

# Drug Science

Impulse zum Quer-,  
Neu- und Weiterdenken.

36. Jahrestagung der  
LWL-Koordinationsstelle Sucht

30. Oktober 2018  
Münster

Forum Sucht Band 51 ISSN 0942-2382

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Koordinationsstelle Sucht  
48133 Münster  
[www.lwl-ks.de](http://www.lwl-ks.de)

Redaktion: Frank Schulte-Derne, LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Layout: Anne Kettler, Druckerei Kettler  
Titelbild: Jörg Körner, LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Druck: Druckerei Kettler, Bönen

1. Auflage: 1.000

ISSN 0942-2382

Münster 2019

Hinweis für die Zitierung der Veröffentlichung:

Hinweis für die Zitierer der Veröffentlichung:  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2019).  
*Drug Science - Impulse zum Quer-, Neu- und Weiterdenken*  
Münster: Forum Sucht Band 51

### **LWL-Koordinationsstelle Sucht**

Tel.: +49 251 591-3267  
Fax: +49 251 591-5484  
E-Mail: [kswl@lwl.org](mailto:kswl@lwl.org)

---

**Drug Science**

**Impulse zum Quer-,  
Neu- und Weiterdenken**

36. Jahrestagung der  
LWL-Koordinationsstelle Sucht

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort . . . . .	5
Begrüßung <i>Gaby Bruchmann</i> . . . . .	6
Lobbyarbeit - Strategien und Auswirkungen auf den Alkoholkonsum <i>Sanaz Saleh-Ebrahimi</i> . . . . .	9
Vom Abstinenzdogma zum Paradigma Zieloffener Suchtarbeit <i>Matthias Nanz</i> . . . . .	23
Forum 1 Ärger, Stress und Punk – zur Situation der offenen Drogenszene in der Stadt <i>Michael Wiese</i> . . . . .	39
Forum 2 Community Reinforcement Approach (CRA) für Jugendliche <i>Werner Terhaar / Willi Vriesen</i> . . . . .	43
Forum 3 Learning How to Ask - Ein Training zur Diagnostik und zum Umgang mit Berichten von Traumatisierungen <i>Annett Lotzin</i> . . . . .	49



# Vorwort

Das einzig konstante ist die Veränderung – dieser Ausspruch trifft auch auf das Arbeitsfeld der Suchthilfe zu. Inhaltliche Herausforderungen, strukturelle Rahmen und neue Gesetze verändern auch Ihr Arbeitsfeld stetig weiter. In ihrem beruflichen Handeln sind Sie alltäglich quasi als „Veränderungsbegleiter“ für Ihre Klienten, Patienten und alle anvertrauten Menschen unterwegs. Vielleicht geht damit auch der eigene Wunsch nach Routine und Verlässlichkeit einher. Mit der 36. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht möchten wir unsere und vielleicht auch Ihre Gewohnheit etwas durchbrechen und neue Einsichten ermöglichen. Mit dem Blick auf die Drug Science wollen wir uns dieser sich entwickelnden Disziplin annähern. Bei der Drug Science stehen psychoaktive Substanzen wissenschaftlich im Spannungsfeld zwischen einer neurobiologischen, klinisch-pharmakologischen, psychotherapeutischen, suchtmmedizinischen, sozialwissenschaftlichen und politischen Perspektive. Besonders dabei ist der transdisziplinäre Ansatz, der neue Impulse zum Quer-, Neu- oder Weiterdenken in den Fokus rückt.



*Gaby Bruchmann*

Dr. Gaby Bruchmann  
Referatsleiterin  
LWL-Koordinationsstelle Sucht

# Begrüßung

**Dr. Gaby Bruchmann**

Referatsleiterin, LWL-Koordinationstelle Sucht

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Referentinnen und Referenten,

ich möchte Sie ganz herzlich zur bereits 36. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht hier im Landeshaus des LWL in Münster begrüßen. Den langjährigen Stammgästen unter Ihnen wird direkt auffallen, dass das Programm etwas anders gestaltet ist. Wir haben uns diesmal nicht einer bestimmten Thematik, einer Methode, eines Arbeitsansatzes oder ähnlichem verschrieben. Vielmehr haben wir vielfältige Impulse zu unterschiedlichen Themen zusammengetragen. Die Klammer hierfür sehen wir in der DrugScience. Bei der Drug Science stehen psychoaktive Substanzen wissenschaftlich im Spannungsfeld zwischen einer neurobiologischen, klinisch-pharmakologischen, psychotherapeutischen, suchtmmedizinischen, sozialwissenschaftlichen und politischen Perspektive. Wie sich diese transdisziplinäre Wissenschaft entwickelt und wohin der Weg für diese junge Disziplin weist, wird Herr Dr. Jungaberle zu Beginn in seinem Einführungsvortrag aufzeigen.

Nicht nur die Wahl der Themen darüber hinaus ist vielfältig. Auch bei der Auswahl der Referierenden haben wir versucht disziplinübergreifende Perspektiven einzubeziehen. Referierende aus den Bereichen der Soziologie, der Psychologie, des Journalismus, der Psychiatrie, der Medizin und der Sozialen Arbeit geben Einblicke in ihre jeweiligen Arbeitsbereiche. Die Facetten reichen dabei von konkret beobachtbaren Veränderungen (offener) Drogenszenen, über ganz praktische Ansätze in der Suchtarbeit bis hin zur Betrachtung der Lobbyarbeit im Alkoholbereich und der Beschäftigung mit dem Paradigma der „Zieloffenen Suchtarbeit“. Zum Teil sind dies Themen, die (noch) nicht immer gehört werden, aber zugleich unerhört wichtig sind. Damit diese Inhalte und Perspektiven nicht isoliert nebeneinander stehen bleiben, möchten wir Ihnen, hier wiederum wie gewohnt, die Möglichkeit zur Diskussion in den Arbeitsgruppen am Nachmittag geben.

Ich gehe davon aus, dass Lösungsansätze für lebensweltliche Probleme am besten im Dialog entstehen können. Vielleicht ergeben sich so spannende An- und Einsichten auch in den beiden Arbeitsgruppen „DrugScience: Cannabis“ und „DrugScience: Harm Reduction“.

Dies ist unser Angebot an Sie. Meine Bitte an Sie, diskutieren Sie mit, bringen Sie sich ein und seien Sie auch selbst Impulsgeber zum quer- neu und weiterdenken.

Auch heute dürfen Sie sich darauf verlassen, dass das Team der LWL-Koordinationsstelle Sucht alles tun wird, um Ihnen den Tag so angenehm wie nur möglich zu machen. Angesichts dieser Rahmenbedingungen bleibt mir nur noch, Ihnen einen für Sie aufschlussreichen Verlauf der heutigen Jahrestagung zu wünschen.



# Lobbyarbeit – Strategien und Auswirkungen auf den Alkoholkonsum

**Sanaz Saleh-Ebrahimi**

Wissenschaftsjournalistin und Moderatorin, Berlin

## Wie die Alkoholindustrie uns dazu bringt, immer weiter zu trinken

Jeden Tag sterben in Deutschland 40 Menschen an den Folgen von Alkohol. Es ist klar, wie gefährlich Alkohol ist. Es ist bekannt, welche Maßnahmen helfen würden. Doch die Alkoholindustrie tut alles, um schärfere Regeln zu verhindern. Die Bundesregierung macht sich bei Gesprächen über die Regulierung von Alkohol offenbar die Argumentation der Industrie zu eigen, wie Recherchen von Sanaz Saleh-Ebrahimi und Daniel Drepper für das gemeinnützige Recherchezentrum Correctiv und ZDFzoom belegen. Die Folgen sind dramatisch.

60 Milliarden kostet uns der Alkohol

Alkohol gehört für viele in Deutschland zum Alltag. Das kostet nicht nur Menschenleben, sondern auch richtig Geld. Fehltage am Arbeitsplatz, ärztliche Behandlungen, Polizeieinsätze. 60 Milliarden Euro kostet das unsere Gesellschaft jedes Jahr, hat die Universität Hamburg hochgerechnet. Darin enthalten sind 18 Milliarden Euro Schmerzensgeld, die die Branche nach Schätzung der Forscher Betroffenen zahlen müsste, wenn sie für die Folgen von Alkohol haftbar gemacht werden könnte.

Nicht weniger als zehn Millionen Deutsche riskieren laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch übermäßiges Trinken ihre Gesundheit. Statistisch gesehen trinkt jeder Erwachsene durchschnittlich 130 Liter alkoholische Getränke im Jahr. Eine ganze Badewanne voll. Zu viel, sagen Experten.

Bis heute haben Bier, Wein und Spirituosen ein vergleichsweise gutes Image. Die Alkoholindustrie darf noch immer einen Kampf ausfechten, den die Tabakindustrie vor langer Zeit verloren hat. Auf Zigarettenschachteln stehen mittlerweile auf vier Seiten Warnhinweise. Seit 2016 sogar mit abschreckenden Bildern. Für Alkohol scheut die Politik bisher solche Regeln. Nur Schwangere werden auf manchen Flaschen vor dem Trinken gewarnt.



130 Liter Bier, Wein und Schnaps – eine ganze Badewanne voll. So viel trinkt jeder Deutsche im Schnitt, wie Reporterin Sanaz Saleh-Ebrahimi in einer Reportage für ZDFzoom zeigt.  
ZDFzoom

## Mehr als 200 Krankheiten und Symptome

Dabei wissen wir seit Jahrzehnten, dass Alkohol gefährlich ist. „Alkohol ist ein Zellgift und trifft jede Zelle des menschlichen Körpers“, sagt Professor Helmut Seitz. Er hat als einer der weltweit Ersten nachgewiesen, dass Alkohol Krebs verursachen kann. Das war 1984. Heute ist er ärztlicher Direktor des Klinikum Salem in Heidelberg und einer der angesehensten Alkoholforscher weltweit.

Seit mehr als 30 Jahren behandelt Seitz Alkohol-Geschädigte. Bei denen ist längst nicht nur die Leber betroffen. „Man sagt heute, dass Alkohol über 200 Krankheiten oder Symptome auslösen kann – oder Krankheiten, die bereits bestehen, verschlechtern.“ Das könne bis zur Demenz gehen, dazu Krebserkrankungen in der Mundhöhle, in der Speiseröhre, im Kehlkopf, im Dickdarm oder in der weiblichen Brustdrüse, dazu Muskel- und Knochenerkrankungen.

Schon geringe Mengen können Darm- und Brustkrebs auslösen. Ein viertel Liter Wein am Tag erhöht zum Beispiel das Risiko für Brustkrebs um 25 Prozent. „Und man kann nicht vorhersagen, bei wem passiert etwas und bei wem passiert nichts“, sagt Seitz. Für den Professor ist die wissenschaftliche Datenlage eindeutig. Umso mehr wundert sich Seitz darüber, dass es immer wieder Studien gibt, die das Gegenteil behaupten. „Experte sicher: Eine Flasche Wein pro Tag ist gesund“ auf Focus Online, „Bier trinken gegen Krebs“ in der Men's Health oder „Jeder Tag ohne Wein kann ein Herzinfarktrisiko sein“ in der Berliner Zeitung. Je mehr Menschen eingeredet wird, dass Alkohol gesund ist, desto höher der Umsatz.

## Studien, finanziert von der Industrie

Die Industrie fördert ihre eigene Forschung. Ein Beispiel ist ERAB, eine von der Alkoholindustrie gegründete und finanzierte Organisation: „The European Foundation for Alcohol Research“.

In den USA hat die von der Industrie finanzierte Forschung seit den 80er Jahren dafür gesorgt, dass auch die positiven Effekte von Alkohol erforscht werden. Die Industrie hat die Forschung durch ihre Unterstützung aufgeweicht.

Das amerikanische Modell sollte auf Europa übertragen werden, um in der hiesigen Wissenschaftsgemeinschaft sichtbar zu werden. Im Jahr 2003 wird ERAB deshalb als gemeinnützige belgische Organisation gegründet. Die europäischen Brauerverbände und die vier großen Brauereien Carlsberg, Heineken, Anheuser Busch und SABMiller geben für ERAB insgesamt eine halbe Million Euro pro Jahr. Seit seiner Gründung hat ERAB rund sechs Millionen Euro investiert und damit 86 Forschungsprojekte finanziert. Die Alkoholindustrie nennt das eine Förderung „auf Armlänge“. Das soll die Interessenkonflikte vertuschen.

Und die Politik trinkt mit...

Unabhängige Forscher sind sich dagegen einig, dass der Konsum drastisch reduziert werden muss. Internationale Studien haben in den vergangenen Jahrzehnten gezeigt, was Menschen dazu bringt, weniger zu trinken: Höhere Preise, weniger Werbung und kein Alkoholverkauf mehr rund um die Uhr. Politiker müssten sich dafür entscheiden, die Gesundheit der Bürger über den Umsatz der Alkoholindustrie zu stellen. Doch die Politik trinkt lieber mit, als harte Regeln durchzusetzen.

