



## EDITORIAL



Liebe Leserin,  
lieber Leser,

in der letzten Ausgabe der „salü“ hatten wir Sie darauf aufmerksam gemacht, dass 2015 ein Jubiläum unserer Klinik gefeiert werden darf: Die Klinik ist seit dem 1. April 40 Jahre alt. Den Namen salus klinik trägt sie allerdings erst seit 1993. Nach der Namensgebung hatte ich die Entscheidung getroffen, eine Zeitung als regelmäßig erscheinendes Medium zur Information unserer ehemaligen Patienten und Partner im Gesundheits- und Suchthilfesystem herauszubringen. Es gab einige Skeptiker, die fürchteten, uns könne schon nach kurzer Zeit der Stoff ausgehen, aber aufgrund der Erfahrungen aus meiner vorherigen Klinik wusste ich, dass diese Sorge unbegründet sein würde. Wer heute die Foliänten mit den fast 50 „salü“-Ausgaben seit 1994 mit ihrem weitgefächerten Spektrum an Inhalten durchsieht, kann die damalige Sorge kaum noch nachvollziehen. Realistischer waren da schon die Bedenken, dass es schwierig werden könnte, den zweimal pro Jahr anfallenden Arbeitsaufwand zur Herstellung der „salü“ zu bewältigen. Glücklicherweise konnte ich einen Freund, mit dem ich während meiner Studienzeit einige Jahre im Rheinland in einer Jazzband gespielt hatte, dafür gewinnen, das visuelle Konzept der Zeitung, unser Logo und das Erscheinungsbild von salus zu gestalten. Helm Renz, ein renommierter Designer und Hochschullehrer, übernahm während der ersten Jahre die komplette Herstellungsleitung, vom ersten Layout bis zur druckreifen Endfassung. Nachdem wir technisch entsprechend ausgerüstet waren, ging die Herstellung nach und nach auf uns selbst über und Ferdinand Leist wurde „Monsieur Salü“. Vor zwei Jahren hat Nica Böttcher nun diese starke Nerven erfordernde Aufgabe übernommen.

Keine Schuldigkeit ist dringlicher als die, Dank zu erstaten. Ich möchte etwas von dieser Schuldigkeit abtragen und an dieser Stelle den Redakteuren und allen herzlich danken, die durch Ihre Beiträge, Anregungen und Leserbriefe an unserer „salü“ mitgewirkt haben. Viele Gastbeiträge und Artikel von (ehemaligen) Patienten haben die „salü“ bereichert, so auch in dieser Ausgabe. Die meisten Artikel kamen aber doch aus den eigenen Reihen des salus – Teams.

Ich hoffe, dass Sie, unsere Leserinnen und Leser, Anregungen, Herausforderungen und Bestätigungen aus der Lektüre bezogen haben – auch wenn mancher Artikel bisweilen recht umfangreich war, so wie diesmal mein Beitrag zum Thema „Abstinenz“.

Auf Ihre Leserbriefe freuen wir uns!

Ihr Ralf Schneider

# Abstinenz unmodern

In der salus klinik finden Personen Aufnahme, bei denen die Diagnose einer psychischen Störung gestellt wurde und eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme indiziert ist. Störungen durch psychotrope Substanzen spielen dabei eine besondere Rolle. Das in Deutschland maßgebliche Diagnosesystem ICD-10 unterscheidet bei diesen Störungen zwei Ausprägungsgrade: Missbrauch und Abhängigkeit. Abhängigkeit ist eine Störung mit Krankheitswert. Die Abstinenz gilt in der deutschen Gesundheitsversorgung als das relevante Verhaltenskriterium für eine nachhaltige biopsychosoziale Genesung von dieser Krankheit. Die Relevanz dieses Kriteriums wird von einigen Forschern und Suchtexperten aktuell wieder einmal hinterfragt. Was ist Hintergrund und Ursache für diese Diskussion? Warum macht die salus klinik keine Abstriche an der Relevanz der Abstinenz für ihre Klientel? Auf diese Fragen wollen wir hier eingehen.

In diesem Jahr hat der Fachverband Sucht seinen Heidelberger Kongress unter die Überschrift „Abstinenz als modernes Therapieziel?“ gestellt. Es wirkt ein wenig befremdlich, dass in Medizin und Therapie Modernität bzw. Mode ein wesentliches Kriterium sein soll. Relevant sollten doch vor allem eine wissenschaftlich belegte und nachhaltige Wirksamkeit der Maßnahmen, eine weitgehende Freiheit von schädlichen Nebenwirkungen und eine breite Verfügbarkeit sein – und nicht, wie neu und „angesagt“ die Verfahren, Methoden oder Techniken sind.

Gewiss ist es sehr häufig so, dass neue Mikroskope, Apparate und Verfahren tatsächlich genauer, schonender und effektiver sind als die früheren. Und es gibt auch gelegentlich Innovationen, die es ermöglichen, bei einer Krankheit nicht nur aufschiebend oder lindernd, sondern heilend zu intervenieren. Wenn sich das Ziel der Behandlung so grundlegend än-

dert, darf man von Sternstunden der Medizin sprechen! Neben diesen echten Fortschritten gibt es aber auch modische „Neuerungen“, die mehr mit dem propagierten Zeitgeist und einem „hippen“ Lebensstil zu tun haben als mit Forschung und Evidenzbasierung. Nicht nur von der Konsumgüterindustrie wird gerne suggeriert, dass neu und modern gleichbedeutend mit besser und fortschrittlich ist. Auch in Medizin und Therapie rufen Promis, Zeitschriften und sonstige Medien immer wieder neue Trends ins Leben, die gerne exotisch, „Wellness“-orientiert oder „alternativmedizinisch“ sind. Rückblickend wirken solche Moden nach einigen Jahren auf den Betrachter zuweilen ähnlich belustigend wie die Moden der Bekleidung und Haartracht.

Die Abstinenz bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen soll die Erkrankung nicht heilen, sondern zum Stillstand bringen, so dass eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gelingt. Viele Suchtkranke finden zu einer drogenabstinenten Lebensweise mit therapeutischer Unterstützung oder in Selbsthilfe und sind zufrieden damit. Wenn in einigen Kreisen von Journalisten, Wissenschaftlern oder Therapeuten die Abstinenz als unmodern und mehr Schaden als Nutzen bringend hingestellt wird, müsste entweder in einer Sternstunde der Medizin die Heilbarkeit der Krankheit ermöglicht worden sein oder eine andere, deutlich bessere, Alternative zur Verfügung stehen. Das aber sehe ich nicht.

## Abstinenz: Was ist damit gemeint?

In öffentlichen Diskussionen über „Abstinenz“ und vor allem „Alkoholabstinenz“ werden gelegentlich unterschiedliche Arten von Enthaltensamkeit vermengt oder miteinander verwechselt. Das führt bei Betroffenen

Es ist Brauch von alters her:  
Wer Sorgen hat, hat auch Likör!



„Nein!“ ruft Helene – „Aber nun  
Will ich's auch ganz – und ganz – und ganz –  
und ganz gewiß nicht wieder tun!“

Find us on  
Facebook





wie Fachleuten häufig zu Missverständnissen und Kommunikationsproblemen. Mit Abstinenz kann ganz verschiedenes gemeint sein:

- Ein vom Staat erlassenes absolutes Abstinenzgebot, also das Verbot jeglichen Konsums bestimmter psychotroper Substanzen (Alkohol, Opioide, Kokain usw.)
- Ein staatliches Verbot des Missbrauchs bestimmter psychotroper Substanzen (z.B. im Straßenverkehr), also ein auf definierte Situationen beschränktes Abstinenzgebot
- Eine religiös oder weltanschaulich begründete dauerhafte Abstinenz (Temperler, Guttempler, Angehörige des Islam u.a.), die nur für Teile der Bevölkerung gilt
- Eine zeitlich befristete oder auf bestimmte Situationen bezogene Abstinenz, die medizinisch oder religiös veranlasst sein kann: Karenzzeit, Fastenzeit, punktuelle Abstinenz, Schwangerschaft usw.
- Eine zeitlich unbefristete Alkoholabstinenz zur Überwindung einer Suchterkrankung

Es gibt zwar im Einzelfall Überschneidungen zwischen diesen Kategorien, wenn z.B. ein gläubiger Muslim oder ein Guttempler suchtkrank ist, aber abgesehen davon sind die Motive und Konsequenzen für abstinentes Verhalten so verschieden, dass man jeweils klar definieren sollte, von welcher Art von Abstinenz die Rede ist.

Bemerkenswert ist, dass die Sinnhaftigkeit der **Abstinenz vom Tabak** kaum noch diskutiert wird. Liegt es daran, dass die negativen Erfahrungen ehemaliger starker Raucher mit Reduzierungsversuchen so zahlreich sind, dass man die Vorteile der Abstinenz nicht mehr in Frage stellt? Oder ist eher die unbestrittene gesundheitliche Schädlichkeit jeglichen Tabakrauchens dafür verantwortlich? Beides spielt wohl eine Rolle dabei, dass die Zahl der Raucher unter den erwachsenen Männern während der letzten Jahrzehnte

so drastisch gesunken ist. Von Tabak- bzw. Nikotinabstinenten spricht man dabei nicht, sondern nur von Rauchern oder Nichtrauchern. Seit der Markteinführung der E-Zigarette gibt es eine zusätzliche Kategorie: die Nikotin-„Dampfer“. Durch das Inhalieren kann sich der Raucher weiter seinen Nikotin-Kick verschaffen und das gesundheitliche Risiko im Vergleich mit dem Rauchen von Tabak verringern. Die Sucht wird dadurch allerdings nicht gemindert. Da die Wirkung des Nikotins bei dieser Form des Konsums weder die sozialen noch die psychischen Funktionen erheblich in Mitleidenschaft zieht, könnte man das E-Dampfen auch als „private Substitution“ bezeichnen und darin einen gewissen Fortschritt erkennen.

