



EDITORIAL

„Alle Wege führen nach Rom“, hieß es in der Blütezeit des Römischen Reiches. Dieser Satz bezog sich zwar auch auf die Straßen, gemeint war aber insbesondere das Streben der Menschen, privilegierte Bürger im Zentrum der damaligen Welt zu werden.

Sucht ist dadurch gekennzeichnet, dass ein bestimmtes Verhalten zum Zentrum allen Strebens wird und die Kräfte des Verstandes dem immer weniger entgegen zu setzen vermögen. Die Droge wird zum „Rom“ der süchtigen Person. Privilegiert fühlt sie sich dadurch nur eine kurze Weile. Mit der Zeit wird sie immer mehr entwürdigt, demoralisiert und ihrer Freiheiten ledig. Sie wird zum Sklaven der Sucht. Viele Wege führen in diese Versklavung. Die unterschiedlichen Lebensgeschichten unserer PatientInnen belegen das immer wieder. Gewiss gibt es einige Autobahnen, auf denen es schneller geht und die häufiger befahren werden. Aber es ist keine lebensgeschichtliche Ausgangssituation bekannt, aus der heraus es unmöglich ist, irgendwann im Leben in einer Sucht zu landen.

Und wenn man heraus will oder „muss“ aus Rom, aus der Sucht: Führen alle Wege hinaus und ist jeder Weg zur Befreiung gleich gut geeignet? Hinaus kommt man vielleicht durch jedes Tor, aber wie sieht es danach aus? Gibt es Wegweiser, Unterstützung und Raststätten? Man kann sich ja von einem Schmied die Ketten abnehmen lassen oder ein Trainingscamp zur Ertüchtigung für Freiheitskämpfer aufsuchen, um anschließend doch nur auf der Ringstraße um Rom zu kreisen. Die Verlockungen der Stadt bleiben präsent, sie sind jederzeit verfügbar und ihre Risiken erscheinen angesichts der neu gewonnenen Kräfte vielleicht schon bald wieder harmlos. Dagegen kann man sich wappnen: Abstand gewinnen, eine neue Perspektive entwickeln und das Selbstvertrauen aufbauen, mit Klugheit, Kraft und Ausdauer das als richtig erkannte Leben verwirklichen zu können. „Frei von“ der Sucht ist ja nur ein Teil der Lösung. Die für das weitere Leben viel bedeutsamere Frage lautet: „Frei wo zu?“ Individuelle Antworten auf diese Frage zu finden, ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Therapie.

In den ersten Jahren und Jahrzehnten nach der sozialrechtlichen Anerkennung von Sucht als Krankheit am 18. Juni 1968 war es wichtig, Ordnung in das neue Versorgungssystem zu bringen und einen „Königsweg“ zu schaffen, der verbindlich und sicher war. Das Suchthilfesystem hat sich seitdem ausdifferenziert. Neue Behandlungspfade wurden geschaffen und weitere sollen erprobt werden. Der erste Beitrag unserer salü widmet sich der aktuellen Entwicklung und beleuchtet deren Risiken und Chancen.

Der zweite größere Beitrag ist die Fortsetzung der „Geschichte des Alkohols“, in der unser Gastautor Prof. Strobl kenntnisreich und unterhaltsam durch die Zeit der Griechen, Römer und Germanen führt. Womit wir schon wieder bei Rom angekommen sind.



Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen, liebe Leserinnen und Leser,
Ihr Ralf Schneider

