

Erfreulicherweise gibt es zahlreiche Versuche, aufeinander zuzugehen

Neben Kooperationstreffen und Kooperationsvereinbarungen der psychiatrischen Versorgungskliniken mit der regionalen Suchthilfe wurden Räume für ungewöhnliche Lebensstile geschaffen.

2015 wurde beispielsweise im Bezirk Neukölln (Berlin) ein neues Wohnprojekt geschaffen. In einem gemeinsamen Kooperationsprojekt zwischen der Wohnungsnotfallhilfe („Die Teupe“ ist ein Erstaufnahmeheim im Bezirk Neukölln in der Teupitzer Straße), der Eingliederungshilfe und der Psychiatrischen Klinik des Vivantes Klinikum Neukölln werden mittlerweile acht Menschen mit einer Suchterkrankung und einer psychischen Erkrankung (Doppeldiagnose) akzeptanzorientiert niederschwellig betreut. Weitere Projekte und Kooperationen sind im Bezirk Neukölln in Planung.

Wo liegen weitere Bedarfe? Was ist noch zu tun?

Im Einzelnen und für jeden selbst:

- Im Kleinen bedeutet es *konkret* für jeden Einzelnen, der einen Menschen mit komplexen Hilfebedarf begleitet: sich einmal umschaun. Mit wem kann ich in dem Fall kooperieren? Wen gibt es noch? Wen informiere ich, lade zum Gespräch ein? Mit wem bilde ich ein Bündnis, um ein optimales Angebot „zu stricken“? Dann anrufen, hingehen, einladen, hinterfragen ...
- Es bedeutet im Einzelnen, sich mit dem Bestehenden und vor allem mit der Realität der Betroffenen als erstmal Gegeben auseinanderzusetzen („es ist wie es ist“). Aufdrängende, in ihren Zielen festgelegte Hilfe nach unseren (bürgerlichen) Wunschvorstellungen ist keine wirkliche Hilfe.
- Es bedeutet auch, sich selbst ständig zu hinterfragen, das eigene professionelle Umfeld zu beobachten und kritisch zu überprüfen. Widersprüche, institutionelle Gewalt (auch in der eigenen Institution) entdecken, Unsicherheiten aushalten, Überraschungen zulassen und entdecken. Anwesend sein, verbindlich, geduldig, kreativ.

Auf der breiteren Ebene:

- Therapieeinrichtungen für Patienten mit Psychose und Sucht sind dünn gesät oder hochschwierig. Der Antragsweg ist lang und unübersichtlich. Wir brauchen mehr Einrichtungen oder – noch besser – Integration dieser Klientel in vorbestehende Konzepte.

- Integrierte gemeindenähe Behandlung, bei der alle beteiligten Institutionen eng miteinander kooperieren und wirklich gemeinsam verantwortlich sind (enge Kooperation der Psychiatriekoordinatoren mit Suchtkoordinatoren).
- Arbeit im Suchtbereich bedeutet, sich in der Szenerie der Suchtversorgung allgemein und außerhalb des eigenen institutionellen Rahmens auszukennen. Mehr Kooperationen, Hospitationen sind notwendig.
- Zusammenschluss in regionalen Verbänden zur Vernetzung der Hilfe beim komplexen Hilfebedarf (z.B. ein großes Steuerungsgremium für Sucht und Psychiatrie gemeinsam schaffen).
- Mehr therapiefreie Räume oder Räume für ungewöhnliche Lebensstile.
- Wir brauchen mehr substituierende Psychiater oder mehr Psychiater/Psychotherapeuten, die die Herausforderung der Begleitung suchtkranker Menschen annehmen.
- Bessere, engere Kooperation der psychiatrischen Kliniken, Institutsambulanzen, niedergelassenen Psychiater/Psychotherapeuten mit Substitutionspraxen oder suchtmmedizinischen Praxen.

Literatur

- Albers, M. (2017). Hilfekoordination für die „Schwierigsten“. Perspektiven des Sozialpsychiatrischen Dienstes. *Soziale Psychiatrie*, 41 (1), 22–24.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Eastford: Martino.
- Zechert, Ch. (2017). Prekär und ungelöst. Die Situation der psychisch erkrankten Wohnungslosen – eine Übersicht. *Soziale Psychiatrie*, 41 (1), 4–7.



Dr. med. Monika Trendelenburg

Oberärztin Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik,
Vivantes Klinikum Berlin Neukölln
Rudower Straße 48
D-12351 Berlin
monika.trendelenburg@vivantes.de

Doppelbelastung durch Sucht und Trauma: Schwer erkrankt, aber zu wenig Hilfsangebote

Oder: Von der langsamen Veränderung des Suchthilfesystems durch wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Erfahrungen

Katrin Körtner

Das nachfolgende Beispiel einer jungen Frau zeigt einerseits die schwierigen komplexen Wechselwirkungen von Suchterkrankung und Traumafolgestörung, andererseits, wie der Verlauf durch spezielle Therapieangebote und Zusammenwirken von Sozialarbeit und psychiatrisch-psychotherapeutischer Betreuung günstig beeinflusst werden kann. Wir beginnen also mit einem Fall aus der klinischen Praxis, der zur verbesserten Versorgung Betroffener ermuntern soll und anhand dessen die Mängel der aktuell vorherrschenden Praxis diskutiert werden können.

Die 24-jährige Frau M. stellt sich erstmals stationär zum Entzug bei täglichem Alkoholkonsum vor. Diagnostisch liegt bei Konsumbeginn im 14. Lebensjahr eine Alkoholabhängigkeit, außerdem ein Cannabis-Missbrauch im Wechsel mit Benzodiazepin-Missbrauch drei- bis viermal pro Woche vor. Sie zeigt emotionale Instabilität mit Stimmungsschwankungen, Anspannungszuständen, der Unfähigkeit, sich von negativen Gefühlen zu distanzieren, und berichtet von dissoziativen Zuständen in Form von „Verpeiltheit, Abwesenheit“, sie fühle sich dann „komisch“, verlaufe sich.

Frau M. nimmt kaum Blickkontakt auf, beantwortet viele Fragen nicht, z.B. die routinemäßige Befragung nach traumatischen Erlebnissen. Aufgrund des Verdachtes auf eine zusätzliche Traumafolgestörung wird die Patientin zur qualifizierten Entzugsbehandlung auf eine psychotherapeutisch orientierte Schwerpunktstation für Menschen mit Suchterkrankungen und Traumatisierungen aufgenommen.

Frau M. entwickelt nur leicht ausgeprägte vegetative Entzugssymptome, aber starke Reizbarkeit und Schlafstörungen. Stimmungsschwankungen und Anspannungszustände verschlechtern sich, sie erscheint ängstlich, häufig abwesend und schneidet sich einmalig mit Rasierklingen. Sie erhält zweimal wöchentlich 25-minütige Einzelpsychotherapiesitzungen, in der alternative Fertigkeiten zur Emoti-

onsregulation zunächst in Form von Skills gegen Hochanspannung besprochen und geübt werden. Frau M. ist erleichtert und zeigt sich in den Einzelgesprächen offen, sie übt engagiert, auch mit Hilfe des Pflegepersonals, Skills bei Anspannungen oder Suchtdruck einzusetzen. Parallel nimmt sie den verhaltenstherapeutisch orientierten suchtspezifischen Gruppenpsychotherapien teil. Es wird vereinbart, die Entzugsbehandlung von den üblichen zwei bis drei auf vier Wochen zu verlängern.

Frau M. besucht ab der zweiten Woche Selbsthilfegruppen, in der Einzelpsychotherapie wird deutlich, dass ausgeprägte dissoziative Phänomene, ggf. eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und/oder eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aufgrund von Gewalterfahrungen vorliegen, wobei Frau M. weiterhin wenig Angaben zu den Traumata, den Tätern und/oder Täterkontakt macht.

Bezüglich der Abhängigkeits- und Missbrauchproblematik und des zukünftigen Konsums bleibt Frau M. unschlüssig. Sie wolle zwar keinen Alkohol mehr trinken, Cannabis oder Benzodiazepine brauche sie aber, um „runterzukommen“.

Frau M. fällt es schwer, die im Verlauf verifizierte Diagnose der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung anzunehmen, sie wolle kein „Psycho“ sein, vielleicht habe sie übertrieben, in ihrer Familie seien psychische Erkrankungen nicht akzeptiert.

Nach Abschluss der qualifizierten Entzugsbehandlung wird ihr angeboten, in der zur Klinik gehörenden Ambulanz betreut zu werden und dort suchtherapeutische Gruppen zu besuchen. Sie wird auf die Warteliste für ein sechswöchiges Kurzzeitpsychotherapieprogramm auf der Schwerpunktstation gesetzt, welches therapeutische Elemente der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Marsha Linehan anbietet, in Verbindung mit der stabilisierenden integrativen Gruppenpsychotherapie „Sicherheit finden“ von Lisa Najavits für Menschen mit Substanzmissbrauch, Traumatisierung und/oder PTBS. Weiterhin beinhaltet das Programm suchtspezifische Gruppenpsychotherapie, eine res-

sourcesorientierte, psychoedukative Gruppe, Einzelpsychotherapie und das Führen eines Protokolls zur Schulung der Selbstwahrnehmung, indem täglich u.a. Suchtdruck, PTBS-Symptome, Problemverhalten, Selbstverletzungsdrang selbstständig bewertet werden.

Zum ersten geplanten Aufnahmetermin ca. sechs Wochen später erscheint Frau M. nicht, die suchttherapeutischen Gruppen in der Ambulanz hatte sie nur zweimal besucht. Nach telefonischer Kontaktaufnahme wird ein erneuter Aufnahmetermin vereinbart, den Frau M. einhält. Allerdings war sie in der Zwischenzeit zweimal rückfällig mit Alkohol geworden, jeweils für einen Tag, sie hatte mindestens zweimal wöchentlich Cannabis oder Benzodiazepine konsumiert.

Nach einer fünftägigen Teilnahme ausschließlich am suchtmedizinischen Programm mit Beobachtung möglicher Entzugssymptome arbeitet sie in den folgenden drei Wochen daran, Skills gegen Hochanspannung zu erlernen. Sie leidet an Dissoziationen, die fast ausschließlich in Zusammenhang mit intensivem intrusivem Wiedererleben von Traumatisierungen stehen. Frau M. klagt über Alpträume, Anspannungen und ist sehr angestrengt, dennoch ausgesprochen bemüht und motiviert.

Ab der dritten Woche spricht sie in der Einzeltherapie über die erlebte schwere Gewalt. Sie gibt die Eltern als Täter an, betont mehrfach, dass auf keinen Fall eine Anzeige erfolgen dürfe, und sie sich schuldig fühle, ihre Familie verraten zu haben. Die gewaltsamen Übergriffe hatten bis zur aktuellen stationären Aufnahme angehalten, die Patientin lebt noch bei den Eltern.

In den kommenden Therapiesitzungen setzt sich Frau M. mit der „Schuldfrage“ auseinander, gegen Ende der Therapie zweifelt sie zunehmend daran, selbst schuldig zu sein, kann formulieren, dass ihre Familie ihr „nicht gut tut“ und strebt an, aus der elterlichen Wohnung zu ziehen und den Kontakt einzuschränken. Aufgrund der Gefährdungssituation wird über den Sozialdienst ein Platz in einer betreuten Wohngemeinschaft organisiert, wofür der Aufenthalt um weitere drei Wochen verlängert werden muss.

Frau M. wird nach Entlassung aus dem stationären Programm als Patientin in die Ambulanz aufgenommen und hat damit die Möglichkeit, die einmal wöchentlich stattfindende Therapie „Sicherheit finden“ fortzuführen. Nach zwei Monaten besucht sie die Gruppen unregelmäßig, es kommt vereinzelt zu Rückfällen, jedoch deutlich seltener als zuvor.

Frau M. wird einmal monatlich zum ärztlichen Gespräch vorstellt, außerdem erfolgen gemeinsame Gespräche mit der Wohnbetreuerin, die sehr motivierend auf die Patientin einwirkt, sie zu Skills anleitet und eine wichtige Bezugsperson außerhalb der Familie darstellt. Des Weiteren interessiert sich Frau M., die im 20. Lebensjahr ihr Abitur gemacht hat,

für eine Ausbildung als Rechtsanwaltsgehilfin und strebt ein Praktikum an. Dieses Ziel trägt sehr zur Abstinenzmotivation bei, auch berichtet sie, dass die Termine in der Ambulanz, der Kontakt zu den anderen Therapieteilnehmern und zur Sozialarbeiterin sehr hilfreich seien, da sie ihr eine Struktur gäben sowie die Hoffnung darauf, gesunde Beziehungen und ein „normales“ Leben führen zu können.

Es besteht weiterhin regelmäßiger, wenngleich seltener, Kontakt zu den Eltern, die Frau M. teilweise als fürsorglich und freundlich beschreibt. Sie bestätigt aber auch, dass wiederholt Übergriffe stattfinden. Als der Kontakt zur Familie und die PTBS-Beschwerden erneut zunehmen, wird sie notfallmäßig stationär aufgenommen und erneut ins Kurzzeitpsychotherapieprogramm integriert. Während dieses Aufenthaltes stehen die Abgrenzung zu den Eltern sowie Fertigkeiten zum frühzeitigen Erkennen und Durchbrechen von Dissoziationen im Vordergrund. Frau M. ist einverstanden, ihre Wohnbetreuerin vollständig über die Gewalterfahrungen aufzuklären und mit ihr in der Klinik diskutierte Sicherheitsmaßnahmen umzusetzen.

Über einen Zeitraum von insgesamt 2,5 Jahren hat Frau M. es geschafft, in eine eigene Wohnung mit betreutem Einzelwohnen zu ziehen, den Kontakt zur Familie bis auf kurze Treffen im öffentlichen Raum und Telefonate zu begrenzen, eine ambulante Einzelpsychotherapie zu organisieren, abstinenter von Alkohol und Benzodiazepinen zu bleiben, den Cannabiskonsum deutlich zu reduzieren. Übergriffe sind ca. zwei Jahre nach der ersten oben genannten Aufnahme nicht mehr vorgekommen. Frau M. leidet jedoch anhaltend an PTBS-Symptomen, v.a. Wiedererleben mit Dissoziationen, selten mit Selbstverletzungen, sie ist misstrauisch in Beziehungen, oft ängstlich und äußert selbstabwertende Gedanken. Sie plant die Aufnahme in eine spezialisierte Traumaklinik, hat insgesamt zwei Praktika absolviert und kümmert sich um eine Ausbildungsstelle.

Seit den 1980er Jahren gibt es zunehmend Studien und Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Traumatisierungen, Abhängigkeitserkrankung und PTBS. Es ist anhand der Studienlage davon auszugehen, dass sich traumatische Erlebnisse bei 89 bis 95 Prozent der Menschen mit Suchterkrankungen finden, 30 bis 80 Prozent haben in ihrer Kindheit und Jugend körperliche und/oder sexuelle Gewalt, bis zu 80 Prozent emotionale Gewalt und Vernachlässigung erlitten, viele waren Zeuge von Gewalt zwischen den Eltern (Gielen et al., 2012; Simpdon & Miller, 2002).

Mittlerweile ist gut belegt, dass durch gewaltbelastete Familienstrukturen und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend das Risiko, eine Suchterkrankung zu entwickeln, drei- bis siebenfach erhöht ist. Das Risiko, in-

travenös Drogen zu konsumieren, kann bei schweren Belastungen bis zu elffach ansteigen (Anda et al., 2006). Auch im Erwachsenenalter sind suchtkranke Menschen vermehrt Gewalterfahrungen und anderen Traumatisierungen ausgesetzt, 50 bis 90 Prozent der Frauen mit Abhängigkeitserkrankung haben im Laufe ihres Lebens (Ex-)Partnergewalt erlitten, 40 Prozent innerhalb des letzten Jahres (Rivera et al., 2015). Eine direkte Folge traumatischer Erlebnisse ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Diese findet sich bei 30 bis 60 Prozent der Menschen mit Suchterkrankung, wobei besonders von illegalen Drogen und/oder mehrfachabhängige Frauen betroffen sind (McCauley et al., 2012). Die PTBS zeichnet sich durch das Wiedererleben der bruchstückhaft abgespeicherten Traumaerinnerung z.B. in Form von Alpträumen, lebendigen Bildern, Geräuschen, Körperwahrnehmungen, Gerüchen oder dem kompletten „Eintauchen“ in das damalige Erlebnis (sog. Flashbacks) aus. Das Wiedererleben ist von starker Angst, Hilflosigkeit oder dissoziativen Reaktionen begleitet. Die Betroffenen sind übermäßig wachsam, schreckhaft, unkonzentriert, gereizt und vermeiden Gefühle, Gedanken, Gespräche, Situationen, Menschen, Orte, die sie mit der Traumatisierung in Zusammenhang bringen.

Bei der komplexen PTBS, die sich bei wiederholten Gewalterfahrungen, v.a. in Kindheit und Jugend entwickelt, leiden die Betroffenen zusätzlich an einer mangelhaften Gefühlsregulation, d.h. sie haben Stimmungsschwankungen, aversive Anspannungszustände, können sich kaum selbst beruhigen und haben impulsive Ausbrüche mit Aggressivität gegen sich oder andere. Weiterhin bestehen anhaltend belastende Gefühle (Schuld und Scham, Wut, Traurigkeit), Gefühlstauglichkeit, selbstabwertende Gedanken, Misstrauen und viele Konflikte in Beziehungen. Auch geraten Menschen mit komplexer PTBS eher in missbräuchliche Beziehungen oder sie wenden selbst Gewalt an. Gerade die Beschwerden der komplexen PTBS finden sich häufig bei traumatisierten suchtkranken Menschen, selbst wenn andere Symptome wie das Wiedererleben fehlen und die diagnostischen Kriterien einer PTBS damit nicht vollständig erfüllt sind. Dennoch besteht auch in diesen Fällen von subsyndromalen Verläufen ein hoher Leidensdruck mit deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen (McLaughlin et al., 2015).

Die Krankheitsverläufe von Menschen mit Suchterkrankung, Traumatisierungen mit oder ohne Vollbild einer PTBS sind ungünstig mit vielen gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Problemen, es kommt häufiger zu

Therapieabbrüchen und Rückfällen, v.a. in Zusammenhang mit negativen Gefühlen und interpersonellen Konflikten (Ouimette et al., 2010). Störungen der Gefühlsregulation, Angst oder Wiedererleben können sich im Entzug und unter Abstinenz verschlechtern, so dass ohne das Angebot therapeutischer Techniken, z.B. zur Distanzierung von negativen Gefühlen und Suchtdruck, der Leidensdruck so groß wird, dass das Risiko von erneutem Konsum steigt.

Liegt eine PTBS vor, so scheinen die Schwere der Symptome sowie deren Fluktuationen für den Behandlungsverlauf der Suchterkrankung von Bedeutung zu sein, z.B. erhöht eine zehnpromzentige Verschlechterung der PTBS-Symptome durch verstärktes Substanzverlangen das Risiko eines Therapieabbruches bei Substitutionstherapie um 36 Prozent (McCauley et al., 2012; Ouimette et al., 2010; Peirce et al., 2016; Wieferink et al., 2017).

Viele der von Traumatisierung und/oder PTBS und Sucht betroffenen Menschen wünschen sich einen ganzheitlich ausgerichteten diagnostischen und therapeutischen Ansatz, der individuell die funktionalen Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und psychischen Beschwerden betrachtet (McCauley et al., 2012; Gielen et al., 2016; Harris et al., 2005).

Substanzkonsum und anderes schädigendes Verhalten wie Selbstverletzungen oder Dissoziationen zunächst als Bewältigungsversuche einer untragbaren Lebenssituation zu betrachten, wirkt entlastend, entstigmatisierend und motiviert, nach alternativen, sicheren Strategien zu suchen. Diese Suche sollte so früh wie möglich, d.h. bereits während einer qualifizierten Entzugsbehandlung, durch entsprechende Therapieangebote unterstützt werden.

Die Ambivalenz vieler Betroffener bzgl. der Fortführung des Konsums sollte konstruktiv diskutiert, nicht aber als mangelhafte Motivation verurteilt werden. Obwohl für die Heilung von der PTBS und anderen psychischen Störungen, Abstinenz eine Voraussetzung ist und das Ziel sein sollte, kann keine Therapie emotionales Leid so effektiv reduzieren wie der Konsum von Alkohol oder Drogen.

Nach ExpertInnenmeinung werden integrative Therapien empfohlen (McCauley et al., 2012). Integrativ bedeutet, dass derselbe Therapeut bzw. dasselbe therapeutische Team zeitgleich suchtmmedizinische und traumatherapeutische Methoden anbietet. Das Behandlungssetting sollte traumasensibel gestaltet sein, indem alle Teammitglieder darin ausgebildet sind, nach Traumatisierungen zu fragen, adäquat zu reagieren und die Zusammenhänge von Traumatisierung und Sucht kennen. Auch sollten Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sein

und den Betroffenen durch Transparenz, Mitbestimmung und individuelle Gestaltung der Therapie das Gefühl von Kontrolle und Sicherheit gegeben werden. Tatsächlich sind solche Bedingungen auf suchtmmedizinischen Stationen mit einem oft strikten, wenig individuell ausgerichteten Regelwerk mitunter schwierig umzusetzen. Unser Beispiel zeigt aber, dass mit traumasensiblen Umgang, Einzeltherapie und Techniken zur Gefühls- und Dissoziationsregulation Frau M. Therapiemotivation, Offenheit und Eigenverantwortung entwickelt.

Ein ins Deutsche übersetztes integratives Gruppenpsychotherapieprogramm ist „Sicherheit finden“ von Lisa Najavits. Neben der Darstellung und Diskussion der für traumatisierte Menschen mit Substanzkonsum typischen Problembereiche (z.B. Ehrlichkeit, Selbstfürsorge; Mitgefühl mit sich selbst, gesunde Beziehungen, um Hilfe bitten) sollen alternative sichere Bewältigungsstrategien zu dysfunktionalen Verhaltens- und Denkmustern gefunden und geübt werden. Abstinenz ist ein Ziel, aber keine Voraussetzung für die Therapiebeteiligung (Najavits, 2009).

Neben diesen stabilisierenden Ansätzen kann Traumabearbeitung in Form von therapeutisch geleiteter Konfrontation bzw. Exposition. Expositionsbasierte Interventionen, zu denen zum Beispiel die Narrative Expositionstherapie (NET), die Prolonged Exposure Therapie nach Foa (PE), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nach Shapiro gehören, reduzieren nachweislich die Kernsymptomatik der PTBS (bis zu 65%), v.a. das Wiedererleben (Ehring et al., 2014; Coffey et al., 2016).

Die Sicherheit einer Traumabearbeitung im Hinblick auf eine komorbide Suchterkrankung ist lange in Frage gestellt worden. Mittlerweile mehrten sich Studien, die zeigen, dass sich das Rückfallrisiko bzw. der Substanzkonsum unter Traumabearbeitung nicht verschlechtern, wie dies vielfach befürchtet wird (McCauley et al., 2012; Coffey et al., 2016). Dahingegen reduziert die Traumakonfrontation auch bei Suchtkranken die klassischen PTBS- und depressiven Symptome und wirkt sich in vielen Studien günstig auf den Verlauf der Suchterkrankung aus (McCauley et al., 2012).

Kritisch sei an dieser Stelle jedoch angemerkt, dass Studien mit Traumakonfrontation hohe Abbruchraten (35–60%) haben, eine Meta-Analyse zeigte insgesamt eine Abbruchrate von 36 Prozent (Belleau et al., 2017; Irmel et al., 2013). Dementsprechend können wir nicht eindeutig sagen, ob diese Verfahren für alle Patientinnen mit Sucht und PTBS gleichermaßen geeignet sind. Zusätzliche Depressionen, Ängstlichkeit

und ein geringeres Bildungsniveau führen eher zu einem Therapieabbruch (Belleau et al., 2017; Markowitz et al., 2015), auch scheint die Veränderung der PTBS-Beschwerden im Verlauf der Behandlung eine Rolle zu spielen, so finden sich mehr Abbrecher bei sehr rascher oder sehr langsamer Verbesserung (Zandberg, 2016).

Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ empfiehlt nicht nur integrative stabilisierende Psychotherapieprogramme mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen, sondern auch expositionsbasierte Interventionen, wenn sich der Alkoholkonsum auf niedrigem Niveau stabilisiert hat oder Abstinenz erreicht wurde. Es kann diskutiert werden, was unter stabiler Abstinenz oder unter Konsum auf stabil niedrigem Niveau zu verstehen ist. Die Studienlage zeigt jedoch, dass ein frühzeitiger Einsatz auch expositionsbasierter Verfahren hilfreich sein kann, regelmäßig sollte während der Behandlung aber nach Veränderungen der psychischen Symptome, der Motivationslage, und Befürchtungen bzgl. der Therapie gefragt werden, ebenso nach neuen Traumatisierungen. So erleiden 54 Prozent der Patienten in Substitutionsbehandlung innerhalb von sechs Monaten erneut mind. ein traumatisches Erlebnis, was häufig zu einem Therapieabbruch beiträgt (Peirce et al., 2016).

Traumatisierte Suchtpatientinnen leiden auch nach einer erfolgreich abgeschlossenen Suchttherapie stärker an Ängsten, Depressionen und erhöhtem Stresserleben, was das Risiko eines Rückfalls im weiteren Verlauf erhöht (Wieferink et al., 2017). Sie haben durch vielfältige psychische Störungen und durch Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen einen hohen Leidensdruck. Dringend notwendig sind daher auch nach einer suchtspezifischen oder integrativen Therapie weitere stationäre und ambulante psychotherapeutische Angebote. Hier scheinen verschiedene psychotherapeutische Ansätze scheinen hilfreich zu sein (Markowitz et al., 2015).

Und obgleich bekannt ist, dass theoretische Erkenntnisse nur langsam zu einer veränderten Anwendungspraxis führen, sollte der Frage nachgegangen werden, warum es im Suchthilfesystem immer noch eher eine Ausnahme als die Regel ist, Patienten nach Traumatisierungen und deren Auswirkungen zu fragen, gar die Diagnose einer PTBS zu stellen, frühzeitig ein integratives Therapieprogramm, Traumakonfrontation oder sonstige Psychotherapie (auch ambulant) anzubieten: In einer Studie von Gielen und Kollegen wurde bei Patienten in ambulanter und/oder stationärer suchtmmedizinischer Behandlung anhand anamnestischer

Gespräche die Diagnose einer PTBS in nur 2,1 Prozent der Fälle gestellt, bei Anwendung valider diagnostischer Instrumente zeigten jedoch 37 Prozent das Vollbild der Erkrankung.

Auch qualitative Studien verdeutlichen, dass die Komorbidität von Sucht und PTBS massiv unterschätzt und in den meisten Einrichtungen nicht durch ein standardisiertes Procedere erfasst wird. Von falsch negativen Diagnosen sind v.a. schwer erkrankte, in den Institutionen bekannte Patientinnen betroffen (Gielen et al., 2014). Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, in suchtspezifischen Einrichtungen routinemäßig diagnostische Instrumente zur Erfassung von traumatischen Erlebnissen und daraus resultierenden psychischen Beschwerden und Krankheitsbildern einzusetzen und das Personal bzgl. der Zusammenhänge von Traumatisierung und Sucht zu schulen (Gielen et al., 2014).

Bei den Therapeuten besteht große Unsicherheit darüber, welche Beschwerden priorisiert, ob und welche traumatherapeutischen Angebote zu welchem Zeitpunkt angewendet werden sollen. Hier spielt v.a. die Frage, wie lange ein Patient abstinent sein muss, um traumaspezifische Therapie zu erhalten, eine große Rolle (Back et al., 2009).

Als große therapeutische Herausforderungen werden selbstschädigendes Verhalten, Suizidalität, mangelhafte Selbstfürsorge, der hohe Unterstützungs- und Betreuungsbedarf hinsichtlich sozialer, rechtlicher und finanzieller Probleme sowie die Organisation der weiterführenden Behandlung genannt. Therapien mit Traumakonfrontation werden suchtkranken Patientinnen noch seltener angeboten, oft aus Sorge vor einer psychischen Überforderung, die eine erfolgreiche Suchttherapie verhindern könnte (Back et al., 2009).

Ambulante Behandlerinnen bemängeln, dass es meist keine Möglichkeit einer raschen stationären Krisenintervention bei Verschlechterung gibt und sie daher auf Traumabearbeitung verzichten (Gielen et al., 2014).

Umgang mit und Behandlung von Patienten mit Suchterkrankung und Traumatisierung wird vor allem von Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen in ihrem Setting als problematisch eingeschätzt, u.a. da sie ihre eigene Ausbildung, die persönliche Unterstützung durch Supervision und die von den Institutionen zur Verfügung gestellten Ressourcen als nicht ausreichend einstufen (Gielen et al., 2014; Back et al., 2009).

Zunehmend bieten suchtspezifische Rehabilitationskliniken integrative Therapieprogramme an, wenngleich in den meisten Fällen keine Traumakonfrontation durchgeführt wird. Obwohl bei Opiatabhängigkeit und psy-

chischer Erkrankung eine Substitutionstherapie zur Verbesserung der Stabilität empfohlen wird, erfordert die Behandlung in einer Rehabilitationsklinik allzu häufig ein Absetzen des Substitutes. Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass viele Patientinnen nach Ausschleichen des Substitutes vermehrt instabil werden, da die psychischen Beschwerden, ebenso wie Suchtdruck und Entzugssymptomatik, zunehmen.