#### Verbreitung der Abstinenz von Alkohol

Ähnlich unklar wie das begriffliche Verständnis der Abstinenz wirken auch manche offiziellen Daten zur Häufigkeit der Alkoholabstinenz in der Bevölkerung. So lebten nach den vom IFT München im Jahr 2012 erhobenen Zahlen 29% der deutschen Frauen und Männer zwischen 30 und 64 Jahren alkoholabstinent. Diese Zahl setzt sich aus drei Untergruppen mit unterschiedlicher zeitlicher Kategorie zusammen: 3,4% sind ihr ganzes Leben lang abstinent, 11,3% sind mindestens seit einem Jahr abstinent und 14,3% haben während der letzten 30 Tage keinen Alkohol getrunken. Die letzte, prozentual größte, Gruppe zählt m.E. nicht in die Kategorie „Abstinentler“, weil sie auch Personen umfasst, die selten konsumieren oder nur vorübergehend auf den Alkoholkonsum verzichten. Zieht man diese Untergruppe von der Gesamtzahl ab, ergibt sich trotzdem noch ein beträchtlicher Wert: Längerfristig abstinent leben fast 15 Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Das ist ein Prozentsatz, den bei der letzten Bundestagswahl keine Partei, außer CDU/CSU und SPD, erreicht hat!

#### Abstinenz in der Suchtbehandlung

Patientinnen und Patienten, für die ein

Antrag auf stationäre Rehabilitation gestellt wird, sind im Mittel bereits seit 12 Jahren abhängig. Das verweist darauf, dass die weitaus meisten Suchtkranken sehr lange Zeit oder auch lebenslang unerkannt oder unbehandelt bleiben. Unsere Fachambulanz ist eine der Kontaktadressen für diese Menschen beziehungsweise deren Angehörige.

Die Klientel unserer Klinik ist im Vorfeld der Behandlung von Suchtberatern und Ärzten bereits als suchtkrank identifiziert worden. Es geht in der stationären Rehabilitation deshalb primär um den letzten der eingangs genannten fünf Aspekte: die nachhaltige Abstinenz als Mittel der Genesung von Suchterkrankungen und zur Wiederherstellung der Lebensqualität. Die salus klinik sind weder weltanschaulich noch religiös gebunden und von daher keinem Lebensstil verpflichtet, der grundsätzlich von allen Menschen die Abstinenz von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen verlangt. In unserer Behandlung ist die Abstinenz allerdings eine **verpflichtende Voraussetzung zur Teilnahme an der Therapie**.

Wir gehen nicht davon aus, dass alle Patienten bei Aufnahme die Diagnose bereits anerkannt und verinnerlicht haben und deshalb einen endgültigen Abschied von ihrer Droge vollzogen haben. Hilfen zur Selbsterkenntnis und motivierende Maßnahmen sind Kernelemente auch in der stationären Behandlung. Voraussetzung für deren Erfolg ist neben anderem, dass alle kognitiven Funktionen und Emotionen der süchtigen Person von der psychotropen Substanz dekontaminiert sind. Das geht weit über einen körperlichen Entzug hinaus und diese Dekontaminierung bewusster und unbewusster Prozesse ist eine zwingende Voraussetzung für sinnvolle und tragfähige Wertentscheidungen über die eigene Zukunft. Die Entscheidung zur Abstinenz für das weitere Leben kann kein Therapeut einem Patienten abnehmen, aber er wird alles dafür tun, dass die Entscheidung wohlüberlegt im besten Interesse des Patienten gefällt wird. Wir informieren unsere Patienten in diesem Entscheidungsprozess sorgfältig über die Ergebnisse der Suchtforschung, unter anderem über die katamnestic Ergebnisse, aus denen hervorgeht, dass Abstinenz am sichersten eine dauerhaft stabile Lebensgestaltung gewährleistet.

Neben den Fakten der empirischen Forschung zu den positiven Wirkungen der Abstinenz gibt es einen weiteren Grund, unseren Patienten einen abstinenten Lebensstil dringend zu empfehlen: die Selbsthilfegruppen. Jeden Alkoholiker, ob Frau oder Mann, quält im Laufe der „Suchtkarriere“ wiederholt die Frage nach der Notwendigkeit der „totalen“ Abstinenz für ein dauerhaft gelingendes Leben. Alle Personen, die sich Selbsthilfeorganisationen angeschlossen haben, bejahen die Frage nach der Notwendigkeit der Abstinenz ohne Wenn und Aber. Eine nahtlose Zusammenarbeit und ein wechselseitiges Verständnis von Klinik und Selbsthilfe sind ohne diese gemeinsame Grundlage schwer vorstellbar. Die Selbsthilfeorganisationen werden sich

zwar in vielen Punkten den Erfordernissen der heutigen Zeit stellen und manchmal anpassen müssen, z.B. bezüglich der Nutzung neuer Kommunikationsmittel oder des veränderten Lebensstils der kommenden Erwachsenengenerationen, aber die subjektive Evidenz der Abstinenz als notwendiges „Lebensmittel“ wird für ihre Mitglieder bestimmend bleiben.

„Wollen Sie damit sagen, Herr Doktor, dass ich ein Säufer bin?“ fragt ein Patient verärgert. „Nun, nicht unbedingt“, erwidert der Arzt, „aber sagen wir mal so: Wenn ich eine Flasche Whisky wäre, möchte ich nicht mit Ihnen allein in einem Zimmer sein!“

Da ich die Selbsthilfe als die Basis der Suchthilfe verstehe, muss der „Überbau“ des Versorgungssystems fest mit ihr verbunden sein, um das gesamte System stabil und funktionsfähig zu halten.

#### Forschung zu Sucht und Heilung

Naturwissenschaftliche Unterstützung erhielt die Abstinenz als Behandlungsziel bei Suchterkrankungen u.a. durch die exzellent konzipierten Studien des Biologen Wolffgramm (1996). Er konnte für verschiedene Substanzklassen nachweisen, dass es für süchtig gewordene Tiere einen „point of no return“ gibt. Ab diesem Punkt in der Entwicklungsgeschichte konsumieren die Tiere jedes Mal unkontrolliert exzessiv, wenn die Substanz verfügbar ist. Biologen nennen einen Suchtmittelkonsum dann „kontrolliert“, wenn er von den Lebensbedingungen und der geschmacklichen Attraktivität der Substanz beeinflusst wird, während sie von „süchtig“ sprechen, wenn der Konsum unabhängig von den Haltungsbedingungen des Tieres immer extrem hoch bleibt, sogar wenn die drogenhaltige Flüssigkeit mit Bitterstoffen vergällt wird. Ist dieses Stadium der Sucht einmal erreicht, gibt es auch nach langen Perioden ohne Zugang zu den Substanzen und trotz sozialer Wiedereingliederung und körperlicher Gesundheit der Tiere keine Rückkehr mehr in den früheren „kontrollierten“ Konsum. Wir Menschen mit unseren speziellen Fähigkeiten zur Selbstreflexion, Selbstbewertung und weit vorausschauendem Denken bis hin zum Bewusstsein unserer Sterblichkeit folgen zwar derartigen instinktiven Impulsen nicht in gleichermaßen triebartiger und kompromissloser Weise wie

## Die Fachambulanz ist erreichbar unter:

06172 / 950-254

e-mail: [ambulanz@salus-friedrichsdorf.de](mailto:ambulanz@salus-friedrichsdorf.de)

die Tiere in Wolffgramms Experimenten, aber ein vergleichbar starker Drang dürfte auch menschlichem Süchtigen zugrunde liegen. Was den Menschen vom Tier prinzipiell unterscheidet, ist seine Fähigkeit, sich selbstbestimmt von einer Sucht zu befreien. Dazu ist kein Tier in der Lage, solange die Droge verfügbar ist. Da die Tiere die in den Experimenten verwendeten Drogen nicht selbst herstellen oder beschaffen können, ist es leicht, ihnen zur dauerhaften Abstinenz zu verhelfen. Nach dem Entzugsstadium normalisieren sich diese Tiere vollständig; sie nehmen wieder am Leben in der Gemeinschaft teil, ernähren sich wie alle anderen und zeigen keine Anzeichen von Verlangen nach der Droge.

Wolffgramm hat aus seinen Experimenten ein Verfahren zur Löschung der Sucht bei Ratten entwickelt, das er „Reimprinting“ nannte, also „Rückprägung“, da er Parallelen zwischen der Suchtentwicklung und frühen Prägungsprozessen bei Tieren sah. Bei Tieren war diese Rückprägung so erfolgreich, dass auch entsprechende Studien mit Menschen begonnen wurden, die aber wegen verschiedener Probleme und sich abzeichnender Erfolglosigkeit abgebrochen werden mussten. Die erhoffte „Sternstunde der Medizin“ blieb wieder einmal aus: Eine Heilung der Sucht im Sinne einer biologischen und psychologischen Rückkehr in einen drogen-naiven Zustand ist bisher keinem Menschen möglich.