NEUE ZU GANGS- WEGE IN DIE SUCHTBEHANDLUNG



Dietmar Kramer

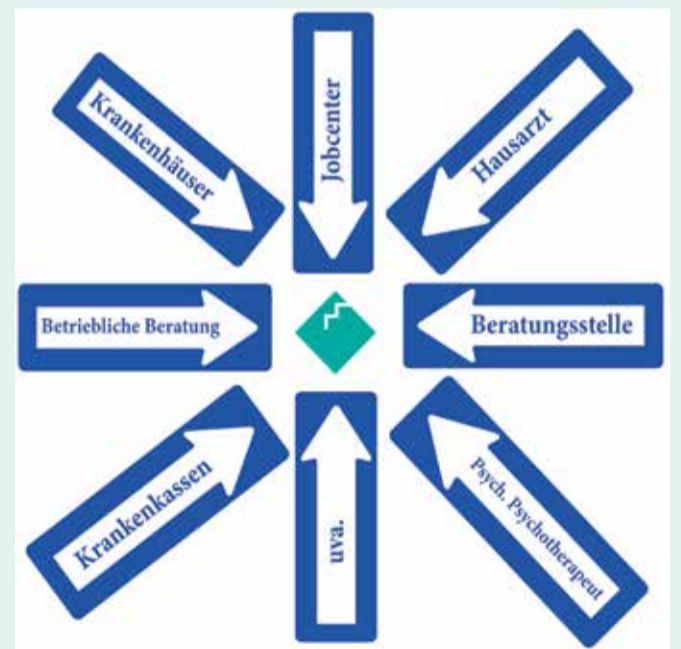


Nica Böttcher

Die bekannten Instanzen der Suchthilfe in Deutschland gewähren Suchtkranken eine effektive Hilfestellung, die es weltweit so nur in Deutschland gibt. Das Suchthilfenetz umfasst verschiedene Phasen der Behandlung: Die Motivations- und Kontaktphase in Beratungsstellen und Fachambulanzen, die Entzugsphase in Akutkrankenhäusern, die Entwöhnungsphase im ambulanten bis vollstationären Bereich der Rehabilitation und die Nachsorgephase wieder in den Beratungsstellen und Fachambulanzen. Einem Betroffenen soll es hierdurch ermöglicht werden, sich individuell für eine oder mehrere Formen der Behandlung zu entscheiden, um so optimal das von ihm gewünschte Behandlungsziel zu erreichen.

Man muss allerdings bedenken, dass sich dieses Suchthilfesystem in Deutschland zusätzlich zu anderen tradierten Hilfesystemen wie Arztpraxen, Krankenhäusern, Psychotherapeutischen Praxen, betrieblichen Sozialberatungen, Arbeitsagenturen, Psychosozialen Beratungsstellen usw. herausgebildet hat und dass es oft wenig Zusammenarbeit der unterschiedlichen Systeme gibt. Aus diesem Grund erhebt sich immer wieder die Frage, ob es in manchen Fällen nicht sinnvoller sein kann, den klassische Behandlungsweg der deutschen Suchtkrankenhilfe durch alternative Versorgungsstrukturen zu ergänzen. Diskutiert und teilweise in Modellprojekten schon erprobt werden zum Beispiel der direkte Zugang von arbeitslosen Abhängigkeitserkrankten über die Arbeitsagenturen bzw. Jobcenter in Suchtfachkliniken oder der direkte Zugang von suchtmittelabhängigen Betriebsangehörigen in eine Suchtfachklinik. Bei diesen Projekten steht die schnelle Vermittlung im Mittelpunkt, wobei die Motivationsphase und damit die Suchtberatungsstellen übergangen werden. Von Seiten einzelner Krankenkassen wurden Modelle gestartet, die die direkte Vermittlung ihrer Versicherten in Suchtfachkliniken, teilweise sogar unter Vorschaltung einer Motivierungsbehandlung bzw. eines Entzugs in derselben Suchtfachklinik, zum Ziel haben. Zunehmend wird auch versucht, Suchtkranken auf dem klassischen

Weg der medizinischen Versorgungsstrukturen Hilfe zukommen zu lassen. So gibt es Diskussionen in den Suchtfachverbänden, ob es nicht in manchen Fällen sinnvoll sein kann, dass Hausärzte ihre Suchtpatienten direkt – ohne Sozialbericht- in Suchtfachkliniken vermitteln können. Auch die Novellierung der Psychotherapierichtlinie zielt in diese Richtung, indem die Diagnose einer Suchterkrankung seit einiger Zeit alleiniger Grund für eine ambulante Psychotherapie sein kann, auch wenn zu Beginn der Behandlung noch keine Abstinenz vorliegt. Angedacht ist auch, dass



Psychotherapeuten selbst alle Formalitäten für einen Reha-Antrag durchführen dürfen. Dies würde in den beschriebenen Fällen zu einer Aushebelung der Rolle der Suchtberatungsstellen und Fachambulanzen und im schlechtesten Fall zu einer Konkurrenz der Systeme führen.

Die Idee, die hinter diesen immer wiederkehrenden Überlegungen steckt, rührt aus den Schwierigkeiten, die sich zwischen der wenig oder gar nicht vorhandenen Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme ergeben. Eine der Hauptschwächen des tradierten deutschen Suchthilfesystems ist es, dass es meist nur die suchtkranken Menschen erreicht, die sich aktiv in das Suchthilfesystem begeben. Seit Jahrzehnten ist – insbesondere durch die Untersuchungen von Hr. Wienberg - bekannt, dass über 90% der Suchtkranken überhaupt keinen Kontakt zum klassischen Suchthilfesystem haben. Sie fallen zum Beispiel in der Familie, im Betrieb oder bei Arbeitsagenturen/Jobcentern auf, werden dort jedoch häufig nicht als Suchtkranke iden-

