jahren erst etablierte *Substitutionstherapie* relevant (s. Beitrag von Jörg Gözl i. d. Heft)

### Die soziologische Perspektive

Die soziologische Perspektive betrifft die Einbettung, den Kontext der Sucht. Sie ist eine Doppelperspektive:

- a) Die Droge wird von der Gesellschaft als Objekt (Beispiel: Cannabispflanze) erfasst und

die Verfügbarkeit und der Umgang damit über Verbote und oder Erlaubnisse geregelt.

- b) *Lebensbedingungen*, die als Stressoren das Lebensgefühl als belastet, zerrissen, als erlebte Entfremdung („Ich bin nicht ich selbst“) und auch als Leere prägen, und die damit als psychosozialer Nährboden von Suchtmittelleffekten wirken.

So ist das Risiko von Krankheiten, und somit der Suchtentwicklung, von der soziokulturellen Position des jeweiligen Individuums abhängig: Sozioökonomische Schicht, Bildungsstatus, Religionszugehörigkeit usw. sind modulierende Faktoren dieser Risiken (Mielck, 2005).

### Die psychologische Ebene – Verstärkung regulativer Mechanismen durch Suchtmittel ?

Die „Schnittstelle“ vom Sozialen zum Biologischen ist das Psychische. Die Suchtentwicklung erfordert eine bewusste positive Wirkungserfahrung des jeweiligen Objekts der Sucht. Dieser *Belohnungseffekt* wurde von der *Verhaltenspsychologie* als zentrales, tierexperimentell sehr gut bestätigtes Erklärungs-konstrukt gewählt. Auch die Theorie des *klassischen Konditionierens* und das *Lernen am Modell* haben hier klinisch relevante Verständnisbeiträge geliefert. Im Rahmen der *Kognitiven Verhaltenstherapie* sind erworbene dysfunktionale Grundannahmen („Ich bin ein Versager“) die Basis für Misserfolgserleben und in Kombination mit positiv erlebten Drogenkonsumeffekten die affektiv-kognitiven Haupttreiber in die Sucht (Beck et al., 1997).

Die *Psychoanalyse* als gegenwärtig nicht so praxisrelevante Theorie und Therapie bietet darüber hinaus ein reiches Repertoire an Erklärungen der Sucht (Billitza, 2007): frühkindliche Konflikte (Abhängigkeit versus Autonomie), psychosoziale Traumata als Vulnerabilität, Angstzustände, depressive Zustände etc. Suchtmittelgebrauch ist dann eine Selbstmedikation dieser Zustände. Relevant sind letztlich *Selbstwertprobleme*, die ein zentrales Thema in der Betreuung von Suchtkranken sind. Verbunden sind damit Probleme der sozialen Nähe-Distanz-Regulation im Sinne der Autonomie-Abhängigkeits-Problematik, Defizite in der sozialen Anerkennung und im Sicherheitserleben. Sie sind über Jahre unverändert zentrale Lebensthemen.

### Das biologische Modell der Neuropsychiatrie der Sucht

Die Genetik hat noch nicht den gesamten Pool der suchtrelevanten Gene identifiziert. Es sind meist *Gene*, die auf molekularer Ebene *neuronale Strukturen und Funktionen* beeinträchtigen (z.B. Defizit an D2-Rezeptoren an der Dopamin-Synapse). Dadurch wird die neuronale Informationsverarbeitung in einigen Gehirnregionen, wie beispielsweise im Nucleus accumbens, dessen Aktivität mit Belohnungszuständen einhergeht, insuffizient (Koob et al., 2014). Diese vermutlich angeborene Insuffizienz dieses als Belohnungssystem operierenden Systems kann durch exogene Faktoren, d.h. durch Suchtmittel, eine Funktionsverstärkung erfahren. Über den Prozess des operanten Konditionierens gibt es dann eine Verfestigung des jeweiligen Konsumverhaltens. Dieser angeborenen mutmaßlichen *Hyporeaktivität des Belohnungssystems* steht eine de facto nachgewiesene *Hyperreaktivität des Stresssystems* (u.a. cortisolgetriebene Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, Amygdala etc.) gegenüber, so dass sich beide Systeme zu einer *pathogenen Synergie* ausgestalten. Allerdings ist trotz zunehmenden Verständnisses der Neurobiologie der Sucht der Übergang zum Psychischen nicht geklärt – das Gehirn ist notwendig, aber nicht ausreichend für das Bewusstsein (Gehirn-Geist-Problem; Tretter & Grünhut, 2010). Pragmatisch-praktisch betrachtet müssen wir daher die Psychologie als eigene Betrachtungsebene ansehen, auch wenn sie theoretisch auf die Gehirnbio-logie reduzierbar sein könnte.