Auch aus der (neuro)psychologischen Forschung ist bekannt, dass sich die infolge des Suchtverhaltens entstandenen kognitiven Verzerrungen (cognitive bias) kaum verringern, wenn das Verhalten nur gelegentlich oder in verringertem Umfang auftritt. Die meist unbewussten Neigungen beim Wahrnehmen, Erinnern, Denken und Urteilen erzeugen so immer weiter eine Tendenz bzw. einen Drang zum Konsum, der nur schwer unter bewusste Kontrolle zu bringen ist. Die Abstinenz hingegen kann bei ausreichend langer Dauer diese Tendenzen abschwächen, vor allem wenn man entsprechende neurokognitive Trainings zum Einsatz bringt. „Priming“ nennt man in der Fachsprache den sanften Druck, in eine bestimmte Richtung zu denken und zu handeln (der interessierte Leser findet dazu mehr in: „Das kluge Unbewusste“ von Ap Dijksterhuis oder „Schnelles Denken, langsames Denken“ von Daniel Kahneman). Man unterscheidet Aufmerksamkeits-, Assoziations- und Annäherungspriming, denen bisher in der Therapie zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Studien zur Beeinflussung des Annäherungspriming, die in der salus klinik Lindow vor einigen Jahren begonnen und inzwischen auch in einer Multicenter-Studie fortgeführt wurden, zeigen, wie erfolgreich solche neurokognitiven Trainings zur Erhaltung des Behandlungserfolgs sein können. Das gelingt aber nur mit der Abstinenz als Alternative zum Suchtverhalten.

Trotzdem ist die Abstinenz im Rahmen des gesamten Versorgungssystems für Suchtgefährdete und Suchtkranke immer wieder ein umstrittenes Thema.

### Hintergrund der Diskussion um die Abstinenz

Die aktuelle Diskussion über den Stellenwert der Abstinenz in der Suchtbehandlung wird m.E. aus sechs Quellen gespeist:

- Zeitgeist
- Pharmakologische Entwicklungen
- DSM-5
- Public-Health
- Schaden minimierende Maßnahmen/ Substitution
- Verhaltenssüchte

Der **Zeitgeist** beantwortet die Frage, ob Abstinenz modern ist, mit einem entschiedenen Nein!

Modern ist weder mit gut noch mit fortschrittlich gleichzusetzen. Insofern ist das Nein zur Modernität der Abstinenz keine Aussage zu ihrem Nutzen oder Wert. Von der Konsumgüterindustrie wird uns allerdings ständig suggeriert, das Neue und Moderne sei besser als alles Bisherige. Jeder Trend findet seine Jünger und alle aktuellen Trends prägen gemeinsam als Zeitgeist unsere Einstellungen, oft mehr als uns lieb ist. Wie der Zeitgeist beschaffen ist, lässt sich gut an den Botschaften der Werbung studieren, denn die Werbeindustrie erforscht gründlich, womit man die heutigen Menschen anlocken und zufrieden stellen kann. Die Psychologen dieser Branche untersuchen, was „in“ ist, welche Gefühle und oft unbewussten Werthaltungen das Handeln der Menschen bestimmen. Mit Parolen und Bildern, die sich witzig, nervend und trickreich im Gedächtnis verankern, wird der moderne Mensch geformt: „Du darfst“ alles es-

sen und trinken, wenn du nur vorher XY einnimmst; du erreichst alle deine Ziele, wenn du dich „richtig“ parfümierst und pflegst, im „richtigen“ Baumarkt einkaufst, das „richtige“ Fahrzeug besitzt oder dich „richtig“ kleidest; du fühlst dich jung, gesund und unbeschwert, wenn du dich auf Schlaf- und Beruhigungsmittel, Vitamin- und Nervenpräparate, Medikamente gegen Venen- oder Blasenschwäche usw. verlässt; du bist wer, wenn du Statussymbole erwirbst – kauf heute, zahl später! – Alle menschlichen Grundbedürfnisse werden angesprochen und Hilfen zu ihrer raschen und leichten Erfüllung angeboten, die weder Mühe noch Verzicht erfordern.

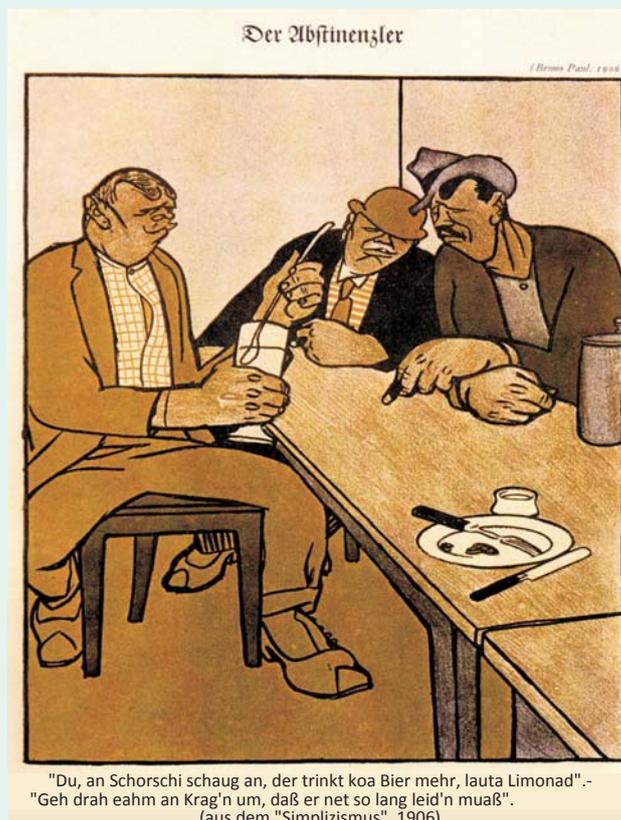
Zwei Betrunkene halten sich an der Theke fest. Stammelt der eine: „Stell dir mal vor, wir hätten plötzlich all das Geld hier vor uns auf der Theke, das wir schon versoffen haben!?“ „Oh Mann“, erwidert der andere mit schwerer Zunge, „was könnten wir da saufen!“

Begriffe wie „Abstinenz“, „Enthaltsamkeit“ oder „Verzicht“ werden im Kontext der Werbung gemieden wie die Pest. Keuschheit, Zölibat, Einsiedelei oder Medienverzicht gelten fast allen Mitgliedern unserer Gesellschaft als exotische Auswüchse der Sittengeschichte. Und wenn gezielter Verzicht geübt wird, dann meistens dem neuen Fetisch „Gesundheit“ zuliebe. In weiten Kreisen der Bevölkerung ist gesunde Ernährung zu einem zentralen Thema geworden, bis hin zum neuen Störungsbild der Orthorexie. Meistens wird der Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittel selbstbewusst und stolz

verkündet. Man fühlt sich als Experte, kennt sich aus mit Gluten, Laktose, Kohlenhydraten, fleischlosen Bratwürsten und Zucker. Vor allem aber fühlt man sich wohl in seiner positiv bewerteten Identität, z.B. als Vegetarier oder Veganer. Man definiert sich nicht darüber, was man nicht tut, z.B. als Fleischabstinenzler oder Antischweinler, sondern darüber, was man bevorzugt. In Bezug auf Alkohol ist das leider anders: „Abstinenzler“ ist zum Synonym für eine alkoholfreie lebende Person geworden, ohne dass hinzugefügt werden müsste, wovon die Person abstinent ist.

Es wäre an der Zeit, negierende Wörter wie Antialkoholiker, Abstinenzler oder Ex-Junkie durch einen positiven Begriff zu ersetzen! Das wäre eine sinnvolle Aufgabe für die Braintrusts der Werbewirtschaft und alle kreativen Suchtexperten!

In einer trinkfreudigen oder dem Suff zugeneigten Kultur hatten es Abstinenzler noch nie leicht (siehe Karikatur aus dem „Simplicissimus“ von 1906). Sie stören die „Idylle der Trinker“, indem allein ihre Anwesenheit ausreicht, um den Alkohol Trinkenden die unbeschwertere Leichtigkeit und das Gefühl der Normalität des Saufens zu rauben, was zu Abwehrreaktionen führt. In unserer Zeit kommt noch etwas hinzu: Zum „modernen“ Lebensstil passt grundsätzlich keine radikale Konsumverweigerung – es sei denn, sie ist „in“, wie etwa vegane Ernährung. Die übliche zeitgemäße Strategie lautet: „Nimm’s leicht, nimm ...“. Man braucht nur die Fernsehwerbung einzuschalten: Die Pharmazie bietet für nahezu alle Beschwerden entsprechende Hilfen an, so neuerdings auch für Alkoholprobleme z.B. das **neue Medikament Selincro®** (Nalmefen) oder in Frankreich Baclofen. Der Werbeslogan von Selincro® lautet dementsprechend: „Nicht mehr trinken. Sondern weniger.“ Dieses Medikament wurde letztes Jahr zur Behandlung eines süchtigen Alkoholkonsums in Deutschland zugelassen. Es soll wie Naltrexon (Adepend®) das Verlangen nach Alkohol reduzieren. Das Medikament wird situationsspezifisch eingenommen, wenn der Patient vermutet, dass er in naher Zukunft Alkohol trinken wird. Die Einnahme soll eine Verringerung des Alkoholkonsums bewirken und damit die schädlichen Effekte des Alkohols auf die Organe verringern. Selincro® kann nur zeitlich befristet für die eingeschränkte Indikation der Herbeiführung einer Abstinenzbereitschaft vom Arzt verordnet werden. Ob Nalmefen Patienten hilft, abstinent zu werden, wurde aber in den bisher vorgelegten Wirksamkeitsstudien gerade nicht geprüft! Verbunden mit der Markteinführung von Nalmefen ist die Erwartung, dass die Hürde für Personen mit Alkoholproblemen erniedrigt wird, ihrem Arzt von ihren Problemen zu berichten, weil dieser nun sagen kann: „Ich habe da was für Sie ...“. Der Suchthilfe soll damit ein zusätzlicher Adressatenkreis erschlossen werden, der vom bisherigen Hilfesystem nicht erreicht wurde. Diese These wird bisher von keinen belastbaren Ergebnissen gestützt, sie bleibt vorerst eine vage Hoffnung. Das unabhängige „arznei-telegramm“ für Ärzte und Apo-