tifiziert und dementsprechend auch nicht ins Suchthilfesystem vermittelt. Selbst in Arztpraxen oder Allgemeinkrankenhäusern wird die Abhängigkeitsproblematik häufig entweder gar nicht entdeckt oder sie führt nicht zu einer Weitervermittlung ins Suchthilfesystem. Wenn Suchtkranke dann den Weg ins Suchthilfesystem finden, sind häufig schon viele wertvolle Jahre verloren gegangen und die Erkrankung hat sich chronifiziert. Im Durchschnitt vergehen laut Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht etwa 15 Jahre, bevor ein Alkoholabhängiger in einer Suchtfachklinik behandelt wird. Gerade bei dieser zentralen Aufgabe, nämlich viele suchtkranke Menschen möglichst früh in eine ambulante oder stationäre Behandlung zu bringen, muss unser bisheriges Suchthilfesystem, das auch durch viele Formalitäten und Antragsformulare geprägt ist, noch große Hindernisse überwinden. Ein weiteres Problem scheint die Trägheit des bisherigen Suchthilfesystems zu sein und die Formalisierung die es beinhaltet. Hierdurch können individuelle Besonderheiten bei der Vermittlung in eine Therapie von den Beratungsstellen nur eingeschränkt berücksichtigt werden. So kann es bei dem einen Patienten sehr sinnvoll sein, eine ausgeprägte Motivationsphase mit mehreren Gesprächen einer Vermittlung in eine ambulante oder stationäre Therapie voranzustellen, während es bei anderen Patienten gut wäre, sofort reagieren zu können und ihn z.B. vom Arbeitsplatz gleich in eine Entzugsbehandlung und dann in eine Reha zu vermitteln. Dieser Individualisierung der Vorgehensweise stehen oft Gegebenheiten wie Wartezeiten der Kliniken, Bearbeitungszeiten der Antragsunterlagen oder lange Motivationsphasen im Vorfeld der Vermittlung entgegen. Hier scheint es für manche Suchtberatungsstellen sinnvoll zu sein, ihr Konzept der Motivationsphase zu individualisieren. Als Klinik im Rhein-Main-Gebiet arbeiten wir sehr häufig mit vielen Betrieben und natürlich auch mit deren Sozial- oder Personalberatungen zusammen. Hier laufen immer wieder Interessen der schnellen Vermittlung in eine Klinik mit dem Interesse der Suchtberatung, ausführliche Motivationsgespräche zu führen, auseinander. Die betrieblichen Personalberater wollen Ihren Kollegen möglichst schnell, nachdem eine Entscheidung eine Reha durchzuführen gefallen ist, in die Fachklinik oder zur ambulanten Therapie vermitteln. Sie gehen daher oft dazu über, die Vermittlungsanträge selbst zu schreiben und hebeln so die Rolle der Suchtberatungsstelle aus. Wollen sie die Unterstützung der

Neue Zugangswege die diskutiert werden:

- nahtloser Übergang in postakute Interventionsformen
- Reha-Abklärung durch Betriebliche Krankenkassen
- integrierte Entgiftung und Entwöhnung
- Einsatz qualifizierter Befundberichte für Abhängigkeitskranke in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen

Suchtberatungsstellen haben, so klagen einige Personalberatungsstellen, dass der Vermittlungszeitrahmen oft sehr lange ist. Sie berichten von einer Problematik, kooperierende Beratungsstellen zu finden die, im Betriebsinteresse, Mitarbeiter zügig zur Reha vermitteln ohne hierbei eine lange Motivationsphase vorzuschalten. Daher macht es natürlich Sinn für alle Institutionen des Suchthilfesystems, sich die Frage zu stellen, wie der Vermittlungsweg individueller und vielleicht auch schneller gestaltet werden und wie man die verschiedenen Hilfesysteme in Deutschland besser verzahnen kann. Die Bemühungen um alternative Zugangswege zu einer effizienten Suchtkrankenbehandlung sollten also unbedingt fortgesetzt, ja sogar noch intensiviert werden.