Es ist für Menschen mit schwerer Suchterkrankung erfahrungsgemäß ausgesprochen schwierig, eine niedergelassene Psychotherapeutin zu finden, v.a. dann, wenn sie substituiert sind. Nicht selten werden sie mit dem Verweis auf die Substitution abgelehnt, obwohl dies mittlerweile offiziell kein Hindernis mehr darstellen muss. Auch die mangelhafte Unterstützung der niedergelassenen Therapeuten durch den stationären Bereich, z.B. durch eine rasche Krisenintervention auch von mehrfachabhängigen Patienten, trägt zur Zurückhaltung bei. Darüber hinaus finden sich bei substituierenden Ärztinnen selten Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie.

Traumatisierte Menschen mit schwerer Suchterkrankung und psychischen Störungen fallen nicht selten durch das Hilfsnetz der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, nicht etwa, weil sie zu krank für eine Psychotherapie oder unmotiviert sind, sondern weil aus den oben genannten Gründen entsprechende Angebote fehlen. Qualitative Studien zeigen, dass Betroffene wissen, dass der Konsum von Drogen und Alkohol nur kurzfristig hilfreich, langfristig aber schädigend wirkt. Sie geben an, sich für Rückfälle bewusst zu entscheiden in Anbetracht psychischer Beschwerden und Belastungen, die sie als nicht bewältigbar empfinden. Die meisten befürworten, nach Traumatisierungen gefragt zu werden, und würden sich eine gleichzeitige Behandlung von Sucht, PTBS oder anderen psychischen Symptomen mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie wünschen, zeigen aber einen massiven Wissensmangel hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.

Neben Befürchtungen aufgrund unzureichenden Wissens tragen das Gefühl, stigmatisiert zu sein, Schuld- und Schamgefühle, Selbstwertproblematik mit Hilflosigkeit dazu bei, dass Betroffene sich vor einer Therapie scheuen. Sie wünschen sich, dass eine Psychotherapie auch Unterstützung bei aktuellen Stressoren, v.a. interpersonellen Konflikten und Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung bietet. Sie erhoffen sich Verständnis, Entstigmatisierung und sichere langfristige Beziehungen, indem sie mit Menschen, die ähnliches erlebt haben,

in Kontakt kommen und regelmäßig und niederschwellig Einrichtungen aufsuchen können, die mit ihren Problemen vertraut sind (Gielen et al., 2016; Harris et al., 2005).

Gerade die letzten Punkte verdeutlichen einmal mehr, wie wichtig eine langfristig angelegte psychosoziale Betreuung ist. Sozialarbeiter können nicht nur positive und sichere Beziehungserfahrungen, Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und Lösung sozialer Probleme bieten. Vielmehr ist es möglich, einzelne psychotherapeutische Interventionen wie zum Beispiel das Gruppenpsychotherapieprogramm „Sicherheit finden“ oder traum sensible Beratung im Rahmen der Sozialarbeit anzubieten. Dies setzt neben entsprechenden Schulungen und regelmäßigen Supervisionen, angemessene Bezahlung und eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen der verschiedenartigen Versorgungssysteme und Berufsgruppen voraus.

Durch integrative Therapieangebote, verlässliche professionelle Ansprechpartner und Kooperation werden wir auch bei den psychisch schwer betroffenen Menschen mit Suchterkrankung und Traumatisierung mehr positive Behandlungsverläufe wie denjenigen von Frau M. erleben.

Literatur

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256 (3), 174-186.
- Back, S. E., Waldrop, A. E. & Brady, K. T. (2009). Treatment challenges associated with comorbid substance use and posttraumatic stress disorder: Clinicians' perspectives. *Am J Addict*, 18 (1), 15-20.
- Belleau, E. L., Chin, E. G., Wanklyn, S. G., Zambrano-Vazquez, L. et al. (2017). Pre-treatment predictors of dropout from prolonged exposure therapy in patients with chronic posttraumatic stress disorder and comorbid substance use disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 43-50.
- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Nosen, E., Littlefield, A. K. et al. (2016). Trauma-focused exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder in alcohol and drug dependent patients: a randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav*, 30 (7), 778-790.
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M. et al. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clin Psychol Rev*, 34 (8), 645-657.
- Gielen, N., Havermans, R. C., Tekelenburg, M. & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: It is higher than clinicians think it is. *Eur J Psychotraumatol*, 3. doi:10.3402/ejpt.v3i0.17734
- Gielen, N., Krumeich, A., Havermans, R. C., Smeets, F. & Jansen, A. (2014). Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and post-traumatic stress disorder: A qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 5. doi:10.3402/ejpt.v5.22821. eCollection 2014
- Gielen, N., Krumreich, A., Tekelenburg, M., Nederkoorn, C. & Havermans, R. C. (2016). How patients perceive the relationship between trauma, substance abuse, craving, and relapse: A qualitative study. *Journal of Substance Use*, 21 (5), 466-470.
- Harris, M., Fallot, R. D. & Wolfson Berley, R. (2005). Qualitative interviews on substance abuse and relapse and prevention among female trauma survivors. *Psychiatric Services*, 56, 1292-1296.
- Irmel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M. & Simpson, T. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments of post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 394-404.
- Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E. et al. (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*, 172 (5), 430-440.
- McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T. & Back, E. (2012). Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: advances in assessment and treatment. *Clin Psychol*, 19 (3). doi:10.1111/cpsp.12006
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Meron-Ruscio, A. et al. (2015). Sub-threshold in the WHO mental health surveys. *Biol Psychiatry*, 77 (4), 375-384.
- Najavits, L. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapiemanual „Sicherheit finden“*. Göttingen: Hogrefe.
- Ouimette, P., Goodman, E. & Brown, P. F. (2006). Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, 31, 1415-1423.
- Ouimette, P., Read, J. P., Wade, M. & Tirone, V. (2010). Modeling associations between post-traumatic stress symptoms and symptoms use. *Addictive Behaviors*, 35, 64-67.
- Pearce, J. M., Brooner, R. K., King, V. L. & Kidorf, M. S. (2016). Effects of traumatic event reexposure and PTSD on substance use disorder treat-

ment response. *Drug and Alcohol Dependence*, 158, 126-131.

Rivera, E. A., Phillips, H., Warshaw, C., Lyon, E. et al. (2015). *An applied research paper on the relationship between intimate partner violence and substance use*. Chicago, IL: National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health.

Simpson, T. L. & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*, 22 (1), 27-77.

Wieferink, E. M., de Haan, H. A., Dijkstra, B. A. G., Fledderus, M. & Kok, T. (2017). Treatment of substance use disorders: Effects on patients with higher or lower levels of PTSD symptoms. *Addictive Behaviors*, 74, 122-126.

Zandberg, L. J., Rosenfield, D., Alpert, E., McLean, C. P. & Foa, E. B. (2016). Predictors of drop-out in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Rate of improvement matters. *Behav Res Ther*, 80, 1-9.

Anmerkung: Im Text wurden die Nomen zufällig bzw. im Wechsel in der weiblichen und männlichen Form genannt.



Katrin Körtner

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Jüdisches Krankenhaus Berlin
Stiftung des bürgerlichen Rechts
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité –
Universitätsmedizin Berlin
Heinz-Galinski-Straße 1
D-13347 Berlin-Mitte

NACHRICHT

E-Zigaretten verdampfen Blei und andere Metalle

Baltimore – Die Heizspiralen, die in E-Zigaretten ein Aerosol aus Nikotin und Aromen erzeugen, setzen offenbar Metalle frei, die in einer Studie in Environmental Health Perspectives (2018; doi:10.1289/EHP2175) in teilweise gesundheitlich bedenklichen Konzentrationen auch im Dampf nachgewiesen wurden, den die Anwender inhalieren.

Trotz der Unsicherheiten über die gesundheitlichen Folgen werden E-Zigaretten immer populärer. Da sie nicht als Arzneimittel zugelassen werden müssen, sind keine Anwendungsprüfungen erforderlich. Dies erklärt möglicherweise, warum erst jetzt entdeckt wurde, dass der Dampf Blei und andere Metalle enthält.

Ein Team um Pablo Olmedo von der Bloomberg School of Medicine in Baltimore hat jetzt die täglich benutzten E-Zigaretten von 56 Anwendern untersucht. Dabei wurde nicht nur die Liquids in den Dispensern, sprich der Vorratsbehälter, überprüft, aus denen die E-Zigaretten gefüllt werden. Die Forscher analysierten auch den Inhalt des Tanks, in dem mittels einer Heizspirale das Liquid verdampft wird, sowie das Aerosol, das die Anwender inhalieren.

Die Forscher interessierten sich dabei vor allem für die Metalle, aus denen die Heizspiralen bestehen. Eine häufig verwendete Legierung ist Kathal, das aus Eisen, Chrom und Aluminium besteht, oder Nichrom, das Nickel und Chrom enthält. Für die Verbindung der Metalle wird Zinn verwendet. Die Überlegung war, dass aufgrund der hohen Temperaturen aus den Heizspiralen Metalle freigesetzt und über den Dampf vom Anwender inhaliert werden könnten.

Wie erwartet, enthielten die Liquids, solange sie sich im Dispenser befanden, kaum Metalle. In den Proben aus dem Tank wurden jeden deutlich höhere Konzentrationen gefunden. Olmedo vermutet, dass sie aus den Heizspiralen an den Dampf abgegeben wurden. Dass die Forscher die Metalle nachwiesen, könnte damit zusammenhängen, dass

die von den Forschern untersuchten E-Zigaretten nicht neu, sondern schon länger in Gebrauch waren.

Interessanterweise wurde neben Chrom, Kupfer, Nickel und Zinn im Verdampfertank auch Blei gefunden, dessen Herkunft laut Olmedo unklar ist, da es nicht Bestandteil der Heizspiralen ist.

Alle Metalle fanden sich auch in den Aerosolen wieder, darunter Blei, Chrom, Nickel und Mangan in für die Gesundheit bedenklichen Konzentrationen. Der mediane Bleigehalt in den Aerosolen betrug beispielsweise 15 µg/kg. Das war 25-mal mehr als in den Nachfülldispensern gefunden wurde. Fast 50 Prozent der Aerosolproben wiesen laut Olmedo Bleikonzentrationen auf, die über den von der US-Environmental Protection Agency festgelegten Grenzwerten für eine gesundheitliche Unbedenklichkeit lagen. Auch Nickel, Chrom und Mangan sollen die Grenzwerte bei einigen Messungen erreicht oder überschritten haben.

Zu allem Überfluss fanden die Forscher auch noch Arsen. Das Halbmetall ist in bestimmten Verbindungen hochtoxisch. Wie es in die Aerosole gelangte, ist den Forschern ein Rätsel. 

Wollen, können, sollen

Die Rolle der Klinischen Sozialarbeit in der integrierten Versorgung

Uta M. Walter

Klinische Sozialarbeit als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit ist angesiedelt im „Dazwischen“ der multiplen Systeme und ist dort mit unterschiedlichsten Logiken und Erwartungen konfrontiert. Sie vermittelt zwischen anderen Professionen und Disziplinen, ihren Sprachen, Finanzierungs- und Handlungslogiken und auch nicht zuletzt zwischen KlientInnen, ihrer Umwelt und den Hilfesystemen. In dieser Gemengelage bedarf Klinische Sozialarbeit eines Profils, das ihr alltagsnahes, mehrperspektivisches und auch kritisch-reflexives Wissen und Können in den Mittelpunkt stellt und sowohl die direkte Arbeit mit KlientInnen, aber auch die Prozesse auf Systemebenen orientiert an den Leitideen der Profession selbstbewusst mitgestaltet.

Klinische Sozialarbeit – was sie ist und was sie (sein) will

Die sogenannte „Klinische Sozialarbeit“ hat sich in Deutschland erst seit Ende der 1990er Jahre unter diesem Namen entwickelt und ist vielfach noch unbekannt. Der Begriff „klinisch“ führt im Deutschen außerdem zu Verwirrung. Klinische Sozialarbeit ist nicht – was viele zunächst vermuten – die Sozialarbeit in Kliniken oder Krankenhäusern, sondern vielmehr eine psychosoziale Fachsozialarbeit im Gesundheitswesen. Während die Sozialdienste in Kliniken und Krankenhäusern ihren Fokus meist auf sozialrechtliche Beratung sowie Aufnahme- und Entlassungsmanagement zu Sicherung von Anschlussversorgung etc., aber typischerweise nicht auf längere Prozesse intensiver psychosozialer Betreuung, Begleitung oder Beratung legen, ist genau dies Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit. Ihre Vorläufer und Namensgeber – die anglo-amerikanische „Clinical Social Work“¹, an die sich die deutsche Va-

riante anlehnt, und die Soziale Einzelfallarbeit, in deren Tradition Klinische Sozialarbeit steht – sind deutlich älter und gehen auf die Anfänge der Professionalisierung zurück. Vieles von dem, was Klinische Sozialarbeit tut, ist darum durchaus nicht neu und findet auch in anderen Feldern Sozialer Arbeit statt. Klinische Sozialarbeit teilt als Fachsozialarbeit viele Eigenschaften mit Sozialer Arbeit allgemein, inklusive der Ambivalenzen und Spannungsverhältnisse, in denen sie sich bewegt. Charakteristisch für die Soziale Arbeit ist dabei ihre kontinuierliche Bewegung im „Dazwischen“:

- *Transdisziplinär*: Soziale Arbeit bewegt sich ihrer Natur nach zwischen Disziplinen, ist transdisziplinär (d.h. sie vereint je nach Gegenstand der Tätigkeit gezielt das Wissen unterschiedlicher Disziplinen), multiperspektivisch und auf verschiedenen Ebenen (der direkten Arbeit mit KlientInnen, innerhalb und zwischen Organisationen, in Sozialräumen, Gemeinden und auf politischer Ebene) gleichzeitig unterwegs.
- *Multiperspektivisch*: Sie bewegt sich bewusst zwischen verschiedenen Perspektiven, wie etwa den Perspektiven von Nutzern, Angehörigen, und beteiligten Fachkräften, um Gemeinsames aber auch Unterschiedliches wahrzunehmen und zu würdigen.
- *Systemisch/systemübergreifend*: Soziale Arbeit bewegt sich in und zwischen (Hilfe-)Systemen; sie will und muss dort, wo sie jeweils angesiedelt ist, die systemeigenen Sprachen, Strukturen und Kulturen kennen, aber auch die Sprachen und Logiken anderer angrenzender Systeme genügend kennen, um vermittelnd unterwegs sein zu können.
- *Kontextbezogen und flexibel*: Sie ist bei allen methodischen Rahmungen stark auf den jeweiligen lokalen und situativen Kontext bezogen und will flexibel reagieren können.

¹ Clinical Social Work in anglo-amerikanischen Ländern ist ähnlich, aber nicht identisch mit dem deutschen Selbstverständnis Klinischer Sozialarbeit, was u.a. auch an anderen Finanzierungs- und Tätigkeitsstrukturen liegt. So können etwa in den

U.S.A. SozialarbeiterInnen mit Masterabschluss selbstständig (psycho-)therapeutisch tätig sein, können mit entsprechender Lizenz auch mit Krankenkassen abrechnen und stellen im Mental Health System insgesamt die größte Berufsgruppe.

- *Alltags- und lebensweltorientiert*: Sie bringt ihre Professionalität durch hohe Anschlussfähigkeit an Alltag und subjektive Lebenswelt der Nutzer zum Tragen.
- *Mehrfach-Mandate*: Soziale Arbeit ist regelmäßig mit mehrfachen, mitunter widersprüchlichen Mandaten und Aufträgen versehen, und muss auch deshalb kritisch-reflexiv sein, um die Verbindungen und auch eigenen Verwicklungen zwischen Mikro-, Meso- und Makro-Ebenen im Blick zu behalten.

Als fallbezogene, stärker auf die Mikroebene fokussierte Arbeit stellt Klinische Sozialarbeit vor allem Alltagsnähe, Integration, Partizipation, Selbsthilfe und Vernetzung in den Mittelpunkt ihrer Praxis. Dabei orientiert sie sich insbesondere an den Ressourcen der Personen und der sie umgebenden Systeme, um belastenden Faktoren entgegenzuwirken. Klinische Sozialarbeit widmet sich der Beratung und Begleitung von Menschen, die sich meist in mehrfach belasteten Lebenssituationen befinden und deren Gesundheit darunter leidet. Zusätzlich zu einer psychosozial beratenden Funktion betont Klinische Sozialarbeit eine „sozialtherapeutische Grundorientierung“:

„Die Ausrichtung auf soziale Lebensumstände anstelle einer reinen Symptomzentrierung und die Förderung von Veränderungsansätzen [...], um über einen individuumszentrierten und rein psychologisch und/oder biomedizinisch bzw. psychiatrisch ausgerichteten Behandlungsrahmen hinauszugehen und auf Faktoren des sozialen Umfeldes sowie organisatorische und institutionelle Faktoren des psychosozialen Systems zu zielen. [...] Die Klinische Sozialarbeit entspricht mit dieser Beachtung der sozialen (Lebenslage-) Bedingtheit des Leidens von Individuen und Gruppen der dritten – sozialen – Dimension der WHO-Perspektive einer ganzheitlichen körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit“ (Pauls, 2015, S. 6).

Orientiert an der Definition der WHO will Klinische Sozialarbeit Gesundheit also ganzheitlich und bio-psycho-sozial verstehen und macht genau diesen Ansatz von Menschen in ihrer Umwelt (Person-in-Umwelt) zum zentralen Konzept der Arbeit. In ihrer aktuellen Selbstbeschreibung stellt Klinische Sozialarbeit das Modell eines doppelten bzw. eigentlich eines dreifachen Fokus auf Person, Umwelt und die Interaktionsprozesse dazwischen ins Zentrum und richtet ihre Praxis von Anamnese, Diagnostik und Intervention bio-psycho-sozial und auf mehrere Ebenen aus. Dazu taucht sie ein in die Lebenswelt der KlientInnen, ver-

sucht ihre Stärken, Wünsche und Ressourcen zu verstehen, ihre idiosynkratischen Prozesse zu erkennen, die sie umgebenden sozialen Strukturen und Situationen zu erleben und zu analysieren (wie etwa über Hausbesuche, Angehörigengespräche etc.), und sie will dabei einem dialogischen Prinzip folgen und Nutzern „als Ko-DiagnostikerInnen“ in alle Phasen von „Problemanalyse, Zielformulierung und Interventionsplanung“ (Pauls, 2015, S. 6) einbeziehen.

Integrierte Versorgung für substituierte Personen – was Klinische Sozialarbeit kann (oder könnte, wenn man sie ließe)

Klinische Sozialarbeit bringt ein theoretisches und methodisches Profil mit, das für einen integrativen Versorgungsansatz, insbesondere in der psychiatrischen Versorgung inklusive des Suchtbereichs, eigentlich in vielerlei Hinsicht passt „wie Arsch auf Eimer“: Sie richtet sich insbesondere an Menschen

- in komplexen Lebenslagen,
- die marginalisiert, stigmatisiert und anderweitig exkludiert werden,
- deren Problemlagen vielschichtig und miteinander verwoben sind,
- die sich zwischen mehreren unterschiedlichen Versorgungssystemen und Dienstleistern bewegen (müssen) und durch Schnittstellenprobleme behindert werden,
- deren Stärken und Ressourcen in einer pathologisierenden und nur über Problembezüge finanzierten Praxis ungesehen, ungefordert und ungenutzt bleiben,
- die möglichst alltagsnah und flexibel versorgt werden müssen (Greuel & Menne, 2006).

In der Praxis hält Klinische Soziale Arbeit eine Reihe von *methodischen Konzepten* bereit, die die o.g. Aufgaben strukturieren helfen, wie etwa

- Case Management oder noch spezieller „Stärkenorientiertes Case Management“ (Ehlers & Schuster, 2016),
- Krisenintervention,
- Lebensweltorientierung,
- Biografiearbeit,
- Netzwerkarbeit u.a.

Die in diese methodischen Konzepte gefassten Tätigkeiten sind anteilig auch in der aktuell am häufigsten auftauchenden Beteiligungsform Sozialer Arbeit in der Versorgung von substituierten opiatabhängigen Personen zu finden, der *psychosozialen Betreuung*.

„Die psychosoziale Betreuung (PSB) ist ein integraler Bestandteil der Substitutionsbehandlung.“

Sie zielt auf die psycho-soziale (Re-)Integration sowie gesellschaftliche Teilhabe der Klienten ab. Neben einer verbesserten gesundheitlichen Situation soll eine gelingende Passung im Klient-Umwelt-System erzielt werden. Die PSB ist genuine Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit und beinhaltet psychosoziale Diagnostik, Einzelfallhilfe, Case Management, Krisenintervention und eine Verlaufsevaluation unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Suchtforschung und Suchttherapie“ (Deimel, 2016, S. 27).

Was genau PSB in den Blick nimmt, ist nicht eindeutig definiert oder geregelt. So existieren in der Drogenhilfe vielfache Standards und Zielbeschreibungen, aus denen – durchaus konsistent mit der flexiblen, auf viele Lebensbereiche ausgerichteten Logik des Ansatzes – vor allem die große Breite der Zielfelder deutlich werden: Arbeit/Qualifizierung, Finanzen, Justiz, Beziehungen, Sucht/Krankheit/Gesundheit, Wohnen, Freizeit, Soziale Kompetenzen und Unterstützung (Deimel, 2016). Auch die Frage, was sich denn nun mit Begriffen wie „Begleitung“, „Betreuung“ oder „Behandlung“ für das Selbstverständnis von Rollen und Aufgaben der PSB verbindet, bleibt umstritten. Besonders wichtig in der Arbeit mit Nutzern der PSB aber scheint der Fokus auf Wohnen, Finanzen, rechtliche Situation, Drogenkonsum und soziokulturelle Situation, weil sie in diesen Bereichen besonders benachteiligt sind (Deimel, 2016).

Gleichzeitig sind die Gesetzes- und Finanzierungsgrundlagen für eine Beteiligung von Klinischer Sozialarbeit alles andere als eindeutig oder verlässlich geregelt. PSB taucht zwar in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung als „Maßnahme“ (§ 5) auf, sie ist aber nicht im Katalog des SGB V vorgesehen und damit nicht über Krankenkassen finanzierbar, sondern nur – und auch das nicht einheitlich verbindlich – über SGB XII (etwa in Berlin) oder als Zuwendungsfinanzierung. Deimel (2016) fordert daher u.a. eine einheitliche Kostenträgerschaft für PSB als Teil des Kostenkatalogs in SGB V. Ich bin mir nicht sicher, ob dieser Finanzierungsweg als Kassenleistung wirklich der wünschenswerteste ist (siehe unten zur kritischen Betrachtung der Stolperfallen), aber eine regelhafte, verlässliche Finanzierung der PSB und damit der Klinischen Sozialarbeit als Mit-Versorgerin ist unerlässlich, wenn man das viel gepriesene bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis der WHO denn wirklich ernst nehmen will.

Auch in der Forschung, der eigenen wie der Auswertung anderer Forschungsquellen, sollte die Soziale Arbeit ihre anwendungs- und praxi-

orientierte Multiperspektivität, ihre Betonung von Werten wie Kontextbezug und Empowerment nicht vergessen, sondern konsequent betonen. Sie sollte sich daher den empirischen Ergebnissen aus der so populären Evidenz-Basierung nicht verschließen, muss ihr aber auch kritisch begegnen und fragen, wessen und welche Art von Wissen hier überhaupt als wertvoll berücksichtigt wird. In der Forschung bzw. Auswertung von Studien bedarf es eines multidimensionalen Ansatzes, der die Perspektiven von Professionellen und Nutzern systematisch und gleichberechtigt neben der Wirkungsforschung berücksichtigt (Petr & Walter, 2009). Obwohl es z.B. einige Forschungsergebnisse gibt, die auf positive Auswirkungen der PSB in der Versorgung hinweisen, ist die Studienlage zur PSB insgesamt schwach (Deimel 2016). Das liegt unter anderem auch daran, dass die im Zuge der sogenannten „evidenzbasierten Praxis“ entstehenden Forschungen sich an medizinisch-psychotherapeutischen Outcomes orientieren, und die flexible Vielschichtigkeit einer nicht-standardisierbaren Sozialen Arbeit nicht erfassen (können). Hier bedarf es also nicht nur einfach mehr Forschung, sondern vor allem auch *anderer* Forschung, die

- a) in ihrer Ausrichtung naturalistischer ist und für die Praxisrealitäten (Klinischer) Sozialer Arbeit passt (Deimel, 2016) und
- b) die Perspektiven der Nutzer und Praxiskräfte systematisch im gesamten Forschungsprozess von der Entwicklung der Fragestellung bis zu Auswertung und Empfehlungen beteiligt.

Ein Beispiel dafür bietet etwa das Britische „Social Care Institute for Excellence“ (SCIE), das im Herbst 2017 ein für den britischen Kontext entwickeltes Modell für die „Integrationslogik“ einer gemeinsamen Versorgung durch Sozial- und Gesundheitswesen vorgestellt hat (Rozansky et al., 2017). Dieses Modell wurde schrittweise und stets unter Einbezug aller Stakeholder, insbesondere mit Feedback von Nutzern und Fachkräften, entworfen. Es identifiziert u.a.

- 1) ermöglichende Faktoren (Kontextfaktoren und Rahmenbedingungen, die Integration der Systeme grundlegend erlauben und befördern),
- 2) Komponenten integrierter Versorgung (Arten von Interventionen und Aktivitäten, die eine Integration der Systeme de facto herstellen helfen),
- 3) LOKAL zu bestimmende Outcomes aus drei Perspektiven: Servicenutzer-Ebene, direkte Serviceebene, Systemebene,
- 4) längerfristige Auswirkungen (schwer messbare längerfristige Verbesserungen in Gesundheit und Wohlbefinden, Qualität der

Versorgung, Nachhaltigkeit und Kosten-Nutzen-gerechte Angebote).

Der Blick über den deutschen Tellerrand lohnt sich als Inspiration, nicht weil sich die *Ergebnisse* automatisch übertragen ließen – die Beachtung des Kontextes ist ja gerade ein zentraler Punkt der Sozialen Arbeit –, sondern weil die Bausteine und Prozesse der partizipativen Entwicklung Orientierungen und Anregungen bieten.

Stolperfalle „Integration“ – ein kritischer Blick auf das, was Klinische Sozialarbeit (lassen) sollte

Der letzte Punkt der oben aufgelisteten Eigenschaften Sozialer Arbeit ist ein politisch-kritisch-reflexives Bewusstsein. Dies muss auch für die Klinische Sozialarbeit gelten, zu der ich, wie sich bei dieser Gelegenheit zeigen wird, ein durchaus gespaltenes Verhältnis pflege.

Klinische Sozialarbeit hat sich als „Fach“ die „Gesundheit“ und hier allem voran die seelisch-psychische Gesundheit ausgesucht. Im Fachbereich „Gesundheit“ unterwegs zu sein und sich dort etablieren und profilieren zu wollen, heißt daher, sowohl die Bezüge zu „anderen“ Arbeitsfeldern und Sozialarbeitsverständnissen zu bearbeiten, als auch immer wieder in Praxis ebenso wie in Wissenschaft und Forschung im Sprechen, Denken und Handeln auf das schon Bestehende im Gesundheitsfeld zu rekurren. Denn, wer nicht „anschlussfähig genug kommuniziert“, wird – das lehrt uns die Systemtheorie – von den autopoietisch funktionierenden Systemen nicht angenommen werden. Wer also mitspielen will, muss das Spiel auch – irgendwie – mitmachen. Beim Mitspielen im Gesundheitsfeld ist Klinische Sozialarbeit dabei aber auch – um mal gesundheitssprachlich zu bleiben – ständig den dort vorherrschenden diskursiven „Infektionsquellen“ ausgesetzt: nämlich einer medizinisch dominierten Sprache und Logik, und den noch größeren technisch-rationalen und betriebswirtschaftlichen Logiken, die nicht nur im Gesundheitssystem, aber eben auch dort, allgegenwärtig sind. Viele Begriffe und Konzepte in der (Klinischen) Sozialen Arbeit sind zu Recht umkämpft, werden über dominante Diskurse für andere Zwecke kooptiert oder sind in sich ambivalent:

So klingt der Ruf nach inter- oder multiprofessioneller Arbeit erstmal gut, wer kann da schon dagegen sein? Es hört sich an nach gleichberechtigter Zusammenarbeit, gegenseitiger Wertschätzung usw. Die Realität der Praxis aber ist geprägt von Strukturen, Kulturen

und Diskursen, die keineswegs selbstverständlich die gleichberechtigte Diversität in der Zusammenarbeit der Professionen als Positivum hochhalten. So stellt z.B. Sommerfeld (2016) mit Blick auf die Ausgabe „Beratung“ des Suchtmagazins vom Vorjahr fest, dass das Feld Sucht nach wie vor von einem hegemonialen medizinischen Diskurs dominiert wird, der sich auch in den gut gemeinten, kooperativen Konzepten von Multiprofessionalität, integrierter Versorgung etc. fortsetzt. Schlimmer noch, die durch diese Konzepte suggerierte Gleichrangigkeit der Blicke verschleiert die hegemoniale Vorherrschaft des medizinischen Diskurses samt der Konkurrenzen zwischen den Professionen. Insbesondere der Blick der Sozialen Arbeit auf Sucht als soziales Problem werde ausgeblendet oder so eng geführt, dass oft weder „Soziale Arbeit“ als Begriff noch deren theoretisch-methodische Beiträge sichtbar sind.