Zum Beispiel auf dem Oktoberfest. Jedes Jahr trinken die Besucher der Wiesn mehr als sieben Millionen Liter Bier. Für eine Dokumentation von ZDFzoom fährt Reporterin Sanaz Saleh-Ebrahimi nach München. Promis feiern hier ebenso wie Politiker. Wer Bier trinkt, ist nah am Volk.

„Fünf, vier, drei, zwei eins. O´zapft is. Auf eine friedliche Wies’n.“ Traditionell sticht Münchens Oberbürgermeister Dieter Reiter das erste Fass an und füllt die erste Maß für sich und Ministerpräsident Horst Seehofer. „Bier in Maßen ist gesund, ist ein Nahrungsmittel in Bayern“, sagt Seehofer, als die ZDFzoom-Reporterin Sanaz Saleh-Ebrahimi ihn fragt, warum er Werbung für Alkohol mache. „Es geht immer um den richtigen Gebrauch von Bier. Nicht um den Missbrauch.“ Warum ist die Alkoholpolitik in Deutschland so lasch? „Ach, wir sind jetzt auf der Wiesn“, sagt Seehofer – und bricht das Gespräch ab.

In Deutschland an Alkohol zu kommen ist einfach. Zuletzt hat die Politik vor gut zehn Jahren die Steuer auf Alkopops erhöht, verführerische Mischgetränke, deren Alkoholgehalt gerade Jugendliche beim Konsum unterschätzen. Seitdem wurde kaum etwas unternommen, um den Konsum von Alkohol einzu-



„Bier in Maßen ist gesund, ist ein Nahrungsmittel in Bayern.“ Horst Seehofer auf eine Frage von ZDFzoom-Reporterin Sanaz Saleh-Ebrahimi. ZDFzoom

schränken. Wieso nicht? Was ist los mit der Politik?

Gleich neben dem Oktoberfest beginnt am selben Tag im September 2016 das Bayerische Zentral-Landwirtschaftsfest. Mittendrin: Bundesernährungsminister Christian Schmidt, der damals auch für Alkohol zuständig ist, sowie seine Vorgängerin Ilse Aigner. Dazu Grünen-Politikerin Claudia Roth und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler.

Als wir Ernährungsminister Christian Schmidt zur Alkoholpolitik befragen wollen, blockt sein Mitarbeiter unsere Fragen ab. Bei der Drogenbeauftragten Marlene Mortler haben wir mehr Glück. ZDFzoom-Reporterin Sanaz Saleh-Ebrahimi fängt sie nach dem Fest auf dem Parkplatz für ein spontanes Interview ab. Mortler will keine schärfere Regulierung von Alkohol. „Ich bin ja nicht als Verbotstante ernannt worden“, sagt Mortler. „Ich bin jemand, der auch beobachtet.“ Eine Drogenbeauftragte, die sich aufs Beobachten beschränkt.

Einige Politiker wollen ihren Wählern nicht nur die Party nicht verderben, sie lassen sich auch direkt von der Industrie einspannen. Der Deutsche Brauer-Bund kürt einmal im Jahr den Botschafter des Bieres. Das waren unter anderem schon Bundestagspräsident Norbert Lammert, Kanzleramtsminister Peter Altmaier, der bayerische Ministerpräsident Horst Seehofer. Und Grünen-Chef Cem Özdemir. Der präsentierte beim Grünen-Parteitag sogar sein eigenes Bier: das Özdebier. Erfolgreiche PR. Für ihn. Und den Alkohol.

DFB und „Bild“: Unheilige Allianz für den Alkohol

Das bisher letzte Mal, dass eine Politikerin gegen die Alkoholindustrie vorging, ist gut ein Jahrzehnt her. Damals war Sabine Bätzing Drogenbeauftragte. Sie hat dafür gekämpft, dass die Deutschen weniger trinken, hat das offensiv vertreten – und wurde ausgebremst von der Industrie. Allen voran vom Bayerischen Brauerbund, der damals die Gegenwehr organisierte und zahlreiche Verbindungen in Politik und Wirtschaft nutzte, um Bätzings Plan abzuschmettern.

Gegen Sabine Bätzing wurde eine Kampagne geführt. Angeblich hat Bätzing in dieser Zeit sogar anonyme Morddrohungen erhalten. Darüber sprechen möchte Bätzing heute nicht mehr. Ein Interview lehnt sie ab.

Wie groß der Druck auf Sabine Bätzing war, kann einer beurteilen, der schon lange für härtere Regeln kämpft. Von 1990 an war Rolf Hüllinghorst fast zwei Jahrzehnte lang Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Auch die Kampagne gegen Sabine Bätzing hat er miterlebt. Und war trotz seiner Erfahrung überrascht, wie massiv der Widerstand war. „Ein ganz breites Bündnis kam auf einmal an. Zeitungsverleger, Fernsehanstalten, Werbetreibende im Kino“, erinnert sich Hüllinghorst. „Inklusive Deutscher Fußball-Bund, der Sorge hatte, dass in den Stadien etwas mit der Alkoholwerbung passieren würde.“ Hüllinghorsts Fazit: „Gegen DFB und Bild-Zeitung kann sich auch die stärkste Politikerin in Deutschland nicht durchsetzen.“

Der einzelne Trinker hat keine Lobby. Die Industrie schon. In Europa hängen geschätzte 750.000 Jobs am Alkohol. Dazu kommen noch weitere Branchen, die vom Alkoholkonsum profitieren: der Einzelhandel, die Gastronomie, der Sport, die Werbebranche und damit auch die Medien.

Der DFB möchte sich auf Anfrage zur Lobbyarbeit im Jahr 2009 nicht mehr äußern und verweist auf neue Präventionsprogramme, an denen er sich beteiligt. Der Bund Deutscher Zeitungsverleger schreibt auf Anfrage, dass er „sich immer gegen Werbeverbote für legal verkaufte Produkte aller Art eingesetzt hat“ und dass „Werbeeinnahmen für privatwirtschaftlich organisierte Medien einen wichtigen Teil ihrer Erlöse ausmachen“.



Wie hart der Widerstand gegen neue Alkoholgesetze ist, überrascht selbst Experten wie Rolf Hüllinghorst. ZDFzoom

Der Hauptgeschäftsführer des Bayerischen Brauerbundes, Lothar Ebbertz, schreibt auf Anfrage, sein Vorgehen gegen die Vorschläge Bätzings sei „sach- und interessengerecht“ gewesen. Bätzings Maßnahmen seien weit über das Ziel hinausgeschossen und wissenschaftlich nicht erwiesen gewesen.

Im Zentrum all der Interessen aus Wirtschaft, Medien und Sport: die Politik.

Vermutlich auch deshalb haben sich die Regeln für Alkohol bis heute nicht verschärft. Seit Sommer 2015 gilt zwar bundesweit ein neues Präventionsgesetz. Darin steht das große Ziel: Alkoholkonsum reduzieren. Was aber nicht im Gesetz steht: Wie? Festlegen soll das eine Arbeitsgruppe. Besonders im Fokus: drei Maßnahmen, die auch schon die ehemalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung Sabine Bätzing forderte. Weniger Werbung, höhere Preise und eingeschränkte Verfügbarkeit von Alkohol.

Neue Regeln? Nicht mit der Alkoholindustrie

ZDFzoom und Correctiv haben diese Arbeitsgruppe eineinhalb Jahren begleitet, haben immer wieder mit den beteiligten Experten gesprochen. Lange hat die Gruppe kaum Fortschritte dabei gemacht, neue Regeln für Werbung, Steuer und Verfügbarkeit von Alkohol in Deutschland festzulegen. Bis heute gibt es keinen Abschlussbericht.

Die Arbeit geht auch so langsam voran, weil die Arbeitsgruppe nicht nur aus Experten besteht. Im Gegenteil. Neben Ärztevereinigungen, Apothekerverband, Krankenkassen, Suchtexperten, Caritas oder Gewerkschaften sitzen auch vier Vertreter von Ministerien in der Arbeitsgruppe: Gesundheit, Familie, Ernährung und Wirtschaft. Und die Ministerien haben ein Vetorecht. Wenn ihnen eine Textpassage nicht passt, kann sie nicht in den Abschlussbericht.

Die Bundesregierung macht sich nach unseren Recherchen offenbar die Interessen der Industrie zu eigen. Eigentlich soll die Arbeitsgruppe eine gesundheitspolitische Empfehlung erstellen. Wie kann Alkoholkonsum reduziert werden? Die Argumente der Alkoholindustrie könnten dann im Anschluss diskutiert werden – wenn das Papier fertig ist.

Die Industrie sitzt offiziell nicht mit am Tisch. Und sollte deshalb auch nicht wissen, wie weit die Arbeit in der Gruppe fortgeschritten ist. Dennoch hat sie offenbar Zugriff auf den Stand der Beratungen. Und versucht schon jetzt, Einfluss auf die Gespräche zu nehmen. Das legen Dokumente nahe, die ZDFzoom und Correctiv mit Hilfe des Informationsfreiheitsgesetzes erhalten haben. Zu den Unterlagen gehören zwei Briefe an das Bundeswirtschaftsministerium.

Zwei abgestimmte Briefe ans Ministerium

Am 17. September 2015 schreibt der Deutsche Brauer-Bund an das Wirtschaftsministerium. „Uns liegt nunmehr der überarbeitete Entwurf für die so-

genannten Gesundheitsziele vor“, beginnt der Brief. Er sieht schon den Titel der Arbeitsgruppe kritisch: „Alkoholkonsum reduzieren“. Die Brauer wollen neue Verbote verhindern.

So fordern die Brauer zum Beispiel, lieber mehr auf Prävention zu setzen, als die Steuern für Alkohol zu erhöhen. Höhere Preise würden schließlich viele mittelständische Brauereien und damit Arbeitskräfte gefährden. Auch der Verkauf von Alkohol und die Werbung sollten nicht eingeschränkt werden. Stattdessen sollen positive Entwicklungen der vergangenen Jahre stärker gewürdigt werden. „Wir würden uns freuen, wenn es möglich wäre, unsere Argumente in der weiteren Diskussion zu berücksichtigen“, endet der Brief.

Einen Tag später wendet sich auch der Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie an das Ministerium. Die Briefe sind offenbar abgestimmt. Beide Lobbygruppen freuen sich, dass „einige der im Sommer bereits erörterten Kritikpunkte offenbar aufgegriffen wurden“. Die Alkoholindustrie scheint über die laufenden Beratungen der Arbeitsgruppe bestens informiert zu sein.

Der Deutsche Brauer-Bund betont auf Anfrage noch einmal, dass er gegen Steuererhöhungen, Verkaufs- und Werbeverbote eintritt und stattdessen auf Prävention setzen will. So wie sich das ZDF etwa zu Fragen des Rundfunkbeitrags einbringe, „äußert sich der Brauerbund zu aktuellen Fragen der Alkoholpolitik. Deshalb hat sich der DBB natürlich auch zu den geplanten Gesundheitszielen geäußert.“

#### Buffet und Hochprozentiges im Adlon

Bei Ihrer Lobbyarbeit belassen es die Alkohol-Vertreter nicht beim Schreiben von Briefen. Regelmäßig werden Spitzenpolitiker und Beamte zu Treffen mit der Industrie eingeladen. Der ehemalige Bundesernährungsminister Christian Schmidt zum Beispiel traf sich häufig mit Vertretern der Wein- und Bierindustrie oder hält Grußworte auf deren Veranstaltungen. Wie bei der Eröffnung des Heilbronner Weindorfes oder bei der Jungweinprobe des Weinbauvereins Ipsheim in Franken. Von 2013 bis 2016 hatte Schmidt rund 30 solcher Kontakte mit der Alkoholindustrie.

Die ehemalige Bundeswirtschaftsministerin Brigitte Zypries war im November 2015 Gastrednerin bei einem Treffen des Bundesverbandes der Deutschen Spirituosenindustrie – im Berliner Adlon, mit Buffet und Hochprozentigem. Zu Gast waren weitere Politiker und Spitzenbeamte. Kurze Zeit später übernahm Zypries die Schirmherrschaft für die Präventionskampagne „Klartext reden!“ von der Spirituosen-Industrie.

Die Einflussnahme der Alkoholindustrie hat offenbar Erfolg. Denn die Bundesregierung verhindert in der Arbeitsgruppe härtere Regeln. ZDFzoom und Correctiv haben mehrere Schreiben aus der Arbeitsgruppe zugespielt bekommen. Diese zeigen, dass vor allem das Wirtschafts- und das Ernährungs- und Landwirtschaftsministerium von Christian Schmidt entscheidende Formulierungen blockieren, die den Alkoholkonsum in Zukunft einschränken könnten.