Bedenkt man, dass ca. 80% der von Missbrauch und Sucht Betroffenen als ersten professionellen Kontakt einen Hausarzt aufsuchen und nicht die Suchtberatungsstelle, so erscheint es extrem wichtig, darüber nachzudenken, wie die ärztlichen Kollegen in den Praxen und Krankenhäusern mehr mit dem Suchthilfesystem vernetzt werden können. Denn viele Betroffene suchen erste professionelle Hilfe nicht wegen der Suchtproblematik, sondern wegen der begleitenden psychischen und körperlichen Beschwerden, zum Beispiel wegen Depressionen oder Ängsten, Diabetes oder Bluthochdruck. Hier ist eine Sensibilisierung, die eventuelle Suchtproblematik wahrzunehmen, sie anzusprechen und die adäquate Hilfe anzubieten von großer Bedeutung. Somit kann es in einzelnen Fällen sicherlich sinnvoll sein, wenn niedergelassen Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten mehr Möglichkeiten in der Vermittlung zur Reha bekommen. Dies sollte aber auf keinen Fall zu Lasten der Suchtberatungsstellen oder Fachambulanzen gestaltet sein. Denn Vorsicht: das gut gewachsene Suchthilfesystem hat seine großen Stärken, die wir nicht leichtfertig aufs Spiel setzen sollten! Es haben sich über Jahrzehnte regionale Versorgungsstrukturen aufgebaut mit einem engen Netz an Suchtberatungsstellen selbst in kleinen Städten. Kein anderes Versorgungsnetz kann diese engmaschige Versorgung Suchtkranker einfach übernehmen. Die Suchtberatungsstellen sind häufig sehr gut mit den sozialen Hilfestrukturen in der Region vernetzt, so dass

Suchtkranke auch leichten Zugang z.B. zu einer Schuldnerberatung, zu einem betreuten Wohnen etc. haben. Abhängige, die von einer Suchtberatungsstelle in eine Entwöhnungsbehandlung vermittelt wurden, kommen in der Regel deutlich besser vorbereitet in die Fachkliniken als Rehabilitanden, die über andere Zuweisungswege kommen. Die Patienten haben klarere Vorstellungen über den Sinn und Zweck einer Entwöhnungsbehandlung und in der Regel auch schon eine längere Abstinenz Erfahrung, wenn sie durch die Suchtberatungsstellen zur Entwöhnung motiviert wurden. Suchtfachkliniken und auch Kostenträger beklagen seit einigen Jahren zunehmende Nichtantrittsquoten: d.h. Patienten, die schon eine Zusage für eine Entwöhnungsbehandlung haben, treten die Behandlung in der Fachklinik nicht an. Vor einigen Jahren war es noch üblich, dass ein Patient von seinem Suchtberater zu Therapiebeginn persönlich in die Suchtfachklinik begleitet wurde. In diesen Fällen war die Nichtantrittsquote für eine Entwöhnungsbehandlung ausgesprochen gering. Leider ist es heute vielen Suchtberatungsstellen aus finanziellen Gründen gar nicht mehr möglich, ihre Patienten in die Rehaklinik zu begleiten. Wenn man über neue Wege zu einer effektiveren Vermittlung zur ambulanten oder stationären Reha nachdenkt, sollte man aber auch bedenken, dass die formalen Grundlagen, die eine Vermittlung zur Reha beinhalten, hinterfragt werden sollten und vielleicht einer Individualisierung Platz machen könnten.

Das Ziel eines effektiven Suchthilfesystems sollte es sein, möglichst viele Betroffene möglichst früh einer wirksamen Behandlung zuzuführen. Hierzu ist es wichtig, Betroffene auf möglichst vielen Wegen dort zu erreichen, wo sie sich befinden: sei es in der Familie, im Betrieb, beim Jobcenter, beim Hausarzt oder in einem Krankenhaus. Dieses Ziel kann unseres Erachtens nur effektiv erreicht werden, wenn die unterschiedlichen Hilfesysteme nicht als Konkurrenten und vielleicht sogar ohne die Kenntnis voneinander agieren. Gut ist es, wenn auf allen genannten Ebenen eine möglichst frühe Intervention erfolgen kann und wenn eine gemeinsame Arbeit im Sinne des Betroffenen möglich wird. Keinesfalls aber sollten wir die Suche nach neuen Wegen so gestalten, dass dadurch das „Kind mit dem Bad ausgeschüttet“ und ein zu den Beratungsstellen konkurrierendes System der Hilfe etabliert wird. Wir sollten an Individualisierung denken, denn nicht jeder Betroffene braucht den gleichen Weg, aber dabei die Verzahnung der

unterschiedlichen Berufsgruppen und Interessen im Auge behalten. Suchtberatungsstellen, Arztpraxen Psychologische Praxen, Kostenträger und Rehakliniken sind gefordert, sich den neuen Herausforderungen zu stellen, sie sollten dazu beitragen, Schnittstellenprobleme im Suchthilfesystem zu minimieren und sie sollten neue Wege suchen, der effektiven und individuellen Zusammenarbeit im Sinne der reibungsfreien Vermittlung des Abhängigkeitskranken zu einer Therapie. Beispielsweise durch eine noch bessere gegenseitige Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme. Wenn der Hausarzt eine gute Vernetzung zu einer Beratungsstelle hat, kann eine Vermittlung dorthin sicherlich auch schneller funktionieren.