### Die anthropologische Perspektive

Ein wesentliches Defizit der heutigen Differenzierungen des biopsychosozialen Modells besteht darin, dass die Person nicht explizit als abgegrenzte Einheit und „Symptomträger“ thematisiert wird. Das heißt also, dass der Mensch nicht im Mittelpunkt steht, sondern in ein Faktorengefüge aufgelöst wird, das sich in grafischer Weise als Netzwerk von Boxen und Pfeilen darstellt (Egger, 2008). Gerade in der Suchttherapie ist es aber wichtig, den Menschen als Mensch ernst zu nehmen und die verschiedenen menschlichen Existenzprobleme zu betrachten (Zutt, 1958).

Eine derartige Rückführung der biologischen psychologischen und soziologischen Einzelfaktoren auf die „Person“ (und auf die Umwelt), wie sie beim eingangs erwähnten Zwei-Faktoren-Modell beschrieben wurde, wirft zunächst die Kant'sche Frage der philo-

sophischen Anthropologie auf: „Was ist der Mensch?“ Es gibt viele Antworten: Homo sapiens, Homo ludens, Homo insufficientis, Homo oeconomicus, aber im klinischen Kontext am ehesten der Homo patiens (Bohlken & Thies, 2009). Diese Vielfalt zeigt, dass der Mensch als „situiertes Subjekt“ zu verstehen ist.

Als wichtigstes Grundmerkmal des Menschen gilt es, ein *geistiges Wesen* zu sein, das über sich nachdenken kann, dieses sogar muss, und das sich nicht nur selbst in der Existenz vorfindet, sondern gerade mit dieser Erkenntnis sich in die Situation der Notwendigkeit des Selbstentwurfs gestellt sieht – man ist also kurz gesagt „zur Freiheit verdammt“, wie es Jean Paul Sartre (1979) formulierte. Diese existenzielle Dimension zeigt sich nicht nur dem Philosophen, sondern auch Menschen ohne philosophische Bildung als Betroffenheit vom Dasein als Dasein, unabhängig von der individuellen Form des Daseins. Gerade bei den Selbsthilfegruppen wie den AAs kann man diese spirituelle Dimension als wichtigen, aber verdeckten Treiber in die Sucht begreifen, ein Aspekt, der in der Suchtforschung zu wenig bearbeitet worden ist. Er zeigt sich in der Therapie erst, nachdem die größten Symptome in den Griff bekommen wurden, und das kann Jahre dauern.

Aus wissenschaftlicher Sicht wird hier methodologisch deutlich, dass die wissenschaftlich „objektive“ *Dritte-Person-Perspektive*, die hauptsächlich tierexperimentell fundiert argumentiert, den Nachteil hat, dass sie zwar präzise und reliabel ist, allerdings die Komplexität der Innenwelt der Suchtkranken nicht ausreichend abbildet: Es gibt kein Rattenexperiment, das *Scham* und *Schuld* als mögliche Ursachen einer Suizids eines rückfälligen abstinenten Alkoholikers zu modellieren erlaubt. Es bedarf also auch der Methodologie der „subjektiven“ *Erste-Person-Perspektive*, also der Erzählungen der Sucht-Betroffenen aus ihrem Erleben. Dazu dient die *Phänomenologie* als philosophisch-psychiatrische Disziplin, die aber derzeit noch wenig Beachtung findet (Fuchs, 2007).