In einem Entwurf für das bis heute nicht fertig gestellte Abschlussdokument der Arbeitsgruppe widerspricht die Regierung mehreren Formulierungen der Gesundheitsexperten. Das war im Februar 2016, also rund ein halbes Jahr nach den Lobbybriefen an das Ministerium. Ein Beispiel ist die Formulierung „Der Verkauf von Alkohol an Tankstellen und in Supermärkten wird beschränkt“. Sie wurde vom Bundeswirtschaftsministerium gestrichen. Das schreibt: „Alles darüber hinausgehende wird vom BMWi nicht mitgetragen.“ Ein klares Veto gegen zu starke Regulierung. Gleich darunter unterstützt das Ernährungsministerium das Veto der Kollegen.

Auch in anderen Kapiteln orientiert sich die Regierung bei den Diskussionen erstaunlich nah an den Positionen der Industrie. Während zum Beispiel die Bundesärztekammer, die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und der Fachverband Sucht eine harte Regulierung von Alkoholwerbung verlangen, setzt das Wirtschaftsministerium voll auf die Selbstkontrolle der Industrie. Und stellt infrage, ob Steuererhöhungen wirklich den Alkoholkonsum reduzieren können – obwohl der Zusammenhang wissenschaftlich klar belegt ist.

Fazit: Im Wesentlichen soll alles so bleiben wie es ist. Kaum Einschränkungen bei der Verfügbarkeit von und Werbung für Alkohol, keine höheren Preise.

ZDFzoom und Correctiv haben alle Teilnehmer der Arbeitsgruppe angeschrieben, zum Teil mehrfach. Keiner der Teilnehmer wollte über die konkrete Arbeit in der Gruppe reden.

Eine der Sitzungen war Anfang Oktober 2016 in Berlin. ZDFzoom-Reporterin Sanaz Saleh-Ebrahimi wartete vor Beginn der Sitzung vor dem Eingang und versuchte, mit den Beteiligten über die Arbeit der Gruppe zu reden. Kaum jemand wollte sich äußern. Das Wirtschaftsministerium wurde unter anderem von Heike Lütch vertreten. Die glaubt zwar, dass härter reguliert werden sollte, sieht aber verschiedene Interessen, die berücksichtigt werden müssten. Auch wirtschaftliche. Welche wären das denn? „Naja, da hängen schon Arbeitsplätze mit dran.“

Wird die Wissenschaft nicht ernst genommen?

Die Gesundheitsexperten in der Arbeitsgruppe sind zum Teil frustriert über die Arbeit und den Widerstand der Ministerien. Zum Beispiel Gabriele Bartsch. Sie war damals stellvertretende Geschäftsführerin der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Sie hat erlebt, wie schwierig es ist, einen Kompromiss zu finden, wenn Gesundheit bei der Regierung nicht an erster Stelle steht. „Bei uns hat man den Eindruck, dass die Wirtschaft überall sehr dominant ist“, sagt Bartsch. „Und dass die unternehmerischen Interessen doch sehr im Vordergrund stehen.“

Eine stärkere Lobby für Public Health, also all das, was die Gesundheit der Menschen verbessert, fordert deshalb Ulrich John, Professor für Sozialmedizin an der Universität Greifswald. Auch er war Teil der Arbeitsgruppe und stellt fest: Würde Deutschland die Alkoholsteuern erhöhen, dann „würden wir im Schnitt alle ein weiteres Lebensjahr dazugewinnen.“

John beklagt, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Gesundheitspolitik nicht Ernst genug genommen würden. Erkenntnisse der Forscher hätten „natürlich eine andere Qualität, als wenn jemand über das Trinkverhalten seines Nachbarn berichtet“. Dennoch würden im politischen Prozess alle Interessenverbände auf eine Ebene gestellt. „Und das ist etwas, das aus Sicht der Forschung schlicht nicht geht.“

ZDFzoom und Correctiv haben alle vier beteiligten Ministerien für Interviews vor der Kamera über die offensichtlich erfolgreiche Lobbyarbeit der Industrie angefragt. Kein Ministerium wollte ein Interview geben. Nur das Bundesgesundheitsministerium teilte schriftlich mit, dass alle Beteiligten Änderungen vorschlagen könnten, die Arbeit am Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ aber noch nicht abgeschlossen sei. Die Drogenbeauftragte Marlene Mortler ging auf unsere konkrete Fragen nicht ein.

Das Positiv-Beispiel: Schweden

Die Interessen der Industrie scheinen in Deutschland über der Gesundheit der Bevölkerung zu stehen. Dabei geht es auch anders. In Schweden ist die Alkoholpolitik sehr viel strenger als in Deutschland. Vor mehr als 100 Jahren hatten die Schweden ein riesiges Alkoholproblem. Sie tranken vier- bis fünfmal so viel wie heute. Immer mehr Menschen erkannten: Wir müssen etwas ändern.

Das Ergebnis: Höhere Preise, weniger Werbung. Hochprozentiges gibt es nur in bestimmten Spirituosengeschäften. Die Öffnungszeiten beschränken sich auf

wenige Stunden am Tag. In normalen Supermärkten gibt es nur Bier mit weniger als fünf Volumenprozent. Auf den Flaschen kleben Warnhinweise.



Alkohol nur in bestimmten Supermärkten: In Schweden wird deutlich weniger getrunken.  
ZDFzoom

Schweden – genau wie Norwegen – gehört in Europa zu den Ländern mit dem niedrigsten Pro-Kopf-Konsum von Alkohol. Die Schweden tranken 2015 laut Weltgesundheitsorganisation im Schnitt 8,7 Liter Reinalkohol pro Kopf. Wir Deutschen tranken dagegen 10,6 Liter. Deutschland liegt damit im europäischen Mittelfeld.

ZDFzoom-Reporterin Sanaz Saleh-Ebrahimi fliegt nach Schweden und trifft sich mit der Organisation IOGT, die in Deutschland Guttempler heißen. Deren Mitglieder trinken keinen Alkohol. Der strategische Direktor ist Maik Dünnbier. Dünnbier – sehr schlank, markantes Gesicht, Sportschuhe, schwarze Jeans – ist Deutscher, lebt aber seit zehn Jahren in Schweden. Er kennt die Politik beider Länder.

„Die Alkoholindustrie ist in Schweden genauso organisiert wie in Deutschland. Der Unterschied ist, dass man in Schweden stärkeren politischen Willen hat, Alkohol als Suchtmittel zu regulieren und nicht nur als Wirtschaftsfaktor zu sehen“, sagt Dünnbier. „In Deutschland sind wir davon unglaublich weit entfernt.“

Die Guttempler kämpfen weltweit für eine strengere Alkoholpolitik. In Deutschland wird ihre Arbeit unter anderem vom Gesundheitsministerium gefördert. Dünnbier beobachtet die deutsche Politik mit besonderem Interesse.

„Die Alkoholpolitik in Deutschland ist katastrophal. Die ist nicht besser als die in Entwicklungsländern“, sagt Dünnbier. „Der Alkoholkonsum in Deutschland liegt auf einem Niveau, wo man sich für schämen müsste als Industrieland.“ Dünnbier wünscht sich eine Gesellschaft, in der man nicht bei jedem Anlass „mehr oder weniger dazu gezwungen wird, sich zu rechtfertigen, wenn man keinen Alkohol konsumieren möchte.“

Und nun? Weniger Regeln, statt mehr

Strengere Regeln für den Verkauf von Alkohol gab es in Deutschland zuletzt nur in Baden-Württemberg. Die Menschen konnten dort nicht mehr überall und rund um die Uhr Alkohol kaufen. Ab 22 Uhr war es verboten, Alkohol in Supermärkten oder Tankstellen zu verkaufen. Laut einer Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung und des Hamburg Center for Health Economics ist das ein Erfolg. Das Komasaufen bei jungen Erwachsenen bis 25 Jahren ist in den ersten beiden Jahren nach dem Verbot zurückgegangen. Um sieben Prozent. Das sind etwa 400 Jugendliche weniger pro Jahr, die mit Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl in anderen Bundesländern an.



ZDFzoom-Reporterin Sanaz Saleh-Ebrahimi in einem 24-Stunden-Späti in Berlin. Alkohol ist in Deutschland fast immer und überall zu bekommen. Gesundheitsexperten kritisieren das. ZDFzoom

Auch internationale Studien zeigen: je schwieriger es ist, an Alkohol zu kommen, desto weniger trinken die Menschen. Dennoch hat die Regierung in Baden-Württemberg das nächtliche Verkaufsverbot Ende 2017 wieder gekippt. Die von den Grünen geführte Regierung wollte stattdessen die Prävention in den Vordergrund stellen. Und zum Beispiel über Testkäufer dafür sorgen, dass Jugendliche unter 18 Jahren keinen hochprozentigen Alkohol mehr bekommen. Doch diese Maßnahmen haben kaum eine Chance, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Denn statistisch gesehen wird ein Supermarkt in Deutschland nur alle paar Jahrzehnte einmal überprüft.

Kontrollen funktionieren nicht

Correctiv hat alle 16 Landeshauptstädte gefragt, wie viele Testkäufe es in den vergangenen Jahren für wie viele Alkohol-Verkaufsstellen gab. Und wie häufig die Supermärkte, Bars und Tankstellen bestraft wurden, weil sie Alkohol an Minderjährige verkauften. Das Ergebnis ist erschreckend. Es zeigt, dass sich die Verkäufer in der Mehrzahl offenbar nicht an die Regeln halten; dass sie kaum Kontrollen zu fürchten haben; und dass die Strafen erstaunlich niedrig sind.

In Hamburg zum Beispiel kommen auf rund 13.000 Verkaufsstellen weniger als 300 Testkäufe pro Jahr. Jeder Supermarkt kommt also im Schnitt nur alle 40 Jahre in eine Kontrolle. Da wundert es nicht, dass sich die Verkäufer nicht an die Regeln halten und in den vergangenen Jahren bei etwa jeder zweiten Kontrolle auffielen. Die Verstöße gelten als Ordnungswidrigkeit, das Bußgeld beträgt im Schnitt etwa 1000 Euro.

In Frankfurt sind in den Jahren 2014 bis 2016 von den knapp 3000 Alkohol-Verkaufsstellen stets gut 150 geprüft worden. Zwischen 30 und 45 Prozent der Verkäufer hielten sich nicht an das Jugendschutzgesetz. In anderen Städten sieht es ähnlich aus.

Die Industrie verhindert mit ihrer Lobbyarbeit, dass Alkohol härter reguliert wird. Und die laschen Regeln, die es derzeit gibt, werden nicht konsequent umgesetzt – geschweige denn ausreichend kontrolliert.

---

Dieser Text ist in ähnlicher Form zuvor auf der Webseite des gemeinnützigen Recherchezentrums Correctiv erschienen. Unter [correctiv.org/unterstuetzen](https://correctiv.org/unterstuetzen) können Sie die Recherchen der Reporterinnen und Reporter unterstützen.

Sanaz Saleh-Ebrahimi ist freie Moderatorin und Wissenschaftsjournalistin in Berlin.

Nach ihrem Studium zur Wissenschaftsjournalistin hat sie von 2008 bis 2014 als Medizijnjournalistin und Moderatorin beim ZDF gearbeitet. Von 2012 bis 2014 war sie Moderatorin für das WDR-Fernsehen. Danach berichtete sie als Moderatorin und Reporterin für den rbb live aus Berlin und Brandenburg. Seit 2016 gehört sie zum Moderations-Team der n-tv Nachrichten. Zudem berichtete sie als Moderatorin, Reporterin und Autorin von Wissenschaftssendungen und investigativen Dokumentationen für die Sender NDR, WDR, rbb, ZDF und arte. Für ihre Filme erhielt sie den TOM Medienpreis der Deutschen Kinderhospizstiftung und den Deutschen Sozialpreis.

Daniel Drepper ist Chefredakteur von BuzzFeed Deutschland. Er war Mitgründer des gemeinnützigen Recherchezentrums Correctiv und arbeitete als Reporter für das Recherche-Ressort der Funke-Mediengruppe. Drepper hat investigativen Journalismus an der Columbia University studiert und Journalistik an der TU Dortmund. 2018 wählte ihn das medium magazin zum Chefredakteur des Jahres. Für seine Recherchen erhielt er unter anderem den Wächterpreis, den Reporterpreis, den Axel-Springer-Preis und den Ernst-Schneider-Preis.





# Vom Abstinenzdogma zum Paradigma Zieloffener Suchtarbeit

## **Matthias Nanz**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für innovative Suchtbehandlung (ISS) und Suchtforschung der Evangelischen Hochschule, Nürnberg

In der deutschen Suchthilfe herrscht in weiten Teilen noch immer eine überwiegend abstinenzorientierte Grundhaltung im Umgang mit Suchtproblematiken. Dies führt zu einer unzufriedenstellenden Situation, sowohl auf Seiten der Betroffenen als auch der Fachkräfte. Das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit (Körkel, 2014; 2018; Körkel & Nanz, 2016) möchte durch eine Erweiterung des Behandlungsspektrums um die Behandlungsziele Reduktion und Schadensminderung die bisherigen Abstinenzangebote systematisch ergänzen und KlientInnen Wahlfreiheit einräumen. Dies erfordert von den Fachkräften der Suchthilfe eine Auseinandersetzung mit der eigenen Grundhaltung in Bezug auf den Suchtmittelkonsum von KlientInnen sowie gegebenenfalls eine Aneignung von Wissen über alternative Behandlungsmöglichkeiten (Reduktion und Schadensminderung) und die Kompetenz, diese in Form von Interventionen durchzuführen.