Es bleibt abzuwarten wieviel sich tatsächlich verändert, aber der Plan des gemeinsamen verbesserten Suchthilfenetzes sollte nicht in Konkurrenz inner-



Aktuelles aus der Klinik: Projektwoche zum Thema Sucht und Arbeit

halb der verschiedenen Institutionen stattfinden, sondern die unterschiedlichen Interessen berücksichtigen und daraus ein Gemeinsames im Sinne des Patienten entwickeln.

-dkr / nbr-

DAS ONLINE-SELBST-HILFE-PROGRAMM von AOK Nordost und salus klinik: www.selbsthilfealkohol.de

Offener Info-Abend:

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



Mark Strobl

Die Geschichte des Alkohols

Alkohol – der Begleiter der Menschheit. Griechen, Römer & Germanen: Teil 2

Prof.- Dr.- Ing. Mark Strobl, Geisenheim

Wein in der Antike bei Griechen, Mazedoniern und Römern, Met bei den Germanen

Sumerer, Babylonier und Ägypter entwickelten alkoholische Getränke wie Bier und Wein (siehe Teil 1). Die Griechen und Römer benötigten Wein und daraus entstehenden Essig, um ihre Armeen, Schiffsbesatzungen wie auch Burg- und Stadtbewohner versorgen zu können. Der Wein, bzw. Essig diente dabei als Zusatzmittel zum Wasser. Beim Transport in Amphoren oder Fässern wurde Wasser trübe, Krankheitserreger konnten sich vermehren. In den antiken und mittelalterlichen Städte verunreinigten Abwässer die Frischwasserquellen, da es keine Abwassersysteme gab. Verschmutztes und verkeimtes Wasser führte zu Infektionen und Erkrankungen.

Nur wenig Wein oder Essig als Zusatz zum Trinkwasser genügt, um Krankheitserreger im Trinkwasser, die zu Erkrankungen wie Ruhr oder Typhus führen können, abzutöten. Geringe Alkoholmengen und der saure Charakter des Weines machen verkeimtes Wasser genießbar (Speth 2006).

Die Herstellung, die Aufbewahrung und der Transport von Wein zum genießbar machen von Wasser waren die Grundlagen des Erfolges antiker Imperien. Überall, wo Menschenmassen ohne saubere natürliche Wasserquellen versorgt werden mussten, hatten Wein und Essig eine entscheidende Funktion.

Die Griechen (800 v.Chr. – 146 v.Chr.)

Überliefert ist, dass im alten Griechenland Wein 1: 6 verdünnt mit Wasser getrunken wurde. Ziel war es nicht, den Wein zu verdünnen, oder Alkohol zu trinken, sondern das Wasser genießbar zu machen (Geriarose 2012).

Für Rituale beim Orakel jedoch wurde der Wein unverdünnt getrunken. Der Rausch wurde bewusst eingesetzt, um über wichtige Fragen und Wahrsagungen zu urteilen. Jedoch mussten die gefassten Beschlüsse noch einmal im nüchternen Zustand bestätigt werden (Ladinig 2012).

Die Römer (8. Jahrhundert v.Chr. – 7. Jahrhundert n.Chr.)

Im frühen Rom war Frauen der Genuss von Wein gänzlich verboten und Männern erst ab 35 Jahren erlaubt (Schultze 1867). Diese Gesetze lockerten sich im Laufe der Jahre. Der Weinbau verbreitete sich mit den Armeen. Posca nannten die Römer den Wein der Legionäre. Er ist mit dem heutigen Essig zu vergleichen (Speth 2006). Eine 500 Mann starke Garnison

benötigte an einem Tag z.B. 73 modii = 635 Liter (Lichtenberger 2015), das heißt 1,25 l pro Mann und Tag. Römische Legionäre erhielten für Ihre Rente ein Stück erobertes Land. Auf diesem bauten sie Nahrungsmittel zur Versorgung der Armee an, also auch Wein.

Mit der Ausbreitung des römischen Imperiums wuchs die Fläche des Reblandes stark an. Weinbau wurde bis zur Grenze des Römischen Reiches, dem Limes betrieben. Bis heute stellt dieses Gebiet die klassischen Weinbauregionen in Europa dar.



Das Römische Reich unter Trajan 115-117 n. Chr. zeigt die Gebiete, in denen der Weinbau etabliert

Bei Wein war die Süße das Qualitätskriterium, da Süßes Kalorien verspricht und damit Sättigung verheißt. Süße bedeutet auch, dass die guten Weine nicht ganz vergoren waren. Diese Weine enthielten weniger Alkohol als heutige Weine. Sie waren wertvoll, wenn sie noch süß und nicht zu Essig geworden waren.