theke kommt in seiner Ausgabe 9/14, S. 81-83, zu den Schlussfolgerungen: „Der Vorteil von Nalmefen gegenüber Plazebo bei begleitender kontinuierlicher psychosozialer Unterstützung ist bescheiden, inkonsistent und unsicher, die klinische Relevanz der beobachteten Effekte unklar“ ... „Wir raten vom schlecht verträglichen Nalmefen ab.“ Der Preis von Selincro® ist relativ hoch: 5,91 – 6,47 € pro Tablette, je nach Packungsgröße. Man mag kaum noch an einen Zufall glauben, dass kurz vor dessen Markteinführung das Abstinenz sichernde preisgünstige Antabus® (Disulfiram) in Deutschland vom Markt genommen wurde. Disulfiram wirkt mit seiner absoluten Reaktionsverhinderung geradezu altmodisch starr, während das flexible Nalmefen zur Trinkmengenreduktion ein passgenaues Produkt für das moderne Konsumschema zu sein scheint, wie es die Werbung in anderen Marktsegmenten bereits vielfach bedient, z.B. bei Problemen mit dem Magen: „Zu viel Stress oder fettes Essen? - Kein Problem. Nimm vor dem Essen GastroXY und alles wird gut!“ Mit anderen Worten: „Du brauchst nichts an dir und deinem Verhalten zu ändern, sondern du brauchst nur das richtige Medikament!“

Einige Suchtmediziner sprachen im Vorfeld der Einführung von Nalmefen in Deutschland bzw. Baclofen in Frankreich von einem „Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung“. Es mag dahingestellt bleiben, ob dieser Begriff aus dem Buch „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“ von T.S. Kuhn hier angemessen verwendet wird, zutreffend ist jedenfalls, dass der von Kuhn gemeinte Wechsel der Lehrmeinung oft mehr mit Macht und Interessenpolitik zu tun hat als mit Wahrheit und wissenschaftlicher Redlichkeit. Lobbyismus gibt es jedenfalls auch im hohen Elfenbeinturm der Wissenschaft. Die Argumentation zum neuen Paradigma wirkt in Teilen zumindest nicht schlüssig. So wird z.B. argumentiert, das bisherige „Abstinenzdogma“ sei auch deshalb obsolet, weil in den internationalen **Diagnostiksystemen** die strikte Aufteilung in Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit mit dem verbindlichen Konnex von Abhängigkeit und Abstinenz aufgegeben und durch ein Kontinuum der Schweregrade ersetzt würde (leicht, mittel, schwer). In diesem Kontinuum gebe es keinen verbindlich definierten Punkt, von dem an Abstinenz zwangsläufig erforderlich sei. Das amerikanische Diagnostikmanual **DSM-5** hat diese Änderung in diesem Jahr bereits vollzogen. Das Kapitel heißt in deutscher Sprache jetzt „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängi-

gen Verhaltensweisen“ (Falkai & Wittchen, 2015, 661-809). Ein Kontinuum zwischen leichtem und schwerem Störungsgrad wirkt offen, subjektiv und liberal. Aber es wird sich nicht vermeiden lassen, es in Abstufungen zu unterteilen, die einen Unterschied machen. Einzelne Personen können sich frei entscheiden, bei welchem Störungsgrad sie sich beeinträchtigt fühlen und welche Art der Änderung sie dann anstreben möchten. Wenn jedoch eine Solidargemeinschaft für die Folgekosten der Störung und die Kosten einer Behandlung aufkommen soll, dann wird man sich auf einen konsentierten „Grauton“ zwischen den Polen Schwarz und Weiß einigen müssen, der die Bewilligung einer solidarisch finanzierten Maßnahme ermöglicht. Die Kategorie „Krankheit“ lässt sich nicht in einem Störungskontinuum auflösen. Und für die Behandlung dieser Krankheit wird es weiterhin Leitlinien geben, die über den Stellenwert der Abstinenz entscheiden.

Manche Experten aus Medizin, Psychologie, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften betrachten das Suchthilfesystem aus einer anderen Perspektive als die Betroffenen, distanzierter und mehr von oben nach unten. Wie vieles, was modern ist, trägt eine dieser Perspektiven einen englischsprachigen Namen, die „**Public Health**“- Perspektive. Es geht bei Public Health, den Gesundheitswissenschaften, kurz gesagt um die Förderung von Gesundheit in der Bevölkerung, wirtschaftlich um deren Effizienz. Finanziell ist beispielsweise die sehr teure Operation einzelner schwer kranker Menschen weniger effizient als eine Präventionsmaßnahme zum Preis von eintausend Operationen, die mit großer Streubreite eine Million gefährdete Menschen erreicht, von denen auch nur ein Prozent, 10.000 Personen, durch eine Minimalintervention vor einer entsprechenden Operation bewahrt wird. In Zeiten knapper Kassen laufen solche Überlegungen auf eine Umverteilung der finanziellen Mittel hinaus. Man spricht hier von Allokation bzw. Fehlallokation. Daraus wurde beispielsweise das Modell der „**Stepped Care**“ entwickelt: Man beginnt mit minimalen Mitteln und minimalen Änderungszielen, etwa Informationsvermittlung zur Trinkmengenreduzierung, und steigert die Intensität der Maßnahmen nur, wenn infolge der geringen Intervention keine Besserung eingetreten ist. Aus der Praxis und der Rückfallforschung bei Süchten ist allerdings bekannt, dass die erste Behandlung diejenige mit der größten Nachhaltigkeit ist und die Erfolgswahrscheinlichkeit sich mit jedem folgenden Behandlungsversuch verschlechtert. Dazu passen neuere wissenschaftliche Untersuchungen, die darauf hindeuten, dass die Schwere der Abhängigkeit mit der Anzahl der Rückfälle zunimmt. Das lässt erhebliche Zweifel an der Eignung des Stepped-Care-Modells für die Behandlung von Suchtkranken aufkommen. „Der erste Schlag muss sitzen“ dürfte, selbst wenn er teuer ist, ein besseres Modell sein als eine anfangs kostengünstige Begleitung in die Chronifizierung.

Im Suchtbereich wird seit Jahren gebetsmühlenartig die Forderung wiederholt, dass die **Erreichungsquote von Personen mit Störungen durch Alkoholkonsum** dringend verbessert werden müsse. Ein

„Herr Doktor, muss ich immer noch auf Alkohol verzichten?“ – „Das habe ich Ihnen doch vor vier Wochen schon ausführlich erläutert“, antwortet der Arzt leicht genervt. „Na ja“, seufzt der Patient, „ich dachte eben nur, die Wissenschaft hätte inzwischen Fortschritte gemacht?!“

zu geringer Teil der Personen mit schädlichem Konsum würde adäquat behandelt und zu wenige Alkoholiker würden ins System der Rehabilitation gelangen. Die wichtigsten Ziele seien eine bessere Früherkennung und die Erhöhung der Attraktivität von gestuften Interventionen. Die Abstinenz sei in beiden Fällen ein hinderlicher Faktor. Dies ist wohl gemerkt eine zwar plausible, aber noch nicht bewiesene Hypothese. Es wird behauptet, die Abstinenz sei ein starres Dogma, das mehr schadet als nützt. Schaden entstünde zum einen daraus, dass Personen mit problematischem Konsum durch die Forderung nach lebenslanger Abstinenz von jeglicher Hilfesuche von vornherein abgeschreckt würden, und zum anderen würden Hilfsangebote für Betroffene, die zur dauerhaften Abstinenz nicht fähig seien, unzureichend zur Verfügung gestellt. Es gelte, abgestufte Ziele bzw. Methoden bereitzustellen, z.B. Trinkmengenreduzierung, „**Kontrolliertes Trinken**“, **Schaden minimierende Maßnahmen (harm reduction) und Substitution**. Ich kenne niemanden, der etwas gegen solche differenzierten Angebote für entsprechende Zielgruppen hätte. Auch die Abstinenzorientierten Selbsthilfegruppen begrüßen derartige Hilfsangebote mit abgestufter Zielsetzung zwischen „Hilfen zum Über-

leben“ und „Frei von Problemen durch süchtiges Verhalten“. Worin es innerhalb der Suchthilfe Dissens gibt, ist der Stellenwert der Abstinenz. Es wäre für den notwendigen Austausch über dieses Thema hilfreich, wenn endlich belastbare Daten zum „Kontrollierten Trinken“ verfügbar wären. Es wird seit vielen Jahren angekündigt, dass „demnächst“ breite Daten zur Selektion der Klientel und den Behandlungsergebnissen aus Deutschland vorgelegt würden. Bisher sind mir keine derartigen Ergebnisse bekannt. Ob das einer mangelnden Finanzierung der Begleitforschung, unzureichender Datenerfassung durch die Praktiker oder anderen Gründen liegt, ist mir nicht bekannt.