Dieser Beitrag orientiert sich am Vortrag „Vom Abstinenzdogma zum Paradigma Zieloffener Suchtarbeit“, der am 30.11.2018 auf der 38. Jahrestagung des LWL im Landeshaus in Münster gehalten wurde.

Zunächst erfolgt eine Einordnung der (1) Abstinenz als Behandlungsziel und als hinderliches Dogma. (2) Daran schließt eine Reihe von Vorteilen an, die eine zieloffene Ausrichtung mit sich bringt. (3) Im dritten Gliederungspunkt wird das Konzept von Zieloffener Suchtarbeit vorgestellt. Zunächst, wie diese in der Praxis am Beispiel eines Falles zur Anwendung kommt, bevor die einzelnen Komponenten Zieloffener Suchtarbeit beschrieben werden. (4) Der letzte Abschnitt widmet sich den Herausforderungen, die sich aus einer zieloffenen Ausrichtung ergeben und deren Implikationen für Einrichtungen der Suchthilfe.

## **1. Abstinenz als Behandlungsziel und Dogma**

Abstinenz ist eine wertvolle Behandlungsoption. Mit dem Erreichen der Abstinenz sind eine Reihe von positiven Faktoren verbunden, so etwa die Reduzierung von körperlichen Folgeschäden oder von Krankheitstagen, bei der Wie-

dererlangung der Fahrerlaubnis etc. (Maffli et al. 1995; O'Farrell et al. 2003). Die Abstinenz als Behandlungsziel steht somit nicht grundsätzlich zur Diskussion, muss aber differenzierter betrachtet werden.

Einige Annahmen des klassischen „Krankheitsmodells“ der Sucht sind nach wie vor stark in der Praxis vertreten. Das bedeutet, dass die Suchthilfe immer noch stark geprägt ist von etwa den Annahmen der Anonymen Alkoholiker (1939) und dem Alkoholismusmodell von Jellinek (1960).

Vier Grundlegende Annahmen sind daran anknüpfend noch sehr dominant:

1. Annahme: Entweder man ist abhängig oder nicht. Dazwischen gibt es gar nichts. Es gibt einen ganz klaren Schnitt, wo man sagen kann, A ist abhängig, B ist nicht abhängig.
2. Annahme: die wahren Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung sind biologischer Natur. Also nicht etwa psychologischer oder sozialer Natur, nein die wahre Ursache liegt in den Genen, ist biologisch veranlagt usw.
3. Annahme: das Kernmerkmal von Abhängigkeit ist der Kontrollverlust. Alkoholabhängige haben ihn, Nichtabhängige haben ihn nicht.
4. Annahme: Alkoholismus bzw. die Abhängigkeit ist irreversibel, weil es eben biologische Wurzeln hat, deswegen gibt es kein Zurück mehr. Einmal abhängig, immer abhängig.

Alle vier Annahmen sind weder empirisch belegt oder widerlegt bzw. unbestätigt (z.B. Heather & Robertson, 1981; Körkel, 2015; Miller, 1993).

- Alkoholkonsum, -Mengen -Probleme und -Abhängigkeitskriterien variieren kontinuierlich. Im DSM-V (Falkai & Wittchen, 2015) wird zukünftig von einer leichten, einer mittleren und einer schweren Abhängigkeit ausgegangen. Das Phänomen Abhängigkeit bewegt sich also auf einem Kontinuum. Der Schnitt „abhängig – nicht abhängig“ ist empirisch nicht belegbar.
- Es gibt keine Belege dafür, dass biologische Faktoren allein dafür verantwortlich sind, dass eine Abhängigkeit entsteht und aufrechterhalten wird. Ebenso spielen soziale und psychologische Faktoren eine Rolle.

- Übermäßiger Alkoholkonsum lässt sich eher als Kontrollminderung denn als Kontrollverlust beschreiben. Man spricht international von „impaired control“ (Heather, 1991). Durchgesetzt hat sich im deutschen Sprachraum der Terminus „verminderter Kontrollfähigkeit“ oder „eingeschränkte Kontrollfähigkeit“. Kernmerkmal einer Abhängigkeit ist nach der offiziellen Diagnostik des ICD10 und DSM-IV ebenso nicht der „Kontrollverlust“.
- Ein Teil der Alkoholabhängigen kann zum gemäßigten, nicht symptombelasteten Alkoholkonsum zurückfinden. Die Aussage „einmal Abhängiger – immer Abhängiger“ ist daher nicht aufrechterhaltbar. So haben etwa Dawson et al. (2005) in einer großen Studie in den USA das Thema Alkoholabhängigkeit und deren Verlauf untersucht. In dieser großen Bevölkerungsstudie finden mehr Menschen zu einem moderaten, reduzierten Konsum als zur Abstinenz. Drei Viertel der Personen der Studie waren zudem nie in professioneller Behandlung. Menschen wachsen also zum Großteil aus einer Abhängigkeit heraus, ohne jemals in professionellen Händen gewesen zu sein (vgl. „Self-Change-Forschung“, z.B. Klingemann & Sobell, 2007).
- Tatsächlich hat man schon vor über 50 Jahren in abstinenzorientierten Behandlungen herausgefunden (vgl. z.B. Davies, 1962), dass KlientInnen die Therapie beenden, die zwar noch trinken, aber zum Teil die Abhängigkeitskriterien gar nicht mehr erfüllen, also einen gemäßigten, moderaten Konsum aufweisen. (Eine systematische Übersicht zum Thema „Kontrolliertes Trinken“ findet sich bei Körkel, 2015)

Fazit: Der Übergang von nicht-abhängig zu abhängig ist fließend und besser als ein Kontinuum zu beschreiben. Es gibt keine Belege, dass „Abhängigkeit“ allein auf biologische Faktoren zurückzuführen ist. Es wird von „Kontrollminderung“ und nicht von „Kontrollverlust“ gesprochen - und mehr Alkoholabhängige überwinden ihre Abhängigkeit durch moderaten Konsum als durch Abstinenz.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, die überwiegende Abstinenzorientierung kritisch zu hinterfragen und dann um weitere, sinnvolle Optionen zu ergänzen, nämlich um Reduktion und um schadensmindernde Interventionen. In Summe ergeben sich so drei Zieloptionen, die alle zusammengeführt in einer zieloffenen Ausrichtung münden. Bevor auf die Komponenten dieser zieloffenen Ausrichtung näher eingegangen wird, sollen im nächsten Abschnitt einige grundsätzliche Vorteile von Zieloffenheit benannt werden.

## 2. Vorteile von Zieloffenheit

Folgende Vorteile ergeben sich aus Zieloffenheit im Kontakt mit KlientInnen (mehr Vorteile der Zieloffenheit vgl. Körkel, 2014, S. 168 f.)

- Für viele KlientInnen ist die Abstinenz eine viel zu hohe Hürde. Aufgrund vergangener, eventuell oft erfolgloser Abstinenzversuche hat sich eine „Karriere des Scheiterns“ entwickelt und damit eine geringe Zuversicht, etwas zukünftig verändern zu können. Für einen Teil der KlientInnen scheint dann zum Beispiel der Schritt der Reduktion realistischer.
- Das Selbstbestimmungsrecht und die Autonomie der KlientInnen werden gewahrt. Wenn KlientInnen nach ihren Konsumvorstellungen gefragt werden, erhalten sie ihre Selbstbestimmung zurück und es wird ihnen nicht ein Ziel, das sie eventuell selbst gar nicht verfolgen, „vorgesetzt.“
- „Sollen“ setzt „Können“ voraus. Viele Menschen sind einfach nicht mehr in der Lage oder nicht mehr gewillt, Abstinenz zu erreichen.
- Der „Kampf“ um die Zieldefinition entfällt. Menschen wirken in einer Behandlung nur mit, wenn sie zustimmen. Zielverfolgung ohne Zustimmung funktioniert schlichtweg nicht. Kraftzehrende Überzeugungsversuche und vermeidbare Enttäuschungen erübrigen sich im Idealfall. Die Behandlung kann gemeinsam getragen werden, es gibt eine gemeinsame Zielvereinbarung.
- Die KlientInnen fühlen sich ernst genommen. Es wird gefragt, was er/sie überhaupt möchte. Es wird ihnen nicht gesagt, was sie zu tun und zu lassen haben. Ehrliche Aussagen werden somit begünstigt. KlientInnen müssen sich dann auch nicht verstellen, die Konsumwünsche nicht unter dem Tisch halten, weil sonst der „Rausschmiss“ aus der Einrichtung o.Ä. droht. Der Konsum wird nicht verteufelt, er wird nicht moralisiert, und er wird nicht als Sanktionsinstrument hergenommen.
- Die KlientInnen können aus eigener Erfahrung heraus Zieländerungen vornehmen. Wenn KlientInnen sich ein Ziel setzen und sie erreichen es nicht, dann ist es viel wahrscheinlicher, dass sie sich selbst korrigieren und sich ein neues Ziel setzen.

- Die Abstinenz bleibt immer im Spiel. KlientInnen fangen mit einer Reduktion an und gehen dann zur Abstinenz über. Das heißt, der Abstinenzgedanke löst sich nicht auf, sondern ist immer präsent. Jemand hat erste Schritte gemacht, hat sich „runterdosiert“, nun ist die Abstinenz wieder ein realistischeres Ziel.
- Vermeidung von Fehlplatzierungen. Einige internationale und nationale Studien legen nahe, dass ein nicht unerheblicher Teil der KlientInnen, die sich in stationärer Alkoholentwöhnungstherapie befinden, nicht das Ziel der Abstinenz verfolgen, obwohl dieses eigentlich von ihnen verlangt wird. Sie werde also schlicht „falsch“ behandelt und Ressourcen verschwendet (z.B. Al-Otaiba et al., 2008; Heather et al., 2010).
- Es ist keineswegs so, dass die Abstinenztherapie das Erfolgsmodell schlechthin ist:
  - Nach Alkohol-Abstinenztherapie, beträgt die durchgängige Abstinenzrate nach 12 Monaten, bei viermonatiger Therapie, etwa 35%. D.h. ein Jahr nach der Therapie konsumieren zwei Drittel der KlientInnen wieder Alkohol (Missel et al., 2014).
  - In der Schweiz wurde bei illegalen Drogen ungefähr 1% Langzeitabstinenz erhoben (Kormann 2010).
  - Ein Blick auf die Problematik der Substitution und das Thema „Beikonsum“ zeigt, dass ca. 50% der KlientInnen „Beikonsum“ haben, Alkohol und Cannabis noch gar nicht mitgerechnet (Wittchen et al., 2011).

Die Suchthilfe kommt nicht darum herum, KlientInnen zu fragen, was sie wollen. Es ist erforderlich die Vorstellungen der KlientInnen ernst zu nehmen und zu erfragen, wie sie sich ihr künftiges Leben mit bzw. ohne das Suchtmittel vorstellen. Die grundsätzliche Zieloffenheit beinhaltet eine Reihe von Vorteilen, sowohl für die Betroffenen als auch für die Fachkräfte und somit das Hilfesystem im Ganzen. Im folgenden Abschnitt wird die Praxis der Zieloffenen Suchtarbeit an einem Fallbeispiel verdeutlicht, bevor die Komponenten der Zieloffenen Sucharbeit beschrieben werden. Zu Beginn erfolgt die Definition Zieloffener Suchtarbeit.

### **3. Zieloffene Suchtarbeit**

Zieloffene Suchtarbeit bedeutet nicht „ziellose“ Suchtarbeit. Es geht im Kern um eine „Veränderung“ des problematischen Suchtmittelkonsums und zwar auf das Ziel hin, das sich die KlientInnen selbst setzen“ (Körkel, 2014, S. 167).

Um die Praxis der Zieloffenen Sucharbeit zu illustrieren, soll an dieser Stelle eine Fallvignette beschrieben werden:

Herr Wiener kommt in eine Suchtberatungsstelle, 44 Jahre alt, ist angestellt bei einem Automobilzulieferer. Lebt zusammen mit seiner Familie (Frau, zwei Kinder), hat häufig eine Alkoholfahne, wird daraufhin von seinem Arbeitgeber angesprochen: „...jetzt letzte Chance, so geht es nicht weiter...“. Die Frau droht mit Trennung usw. Das Ziel wäre, dass er seinen Arbeitsplatz und seine Familie erhalten kann. Ab und zu ist Tabakgeruch an den Fingern wahrnehmbar, es gibt auf Seiten der Fachkraft deshalb den Verdacht, Tabak könnte auch eine Rolle spielen. Was wird mit Herrn Wiener in der Praxis der Zieloffenen Suchtarbeit nun gemacht?