Um süße Weine zu bekommen, wurden Weinmoste in Bleigefäßen gekocht und aufkonzentriert (Marquardt 1997). Mit der Säure des Mostes entstand Bleiacetat, welches süß schmeckt, aber giftig ist. Bis ins 19. Jahrhundert wurde zum Süßen des Weines auch direkt Bleiacetat in den Wein gegeben (Lohninger 2013). Vergiftungen und Todesfälle durch Wein waren auch ohne Alkohol als Ursache normal.

Alkoholismus in den Zentren der Macht

Viele griechische und römische Potentaten waren – aus heutiger Sicht – Alkoholiker. Einige römische Kaiser waren alkohol- und opiumsüchtig. Das normale Volk konnte sich die Suchtmittel nicht leisten.

Römer beschreiben die trinkfreudigen Germanen

Die Geschichtsschreibung war schon immer eine Sache der Oberschicht. Die Berichte von Caesar und Tacitus prägten das Bild der Germanen bis heute. Beide kamen aus einer kleinen Oberschicht Roms, die nur ca. 0,5 % der römischen Bevölkerung repräsentierte (Knapp 2012), die sich weitestgehend vom Volk fern hielt, in Saus

und Braus lebte, Orgien feierte und ganzjährig Wein zur Verfügung hatte. Ihre Berichte prägen das Bild der Germanen.

Die Germanen (100 v.Chr. – 800 n.Chr.)

Zu römischer Zeit war das Gebiet des heutigen Deutschlands mit ca. 500 000 Germanen bevölkert, die vorwiegend als Jäger und Sammler in den Wäldern oder in Holzhütten lebten. „Als Getränk dient ihnen eine Flüssigkeit, die aus Gerste oder Weizen“ – so Tacitus – „ganz ähnlich dem Wein zusammengebräut ist“. Tacitus beschrieb weiterhin die Wirkung der römischen Weine auf das Naturvolk der Germanen beim Kontakt mit den römischen Eroberern. „Leistet man ihrer Trinklust Vorschub und verschafft ihnen so viel Wein, wie sie begehren, wird man sie gewiss nicht weniger leicht durch ihre Laster als mit Waffen besiegen“ (Tacitus 98). Der für die Germanen starke römische Wein in ungewohnter Menge wirkte auf sie wie das Feuerwasser der Germanen auf die Indianer Nordamerikas.

Naturvölker wie die Germanen konnten mit Getreide zwar schwach alkoholische Getränke herstellen. Sie besaßen kein Mikrosomales Ethanol-Oxidierendes System, das MEOS im Magen, welches durch ständiges Alkoholtrinken entsteht und den Körper grössere Mengen an Alkohol abbauen lässt. Die Germanen reagierten sensibel auf alkoholische Getränke.

Der den Germanen zugeschriebene Met aus Honig von Wildbienen als alkoholisches Getränk war rar und wurde zu Zelebrationen getrunken. Alltag war dies nicht. Honig war als Konservierungsform für Kalorien viel zu wertvoll, als dass man Honig mit Wasser verdünnt hätte, um sich daran zu berauschen. Er diente dem Süßen von Speisen. Diese konnten dann in Gärung geraten.

Nach dem Zerfall des Römischen Reiches kam es zu einer Eiszeit, 400 – 900 n. Chr. (Glaser 2001), in der die Entwicklung stagnierte.

Frühes Mittelalter (500 - 1100 n.Chr.)

Während die kultische Dimension der alkoholischen Getränke bei den Germanen abnahm, wurde seine Bedeutung als haltbares, desinfizierendes Nahrungsmittel zur Versorgung der Städte immer größer. Karl der Große verabscheute die Trunkenheit, sah sich aber gleichzeitig dazu gezwungen, die Bier- und Weinproduktion zu fördern. Auch seine Armee, sein Gefolge und seine Städte, die aus römischer Zeit

übrig geblieben waren, brauchten Wein. Bis zum Jahre 1000 wuchs die Bevölkerung auf deutschem Gebiet von unter einer Million auf ca. 3 Millionen Germanen an. Dies ist ein Zeichen für die Entwicklung einer Agrargesellschaft und das Sesshaftwerden der Germanen. Erst damit gab es genug Lebensmittel, um aus dem Überfluss alkoholische Produkte herzustellen. Die Anzahl der Städte in Deutschland wuchs erst ab dem Jahre 1100 stetig an (Schneiders 2007). In den aufkeimenden Städten waren Bier und Wein notwendig, da das Wasser der städtischen Brunnen wegen fäkaler Verunreinigungen und schlechter hygienische Verhältnisse gesundheitsschädlich war. Bier war das Getränk der unteren Schichten, wohingegen Wein aus Kostengründen dem gehobenen Bürgertum vorbehalten blieb (Spode 1999).