Pointiert ausgedrückt fürchten die einen, dass alle Medikamente und Substitutionsmittel die Süchtigen in eine „Schöne Neue Welt“ versetzen, aus der auszubrechen sie ebenso wenig motiviert sind wie die Menschen in Huxley's Zukunftsroman - eine Zukunft, in der wir teilweise bereits leben. Sie halten an der Auffassung fest, der Mensch sei fähig zur Selbstregulation und zum Verzicht auf Handlungen, die sich langfristig schädlich auswirken, also auch fähig zur Abstinenz, und es sei die Hauptaufgabe der Suchthilfe, die dafür notwendigen Unterstützung medizinischer, psychologischer und sozialer Natur bereitzustellen.

Die andere Fraktion würde diese Ansicht wohl als idealistisch und die eigene Haltung als realistisch bezeichnen. Für falsche Ideale seien schon zu viele Menschenleben geopfert worden und man müsse anerkennen, dass es viele Menschen gibt, die nicht (mehr) imstande sind, die seelische Kraft zum Verzicht auf kurzfristige Verstärkung und zur Einschränkung unbewusster Impulse aufzubringen. Diese Personen würden vom Ideal der Abstinenz überfordert und gedemütigt. Deshalb sei nichts wichtiger als die Akzeptanz der Süchtigen und die Bereitstellung der äußeren Bedingungen zum schadensarmen Leben als Süchtige.

## Offener Info-Abend:

Jeden Mittwoch findet in der salus klinik ein Informations-Abend statt. Alle Interessierten sind herzlich um 18.30 Uhr eingeladen



Ich meine, man kann das eine tun, ohne das andere zu lassen. Man gibt ja auch nicht das Ziel eines als richtig erachteten, tugendhaften Lebens auf, nur weil viele sich zumindest gelegentlich feige, unmäßig, aufbrausend, untreu, diebisch usw. verhalten. Wir sollten beide Positionen als gleichermaßen berechtigte Pole innerhalb der Dimension „Suchthilfe“ akzeptieren und nicht danach streben, eine der beiden Positionen als besser, richtiger oder humaner hinzustellen. Ein solcher Wettstreit kann nicht im Interesse der Gesellschaft und der Betroffenen liegen. Im Bereich der Opioidabhängigkeit ist die Substitution bereits zur weitaus verbreitetsten Behandlungsmethode geworden und man kann an der Entwicklung der Substituierten über die Jahre hinweg erkennen, dass nur sehr wenige darüber den Ausstieg aus der Sucht finden, entgegen einer anfänglichen Prognose. Für das Überleben und die Verminderung von Erkrankungen ist die Substitution ein Segen, zur Überwindung der Sucht und zum Führen eines drogenfreien Lebens ohne äußere Unterstützung trägt sie bisher wenig bei. Die Substitution und die Abstinenz orientierte Behandlung wirken oft wie getrennte Versorgungssysteme, nicht wie einträchtig verbundene Partner. Die Vernetzung beider Behandlungstypen ist dringend geboten (siehe Positionspapier von Fachverband Sucht, FVS, und Verband der Drogen- und Suchthilfe, FDR, in SuchtAktuell, 2, 2014).

Es wird seit einigen Jahren viel geforscht und darüber debattiert, ob es **Verhaltenssüchte** gibt und welche Verhaltensexzesse dazu gehören. Das DSM-5 hat entschieden, dass das Glücksspielen den Süchten (addictions and other related behaviors) zugerechnet wird. Die Internetsucht und andere suchthähnliche Verhaltensweisen stehen demnächst zur Entscheidung an. In Zusammenhang mit den Verhaltenssüchten wird gerne darauf verwiesen, es gebe ja gar nicht die Möglichkeit zur Abstinenz, denn dem PC könne man im heutigen Berufsleben kaum aus dem Weg gehen und jegliches Spielen habe doch fast immer etwas mit Glück zu tun. Ich halte diese Argumente für oberflächlich. Ein abstinenter Alkoholiker trinkt schließlich auch weiter die verschiedensten Getränke aus Gläsern oder Flaschen, nur eben keinen Alkohol. Ebenso können sich Spiel-, Sex- oder Kaufsüchtige, die den PC dafür verwendet haben, weiter das „Gefäß“ PC benutzen und auch im Internet surfen, nur eben nicht für süchtige Zwecke. Davon wollen/sollen sie ebenso abstinent bleiben wie ein Alkoholiker vom Alkohol.

Eine abschließende Frage: **Ist Abstinenz ein Therapieziel?**- Ich meine: Nein!

Die Abstinenz in der Behandlung Suchtkranker als Ziel zu bezeichnen, scheint mir zumindest missverständlich. Die Abstinenz von psychotropen Substanzen ist allenfalls ein Zwischenziel im Behandlungsprozess. Im Wesentlichen ist sie ein Mittel zum Zweck. Der Zweck bzw. das eigentliche Ziel ist ein gelingendes, subjektiv stimmiges Dasein. Solange jemand

davon überzeugt ist, dass eine solches Leben auch bei Fortführung des Suchtverhaltens gewährleistet ist, wird er das Mittel „Abstinenz“ verwerfen - mit oder ohne Therapie.

Das Gegenteil von Sucht und Abhängigkeit sind Freiheit und Unabhängigkeit im Denken, Entscheiden und Handeln. Wer nicht spürt, dass die Abstinenz seine persönlichen Freiheitsgrade vergrößert und den Zugang zu bedeutsamen Erfahrungsfeldern eröffnet, wird sie nicht attraktiv und der Mühe wert finden. In der Rehabilitation wird deshalb Abstinenz nicht „verschrieben“. Es wird auch nicht einseitig „pro Abstinenz“ argumentiert, sondern der Weg zur Integration der Suchtmittelabstinenz in den eigenen Lebensstil ist ein vielschichtiger Entscheidungsprozess, in den alle psychologischen Bedürfnisse (Bindung/Zugehörigkeit, Selbstwerterhöhung, Kontrolle/Sicherheit/Selbstwirksamkeit, Lust-Unlust-Regulation) und Emotionen wie Scham und Stolz einbezogen sind. In der stationären Therapie stellt sich das ungefähr so dar:

- Abstinenz als reale Möglichkeit des Daseins erleben („Es geht“ und „Ich bin dazu fähig“),
- spüren, dass es „so schlimm nicht ist“, körperliches und seelisches Wohlbefinden fördern,
- vielfältige Erfahrungen in nüchternem Zustand machen („Die Abstinenz schränkt mich nur wenig ein, sie erweitert sogar meine Möglichkeiten und verbessert meine Beziehungen zu mir wichtigen Personen“),
- erkennen und verstehen, welche Faktoren zur Leichtigkeit der Abstinenz im stationären Rahmen beitragen: Begegnung, Austausch, Tagesstruktur, Ernährung, Bewegung, Unterstützung usw.
- Übertragung dieser Erkenntnisse auf die reale Umgebung („Was kann ich tun, um einiges davon auch daheim in ähnlicher Weise verfügbar zu haben?“),
- Entwicklung von Fertigkeiten zur Realisierung entsprechender förderlicher Bedingungen (Kontakt, Kommunikation, Selbstwertschutz, Arbeit usw.)

Die in der alltäglichen Therapiepraxis relevanten Themen zur Abstinenz sind in diesem Zusammenhang: Von welchen anderen psychotropen Substanzen soll man sich vollständig enthalten, wenn man nur von einer Substanz abhängig war? Welche Medikamente können und sollen z.B. chronisch Depressive weiterhin einnehmen, wenn sie von Benzodiazepinen abhängig waren? Wenn Sie, liebe Leserin, lieber Leser, Interesse an der Diskussion solcher Fragen haben, schreiben Sie uns bitte. Wir können dann in einer der nächsten Ausgaben unserer salü oder in unserem Forum im Internet darauf eingehen.

-RSR-



Susann Hößelbarth

## Gelungene Zusammenarbeit

- neuer Masterstudiengang „Suchttherapie und Sozialmanagement in der Suchthilfe M.A.“ an der Frankfurt University of Applied Sciences -

und dem Austausch zur Entwicklung des Master-Studiengangs beteiligt und übernehmen als erfahrene Expert\_innen der Praxis Themenkomplexe in der Lehre.

Der problematische Umgang mit Suchtmitteln, aber auch Glücksspielsucht und so genannte Verhaltensstörungen wie pathologische PC-Nutzung oder pathologisches Kaufverhalten, erfordern eine hochausdifferenzierte, geschlechts- und altersspezifische Infrastruktur von Hilfsangeboten für Abhängige und Abhängigkeitsgefährdete mit speziell qualifizierten Mitarbeitenden.