#### **Systematische Konsum- und Zielklärung**

Es erfolgt in einem ersten Schritt in einem Gespräch eine systematische Konsum- und Zielabklärung. Bisher ist nicht ersichtlich, was Herr Wiener genau konsumiert. Es gibt keinen systematischen Überblick, nur Vermutungen und das, was Herr Wiener ohnehin schon im Vorfeld von sich aus geäußert hat oder was Andere für ihn zum Thema gemacht haben (hier: das Thema Alkohol, z.B. durch den Arbeitgeber).

In der Praxis der Zieloffenen Suchtarbeit hat sich zur Unterstützung dieser systematischen Konsum- und Zielklärung ein Kartensatz als hilfreich erwiesen (Körkel & Nanz, 2017). In diesem Kartensatz sind sämtliche gängigen Substanzen und Verhaltensweisen sowie diverse Zielrichtungen abgebildet, wie es mit dem Konsum weitergehen soll (vgl. Abbildung 1 und Abbildung 2).

Das heißt, in einem ersten Schritt geht es um eine Bestandsaufnahme, was und wie viel wird konsumiert, welche Bedeutung hat es für die KlientInnen, wie wichtig ist die jeweilige Substanz, welche Rolle spielt sie im Leben und wie trägt sie zur Gesamtproblematik bei? In der Praxis bittet man KlientInnen eine Auswahl zu treffen, was bei ihnen ein Thema gewesen ist. Dies kann sich auf die letzten 12 Monate beziehen (in Anlehnung an die offizielle Diagnostik, z.B. ICD-10) oder auf das ganze Leben, wenn biografisch gearbeitet werden soll.

# Systematische Konsumabklärung



Abbildung 1 - Kartensatz (ZOS) Systematische Konsumklärung

Dieses Vorgehen führt zu einer Eingrenzung. Bei Herrn Wiener zum Beispiel zur Auswahl von Alkohol, Tabak und Kokain. Wir erfahren durch weiteres Nachfragen im Gespräch, dass er 5-8 Flaschen Bier trinkt und ungefähr 20-25 Zigaretten am Tag raucht. Er hat bereits mehrere erfolglose Rauchstoppversuche hinter sich, und Kokain konsumiert er, wenn sich es ergibt, alle 3-4 Wochen im Freundeskreis. Herr Wiener gibt an, dass er vor allem in Stresssituationen nach der Arbeit Alkohol konsumiert. Hinzukommen viele RaucherInnen im direkten Kollegenkreis, die ständig zur Raucherpause „animieren“. Das Kokain beschreibt er als „sein Geheimnis“. Die Frau soll auf keinen Fall etwas darüber erfahren. Er konsumiert Kokain, weil er den „Kick“ als sehr angenehm und berauschend empfindet.

Der Konsum von Herrn Wiener ist somit abgeklärt und ein erster Überblick geschaffen. Herr Wiener werden nun seine Optionen, wie es mit seinem Suchtmittelkonsum weitergehen soll, wie folgt erläutert (vgl. Zielkarten d. Kartensatzes in Abbildung 2 unten):

# Systematische Zielabklärung

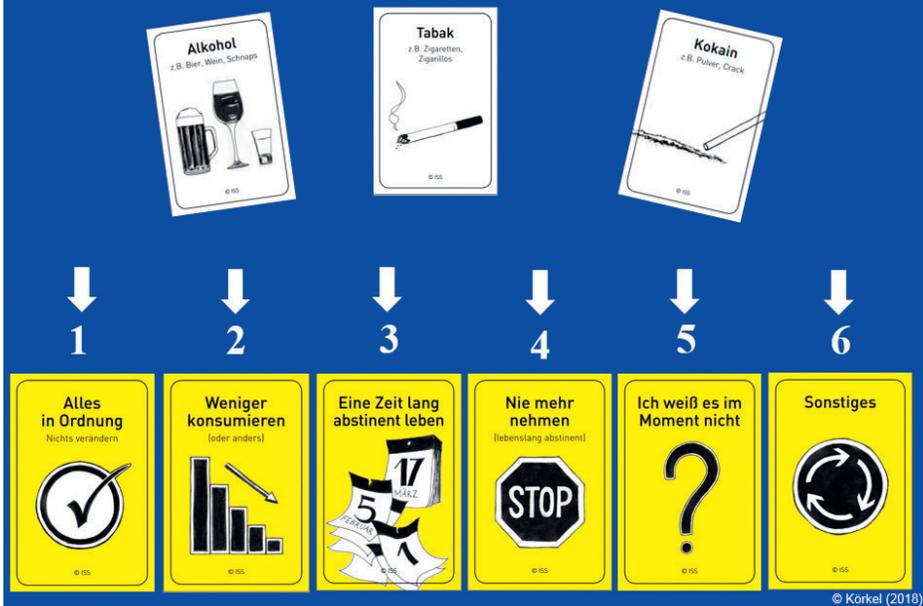


Abbildung 2 - Kartensatz (ZOS) Systematische Zielabklärung

„Wenn das Ihre Substanzen sind, wie wollen Sie dann weiter vorgehen?“

- „Ist alles in Ordnung“? (Karte 1)
- „Wollen Sie weniger konsumieren“? (Karte 2)
- „Wollen Sie eine zeitlang abstinenter leben“? (Karte 3)
- „Wollen Sie die Substanz nie mehr nehmen, das wäre die Abstinenz auf Lebenszeit?“ (Karte 4)
- „Wissen Sie es im Moment nicht?“ (Karte 5)
- „Oder sagen Sie ‚Sonstiges‘, da würde zum Beispiel Schadensminderung darunterfallen?“ (Karte 6)

Jetzt wird Herr Wiener gebeten, eine Zuordnung zu treffen. Wie soll es beim Alkohol weitergehen, wie soll es beim Tabak weitergehen, wie soll es beim Kokain weitergehen? Es findet ein Zuordnungsprozess für jede konsumierte Substanz/Verhaltensweise statt - die Zielklärung.

Zurück zum Fallbeispiel: Herr Wiener möchte weniger Alkohol trinken. Ganz aufhören kommt für ihn im Moment aber nicht in Frage. Seinen Tabakkonsum möchte er gerne deutlich reduzieren. Ob er etwas an seinem Kokainkonsum verändern möchte, weiß er im Moment noch nicht.

## **Interventionen**

Nach erfolgter Konsum- und Zielklärung stellt sich die Frage, welche konkreten Schritte (Interventionen) Herr Wiener nun in Betracht ziehen kann, abgeleitet an seinen Zielvorstellungen.

Dabei lassen sich Interventionen nach ihrer Art und Weise (auch Setting) sowie nach ihrer Intensität und Zielrichtung sortieren. Angefangen von kurzen Gesprächen (Kurzinterventionen) über Selbsthilfematerialien (z.B. Selbsthilfe-manuale) zu intensiveren Einzel- und Gruppenangeboten bis hin zu stationären Varianten. Es geht nun darum, differenziert, individuell zu schauen, was braucht der Klient/die Klientin. Klar ist nun, dass für jede Substanz/Verhaltensweise und Zielrichtung (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) dann die entsprechende Intervention vorgehalten werden muss. Auch diese Interventionen werden nicht „aufgedrückt“. Es wird erfragt, was in die Lebenswelt der KlientInnen passt. Die Auswahl ist zum Beispiel von persönlichen Präferenzen abhängig. Ob KlientInnen gerne oder ungern lesen, sich eher persönlich mit einer Fachkraft oder in einer Gruppe von Betroffenen austauschen usw., ist im Gespräch zu klären.

Alkohol: Wenn Herr Wiener weniger trinken, aber nicht aufhören will, dann braucht er eventuell eine Intervention zum kontrollierten Trinken (z.B. „10-Schritte-Programm“, Körkel, 2014).

Tabak: Wenn er den Tabakkonsum „runterschrauben“ will oder sich für die E-Zigarette interessiert, dann bräuchte es dafür eine Intervention (z.B. „Change Your Smoking“, Körkel & Nanz, 2015).

Kokain: Und als letztes kann man ihm zum Thema Kokainkonsum eine Homepage empfehlen, um sich weiter zu informieren (z.B. [www.snowcontrol.ch](http://www.snowcontrol.ch)).

Um diese Praxis der Zieloffenen Sucharbeit umzusetzen, sind vier Komponenten in Form von Voraussetzungen und Kompetenzen notwendig, die in den folgenden Abschnitten zusammengefasst werden.

## Komponenten Zieloffener Sucharbeit

### 1.

Die erste Voraussetzung ist eine zieloffene Grundhaltung, die sich durch Offenheit für die Konsumvorstellungen und -ziele der KlientInnen und kein Vorab-Festgelegt sein auf ein bestimmtes Ziel (wie z.B. Abstinenz) auszeichnet. Zu einer solchen Grundhaltung gehört etwa die Bejahung von Aussagen wie den Folgenden:

*„Ich weiß letztlich nicht, was für einen Klienten konsumbezogen das Beste ist (abstinenter 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)“*

(vgl. Körkel, 2018, S. 97 f.)

### 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 nichtstoffgebundenem Suchtverhalten erforderlich – und die Fähigkeit, diese Interventionen auch umsetzen zu können

### 3.

Gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin wird in einem partnerschaftlichen, „entlockenden“ und an seiner/ihrer Sichtweise interessierten Dialog eine *Konsum- und Zielabklärung* vorgenommen, wie sie oben im Fallbeispiel von Herrn Wiener angedeutet wurde.

### 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 (vgl. Fall von Herrn Wiener oben)

**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.

Dies führt zum Gesamtmodell Zieloffener Suchtarbeit, wie es in Abbildung 3 dargestellt ist. In Abbildung 3 sind zusätzlich zu den oben beschriebenen Komponenten (1-4) der Geist und die Methoden der „Motivierender Gesprächsführung“ (MI) (Miller & Rollnick, 2013) als Basiskompetenz angeführt. MI ist geeignet, die zieloffene Grundhaltung zu transportieren und in sämtlichen Abklärungsprozessen, z.B. der Konsum- und Zielklärung, aber auch in den Interventionen eine passende Gesprächskompetenz. (Eine Übersicht zu Motivierender Gesprächsführung findet sich bei Körkel, 2012a; zur Verbindung von Konsumreduktionsprogrammen und MI vgl. Körkel, 2012b).

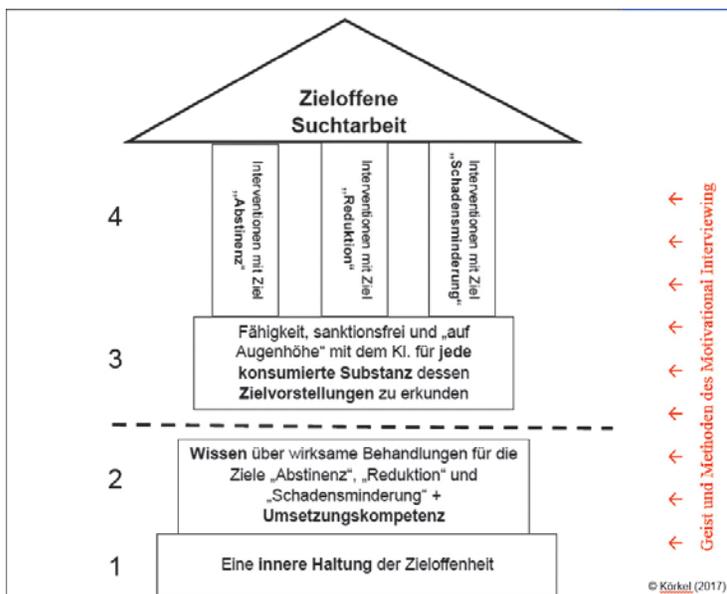


Abbildung 3 - Komponenten Zieloffener Suchtarbeit

Der letzte Abschnitt befasst sich mit einigen Herausforderungen bei der Umsetzung von Zieloffener Suchtarbeit in der Praxis.

#### **4. Herausforderungen Zieloffener Suchtarbeit in der Praxis**

Zieloffene Suchtarbeit bedeutet nicht, dass „halt mal jemanden gefragt wird, wenn es gerade reinpasst“, sondern dass die Zieloffenheit durchgängig als Grundhaltung an den Tag gelegt und in der Praxis umgesetzt wird. Das heißt, Reduktion, Schadensminderung und Abstinenz sind die möglichen Zieloptionen, die im Gespräch thematisiert werden. Es bedeutet auch mehr als akzeptierende, niederschwellige Drogenarbeit. Die „Arbeit am Konsum“ wird als zentrale Aufgabe wahrgenommen und die Fachkraft zeigt Wege und Möglichkeiten auf, wie man etwas verändern kann.