„[Es] fehlt die systematische und gleichrangige Perspektive im Hinblick auf die Behandlungsmöglichkeiten, die dann in den Blick kommen, wenn Sucht in ihren Folgen und in ihren Ursachen immer auch als ein soziales Problem angesehen wird. Diese Perspektive wird in den Beiträgen [des Suchtmagazins, U.W.] und vor allem in der Praxis der Suchthilfe zunehmend funktional auf das medizinisch-therapeutische Verständnis enggeführt, sodass der Unterschied zwischen den professionellen Perspektiven und deren potenzielle Fruchtbarkeit für die Gestaltung interprofessioneller Kooperation praktisch verschwindet und im multiprofessionellen Ansatz untergeht“ (Sommerfeld, 2016, S. 29).

Diesem Ausblenden von Machtdynamiken und der Einebnung der Differenzen und Konturen in den Blickweisen, die ja eigentlich den Witz der Multiprofessionalität ausmachen, entgegenzuwirken, bedarf einer ständigen und widerständigen Anstrengung.

Ähnlich Kritisches lässt sich auch anmerken zu den dominanten Diskursen neo-liberaler und technischer-rationaler Ausrichtung, vor deren Hintergrund viele gut gemeinte Ideen und Praxen der Klinischen Sozialarbeit ein zwiespältiges Gesicht zeigen und mit Vorsicht zu praktizieren sind:

„Management“ z.B. schleicht sich als Begriff aus der Wirtschaft nicht folgenlos in die Soziale Arbeit. Fälle werden gemanagt, Risiken werden gemanagt... Der einst humanistisch gemeinte „bio-psycho-soziale“, „ganzheitliche“ Ansatz droht in einer technisch-rationalen Steuerungslogik und einer Sicherheits- und Risikomanagementgesellschaft zu einer „ganzheitlichen Erfassung und Durchleuchtung“ zu werden,

über die Menschen nun in noch mehr Daten zerlegt und mit Normen abgeglichen werden (Rapetti, 2016). Wer aus der statistischen Norm fällt, wird einer Risikogruppe zugeordnet, die man zur „Prävention“ antizipierter künftiger Schäden schon heute zu bestimmten Verhaltensweisen drängt. Alles nur zum eigenen Besten, versteht sich (Kappeler, 2016; Lindenau & Meier Kressig, 2015). Das alles passt besonders zur sogenannten „aktuarischen“, also einer versicherungsstatistischen Logik, im Gesundheitswesen, daher rühren meine oben angedeuteten Bedenken, Klinische Sozialarbeit zu einer „Krankenkassenleistung“ zu machen.

Klinische Soziale Arbeit muss sich über den notwendigen größeren gesellschaftlichen Blick immer wieder (selbst-)kritisch positionieren: Menschen sind nicht die Summe der ihnen statistisch zugeschriebenen Risikofaktoren (und auch nicht die Summe aus Risiko- und Resilienzfaktoren); menschliche Entwicklungsmöglichkeiten und Kontingenzen verschwinden in dominanten Risikomanagement-Denkweisen aus dem Blickfeld und Bewusstsein, zugunsten einer Illusion von Kontrolle und einem Gefühl von mehr „Sicherheit“. Dies gilt nicht zuletzt auch im Feld der Suchthilfe. Denn „Sucht“ wird – zumindest im Verhältnis zu anderen psychiatrischen oder anderen gesundheitlichen Phänomenen – noch eher als soziales Problem wahrgenommen. Es erschließt sich auch für Nicht-Sozialarbeitende relativ schnell, dass Sucht sozial gerahmt ist, dass sie sowohl soziale Mitursachen und Funktionen haben kann und sich umgekehrt auf die soziale Lebenslage auswirkt. Dies hat den Vorteil, dass die Mitwirkung Klinischer Sozialarbeit einfacher argumentierbar sein sollte, hat für viele Betroffene aber auch den Nachteil, dass ihnen, den „Süchtigen“, ein deutlich höheres Stigma anhaftet als dies bei anderen Diagnosen der Fall ist. Als „soziales Problem“ hat Sucht nach wie vor auch einen Beigeschmack von „Schuld“, „Charakterschwäche“ und „Gefährlichkeit“, womit wir schnell wieder beim Risiko-Management landen.

Das „klinische“ Selbstverständnis ist also Chance und Gefahr zugleich: Es bietet die Chance im Feld des Gesundheitswesens, wie etwa in der integrierten Versorgung, die besonderen Beiträge und Möglichkeiten Sozialer Arbeit sichtbar zu machen und unterzubringen. Es ist die Chance, das Soziale der bio-psycho-sozialen Idee von Gesundheit in viel stärkerem Maß zu betonen und zu bearbeiten als dies bislang geschieht. Klinische Fachsozialarbeit zu sein ist auch die Chance, eine besondere Identität und ein eigenes, für das Feld „Gesundheit“ anschlussfähiges Profil zu zeigen und weiter-

zuentwickeln. Eben diese Anschlussfähigkeit birgt aber auch Gefahren, allen voran die, die politisch-kritische Seite Sozialer Arbeit aus dem Blick zu verlieren, und sich stattdessen in den dort dominanten Diskursen zu verlieren.

Darum sollte(n) Klinische SozialarbeiterInnen selbstbewusst das eigene Profil, die eigenen Ansätze und Beiträge, inklusive des kritisch-politischen Blicks, vertreten und es gerade auch in multiprofessionellen Teams immer wieder kommunizieren (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Glaser & Suter, 2015). Sie sollten dabei den Konflikt mit und die Unterschiedlichkeit zu anderen Professionen nicht scheuen.

Der Mehrwert der Klinischen Sozialarbeit – auch in der integrierten Versorgung – liegt gerade darin, sich selber eben nicht so zu „integrieren“, dass aus „Integration“ am Ende Assimilation wird, sondern anders zu sein, das vermeintlich Selbstverständliche zu irritieren und immer wieder in Frage zu stellen. Klinische Sozialarbeit soll und darf also mit Lust und Verve „dazwischen“ improvisierend unterwegs sein (Walter, 2003, 2017): zwischen Theorie und Praxis, zwischen Person und Umwelt, zwischen Verhalten und Verhältnissen, zwischen Nutzern und Fachkräften, zwischen unterschiedlichen Systemen und Professionen, und auch zwischen kritischer Distanz und selbstbewusstem Handeln.

Literatur

- Ambrose-Miller, W. & Ashcroft R. (2016). Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care teams. *Health & Social Work, 41* (2), 101-109. Available online: <https://academic.oup.com/hsw/article/41/2/101/2356236>
- Deimel, D. (2016). Ziele und Evidenz der Psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger. In LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.), *Herausforderung Substitutionsbehandlung. Qualität – Kooperation – Verantwortung*. Edition Forum Sucht, Band 50 (S. 21-36). Münster: LWL.
- Ehlers, C. & Schuster, F. (2016). *Stärkenorientiertes Case Management*. Leverkusen: Budrich.
- Glaser, B. & Suter, E. (2015). Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social Work & Health Care, 55* (5), 395-408.
- Greuél, M. & Mennemann, H. (2006). *Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung*. München: UTB/Reinhardt.
- Kappeler, M. (2016). Prävention als Verhinderung selbstbestimmten Lebens in der Gegenwart im Namen der Zukunft. *Widersprüche, 139* (1), 53-68.

- Lindenau, M. & Meier-Kressig, M. (2015). Wenn Prävention zum Problem wird – Die Soziale Arbeit in der Hochsicherheitsgesellschaft. In Hongler & Keller (Hrsg.), *Risiko und Soziale Arbeit* (S. 81-98). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Pauls, H. (2015). Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015. *Klinische Sozialarbeit*, 11 (3), 6-8.
- Petr, C. G. & Walter, U. M. (2009). Evidence based practice: a critical reflection. *European Journal of Social Work*, 12 (2), 221-232.
- Rapetti, N. (2016). Ganzheitlichkeit oder Totalität? Absurde Überlegungen zu einer präventiven Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. *Widersprüche*, 139 (1), 37-50.
- Rozansky, D., Johnston, L., Dussin, L., King, E. & Hunter, T. (2017). *Developing an integration scorecard: A model for understanding and measuring progress towards health and social care integration*. London: Social Care Institute for Excellence (SCIE). Available online: <https://www.scie.org.uk/integrated-health-social-care/measuring-progress/scorecard/developing>
- Sommerfeld, P. (2016). Sucht – ein medizinisches oder soziales Problem? *Suchtmagazin*, 41 (6), 27-32.
- Walter, U. M. (2003). Toward a third space: improvisation and professionalism in social work. *Families in Society*, 84 (3), S. 317-322.

Walter, U. M. (2017). *Grundkurs Methodisches Handeln*. München: UTB/Reinhardt.



Prof. Dr. Uta M. Walter

lehrt Theorie und Methoden Sozialer Arbeit an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin; Schwerpunkte: systemische, lösungsorientierte und narrative Ansätze sowie kritische Reflexion und Improvisation als Anregung für Lern- und Handlungspraxis Sozialer Arbeit Alice-Salomon-Platz 5 D-12627 Berlin uta.walter@ash-berlin.eu



Kay Uwe Petersen, Sara Hanke, Linny Bieber, Axel Mühleck, Anil Batra (Hrsg.)

Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten (AbiS)

Ein junger Mann, der Umstehenden erklärt, wie man „... Ulti auf den Leveln 6, 11 und 16 skillen...“ kann; eine große Gruppe von Jugendlichen und Erwachsenen mit Smartphones, die unbeeindruckt vor einem eindrucksvollen historischen Gebäude sitzen, auf einen Blütenregen auf dem kleinen Bildschirm schauen und warten; eine junge Frau, die

anscheinend vollkommen selbstverliebt ein Foto von sich nach dem anderen mit dem Smartphone produziert, um es anschließend online zu stellen: Die einen scheinen sich kaum mehr darüber bewusst und/oder daran nicht interessiert zu sein, wie befremdlich sie auf Unbeteiligte wirken mögen, andere sehen Alarmzeichen einer Internetsuchtepidemie. Von außen ist nicht zu entscheiden, ob jemand lediglich eine virtuelle Zusatzwelt zum Vergnügen nutzt, oder ob jemand permanent in eine Gegenrealität flüchtet, weil das eigene Leben zu anstrengend und deprimierend oder zu langweilig geworden ist. Die vorliegende Studie untersucht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit internetbasiertes Suchtverhalten in Deutschland und die bestehenden Hilfsangebote.

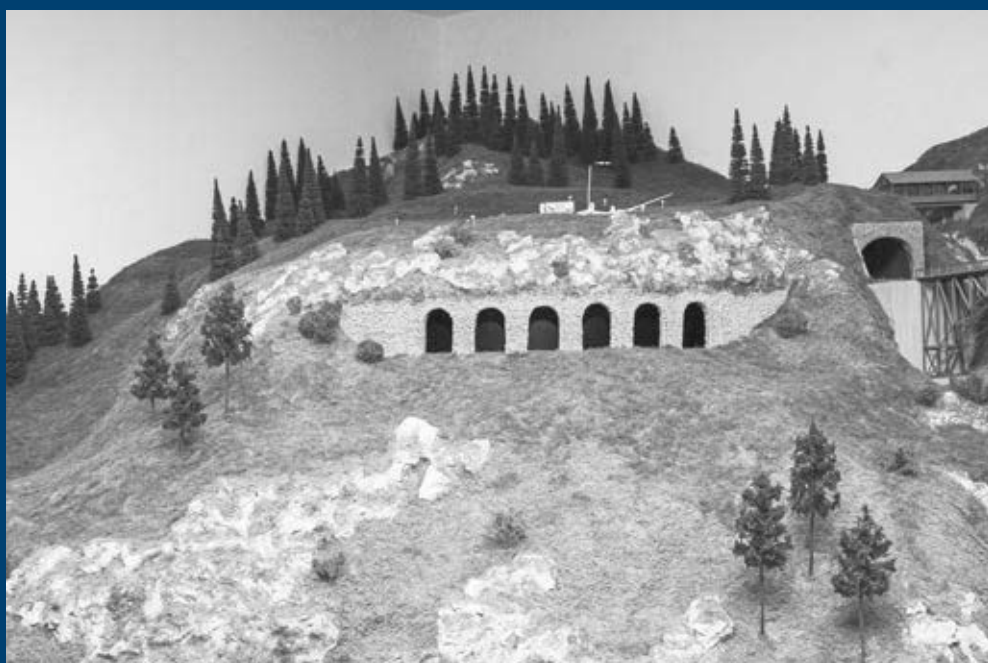
160 Seiten · ISBN 978-3-95853-235-9 · Preis: 15,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

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











Wie viel Paternalismus ist nötig?

Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der Substitutionsbehandlung

Dirk Schäffer

Einleitung

Mitte des 20. Jahrhunderts lag der Medizin die Annahme zugrunde, dass der Arzt aufgrund seines Wissensvorsprungs am besten dazu geeignet sei, medizinische Entscheidungen zu treffen.

Die Rolle des Patienten beschränkte sich darauf, dem Arzt die erforderlichen Informationen über Krankheitszeichen zu geben, damit dieser das diagnostische und therapeutische Vorgehen festlegen konnte. Konzepte einer patientenzentrierten Medizin fanden ihren Ursprung in den 1970er Jahren. Seitdem hat das Modell des „Shared Decision Making“, also das Einbeziehen des Patienten, immer mehr an Bedeutung gewonnen. Dies sowohl international als auch in Deutschland. Es beruht auf folgenden Prinzipien¹:

- Es sind mindestens zwei TeilnehmerInnen beteiligt (PatientIn und Arzt/Ärztin).
- Der Austausch von Informationen findet in beide Richtungen statt.
- Sowohl PatientIn als auch Arzt/Ärztin sind sich darüber bewusst, dass es Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung gibt und welche Möglichkeiten dies sind.
- Die Entscheidungskriterien werden von beiden aktiv und gleichberechtigt in den Prozess von Abwägung und Entscheidung eingebracht.
- Beide Partner übernehmen für die Entscheidung Verantwortung.

Grundlage für „Shared Decision Making“ oder „Patient involvement“ ist eine Haltung, die anerkennt, dass eine ernstgemeinte Einbeziehung von PatientInnen in Entscheidungen und Zielsetzungen den Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung fördert, Entscheidungskonflikte vermindert werden können und den Wissenszuwachs von PatientInnen über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten unterstützt.

Durch zahlreiche internationale Studien wurde bestätigt, dass die partizipative Entscheidungsfindung eine realistischere Erwartung über Behandlungsverläufe zur Folge hat. Darüber hinaus zeigte sich, dass die aktivere Beteiligung an medizinischen Behandlungsprozessen, eine Verringerung von Entscheidungskonflikten und eine Abnahme der Unsicherheit der PatientInnen gegenüber Behandlungen zum Ergebnis hat.

Der Wunsch des *Shared Decision Making* scheint stark vom Krankheitsbild und davon abzuhängen, wie vertraut PatientInnen mit Symptomen, Ursachen und Risiken einer Krankheit sind. Dies hat eine Studie der Universität Toronto mit 2.700 PatientInnen ergeben, die wegen verschiedener Erkrankungen im Distrikt Ontario in Behandlung waren.

Shared Decision Making in der Suchtmedizin

PatientInnen mit Suchterkrankungen waren in dieser Studie aus Toronto ebenso nicht vertreten wie in vielen anderen Studien auch nicht. Eine Literaturrecherche zeigt, dass bisher kaum Informationen vorliegen, wie die partnerschaftliche Einbeziehung von PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen funktioniert. Dies verwundert umso mehr, als gerade bei chronischen Erkrankungen eine partnerschaftliche Einbeziehung von PatientInnen als sinnvoll und wichtig erscheint. Bei diesem Krankheitsbild ist die Beziehung zwischen PatientIn und Arzt/Ärztin auf längere Zeit angelegt und die Einbeziehung des Patienten kann ganz besondere Effekte hervorbringen.

Da Erfahrungen mit dem Krankheitsbild von Suchterkrankungen fehlen, sucht man ebenso vergebens nach Erfahrungen mit dem Modell des Shared Decision Making in der Behandlung von HeroinkonsumentInnen.

Rückmeldungen aus der Vor-Ort-Arbeit zeigen, dass das Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn sehr heterogen ist. Selbst-

¹ www.patient-als-partner.de

verständlich spielen hier die behandelnden ÄrztInnen sowie ihr Praxispersonal eine zentrale Rolle, da sie prägend für das Klima in der Praxis sind. Anekdotische Rückmeldungen von substituierten PatientInnen unterstreichen dies. So fühlt sich ein Teil dieser Patientengruppe in der Beziehung zum Arzt/Ärztin und Praxisteam sehr wohl und spürt Wertschätzung und punktuelle Einbeziehung.

Andere PatientInnen berichten allerdings exakt das Gegenteil. Ihr Behandlungsalltag ist geprägt von wenig Kommunikation, einem hohen Maß an Kontrolle, einer Missachtung des Datenschutzes sowie einem Verhalten, das im Bereich von videoüberwachten Sanitär- und Toilettenräumen sogar strafrechtlich geahndet werden kann. Unter diesen Bedingungen kann nicht einmal ansatzweise von irgendeiner Art der Einbeziehung von PatientInnen gesprochen werden.

Selbst bei einem, von PatientInnen als durchaus positiv beurteilten Verhältnis zu ihren behandelnden ÄrztInnen, kann von einer umfänglichen Einbeziehung in die Wahl des Medikaments, der Therapieziele, der Behandlung von Begleiterkrankungen nicht die Rede sein. Es bleibt unklar, ob eine Haltung existent ist, die anerkennt, dass eine ernstgemeinte Einbeziehung von PatientInnen in Entscheidungen und Zielsetzungen, Entscheidungskonflikte vermindern und Behandlungsergebnisse verbessern kann. Daher war es unser Ziel, die Rahmenbedingungen in Substitutionspraxen genauer zu betrachten. Es galt, Daten zu Bedingungen zu erhalten, die dem Aufbau eines Modells des *Shared Decision Making* entgegenstehen können oder dieses Modell befördern.

Die Ergebnisse der PatientInnenbefragung

Aufgrund des guten Zugangs des JES-Bundesverbands zu chronisch opiatabhängigen PatientInnen und den guten strukturellen Möglichkeiten der Deutschen AIDS-Hilfe entstand eine Kooperation zwischen diesen beiden Organisationen. Zum Beginn wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der Anfang 2016 an Einrichtungen der Drogen- und AIDS-Hilfe sowie an Drogenselbsthilfen versendet wurde.

Das Ziel der Befragung war, Informationen zu den Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung sowie zum Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn zu erhalten.

Geschlecht, Alter und Dauer der Substitution

Im Zeitraum März bis Mai 2016 erhielten wir 757 auswertbare Fragebögen aus über 40 deutschen Städten zurück. Etwa 30 Prozent (232) der Befragten sind weiblichen Geschlechts und rund 70 Prozent (523) männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 42,6 Jahren (Range: 19-70 Jahre). In der untersuchten Gruppe werden 42 Prozent (313) bereits länger als zehn Jahre substituiert und 23 Prozent (172) befinden sich seit sechs bis zehn Jahren in der substitutionsgestützten Behandlung. Neun Prozent (69) werden seit vier bis fünf Jahren, 17 Prozent (131) seit ein bis drei Jahren und neun Prozent weniger als ein Jahr substituiert (Abbildung 1).

Zur Substitutionsbehandlung eingesetzte Medikamente

Fast jeder zweite Teilnehmende wird mit Levomethadon substituiert (Abbildung 2). Ein Viertel der Befragten erhalten Methadon in flüssiger Form. Mit Buprenorphin bzw. Buprenorphin/Naloxon werden 17 Prozent behandelt und 6,5 Prozent erhalten Methadon in Tablettenform.

Hinsichtlich des geringen Vorkommens von retardiertem Morphin (2,5%) und Diamorphin (1,1%) müssen die kurze Verfügbarkeit bzw. die wenigen Standorte zur Behandlung berücksichtigt werden.

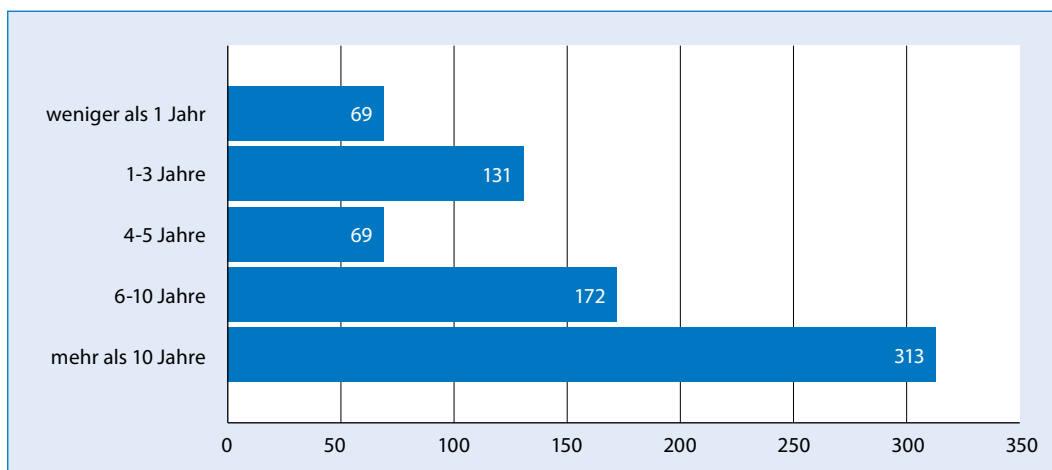
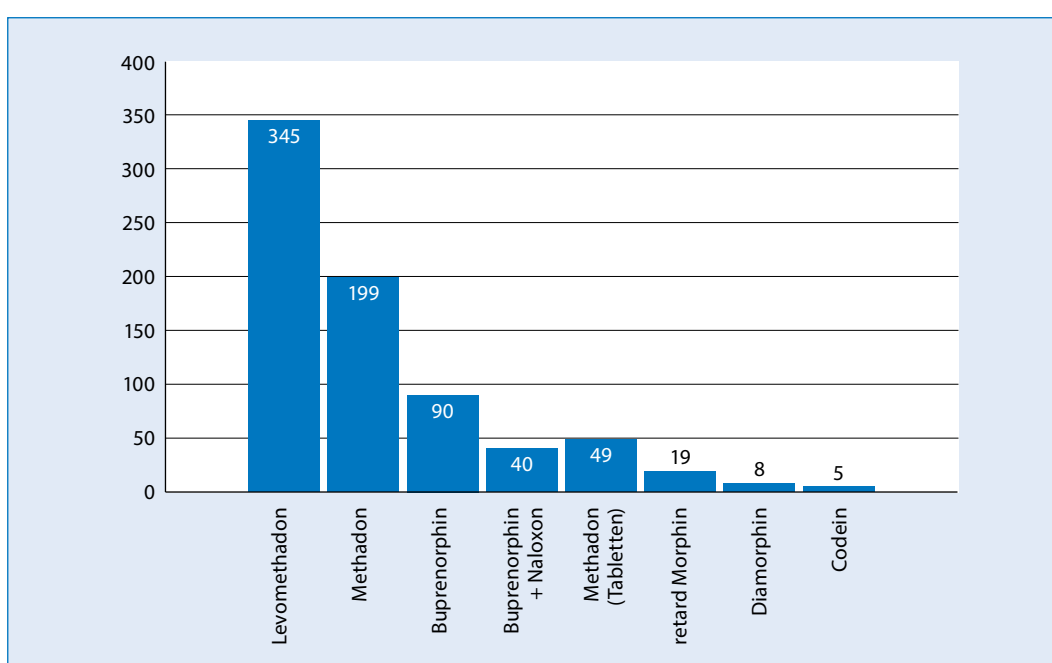
Behandlungsvertrag und Hausordnung

Ein Vertrag, der die Rahmenbedingungen der Behandlung beschreibt und PatientInnen die Möglichkeit der punktuellen Mitgestaltung gibt, kann ein geeignetes Instrument sein, Missverständnissen vorzubeugen, Praxisabläufe abzubilden und PatientInnen einzubeziehen. 616 Personen (83%) geben an, dass zwischen ihnen und ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin ein Behandlungsvertrag besteht. Bei 361 Personen bestanden Möglichkeiten der Mitgestaltung von Inhalten des Behandlungsvertrags. Trotz dieses in positiver Hinsicht unerwarteten Ergebnisses, empfand jeder vierte Befragte Elemente im Behandlungsvertrag als diskriminierend. Folgende Beispiele wurden genannt:

- Trennung von anderen Patienten durch abgetrennte Wartezimmer und Vergaberäume oder durch spezielle Öffnungszeiten nur für substituierte PatientInnen,
- eingeschränkte Vergabezeiten; fehlende Flexibilität z.B. für Berufstätige,

Abbildung 1

Dauer der Behandlung

**Abbildung 2**Zur Substitution
eingesetzte Medikamente

- Verletzungen der Privatsphäre z.B. durch Taschenkontrolle oder der Inspektion von Einstichstellen,
- Unterzeichnung einer Schweigepflichtentbindung gegenüber Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens als Voraussetzung der Behandlung.

Beispielhaft wurde die Anerkennung folgender Verhaltensregeln als Voraussetzung zum Behandlungsbeginn genannt:

- Bannmeile und Aufenthaltsverbote im Umkreis der ärztlichen Praxis,
- Aufenthaltsverbot im Umfeld von Szenetreffpunkten (Innenstadtbereich),
- Kontaktverbote zu bestimmten Organisationen, z.B. Einrichtungen der Drogenhilfe mit Angeboten der Schadensminderung wie Drogenkonsumräumen,
- Bestimmungen zur Körperhygiene und Kleiderordnung.

Vergabe des Substituts und Urinkontrollen zur Feststellung des Beigebrauchs

Etwa 40 Prozent (294) der befragten Patienten berichten, dass die Einnahme des Medikaments nicht in einem separaten Zimmer erfolgt. Stattdessen vollziehen sich Kurzkontakt und Medikamenteneinnahme bei 187 Befragten an der Anmeldung und bei 39 (14 %) sogar im Wartezimmer (Abbildung 3). Insgesamt geben 64 Prozent (468) der Befragten an, dass der Ort der Medikamenteneinnahme in Hör- und Sichtweite anderer PatientInnen liegt.

Umgang mit Beigebrauchskontrollen

Auf die Frage zur Häufigkeit von Beigebrauchskontrollen geben 317 Befragte an, dass diese

monatlich durchgeführt werden. Wöchentliche Kontrollen finden bei 179 Befragten statt, während 49 Personen über Urintests berichten, die einmal im Quartal stattfinden. Bei 95 Prozent wird die Kontrolle des Beigebrauchs durch Urintests vollzogen.

Von den 745 Personen, die Angaben zu dieser Frage machten, bestätigten 328 (44%) eine Sichtkontrolle bei der Urinabgabe. Insgesamt 53 Substituierte berichten, dass zur Vermeidung einer Urinabgabe mit direktem Sichtkontakt eines Mitarbeiters die Urinabgabe mit einer Kamera überwacht wird (Abbildung 4).

Urinkontrollen unter Sicht zum Abstinenznachweis sind heute unnötig. Seit geraumer Zeit stehen zertifizierte und erstattungsfähige Nachweisverfahren zur Verfügung, die solche Praktiken unnötig machen. Die Überwachung von Urinkontrollen mittels Videokameras ist hingegen nicht nur abzulehnen, sondern stellt einen Straftatbestand dar, der die Schließung der Praxis zur Folge haben kann.

Der Hinweis von PatientInnen, dass die Videoüberwachung von Toilettenräumen mit ihrer Einwilligung und zur Vermeidung von Kontrollen unter Sicht begründet wird, verändert keineswegs den strafrechtlichen Aspekt. Die Videoüberwachung von Sanitärbereichen greift immer in höchstpersönliche Lebensbereiche ein und führt zur Unwirksamkeit pauschaler Einwilligungen.

Formen der Sanktionierung

Achtundneunzig Prozent der Befragten geben an, dass der Gebrauch anderer Substanzen sanktioniert wird (740). Die Art der Sanktion ist verschieden. Am häufigsten wurde angegeben, dass die Take-Home-Vergabe eingeschränkt wird (66%). Zwanzig Prozent geben eine Dosis-

reduktion an und 14 Prozent berichten, dass gar keine Vergabe stattfindet (Abbildung 5).