Daher nimmt das Thema Sucht schon seit Jahren einen hohen Stellenwert an der Frankfurt University of Applied Sciences (FRA-UAS) ein, sowohl als dreisemestriger Studienschwerpunkt im Bachelor-Studiengang Soziale Arbeit als auch in Form des „Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF)“. Ergebnisse zahlreicher Forschungsprojekte sind bereits in die Angebotsgestaltung der Suchthilfe im Rhein-Main-Gebiet sowie in die Ausbildung von Sozialarbeiter\_innen eingeflossen. Die beständige Weiterentwicklung von suchththerapeutischen Angeboten liegt auch der salus klinik Friedrichsdorf am Herzen. Aus diesem Grund besteht bereits seit Jahren eine Kooperation zwischen der salus klinik und der FRA-UAS. Gerade die Zusammenarbeit von Wissenschaftler\_innen und erfahrenen Praktiker\_innen ist sehr lohnend. Neben gemeinsamen Ideen für Forschungsprojekte fand 2014 die gemeinsam organisierte Fachtagung „Sucht 2020 – Chancen und Grenzen der Neuen Medien in der Prävention, Beratung und Therapie“ an der FRA-UAS statt, deren Inhalte und Ergebnisse in einem gemeinsamen Tagungsband veröffentlicht sind<sup>1</sup>.

Weiterhin ist die salus klinik mit der Idee eines suchththerapeutischen Masterstudiengangs an die Hochschule herangetreten und dort auf offene Ohren gestoßen. In intensiver Entwicklungsarbeit, die als Teilprojekt von „MainCareer – Offene Hochschule“ im Rahmen des bundesweiten Wettbewerbs »Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen« durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde, ist der sechsemestrigere berufs begleitende Masterstudiengang „Suchttherapie und Sozialmanagement in der Suchthilfe M.A.“ entstanden. Begleitend wurde an der FRA-UAS eine onlinegestützte Bedarfserhebung und Zielgruppenbefragung unter Sozialarbeitenden sowie Leitungskräften in der Suchthilfe in Hessen, Rheinland-Pfalz sowie in Teilen von Bayern und Baden-Württemberg (150km-Umkreis von Frankfurt am Main)<sup>2</sup> durchgeführt, die den hohen Bedarf an suchththerapeutisch qualifizierten Mitarbeitenden einmal mehr verdeutlichte. Mitarbeitende der salus klinik Friedrichsdorf waren (neben zahlreichen anderen Praxisvertreter\_innen der Suchthilfe im Rhein-Main-Gebiet) an der Vorbereitung

Der Masterstudiengang richtet sich an in der Suchtkrankenhilfe beschäftigte Sozialarbeitende, Mediziner\_innen und Psycholog\_innen und integriert eine von der Deutschen Rentenversicherung anerkannte sozial-/suchththerapeutische Weiterbildung des Gesamtverbands für Suchthilfe e.V. (GVS) (wahlweise verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch-interaktionell studierbar). Dadurch erhalten die Absolventinnen und Absolventen zusätzlich zum Masterabschluss der Hochschule durch den GVS auch ein Zeugnis als Sozialtherapeut\_in Sucht, das es ihnen unter anderem ermöglicht, in Einrichtungen der medizinischen (Sucht-) Rehabilitation unter Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherer suchththerapeutisch zu arbeiten. Aber auch in anderen Feldern der Suchthilfe werden suchththerapeutisch qualifizierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen benötigt (z.B. Betreute Wohngemeinschaften, stationäre Nachsorgeeinrichtungen). Neben den suchththerapeutischen Kompetenzen werden Kenntnisse in Suchtmedizin, Hilfeplanung und psychosoziale Betreuung Suchtkranker, Suchtprävention und Gesundheitsförderung, aber auch der Arbeit mit Angehörigen und betrieblicher Suchthilfe vermittelt. Ein weiterer Schwerpunkt des Masterstudiengangs liegt im Bereich des Sozialmanagements. Hier stehen beispielsweise Aspekte wie Steuerung und Strategisches Management, rechtliche und betriebswirtschaftliche Grundlagen, Projekt- und Qualitätsmanagement, Personalführung etc. im Vordergrund. Der Studiengang gibt den Berufstätigen in der Suchthilfe die Möglichkeit, fundiertes theoretisches Wissen mit ihrer Praxiserfahrung zu verbinden und sich für anspruchsvolle Positionen in Einrichtungen der Suchthilfe zu qualifizieren. Er umfasst insgesamt 120 Credit Points und bietet damit ideale Voraussetzungen, auf Wunsch auch eine Promotion anzuschließen.

Der Masterstudiengang beginnt jeweils zum Wintersemester eines Jahres. Nähere Informationen sind unter <http://frankfurt-university.de/suma> erhältlich.

-SHH-



<sup>1</sup> Happel, H.-V.; Schneider, R.; Stöver, H. (2015): *Smart gegen Sucht: Chancen und Grenzen der neuen Medien in der Arbeit mit Abhängigen*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag

<sup>2</sup> Hößelbarth, S.; Stöver, H.; Schneider, J.M. (2014): *Qualifizierungsbedarfe von Sozialarbeitenden in der Suchtkrankenhilfe. Eine Befragung von Leitungs- und Fachkräften in Institutionen der Suchtkrankenhilfe in Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Bayern*. Siehe: [https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/de/FH-FFM/Wir\\_ueber\\_uns/MainCareer/Publikationen/TB\\_Soziale\\_Arbeit\\_Master\\_Sucht/Forschungsbericht\\_Master\\_Sucht\\_140407.pdf](https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/de/FH-FFM/Wir_ueber_uns/MainCareer/Publikationen/TB_Soziale_Arbeit_Master_Sucht/Forschungsbericht_Master_Sucht_140407.pdf)

# Happy Birthday 40

In diesem Jahr dürfen wir nicht nur unseren 40 jährigen Klinikgeburtstag feiern, sondern auch vier unserer Mitarbeiter, denen wir an dieser Stelle nochmal ausdrücklich gratulieren möchten.



Jelena Carstens

...hat sich vor ihrem Geburtstag auch nicht mit der Thematik des Alterwerdens auseinandergesetzt und dann ihre private Feier umso mehr genossen.

Aber auch hier sei ihr runder Geburtstag von ihren Kollegen und Chefs sehr schön bedacht worden: mit Blumen, Geschenken und einem Ständchen. Das hatte sie nicht erwartet und war ganz gerührt und erfreut.

Auch Jelena Carstens ist – mit Unterbrechung – schon lange im Haus, seit 2005. Sie schätzt die vielen abwechslungsreichen und lehrreichen Erfahrungen, die sie zunächst in der Psychosomatischen und bis dato in der Entwöhnungsabteilung machen konnte.

Sie bringt es auf den Punkt: Sie sei mit der Klinik gewachsen, fühlt sich hier in ihrer professionellen Entwicklung gut begleitet und stets bereichert. Sie ist also nicht nur mit Leib und Seele Psychologische Psychotherapeutin, sondern mit großer Begeisterung Mutter einer zweieinhalbjährigen Tochter.



Katja Niehus

40 Jahre! Wer hat mich geprägt, außer meinen Eltern und Geschwistern, gerade im Hinblick auf die berufliche Entwicklung? Hier bin ich besonders für zwei Begeg-

nungen dankbar. An erster Stelle für meine Professorin aus dem Studium, eine scharfsinnige, anpackende Frau, die Freude am Menschen, der Psychologie, Philosophie und Forschung hat. Sie regte stets dazu an: „Hören Sie nicht auf sich anzustrengen, sich zu engagieren, offen und neugierig zu bleiben. Leben ist ein lebenslanges Lernen und weiterentwickeln, über die gesamte Lebensspanne!“ Das half durch turbulente Zeiten des Studiums und brachte mich schließlich hierher, wo ich einer perfekten Mischung aus vielen erfahrenen sowie auch jungen, ambitionierten, interessierten, experimentierfreudigen und idealistischen Menschen begegne. Ein stabiles struktur- und sehr haltgebendes Fundament und gleichzeitig Führungsspitze, die diese Eigenschaften fantastisch einzusetzen, umzusetzen und zur Entfaltung zu bringen weiß. Stetige Veränderung, Weiterentwicklung (umgestalten, ergänzen, korrigieren) auf menschennahe Art und Weise mit dem Vorteil der Kraft und Einsatzbereitschaft der Jugend und Weisheit der Lebenserfahrung nutzen zu können, ohne rein biologisch/genetisch dabei zu altern.

Herzlichen Glückwunsch, salus klinik! Ich bin dankbar und stolz, ein Teil dieser Institution sein zu dürfen. Ich bedanke mich insbesondere bei meinem Chef, Herrn Wiehn, der es perfekt versteht, zu unterstützen, zu fördern, aber auch zu fordern und dadurch zur steten Weiterentwicklung motiviert.

Der gesamten Leitungsebene danke ich für alle Chancen und Möglichkeiten, die Mitarbeitern ermöglicht werden, für ein, wie ich finde, insgesamt hervorragendes Arbeitsklima und für die Wertschätzung, die jedem einzelnen Mitarbeiter entgegengebracht wird.

Vielen Dank auch an das fantastische, kollegiale und stützende Team der Psychosomatik, ohne das mir viele Lernerfahrungen gar nicht erst möglich gewesen wären und, das mich gerade in der letzten Zeit, der stressigen Vorbereitungsphase für die Approbationsprüfung sehr getragen und mitgefiebert

hat. Euch allen einen ganz besonders lieben Dank!