### Integration durch die human-ökologische Perspektive?

Es wurde deutlich: Die Person, die Umwelt und die Droge, verbunden durch die biopsychosozialen Faktoren, die in Wechsel-, Vorwärts- und Rückwirkungsverhältnissen stehen, bilden ein unübersehbares Wirkungsgefüge. Zur besseren konzeptuellen Ordnung ist daher ein Modell hilfreich, das nicht nur den Menschen in den Mittelpunkt stellt, sondern auch den Faktor

*Umwelt* stärker differenziert und die *Person-Umwelt-Beziehungen*, die den Nährboden der subjektiv positiven Effekte der Droge ausmachen, abbildet. Dazu bietet sich ein *humanökologisches Modell* an, das als komplexes *Systemmodell* das nicht nur mehrere Ebenen umfasst, sondern auch unterschiedliche Wirkungsarten (Bronfenbrenner, 1981; Tretter, 1998, 2005, 2008). Dazu einige Leitgedanken:

- Die „Umwelt“ ist ein *Konstrukt* des jeweiligen Beobachters, das Akzente des Realen setzt.
- Die Umwelt umfasst nicht nur *interpersonelle soziale Faktoren*, sondern neben *Natur* auch *Technosysteme* wie die Stadt, oder die elektronischen Medien, die einen Einfluss auf das Erleben der Person haben.
- Die Umwelt ist aus Sicht der Person auch ein Gefüge aus *Lebensbereichen*, wie Familie, Wohnen, Arbeit und Freizeit. Sie im Gleichgewicht zu halten ist eine Aufgabe für die Person, was bei Schiefen zu Spannungen und damit zu Suchtmittelanfälligkeit führt (Work-Life-Balance).
- Das Beziehungsgefüge der Person zu allen Lebensbereichen ist ein *wechselseitiges Geben-nehmen-Verhältnis* und es zeigt aus klinischer Sicht eben bei Suchtkranken ein starkes Übergewicht des Haben-Wollens, Nehmen-Wollens bzw. des Forderns oder Nicht-haben-Wollens. Dabei ist bei der länger währenden Begleitung von Suchtkranken durchwegs beobachtbar, dass einige süchtige Menschen Phasen zeigen, in denen sie extrem viel „geben“, also beispielsweise äußerst hilfsbereit oder in der Arbeit leistungsmotiviert sind. Es besteht also ein anhaltendes Ungleichgewicht.
- Es ist ein Regelkreis zu beachten, der aus dem Ist-Wert der Lebenslage, dem Soll-Wert des *Lebensplans* mit der Resultante des *Lebensgefühls* und dem Ergebnis des *Lebensstils* besteht, der wiederum rückwirkend die Lebenslage beeinflusst. Bei Diskrepanzen hilft die Droge subjektiv zur Gegenregulation.

Eine Ausarbeitung der humanökologischen Perspektive im klinischen Kontext ist wegen der einseitigen Forschungspolitik in klinischen Problemfeldern noch nicht erfolgt. Ob die „Zukunft“, die im Sinne von Karl Valentin „auch nicht mehr das ist, was sie einmal war“, das leisten wird, bleibt nur zu hoffen.