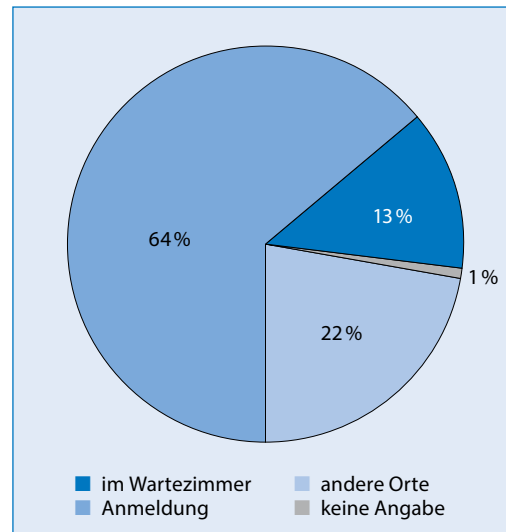


Abbildung 3

Ort der Abgabe des Medikaments

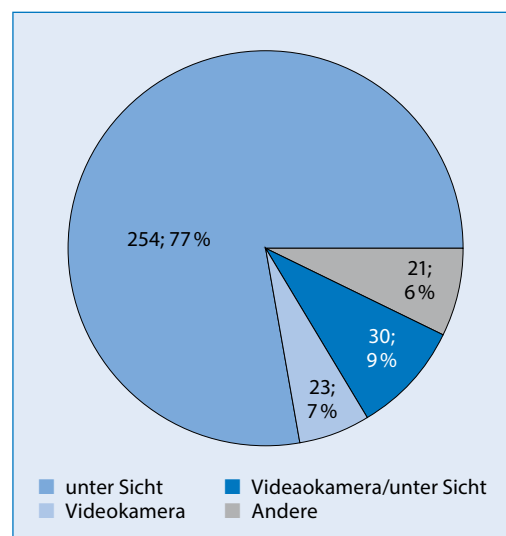


Abbildung 4

Art der Überwachung der Urinkontrolle

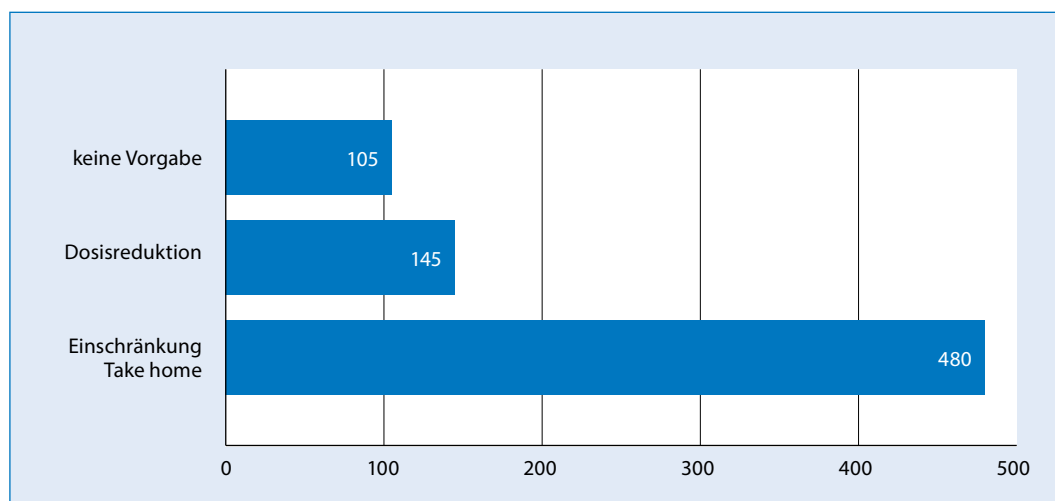


Abbildung 5

Art der Sanktion

Resümee

Zwei Drittel der teilnehmenden substituierten Frauen und Männer wurden zum Zeitpunkt der Befragung länger als sechs Jahre bzw. länger als zehn Jahre substituiert und können als erfahren in der Substitutionsbehandlung bezeichnet werden. Nur neun Prozent verfügen mit einer Behandlungsdauer von weniger als einem Jahr über wenig Erfahrung.

Die Untersuchung zeigt, dass eine Vielzahl der Behandlungsverträge Regelungen enthalten, die für den Aufbau und die Etablierung eines tragfähigen Arzt-Patienten-Verhältnisses eine immense Belastung darstellen. Auch Regelungen, die durchaus eine positive Absicht verfolgen können, wie z.B. separate Wartezimmer oder Vergabezeiten außerhalb der normalen Öffnungszeiten, werden aufgrund der fehlenden Erläuterungen von vielen PatientInnen als diskriminierend empfunden. Darüber hinaus enthalten einige Verträge Regelungen, die als sehr zweifelhaft und übergriffig erscheinen, wie z.B. Verbote des Aufenthalts in bestimmten Innenstadtbereichen oder in Drogenhilfeeinrichtungen mit Konsummöglichkeit.

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass die Einbeziehung von PatientInnen sowie eine gemeinsame Entscheidungsfindung in der Substitution noch wenig ausgeprägt sind. Es fällt auf, dass vielerorts praktizierte Abläufe wie z.B. die Substitution in Hörweite anderer PatientInnen sowie ausgeprägte Sanktionierungen, dem Aufbau eines Verhältnisses, in dem PatientInnen Gestaltungsspielräume haben, diametral entgegenstehen. Der Behandlung opiatabhängiger Frauen und Männer kommt hierdurch weiterhin der Charakter und Status einer „Sonderbehandlung“ zu.

Es wird zudem deutlich, dass der Schutz persönlicher Daten vielfach keinen hohen Stellenwert genießt. So ist eine Vergabe des Substituts in Sicht- und Hörweite anderer Patienten oder gar im Wartezimmer nicht tragbar und abzulehnen. Auch hinsichtlich des Aufbaus eines Vertrauensverhältnisses, als Grundlage für das Modell des *Shared Decision Making*, muss diese Handhabung als kontraproduktiv bezeichnet werden. Es bleibt die Frage offen, warum das Praxispersonal eine solch grobe Pflichtverletzung begeht. Kommentare im Fragebogen deuten darauf hin, dass die Zahl der behandelten PatientInnen in vielen Praxen schlicht zu hoch ist. In Verbindung mit den vielfach sehr begrenzten Vergabezeiten scheint ein Kurzkontakt im Arztzimmer, der bei anderen PatientInnen obligat ist, aus Zeitgründen schlicht nicht durchführbar.

Diese Indiskretion, die eine Wahrung des Datenschutzes unmöglich macht, spiegelt sich auch in der Überwachung von Abstinenzkontrollen wider. Urinkontrollen unter unmittelbarer Aufsicht des Praxispersonals bedeuten für viele PatientInnen einen tiefen Eingriff in die Privatsphäre.

Es erscheint unverständlich, warum nicht Kontrollmethoden mit Speichel etc. zur Anwendung kommen, die ohne die unmittelbare Aufsicht durch das Praxispersonal durchgeführt werden können. Überdies ist eine Überwachung des Toilettenbereichs mit Videokameras zur Kontrolle der Urinabgabe strafbewehrt und gänzlich abzulehnen. Ärzte, die dieses Verfahren anwenden, handeln nach § 201a StGB strafbewehrt.

Die Tatsache, dass fast die Hälfte der PatientInnen Urinkontrollen unter Sicht bejaht, zeigt die hohe Verbreitung dieser Maßnahme. Unter solchen Bedingungen erscheint die Implementierung eines Modells, das eine ernstgemeinte Einbeziehung von PatientInnen in Entscheidungen und Zielsetzungen verfolgt und den Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung zum Ziel hat, überaus problematisch.

Der Konsum illegaler Substanzen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung ist ein Merkmal dieser chronischen Erkrankung. Dass je nach Art und Menge dieses „Beikonsums“ auch eine eigenverantwortliche Einnahme des Substituts zumindest temporär durch den Arzt/die Ärztin eingeschränkt wird, steht auch außer Frage. Alarmierend ist hingegen die Art der Sanktionierung. Eine Dosisreduktion oder der komplette Wegfall der Dosis schürt Ängste und die Verschlussenheit der PatientInnen. Eine Sanktionierung über die zuvor ärztlich indizierte Dosis des Substituts erscheint fragwürdig und ist ethisch abzulehnen. Eine solche Maßnahme kann nur eine Beschaffung von Heroin auf dem illegalen Markt zur Folge haben und ist mit zusätzlichen Risiken verbunden. Wenn tatsächlich die Gabe der vollen Dosis aufgrund von Alkoholkonsum als risikoreich eingeschätzt wird, sollte das Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn im Mittelpunkt stehen – dies mit dem Ziel, zu einer einvernehmlichen Lösung zu kommen bzw. die Beweggründe des Handelns zu erläutern.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Substitutionsbehandlung mit einer Vielzahl an Regeln, Rechtsunsicherheiten und der Angst von Ärzten vor einer Strafverfolgung bei fehlerhaften Handeln, sicherlich nicht das einfachste Feld der Medizin ist, um ein Modell des *Shared Decision Making* zu implementieren. Beobachtungen und Rückmeldungen aus der Praxis zeigen allerdings, dass eine umfängliche Einbe-

ziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung (auch in Bezug auf Sanktionen) möglich ist.

Die Reduktion von Konflikten und eine Abnahme der Unsicherheit von PatientInnen sind die meistgenannten positiven Auswirkungen einer intensiven Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn.

Mit Blick auf das Thema *Shared Decision Making* machen die vor wenigen Monaten verabschiedeten neuen rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung all jenen Hoffnung, die eine aktivere Beteiligung von PatientInnen an medizinischen Behandlungsprozessen anstreben. Mit mehr Rechtssicherheit, Freiheit bei medizinischen Entscheidungen sowie einer Zunahme der Patientenautonomie sollte es möglich sein, dass die Substitution als kontaktintensive und langfristige Behandlung die partnerschaftliche Einbeziehung von PatientInnen in allen Feldern der Substitutionsbehandlung verstärkt anwendet.

Literatur

Schäffer, D., Priebe, M. & JES-Bundesvorstand (2017). Datenschutz und Patient involvement in der Substitutionsbehandlung. *Online Journal Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work*. ISSN 1861-0110, Februar 2017.

- Schäffer, D. & Priebe, M. (2017). Patienten einbeziehen hilft allen Beteiligten. *HIV and More*, 1.
- Klemperer, D. (2006). Vom Paternalismus zur Partnerschaft – Eine Profession im Wandel. In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen* (S. 61-75). Bern: Huber.
- Wolf, J. (2003). *Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht. Neurowissenschaftliche Theorien zur Sucht und deren ethische Implikationen am Beispiel der Alkohol- und Heroinsucht*. Dissertation, Universität Tübingen.



Dirk Schäffer

Mitarbeiter der Deutschen AIDS-Hilfe (seit 1998); Referent und Leiter des Fachbereichs Drogen und Strafvollzug/JES bei der Deutschen AIDS-Hilfe
Wilhelmstraße 138
D-10963 Berlin
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

HIV und Drogen: Lernen von Modellprojekten

oder

„Was haben Schwangere mit Drogengebrauchern gemeinsam?“

Annette Haberl

Seit Einführung der hochaktiven antiretroviralen Kombinationstherapie (HAART) Mitte der 1990er Jahre haben die HIV-bedingte Morbidität und Mortalität weltweit abgenommen. HIV ist heute bei entsprechendem Zugang zu Medikamenten eine gut behandelbare chronische Erkrankung. Allerdings haben in Deutschland zu Beginn dieser Erfolgsgeschichte nicht alle Menschen mit HIV gleichermaßen von den neuen Therapieoptionen profitiert. Für HIV-positive Drogengebraucherinnen und Drogengebrauchern mussten nämlich zunächst einmal Strukturen geschaffen werden, um sie überhaupt adäquat erreichen und behandeln zu können. Menschen mit HIV, die i.v. Drogen konsumierten, galten als sogenannte „hard to reach population“. Sie waren nur unzureichend an HIV-Schwerpunktzentren angebunden und eine Vernetzung dieser Zentren mit den lokalen Substitutionsstellen und/oder Drogenhilfeeinrichtungen existierte praktisch nicht. Hinzu kam die Befürchtung, dass eine unregelmäßige Einnahme der HIV-Therapie aufgrund von Drogenkonsum zu einer Ausbreitung resistenter Virusstämme führen könnte. Man war also zurückhaltend mit dem Einsatz der neuen Dreifachkombinationen bei HIV-Positiven mit i.v.-Drogengebrauch.

Erste Spezialsprechstunde 1996

Um den Zugang und die Qualität der antiretroviralen Therapie von HIV-positiven Drogengebraucherinnen und Drogengebrauchern zu verbessern, wurde deshalb 1996 in der HIV-Ambulanz des Universitätsklinikums Frankfurt am Main die bundesweit erste Spezialsprechstunde für diese Zielgruppe ins Leben gerufen. Das Konzept war eine halboffene Sprechstunde, d.h. Patientinnen und Patienten wurden auch ohne Termin auf jeden Fall gesehen. Um der Lebenswirklichkeit des Patientenkollektivs entgegen zu kommen, wurde zudem eigens eine Spätsprechstunde in der

HIV-Ambulanz eingeführt. Parallel zur ärztlichen Sprechstunde gab es das Angebot der psychosozialen Beratung. Die neu implementierte Spezialsprechstunde wurde aktiv in den Frankfurter Substitutionsambulanzen und -praxen sowie in den zahlreichen Drogenhilfeeinrichtungen beworben. Dort fanden vor Ort auch niedrigschwellige Fortbildungen statt, um die neuen HIV-Therapiemöglichkeiten in der Drogenszene bekannter zu machen. Von Anfang an gab es einen regelmäßigen Austausch zwischen den Substitutionszentren und der HIV-Ambulanz mit regelmäßigen Treffen und Fallbesprechungen.

Das Angebot der Spezialsprechstunde wurde von den Patientinnen und Patienten schnell angenommen, allerdings zeigten viele von ihnen Vorbehalte gegen die neuen komplexen antiretroviralen Therapieregime. Vor allem die mehrmals tägliche Medikamenteneinnahme stellte eine Barriere für den ART-Beginn bzw. eine Umstellung der bestehenden Therapie dar. In der Wirksamkeit unterlegene antiretrovirale Mono- oder duale Therapien wurden anstelle der Dreifachkombinationen weitergeführt. Abhilfe schaffte erst eine Studie mit einer vereinfachten HAART. Es wurden die drei HIV-Medikamente mit den damals längsten Halbwertszeiten kombiniert und einmal täglich dosiert. 1996 waren das die Substanzen Didanosin (ddI), Lamivudin (3TC) und Nevirapin (NVP). Es war tatsächlich das erste *Once Daily Regime* in der HIV-Therapie und es war speziell für Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher konzipiert. Damals war gar nicht vorstellbar, dass auch andere Patientengruppen davon profitieren könnten. Die Studie zeigte, dass auch HIV-Positive mit i. v. Drogenkonsum erfolgreich mit einer modernen Kombinationstherapie zu behandeln sind. Darüber hinaus konnte die Effektivität und Verträglichkeit einer einmal täglichen Dosierung der eingesetzten Medikamente ddI, 3TC und NVP nachgewiesen werden. Die Untersuchung zeigte allerdings auch, dass es eine bis dahin

unbekannte klinisch signifikante Interaktion zwischen Methadon bzw. Polamidon und der Substanz Nevirapin gab, was häufig zu Beginn der Therapie eine Höherdosierung des Opiatsubstituts erforderlich machte. Zudem gab es in der Studie eine hohe Lost-to-follow-up-Rate, da Termine von den Patientinnen und Patienten nicht regelmäßig eingehalten wurden. Als Konsequenz boten Substitutionsstellen daraufhin für Interessierte eine *Directly Observed Therapy* (DOT) an, d.h. dass die HAART auf Wunsch bei der täglichen Substitutionsdosis mit ausgegeben wurde.

Zwei Jahre gab es die Spezialsprechstunde für Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher in der Frankfurter HIV-Ambulanz. In dieser Zeit konnte ein tragfähiges Netzwerk von Drogenhilfeeinrichtungen, Substitutionsambulanzen und -praxen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und HIV-Schwerpunktzentren aufgebaut werden. Es ist innerhalb dieser kurzen Zeit gelungen, die drogengebrauchenden HIV-Patientinnen und Patienten in die Routinesprechstunde der HIV-Ambulanz zu integrieren und weiter zu betreuen. Ein wesentlicher Baustein dieser Integration waren auch die neu eingeführten Patientinnen- und Patientenschulungen in der Ambulanz, die sich in dieser Zeit speziell an Menschen mit i.v.-Drogenkonsum richteten, inzwischen aber längst Standard für alle HIV-Patientinnen und Patienten am Frankfurter Universitätsklinikum sind. Neben dem Wissen zum Verlauf der HIV-Infektion, zur Therapie und Prävention, werden in den Schulungen auch die Abläufe in der HIV-Ambulanz erklärt.

Das Frankfurter Modell einer Spezialsprechstunde für HIV-Positive mit i.v.-Drogengebrauch und die im Rahmen dieser Sprechstunde durchgeführte Studie zur einmal täglichen antiretroviralen Therapie haben bundesweit dazu beigetragen, dass sich die Versorgung dieser Patientengruppe verbessert hat. Der entscheidende und in der der Nachbetrachtung so einfache erste Schritt war dabei das gegenseitige Kennenlernen von Suchtmedizinerinnen und -medizinerinnen und HIV-Schwerpunktärztinnen und -ärzten auf lokaler Ebene und die daraus resultierende gegenseitige Wertschätzung und Kooperation, von der letztlich alle Seiten profitiert haben.

Was bleibt von der Spezialsprechstunde für HIV-Positive mit i.v.-Drogengebrauch?

Eine Besonderheit hinsichtlich des Patientenkollektivs der HIV-Spezialsprechstunde für

Menschen mit Drogenkonsum war das für den HIV-Bereich relativ ausgewogene Geschlechterverhältnis. Während bundesweit Frauen nur etwa 20 Prozent der Menschen mit HIV ausmachen, waren es in der Spezialsprechstunde fast 40 Prozent. Unter stabiler Substitution und erfolgreicher HIV-Therapie realisierten Patientinnen der Frankfurter Spezialsprechstunde Ende der 1990er Jahre ihren Kinderwunsch. Schnell wurde klar, dass auch für die optimale Betreuung dieser Schwangeren eine spezielle und vor allem interdisziplinäre Versorgung notwendig war. Und so wurde mit Einstellung der sogenannten „Drogensprechstunde“ in Frankfurt direkt eine neue Spezialsprechstunde für HIV-positive Schwangere ins Leben gerufen. Analog zur „Drogensprechstunde“ wurde von Beginn an eine psychosoziale Betreuung in das Angebot integriert. Es konnten erfreulicherweise auch sofort Kolleginnen und Kollegen der Universitätsfrauenklinik und -kinderklinik für das Projekt gewonnen werden. Ähnlich wie bei den Drogengebraucherinnen und Drogengebrauchern wurde und wird den Schwangeren zunächst einmal kompaktes Wissen über die HIV-Infektion und ihre Therapie vermittelt, allerdings hier mit dem Schwerpunkt auf der Prävention einer Mutter-Kind-Übertragung.

Der regelmäßige interdisziplinäre Austausch im Rahmen der Schwangerensprechstunde hat wie in der „Drogensprechstunde“ von Anfang an den Erfolg des Projekts ausgemacht. Frankfurt gehört in Deutschland inzwischen zu den größten Zentren in der Betreuung HIV-positiver Schwangerer. Als eines der ersten Zentren bundesweit hat die Geburtshilfe am Frankfurter Universitätsklinikum die Spontangeburt für Frauen mit HIV angeboten. Die HIV-Mutter-Kind-Übertragungsrate liegt in Frankfurt unter einem Prozent. Die Frankfurter HIV-Ambulanz, die inzwischen HIVCENTER heißt, richtet seit dem Jahr 2000 regelmäßig die bundesweit einzige Tagung zum Thema HIV und Schwangerschaft aus und das 2012 an den Start gegangene Deutsche HIV-Schwangerschaftsregister unter dem Dach der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) ist ebenfalls in Frankfurt verortet.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die erfolgreiche Betreuung HIV-positiver Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher im Rahmen einer interdisziplinären Spezialsprechstunde eine Blaupause für die Versorgung HIV-positiver Schwangerer am Frankfurter Universitätsklinikum war. Auch alle Frankfurter HIV-Schwerpunktpraxen sind Teil des Kooperationsprojekts. Unter dem Namen DreiFACH+ setzt somit die „Schwangerensprechstunde“ die erfolgreiche Arbeit der

„Drogensprechstunde“ fort und unterstreicht in ihrer täglichen Arbeit immer wieder neu die Notwendigkeit von zielgruppenspezifischen Angeboten in der Medizin.



Dr. med. Annette Haberl

Leiterin des Bereichs HIV und Frauen am HIVCENTER des Universitätsklinikums Frankfurt am Main; seit 2000 wissenschaftliche Leitung und Organisation der jährlichen deutschen Fachtagung „HIV und Schwangerschaft“; Leitung des deutschen HIV-Schwangerschaftsregisters; Vorstandsmitglied der Deutschen AIDS-Gesellschaft und Mitglied des nationalen AIDS-Beirats
annette.haberl@hivcenter.de

NACHRICHT

E-Zigaretten können zum Experimentieren mit Tabakzigaretten anregen

Köln – Der Konsum von E-Zigaretten kann laut einer Studie Jugendliche zum Rauchen von Tabakzigaretten anregen. Der Untersuchung zufolge, die im Deutschen Ärzteblatt erscheint [Dtsch Arztebl Int 2018; 115 (14): 243-8], griffen Jugendliche mit E-Zigaretten-erfahrung eher zur Tabakzigarette als Jugendliche ohne vorherige Erfahrungen mit E-Zigaretten, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mitteilte.

An der vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in Kiel durchgeführten Studie mit dem Titel „E-Zigaretten und der Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten“ wirkten 2.186 Zehntklässler mit, die bislang keinerlei Tabakzigaretten geraucht hatten.

Autoren sehen deutlichen Zusammenhang

Die Schüler wurden für die Untersuchung vom Institut für Therapie- und

Gesundheitsforschung in Kiel sechs Monate lang beobachtet. Demnach begannen 22 Prozent der Befragten, die bereits E-Zigaretten probiert hatten, auch mit dem Tabakrauchen. Von den Jugendlichen, die zuvor keinerlei E-Zigaretten-erfahrung hatten, fingen nur zehn Prozent mit dem Tabakrauchen an.

„Die Studienergebnisse zeigen eindeutig: jugendliche Nie-Raucher experimentieren häufiger mit konventionellen Zigaretten, wenn sie zuvor

E-Zigaretten konsumiert hatten“, sagte der Geschäftsführer des IFT-Nord, Reiner Hanewinkel. Auch wenn bekannte Risikofaktoren für den Einstieg ins Rauchen statistisch kontrolliert würden, bleibe der Zusammenhang zwischen vorherigem Konsum von E-Zigaretten und späterem Experimentieren mit Tabakzigaretten deutlich erkennbar.

„Es gilt ganz klar zu verhindern, dass junge Menschen durch den Konsum von E-Zigaretten und E-Shishas zum Tabakrauchen angeregt werden“, erklärte die BZgA-Leiterin Heidrun Thaïss zu den Studienergebnissen. Deshalb biete man verstärkt Informationsangebote zu den Risiken von E-Produkten an.

Thaïss zufolge liegt bei den Zwölf- bis 17-Jährigen die Raucherquote bundesweit mit aktuell 7,4 Prozent auf einem historischen Tiefstand. „Die Jugendlichen sind dem Rauchen gegenüber zunehmend kritisch eingestellt – diesen Präventionserfolg wollen wir weiterhin stabilisieren“, sagte sie. ■

Die psychosoziale Begleitung im Rahmen einer integrierten Versorgung Substituierter

Theo Wessel

Die Herausnahme der psychosozialen Betreuung (PSB) aus der neuen BtMVV (2017) hat Konsequenzen für die Versorgung Substituierter. Die Integration psychosozialer Leistungen, erbracht durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Psychologie und Psychotherapie, wird somit keine weitere Relevanz beigemessen. Darüber hinaus stehen übergreifende, konsentrierte fachliche Standards zur PSB weiterhin aus.

Seit Beginn der medizinischen Versorgung von Menschen mit Substitution erfolgt diese in zwei getrennten separaten Systemen, medizinisch und psychosozial orientiert. Medizinische Behandlungen erfolgen im Rahmen des Krankenversicherungsrechts SGB V, psychosoziale und teilhabeorientierte Hilfen im Rahmen des Eingliederungshilferechts SGB XII oder als Hilfen im Rahmen der allgemeinen Daseinsfürsorge als freiwillige, kommunale Leistungen mit pauschaler Vergütung. Diese Fragmentierung ist ein Hindernis für integrierte und sektorenübergreifende Gesamthilfeleistungen für Substituierte. Diese Grundkonstruktion hat dazu geführt, dass in der Realität nur selten ein integratives Behandlungsprogramm (Behandlung/PSB/Psychotherapie) existiert, sondern eine Dominanz der medizinischen Behandlung festzustellen ist. Entsprechend der rechtlich auf höchster Ebene garantierten Behandlungsfreiheit, entscheidet die Suchtmedizin darüber, in welcher Weise sie psychosoziale Elemente in die Behandlung integriert. Indem die BtMVV dergestalt geändert ist, dass sie zukünftig für die Integration psychosozialer Leistungen keine Relevanz mehr besitzt und die Behandlungsleitlinien der Bundesärztekammer ausschließlich individual-, standes- und kassenrechtliche Bedeutung haben, ist die Situation für die nähere Zukunft zunächst definiert. Hinsichtlich der konzeptionellen Definition der Anbieter von PSB war in der Vergangenheit zwischen den Verbänden nur ein Teilkonsens möglich. Die inhaltlichen Positionen sind teilweise konträr. Eine Annäherung der Extreme nicht zu erwarten.

Die Substitutionsbehandlung hat sich zu einem sehr spezifischen Hilfeangebot entwickelt, das die bisherigen drogenfreien Formen der Hilfe sinnvoll ergänzen kann. Eine komplexe Angebotsstruktur ist erforderlich, die sowohl medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen erfordert. Allerdings werden sehr häufig zwei Hilfesysteme nebeneinander und in wechselseitiger Abstimmung tätig. Diese unterscheiden sich nicht nur darüber, dass sie unterschiedlich finanziert werden, sondern auch dadurch, dass Substitutionsbehandlung und die psychosoziale Betreuung nach unterschiedlichen Regeln und mit originärer Eigenständigkeit ihr Hilfeangebot realisieren. Vor diesem Hintergrund sind integrierte Behandlungsprogramme (Behandlung/PSB/Psychotherapie) leider nur selten als komplexes Hilfeangebot gestaltet worden. Integrierte Versorgungsverträge sind in der Suchthilfe kaum abgeschlossen worden. Das Modell der „integrierten Versorgung“ gem. §§ 140 a-d SGB V fokussiert die medizinische psychosoziale und pharmakologische Versorgung von Substitutionspatienten. Das „Celler Modell“ (Törkel, 2007) begründete einen Vertrag für integrierte Versorgung, den die AOK Niedersachsen mit Hilfeanbietern in Celle zur Versorgung schwer opioidabhängiger Kranker abgeschlossen hatte. Fünf niedergelassene Ärzte, die Psychosoziale Beratungsstelle (Sozialpsychiatrischer Dienst und Fachstelle Sucht und Suchtprävention) und eine Apotheke vor Ort arbeiteten in diesem Projekt eng zusammen. Die Ergebnisse waren vielversprechend: So konnte die Behandlung opioidabhängiger Menschen auf hohem qualitativem Niveau sichergestellt werden, die Behandlung konnte in jedem Fall interdisziplinär abgestimmt werden, die Kooperation der fünf beteiligten Ärzte untereinander (gegenseitige Vertretung bei täglicher Vergabe 365 Tage/Jahr) und mit der psychosozialen Betreuung war hervorragend, die komplexe Leistung erfolgte wirtschaftlich durch die Zusammenführung von indirekten Leistungen (Praxismanagement mit Übernahme der Overheadkosten durch die

Psychosoziale Beratungsstelle, Methadoneinkauf, Labormaterial), es handelte sich um eine ganzheitliche Behandlung „aus einer Hand“, es kam zu „sauberen“ Indikationen mit stringent überwachten Behandlungen und frühe Interventionen bei somatischen und psychiatrischen Begleitsymptomen waren möglich. Leider hat sich die AOK Niedersachsen aus der Projektbeteiligung zurückgezogen.

Diese Modellerfahrungen zeigen, dass die komplexen Anforderungen an die Substitutionsbehandlung in den Praxen der Substitutionsärzte zunehmend Probleme bereiten und in der Regel auf sich allein gestellt nicht zielführend umgesetzt werden können. Teilhabeorientierte, ICF-basierte Substitutionsbehandlungen benötigen eine maximal interdisziplinäre Herangehensweise. Auch ausstiegsorientierte Substitutionsbehandlungen sind auf diesen Ansatz angewiesen. Grundlegend für ICF-basierte Substitutionsbehandlungen ist die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger“ der Bundesärztekammer (2007).