Das Arbeitsklima der salus klinik, wie ich es erlebe, zeichnet sich dadurch aus, dass kommuniziert und in Verbindung geblieben wird und zwar über alle Abteilungen hinweg. Der Austausch und das zwischenmenschliche Miteinander zwischen der Leitung, Ärzten, Therapeuten, Pflégern, Hauswirtschaft, Haustechnik, Verwaltung, Rezeption und Küche funktioniert in einer sehr angenehmen und wertschätzenden Art und Weise.

Ich finde insgesamt sieht die Zwischenbilanz der salus klinik ähnlich gut aus wie meine persönliche, also weiter so!



Melanie Langner

.... arbeitet bereits seit 2000 bei uns im Aufnahmesekretariat unserer Klinik.

Ihren Geburtstag feierte sie bereits Anfang des Jahres. Sie erinnert sich, sich nicht sonderlich auf ihren 40. Geburtstag gefreut zu haben – bis sie auf ihrer Überraschungsparty feierte. Jetzt ist es für sie okay, 40 Jahre alt zu sein.

Sie lächelt ob der Parallele zwischen ihrem Alter und dem der Klinik. Sie möchte noch viel länger hier arbeiten als die 14,5 Jahre, die sie schon hier ist. „Gerne bis zur Rente“ – wohin es ja noch eine ganze Weile ist. Frau Langner fühlt sich ihrem Arbeitsplatz im Aufnahmesekretariat nach wie vor sehr verbunden, fühlt sich wohl hier, ist sehr engagiert und bringt viele Ideen ein, die sie auch meist zur Umsetzung



Unser Jahrgang 1975

bringen kann. Mit stets gleichbleibender Freundlichkeit und Geduld beantwortet sie persönlich und telefonisch Frage um Frage, klingt und ist zugewandt, die potentiellen und präsenten Patienten werden immer bestens von ihr beraten.

Privat ist sie sehr aktiv, in der Familie wie im Freundeskreis oft um andere bemüht – aber es gelingt ihr, bei apokalyptischen / Grusel-TV-Serien abzuschalten oder aber ganz und gar Abstand zu gewinnen, wenn sie nach USA reist, was sie jährlich tut.



Rasim Al Jaar

...befasst sich mit seinem anstehenden vierzigsten Geburtstag noch nicht näher, außer jetzt gerade und obwohl ihn seine Frau auch schon bezüglich eines Festes zu diesem Anlass ansprach.

Er zählt die Jahre nicht, sagt er, und freut sich, gesund und vital zu sein, fit, alles ohne Einschränkungen machen und unternehmen zu können.

Vielleicht könnte er ja doch seinen Geburtstag als Grund zum Feiern sehen, überlegt er schmunzelnd. Vielleicht so auch ältere Freundschaften wiederbeleben ...

Was ihn erstaunt, ist die so schnell vergehende Zeit: Zwei Töchter (drei und anderthalb Jahre alt) bringen mittlerweile sehr viel Leben in sein Leben, er liebt es, mit ihnen herumzu-altern.

Zehn Jahre ist er jetzt schon als Bezugstherapeut hier im Hause.

-JBF-

## Der salus-Chat

ist täglich von  
19:00 - 21:00 Uhr durch  
Moderatoren besetzt.

Jeden Montag:  
19:00 - 21:00 Psychosomatik-  
Chat

[www.saluschat.de](http://www.saluschat.de)

# Kooperation

## in Zeiten der Einzelkämpfer

### Themenschwerpunkt: Nachsorge



Am **28. April** fand bei uns in der Klinik ein Kooperationsstreffen mit Kolleginnen und Kollegen aus Beratungsstellen statt. Es hat uns besonders gefreut, dass unserer Einladung nicht nur zahlreiche Kollegen aus der näheren Umgebung gefolgt sind, sondern dass etliche auch weite Wege auf sich genommen haben, zum Beispiel aus dem fernen Bayern. Insgesamt durften wir 40 Gäste in unserem Haus begrüßen, die mit uns über das Tagesthema „Kooperation in Zeiten der Einzelkämpfer – Themenschwerpunkt: Nachsorge“ diskutiert und im Sinne einer Ideenwerkstatt Innovationen erdacht haben.

Der Wunsch, sich über dieses Thema auszutauschen, entstand bei uns aufgrund der immer noch relativ hohen Nichtantragsquote von beantragten und in die Wege geleiteten Nachsorge- bzw.

poststationären Reha-Maßnahmen. 2012 konnten wir beobachten, dass bei 64% von Empfohlenen und in die Wege geleiteten Maßnahmen tatsächlich nur 17% in Anspruch genommen wurden.

Eine noch engere Verzahnung stationärer und ambulater Rehabilitation bzw. Nachsorge könnte vielleicht die Schnittstellenprobleme verringern, war unsere Hoffnung, als wir zu dem Arbeitstreffen einluden. Schließlich hatten Rückmeldungen und Kooperationstreffen schon so manche Verbesserung bei uns in der Klinik angestoßen. Aus einem solchen direkten Feedback entstand beispielsweise im letzten Jahr eine

kleine, aber bedeutsame Veränderung unseres Aufnahmeverfahrens. Um ein schnelleres Ankommen oder Wohlfühlen in der Klinik zu ermöglichen, melden sich unsere Bezugstherapeuten nun bereits einige Tage vor der Aufnahme telefonisch bei ihren zukünftigen Patienten. Auch „der Pate“ (länger anwesender Mitpatient aus der Gruppe) ist am Aufnahmetag ab dem Vormittag ein hilfreicher Unterstützer bei der Bewältigung der ersten Schritte in der Therapie. Das optimierte Aufnahmeverfahren ist somit ein Resultat aus hilfreichen Denkanstößen von externen KollegINNen. Aus diesem Grund war es naheliegend für uns, auch bei der Idee der „Optimierung“ der Nachsorgeplanung unsere Partner aus Ambulanz und Beratung hinzuzuziehen.

Der Schwerpunkt des Tages lag dementsprechend auf dem gemeinsamen Austausch, wie eine Verbesserung der Kooperation im Bereich Nachsorge entstehen kann. Dazu gab es Impulsreferate und Diskussionen zu den Themen "Neues aus der Klinik", "Ergebnisse der bisherigen Zusammenarbeit" und "Aktueller Stand der DRV-GKV- Rahmenvereinbarungen in der Nachsorge", die von dem Leitenden Psychologen, Herrn Dr. Khatib, und dem Leitendem Arzt, Herrn Dr. Kramer, gehalten wurden.

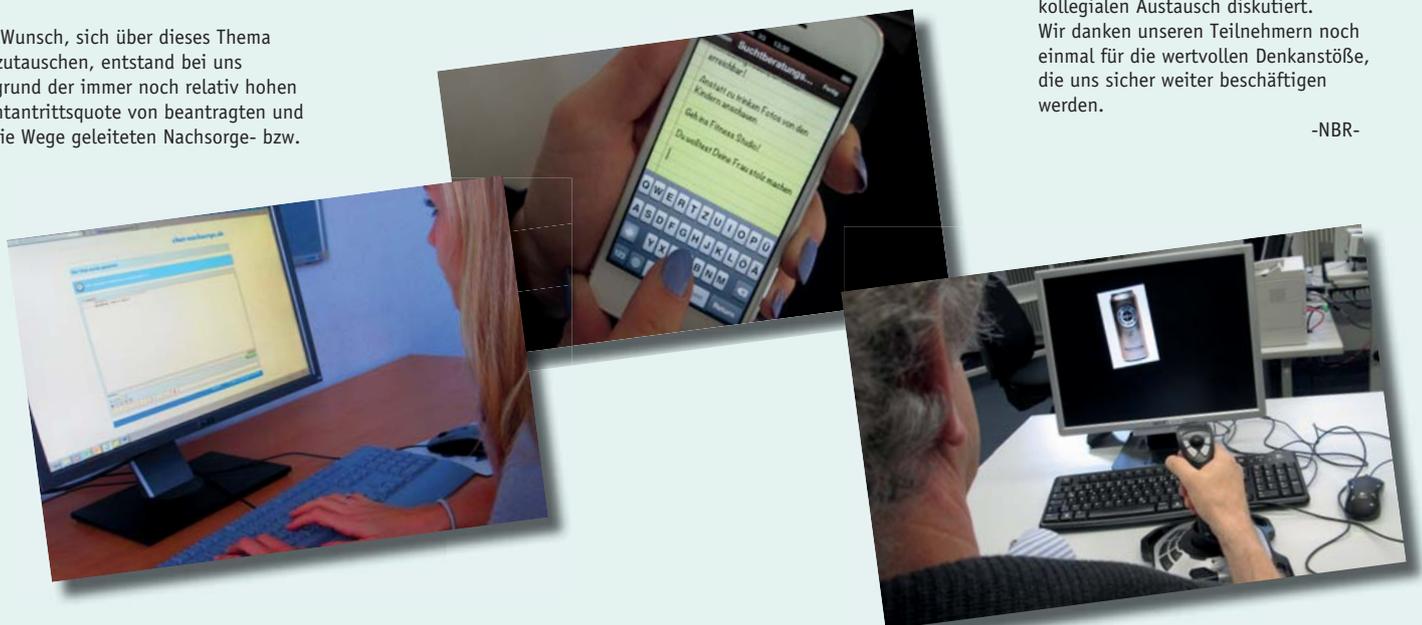
Neben unseren neuen Therapiebestandteilen „NKT Training und Handy- und Smartphone-Nutzung während der Therapie“ stießen auch unsere abstinenz- und nachsorgeunterstützenden Studien „SALUSMART-Projekt“ und „Telenachsorge-Projekt“ auf großes Interesse.