### Fazit

Die Vielfalt der therapeutischen Ansätze kann das bio-psycho-soziale Modell als Ansatz zur Erklärung der Sucht, aber auch zur Therapiege-

staltung nutzen. Wenn aber eine starke Lebensnähe gesucht wird, und der Umwelt (bzw. den Umweltbeziehungen) eine größere Rolle zugewiesen wird, scheint ein humanökologischer Ansatz mehr Realitätsbezug zu bieten.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Billitza, K. W. (Hrsg.) (2007). *Psychodynamik der Sucht*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bohlken, E. & Thies, C. (Hrsg.) (2009). *Handbuch Anthropologie: Der Mensch zwischen Natur, Kultur und Technik*. Stuttgart: Metzler.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett.
- Bühringer, G. (1992). *Drogenabhängig*. Freiburg i. Br.: Herder.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Egger, J. W. (2008). Grundlagen der „Psychosomatik“. Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin*, 19 (2), 12-22.
- Fuchs, T. (2007). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kendler, K. S., Ohlsson, H. & Sundquist, J. (2013). Within-family environmental transmission of drug abuse. A Swedish national study. *JAMA Psychiatry*, 70 (2), 235-242.
- Koob, G., Andres, M. & LeMoal M. (2014). *Drugs, addiction, and the brain*. Cambridge, MA: Academic Press.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Petzold, H. G. (2001). *Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“*. Paderborn: Junfermann.
- Sartre, J.-P. (1979). *Ist der Existentialismus ein Humanismus?* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Tretter, F. (1979). *Medizinsystem und Umwelt*. Unveröff. Doktorarbeit, Universität München.
- Tretter, F. (1998). *Ökologie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe.
- Tretter, F. (2005). *Systemtheorie im klinischen Kontext*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Tretter, F. (2008). *Ökologie der Person*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Tretter, F. & Grünhut, C. (2010). *Ist das Gehirn der Geist?* Göttingen: Hogrefe.
- Zutt, J. (1958). Zur Anthropologie der Sucht. *Nervenarzt*, 10, 439-445.



**Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter**  
 Psychiater und Neurologe, Psychotherapeut,  
 Suchtmediziner  
 2. Vorsitzender der Bayerischen Akademie  
 für Suchtfragen  
 Landwehrstraße 60-62  
 D-80336 München  
 felix.tretter@yahoo.com

## „Double trouble“ (auf beiden Seiten): auch künftig ein zwiespältiges Verhältnis von Psychiatrie und Suchthilfe?

Monika Trendelenburg

Der Begriff „double trouble“ wird unterschiedlich definiert. Häufig ist mit diesem Begriff die Komorbidität von Psychose und einer Sucht gemeint. Im weiter gefassten Sinne bedeutet „double trouble“ das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung (Psychose, Angsterkrankung, bipolare Erkrankung, Depression, Persönlichkeitsstörung) und einer Substanzstörung.

Bereits 1911 verwendete Eugen Bleuler erstmalig den Begriff „Doppeldiagnose“ („Der haltlose Schizophrene wird leicht Trinker. Wohl zehn Prozent unserer Alkoholiker sind zugleich Schizophrene“). Er hat damals einen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Schizophrenie gesehen.

In den 1980er Jahren wurde der Begriff auf Personen mit geistiger Behinderung und gleichzeitig bestehender psychischer Störung verwendet.

Bis zur Einführung der Klassifikationssysteme DSM III und ICD-9 wurde die sogenannte Schichtenregel angewandt. Alle Symptome wurden einer Krankheit zugeordnet und die Behandlung war nach der Hauptdiagnose (sog. tiefste erreichte Schicht) orientiert, was den Nachteil hatte, dass wichtige Aspekte der Zweiterkrankung unberücksichtigt blieben.

In späteren Versionen der Klassifikationssysteme (in Deutschland ICD-10) wurde ein deskriptives und multiaxiales Klassifikationssystem geschaffen, das bei Vorliegen zweier oder mehrerer Syndrome die Möglichkeit bietet, mehrere Diagnosen nebeneinander zu stellen. Sowohl der Begriff der Doppeldiagnose als auch das Vorliegen mehrerer Diagnosen nebeneinander enthält keine Aussage über den Schweregrad. Darüber hinaus sind aus der Diagnose weder der individuelle Hilfebedarf noch bedarfsorientierte Therapieempfehlungen zu entnehmen.