Zieloffene Suchtarbeit vollzieht sich zudem überwiegend in Einzelgesprächen, da es sich um einen individuellen Prozess handelt, von der Konsumerhebung über die Auslotung der Ziele bis zur Auswahl der geeigneten Interventionen. Aus diesem Grund ist es geboten, die noch sehr verbreitete Ausrichtung auf Gruppenangebote in der Praxis zu überdenken. D.h. auch, ein bis zwei Mal im Jahr eine Gruppe zum Kontrollierten Trinken anzubieten, wird nicht den Erfordernissen Zieloffener Suchtarbeit gerecht. Es scheint außerdem unvereinbar mit Zieloffener Suchtarbeit, dass Abstinenzbehandlungen kostenlos sind, für Reduktionsbehandlungen aber Teilnahmegebühren erhoben werden.

In Summe bedeutet die Neuausrichtung für Einrichtungen:

- sich mit dem gesamten Suchtmittelkonsum als integralem Bestandteil der eigenen Arbeit auseinanderzusetzen.
- das Suchtverständnis zu überprüfen, d.h. welche Grundannahmen über Abhängige und welches Menschenbild in der Einrichtung geteilt werden
- von einem Multisubstanzkonsum auszugehen, d.h. davon auszugehen, dass mehrere Substanzen gleichzeitig oder im Wechsel konsumiert werden (z.B. Alkohol, Tabak und Cannabis etc.).
- sich weitere Kompetenzen anzueignen, z.B. zum Kontrollierten Trinken.

Es bestehen Rahmenbedingungen im hiesigen Suchthilfesystem, die dem Ansatz Zieloffener Suchtarbeit widersprechen, bzw. deren Umsetzung erschweren.

Aus diesem Grund wurden in den vergangenen Jahren Einrichtungen in einem Implementierungsprozess durch das Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) begleitet, um sich neu auszurichten (mehr zum Thema Implementierung unter: [www.iss-nuernberg.de](http://www.iss-nuernberg.de)). In einem strukturierten Prozess werden dabei die für die Bedürfnisse der Einrichtungen notwendigen Schritte erarbeitet. Primär werden dabei „Handlungsfelder“ (z.B. „Aufnahmegespräch“, „Behandlungsangebote“, „Öffentlichkeitsarbeit“) identifiziert und Maßnahmen sowie Aktivitäten zur Erreichung eines Soll-Zustandes („Best Practice Zieloffene Suchtarbeit in Einrichtung XY“) eingeleitet. Ziel ist die Entwicklung der Organisation als Ganzes („lernende Organisation“) und nicht nur die individuelle Kompetenzsteigerung Einzelner.

## **Kontakt**

Institut für innovative Suchtbehandlung u. Suchtforschung (ISS)  
Evangelische Hochschule Nürnberg  
Bärenschanzstr. 4  
90429 Nürnberg  
[iss@evhn.de](mailto:iss@evhn.de)  
[www.iss-nuernberg.de](http://www.iss-nuernberg.de)

## **Literatur**

- Al-Otaiba, Z., Worden, B. L., McCrady, B. S. & Epstein, E. E. (2008). Accounting for Self-Selected Drinking Goals in the Assessment of Treatment Outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22 (3), 439–443.
- Anonyme Alkoholiker (2011). *Ein Bericht über die Genesung alkoholkranker Männer und Frauen* (Original 1939). Marktoberdorf: Schnitzerdruck.
- Arud Zentren für Suchtmedizin, S. I. f. S.-u. G. (2010) *SNOWcontrol* [Computer software]. Verfügbar unter: <https://www.snowcontrol.ch>
- Davies, D. L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23, 94–104
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B. & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100 (3), 281–292.
- Falkai, P. & Wittchen, U.-H., (Hrsg.). (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5* (1. Aufl.). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Heather, N. (1991). Impaired control over alcohol consumption. In N. Heather, W. R. Miller & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 153 – 179). Sydney: Maxwell Macmillan.
- Heather, N. & Robertson, I. (1981). *Controlled drinking*. London: Methuen.

Heather, N., Adamson, S. J., Raistrick, D. & Slegg, G. P. (2010). Initial Preference for Drinking Goal in the Treatment of Alcohol Problems: II. Treatment Outcomes. *Alcohol and Alcoholism*, 45 (2), 128–135.

Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. College and University Press, New Haven

Klingemann, H. & Sobell, L. C. (Hrsg.) (2007). *Promoting selfchange from addictive behaviors. Practical implications for policy, prevention, and treatment*. New York: Springer Science and Business Media.

Körkel, J. (2012a). 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. *Suchttherapie*, 13 (03), 108–118.

Körkel, J. (2012b). „Motivational Interviewing meets Behavioral Self-Control Training“: Konsumreduktionsprogramme in der Praxis. *Suchttherapie*, 13 (03), 126–131.

Körkel, J. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15 (04), 165–173.

Körkel, J. (2014). *10-Schritte-Programm zum Kontrollierten Trinken*. Heidelberg: GK Quest Akademie.

Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61 (3), 147–174.

Körkel, J. (2018). Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst? *Rausch*, 7 (1), 95–103.

Körkel, J. & Nanz, M. (2015). „Change Your Smoking“. *Ein zieloffenes Einzel-/Gruppenprogramm zur Reduktion oder Beendigung des Konsums von Tabak (und weiteren Substanzen)*. Nürnberg: Evangelische Hochschule Nürnberg/Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung.

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.

Kormann, A. (2010, November). *Heroingestützte Behandlung in der Schweiz Vom Sonderfall zur gängigen Praxis*. ÜberLEBEN in Drogenszenen 13. Fachtagung zur Praxis akzeptierender Drogenarbeit, Nürnberg.

Maffli E., Wacker H.R., Mathey M.C. (1995). *7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz*. Forschungsbericht Nr 26, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne

Miller, W. R. (1993). Alcoholism: Toward a better disease model. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 129–136.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change (Applications of motivational interviewing, 3. Aufl.)*. New York, NY: Guilford Press.

Missel, P., Jung C., Herder F. et al. (2014) Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*; 21, 5–18.

O’Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M. & Murphy, C. M. (2003). Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 92–102.

Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J.T. (2011). Zusammenfassung der Ergebnisse der PREMOS-Studie. *Suchtmedizin* 13, 280-286.



# Ärger, Stress und Punk – zur Situation der offenen Drogenszene in der Stadt

**Michael Wiese**

Geschäftsführer der Drogenberatung e. V. Bielefeld

Erneut rücken in vielen nordrhein-westfälischen Kommunen - aber auch in vielen anderen Bundesländern – die sogenannten „offenen städtischen Drogenszenen“ in die Betrachtung eines sozial- und gesundheitspolitischen Diskurses. Bürger\*innen empfinden die entstehenden Szenarien z.B. „rund um Bahnhöfe“, in und um Drogenhilfeeinrichtungen oder in bestimmten städtischen Quartieren, als zunehmend verunsichernd und bedrohlich. Angsträume, egal ob objektiv feststellbar oder subjektiv als solche bewertet, entstehen. Misstrauen und Verunsicherung prägen den Blick auf die Menschen die sich in den Szenen bewegen. Die Gruppen setzen sich dabei häufig aus Personen der Obdachlosen-, Drogen- und Alkoholszene zusammen. Zunehmend trifft man auch auf Menschen mit Fluchthintergrund in den Gruppierungen. Bürger\*innen die mit den offenen Drogenszenen konfrontiert sind haben die Befürchtung, unter Umständen auch Opfer einzelner aus dieser Gruppe werden zu können. Teilweise wird diese Sorge durch ein offensives Betteln und einem offenen Drogenhandel verstärkt.

Das subjektive Empfinden ist bei der Bewertung dieser „offenen Szenen“ vielmehr handlungsleitend als eine auf Fakten beruhende Einschätzung der Situationen. Die Ängste und Befürchtungen werden bei einem Blick auf entsprechende kriminalstatistische Daten nicht bestätigt. Sind kriminelle Delikte verzeichnet, sind i.d.R. keine Personen außerhalb der „Szene“ betroffen, vielmehr beziehen sich diese kriminellen Handlungen auf die Szenemitglieder untereinander. Die in diesem Zusammenhang stehenden Sachverhalte werden, das kommt erschwerend hinzu, oftmals medial skandalisiert dargestellt.

Ein negatives Gefühl, sich in diesen Angsträumen zu bewegen, wird allerdings auch durch andere Faktoren beeinflusst und mitbestimmt: nicht entsorgter Müll und Verreckung, dunkle Beleuchtung, geringe(re) Präsenz von Ordnungs- und Sicherheitskräften, wildes Urinieren, unangenehme Gerüche und lautstarke Gespräche tun ein Weiteres, Unwohlsein, Ängste und Vermeidungsverhalten auszulösen. Finanzielle Mittel für die Verbesserung der Platzgestaltung sind auf kommunaler Seite i.d.R. nicht vorhanden. Wenn notwendige Mittel für eine tägliche mehrfache Müllbeseitigung zur Verfügung stehen belasten auch diese den kommunalen Haushalt zusätzlich.

Im Workshop wurde an Beispielen der Städte Bielefeld, Berlin und Frankfurt am Main dargestellt, dass Drogenhilfeeinrichtungen nicht als Verursacher dieser Situation gelten (können). Dort wo sich offene Szenen aber im Umfeld der Einrichtungen bilden, sollten sich die Einrichtungen ihre Rolle bewusst machen, da sie (mindestens durch die öffentliche Betrachtung) mit im Spiel sind. Mittlerweile sind doch viele Angebote der Drogenhilfe akzeptiert und in der „Mitte der Gesellschaft“ angekommen (Substitutionsbehandlungen, Drogenkonsumräume etc.). Vor diesem Hintergrund wäre es fatal, wenn der Ärger bezogen auf die beschriebenen Angsträume die inhaltliche Arbeit gefährden würde und bisher erreichte Ergebnisse ggf. konterkarieren würde. Im Workshop wurde daher für ein proaktives Vorgehen seitens der Drogenhilfeeinrichtungen geworben, welches die Vermeidung bzw. die Abmilderung von Angsträumen (durch die offenen Szenen) zum Ziel haben sollte. Sich an dem Diskurs nicht zu beteiligen – mit dem Hinweis, dass andere Institutionen für Müllbeseitigung, Ordnung etc. zuständig seien – könnte im Ergebnis zu einer Destabilisierung der eigenen inhaltlichen Arbeit führen.

Durch das Beispiel der Stadt Bielefeld wurden Möglichkeiten für eine (pro-)aktive Auseinandersetzung im städtischen Raum gegeben und zugleich konnten weitere Möglichkeiten aber auch Grenzen diskutiert werden.

- Suchtkranke Menschen sind bei der Beseitigung des Mülls beteiligt, der im Quartier durch viele Menschen verursacht wird. Sie tragen so dazu bei, dass diese Plätze von den Bewohnerinnen und Bewohnern des Quartiers besser und häufiger genutzt werden können. Hierzu gehören ausdrücklich auch die Menschen, die das Drogenhilfezentrum besuchen. Neben der Allgemeinheit profitieren die Reinigungskräfte auch durch eine Ehrenamtszuschale, ein kostenfreies Sozialticket und kostenloses Mittagessen.
- Zeitnah soll die Problematik der zu wenig zur Verfügung stehenden Toiletten angegangen werden. Dieser Aspekt braucht dringend besonderes Augenmerk, da suchtkranke Menschen oftmals auf Bahnhofstoiletten nicht hinein gelassen werden bzw. die Gebühr nicht zahlen können. Dem „wildem Urinieren“ muss daher mit zusätzlichen Toiletten begegnet werden die zudem in der Bauweise und Beschaffenheit möglichst wenig Raum für Vandalismus bieten.
- Streetwork wird in Bielefeld nicht als zentrale Herausforderung angesehen, da alle Hilfeangebote sehr niedrigschwellig angeboten werden. Generell wird Streetwork befürwortet wenn die Rahmenbedingungen hierfür stimmen. Vor allem macht eine unbefristete Einstellung von Streetworker\*innen Sinn, um die langfristige Kontaktaufnahme in die

Szenen zu gewährleisten.

- Als besonders problematisch, nicht nur in Bielefeld, wird die zunehmende extreme Verelendung auf der Straße und die Vertreibung/Verdrängung der Menschen durch Gentrifizierung wahrgenommen. Drogenhilfe leiste heute verstärkt „Armutshilfe“ und müsse hier entsprechend reagieren.