In der verlängerten Kaffeepause hatten alle Teilnehmer Gelegenheit, „dem Namen ein Gesicht zu verleihen“, das heißt, den KollegINNen aus der Klinik direkt zu begegnen, deren Stimme sie bisher nur vom Telefon her kannten oder von denen sie nur Schriftliches gesehen hatten, was ein schönes Zusammensein ermöglichte.

Das Thema der Schnittstellenverbesserung wurde in einem sehr angenehmen und kollegialen Austausch diskutiert. Wir danken unseren Teilnehmern noch einmal für die wertvollen Denkanstöße, die uns sicher weiter beschäftigen werden.

-NBR-



**BUCHTIPP:****„Kleine Philosophie für Nichtphilosophen“ von Friedhelm Moser**

Anstelle einer Rezension ein längeres Zitat, das Widerspruch, Diskussionen oder das Lesen des ganzen Buches anregen soll:

„Aber Reisen erweitert den Horizont! Wirklich? ... Die Horizonterweiterung ist ein Selbstbetrug. Steck einen aufgeweckten Menschen ins Gefängnis, und heraus kommt ein Buch wie Boethius' Trost der Philosophie. Schicke einen Deppen auf eine Weltreise, und zurück kommt ein braungebrannter Depp. Der hat seine Nase für ein paar Wochen in exotische Luft gesteckt und ein paar Tage auf dem Klo verbracht, um sich hinfort als Kenner und Liebhaber des Reiselandes zu produzieren. Dabei kann er mit Mühe ein paar Reiseführer-Weisheiten nachplappern und einen Kaffee auf Kauderwelsch bestellen. Sein Kontakt mit der einheitlichen Bevölkerung beschränkt sich auf die drei Bs: bezahlen, Bakschisch geben, sich beklaulen lassen. Eine noch schlimmere Seuche ist – jawohl! – der sendungsbewusste Rucksack-Tourist, der, stets auf der Jagd nach naiver Gastfreundschaft und jungfräulichen Stränden, alles infiziert, was er zu lieben vorgibt. Er ist die Schlange der letzten Paradiese, die Speerspitze der Müllgesellschaft, das stärkste Argument für den Kannibalismus. Die Libertins des 18. Jahrhunderts, die ihre Syphilis durch den Verkehr mit unberührten Mädchen zu heilen versuchten, waren vom gleichen Schlag. Da lob' ich mir die Stammkunden des Ballermann-Bordells.

Reiselust ist folglich weder eine Tugend noch der Schlüssel zum Glück. Gleichwohl haben die Weisen der Welt die Strapazen der Straße immer wieder gern auf sich genommen. ...“  
(S. 173 f.)  
-RSR-

**Praxisbuch Verhaltenssucht**

(Hrsg. O. Bilke-Hentsch, K. Wölfling, A. Batra)



In diesem Buch ist das Wissen vieler wissenschaftlicher Experten, die auch Mitglied der Task Force Verhaltenssucht der DGPPN waren, vereint.

Sie können sich mit diesem Praxisbuch Verhaltenssucht über die verschiedenen Bereiche, in denen menschliches Verhalten exzessive und suchtartige Formen annehmen kann, informieren. Es enthält die aktuellen Definitionen

zu den verschiedenen klinisch relevanten Bereichen (Einkaufen, Glücksspielen, Internet-, Computer- und Mediengebrauch, Sexualität, Sport, Arbeitsverhalten), die dazugehörige Epidemiologie, die klinische Symptomatik, die Diagnostikinstrumente, die Störungsmodelle und wirksame Therapiestandards.

Auch wenn der Titel sich um eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Störungsverständnis (Verhaltenssucht) bemüht, sind nicht alle exzessiven Verhaltensweisen anerkannte Suchterkrankungen (pathologisches Kaufen, exzessives Sexualverhalten,

suchtartiges Arbeitsverhalten) benannt, aber trotzdem für den Behandler im Alltag oft relevant.

Es enthält auch wertvolle Empfehlungen zum Umgang mit Betroffenen und Ratsuchenden und bereichert durch interdisziplinäre Beiträge wie zum Beispiel aus dem Bereich Essstörung.

Insgesamt gibt dieses Buch einen guten Überblick, was sowohl wissenschaftliche Standards wie auch wirksame und überprüfte Therapiestandards zur Behandlung von exzessiven und suchtartigen Verhaltensweisen prägnant und anschaulich betrifft.

-NTI-



Mark Strobl

**Sucht als Studienfach an einer Hochschule für Wein, Bier und Schnaps**

Die Hochschule Geisenheim ist seit über 140 Jahren eine Ausbildungsstätte für Weinbau & Oenologie, Weinwirtschaft und Getränketechnologie. Die Studienfächer handeln von der Herstellung und der Vermarktung von Wein, Sekt, Obstwein, Bier und Spirituosen. Verkostungen sind an der Tagesordnung. Geisenheim liegt im Rheingau inmitten von Weinbaubetrieben und Sektfirmen.

Von den rund 1200 Studierenden in Geisenheim sind über 700 mit den alkoholischen Produkten befasst. Sie arbeiten später in der Alkoholbranche oder deren Zulieferindustrie. Der Stellenwert der alkoholischen Getränke ist hoch, Verkostungen und Hastrunk sind normal. Sicher ist, dass die Studierenden im Laufe ihres Arbeitslebens mit Alkoholsucht konfrontiert werden.

Die Prägung des Suchtverhaltens hat bei den 20 - 25jährigen Studenten im Elternhaus und im Freundeskreis bereits stattgefunden. Deshalb zielt die Prävention nicht auf die Vermeidung von Suchtmittelkonsum bei den Studierenden. Sie sollen als zukünftige Chefs, Abteilungsleiter, als Verantwortliche für Auszubildende, als Eltern die Entwicklung einer Sucht und eines Suchtgedächtnis bei Kindern und Jugendlichen verhindern helfen. Im Berufsleben sollen sie die Indikatoren einer Suchterkrankung zu deuten wissen und entsprechende Maßnahmen einleiten, um den Betroffenen, deren Familie aber auch der Firma und den Kollegen Schlimmeres zu ersparen.

Zirka ein Drittel der Studenten der alkoholnahen Fächer kommen im Verlauf ihres 3-jährigen Studiums freiwillig in die Suchtpräventionsvorlesung und schließen diese mit einer Klausur zum Thema Sucht ab. Die Bewertung der Veranstaltung durch die Studierenden ist gut. Es gibt viele Diskussionen und Fragen, auch von ehemaligen Studierenden und von anderen Hochschulen.

Neben dem Suchtmittel Alkohol als Schwerpunkt werden Zigaretten, Medikamente, illegalen Drogen, sowie Spielsucht und Mediensucht vorgestellt. Die Vorlesungsreihe behandelt die Geschichte der Drogen und endet mit den Erkenntnissen aktueller Hirnforscher zum Thema Sucht, den Statistiken der BzGA (Bundeszentrale für Gesellschaftliche Aufklärung) und der EU, aus denen sich der Handlungsbedarf ableiten lässt.

Die Wirkung des Alkohols auf den Körper, insbesondere auf das Gehirn als Steuerzentrum, auf die Psyche, das Sozialleben und die Selbstbestimmung der Betroffenen muss jedem Winzer und Getränketechnologen bewusst sein. Die Suchtfibel von Ralf Schneider wird des Öfteren zitiert. Die Erkenntnisse der Salusmitarbeiter Khatib und Kramer aus Vorträgen und dem Salü sind ebenfalls Grundlage der Vorlesung.

Die Darstellung der Möglichkeiten von Therapien und damit das Programm der Salus Klinik, werden vorgestellt.

Leider – oder gottseidank – nutzen immer mehr junge Studierende die Möglichkeit einer Therapie. Leider, weil es nötig ist – gottseidank, dass sie dies in jungen Jahren tun, bevor Familien, Lebensläufe, Firmen in die Suchtsackgasse geraten.

Der Autor: Prof. Dr.-Ing. Mark Strobl, in der 7. Generation Brauer, studierter Brauereitechnologe, war als Laborleiter, Technischer Direktor, Qualitätsmanager in verschiedenen Brauereien in Deutschland tätig. Er ist seit 2003 Professor für Verfahrenstechnik, Füll- und Verpackungstechnik Wasser & Mineralwasser an der Hochschule in Geisenheim. Er ist trockener Alkoholiker und vermittelt im Fach Suchtprävention seit 2009 wissenschaftliche Erkenntnisse und eigene Erfahrungen an Studierende in Geisenheim, Neustadt, Eisenstadt (A), Montpellier (F)

**IMPRESSUM****Herausgeber:**

salus klinik Friedrichsdorf  
Landgrafenplatz 1, 61381 Friedrichsdorf

**Redaktion:**

Judith Barkfelt, Nica Böttcher, Ralf Schneider

**Mitarbeiter dieser Ausgabe:**

Judith Barkfelt, Nica Böttcher, Susann Höbelbarth, Ralf Schneider, Mark Strobl, Nadja Tahmassebi

**Herstellungslitung:**

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

**Druck & Versand:**

Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln  
www.druckhaus-sued.de