### Für wessen Probleme sind also Diagnosen eine Lösung?

Das Vorhandensein von zwei Diagnosen sagt nichts über den tatsächlichen Hilfebedarf aus, geschweige denn über die Bereitschaft des Betroffenen, Hilfe anzunehmen.

Die meisten der psychiatrischen Patienten haben einen zumindest problematischen Substanzkonsum und umgekehrt haben fast alle Suchtkranken eine komorbide, behandlungsbedürftige psychische Erkrankung.

Neben den Symptomen der psychischen Erkrankungen (z.B.: Angst, Misstrauen, Stimmenhören, Impulsdurchbrüche, selbstschädigendes Verhalten, Depression, Stimmungsschwankungen etc.), möglichen kognitiven Beeinträchtigungen (entweder prämorbid oder als Folge der Erkrankung, schweren somatischen Folgeerkrankungen (Hepatitis, Hauterkrankungen, Herz-Kreislauf Erkrankungen, Polyneuropathien, rezidivierende Infektionskrankheiten etc.) sind auch sozialer Rückzug, sozialer Abstieg bis hin zur Obdachlosigkeit und evtl. Kriminalität bei der Hilfebedarfsplanung als Realität der Betroffenen zu berücksichtigen.

Wie die neulich publizierte SEEWOLF-Studie zeigte, waren unter 232 wohnungslosen Menschen in Großraum München zwei Drittel psychisch krank. Bei 80 Prozent war eine Suchterkrankung diagnostiziert.

Weit über 50 Prozent der Menschen, die tatsächlich auf der Straße leben oder in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Unterkunft finden, sind abhängigkeitskrank oder leiden unter psychischen Erkrankungen. Auch in den psychiatrischen Versorgungskliniken bilden Suchtkranke die größte Diagnosegruppe.

Wenn man sich aus dieser Perspektive den Herausforderungen nähert, ergibt die Aufteilung der Hilfesysteme in das Suchthilfesystem und das gemeindepsychiatrische System wenig Sinn. Unter diesem Aspekt gibt es also auch auf der professionellen Seite „double trouble“: eine nur lückenhafte Vernetzung von Psychiatrie und Suchthilfe. Daraus ergab sich eine

Fragmentierung des Hilfesystems mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen, Denk- und Herangehensweisen. Weil die jeweils andere Diagnose oft ein Ausschlusskriterium für eine Behandlung war und noch ist, pendelten und pendeln die Betroffenen zwischen den zwei Systemen Sucht und Psychiatrie. Sie sind hin- und hergeworfen auch im professionellen Support-System als Fortsetzung der Broken-home-Erfahrung (Zechert, 2017).

Eine enge Grenzziehung erschwert oftmals die Versorgung mehrfach kranker Patienten ohne Berücksichtigung von deren Realität. Der Grund für diese Trennung liegt in der geschichtlichen Entwicklung dieser beiden Systeme.

Das Suchthilfesystem ist weitgehend von der Psychiatrie und der medizinischen Versorgung abgekoppelt entstanden, und zwar aus der Wohlfahrtspflege. Die Sucht wurde 1968 nach einem Urteil des Bundessozialgerichts als Krankheit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Übrigens ging diese juristische Einschätzung auf das Konzept eines Biometrikers (Jellinek, 1960) und nicht auf psychiatrische Wissenschaft und Versorgungsstudien zurück.

Die Psychiatrie wurde in der Vergangenheit von der Suchthilfe mit Misstrauen beäugt. Viele Suchtberater, vor allem aus dem Bereich der illegalen Drogen, kolportierten eine Vorstellung von der Psychiatrie als einem Machtapparat in großer Nähe zu Polizei und Justiz. Diesbezüglich scheint das Verhältnis heutzutage deutlich entspannter zu sein.

Innerhalb der psychiatrischen Großkliniken entstanden Suchtabteilungen, die losgelöst von der Allgemeinpsychiatrie und ohne Bezug zur Gemeindepsychiatrie agierten.