Beitrag zum Bielefelder Projekt: [https://www.nw.de/lokal/bielefeld/mitte/22259132\\_Spritzen-Dreck-Muell-Jetzt-raeumen-Suechtige-aus-Bielefeld-am-Ostmanturm-auf.html](https://www.nw.de/lokal/bielefeld/mitte/22259132_Spritzen-Dreck-Muell-Jetzt-raeumen-Suechtige-aus-Bielefeld-am-Ostmanturm-auf.html)

# Forum 2

# Community Reinforcement Approach (CRA) für Jugendliche

## **Werner Terhaar**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der Don Bosco Klinik  
für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Alexianer, Münster

## **Willi Vriesen**

Alexianer Martinistift GmbH, Nottuln Appelhülsen

Mit Blick auf die Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann man formulieren: wie viel Erziehung ist erforderlich damit Therapie hilfreich sein kann und ankommt? Oder, anders ausgedrückt, wie viel Selbstverantwortung ist Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Umgang mit Suchtmitteln zuzumuten ohne dass ihre Entwicklung nachhaltig beeinträchtigt wird? Dies vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Adoleszenz nicht nur Zeit der Entdeckung von Freiheiten und autonomen Möglichkeiten ist sondern auch eine Zeit, die geprägt ist von schwierig zu meisternden Entwicklungsaufgaben an denen Jugendliche und junge Erwachsene durchaus auch scheitern können.

Gemeinsam haben wir im Workshop das Spannungsfeld zwischen Erziehung und Therapie beleuchtet, Strategien ausgetauscht. Wir haben vorgestellt, wie weit das Konzept des CRA auch in der Arbeit mit jungen Menschen hilfreich sein kann, wo aber auch die Grenzen liegen. Ein besonderer Schwerpunkt war dabei der Austausch zu der Frage, wie weit die aktuelle Jugendkultur Chance oder Bürde dabei ist, den Konsum psychotroper Substanzen in der Zeit der Adoleszenz positiv zu erleben und konstruktiv zu gestalten.

Entscheidend war uns darzustellen, dass der Umgang mit Drogen eine Kulturkompetenz ist die erlernt werden muss. Dabei fordern Jugendliche uns in besonderem Maße heraus und ein akzeptanzorientiertes Vorgehen wie im Umgang mit Erwachsenen stößt auf Verantwortungsgrenzen. Diese Grenzen auszuloten ist dann die Herausforderung der Helfer, bei denen die Nutzung CRA-basierter Strategien sehr hilfreich sein kann.

### Und was wenn´s schief geht mit dem Kompetenzerwerb?



- Drogen sind immer schädlich für das Gehirn, vor allem wenn es sich noch entwickelt.
- No drugs for kids!
- Es gibt keine Motivationslosigkeit!
- Problematischer Drogen- und Alkoholkonsum ist in der Regel verbunden mit anderen massiven psychosozialen Problemen und meist deren Folge!
- „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ - wie sind die Bezugspersonen in der Jugend mit psychotropen Substanzen umgegangen?

### Und was wenn´s schief geht mit dem Kompetenzerwerb?



- Jugendliche erleben Drogen anders!
- Objektive Gefährdung ist erheblicher
- Risikoabschätzung ohnehin reduziert
- Interaktionelle Ebene von besonderer Wichtigkeit
- oder:
  - Wer ist für was verantwortlich?

Es wurde im Forum das Kommunikationsmodell der Wippe (nach Marsha Linehan) vorgestellt. Dies kann anschaulich verdeutlichen, dass die Regulation von Nähe und Distanz in therapeutischen Beziehungen stets ein Wechselspiel der Beteiligten darstellt. Für Jugendliche ist aber zusätzlich von großer Wichtigkeit, ihnen einen „doppelten Boden“ zu bieten, damit mögliche „Abstürze“ nicht zu unverantwortbaren Schäden führen.

### Und bei Jugendlichen?



- Jugendliche haben ein Recht auf doppelten Boden falls Sie fallen
- Jugendliche brauchen mehr Flexibilität



### Leicht gesagt....



Akzeptanz  
+  
Konfrontation  
=  
Entwicklung

Akzeptanz bedeutet nach unserer Einschätzung stets die Akzeptanz des Erlebens, nicht des Verhaltens. Und Konfrontation bedeutet, einen Angemessenen Umgang mit dem Verhalten unter Wertschätzung und Würdigung des Erlebens ohne Schonung oder Bagatellisierung auf beiden Seiten zu finden. Hier bietet das CRA Modell sehr gute Werkzeuge, orientiert an der Lebenswelt und den Bedürfnissen der Jugendlichen.

Wichtiger Baustein ist die sogenannte „Zufriedenheitsskala“:

Wie zufrieden bin ich mit meiner												
1. Körperlichen Gesundheit / Sport	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
2. Soziales Leben / Freizeit	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
3. Wohnsituation	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
4. Finanzen	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
5. Schulbesuch / Ausbildung / Beruf	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
6. Alkoholkonsum und seinen Auswirkungen	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
7. Drogenkonsum und seinen Auswirkungen	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
8. Nikotinkonsum und seinen Auswirkungen	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
9. Umgang mit Medien / PC / Handy	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
10. Stimmungen	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
11. Beziehungen zu meinen Eltern	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
12. Beziehungen zu meinen Geschwistern	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
13. Beziehungen zu meinen Freunden	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
14. Art mit anderen zu kommunizieren	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
15. Gewohnheiten (Aufstehen, Aufgaben zu Ende bringen etc.)	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺
16. Allgemeine Zufriedenheit	☹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☺

Die Jugendlichen werden mit Hilfe dieses Arbeitsblattes aufgefordert, ihre aktuelle Zufriedenheit einzuschätzen. So wird dann gemeinsam erarbeitet, in welchen Bereichen Verbesserungswünsche bestehen und wie Verbesserungen gemeinsam erarbeitet werden können. Gerade Jugendliche profitieren von der Idee, mehr auf die Ressourcen und Chancen zu schauen und durch Arbeit an einer positiven Haltung günstige Veränderungsideen zu entwickeln. Dabei ist zu beachten:

CRA bei Jugendlichen



- Welche Jugendlichen konsumieren Suchtmittel?
- Funktion von „Suchtmitteln“:
  - Wirklichkeitsveränderung
  - Flucht aus der Realität
  - Selbstmedikation
  - Grenzerfahrungen
  - Reiz des Verbotenen



CRA bei Jugendlichen - Zufriedenheitsskala



- Wie wirklich ist die Wirklichkeit → Wirklichkeitskonstruktionen
- Konsum von „Suchtmitteln“ ist kein isoliertes Phänomen
- Jugendliche sind “Global-Player”
  - Alles hängt mit Allem zusammen
  - Fokussieren auf mehrere „Erziehungsproblembereiche“: Konsum, Mediennutzung, Umgang mit Mitmenschen
  - Berücksichtigen, dass Eltern / Erzieher und Jugendliche weit auseinander legende und ggf. widersprechende Vorstellungen haben
- Unterschiede wahrnehmen und seinen Überzeugungen treu bleiben

## CRA bei Jugendlichen - Zufriedenheitsskala



- Zufrieden sein mit schädigendem Verhalten?
- Können Jugendliche Ausmaß der in Kauf genommenen Schädigung überblicken?
- Keine längere positive Erfahrungen daher keine eigenen Vorstellungen von dem, was gehen kann!
- **Gemeinsam Prioritäten setzen**
- **Etappenziele vereinbaren**

## CRA bei Jugendlichen - Behandlungsziele



- Auswertung der Zufriedenheitsskala
- Einigung auf Ziele des Jugendlichen
  - Wer hat welche Ziele?
  - Kann der Berater/ Betreuer die Ziele des Jugendlichen akzeptieren?
  - Gemeinsame Überprüfung / Kontrolle
- Aushandlungsprozess → Von *wen* nach *Groß*?
  - Was kann der Jugendliche aus eigener Kraft?
  - Wer muss was tun?
  - Wer kann welche Unterstützung bieten?

Im Forum fand ein reger Austausch über Grenzen, Grenzerfahrungen und Grenzüberschreitungen statt. Deutlich wurde, dass es Mut braucht, mit Jugendlichen zu arbeiten, da immer wieder Fragen der Verantwortungsübernahme für riskantes Verhalten ausgehandelt werden müssen. Auch wurden institutionelle Grenzen lebhaft diskutiert. Besonders wertvoll konnten Beiträge von Elternvertretern erlebt werden. Hierdurch war das Dilemma zwischen Autonomiestreben und Bedürfnis nach Führung und Lenkung der Jugendlichen besonders deutlich erlebt werden.

Wir hoffen, dass die Workshops dazu beitragen konnten, in der Arbeit mit Jugendlichen Gelassenheit und Vertrauen in die Kompetenzen der Betroffenen zu stärken und gleichzeitig Strategien gegen Resignation und Beliebigkeit anzubieten.

## CRA bei Jugendlichen – Zusammenfassung



- Entspricht der Lebenswirklichkeit von Jugendlichen
- Kleinschrittiges Vorgehen / Positive Erfahrungen
- Beziehungsangebote / Aktive Beteiligung am Prozess
- Orientierung am Klienten / Wertschätzender Umgang
- Akzeptanz hat ihre Grenzen
- Grenzen müssen klar benannt werden
- Auch "Fehlritte" sind ein Teil vom Weg

„Du bist es wert, sich immer wieder zu kümmern“ ©



# Forum 3

# Learning How to Ask – Ein Training zur Diagnostik und zum Umgang mit Berichten von Traumatisierungen

**Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Annett Lotzin**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## 1. Einleitung

Menschen mit Suchterkrankungen berichten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hohe Raten an Traumatisierungen. So wurde für Patienten in Suchtbehandlung eine Punktprävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) von 15-41 % und eine Lebenszeitprävalenz von 26-52 % geschätzt (Schäfer & Najavits, 2007). Dabei variiert die Häufigkeit der PTBS in Stichproben mit Suchtpatienten mit der Art der substanzbezogenen Störung. So wurde in einer deutschen Untersuchung an 459 Patienten eine PTBS bei 15 % der alkoholabhängigen Patienten und bei 34 % der mehrfachabhängigen Patienten festgestellt (Driessen et al., 2008).

Insbesondere frühe interpersonale Traumatisierungen die wiederholt auftreten und von nahen Bezugspersonen ausgehen werden von einem großen Teil der Patienten in Suchtbehandlung berichtet. Dabei sind weibliche Patienten häufiger von frühen interpersonalen Traumatisierungen betroffen als männliche Patienten (Simpson & Miller, 2002). Von traumatischen Erfahrungen betroffene Patienten berichten dabei in der Regel nicht nur von einer, sondern gleich von mehreren Formen solcher Erfahrungen (Lotzin et al., 2016).

Sind suchterkrankte Patienten von frühen traumatischen Erfahrungen betroffen, ist dieser Umstand zumeist mit besonderen klinischen Herausforderungen verbunden. Im Vergleich zu Patienten mit Suchterkrankungen ohne Traumaexposition weisen Patienten mit traumatischen Erfahrungen ein früheres Ersterkrankungsalter und einen höheren Schweregrad der Suchterkrankung auf (Odenwald & Semrau, 2013). Typischerweise zeigen Betroffene insgesamt komplexere Beschwerden, wie komorbide posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen oder Depressionen. Daher benötigen betroffene Patienten einen höheren Unterstützungsbedarf als Patienten mit Suchterkrankungen die nicht von traumatischen Erfahrungen betroffen sind.

Um die mit traumatischen Erfahrungen verbundenen besonderen Bedarfe an-

gemessen berücksichtigen zu können, benötigt es der Kenntnis, welche der Patienten von solchen Erfahrungen betroffen sind. Aus diesem Grund wird empfohlen, traumatische Erfahrungen systematisch zu erfragen, wie nach jedem anderen Aspekt, der zentral für die Behandlungsplanung ist. Hierbei steht nicht im Vordergrund, Details der belastenden Erfahrung zu explorieren oder im Einzelnen zu besprechen. Vielmehr geht es darum durch ein behutsames Gesprächsangebot zu klären, ob traumatische Erfahrungen vorliegen und ob weiterer Beratungsbedarf besteht.

Auch wenn Professionelle selbst angeben das systematische Erfragen traumatischer Erfahrungen als sehr bedeutsam zu bewerten (Lee, Coles, Lee, & Jayashri Kulkarni, 2012), werden traumatische Erfahrungen in der beruflichen Praxis eher selten erfragt (Agar, Read, & Bush, 2002). Daher ist davon auszugehen, dass traumatische Erfahrungen bei Patienten mit Suchterkrankungen häufig nicht erkannt werden; dass Betroffene frühe interpersonale Gewalt und Vernachlässigung von selbst berichten ist aufgrund der häufig damit verbunden Scham als unwahrscheinlich einzuschätzen (Read, McGregor, Coggan, & Thomas, 2006).

Ein wichtiger Grund dafür, dass traumatische Erfahrungen nicht regelhaft von Fachkräften erfragt werden liegt in einer unzureichenden Schulung im Erfragen von Traumatisierungen. So berichten Fachkräfte über ungenügendes Wissen über traumatische Erfahrungen und den Umgang mit Berichten solcher Erfahrungen zu verfügen (Warne & Mcandrew, 2005).