Eine alternative Zielführung zu integrierten Versorgungsverträgen gemäß §§ 140 a-d SGB V ist die Einbindung der Substitutionsbehandlung in Schwerpunktpraxen oder Substitutionsfachambulanzen etc. mit interdisziplinären Teams. Im Idealfall werden diese Modelle nicht personenabhängig, sondern ausgehend von einer Institution (z.B. psychiatrische Klinik) organisiert. Eine Konkurrenzsituation mit den weiterhin notwendigen substituierenden, niedergelassenen Ärzten muss im Sinne eines gegenseitigen Nutzens und zur Sicherstellung der Versorgung vermieden werden. Vielmehr geht es um die enge Ein- und Anbindung an eine zentrale, besonders qualifizierte Einrichtung der Substitutionsbehandlung, einer Substitutionsfachambulanz.

Literatur

- Bundesregierung (2017). *Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung*. www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2017/0201-0300/222-17.html
- Bundesärztekammer (2017). *Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger*. www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/substitutionstherapie/
- Törkel, K. (2007). *Integrierter Versorgungsvertrag für die Substitutionsbehandlung*. Tagungsbericht. Tagung „Qualifizierung der psychosozialen Betreuung (PSB) bei Substitution“ am 23.11.2007 in Erfurt.



Dr. Theo Wessel

Dipl.-Psychologe, Psychotherapeut und Gesundheitswissenschaftler
Geschäftsführer des Gesamtverbandes Suchthilfe e.V., Fachverband der Diakonie Deutschland, Berlin; Trainer für Motivational Interviewing; Leitung des Weiterbildungsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie
wessel@sucht.org

Sucht kennt keine Grenzen

Michael Klein

Zusammenfassung

Das Suchthilfesystem erscheint in weiten Teilen wenig innovativ und sehr beharrlich. Dies zeigt sich an den Schwierigkeiten, notwendige und wichtige Innovationen, wie ehemals Substitution, Akzeptanz von Rückfälligkeit in der Behandlung oder zieloffene Suchttherapie durchzusetzen. Eine sehr beharrliche, nach wie vor existierende Hürde ist die fast vollständige Individuumsfixierung im Hilfesystem, welche generationsübergreifende Hilfen weitgehend unmöglich macht. Dabei ist schon seit langem bekannt, dass Suchtkrankheiten meist über Generationen hinweg verlaufen. Wenn Eltern suchtkrank sind, erhöht sich das Risiko bei den betroffenen Kindern für eigene Suchtstörungen und andere psychische Störungen deutlich, bis zum Sechsfachen (Klein, 2018). Im folgenden Beitrag werden thesenartig die Möglichkeiten und Chancen einer die Grenzen von Generationen, Kostenträgern und Denkgrenzen überwindenden innovations- und kinderfreundlichen Suchthilfe und Suchtprävention aufgezeigt. Die Übersicht beginnt mit einem kulturhistorischen Zugang zum Thema, um dann auf die gegenwärtige Situation einzugehen, ihre Probleme und Defizite sowie die notwendigen Weiterentwicklungsschritte aufzuzeigen.

Die frühe Suchthilfe entdeckt den Trinker

In der Frühphase der professionellen Suchthilfe im späten 19. Jahrhundert waren die Not und das Elend der proletarischen Trinker so groß, dass Hilfe dringend nötig war. Es war naheliegend, den verarmten Trinkern, in vielen Fällen Väter großer Familien, durch Disziplin und Bekehrung zu helfen. Die Trinkerheilstätten boten unter der Idee und dem Regime des „ora et labora“ eine strenge und sinnorientierte Behandlung an. Der süchtige Trinker sollte arbeitend und betend vom Trinkzwang befreit werden und sich unterordnen, um vom Schnaps ge-

rettet zu werden. Es ist naheliegend, dass die Behandler in dieser Zeit – Priester, Fürsorger und Ärzte – primär und meist ausschließlich auf den Trinker fokussiert waren. Die Rolle der Familie wurde bisweilen thematisiert als Hilfe für die mit betroffenen Opfer. Das Wissen, dass Frauen und Kinder mit betroffenen und gefährdet waren, war weitverbreitet. Zum damaligen Zeitpunkt war also schon bekannt, dass Sucht keine Generationengrenzen kennt. Es herrschte jedoch die Vorstellung, dass die erfolgreiche Behandlung des trinkenden Familienoberhaupts die Rettung für die ganze Familie bedeutete. Psychotherapie als solche war noch nicht bekannt. Insgesamt erscheint es aus heutiger Sicht erstaunlich, dass sich die frühe Erkenntnis, dass Suchtkrankheiten meist generationsübergreifend verhalten, immer noch nicht in regelhafte Versorgungs- und Präventionsangebote umgesetzt hat.

Der erbkranke Nachwuchs wird entdeckt

Im späten 19. Jahrhundert und in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts gerät auf der Basis einer sehr rudimentären und spekulativen Erblehre – noch lange vor der Entdeckung der DANN – der Alkoholiker in Verdacht, durch seine Erbanlagen die Sucht an seine Nachkommen weiterzugeben. In Deutschland wird diese Sichtweise besonders extrem weiterentwickelt, öffentlich verbreitet und in den Jahren der Naziherrschaft zu tragischer, menschenverachtender Vernichtungspolitik. Diese negativen Entwicklungen werfen die ehemals sehr fortschrittliche Suchtbehandlung und -forschung in Deutschland um Jahrzehnte zurück. Es dauert wiederum Jahrzehnte, bis die Suchthilfe wieder auf die Beine kommt. Das Thema der Kinder von Suchtkranken ist durch die Perversionen der Nazizeit lange Zeit diskreditiert und tabuisiert. Erst nachdem in den USA in den späten 1960er Jahren eine therapeutisch orientierte Hilfe für Kinder suchtkranker Eltern

beginnt, wird das Thema wieder aufgegriffen, in Forschungen vertieft und kommt mit langer Verzögerung schließlich auch in Deutschland an und wird dort seit den 1990er Jahren immer deutlicher wahrgenommen.

Kinder Suchtkranker sind unter- oder fehlversorgt und oft gar nicht versorgt

Da Suchterkrankungen zu den häufigen psychischen Störungen – für Männer die häufigste überhaupt – zählen, sind regelhaft viele Kinder und Jugendliche betroffen. In Deutschland leben heute mehr als 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche in suchtblasteten Familien (Klein, 2008). Ihre Lebenssituation ist von hohem Alltagsstress, unberechenbarem und instabilem Elternverhalten und vielfältigen Entwicklungsrisiken geprägt (Klein, 2018). Sie weisen höhere Risiken für die Entwicklung aller psychischen Störungen, insbesondere aber Suchterkrankungen, auf. Die Mehrzahl dieser Kinder und Jugendlichen weisen ein oder zwei Elternteile mit Alkoholstörungen auf. Noch immer wird Sucht überwiegend wie eine Individualstörung behandelt, von der einzelne Menschen isoliert betroffen sind, ohne dass andere davon Notiz nehmen oder gar mehr betroffen sind. Daher erhalten die betroffenen Kinder im Regelfall keine frühen, adäquaten Hilfen oder werden hinsichtlich ihrer vordergründigen Symptome (z.B. Hyperaktivität, Depression) behandelt, ohne dass der gesamte familiäre Kontext wahrgenommen wird. Dies stellt dann wegen der verkürzten Perspektive eine Fehlversorgung dar. Auch die immer noch mangelhafte Kooperation der Hilfesysteme (Gesundheit, Sucht, Kinder/Jugend/Familie) mit Bezügen zu den entsprechenden Sozialgesetzbüchern (vor allem SGB V, SGB VI und SGB VIII) insgesamt erschwert die Herstellung adäquater Versorgung, welche natürlich generationenübergreifend orientiert sein müsste. Am häufigsten geschieht jedoch keine präventive oder psychologische Versorgung. Im Falle akuter Kindeswohlgefährdung kann bei „Sichtbarwerdung“ des Problems eine Fremdplatzierung geschehen, die den Kindern oft hilft, wenn sie fachlich, d.h. pädagogisch, psychologisch und medizinisch, gut durchgeführt wird. Das Versorgungssystem krankt jedoch daran, dass diese Hilfen wegen der mangelnden Sensibilität für emotionale und psychische Kindesmisshandlung meist zu spät oder gar nicht erfolgen.

Den Problemhintergrund umfassend wahrnehmen

Psychische Störungen in Familien prägen Familienklima und Alltagsverhalten (Bodenmann, 2016) in starkem Maße und können negative und dauerhafte Spuren in der psychischen Gesundheit der betroffenen Kinder hinterlassen. Als besonders schwerwiegend und kindesschädigend gelten elterliche psychische Störungen in den Bereichen Depression, Sucht und Persönlichkeit, die darüber hinaus auch noch oft in komorbiden Kombinationen auftreten (Klein et al., 2017). Kinder alkoholkranker Eltern entwickeln in mehr als einem Drittel aller Fälle selbst eine Suchterkrankung (Klein et al., 2013), in fast einem weiteren Drittel aller Fälle finden sich andere psychische Störungen, vor allem in den Bereichen Angst, Depression und Persönlichkeit. Suchterkrankungen in Familien stellen zusammengefasst eine Erkrankung mit erheblichen transgenerationalen Risiken dar. Sucht ist im wahrsten Sinne des Wortes eine Familienkrankheit, weil die biopsychosozialen Risiken die Generationengrenzen leicht überspringen. Bis zu 40 Prozent der Kinder suchtkranker Eltern werden selbst suchtkrank, im Drogenbereich noch mehr als im Alkoholbereich. Es herrscht in Gesellschaft wie auch Fachkreisen die Tendenz, das Problem verkürzt und inadäquat wahrzunehmen.

Sucht verändert Eltern: negativ, chronisch und umfassend

Die Gründe dafür, dass Kinder von suchtkranken Eltern eine ungünstige oder günstige Entwicklung nehmen, sind vielfältig. In der internationalen Forschung zu Fragen des Kindeswohls und der Entwicklungspsychopathologie gilt eine elterliche Suchtmittelabhängigkeit, speziell Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, als eine der risikoreichsten und gefährlichsten Konstellationen für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern, die im Umfeld leben. Dies hängt wohl vor allem damit zusammen, dass alkohol- und drogenabhängige Elternteile mit ihren häufigen, meist täglichen Intoxikationen unberechenbare und unerwartete Verhaltensveränderungen zeigen, emotional und affektiv sehr instabil sein können, zu unpassenden Aggressionen und Gewalthandlungen – vor allem verbal, emotional, physisch – neigen und oft auch ganz allgemein mit den Anforderungen einer Elternrolle und den Erziehungsaufgaben überfordert sind. Problematisch sind dabei besonders die stimmungs-, emotions- und verhaltensbeeinfluss-

senden Wirkungen der Substanzen in Form von Intoxikations- und Entzugsphänomenen. Dabei sind die Risiken nicht für alle Kinder gleich, sondern variieren je nach Situation, Lebenslage und sonstigen Ausgangsbedingungen.

Bei drogenabhängigen Frauen ist es oft der Wunsch, einen sinnvollen, erfüllenden Lebensinhalt zu erhalten, der Kindeszeugung bzw. Kindesgeburt motiviert. Dies ist meist eine Illusion der „Selbsttrettung durch ein Kind“. Kinder drogenabhängiger Eltern sind in der Realität nicht selten frühgeburtlich, mit schwierigem Temperament, besonders pflegeintensiv, kurz: alles andere als ein Kind mit hohem Wohlbefinden.

Es ist bekannt, dass Handeln zwingend nötig und möglich ist

Wie in einer der wenigen deutschen, bevölkerungsrepräsentativen Längsschnittstudien zur psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in gesunden und psychisch belasteten Familien (Lachner & Wittchen, 1997) gezeigt werden konnte, entwickeln Kinder im Alter zwischen 14 und 24 Jahren von Eltern mit einer alkoholbezogenen Diagnose signifikant häufiger Störungen mit klinischer Relevanz. Im Falle einer elterlichen Alkoholdiagnose, die sich in der Lebenszeitprävalenz für 15,1 Prozent der Stichprobe ergab, wiesen Söhne wie Töchter signifikant erhöhte Risiken für Alkoholstörungen auf. Im Falle einer väterlichen Alkoholdiagnose hatten die Söhne ein um das doppelte, die Töchter ein um das 8,7-fache erhöhte Risiko für Alkoholabhängigkeit. Im Falle einer mütterlichen Alkoholdiagnose erhöhte sich bei den Söhnen das Risiko um das 3,3-Fache und bei den Töchtern um das 16-Fache. Elterliche Drogenstörungen (insbesondere die Abhängigkeit von Cannabis, Heroin und Amphetaminen) sind seltener, dafür trifft es dann aber meist jüngere Kinder und die Auswirkungen sind schwerwiegender. Im Falle elterlicher Drogenabhängigkeit ist mit mehr Traumatisierungen der Kinder zu rechnen. Auch sind in dieser Konstellation die suchtkranken Elternteile häufiger alleinerziehend oder mit wechselnden Partnern liiert.

Bei dem vorhandenen Wissen zu den Entwicklungs- und Lebensrisiken für Kinder suchtkranker Eltern ist Handeln unerlässlich. Wegschauen, Abwarten und Nicht-Handeln sind keine Optionen, sondern ethisch unhaltbare Kunstfehler. Konzeptionell liegen inzwischen im Bereich der Selektiven Prävention, dem WHO-Konzept der Prävention für Risikogruppen, genügend Ansätze und Modell-

vorstellungen vor. Diese nunmehr umfassend umzusetzen, ist die Aufgabe!

Das Versorgungssystem muss generationensensibel werden

Das Suchtversorgungssystem mit seinen verschiedenen Gliederungen muss sensibler für die langfristigen, transgenerationalen Effekte von problematischem Substanzkonsum und Suchtkrankheiten werden. Es ist keine ethisch vertretbare Option im Anbetracht des Wissens um die hohen transgenerationalen Risiken, im Behandlungsfall suchtkranker Eltern deren Kinder unberücksichtigt und unversorgt zu lassen. Auch wenn das sogenannte gegliederte Sozialleistungssystem in Deutschland unleugbar Vorteile aufweist, stößt es bei der Berücksichtigung der Langzeitfolgen psychischer Störungen auf die Abkömmlinge der Großeltern- und Elterngeneration an seine Grenzen, solange keine generationenübergreifenden Regelungen obligatorisch vorgesehen sind. Auch die Furcht vor Stigmatisierung der mitbetroffenen Kinder darf nicht eine transgenerationale Perspektive verhindern. Denn die mitbetroffenen Kinder sind auch von Stigmatisierung und Marginalisierung in den Familien mitbetroffen. Meist sind die jeweiligen Kinder in ihren sozialen Bezügen schon längst latent oder offen stigmatisiert, z.B. durch Verhaltensauffälligkeiten, Verarmung und Marginalisierung der Familien, auffälliges Elternverhalten. Das Angebot generationenübergreifender Hilfen, sei es Therapie, Beratung oder Prävention, kann vielmehr zu Resilienz, gelingendem Coping und damit Entstigmatisierung führen.

Substitution ist ein Problemfeld von vielen, aber ein besonders vernachlässigtes

Kinder substituierter Eltern gehören zu den besonders gefährdeten Problemgruppen (Klein, 2006; Wittchen et al., 2011). Dies zu ändern und ihre Lage zu verbessern, sollte innerhalb des Substitutionshilfesystems gelingen, ist aber bislang kaum beobachtbar. Der Bremische Kindstötungsfall „Kevin K.“ aus dem Jahre 2006 spielte sich im Kontext aus den Fugen geratener Heroinsubstitution der Mutter und deren ebenfalls substituierter Lebenspartner ab. Er zeigt eindrucksvoll das damalige vollständige Versagen der zuständigen Behörden, insbesondere des Jugendamtes und des Amtsvormunds. Dies alles kann zu erheblicher Kindeswohlgefährdung, Kindesvernachlässigung und -miss-

handlung sowie im Extremfall auch Todesfällen führen.

Heroinsubstitution muss mehr sein als Vergabe des Substitutionsmittels, (organ-)medizinische, psychiatrische und sozialarbeiterische Betreuung. Gerade bei substituierten Müttern und Vätern ist die Vorbereitung und Begleitung bezüglich der Elternrolle besonders wichtig, weil sie einerseits aufgrund der verbesserten Sozial- und Gesundheitsprognose eine erhöhte Chance haben, ihr Kind zu behalten, andererseits aber aufgrund der Substitution alleine nicht automatisch kompetentere Eltern werden. Auch der bisweilen nicht unerhebliche komorbide Konsum anderer Substanzen – vor allem Alkohol und Stimulantien – kann ihr Verhalten unberechenbarer und volatiler machen und somit zu Kindeswohlgefährdungen führen. Viele substituierte Eltern entstammen selbst aus suchtkranken und psychisch dysfunktionalen Familien, haben somit kein adäquates Elternmodell erleben können und sind in ihrer Elternrolle unsicher und labil (Kröger et al., 2006). Die Berücksichtigung der Elternrolle und der Kindernöte in betroffenen Familien ist also gerade im Interesse der Betroffenen, um z.B. Traumatisierungen, dysfunktionale Entwicklungen, Kindesentzüge aus den Familien zu vermeiden, und kann die Gesamteffizienz der Suchtbehandlung verbessern. Insofern stellt ein transgenerationaler Ansatz in der Suchthilfe auch einen Beitrag zur notwendigen Integration der Maßnahmen und damit zur integrierten Versorgung dar, auch wenn die entsprechenden Sozialgesetzbücher diese Sichtweise so noch nicht integriert haben.

Frühe Hinweis- und Warnsignale der Kinder als solche erkennen und darauf reagieren lernen

Auf Seiten der von elterlichen Suchtstörungen betroffenen Kinder können eine Reihe früher Hinweissignale als Risikoindikatoren auftreten. Dazu zählen: frühe, oft unbehandelt bleibende Verhaltensauffälligkeiten, zum Beispiel Hyperaktivität, Konzentrationsprobleme, oppositionelles Trotzverhalten, Störungen des Sozialverhaltens, Ängste, sozialer Rückzug, extreme Schüchternheit; Auffälligkeiten im Essverhalten; Tendenz zu exzessiven Verhaltensweisen, insbesondere im konsumatorischen Bereich; frühes ambivalentes Bindungs- und Interaktionsverhalten mit starken emotionalen Schwankungen, auffälliges fremd- oder autoaggressives Verhalten, meist vor dem Hintergrund eigener Gewalterfahrungen (Viktimisierungen) oder häufiger Zeugenschaft bei

Gewalthandlungen im sozialen Nahfeld (zum Beispiel gegen die Mutter). Das Zusammenleben mit einem suchtkranken Elternteil wird von den meisten Kindern als chronisch stresshafter Zustand empfunden, bei dem sie unerwünschten und subjektiv unerklärbaren Unberechenbarkeiten und Instabilitäten in Bezug auf ihre Eltern ausgesetzt sind. Diesen als Stress empfundenen Umweltbedingungen kann das Kind von alleine nicht entfliehen. Es bleiben meist nur dysfunktionale Bewältigungsmuster (z.B. Autoaggression, Hyperaktivität, Regression, Depression), die dem Kind kurzfristig Erleichterung, Aufmerksamkeit oder Zuwendung bringen, langfristig aber dysfunktional wirken.

Für die Familie als Ganzes besteht eine intensivere Exposition gegenüber Stressoren, die oft zu Chronifizierung und Psychopathologie der Mitglieder, besonders der in ihrer Entwicklung vulnerablen Kinder, führen. Dies gilt besonders für Kleinkinder und jüngere Kinder, wie sie bei elterlicher Drogenabhängigkeit häufig anzutreffen sind. Wenn dieser Stress dauerhaft vorherrscht und als nicht veränderbar wahrgenommen wird, ist von Duldungsstress, wenn es zu krisenhaften, unvorhersehbaren, bisweilen traumatischen Ereignissen kommt, von Katastrophenstress auszugehen. Diese beiden Formen von Familienstress (Schneewind, 2010) gelten als besonders schwerwiegend und sind oft nicht erfolgreich zu bewältigen. Im Kontext elterlicher Drogenabhängigkeit sind beide Stressformen erhöht prävalent. Im Unterschied zu elterlicher Alkoholabhängigkeit dominiert der Katastrophenstress. Für die Fachkräfte gilt es in der Interaktion mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen, die oft unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten und Störungssymptome im Sinne einer suchtspezifischen Empathie zu erkennen, richtig zu interpretieren und vor dem Hintergrund elterlicher Suchtstörungen geeignete Hilfen, vor allem in Form von Prävention, pädagogischer Unterstützung, pädiatrischer oder psychologischer Therapien, anzubieten.

Sucht kennt keine Grenzen, das Suchthilfesystem schon. Das muss sich ändern!

Es ist das Wesen süchtigen Verhaltens, dass Entgrenzung herrscht. In den Mengen, den Emotionen, den Handlungsweisen. Auch der Drogenhandel kennt bekanntlich keine Grenzen. Was vielleicht am schwersten wiegt, sind die Entgrenzungen in den Familien. Dies drückt sich in Gewalt, Missbrauch und Parentifizierung, der Übernahme von Elternaufgaben

durch die eigenen Kinder, aus. Auch die Stigmatisierung und Marginalisierung der suchtkranken, insbesondere drogenabhängigen Eltern überträgt sich auf deren Kinder, ohne dass diese eine Abwehrchance hätten. Wenn die Versorgungs- und Hilfesysteme ebenfalls keine Generationengrenzen kennen würden und die jeweils ganze Familie in den Blick nehmen würden, könnte die Reichweite und Effizienz der Hilfen erweitert werden. Therapie und Prävention sollten zusammenwachsen und eine integrierte Versorgung bilden. Das Gegenteil von Entgrenzung in diesem versorgungspolitischen Sinne ist dann Integration, die natürlich wiederum auch Grenzen hat. Diese können aber wesentlich weiter gesteckt werden, als dies bisher der Fall ist. Zum Wohle der Kinder der nächsten Generation, aber auch der Familien, in einem tieferen gesundheitspsychologischen Sinne.

Literatur

- Bodenmann, G. (2016). *Klinische Paar- und Familienpsychologie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M. (2006). Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen. In M. Klein, T. Hoff & A. Pauly (Hrsg.), *Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung* (Bd. 2). Regensburg: Roderer.
- Klein, M. (Hrsg.) (2008). *Kinder und Suchtgefahren: Risiken – Prävention – Hilfen*. Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (2018). Kinder aus suchtblasteten Familien. Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung? *Sozial Extra*, 42 (1), 31-35.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtblasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm*. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M., Thomasius, R. & Moesgen, D. (2017). Kinder suchtkranker Eltern – Grundsatzpapier und Fakten zur Forschungslage. In Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Kinder aus suchtblasteten Familien* (S. 4-26). Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.
- Kröger, C., Klein, M. & Schaunig, I. (2006). Sucht und elterliche Stressbelastung: Das spezifische Belastungserleben in der Kindererziehung von alkoholabhängigen Müttern und substituierten opiatabhängigen Müttern. *Suchttherapie* 7 (2), 58-63.
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 43-89). Göttingen: Hogrefe.
- Schneewind, K. A. (2010). *Familienpsychologie* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G. & Rehm, J. (2011). Zusammenfassung der Ergebnisse der PRE-MOS-Studie. *Suchtmedizin*, 13 (5), 280-286.



Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW),
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)
Wörthstraße 10
D-50668 Köln
suchtforschung@katho-nrw.de

Alkohol und Cannabis in der Schwangerschaft – wenn hedonistischer Konsum an seine Grenzen stößt

Jan-Peter Siedentopf & Manuela Nagel

Abkehr vom Abstinenzparadigma, Legalisierung von Cannabis, individualisierte Suchtmedizin einerseits, weitere Ausbreitung von Crystal Meth, „legal highs“ und E-Zigaretten andererseits. Wo stehen wir, wenn Suchtmittelkonsum und medikamentöse Suchttherapie unmittelbar ein zweites Leben betrifft und möglicherweise lebenslang schwerwiegend beeinträchtigt? Welche Aufgaben haben Hebammen, Pflege und Babylotsen, Neonatologie und Kinderpsychiatrie in diesem Kontext? Wie kann es gelingen, nicht nur hochspezialisierte Ambulanzen, sondern alle Frauenärztinnen und -ärzte zu kompetenten Beratern und Begleitern der Schwangeren zu machen?

Wohl in keinem anderen Themenkomplex der Suchtmedizin führt eine ambivalente Haltung der Betreuenden in einem so großen Maße zur Gesundheitsgefährdung wie bei der Beratung zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft.

Schon Ende des 19. Jahrhunderts führte Féré Versuche an Hühnerembryonen durch, bei denen es durch Alkoholwirkungen zu Wachstumsstörungen und Fehlbildungen kam. In seinem Übersichtsartikel „Ueber die Trunksucht, ihre Folgen und ihre Bekämpfung“ zitiert Baer bereits 1906 verschiedene Erkenntnisse zum Alkoholkonsum der Schwangeren: „Sehr verhängnisvoll scheint (...) die Trunksucht der Mutter für die Lebensfähigkeit der und die Entwicklung der Nachkommenschaft zu sein (...)“. Und weiter: „In einzelnen Teilen Frankreichs, der Schweiz, Norddeutschlands und Österreichs und früher in Schweden wurde die physische Degeneration der zum Militärdienst unbrauchbar befindlichen Jugend vornehmlich auf die in der Bevölkerung herrschende Trunksucht zurückgeführt.“

1865, im wohl bekanntesten Werk Wilhelm Buschs, tritt der in Aussehen und Verhalten typisch an den Folgen von maternalem Alkoholkonsums leidende Moritz in Erscheinung. Zugegeben, das fetale Alkoholsyndrom wird

nicht angesprochen, auch Busch weist nicht auf diesen Zusammenhang hin. Dennoch verfängt das Sujet, ein Weltbestseller ist entstanden – vielleicht auch weil Moritz so allgegenwärtig ist.

Lange davor hat schon Aristoteles (384-322 v. Chr.) gewarnt, dass die Kinder von Trinkern ebenfalls Trinker würden („ebrii giganti ebrios“, zitiert nach Baer). Auch diese Warnung steht nicht explizit im Zusammenhang mit angeborenen Alkoholfolgen, möglicher Weise wird von Aristoteles primär die soziale Vererbung angesprochen.

Wissenschaft und Bevölkerung sind also schon lange gleichermaßen über die Auswirkung von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft im Bilde. Und dennoch ist es offenbar „nicht ganz von dieser Welt“ (Zitat aus einem Feedback-Bogen zu einer Fortbildung über Alkohol in der Schwangerschaft 2018), Schwangeren die komplette Alkoholabstinenz in der Schwangerschaft zu empfehlen.

Auf der Internetseite „Frauenärzte im Netz“ wird berichtet, dass 80 Prozent aller Schwangeren in Deutschland Alkohol konsumieren. Jährlich kämen 2.600 Neugeborene mit dem „Vollbild“ des fetalen Alkoholsyndroms (FAS) und eine gleich große Zahl mit partiellem FAS zur Welt.

Was geht da schief?

Nur selten haben wir es in den Frauenarztpraxen und Schwangerenberatungen mit süchtig Alkohol konsumierenden Schwangeren zu tun. Die Gruppe der an einem Abhängigkeitssyndrom im Sinne des ICD-10 leidenden Schwangeren ist gering, sie stellen zwar eine große suchtmmedizinische Herausforderung dar, betrifft aber nur einen sehr kleinen Teil der alkoholexponierten Schwangerschaften. Bergmann et al. (2006) haben insbesondere die älteren, sozial besser gestellten Schwangeren mit höherer

Bildung als Risikogruppe für Alkoholkonsum identifizierte.

In diese Risikogruppe gehört vermutlich ein großer Teil der Ärztinnen und Ärzte, die Schwangere zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft beraten soll(t)en. Die Solidarisierung mit der Schwangeren, die nicht auf ihren „hedonistischen Konsum“ (ein von Chaim oft bei gemeinsamen Fortbildungen genutzter Begriff) verzichten möchten, liegt nahe. Wir möchten nicht als Spaßverderber auftreten, verbreiten das Stereotyp von der Schwangerschaft, die keine Krankheit ist und suchen in schlecht kontrollierten Studien über die vermeintliche Unbedenklichkeit von geringem Alkoholkonsum unsere Bestätigung (Humphriss et al., 2013).

Dabei stehen wir als Beraterinnen und Berater von Schwangeren auch dem Fetus gegenüber in einer therapeutischen Verantwortung. Klären wir die Schwangere nicht unmissverständlich über das mit *jeglichem* Alkoholkonsum in der Schwangerschaft verbundene Erkrankungsrisiko ihres Kindes auf, übernehmen wir eine (Mit-)Verantwortung, der wir jedoch niemals gerecht werden können.

Nächster suchtpolitischer Meilenstein wird möglicherweise die Legalisierung von Cannabiskonsum werden. Dieser stellt als „illegaler Drogenkonsum“ derzeit noch eine Indikation zum „genaueren Hinsehen“ bei werdenden Müttern und Vätern dar. Im Einzelfall mag es sich um Gelegenheitskonsum handeln, von dem alleine wohl ein wesentlich geringeres Gefährdungspotential als vom Alkoholkonsum ausgeht. Im, nicht ganz seltenen, Zusammenwirken mit Alkoholkonsum droht jedoch eine gewisse Sprengkraft. Zumindest gibt es Beobachtungen, wonach die Kombination von Alkohol mit Cannabis im Tierversuch zu einem massiv gesteigerten Untergang von Gehirnzellen kommt (Hansen et al., 2008).