Aus einer anderen Tradition kommend entwickelte sich die gemeindepsychiatrische Versorgung. Durch den Bericht der Psychiatrie-Enquete 1975 wurde das Versorgungssystem neu organisiert und die Langzeiteinrichtungen im Sinne einer „Verwahrspsychiatrie“ geschlossen. Das gemeindenahes Hilfenetz bestehend aus sozialpsychiatrischen Diensten, Wohnheimen, Tagesstätten, therapeutischen Wohngemeinschaften, Tageskliniken wurden implementiert. Nach den Entlassungen der chronisch psychisch kranken Langzeitpatienten aus den psychiatrischen Anstalten, in denen „Rauschmittel“ nicht verfügbar waren, änderten sich die Verhältnisse rasch.

Das psychiatrische Regelversorgungssystem ist auf das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Störungen nicht ausgerichtet. Der Sozialpsychiatrische Dienst wurde von Beginn an konzeptionell ganz klar auf die Allgemeinpsychiatrie

ausgerichtet. Suchtberatungsstellen haben weiterhin eine Komm-Struktur.

Die Entdeckung der Komorbidität kam zu spät, um das Versorgungssystem zu gestalten, sodass bei der Hilfeplanung oftmals willkürlich eines der Probleme zum Hauptproblem erklärt wird (Albers, 2017).

Die größte Schwierigkeit („trouble“) der Regelversorgung ist somit, dass sie auf den Regelfall nicht eingerichtet ist. Denn die komplexe Störung, oder mit anderen Worten: der komplexe Hilfebedarf ist die Regel.

Menschen mit Doppeldiagnosen stellen eine besondere Herausforderung dar. Es sind „die Schwierigsten“. Ihr Ruf eilt Ihnen voraus: hohe Rehospitalisierungsrate (sog. Drehtürpatienten) und ein sehr komplexer Hilfebedarf bei zum Teil hohem Autonomiebedürfnis und nur punktueller Kooperationsbereitschaft.

Es ist notwendig, dass diejenigen Suchtkranken, die von Regelversorgungssystem nicht erreicht werden, niederschwellige aufsuchende Hilfen erhalten, wie alle anderen psychisch Kranken auch.

Die psychiatrischen Abteilungen unterscheiden sich jedoch deutlich in ihren Konzepten: Hochschwelligkeit (Einweisung, Kostenübernahme, lange Wartezeiten) versus Asylauftrag (niederschwellige Kriseninterventionen), Therapiemotivation als Aufnahmevoraussetzung versus Sicherung des Überlebens.

Die psychiatrischen Kliniken müssen trotz der Ökonomisierung der Daseinsfürsorge die Asylfunktion und die Krisenintervention als Versorgungsauftrag wieder übernehmen oder beibehalten.

Auch die Fachverbände der Psychiatrie und Suchthilfe müssen sich intensiver des Themas annehmen und niederschwellige Angebote schaffen. Dabei ist das Verständnis für die Lebenssituation der Klientel von der professionellen Seite von besonderer Bedeutung. Inwieweit möchte die Person ein abstinentes Leben führen? Ist eher eine akzeptanzorientierte Einrichtung eine Alternative? Die üblich gewünschten Aufnahmekriterien Verzicht auf Alkohol/Suchtstoffe, Therapiemotivation, Gewaltfreiheit werden häufig nicht oder zumindest am Anfang nicht erfüllt. Die Betroffenen haben ein hohes Autonomiebedürfnis, fühlen sich nicht krank oder bevorzugen die Freiheit der Straße, da sie die als restriktiv erlebte Lebensform in einer betreuten Einrichtung nicht ertragen können/wollen.

Parallel zur Suchtbehandlung und Behandlung der psychischen Erkrankung muss man konkrete Inklusionsperspektiven schaffen und die angebotene Hilfe an erreichbaren Zielen orientiert werden.