"Die Germanen, wie Tacitus sie beschreibt"

Mit dem Wachstum der Bevölkerung und dem Wachstum der Städte stieg der Bier- und Weinbedarf in den folgenden 500 Jahre stetig an.

Folge 3 (von insgesamt 4) in der nächsten salü: Das Mittelalter und die Neuzeit: Mönche und das Bier, Araber und der Schnaps, England und der Gin.

-msl-

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) -Literaturliste beim Autor zu erfragen-

Bildquelle 1: Das Römische Reich und seine Provinzen zur Zeit seiner größten Ausdehnung unter Kaiser Trajan in den Jahren 115–117 – Thomas Pusch, Gemeinfrei https://de.wikipedia.org/wiki/Römisches_Reich#/media/File:Roemischeprovinzentrajan.png
Bildquelle 2: Cornelius Tacitus (ca. 55–116/120); Hugo de Groot (1583–1645): Antiquitates Germanicæ, Common Pedia https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cornelius-Tacitus-Hugo-de-Groot-Antiquitates-Germanicæ_MGG_0246.tif?uselang=de



Aktuelles aus der Klinik:
Projektwoche zum Thema
Suchtdruck



Smartphone- Nutzer legt sich Blindenhund zu, um nicht mehr auf Verkehr achten zu müssen



Dieses Foto – wohl als Aprilscherz gedacht - fanden wir im Internet. Im Text dazu hieß es:

Viele Smartphone-Nutzer kennen das lästige Aufschauen vom Display im Straßenverkehr. Alexander Friesenegger aus Lübeck weiß sich dagegen zu helfen: Der findige 27-Jährige hat sich kurzerhand einen Blindenführerhund angeschafft, dank dem er nun jederzeit nach Herzenslust surfen, gamen oder videochatten kann, während er zu Fuß in der Stadt unterwegs ist. Sein speziell ausgebildeter Golden Retriever Diego, der ihn seit rund einer Woche durch die Straßen Lübecks führt, war mit 17.000 Euro nicht ganz billig. "Gelohnt hat es sich aber trotzdem auf

jeden Fall", beteuert Friesenegger per WhatsApp. Mithilfe des Hundes könne er sich völlig sorgenfrei dem Display seines Smartphones widmen, ohne auf Autos, entgegenkommende Fußgänger oder Ampeln achten zu müssen. ... Mit Blindenhund Diego funktioniere es nahezu tadellos. Lediglich Kleinigkeiten gebe es zu bemängeln. „Er sabbert, ist nicht mit meinem Headset koppelbar und hat ohne Leckerlis eine Laufzeit von nur wenigen Stunden.“ Sobald die nächste Blindenhundgeneration da ist, will Friesenegger Diego wegwerfen und sich einen besseren Assistenzhund anschaffen.-

Diese Satire ist deshalb so gut, weil man beim Lesen anfänglich durchaus glauben kann, dass ein Publicity-süchtiger Nerd auf solch eine Idee kommen könnte!

Tatsächlich ändert das Smartphone unser soziales Leben wohl noch tiefgreifender als seinerzeit das Fernsehen oder das Mobiltelefon. Da wir in der Klinik das Smartphone in die lebensnahe Therapie einbinden und für das Selbstmanagement nutzen wollen, indem wir z.B. eine App speziell für unsere Patienten entwickeln, spüren auch wir bereits einige Änderungen, die wir als negativ empfinden.

Bis sich eine sozialverträgliche, allgemein konsenterte Kultur in der Nutzung von Smartphones etabliert hat, wird wahrscheinlich noch einige Zeit mit angeregten Diskursen vergehen. Wir versuchen jedenfalls in der salus klinik, für die besonderen Bedingungen einer „Heil“-Stätte ein Modell dafür zu entwickeln und zu praktizieren. Das wird wohl ähnlich schwierig wie die Domestikation einer Wildkatze.

-rsr-

IMPRESSUM

Herausgeber:

salus klinik Friedrichsdorf
Landgrafenplatz 1, 61381 Friedrichsdorf

Redaktion:

Nica Böttcher, Bianca Kutsche, Ralf Schneider

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Nica Böttcher, Dietmar Kramer, Ralf Schneider, Marc Strobl

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

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



"...früher wollte ich immer Feuerwehrmann werden...."

Mitarbeiterportrait Nica Böttcher



salüRedaktion: Zum Thema „Was ich als Kind mal werden wollte“ hört man oft „Lokomotivführer oder Feuerwehrmann“. Wie war das bei Ihnen mit der Entwicklung der Berufsinteressen?