Bei der Versorgung von Cannabis konsumierenden Schwangeren haben wir zudem immer wieder auch schwer abhängig konsumierende Frauen gesehen, bei denen der Konsum erheblichen Einfluss auf das tägliche Leben hatte und die, wenn überhaupt, nur unter stationären Bedingungen eine Konsumreduktion oder Abstinenz erreichen konnten. Diese Schwangeren haben große Schwierigkeiten, ihren Alltag zu bewältigen. Wie wirkt sich dies auf die Fähigkeit, ein Neugeborenes adäquat zu versorgen, aus? Wie positioniert sich in diesen Fällen das Betreuungssystem, wo doch (zukünftig) ein legaler Konsum vorliegt? Welche Einflüsse wird der (natürlich gut unter Kontrolle befindliche) eigene Konsum der Betreuer spielen? Welches Maß an Wesensveränderung der Eltern können einem Kind zugemutet werden?

An der Betreuung Suchtmittel konsumierender und/oder abhängiger Schwangerer wirken mehrere Professionalitäten mit ihren spezifischen Sichtweisen mit. Das gemeinsame Ziel der Betreuung sollte die maximale Risikoreduktion für die Schwangere, den Verlauf der Schwangerschaft und das sich entwickelnde Kind darstellen. Schon in dieser Forderung wird deutlich, dass die Betreuung von betroffenen Schwangeren eine Haltung erfordert, die sowohl die Bedürfnisse einer konsumierenden – eventuell abhängigen – Frau, einer Schwangeren und die eines sich entwickelnden Kindes (an)erkennt und berücksichtigt.

„Die“ optimale Betreuung oder Versorgung für die Frau, die Schwangerschaft und das ungeborene Kind gibt es wohl nicht. Daher erfordern Behandlungs- und Betreuungskonzepte immer den „Blick über den Tellerrand“, und ein über die eigentliche Professionalität hinausgehend erweitertes Fachwissen. Außerdem ist eine emphatische, nicht stigmatisierende und insbesondere nicht vorwurfsvolle Thematisierung von Substanzkonsum erforderlich, um gemeinsam mit den Schwangeren Verhaltensänderungen oder Therapiekonzepte umsetzen zu können.

Aus Sicht des ungeborenen Kindes spielt die willkürliche Festlegung, ob eine Substanz legal oder illegal ist, keine Rolle. Selbst der mütterliche „Suchtstatus“, also die Frage, ob es sich um süchtigen oder nicht-süchtigen Konsum handelt, ist im Effekt zweitrangig. Einzig die direkten oder langfristigen Auswirkungen der von der Mutter konsumierten Substanz sind von Relevanz.

Dies ändert sich mit der Geburt des Kindes schlagartig. Jetzt kann das Kind einem vermeintlich oder objektiv schädigenden Einfluss entzogen werden. Akzeptanz oder Stigmatisierung, Legalität oder Illegalität eines Konsummusters oder einer konsumierten Substanz kann für den Verbleib bei der leiblichen Mutter entscheidend sein.

Die integrierte suchtmmedizinische Versorgung und Behandlung sollte ebenfalls in diesen Punkten wertfrei sein und die Behandlung und Betreuung entsprechend der medizinischen Ethik präventiv, fürsorglich, gerecht und individuell patientenrespektierend handeln.

Literatur

- Baer, A. (1906). Ueber die Trunksucht, ihre Folgen und ihre Bekämpfung. In E. v. Leyden & F. Klemperer (Hrsg.), *Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts*. VI. Band, 2.

- Abteilung (S. 225-296). Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Bergmann, R. L., Spohr, H.-L. & Dudenhausen, J. W. (Hrsg.) (2006). *Alkohol in der Schwangerschaft*. München: Urban & Vogel.
- Busch, W. (1865). *Max und Moritz, eine Bubengeschichte in sieben Streichen*. München: Braun & Schneider. Online: http://www.deutschestextarchiv.de/book/show/busch_max_1865.
- Flemig, U., Nagel, M. & Siedentopf, J.-P. (2017). *Handlungsempfehlung zum Umgang mit suchtbelasteten Schwangeren und werdenden Familien in geburtshilflichen Kliniken*. Online als pdf-Datei: https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Handlungsempfehlungen_2017_1.pdf
- Frauenärzte im Netz. https://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_haeufige-fragen-alkohol_196.html – Zugriff 23.03.2018.
- Hansen, H. H. et al. (2008). Cannabinoids enhance susceptibility of immature brain to ethanol neurotoxicity. *Ann Neurol*, 64 (1), 42-52.
- Humphriss, R., Hall, A. & May, M. (2013). Prenatal alcohol exposure and childhood balance ability: findings from a UK birth cohort study. *BMJ Open*, 3, e002718.
- Nagel, M. & Siedentopf, J.-P. (2017). *Schwangerschaft – Sucht – Hilfe. Ein Leitaden*. Online als pdf-Datei: https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Schwangerschaft-Sucht-Hilfe_2017.pdf
- Siedentopf, J.-P. (2013). Klüger und geschickter, weil Mama getrunken hat? Was lehren Studien zum niedrig dosierten Alkoholkonsum in der Schwangerschaft? *Z Gebh Neonat*, S 01, (Abstract).
- Siedentopf, J.-P. & Nagel, M. (2017). Versorgung Suchtmittel konsumierender Schwangerer in Berlin. *Frauenarzt*, 58, 12.
- Terplan, M. (2017). Women and the opioid crisis: historical context and public health solutions. *Fertil. Steril*, 108, 195-199.



Dr. med. Jan-Peter Siedentopf

Gynäkologe; Oberarzt, Leiter der Ambulanz für Suchterkrankungen und Infektionen in der Schwangerschaft;
Charité – Universitätsmedizin,
Campus Virchow
jan-peter.siedentopf@charite.de



Manuela Nagel

Dipl.-Sozialpädagogin
Mitautorin mehrerer Auflagen der
„Handlungsempfehlung zum Umgang mit suchtbelasteten Schwangeren und werdenden Familien“.
Charité – Universitätsmedizin,
Campus Virchow

Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst?

Joachim Körkel

Zusammenfassung

Menschen mit einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit – auch Substituierte – konsumieren im Regelfall mehrere Substanzen, die per se (z.B. Zigaretten) oder aufgrund des Mischkonsums (z.B. Heroin plus Benzodiazepine plus Alkohol) neben den erwünschten Wirkungen ein Spektrum abträglicher körperlicher, psychischer und sozialer Folgen aufweisen. Befragt man Suchtkranke, so signalisieren sie bei erstaunlich vielen der von ihnen konsumierten Substanzen Veränderungsbedarf und -bereitschaft, allerdings keineswegs mit Abstinenz als durchgängigem Ziel.

Das *Paradigma zieloffener Suchtarbeit* (ZOS) setzt an dieser Ausgangslage des Multisubstanzkonsums, der hohen Änderungsbereitschaft und der nur partiellen Abstinenzbereitschaft an. Die praktische Umsetzung von ZOS erfolgt in drei Schritten: erstens der systematischen Bestandsaufnahme aller konsumierten Substanzen, zweitens der Abklärung der sub-

stanzbezogenen Änderungsziele (Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung u.a.) und drittens der Anwendung von Behandlungsangeboten, die den substanzspezifischen Zielintentionen der betroffenen Person entsprechen.

Eine systematische Umsetzung von ZOS erfordert i.d.R. grundlegende Veränderungen im Suchtverständnis, Arbeitsansatz und Behandlungsportfolio von Suchthilfeeinrichtungen.

Ausgangsbasis: Suchtkranke und ihre Problemlagen

Menschen mit einer länger bestehenden Suchtmittelabhängigkeit (u.a. Opiatsubstituierte, wohnungslose Alkoholabhängige u.a.m.) weisen häufig ein Bündel körperlicher, psychischer, ökonomischer, sozialer und diverser anderer Beeinträchtigungen als Ursachen und/oder Folgen des Suchtmittelkonsums auf (vgl. Abbildung 1).

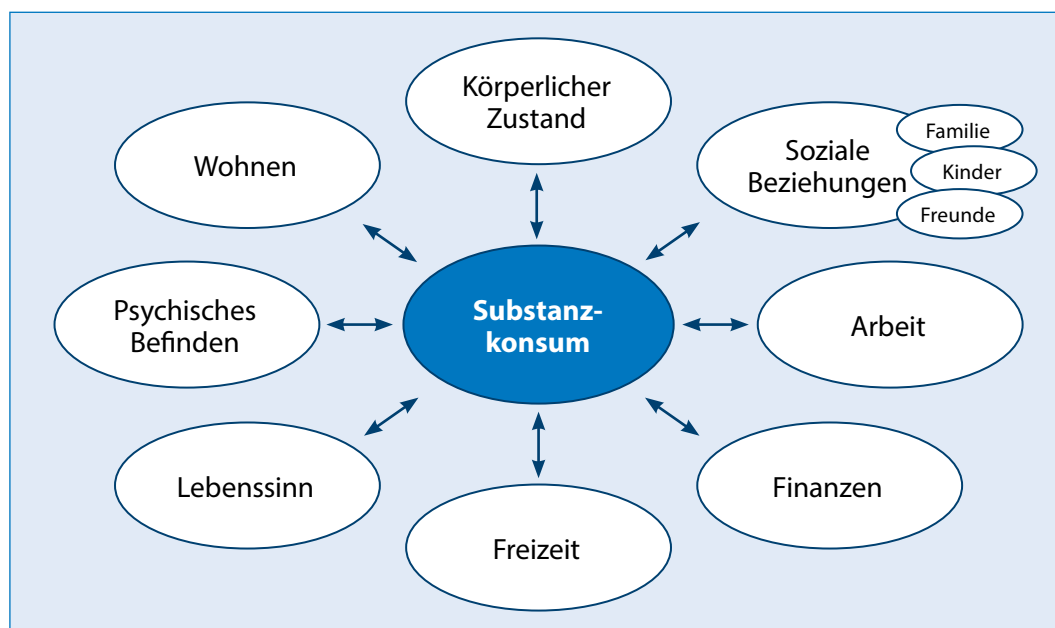


Abbildung 1

Potenziell problembesetzte Bereiche bei langjähriger Suchtbelastung

Diese Beeinträchtigungen erfordern unterschiedliche Hilfen, wie z.B. die Behandlung somatischer Schädigungen/Erkrankungen und psychiatrischer Komorbiditäten, Wohnraumbeschaffung, Schuldenregulierung etc. Gegenstand der folgenden Ausführungen ist ausschließlich die Behandlung des Substanzkonsums, der häufig im Mittelpunkt der diversen Problemlagen steht und ohne dessen Veränderung sich i.d.R. keine nachhaltige Wirkung anderer Hilfen erreichen lässt.

In Bezug auf den Substanzkonsum lässt sich bei Menschen mit langjähriger Suchtbelastung regelhaft folgende, empirisch untermauerte Ausgangssituation feststellen (vgl. z.B. Bäuml et al., 2017; Körkel, 2015; Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier 2011; Körkel, Lipsmeier, Becker & Happel, 2011; Körkel & Waldvogel 2008):

- Nahezu alle dieser Menschen weisen einen problematischen Konsum mehrerer psychotroper Substanzen auf (z.B. Alkohol und Zigaretten; Heroin und Alkohol und Zigaretten und Benzodiazepine etc.).
- Bei unveränderter Fortsetzung des Konsums lässt sich eine weitere Verschlechterung u.a. der gesundheitlichen und sozialen Situation erwarten.
- Die Suchtproblematik (z.B. ein hoher Nikotin- und Alkoholkonsum) wird sich durch eine Veränderung der äußeren Lebensbedingungen (z.B. Aufnahme in eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe) i.d.R. nicht „von alleine“ auflösen, sondern nur dann verbessern, wenn sie aktiv „angegangen“ wird.
- Bei der Mehrzahl suchtbelasteter Menschen ist zumindest bei einigen der konsumierten Substanzen von einer bereits vorhandenen („intrinsischen“), von Außenstehenden oftmals unterschätzten Änderungsbereitschaft auszugehen.
- Die meisten dieser Menschen sind jedoch für ein gänzlich alkohol-, drogen- oder tabakfreies Leben und entsprechende Behandlungen nicht zu gewinnen, weil lebenslange Abstinenz ihren Lebensvorstellungen nicht entspricht, sie damit überfordert sind oder eine Karriere des Scheiterns mit Abstinenzbehandlungen hinter ihnen liegt. Wird eine Abstinenzbehandlung auf äußeren Druck hin begonnen, ist mit zielbedingtem Widerstand („Durchziehen“ der Behandlung ohne Abstinenzbereitschaft), Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen zu rechnen.
- Die angestrebten konsumbezogenen Änderungsziele variieren substanzspezifisch und es ist nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich, dass mindestens zwei der drei

grundlegenden Zielrichtungen (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) bei ein und derselben Person von Relevanz sind. So kann z.B. ein Drogenkonsument Abstinenz bei Crack, Konsumreduktion bei Alkohol (Kontrolliertes Trinken) und Schadensminderung bei Heroin (Injektion von ärztlich verschriebenem Diamorphin statt Straßenheroin) und Tabak (Übergang zur E-Zigarette) anstreben.

Als Folgerung ergibt sich: Bei suchtbelasteten Menschen ist erstens eine Bestandsaufnahme *aller* konsumierten Substanzen erforderlich, zweitens eine Abklärung der substanzbezogenen Änderungsziele und drittens das Vorhalten von Behandlungsangeboten, die ihren Änderungszielen entsprechen.

Der Ansatz der zieloffenen Suchtarbeit knüpft an diese Desiderata an. Er bezieht sich auf alle Arbeitsfelder, in denen sich Menschen mit Substanzkonsumstörungen befinden – neben der Suchthilfe im engeren Sinne auch auf das medizinische und psychotherapeutische Versorgungssystem, die Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe, (sozial-)psychiatrische Einrichtungen, Behindertenhilfe u.a.m.

Zieloffene Suchtarbeit

Begriffsklärung

„Zieloffene Suchtarbeit (ZOS) bedeutet, mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen“ (Körkel, 2014, S. 167).

„Heruntergebrochen“ auf das *alltägliche* Handeln, impliziert dies (Körkel & Nanz, 2016):

1. Die *Thematisierung des Suchtmittelkonsums* wird von einer zieloffen arbeitenden Fachkraft als Bestandteil ihres Arbeitsauftrags verstanden. Beispiel: Die zieloffen arbeitende Mitarbeiterin im betreuten Wohnen und die Kollegin im Kontaktcafé für Drogenabhängige verstehen es als ihre Aufgabe, auch den Tabakkonsum ihrer Klientel (zum geeigneten Zeitpunkt) anzusprechen, wohlwissend, dass viele Drogenabhängige auch zu einer Veränderung ihres Tabakkonsums motiviert sind (Körkel, Becker et al., 2011) und ein Rauchstopp bzw. eine Rauchstoppbehandlung positive Auswirkungen auf die Veränderung des Konsums anderer Substanzen hat (McKelvey et al., 2017). Die gegenteilige Haltung wäre, den Konsum einfach hinzunehmen, etwa aus der Haltung heraus, dass man nicht für Suchtarbeit

zuständig sei (Betreutes Wohnen) oder nur suchtbegleitend arbeite und niemandem „in sein Leben hineinreden wolle“ (Kontaktcafé).

2. Eine zieloffen arbeitende Fachkraft sieht es – weitergehend – als ihre Aufgabe an, den Konsum nicht nur zu thematisieren, sondern mit der betreffenden Person „am problematischen Konsum zu arbeiten“ – also Gespräche zu führen, in denen der Konsum im Mittelpunkt steht, über Interventionen (Behandlungen, Programme) zur Konsumänderung zu informieren und diese sodann durchzuführen bzw. Erfolg versprechend zu überweisen. Ex negativo stellen z.B. die klassischen Angebote niedrigschwelliger Drogenarbeit (Ausgabe von sterilem Injektionszubehör, Betreiben eines Konsumraums etc.) noch keine „Arbeit am Konsum“ dar.
3. Das Ziel der „Arbeit am Konsum“ ist eine *Veränderung des Konsums*. Die Veränderung kann in einer Aufgabe (Abstinenz) oder Reduktion des Konsums oder im Wechsel zu einem für sich selbst oder andere weniger schädlichen Konsum ohne Veränderung der Konsummenge bestehen (Schadensminderung [„harm reduction“]; Heather, 2006).
4. Das Ziel der Veränderung *legt der Klient/die Klientin fest*: Er bzw. sie bestimmt, ob bzw. bei welcher Substanz eine Veränderung gewünscht ist und auf welches Ziel hin (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung etc.) diese erfolgen soll.

Die Vorteile einer solcherart verstandenen Zieloffenen Suchtarbeit sind vielfältig: Sie reichen von der Erhöhung der Erreichungsquote suchtbelasteter Menschen über die Beachtung ethischer Maximen bis zur Verbesserung von „adherence“ und Behandlungserfolg (vgl. im Detail Körkel, 2015; Körkel & Nanz, 2016).

Komponenten zieloffener Suchtarbeit

Sachkundige zieloffene Suchtarbeit erfordert die Umsetzung der in Abbildung 2 zusammengefassten Komponenten.

Zunächst einmal ist ZOS an zwei Voraussetzungen auf Seiten der Fachkraft gebunden, bevor die Arbeit mit KlientInnen überhaupt beginnt (Punkte 1 und 2 unterhalb der gestrichelten Linie in Abbildung 2):

1. Die erste Voraussetzung ist eine *zieloffene Grundhaltung*, die sich durch Offenheit für die Konsumvorstellungen und -ziele der KlientInnen und kein Vorab-Festgelegtsein auf ein bestimmtes Ziel (wie z.B. Abstinenz) auszeichnet. Zu einer solchen Grundhal-

tung gehört etwa die Bejahung von Aussagen wie den Folgenden: „Ich *weiß* letztlich nicht, was für einen Klienten konsumbezogen das Beste ist (abstinenz leben – weniger konsumieren – alles so lassen, wie es ist? ...) – ich habe lediglich eine *Vermutung* diesbezüglich.“ „Es steht jedem Menschen zu, gemäß seinen eigenen Lebensvorstellungen zu leben – auch im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum (sofern er andere dadurch nicht beeinträchtigt).“

2. Bei der Veränderung des Substanzkonsums haben sich lebenslange Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung als die drei zentralen, sinnvollen Zielachsen herausgebildet (vgl. im Einzelnen Körkel & Nanz, 2016). Als zweite Voraussetzung für ZOS sind deshalb *Kenntnisse* der evidenzbasierten Interventionen zum Erreichen von Abstinenz *und* Konsumreduktion *und* Schadensminderung bei alkohol-, tabak- und drogenbezogenen Problemen sowie nicht-stoffgebundenem Suchtverhalten erforderlich – und die *Fähigkeit*, diese Interventionen auch *umsetzen zu können*.

In der praktischen Umsetzung erfolgt ZOS – grundsätzlich *bei jedem Klienten/jeder Klientin* – in zwei Handlungsschritten (Abbildung 2, Punkte 3 und 4 oberhalb der gestrichelten Linie):

3. Gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin wird in einem partnerschaftlichen, „entlockenden“ und an seiner/ihrer Sichtweise interessierten Dialog eine *Zielabklärung* vorgenommen. Dabei wird
 - a) zunächst ein Überblick verschafft, welche Substanzen die Person konsumiert. Anschließend wird

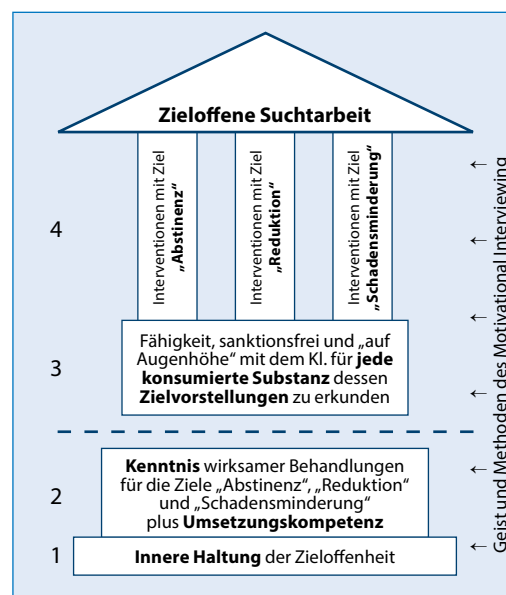


Abbildung 2

Komponenten zieloffener Suchtarbeit

Abbildung 3

Vergleich der „klassischen“
Behandlungsparadigmen
mit dem Paradigma Zieloffener Suchtarbeit

	Abstinenzparadigma	Paradigma Niedrigschwellige Suchtarbeit	Paradigma Zieloffene Suchtarbeit
Innere Haltung, Suchtverständnis, Menschenbild	„Ich als Behandlerin weiß, dass Abstinenz das richtige Behandlungsziel ist.“	„Der Patient weiß am besten, welches Konsumziel für ihn das richtige ist.“	
	„Patient strebt meist auf äußeren Druck hin Abstinenz an (Ziel: intrinsische Motivation aufbauen).“	„Patienten tragen keine Änderungsabsichten in sich und wollen damit in Ruhe gelassen werden.“	„Patienten sind (letztlich) intrinsisch zu Konsumänderung motiviert.“
	„Der Patient soll/muss sich in Richtung Abstinenz verändern.“	„Ich akzeptiere den Patienten wie er ist und übe keinen Änderungsdruck auf ihn aus.“	
Zielfindung	Abstinenz wird als Ziel vorgegeben	Keine systematische Konsumzielabklärung	Konsumziel wird nicht vorgegeben, sondern zieloffen abgeklärt.
Intervention	„Arbeit am Konsum“	Keine „Arbeit am Konsum“	„Arbeit am Konsum“
	Abstinenzorientierte Interventionen	Schadensmindernde Interventionen	Interventionen für alle Zielrichtungen (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung)

- b) erkundet, wie die Person sich den weiteren Konsum „ihrer“ Substanzen vorstellt („ganz aufhören“, „für einige Monate aufhören und dann weitersehen“, „reduzieren“, „nichts verändern“, „weiß es nicht“ usw.).
4. Im nächsten Schritt werden substanzweise dem Änderungsziel entsprechende Interventionen durchgeführt:
 - a) Dem Klienten/der Klientin werden in Art eines Menüs alle *evidenzbasierten Interventionen unterschiedlichen Behandlungsumfangs* (Kurzinterventionen mit/ohne Selbsthilfemanual; ambulante Einzel- oder Gruppenbehandlungen; stationäre Maßnahmen) vorgestellt, die sich bei „seinen/ihren“ Substanzen zum Erreichen der eigenen Ziele eignen: Abstinenzinterventionen, falls Abstinenz bei einer Substanz gewünscht ist, Reduktionsinterventionen beim Ziel einer Konsumreduktion sowie Harm-Reduction-Angebote beim Wunsch einer Schadensminderung.
 - b) Anschließend werden die gewünschten Interventionen durchgeführt – z.B. eine ambulante Einzelbehandlung zum Kontrollierten Trinken (bei Alkoholreduktion als Ziel) und gleichzeitig ein Einzelprogramm für Tabakabstinenz (bei Rauchstopp als Ziel). Um Schnittstellenverluste zu vermeiden, werden die Behandlungen idealerweise von einer Person bzw. zumindest in einer Einrichtung angeboten; falls das nicht möglich ist, wird eine gelingende Weitervermittlung an eine kooperierende Einrichtung angestrebt.

Die Umsetzung aller vier Komponenten zieloffener Suchtarbeit erscheint besonders Erfolg versprechend, wenn sie im Geist („spirit“) und mit den Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“ („Motivational Interviewing“; Miller & Rollnick, 2013) erfolgt.

Vergleich der „klassischen“ Behandlungsparadigmen mit ZOS

Im Gespräch mit „Praktikern“ ist oft zu hören, dass sie bereits zieloffen arbeiteten – ZOS sei nichts Neues. Vertreter niedrigschwelliger Drogenarbeit meinen damit i.d.R., ihrer Klientel nicht paternalistisch zu begegnen und ihr keine Änderungsrichtung „aufs Auge „zu drücken“. Mitarbeitende ambulanter Suchtberatungs- bzw. Suchtbehandlungsstellen bezeichnen ihre Arbeit zuweilen als „zieloffen“, weil sie neben der grundlegenden Abstinenzausrichtung ihrer Angebote auch ab und zu ein (meist kostenpflichtiges!) Gruppenangebot zum kontrollierten Trinken vorhalten.

Derartige Assoziationen von „Zieloffenheit“ entsprechen nur rudimentär dem, was das Paradigma zieloffener Suchtarbeit beinhaltet, nämlich eine grundlegende Art Suchtarbeit tagtäglich „zu betreiben“. Abbildung 3 stellt in *akzentuierter* Form das Suchtverständnis und die Arbeitsweise von Abstinenzeinrichtungen, Harm-Reduction-Angeboten und Einrichtungen mit zieloffener Ausrichtung gegenüber.

- Im Hinblick auf *innere Haltung, Suchtverständnis und Menschenbild* gibt es deutliche Parallelen zwischen den Paradigmen niedrigschwelliger und zieloffener Suchtarbeit. Beide sind durch eine grundlegende Akzeptanzorientierung gekennzeichnet. Sie

gehen davon aus, dass es in KlientInnen ein Empfinden und Wissen gibt, welches Veränderungsziel (Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung etc.) für sie (derzeit) das richtige ist. Dies wird in der niedrigschwelligen und zieloffenen Suchtarbeit respektiert und deshalb kein Veränderungsdruck auf die Klientel ausgeübt. Bei ZOS wird aber anders als in niedrigschwelliger Suchtarbeit empiriegestützt davon ausgegangen, dass suchtblastete Menschen von sich aus („intrinsisch“) motiviert sind, Konsumänderungen vorzunehmen (vgl. z.B. Körkel, Becker et al., 2011). Mit anderen Worten, ZOS wird unterstellt, dass eine Thematisierung des Konsums aller Substanzen von KlientInnen erwünscht ist und keine unerbetene Einflussnahme darstellt.

Im Suchtverständnis und Menschenbild niedrigschwelliger und zieloffener Suchtarbeit gibt es diametrale Unterschiede zu der ausschließlich auf Abstinenz ausgerichteten Suchthilfe, die oft paternalistische Züge trägt („Ich weiß, was für Sie am besten ist: Abstinenz“, „Der Klient soll/muss Abstinenz anstreben“) und nicht selten mit Druck arbeitet („Wenn Sie keine Abstinenzbehandlung beginnen, dann ...“).

- Die drei Behandlungsparadigmen unterscheiden sich deutlich in Bezug auf das

Herausfinden des Ziels, auf das hin eine Änderung angestrebt werden soll. Im Abstinenzparadigma ist Abstinenz als einzig mögliches Ziel gesetzt, im Harm-Reduction-Ansatz ist methodisch keine systematische Zielabklärung vorgesehen (schon gar nicht für die verschiedensten konsumierten Substanzen). Demgegenüber wird beim Arbeitsansatz zieloffener Suchtarbeit strukturiert (z.B. mittels eines Kartensatzes zur Konsum- und Zielabklärung, vgl. Abbildung 4) für alle Suchtstoffe und zentralen stoffungebundenen Suchtverhaltensweisen abgeklärt, welches Ziel der Klient bei jeder „seiner“ Substanzen anstrebt.

- Schließlich gibt es Unterschiede zwischen den drei Behandlungsparadigmen dahingehend, *ob und wie an einer Konsumänderung gearbeitet wird*. Im Abstinenzansatz wie dem der ZOS wird systematisch an einer Veränderung des Konsums gearbeitet, während dies in vielen niedrigschwelligen Arbeitsfeldern, in denen der Konsum „akzeptiert“ bzw. hingenommen wird, nicht der Fall ist. Aus Sicht der ZOS bleibt die existierende niedrigschwellige Suchtarbeit damit konzeptionell wie praktisch durch ihre Beschränkung auf Angebote der Schadensminderung „auf halber Strecke stecken“, da sie verkennet, dass Drogenabhängige ein eigenes Interesse an Konsumreduktion/-abs-



Abbildung 4

Kartensatz zur systematischen Konsum- und Zielabklärung (Auszüge; Körkel & Nanz, 2017)

tinenz haben – also bereits intrinsisch dazu motiviert sind, ihren Konsum zumindest bei einigen der von ihnen konsumierten Substanzen zu reduzieren oder ganz Abstand davon zu finden (s.o.).

In der Art der *eingesetzten Behandlungsprogramme* bzw. *Interventionen* unterscheiden sich alle drei Paradigmen: Abstinenzbehandlungen setzen nur abstinenzorientierte Programme/Therapien ein, in der niedrigschwelligen Suchtarbeit beschränkt man sich auf Harm-Reduction-Angebote und beim Ansatz zieloffener Suchtarbeit kommen – je nach substanzbezogenem Ziel des Klienten/der Klientin – Interventionen für die Zielrichtungen Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung zum Einsatz.