In einer Befragung zu psychologischen Barrieren des Erfragens traumatischer Erfahrungen in Suchtberatungsstellen in Hamburg und Schleswig und Holstein (Lotzin et al. 2019) berichteten einige der befragten Fachkräfte die Befürchtung, Klienten durch entsprechende Fragen zu nahe zu treten oder diese durch das Sprechen über traumatische Erfahrungen möglicherweise erneut zu traumatisieren. Eine häufig geäußerte Befürchtung bestand zudem darin, dass Klienten die Behandlung abbrechen könnten. Insgesamt läßt sich feststellen, dass ein großer Bedarf Schulungsbedarf besteht, um die entsprechenden Fertigkeiten und Kompetenzen zu erlernen (Currier, Barthauer, Begier, & Bruce, 1996).

## **2. Das Learning How to Ask Training**

Das „Learning How to Ask Training“ wurde für Mitarbeiter in psychosozialen Berufen entwickelt, um Kompetenzen im Erfragen traumatischer Erlebnisse und im Umgang mit Berichten traumatischer Erfahrungen zu erlernen (Read, Hammersley, & Rudegear, 2007). In der Schulung werden verschiedene Formen traumatischer Erfahrungen, deren Häufigkeit und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit vorgestellt. Die Teilnehmer werden dazu eingeladen, ihren bisherigen Umgang mit Traumatisierungen in der beruflichen Praxis zu reflektieren und typische Barrieren des Erfragens traumatischer Erfahrungen

miteinander zu diskutieren. Das Herzstück des Trainings bildet die Vermittlung von Grundregeln zum Erfragen traumatischer Erfahrungen und zum Reagieren auf Berichte solcher Erfahrungen. Diese Grundregeln werden eingehend besprochen und in Rollenspielen praktisch erprobt.

### **3. Grundregeln zum Erfragen von Traumatisierungen**

Im Folgenden sollen einige Grundregeln zum Erfragen von Traumatisierungen vorgestellt werden, die sich in der Arbeit mit traumatisierten Klienten als hilfreich erwiesen haben.

#### **Kontext herstellen**

Traumatische Erfahrungen sollten nicht „aus heiterem Himmel“ erfragt werden, sondern durch eine Erklärung eingeleitet werden, die die Bedeutung des Erfragens traumatischer Erfahrungen für eine angemessene Hilfeplanung deutlich macht.

#### **Beispiel für eine Einleitung des Erfragens traumatischer Erfahrungen:**

- „Leider machen wir bei Personen mit Suchterkrankungen häufig die Erfahrung, dass sie in ihrer Biographie auch sehr belastende Erfahrungen machen mussten. Solche belastenden Erfahrungen können mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Suchtproblemen in Zusammenhang stehen und sollten daher berücksichtigt werden, wenn wir besprechen welche Unterstützung für Sie hilfreich wäre.“

#### **Traumatische Erfahrungen konkret erfragen**

Nach einer einleitenden Erläuterung der Bedeutsamkeit der Kenntnis traumatischer Erfahrungen des Klienten sollten traumatische Erfahrungen wie körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt oder Vernachlässigung mit spezifisch formulierten Fragen direkt erfragt werden.

Hierbei wird empfohlen möglichst Fragen zu stellen die sich auf konkrete Handlungen beziehen, wie. z.B. „schlagen“ im Falle von körperlicher Gewalt. Begriffen wie „sexueller Missbrauch“ sind hingegen weniger geeignet um traumatische Erfahrungen zu erfragen, da dieser Begriff sehr unterschiedlich interpretiert werden kann. Die Abfrage von konkreten Handlungen anstelle von Begriffen wie „sexueller Missbrauch“ bietet hingegen den Vorteil, dass Klienten nicht selbst eine Bewertung vornehmen müssen, ob es sich bei den durchgeführten Handlungen um Missbrauch oder Misshandlung handelt.

#### **Beispiel für eine konkrete Frage zu körperlicher Gewalt:**

- „Wurden Sie schon einmal geschlagen oder körperlich angegriffen?“

#### **Beispiel für eine konkrete Frage zu sexueller Gewalt in der Kindheit:**

- Hat jemals eine andere Person versucht, sie sexuell zu berühren als Sie ein Kind waren?

## **Balance zwischen Ermutigung und Kontrolle**

Beim Erfragen von traumatischen Erfahrungen sollte auf eine ausgewogene Balance zwischen der Ermutigung über traumatische Erfahrungen zu berichten, und der Wahrung der Grenzen des Klienten geachtet werden. Möchte ein Klient nicht darüber sprechen wollen ob er traumatische Erfahrungen gemacht hat, sollte der Klient nicht dazu gedrängt werden darüber zu berichten.

Auf der anderen Seite kann es vorkommen, dass Klienten sehr ausführlich von traumatischen Erfahrungen berichten, wenn sie danach gefragt werden. In diesem Fall sollte darauf geachtet werden, dass es im Rahmen einer Traumadiagnostik nicht darum geht, Details der traumatischen Erfahrungen zu besprechen. Daher ist es wichtig Klienten rechtzeitig zu reorientieren. Hierzu sind Fragen geeignet, die Aspekte der aktuellen Situation betonen und eine Distanz zur vergangenen traumatischen Erfahrung schaffen.

### **Beispiel für Fragen zur Re-Orientierung:**

- „Vielen Dank dass Sie über diese belastenden Erfahrungen berichtet haben. „Welche Unterstützung wäre heute für Sie hilfreich?“

## **4. Grundregeln zum Reagieren auf Berichte traumatischer Erfahrungen**

Wenn Klienten von traumatischen Erfahrungen berichten, ist es wichtig, angemessen auf diese Berichte zu reagieren. Die folgenden Aspekte können dabei hilfreich sein.

### **Gesprächshaltung**

Während eines Gesprächs über traumatische Erfahrungen sollten sich Klienten sicher und ernstgenommen fühlen. Darüber hinaus ist es wichtig, während des Berichtens traumatischer Erfahrungen eine professionelle Distanz zu wahren. Ein wichtiger Aspekt dessen ist es, ruhig zu bleiben und eigene stärkere emotionale Reaktionen auf den Bericht eines traumatischen Ereignisses zu vermeiden.

### **Auf Gefühle vorbereitet sein**

Bei Klienten können während des Berichtens von traumatischen Erfahrungen sehr unterschiedliche Gefühle auftreten. Einige Klienten empfinden vor allem Erleichterung über die Erfahrungen sprechen zu können; bei anderen Klienten stehen starke negative Gefühle wie Wut oder Angst im Vordergrund. Nach sexueller Gewalt gehören Scham und Schuld zu den häufigsten Gefühlen. All diese sehr verschiedenen Gefühle können im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen auftreten und sollten als nachvollziehbare Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis anerkannt werden.

### **Positive Rückversicherung**

Da das Sprechen über traumatische Erfahrungen Klienten häufig zunächst schwerfällt und schambesetzt ist, sollte nach einem Bericht traumatischer Erfahrungen stets eine Rückversicherung erfolgen, dass es etwas Positives ist, sich mitzuteilen.

#### **Beispiel für eine positive Rückversicherung:**

- „Es ist gut dies ausgesprochen zu haben. Vielen Dank für Ihr Vertrauen!“

### **Aktiv Unterstützung anbieten**

Auf Berichte von Traumatisierungen sollte immer eine aktive Reaktion folgen. Dies kann ein Angebot für ein weiteres Gespräch umfassen, im dem weitere Informationen eingeholt werden oder geklärt werden kann ob weiterführende Unterstützung gewünscht ist.

### **Sorgsame Beendigung des Gesprächs**

Nach einem Gespräch über traumatische Erfahrungen sollten Klienten darauf hingewiesen werden, dass die mit der traumatischen Erfahrung verbundenen Gedanken und Gefühle noch eine Weile nach dem Gespräch nachklingen können. Es kann daher sinnvoll sein zu besprechen, welche Tätigkeiten oder Strategien im Umgang mit belastenden Gefühlen im Anschluss an das Gespräch hilfreich sein könnten, wie etwa ein Spaziergang oder ein Gespräch mit einem Freund. Eine andere Möglichkeit besteht darin, selbst eine Stabilisierungsübung (z.B. eine Atemübung) am Ende des Gesprächs mit dem Klienten durchzuführen.

## **5. Forschungsbefunde zum Learning How to Ask Training**

Die Wirksamkeit des Learning How to Ask Trainings wurde im Rahmen einer Clusterrandomisierten kontrollierten Studie an 148 Fachkräften von Suchthilfeeinrichtungen untersucht (Lotzin et al., 2017). Die Studie konnte zeigen, dass das Training zu einem Zuwachs an Wissen über traumatische Erfahrungen, einer positiveren Einstellung gegenüber dem Erfragen von Traumatisierungen und einer Zunahme der empfundenen Sicherheit im Erfragen von Traumatisierungen beitragen konnte. Darüber hinaus berichteten die Teilnehmer der Schulung, Traumatisierungen häufiger bei ihren Klienten zu erfragen als die Teilnehmer die das Training nicht erhalten hatten. Diese ersten Ergebnisse weisen darauf hin, dass bereits eine eintägige Schulung einen Beitrag dazu leisten kann, Kompetenzen im Erfragen von Traumatisierungen zu erhöhen. Die Learning How to Ask Schulung wird aktuell vom Zentrum für Psychotraumatologie Hamburg (ZEP) angeboten (Kontakt: I.Schaefer@uke.de).

## Literaturverzeichnis

- Agar, K., Read, J., & Bush, J.-M. (2002). Identification of abuse histories in a community mental health centre: The need for policies and training. *Journal of Mental Health, 11*(5), 533–543.
- Currier, G. W., Barthauer, L. M., Begier, E., & Bruce, M. L. (1996). Training and experience of psychiatric residents in identifying domestic violence. *Psychiatric Services, 47*(5), 529–530.
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., ... Havemann-Reinicke, U. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: A multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 32*(3), 481–488.
- Lee, A., Coles, J., Lee, S., & Jayashri Kulkarni. (2012). Primary healthcare practitioners' screening practices and attitudes towards women survivors of child abuse. *Mental Health in Family Medicine, 9*(3), 181–189.
- Lotzin, A., Buth, S., Sehner, S., Hiller, P., Pawils, S., Metzner, F., Härter, M., Schäfer, I. Reducing barriers to trauma inquiry in substance use disorder treatment – A cluster-randomized controlled trial. Submitted to *Substance Abuse Treatment and Policy*.
- Lotzin, A., Haupt, L., von Schonfels, J., Wingenfeld, K., & Schafer, I. (2016). Profiles of childhood trauma inpatients with alcohol dependence and their associations with addiction-related problems. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 40*(3), 543–552.
- Lotzin, A., Buth, S., Sehner, S., Hiller, P., Martens, M.-S., Pawils, S., ... Group, C. S. (2017). "Learning how to ask": Effectiveness of a training for trauma inquiry and response in substance use disorder healthcare professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy, 10*(2), 229–238.
- Odenwald, M., & Semrau, P. (2013). Dropout among patients in qualified alcohol detoxification treatment: the effect of treatment motivation is moderated by trauma load. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 8*(1), 14.
- Read, J., & Fraser, A. (1998). Staff response to abuse histories of psychiatric inpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*(2), 206–213.
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*(2), 101–110.
- Read, J., McGregor, K., Coggan, C., & Thomas, D. R. (2006). Mental health services and sexual abuse: The need for staff training. *Journal of Trauma & Dissociation, 7*(1), 33–50.
- Schäfer, I., & Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(6), 614–618.
- 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.
- Warne, T., & McAndrew, S. (2005). The shackles of abuse: unprepared to work at the edges of reason. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*(6), 679–686.

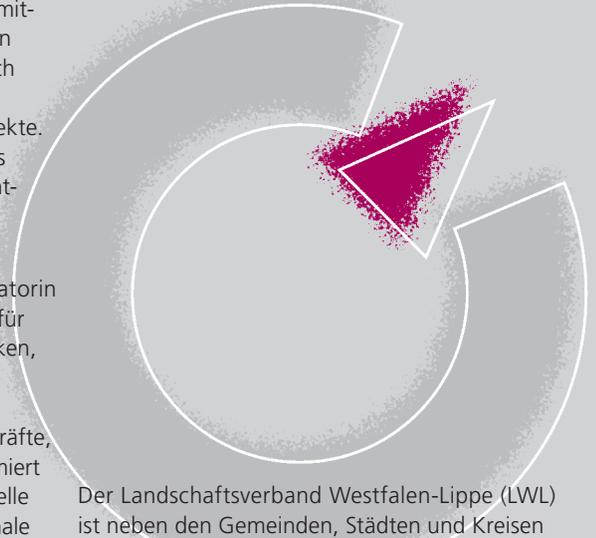




Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Rauschmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 730 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle Gesetzgebung und moderiert die kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 30.000 Fachkräfte zu Suchtthemen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen. Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus. Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.



Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur. Der LWL wird durch ein Parlament mit 116 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.



LWL-KOORDINATIONSSTELLE

*Sucht* Fragen Sie uns  
doch einfach.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
**LWL-Koordinationsstelle Sucht**  
48133 Münster

Tel.: +49 251 591-3267

Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: [kswl@lwl.org](mailto:kswl@lwl.org)