Nica Böttcher: Also zur Feuerwehr nicht, aber wenn ich ehrlich bin, wollte ich bis nach meinem Abitur tatsächlich zur Polizei. Seit ich 12 Jahre alt war, wollte ich das unbedingt. Ich habe sogar am Aufnahmetest teilgenommen und zunächst bestanden. Allerdings bin ich wegen meiner leichten Neurodermitis durch den Gesundheitscheck gefallen. Damals war das wirklich sehr hart für mich und ich wusste erst mal nicht so recht, was ich jetzt anfangen soll. Ich habe ein BWL-Studium begonnen, dann aber kurz vor dem Vordiplom die Reißleine gezogen und nochmal von vorne angefangen. Diesmal im Fach Pädagogik. Heute bin ich heilfroh, dass es so gekommen ist.

Seit wann sind Sie in der Klinik und in welcher Funktion arbeiten Sie jetzt?

Ich habe 2008 mit einem halbjährigen Praktikum in der Diagnostik und in der Adaption angefangen. Das war auch alles etwas kurzfristig. Eigentlich hatte ich schon ein Praktikum in einem Waisenhaus in Ghana gemacht, das ich für die Klinik abgesagt habe. Seitdem bin ich irgendwie auf salus gepolt. Ich habe mein Studium abgeschlossen und direkt danach in der Adaption angefangen. Hier hab ich ca. drei Jahre gearbeitet, bevor ich in die Öffentlichkeitsarbeit „Koordination und Information“ gewechselt bin.

Was mögen Sie an Ihrem Beruf und Ihrer Arbeit? Was ist Ihnen besonders wichtig?

Die Arbeit ist unheimlich vielseitig. Ich habe täglich mit vielen unterschiedlichen Menschen zu tun. Die einen rufen mich an, weil sie den Weg zu uns finden wollen und Unterstützung für sich oder ihre Angehörigen brauchen, andere sind gute Kooperationspartner und Kollegen, mit denen wir sehr enge und nette Kontakte pflegen, wieder andere sind meine lieben und sehr unterschiedlichen Kollegen, mit denen ich natürlich jeden Tag Kontakt habe. Das Wichtigste ist für mich, mit Menschen zu tun zu haben. Und davon gibt es hier sehr viele.

Was machen Sie, wenn Sie nicht arbeiten?

Ich liebe Sport!! Ich fahre Mountainbike und Ski, gehe ins Fitnessstudio und entspanne in der Sauna. Ich mag sowohl Rock- als auch Klassikkonzerte, gehe gerne ins Kino oder auch ins Ballett. Wenn es finanziell möglich wäre, würde ich gerne viel mehr reisen. Wie im Beruf liebe ich Menschen und Kulturen unterschiedlichster Art und Herkunft. Freunde und Familie sind mir natürlich auch wichtig und wenn es die Zeit erlaubt, treffe ich mich auch mit ihnen. Ach ja, das Allerwichtigste: Ich liebe ... gutes Essen und gute Restaurants. Man könnte sagen: Das ist eines meiner Haupthobbies!

Wenn Sie sich in die Zeit Ihrer Jugend zurückversetzen, was würden Sie aus damaliger Sicht über Ihre heutige Person denken?

Oje. Wahrscheinlich fände ich mich etwas langweilig. Speziell meine Frisur!! Ich hab meine komplette Kinder- und Jugendzeit auf etwas extravaganzere Frisuren Wert gelegt. Selbstgeschnitten, grün und blau... so verändert man sich dann halt doch. Aber trotzdem bin ich heilfroh, dass es so gekommen ist. Ich mag mein Leben, so wie es ist. Aber auch bei mir gab es Zeiten, die nicht so einfach waren. Ich denke, ich bin schon auch ein bisschen stolz darauf, wie ich mein Leben bisher gelenkt habe und was ich heute für Werte lebe.

Was möchten Sie in der Zukunft gerne erleben, machen, erfahren?

Ich möchte möglichst viel von der Welt sehen. Ich will den Spaß am Leben nicht verlieren. Irgendwann möchte ich auch Kinder und Familie. Und auf den Kontext bezogen: Ich hoffe, dass ich nie den Spaß an meiner Arbeit verliere.

Typisch für mich: Meine Oma hatte mir als Kind immer erzählt: Wenn es irgendwo zwickt oder kneift im Körper, hat sich ein Bluttröpfchen verirrt. Treu oder naiv - ich kann es auch nicht erklären, aber ich habe es bis vor wenigen Jahren nicht hinterfragt. Was meine Oma sagte, war für mich halt Gesetz und so wurde ich vor ein paar Jahren zum Gespött meines Freundeskreises. So ist das halt. Aber ich stehe dazu!!