Implikationen einer zieloffenen Behandlungsausrichtung

Folgen für unterschiedliche Arbeitsfelder

Die Umsetzung zieloffener Suchtarbeit stellt alle Arbeitsfelder vor die Herausforderung,

- ihre innere Haltung, ihr Menschenbild sowie ihr Suchtverständnis in Bezug auf ihre Klientel zu reflektieren (z.B. die Annahme, Abhängige könnten nicht kontrolliert Alkohol/Tabak/illegale Drogen konsumieren, zu überprüfen) – auch im Lichte des aktuellen Forschungsstandes;
- von einem Multisubstanzkonsum der Klientel auszugehen und sich für diesen als zuständig zu betrachten;
- die konsumierten Substanzen und Änderungswünsche systematisch abzuklären;
- Abstinenz- und Reduktionsbehandlungen wie auch schadensminimierende Angebote für die Palette der verschiedenen Problemsubstanzen und nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltensweisen vorzuhalten.

Arbeitsfeldspezifisch ergeben sich die folgenden zentralen Herausforderungen:

Ambulante Suchthilfe (Suchtbehandlungsstellen, Fachambulanzen etc.)

- Für die Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesektors ergibt sich angesichts des Multisubstanzkonsums der Klientel die Notwendigkeit, die Konzentration auf eine einzige Substanz (z.B. Alkohol) oder Substanzklasse (z.B. illegale Drogen) aufzugeben und sich als Kompetenzzentren für alle

stoff- und nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltensweisen zu verstehen.

(Teil-)Stationäre Suchtbehandlung (Fachkliniken, Adaptionseinrichtungen, Betreutes Wohnen etc.)

- (Teil-)Stationären Einrichtungen stellt sich prioritär die Herausforderung, ein sanktionsfreies Setting zu schaffen, um PatientInnen zu einer freien Bekundung ihrer Ziele für alle von ihnen konsumierten Substanzen einzuladen und mit interessierter Neugier diese Zielvorstellungen zu erkunden.
- Streben PatientInnen für die Zeit nach der Entlassung keine Abstinenz, sondern etwa Konsumreduktion (z.B. von Alkohol) an, ist Abstinenz aber während der Behandlung vorgeschrieben, ergibt sich der Bedarf, an Inhalte und Aufbau der Programme zum kontrollierten Konsum in Form von „Trockenübungen“ (im Beispiel also ohne tatsächlichen Alkoholkonsum) und eine anschließende ambulante Reduktionsbehandlung heranzuführen (Modell „Kombibehandlung“). Auf diese Weise können PatientInnen lernen, was (Selbst-)kontrollierter Konsum genau bedeutet und wie er ambulant umgesetzt werden kann.
- Für in der Einrichtung tolerierte Suchtsubstanzen – i.d.R. ist das Tabak – ergibt sich der Bedarf, Abstinenzzielbehandlungen (Ziel Rauchstopp), Reduktionsbehandlungen (Ziel selbstkontrolliertes, reduziertes Rauchen) und schadensminimierende Maßnahmen (Umstieg auf E-Zigarette) vorzuhalten. Nur beispielhaft sei hier angeführt, dass trotz hoher Änderungsmotivation von Rauchern (s.o.) die Implementierung von Rauchstoppprogrammen in US-amerikanischen Suchteinrichtungen ausgesprochen gering ist (Knudsen, 2017); im deutschsprachigen Bereich dürfte das nicht anders sein, schon gar nicht in Bezug auf reduktionsorientierte (reduziertes Rauchen) und schadensmindernde Maßnahmen (E-Zigarette).
- Weitergehend ist es – wenn innere Haltung, Suchtverständnis, ethische Fundierung, Behandlungskonzeption und Kostenträgerschaft „stimmen“ – auch möglich, das Praktizieren eines Kontrollierten Konsums in einen stationären Alltag einzubetten. So ist es in dem bei St. Gallen gelegenen soziotherapeutischen „Wohnheim Sonnenburg“ (www.sonnenburg.ch) gut etablierte und im Rahmen eines gelebten Qualitätssicherungsprogramms fundierte Praxis, dass mit chronisch alkoholabhängigen Bewohnern

die Umsetzung kontrollierten Trinkens im stationären Alltag besprochen, vereinbart und ohne Probleme praktiziert wird – und sich dies bemerkenswerterweise auch im Zusammenleben mit alkoholabstinenten Bewohnern als unproblematisch erweist (vgl. Rast, 2016).

Niedrigschwellige Suchthilfe

- Für die niedrigschwellige Suchthilfe stellt die „Arbeit am Konsum“ den zentralen Neuausrichtungsbedarf dar, also das systematische In-Augenschein-Nehmen der konsumierten Substanzen, das Abklären von Änderungswünschen sowie, ergänzend zu Harm-Reduction-Angeboten, das Vorhalten von Abstinenz- und Reduktionsinterventionen.

Sozialpsychiatrische Hilfen, Wohnungslosenhilfe, Straffälligenhilfe, Behindertenhilfe u.a.

Für nicht primär suchtbetragene Arbeitsfelder bestehen die zentralen Herausforderungen darin,

- die Arbeit am Suchtmittelkonsum als integrale Aufgabe der eigenen Arbeit zu verstehen und sich dafür die notwendigen Suchtbehandlungs Kompetenzen anzueignen;
- auf Veränderungen des Substanzkonsums hinzuarbeiten (Richtung Reduktion, Abstinenz oder Harm Reduction), soweit dies im einrichtungsbezogenen Rahmen möglich ist;
- funktionierende Kooperationen mit spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen aufzubauen.

Folgen für die Transformation der Suchthilfe

Zur Umsetzung von ZOS ist träger- und einrichtungsbezogen eine systematische *Implementierung* von ZOS erforderlich, d.h. ein professionell begleiteter Prozess der Team- und Organisationsentwicklung, der unter Einbindung der Entscheidungsträger und Mitarbeiterschaft auf strukturelle Veränderungen abzielt und deutlich über Fortbildungen für Mitarbeitende hinausgeht (vgl. Nanz, 2015).

Dieser erfahrungsgemäß mehrjährige, u.a. vom Caritasverband für Stuttgart e.V. begangene Transformationsprozess (Bühler, 2015; Obert

& Pohlner, 2016) beinhaltet die folgenden Komponenten:

- Auseinandersetzung mit dem einrichtungsinternen Suchtverständnis,
- Personalentwicklung (Mitarbeiterschulungen) zur Aneignung von Behandlungskompetenzen in allen drei Zielarmen (Abstinenz- und Konsumreduktionsbehandlungen sowie schadensmindernde Interventionen),
- Überarbeitung der Behandlungskonzeption,
- Veränderung von Arbeitsprozessen (z.B. standardmäßige, systematische Konsum- und Zielabklärung im Rahmen der Eingangsdiagnostik),
- Erweiterung der Behandlungsoptionen (Vorhalten unterschiedlich intensiver Interventionen zum Erreichen von Abstinenz, Reduktion oder Schadensminderung),
- Darstellung des zieloffenen Arbeitsansatzes in der (Fach-) Öffentlichkeit,
- Sicherung der Nachhaltigkeit von ZOS.

Politische Implikationen

Um einen Transformationsprozess in Richtung ZOS erfolgreich durchzuführen, bedarf es Fortschritte auf unterschiedlichen Ebenen:

- In der *Suchtforschung* sollten die Forschungsergebnisse zu alternativen Veränderungszielen als dem der Abstinenz rezipiert und frei von Ideologien aufbereitet werden.
- Die Vermittlung des State-of-the-Art zu Reduktionsbehandlungen/schadensmindernden Behandlungen sollte in akademischen *Grundausbildungen* und suchtbetragenen *Aus- und Fortbildungen* einen festen Platz einnehmen.
- In der *Sucht- und Drogenpolitik* sollten Konsumreduktion und Schadensminderung als der Abstinenz gleichwertige Behandlungsziele eingestuft und entsprechend (fach-) öffentlich positioniert werden.
- Die *Kosten- und Leistungsträger*, von Rentenversicherungen über Krankenkassen bis zu Bezirken und Kommunen, sollten sich gegenüber Konsumreduktionsbehandlungen und schadensmindernden Maßnahmen öffnen und diese ebenso regelfinanzieren wie Abstinenzbehandlungen.
- Die *Träger und Einrichtungen der Suchthilfe* sollten sich mit den aktuellen Forschungsergebnissen zu Konsumreduktions- und schadensmindernden Ansätzen auseinandersetzen, ihre oftmals abstinenzzentrierte Grundausrichtung hinterfragen, ihre Mitarbeitenden in der Durchführung sowohl von

Abstinenz-, als auch Reduktions- und schadensmindernden Behandlungen kompetent machen und eine systematische Weiterentwicklung ihrer Hilfen in Richtung ZOS vornehmen.

- Im Rahmen der *Suchtselbsthilfe* sind zukünftig Angebote auch für Menschen, die das Ziel einer Konsumreduktion anstreben bzw. sich bei erreichter Reduktion stabilisieren möchten, wünschenswert.

Zeichen eines Wandels

Anzeichen eines Paradigmenwechsels in Richtung Zieloffenheit sind erkennbar:

- Nicht nur in der europäischen (van Amsterdam & van den Brink, 2013), sondern auch US-amerikanischen wissenschaftlichen Literatur wird zunehmend für Veränderungsziele abseits der Abstinenz plädiert (z.B. Witkiewitz, 2013). Selbst das US-amerikanische Gesundheitsministerium vertritt inzwischen die Sichtweise, dass „it's best to determine individual goals with each patient“ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007, S. 13).
- Für den medizinischen Bereich ist der „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie“ (Anlage III, Nummer 2) aus dem Jahr 2014 richtungsweisend, wonach in Deutschland bei Alkoholabhängigen prinzipiell auch Medikamente zur Trinkmengenreduktion verschreibungsfähig sind.
- In den letzten Jahren wurden diverse einrichtungsbezogene Fachtagungen zum Thema der zieloffenen Suchtarbeit durchgeführt und drei Verbände haben auf ihren Jahrestagungen 2015 bzw. 2016 die Abstinenz „auf den Prüfstand gestellt“ (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe [„Viel hilft viel – ist Abstinenz noch wichtig?“]; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [„Abstinenz – Konsum – Kontrolle“]; Fachverband Sucht [„Abstinenz als modernes Therapieziel!“]).
- Nicht-abstinenzbezogene Behandlungsziele finden unter Fachkräften zunehmend Zustimmung – nicht nur im Ausland (Körkel, 2015), sondern auch in Deutschland (Drinkmann & Lettl, 2015).
- Einzelne Träger haben Schritte unternommen, ihre Angebote für Menschen mit (ausschließlicher) Suchterkrankung oder (zusätzlicher) psychischer Erkrankung und/oder Wohnungslosigkeit in ein zieloffenes Behandlungssystem zu transformieren. In Deutschland sind hier zuvorderst der Caritasverband für Stuttgart e.V. (Bühler, 2015; Obert & Pohlner, 2016), die Karlshöhe Ludwigsburg und der Katholische Männerfürsorgeverein München zu nennen, in der Schweiz u.a. das erwähnte „Wohnheim Sonnenburg“.

Um einen breiten Wandel in Richtung Zieloffenheit des Suchtbehandlungssystems zu vollziehen, bedarf es weiterer Veränderungen auf vielen Ebenen. Dann könnte es möglich werden, die Inanspruchnahme von Suchtbehandlung zu fördern, Behandlungserfolge zu optimieren und Behandlungskosten zu senken – und den Betroffenen systembedingte „Seinsvermiesungen“ (Marquard, 1986, S. 50) zu ersparen.

Literatur

- Bäumel, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G. & Jahn, T. (2017). *Die SEEWOLF-Studie: Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Bühler, S. (2015). *Verabschiedung von der Abstinenz als Königsweg. Eine empirische Studie über den Organisationsentwicklungsprozess zur Implementierung Zieloffener Suchtarbeit beim Caritasverband für Stuttgart e.V.* Unveröff. Masterthesis. Evangelische Hochschule Freiburg i. Br.
- Drinkmann, A. & Lettl, B. (2015). Die Akzeptanz von kontrolliertem Konsum als Behandlungsziel unter Suchthilfefachkräften in Bayern. *Suchttherapie*, 16, 82-89.
- Heather, N. (2006). Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems. *Addiction Research & Theory*, 14, 7-18.
- Knudsen, H. K. (2017). Implementation of smoking cessation treatment in substance use disorder treatment settings: A review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43, 215-225.
- Körkel, J. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15, 165-173.
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61, 147-174.
- Körkel, J. (2017). Kontrolliertes Trinken. Viele Wege führen nach Rom – oder in andere schöne Städte. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 47, 18-22.
- Körkel, J., Becker, G., Happel, V. & Lipsmeier, G. (2011). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe*. Abschlussbericht für das Drogenreferat der Stadt Frankfurt a. M.

- Körkel, J., Lipsmeier, G., Becker, G. & Happel, V. (2011). Multipler Substanzkonsum bei Drogenabhängigen: Bestandsaufnahme – Behandlungsimplicationen. *Sucht aktuell*, 18, 49-54.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2016). Das Paradigma zieloffener Suchtarbeit. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES-Bundesverband (Hrsg.), 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016* (S. 196-204). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2017). *Kartensatz zur systematischen Konsum- und Zielabklärung*. Nürnberg: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung an der Evangelischen Hochschule Nürnberg.
- Körkel, J. & Waldvogel, D. (2008). What shall we do with the drunken drug addict? Eine Studie zum Alkoholkonsum Drogenabhängiger. *Suchttherapie*, 9, 72-79.
- Marquard, O. (1986). Zur Diätetik der Sinnerwartung. Philosophische Bemerkungen. In O. Marquard (Hrsg.), *Apologie des Zufälligen* (S. 33-53). Stuttgart: Reclam.
- McKelvey, K., Thrul, J. & Ramo, D. (2017). Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addictive Behaviors*, 65, 161-170.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change*. New York: Guilford.
- Nanz, M. (2015). *Die Umsetzung von Sozialen Innovationen in der Praxis am Beispiel der Implementierung Zieloffener Suchtarbeit*. Unveröff. Masterthesis. Evangelische Hochschule Nürnberg.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2007). *Helping patients who drink too much: A clinician's guide* (NIH Publication No. 07-3769, 2005 edition, reprinted May 2007). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Obert, K. & Pohlner, S. (2016). Im eigenen Rhythmus den Konsum reduzieren. *Neue Caritas*, 17, 15-17.
- Rast, M. (2016). „Zieloffene Suchtarbeit“ in einer Langzeit-Wohneinrichtung. *SuchtMagazin*, 42, 39-43.
- van Amsterdam, J. & van den Brink, W. (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 987-997.
- Witkiewitz, K. (2013). “Success” following alcohol treatment: Moving beyond abstinence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37 (Suppl 1), E9-E13.



Prof. Dr. Joachim Körkel

Professor an der Evangelischen Hochschule
Nürnberg
Leiter des Instituts für innovative Sucht-
behandlung und Suchtforschung (ISS)
Bärenschanzstraße 4
D-90429 Nürnberg
joachim.koerkel@evhn.de

Zwischen Utopie und Dystopie – zurück zu den Anfängen

Heribert Fleischmann

Utopie und Dystopie – ein dialektisches Verhältnis?

Als Utopie gilt eine fiktive ideale Gesellschaftsordnung mit erwünschten „positiven“ Merkmalen – erwünscht und positiv in wessen Sinn, fragt man sich. Platons „Der Staat“ (um 408 v. Chr.) war ein früher Entwurf, Thomas Morus „Utopia“ (1516) der Namensgeber. Doch wer möchte dort leben: Sind es nicht im Gewande der Gutheit auftretende Dystopien? Was unterscheidet Utopie von Dystopie? Aldous Huxleys „Brave New World“ (1932) griff noch auf die chemische Droge „Soma“ zurück. George Orwells „1984“ war 1949 ein Zukunftsentwurf in die heutige Zeit: Hier geht es bereits um die Droge „Information“, heute in der Form von „Fake News“ und „alternativen Wahrheiten“. Beide Szenarien sind Prototypen von Dystopie. Aktuelle Gedankenwelten von Wissenschaftlern skizzieren dagegen Szenarien, die eher nicht als Utopien, sondern als Realitäten gemeint sind (Harari, 2017; Tegmark, 2017).

Das als Kontinuum zu verstehende Gegensatzpaar „Utopie – Dystopie“ ist ohne das Gegensatzpaar „Freiheit – Kontrolle“, beides Grundbedürfnisse, nicht denkbar: Freiheit „lässt das Leben explodieren, aber in Angesicht des Todes“, „Kontrolle lässt das Leben weitergehen, aber ist weniger Leben“ (Metz & Seeßlen, 2017); beides erinnert fatal an Drogenwirkungen. Uneingeschränkte Freiheit ist ein utopischer Wunsch, Kontrolle in seiner totalen Form eine dystopische Diktatur. In diesem Spannungsverhältnis bewegt sich Drogenkonsum. Freiheit und Kontrolle stehen zueinander in einem dialektischen Verhältnis, keines kann ohne das Andere. Und zu beiden haben wir ein höchst zwiespältiges Verhältnis.

Wir kommen zum dritten Gegensatzpaar: das Individuum als „Einzelgänger mit seiner Lust auf (grenzenlose) Freiheit“ und die Solidargemeinschaft der sozialen Gruppe, das Individuum als Zoon politikon, als soziales Wesen, mit der „notwendigen Lust auf Kontrolle“ (Fuchs, 2017; Metz & Seeßlen, 2017), das den

Einzelgänger – auch den (Drogen konsumierenden) Fremdartigen – ausschließt, wenn er sich zu sehr als Egoist erweist und nicht zu Opfern den jeweils anderen gegenüber bereit ist.

Was hat das mit Drogen zu tun? Die Droge ist ein „großes Freiheitsversprechen“ und gleichzeitig die Illusion, „alles unter Kontrolle zu haben“ (Metz & Seeßlen, 2017). Zugleich ahnt der Konsument das Risiko der Abhängigkeit, die den Rest des Lebens kontrolliert. Das ist letztlich die Macht, die größer ist als man selbst¹, denn „was kontrollieren kann ist größer als das Kontrollierte“ (ebd.).

Auch Freiheiten und Kontrollen können zur Sucht werden, womit wir auf der Ebene des Staates und der „technologischen Evolution“ sind. Internet und darauf aufbauende Informationstechnologien versprechen (Informations-) Freiheit (Ash, 2016). Transnational agierende Firmen der digitalen Welt kontrollieren bereits die Realität und zwingen sie in ihrem kommerziellen Sinne, ähnlich mafiöser Drogenkartelle in der analogen Welt der chemischen Selbstbeglückung. Diese Formen von Herrschaft sind auch dysfunktionalen Gesellschaften eigen, die wir in unserer eigenen Geschichte kennen und wozu es aktuelle politische Beispiele von ganz neuer Qualität gibt. Verlässlich gehaltene Demokratien verspielen durch intern und extern gesteuerte Desinformationskampagnen Vertrauen, während Diktaturen mit minuziöser Überwachung ihrer Bürger unkritisch zugejubelt wird. Individuelle Freiheit und Nonkonformität sind jedoch nur um den Preis der Einschränkung und Reglementierung zu haben, was wir im idealen Falle als Zivilisation und Kultur wahrnehmen, im Exzess jedoch als dystope Verwerfung. Sowohl Freiheit von Drogen als auch Freiheit zu Drogen entpuppen sich als perfekte Kontrolle: Beides steht im Widerspruch zu unserem biologischen Unterbau und soziokulturellen Überbau.

¹ Anonyme Alkoholiker: Das blaue Buch. 1. rev. Auflage 2016. www.anonyme-alkoholiker.de/blaues-buch-pdf/

Biologische Evolution

Die biologische Evolution hat uns in einem Jahrtausenden dauernden Anpassungsprozess mit Rezeptoren für endogene Liganden und exogene Stoffe ausgestattet, die das Überleben mit dem Ziel „Fortpflanzung“ optimieren. Diese beeinflussen über komplexe molekularbiologische Homöostaseprozesse das Gefühlsleben, die soziale Interaktionsfähigkeit und damit das Wohlbefinden (Damasio, 2017; Fuchs, 2017; Sapolsky, 2017). Der dafür zuständige Informationsspeicher „DNS“ umfasst gerade ein GB. Dieser passt sich ausgesprochen träge und in großen Zeiträumen durch Mutation und Selektion an. Zur Feinjustierung dieser homöostatisch geregelten Stoffwechselvorgänge tragen molekularbiologisch gespeicherte, zeitnahe soziale Umwelteinflüsse bei. Es handelt sich um Gen-Umwelt-Interaktionen, die auf wiederkehrenden perinatalen Prägungen und transgenerationaler Epigenetik beruhen (Spork, 2017). Einflüsse von Drogenkonsum sind kaum erforscht.

Zu den Existenz sichernden Systemen im Dienste der Reproduktion gehören u.a. Sicherstellung der Nahrungsaufnahme, der Wasser- und Mineralienzufuhr, der Gefahren- und Risikodetektion, der Beweglichkeit, der Regeneration und der Verfügbarkeit von Information. Diese Systeme unterliegen Regelungsprozessen mit Hemmungs- und Verstärkungsmechanismen auf der neuro- und molekularbiologischen Ebene. Gefühle des Wohlbefindens und Missempfindungen signalisieren uns den jeweiligen Status.

Kennzeichen dieser Prozesse ist das Management von Ressourcenknappheit, d.h. sie dienen der Optimierung der Versorgung des Organismus, z.B. Nahrungsaufnahme maximieren, Risiken minimieren usw. Regelungsgrößen sind bspw. Zucker, Natrium, Substanzen, die bei Bedrohung oder Zellschädigung frei werden oder für Ruhe/Erholung/Schlaf sorgen und Sicherstellung des Informationsbedarfs, ebenfalls ein Grundbedürfnis. Dafür haben wir auf der Körperebene Messfühler und auf psychischer Ebene dazugehörige Gefühle wie Hunger, Durst, Angst, Schmerz, Müdigkeit, Neugier, Wissenshunger, Zeit haben. Gefühle steuern letztlich unseren Organismus (Damasio, 2017; Fuchs, 2017; Sapolsky, 2017).

Evolutionsbiologisch war es von Vorteil, auch die exogene Zufuhr von Analoga der endogenen Liganden nutzen zu können, was bei der Entwicklung von Arzneimitteln genutzt wird. Kritisch ist lediglich die Größenordnung der Zufuhr. Bei der „Kulturdroge Alkohol“ wirken viele Faktoren zusammen. Alko-

hol als „dirty drug“ interagiert über mehrere neuronale Rezeptorsysteme psychotrop. Seine Nutzung war aufgrund der Toxizität als Zellgift bis vor etwa zehn Millionen Jahren stark eingeschränkt. Damals hat eine Mutation des Gens ADH4 die gemeinsamen Vorfahren der Menschen und einiger Menschenaffen in die Lage versetzt, zuckerhaltige vergorene Früchte als Nahrungsmittel energetisch zu nutzen (Carrigan, 2014; Lieberman, 2015). Damit stand ein breiteres Nahrungsspektrum zur Verfügung, von dem insbesondere sich am Boden bewegende Hominiden profitierten. Aufgrund dieser ADH-Mutante konnte nach Beginn der systematischen Getreidenutzung, vermutlich noch vor dem gezielten Anbau, sogar vergorenes, d.h. ansonsten verdorbenes Getreide als Energielieferant genutzt werden, was nach Ansicht von Paläoanthropologen noch vor der Erfindung des Brotbackens stattfand (Carrigan, 2014; Kaube, 2017). Mengenmäßig war dies zu Beginn der Nutzung dieser Kulturtechniken sehr beschränkt.

Dass der Mensch im Rahmen der kulturellen Koevolution (Wilson, 2013) das Energie liefernde „Abfallprodukt Alkohol“ auch in der Funktion „soziales Schmiermittel“, da als soziales Wesen (über)lebend, entdeckte und nutzte, ist nur naheliegend. Jeglicher Konsum psychoaktiver Substanzen dürfte nach der Multilevel-Selektionstheorie sowohl auf der Ebene der Gruppen- als auch der Individualektion vorteilhaft sein: Im Rahmen des sozialen Zusammenlebens fördert frei gewählter Konsum die Geselligkeit, die Kommunikation und die Eusozialität. Es handelt sich um einen Überlebensvorteil der Gruppe (ebd.). Unter dem Gesichtspunkt der Individualektion dürfte es darüber hinaus vorteilhaft sein, wenn bspw. eine genetisch erhöhte Stressvulnerabilität reduziert wird. Zu den positiven Zweckerwartungen an Drogen gehören Spaßhaben, Kontaktfreudigkeit, Glücksgefühle, Erwartung aufregender Erlebnisse, Bewältigung von Frust, Spannungsreduktion, Regulierung negativer Affekte (Smith, 1999).

Die Vorteile auch anderer, auf lebensnotwendige Systeme einwirkender „Drogen“, z.B. der Opiate (u.a. Sicherstellung der Beweglichkeit über Schmerzreduktion), der Benzodiazepine (Förderung von Erholung, Regeneration, Schlaf), der wie Katecholamine wirkenden Drogen (Aktivierung, „Notfall-/Stressreaktion“), der (endogenen) Cannabinoide (?) usw. sind evident, zumindest zu vermuten oder bedürfen weiterer Forschung (ebd.).

Kulturelle Koevolution

Die biologische Evolution hat keine Kontrollmechanismen für übermäßigen Konsum von Drogen entwickelt. Dafür bestand in der Vorgeschichte der Menschheit keine Notwendigkeit, denn Drogen standen nur in notwendiger Form und Menge in kontrollierten Settings zur Verfügung (ebd.). Nun aber entwickelte sich die Menschheit seit der neolithischen Revolution schneller als biologische Anpassungsmechanismen greifen. Das Gehirn mit einem ca. 100 Terabyte umfassenden Informationsspeicher wurde zum Träger der Evolution (Korte, 2017; Spork, 2017). Dieses kann sich schnell und flexibel anpassen. Sprachliche Fähigkeiten als „vokale Kontaktpflege“ (Kaupe, 2017) und „Klatschen“ (Carrigan, 2014) sowie später schriftliche Aufzeichnungen ermöglichten die Nutzung kollektiver Speicherung und Tradition von Information. Der Mensch lernte, die natürlichen Mechanismen zu manipulieren und auch exogene Liganden und Techniken anzuwenden.

So transzendiert die kulturelle Koevolution die biologische; sie schafft Freiheit von naturgegebenen Zwängen wie Ressourcenknappheit; ja sie schafft Überfluss. Natürliche Selektion kann uns an kulturell verursachte Risiken nicht schnell genug anpassen. Neue Konsummöglichkeiten schaffen die Grundlage für neuartige Krankheiten.

Die moderne Medizin, ebenfalls eine kulturelle Leistung, zielt in der Regel nur auf die Beseitigung der Symptome des übermäßigen Konsums von Drogen, aber auch Zucker, Natrium, Information, was nicht selten einen Teufelskreis in Gang setzt. Es werden nicht die Ursachen der kulturellen Leistung „Übersversorgung“ beseitigt, sondern durch eine weitere kulturelle Leistung werden Symptome des Konsums gemindert oder beseitigt. Dieser Vorgang wird Dysevolution genannt, da der biologischen Anpassung entgegengesetzt (Lieberman, 2015; Wheelwright, 2015).

Verdeutlicht am Beispiel des Zuckers (eine „Droge“ par excellence) mit der Komplikation Diabetes mellitus wird Folgendes klar (Lieberman, 2015; Wheelwright, 2015): Biologisch angepasst sind wir an Zuckerknappheit und einen Bewegungsradius von täglich ca. zwölf Kilometer. Kulturell verursachter Überschuss an Zucker und Bewegungsmangel begünstigt die Krankheit Diabetes mellitus. Die Behandlung mit Antidiabetika macht die Motivierung zur Lebensstiländerung, nämlich diätetische Minimierung des Zuckerkonsums kombiniert mit einer Maximierung von Bewegung überflüssig. Medizinischer Fortschritt als Teil der kulturellen Evolution läuft so der evolutionären biolo-

gischen Anpassung zuwider. Lebensstiländerung statt medikamentöse Versorgung wäre die zielführende Intervention und würde eher zur Lösung des Problems beitragen.

Ähnliche Mechanismen können auch für Systeme der Gefahren- und Risikoerkennung, Informationsverarbeitung, Beweglichkeit und Regeneration abgeleitet werden. Auch diese Systeme beruhen auf Regelungsprozessen, die auf molekularer Ebene von endogenen Stoffen gesteuert werden, die exogen beeinflussbar sind, was in bestimmten Kontexten als Drogenwirkung imponiert und in eine Sucht führt. Denn Drogen, deren Konsum ursprünglich auf wenige Personen, Gelegenheiten/Anlässe und Orte beschränkt war, werden für viele Zwecke gezielt kultiviert und hergestellt, ubiquitär verfügbar gemacht und Wege gesucht, die Körpersysteme gezielt zu beeinflussen (Smith, 1999; Stearns, 2012). Am Beispiel des Opioidsystems im Dienste der Schmerzregulierung ist dies unmittelbar nachvollziehbar.

Nahezu unbegrenzt sind seit dem Aufschwung der technischen Möglichkeiten (z.B. Destillation, Fabrikation, Züchtung, gezieltes „Design“) psychotrop wirkende Substanzen verfügbar und können zur Sucht beitragen. Hinter jeder Sucht als Krankheit stehen jedoch primär Störungen basaler Homöostaseprozesse von Körpersystemen, z.B. der Schmerz- und Ruheregulation, die sich als negative Gefühlsregungen bemerkbar machen (Damasio, 2017). Die einsetzende Gegenregulation bedient sich lebensnotwendiger mesolimbischer Verstärkersysteme, die als Optimierungsprozesse in einem anderen evolutionsgeschichtlichen Kontext entwickelt wurden (Smith, 1999; Stearns, 2012; Sapolsky, 2017). Dieser Mechanismus kann durch ein Überangebot an psychotrop wirkenden Substanzen außer Kontrolle geraten, sozusagen „korrumpiert“ werden. Negative Feedback-Schleifen gehen verloren. So entstehen nicht zuletzt durch weitgehend irreversible Gedächtnisprozesse vermittelte Abhängigkeitssyndrome (Korte, 2017). Die durch den kulturellen Fortschritt ermöglichte Sucht nach Drogen kann aus evolutionsbiologischer Sicht als „mismatch-disease“ bzw. „Fehlanpassungsstörung“ begriffen werden (Lieberman, 2015; Stearns, 2012; Wheelwright, 2015).

Fehlanpassungsstörungen verlaufen in hohem Maße chronisch, verstärken sich im Alter und sind stark von soziokulturellen Faktoren abhängig bzw. mitbedingt. Die üblichen (therapeutischen) Gegenmaßnahmen laufen Gefahr, den natürlichen biochemischen Regler durch positive Feedback-Schleifen auszuschalten. Aktuelle Behandlungsansätze fokussieren zu selten die vorrangig gebotene Lebensstiländerung

und müssen sich wie auch drogenpolitische Konzepte fragen lassen, inwieweit sie nicht die krankhafte Situation konservieren oder gar verschlechtern. Behandlung und Politik werden so Teil des Problems. Sie ziehen nicht zuletzt Ressourcen von der Prävention ab statt verstärkt an der Regulierung des Überangebots anzusetzen. Diese Aufgabe liegt im Sinne von Verhältnisprävention vorrangig in gesellschaftlicher Verantwortung, da die gesellschaftlichen und ökologischen Verhältnisse für die Überschussproduktion stehen. Zu den Zielen gehören u.a.: Lebensbedingungen von Konsumenten verbessern (Spork, 2017), Konsumalternativen aufzeigen, Abstand von der Verteufelung der Drogen und dadurch implizit auch deren Konsumenten nehmen, für Normalisierung im Umgang mit (abhängigen) Konsumenten aller Drogen sorgen (Fuchs, 2017; Kaube, 2017; Wehling, 2016). Berücksichtigt man ferner die epigenetische Vererbung sozialer Umwelthanpassungen, so bedarf es eines weitaus frühzeitigeren Präventionsansatzes (Spork, 2017). Unter diesen Hypothesen Zusammenhänge der Nazi-Dystopie und ihren Auswirkungen auf die Eltern- und Großelterngeneration mit den Drogenszenen der Kinder- und Enkelgeneration zu erforschen, könnte aufschlussreich sein.

So wurde der Gewinn an Freiheit von natürlichen Zwängen der Ressourcenknappheit zur Geburtsstunde der exogenen Kontrolle, da die biologischen Selbstkontrollmechanismen versagen. Freiheit ohne Kontrolle wird ansonsten zu einer dysfunktionalen Dystopie.

Technische Evolution – Utopie oder schon Realität/Dystopie?

Nachrichten/Informationen aufnehmen, zu Engrammen verarbeiten, diese Mitmenschen zu kommunizieren und schließlich als Wissen tradieren war ein evolutionärer Vorteil, der insbesondere seit der industriellen Revolution die kulturelle Evolution beschleunigend vorantreibt.

Analog zum Drang nach Zucker, nach Alkohol, nach Opiaten und Beruhigungsmitteln verhält es sich auch mit dem Drang nach Nachrichten: „Infos“ und „Klatsch“ sind soziale Grundbedürfnisse (Harari, 2017; Sapolsky, 2017)². Evolutionsbiologisch auf die Sinnesorgane, die Sprache und das Gedächtnis als Speicher begrenzt, eskaliert der Informationskonsum durch kulturelle Techniken wie moderne Speicher- und Kommunikationstechniken (soziale Medien). Auch hier werden die biologischen

Filtersysteme zunehmend „überlistet“ (Harari, 2017; Spork, 2017).

Der eigentliche Suchtstoff ist folglich Information und nicht Medien oder Smartphones. Nachrichten sind ein überlebensnotwendiger Rohstoff für das Individuum, insbesondere als „Klatsch“ für die Regulierung sozialer Alltagsprozesse und als Meldungen von (potenziellen) Gefahren, also „negativen News“. Diese Sicht erklärt den besonderen „Wert“ von Sensationen und Katastrophenmeldungen, wofür eine biologisch begründete Sensibilität besteht. Die Kenntnis negativer Botschaften war und ist für den Fortschritt der Menschheitsentwicklung essentiell. Auch zum Machterhalt und -missbrauch wurde und wird Information benutzt. Information bedarf des freien Verkehrs und Austausches und gleichermaßen der Kontrolle (Ash, 2016).

Relativ spät haben das einige Protagonisten des beginnenden AKI³-Zeitalters erkannt, die wesentlich an der Entwicklung und Implementierung neuer Informationstechnologien beteiligt waren. So warnen sie nun vor Suchtgefahren, ja legen offen, dass sie die Systeme gezielt so programmiert haben, dass der Stoff „Information“ im Überfluss zum Konsum angeboten wird und damit Sucht erzeugt⁴. Information wird von den industriellen Anbietern zunehmend als fiktionale Sensation präsentiert und je phantastischer desto unkritischer von den Nutzern konsumiert, in der Illusion immun zu sein und

³ AKI: Allgemeine künstliche Intelligenz.

⁴ SZ 18.1.18, Nr. 14: Sacha Battyany „Holy Smoke“: Justin Rosenstein (Erfinder des Daumens von Facebook) hat die sozialen Medien mit Heroin verglichen. Er warnt vor den psychischen Auswirkungen des Wischens und Klickens und dem Drang, immer neue Apps herunterzuladen, um die Sucht nach dem Stoff zu bändigen.

SZ 19.1.18, Nr. 15: Adrian Kreye „Aus der Talsohle“: Sean Parker, Facebook Mitbegründer, warnt vor den Suchtgefahren von Facebook. Chamat Palehapitiya, früher zuständig für Nutzerwachstum von Facebook, sagt, jeder Nutzer werde von seinen Geräten programmiert, nicht umgekehrt.

SZ 26.1.18, Nr. 21: Caspar Busse und Helmut Martin-Jung, „Süchtig nach Daten“: „Soziale Netzwerke seien wie Zigaretten: Sie machen süchtig, und sie tun einem nicht gut, wird Marc Benioff, Salesforce, zitiert. Deshalb müsse es auch eine Regulierung geben wie bei der Tabakindustrie. „Ganz klar, ich denke, Technologie hat süchtig machende Eigenschaften, um die wir uns kümmern müssen“.

SZ 27./28.1.18, Nr. 22: Helmut Martin-Jung, „Facebook: Die Gier der Datensammler“: Mit allen Tricks versucht das Netzwerk, seine Nutzer auf den eigenen Seiten zu halten, erzeugt eine regelrechte Sucht, ja nichts zu verpassen. ... Sogar Mitgründer Sean Parker zeigt sich bestürzt darüber, was aus Facebook geworden ist: „Nur Gott weiß, was das mit den Hirnen unserer Kinder macht“.

SZ 3./4.2.2018, Nr. 28: Detlef Esslinger „Was für Typen“: Frühere Manager von Facebook haben vor kurzem berichtet, worum es ihnen immer ging: Facebook so zu konstruieren, dass die Menschen möglichst viel Zeit dort verbringen. Je länger sie bleiben, umso mehr Daten liefern sie. Umso mehr Werbung kann man ihnen zeigen. Umso mehr Geld kann man mit ihnen verdienen. Daher dieses System aus Likes und aus Kommentaren, in dem jeder senden, empfangen und wieder senden kann: um bei den Nutzern Dopamin und damit ein Glücksgefühl auszuschütten, das süchtig macht. „Facebook ist legales Crack“, sagt Zuckerbergs früherer Manager Antonio Martinez.

² Eine Sonderstellung hat pathologisches Spielen als „Sucht nach Kreativität“.

„es“ unter Kontrolle zu haben. Demgegenüber hat der Begriff „Kontrollverlust“ Hochkonjunktur. Kontrollverlust wird nun im Umgang mit Technologie, letztlich in allen Lebensbereichen einschließlich der Wirtschaft beklagt. Aber auch hier stehen dysevolutionäre Mechanismen zur Lösung im Vordergrund, nämlich Anpassung im Sinne von mehr demselben. Auf der Strecke bleibt Freiheit, die Freiheit der Kontrollierenden und der Kontrollierten.

Seit der zunehmenden Nutzung Silizium-basierter Speichermedien hat sich die kulturelle Evolution in den letzten 20 Jahren exponentiell beschleunigt (Tegmark, 2017). Die kohlenstoffbasierten biologischen Speicher DNS und Gehirn werden von technologischen Medien abgelöst, ergänzt, erweitert hin zu einem internetbasierten kollektiven Informationsspeicher. Hier steht Information in nie gekannter Fülle zur Verfügung. Insbesondere der Bedarf an negativen Meldungen wird im Übermaß gestillt. Dort wo Selbstkontrolltechniken der Nutzung versagen, entsteht kollektiv und individuell Suchtdruck. Information wird dann um ihrer selbst willen konsumiert und dadurch sinnentleert. Diese Betäubung ist mit hemmungslosem Konsum von schmerz- oder angstregulierenden Stoffen vergleichbar. Persönliche Kommunikation und Grundbedürfnisse wie Nahrungsaufnahme und Erholung werden vom Zwang, ein Infobeschaffungsgerät kontrollieren zu müssen, vernachlässigt. Der Informationskonsument, vermeintlich verbunden mit unzähligen Menschen, wird zum Zoon politikon; er verliert sein soziales Umfeld. Die informationstechnologische Revolution schafft durch marktbeherrschende Firmen Dystopien mit alles kontrollierenden AKIs, unfreien Informationssüchtigen und in virtuelle Realitäten versunkene Vereinsamte.

Fazit

„Bewusstseinserweiterung“ ist ein Menschheitstraum, der bereits im Schöpfungsbericht der Bibel nachzulesen ist: Sie wollten sein wie Gott (Kontrolle), nahmen infolge von Fake News (Schlange) den Apfel (Neuroenhancer), was bekanntlich zum Verlust der Unschuld (Freiheit) und zur Vertreibung aus dem Paradies (Zwang zur Selbstkontrolle aber auch Emanzipation) führte⁵. Nach wie vor leben wir in einem dialektischen Verhältnis zu unseren Überlebenssystemen und damit Drogen: Einerseits scheint der Konsum ein Überlebensvorteil zu sein, andererseits verursacht er unter den Prä-

missen der kulturellen Evolution die mismatch-disease „Abhängigkeit“ und damit Unfreiheit.

Unsere Ambiguität gegenüber Drogen spiegelt sich bspw. in Differenzierungen zwischen sozial geduldeten, ja erwünschten Drogen, und abwertenden, ja katastrophisierenden Attribuierungen von kulturfremden Drogen als „Teufels- und Horrodrogen“ wider, gegen die ein „Drogenkrieg“ zu führen ist. Es wird die Assoziation zu Seuchen heraufbeschworen und vieles mehr. Solche Metaphern schaffen „frames“, d.h. Bedeutungsrahmen in unseren Köpfen, die unsere Wahrnehmung verzerren und Ausgrenzung bewirken (Sapolsky, 2017; Wehling, 2016). Es gilt, solche abschätzigen kognitiven Deutungsrahmen in unseren Gehirnen zu entlarven, zu modifizieren und durch realitätsorientierte Abbildungen der Wirklichkeit zu ersetzen.

Es handelt sich um eine doppelte dialektische Situation: Es geht gleichzeitig um das Spannungsfeld „Freiheit und Kontrolle“. Meist unerkannt kommen die neuen industrialisierten Instrumente der Kontrolle in Gestalt von Spielen, von Kaufmöglichkeiten, von sozialen Kontakten, kurzum, in Gestalt simulierter Freiheiten daher. Wirtschaftliche Verhältnisse, die Drogen kommerzialisieren und unbegrenzt zur Verfügung stellen und damit krankmachend sind, stehen in der Verantwortung dem Individuum gegenüber. Die Freiheit des Individuums aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen geht nicht ohne Regeln des Konsums. Das gilt aktuell insbesondere für die weit größere Bedrohung durch Sucht erzeugende Algorithmen, die als (Dys-)Information wirken.

Drogen verheißen menschenbeglückende Utopien. Auch Utopien können wie Drogen wirken und eingesetzt werden und werden dann, so gut sie immer gemeint sind, zu Dystopien. Dies gilt gleichermaßen für die Idee einer drogenfreien Gesellschaft wie für eine Gesellschaft mit Drogen ohne Regeln – beides letztlich sogar eine „Atopie“, d.h. ein nicht lebenswerter Ort.

Helfen kann uns Aufklärung als Glaube an die Vernunft, die Stärkung der mentalen Widerstandsfähigkeit, die Emanzipation vom Drang nach „Bewusstseinserweiterung“ und vollständiger Sorglosigkeit durch Überfluss, Chemie, Information und Technologie. Denn nach Kant ist Aufklärung „der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit“⁶.

⁵ Genesis Kapitel 3: www.bibel-online.net/buch/luther_1912/1_mose/3/#1

⁶ Immanuel Kant: Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? Kapitel 1(1784). <http://gutenberg.spiegel.de/>

Zusammenfassung

Individuum und Gesellschaft stehen in einem dialektischen Spannungsverhältnis. Freiheit und Kontrolle sind wichtige Koordinaten, die über die Wahrnehmung als Utopie oder Dystopie entscheiden. Die Nutzung von Drogen ist evolutionsbiologisch ein Überlebensvorteil, wofür die Vielzahl von Rezeptoren und Liganden für psychotrope Substanzen sprechen. Diese unterstützen die Anpassung an eine Mängelumwelt. Im Laufe der kulturelle Koevolution entwickelte Techniken ermöglichen zunehmend eine Überschussumwelt. Mesolimbische Verstärkersysteme, die Überlebensmechanismen durch „Belohnung“ sichern, sind darauf nicht vorbereitet. Sie reagieren dysfunktional und produzieren Fehlanpassungskrankheiten, u.a. Abhängigkeit. Die moderne Medizin verstärkt diese Störungen der Homöostase durch Begünstigung von Symptombeseitigung statt Lebensstiländerung. Moderne Drogentherapien und dazu gehörige politische Konzepte müssten vorrangig Verhältnisprävention priorisieren, nämlich Lebensverhältnisse bessern, riskante Lebensstile aufklären und Überschussproduktion eindämmen. Die kulturelle Evolution ist im Begriff, als technologische Evolution Biologie und Kultur zu transzendieren. Der Suchtstoff der Zukunft ist Information, süchtig konsumiert ein Stoff für dystopische Szenarien.

Literatur⁷

- Ash, T. G. (2016). *Redefreiheit. Prinzipien für eine vernetzte Welt*. München: Hanser.
- Carrigan, M. A. et al. (2014). Hominids adapted to metabolize ethanol long before human-directed fermentation. *Proc Natl Acad Sci*. Epub 01.12.2014.
- Damasio, A. (2017). *Im Anfang war das Gefühl. Der biologische Ursprung menschlicher Kultur*. München: Siedler.
- Fuchs, T. (2017). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Harari, Y. N. (2017). *Homo Deus*. München: C.H. Beck.
- Kaube, J. (2017). *Die Anfänge von allem*. Reinbek: Rowohlt.
- Korte, M. (2017). *Wir sind Gedächtnis. Wie unsere Erinnerungen bestimmen wer wir sind*. München: DVA.

- Lieberman, D. E. (2015). *Unser Körper. Geschichte, Gegenwart, Zukunft*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Metz, M. & Seeßlen, G. (2017). *Freiheit und Kontrolle. Die Geschichte des nicht zu Ende befreiten Sklaven*. Berlin: Suhrkamp.
- Smith, E. O. (1999). Evolution, substance abuse, and addiction. In W. Trevathan, E. O. Wilson & J. McKenna (Eds.), *Evolutionary medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Stearns, S. C. (2012). Evolutionary medicine: its scope, interest and potential. *Proc R Soc B*, 279, 4305-4321. doi:10.1098/rspb.2012.1326
- Sapolsky, R. (2017). *Gewalt und Mitgefühl. Die Biologie des menschlichen Verhaltens*. München: Hanser.
- Spork, P. (2017). *Gesundheit ist kein Zufall. Wie das Leben unsere Gene prägt. Die neuesten Erkenntnisse der Epigenetik*. München: DVA.
- Tegmark, M. (2017). *Leben 3.0. Menschsein im Zeitalter Künstlicher Intelligenz*. Berlin: Ullstein.
- Wehling, E. (2016). *Politisches Framing. Wie eine Nation sich ihr Denken einredet – und daraus Politik macht*. Köln: Halem.
- Wheelwright, J. (2015). From diabetes to athlete's foot, our bodies are maladapted for modern life. *Discover Magazine: The Magazine of Science, Technology, and the Future*.
- Wilson, E. O. (2013). *Die soziale Eroberung der Erde. Eine biologische Geschichte des Menschen*. München: C.H. Beck.



Dr. med. Heribert Fleischmann

Nervenarzt, Psychotherapeut, Facharzt für psychosomatische Medizin
ehemals ärztlicher Direktor des Bezirksklinikums Wöllersdorf a.D., Vorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Prebrunnstraße 10
D-93049 Regensburg
fleischmann.regensburg@gmail.com

⁷ Es wird überwiegend auf Kompendien hingewiesen, die weiterführende Einzelnachweise für den interessierten Leser zur Verfügung stellen.

Alkoholiker erkranken häufiger und früher an Demenz

Paris – Menschen mit einer Alkoholkrankheit entwickeln mehr als dreimal häufiger als andere eine Demenz, die häufig bereits im jüngeren Alter auftritt und einer Kohortenstudie in Lancet Public Health (2018; doi:10.1016/S2468-2667(18)30022-7) zufolge in Frankreich der wichtigste modifizierbare, sprich vermeidbare Risikofaktor für kognitive Störungen im Alter ist.

Mehr als 100 Studien und wenigstens 23 Übersichten haben sich bereits mit den Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das Gehirn beschäftigt. Während die Ansichten zu einem leichten Alkoholkonsum variieren – einige Studien sehen sogar günstige Effekte auf die Hirnfunktion im Alter – ist die Einschätzung zu den Folgen eines hohen Alkoholkonsums (die Grenze wird bei Männern bei 60 Gramm reinem Alkohol und 40 Gramm reinem Alkohol bei Frauen gesehen) eindeutig: Das beim Alkoholabbau entstehende Acetaldehyd (das auch für den Kater verantwortlich ist) ist neurotoxisch.

Häufiger Alkoholkonsum kann über einen Vitamin-B-Mangel ein Wernicke-Korsakow-Syndrom auslösen. Alkoholkonsum ist ein Risikofaktor für Epilepsien, Kopfverletzungen und eine hepatische Enzephalopathie. Alkoholkonsum ist zudem mit vaskulären Risikofaktoren wie Hypertonie oder Vorhofflimmern assoziiert. Last but not least, sind viele Trinker auch starke Raucher, was über eine Zerebralsklerose das Demenzrisiko erhöht.

Frankreich gehört mit 12,2 Litern pro Jahr zu den europäischen Ländern mit dem höchsten Pro-Kopf-Konsum von Alkohol (Deutschland: 10,6 Li-

ter). Zwar bevorzugen viele Franzosen Wein, der regelmäßig zu den Mahlzeiten und nicht primär zur Erzeugung eines Rausches getrunken wird, eine Alkoholkrankheit ist jedoch keineswegs selten. Dies zeigt eine Analyse der Entlassungsdokumente staatlicher Kliniken, die Michaël Schwarzinger vom Translational Health Economics Network in Paris jetzt vorstellt.

Bei 945.512 von 30,5 Millionen Patienten oder 3,1 Prozent hatten die Ärzte eine Alkoholkrankheit in den Krankenakten ihrer Patienten vermerkt. Bei 1,3 Millionen Patienten (4,2%) stellten die Ärzte die Diagnose einer Demenz. Bei 35.034 dieser Demenzpatienten lag eine alkoholbedingte Hirnschädigung und bei weiteren 52.625 Patienten eine Alkoholkrankheit vor.

Schwarzinger ermittelt eine adjustierte Hazard Ratio von 3,34 (95%-Konfidenzintervall 3,28-3,41) für Frauen und von 3,36 (3,31-3,41) für Männer. Die Diagnose Alkoholkrankheit war damit der stärkste modifizierbare Risikofaktor für Demenzen.

Patienten mit Alkoholkrankheit entwickeln häufig frühzeitig eine Demenz: Von den 57.353 Patienten, die vor dem 65. Lebensjahr an einer Demenz erkrankten, hatten nicht weniger als

22.338 (38,9%) eine alkoholbedingte Hirnschädigung und 10.115 (17,6%) eine Alkoholkrankheit.

Auch wenn retrospektive Kohortenstudien mit zahlreichen Unwägbarkeiten behaftet sind, sind die Ergebnisse eindeutig. Ein ungebremselter Alkoholkonsum ist eine wichtige Ursache von Demenzerkrankungen, und er ist vermutlich für einen beträchtlichen Anteil von frühzeitigen Demenzen verantwortlich. Dies sehen auch die Editorialisten Clive Ballard und Iain Lang von der Universität Exeter so. Die Studie sei immens wichtig und sie zeige die Bedeutung eines starken Alkoholkonsums für Demenzerkrankungen, von denen viele durch einen maßvollen Alkoholkonsum vermeidbar wären.

Die Entlassungsdiagnosen lassen keine Rückschlüsse auf das Ausmaß des Alkoholkonsums zu. Es bleibt deshalb offen, ab welcher Grenze das Demenzrisiko ansteigt.

Ein bedenklicher Alkoholkonsum war bei französischen Männern deutlich häufiger als bei den Frauen. Während normalerweise Frauen häufiger an einer Demenz (65 zu 35%) erkranken, war das Geschlechterverhältnis bei den früh eintretenden Demenzen umgekehrt: 65 Prozent der Patienten waren Männer, 35 Prozent Frauen. Der wichtigste Grund hierfür war nach den Ergebnissen der Studie der Alkoholkonsum. 

Bei mehr als einem Bier pro Tag wird's kritisch

Ein Gläschen Wein oder Bier am Tag – schadet es oder nicht? Eine neue Analyse bestätigt: Jenseits von 150 Gramm Alkohol pro Woche nimmt das Sterberisiko deutlich zu.

Cambridge – Wie viel Alkohol darf es denn sein? Über diese Frage wird seit je heftig gestritten, wenn es um die gesundheitlichen Auswirkungen geht. Eine große britische Analyse, publiziert im *Lancet* (2018; 392: 1513-23), legt nun nahe, dass das Sterberisiko jenseits von 150 Gramm Alkohol pro Woche drastisch steigt – das entspricht 3,75 Litern Bier und damit etwas mehr als einer Halben pro Tag oder 1,34 Litern Rotwein mit 14 Prozent Alkohol – was täglich rund ein Glas Wein mit 0,2 Litern ergibt.

Darunter ist die Mortalität nicht signifikant erhöht. Wer zwischen 200 und 350 Gramm Alkohol pro Woche konsumiert, hat dagegen im Alter von 40 eine um zwei Jahre verkürzte Lebenserwartung, jenseits von 350 Gramm sind es sogar fünf Jahre weniger.

Sterberate bis zu 45 Prozent erhöht

Für die Analyse haben Forscher um Dr. Angela Wood von der Universität in Cambridge 83 prospektive Beobachtungsstudien mit insgesamt 600.000 Alkoholkonsumenten ausgewertet. In allen Studien wurde der Alkoholkonsum per Fragebogen quantitativ erfasst, zum Teil waren die Konsumenten mehrfach im Laufe der Studien befragt worden. Im Schnitt wiesen die Teilnehmer bei den Befragungen ein Alter von 57 Jahren auf, etwas mehr als die Hälfte waren Männer, rund die Hälfte gab an, mehr als 100 Gramm pro Woche zu konsumieren.

Die Wissenschaftler um Woods analysierten acht verschiedene Konsumkategorien: unter 100 ml/Woche in 25-ml-Schritten, darüber in 50-ml-Schritten. In der höchsten Kategorie mit über 350 g/Woche befanden sich immerhin 8,4 Prozent der Teilnehmer. Personen mit hohem Alkoholkonsum waren häufiger Raucher und öfter Männer, auch zeigten sie eher ungünstige Blutdruck- und Lipidwerte als Teilnehmer mit gerin-

gem Konsum. Nach im Schnitt 7,5 Jahren waren rund 40.300 der Teilnehmer gestorben, bei 39.000 wurde erstmals eine kardiovaskuläre Erkrankung festgestellt.

Verglichen mit den Teilnehmern, die am wenigsten Alkohol konsumierten (mehr als 0, aber weniger als 25 g/Woche) war die Gesamtmortalität lediglich in den obersten beiden Kategorien deutlich erhöht: um etwa 45 Prozent in der Gruppe mit mehr als 350 Gramm Alkohol pro Woche und 20 Prozent bei den Teilnehmern mit 200-350 g/Woche. Knapp signifikant um etwa fünf Prozent erhöht ist nach diesen Daten die Mortalität in der Kategorie mit 150-200 g/Woche. Für weniger als 150 g/Woche ließ sich keine erhöhte Sterberate mehr feststellen.

Bei den Berechnungen hatten die Forscher Alter, Geschlecht, Raucherstatus und eine Diabeteserkrankung mitberücksichtigt.

U-Kurve für kardiovaskuläre Erkrankungen

Die Rate neuer kardiovaskulärer Erkrankungen präsentierte sich in einer typischen U-Kurve: Sie war in der Kategorie 100-150 Gramm Alkohol pro Woche am geringsten (etwa minus 8%) und erreichte bei den Teilnehmern mit 250-350 g/Woche wieder das Niveau derjenigen mit dem niedrigsten Alkoholkonsum. Dies ließ sich vor allem auf die geringere Herzinfarktinzidenz bei einer Dosis von mehr als 100 g/Woche zurückführen. Solche Personen erlitten zu 20 Prozent seltener Herzinfarkte als diejenigen mit dem geringsten Konsum, und zwar unabhängig davon, wie viel mehr sie tranken.

Schlaganfälle und eine Herzinsuffizienz traten jedoch bei starken Trinkern (über 200 g/Woche) signifikant häufiger auf. Insgesamt war auch die kardiovaskuläre Sterberate in den beiden Kategorien mit über 200 g/Woche signifikant erhöht.

Interessanterweise ergab sich für Männer und Frauen ein ähnlicher Zusammenhang, was Zweifel an den unterschiedlichen Grenzwerten sät.

Legten die Forscher ein etwas größeres Raster an und bildeten 100-Gramm-Kategorien, dann zeigten auch schon Personen mit einem Alkoholkonsum zwischen 100 und 200 g/Woche eine erhöhte Gesamtmortalität: Ein 40-jähriger würde danach etwa sechs Monate kürzer leben als jemand, der weniger als 100 g/Woche trinkt.

Vielleicht kommen die Studienautoren um Wood deshalb zu dem Schluss, dass es besser wäre, weniger als 100 g/Woche zu trinken und die Richtwerte für einen unschädlichen Alkoholkonsum an diesem Wert zu orientieren, obwohl ihre feiner gerasterten Daten eigentlich nahelegen, dass ein erhöhtes Sterberisiko erst jenseits von 150 g/Woche zu erwarten ist.

Ein großes Manko solcher Studien ist zudem, dass sie auf Selbstauskünften beruhen: In Umfragen schätzen die Teilnehmer ihren Alkoholkonsum notorisch zu niedrig ein – meist um den Faktor zwei. So kam der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) auf einen durchschnittlichen Alkoholkonsum in Deutschland von 12 g/Tag. Verkauft wird jedoch eine Menge, die mehr als dem Doppelten entspricht. Insofern hätten die in Deutschland geltenden Richtwerte (140 g/Woche für Männer, 84 g/Woche für Frauen) noch einen guten Sicherheitspuffer.

„Diese Studie hat durch ihre Stichprobengröße eine hohe Aussagekraft“, sagt Privatdozent Dr. Hans-Jürgen Rumpf von der Universität Lübeck, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie.

Dr. Michael Roerecke von der University of Toronto, der ebenso wie Rumpf nicht an der Studie beteiligt war, verweist darauf, dass Alkohol viele Gesundheitsgefahren birgt: „Jeglicher Alkoholkonsum ist mit einem Risiko verbunden, und weltweit überwiegt der negative Einfluss bei Weitem.“