

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

9. Jahrgang

Heft 2·2020



Themenschwerpunkt:

Alkoholabhängigkeit

Die Interventionsmatrix als zentraler Bestandteil zieloffener Suchtbehandlung

Joachim Körkel

Zusammenfassung

Suchtbelastete Menschen konsumieren im Regelfall mehrere Substanzen und weisen z.T. zusätzlich nicht-stoffgebundenes Suchtverhalten auf. Bei vielen dieser Substanzen/Verhaltenssüchte ist bereits Änderungsmotivation gegeben, allerdings keineswegs mit Abstinenz als durchgängigem Ziel. An dieser Ausgangslage setzt das Paradigma „Zieloffener Suchtbehandlung“ (ZOS) an. ZOS geht vom Multisubstanzkonsum (inkl. Verhaltenssüchten) der Klientel aus, klärt die Zielvorstellungen/Zielentscheidungen (Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung) für jede Substanz/Verhaltenssucht ab und hält für jede von ihnen Behandlungen zu allen drei Zielrichtungen vor. Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrages steht die Darstellung einer Interventionsmatrix, in der die diversen zieloffenen Behandlungsangebote nach Zielausrichtung (Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung) und Interventionsintensität (Kurzinterventionen, Einzelbehandlungen, Gruppenbehandlungen und stationäre Behandlungen) systematisiert sind, und erläutert das Vorgehen bei der Auswahl der Interventionen.

Schlüsselwörter: Zieloffene Suchtbehandlung, Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung, Harm Reduction, Motivierende Gesprächsführung

Abstract

As a rule, addicted people consume more than one substance and some of them exhibit behavioral addictions as well. The majority of them are already motivated to make a positive change in their consumption, but by no means with abstinence as a consistent goal. This is the starting point for the paradigm of „open-targeted addiction treatment“ (OTAT). OTAT considers the multiple substance use of the clients (including behavioural addictions), clarifies the objectives/target decisions (abstinence, reduction of consumption, harm reduction) for each substance/behavioural addiction and offers treatment options for each of these three objectives. The focus of this article is to present an intervention matrix, in which diverse treatment offers are systematized in relation to the target orientation (abstinence, reduced consumption, harm reduction) and the intensity of intervention (brief intervention, individual outpatient treatment, outpatient group treatment and inpatient treatment), and explains how to proceed when selecting any of these interventions.

Keywords: open-targeted addiction treatment, abstinence, reduction of consumption, harm reduction, motivational interviewing

1 Begründungshintergrund Zieloffener Suchtbehandlung

Angebote zum Erreichen und Stabilisieren einer abstinenten Lebensweise bilden bis heute den zentralen und meist auch ausschließlichen Pfeiler in der Behandlung von Substanzgebrauchsstörungen bei Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Sie reichen von ärztlichen Kurzinterventionen bis zu ambulanten, teilstationären

und stationären Maßnahmen der Beratung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge bis hin zu abstinenzorientierten Selbsthilfegruppen. Eine Ausnahme vom Abstinenzprimat bildet die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger (s. u.).

Als ergänzende zweite Säule des Suchthilfesystems vieler Länder haben sich für spezielle Zielgruppen – insbesondere chronisch suchtkranke, sozial desintegrierte Drogenabhängige,

die durch Abstinenzangebote nicht (mehr) erreichbar sind – schadensmindernde, „suchtbegleitende“ Angebote entwickelt. Dazu zählen z. B. die Ausgabe sterilen Injektionszubehörs, die Weitergabe von Safer-use-Informationen, das Vorhalten von „Kontaktläden“ und Drogenkonsumräumen mit diversen Hygieneangeboten (zum Duschen, Waschen etc.), Drug-Checking u. a. m. Ziel ist dabei nicht die Abstinenz, sondern das Sichern des möglichst gesunden Überlebens („harm reduction“) und eines Lebens in Würde – trotz Konsums (vgl. Stöver, 1999; www.akzept.org).

Als dritte Säule der Suchtbehandlung stehen Behandlungsansätze zur Reduktion des Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsums sowie nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltens zur Verfügung, und zwar in Form verhaltenstheapeutischer Selbstkontrollprogramme, Pharmakotherapie und Selbsthilfegruppen. Reduktionsbehandlungen richten sich an Menschen, die änderungsbereit, aber zu einer abstinenten Lebensweise nicht in der Lage oder nicht willens sind (vgl. Körkel, 2015).

Eine – zum Teil länderspezifisch variierende – Zwitterstellung zwischen diesen drei Zielausrichtungen nimmt die substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger ein. In Deutschland ist in der Substitutionsbehandlung seit den 2017/2018 vorgenommenen Änderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), der Richtlinien der Bundesärztekammer und der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) das Primat der Schadensminimierung (Sicherstellung des Überlebens, Besserung des Gesundheitszustandes, Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden) in den Vordergrund gerückt, ergänzt durch das Ziel der Reduktion (von unerlaubt erworbenen Opioiden und des Gebrauchs weiterer Suchtmittel), die Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen sowie die soziale Teilhabe. Die Abstinenz ist allerdings keineswegs aufgegeben worden, wenn es in der BtMVV vor Auflistung aller zuvor genannten Ziele heißt: „Im Rahmen der ärztlichen Therapie soll eine Opioidabstinenz des Patienten angestrebt werden“ (§ 5 Absatz 2 Satz 1 BtMVV), was in „zielorientierten motivierenden Gesprächen“ (Beschluss des G-BA vom 06.09.2018, S. 2) erfolgen soll. Andere Länder haben diese finale Zielausrichtung auf Abstinenz weitergehend hinter sich gelassen, so u. a. Österreich, wo das erklärte Ziel die „Dauersubstitution“ (maintenance treatment) darstellt und nur in seltenen Fällen Abstinenz empfohlen wird (vgl. Uhl, Schmutterer, Kobrna & Strizek, 2019). Allerdings wird in der substi-

tutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger i. d. R. nicht systematisch an einer Konsumveränderung aller vom Klienten konsumierten Substanzen/Suchtverhaltensweisen gearbeitet (wie in der „Zieloffenen Suchtbehandlung“, s. u.) und es hängt erheblich vom substituierenden Arzt ab, welche Zielausrichtung tatsächlich eingeschlagen (was heißen kann: vorgegeben) wird und in welchem Geist (partnerschaftlich oder paternalistisch) dies geschieht.

Für alle drei Zielausrichtungen – Abstinenz, Schadensminderung und Konsumreduktion – liegen empirische Wirksamkeitsnachweise vor und durch jede Zielrichtung werden Personen erreicht, die sich durch andere Zielrichtungen nicht angesprochen fühlen und deshalb auch nicht bereit sind, diese anzunehmen (Körkel & Nanz, 2016). Insofern haben alle drei Zielrichtungen ihre Berechtigung. Gegenwärtig besteht jedoch mit Ausnahme der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger und niedrigschwelliger Drogenhilfeangebote de facto ein „Abstinenzmonopolismus“ in der Versorgung, d. h. nahezu alle Behandlungsangebote sind auf Abstinenz ausgerichtet. Die meisten suchtbelasteten Menschen sind jedoch für ein gänzlich alkohol-, drogen- oder tabakfreies Leben und entsprechende Behandlungen nicht zu gewinnen, weil lebenslange Abstinenz ihren Lebensvorstellungen nicht entspricht, sie damit überfordert sind oder eine Karriere des Scheiterns mit Abstinenzbehandlungen hinter ihnen liegt. Dies führt zu einer Reihe abträglicher Folgen, wie einer geringen Inanspruchnahme von Suchtbehandlungen bzw. einem Behandlungsbeginn erst nach Chronifizierung der Erkrankung, Verletzung ethischer Standards (z. B. Recht auf Selbstbestimmung – auch in Bezug auf das Ziel einer Konsumänderung), „Durchziehen“ der Behandlung ohne Abstinenzbereitschaft, Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen (vgl. Körkel, 2015).

2 Das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung

Aus der Erkenntnis der vielfachen nachteiligen Folgen eines Zielmonopolismus wurde in den letzten zehn Jahren das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung (ZOS) entwickelt (Körkel, 2014) und zunehmend als Arbeitsansatz ausdifferenziert (Körkel, 2018, 2019; Körkel & Nanz, 2016, 2017, 2019b). ZOS geht – empirisch begründet – davon aus, dass Menschen mit einer Substanzkonsumstörung/Verhaltenssucht i. d. R. folgende Ausgangscharakteristika aufweisen (vgl. Hungerbuehler, Buecheli & Schaub, 2011;

Ives & Ghelani, 2006; Körkel, 2018; Körkel, Lipsmeier, Becker & Happel, 2011a):

- Bei nahezu allen diesen Menschen liegt ein problematischer Konsum *mehrerer* psychotroper Substanzen/Suchtverhaltensweisen vor (z. B. Alkohol und Zigaretten; Opioide und Alkohol und Zigaretten und Benzodiazepine; Alkohol und Glücksspiel etc.).
- Zumindest in Bezug auf einige der konsumierten Substanzen ist bereits *intrinsische Änderungsmotivation* vorhanden, auch wenn diese nicht immer auf den ersten Blick zutage tritt (und wenn nicht danach gefragt wird, wie etwa im Falle des Zigarettenkonsums).
- *Mehr Menschen* mit einer Alkohol-, Drogen- oder Tabakkonsumstörung sind für eine Konsumreduktion (oder Schadensminderung) als für Abstinenz zu gewinnen.
- Die erwünschten Änderungsziele variieren substanz-/verhaltenssuchtspezifisch und es ist davon auszugehen, dass mindestens zwei der drei fundamentalen Zielrichtungen (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) *bei ein und derselben Person* von Relevanz sind. So kann z. B. ein Drogenkonsument Abstinenz bei Crack, Konsumreduktion bei Alkohol (Kontrolliertes Trinken) und Schadensminderung bei Heroin und Tabak (Injektion von ärztlich verschriebenem Diamorphin statt Straßenheroin; Übergang zur E-Zigarette) anstreben.

Das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung knüpft an diese Ausgangscharakteristika an und zielt darauf ab, „mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern etc.)¹ an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen“ (Körkel, 2014a, S. 167). ZOS stellt damit eine *grundlegende Art und Weise* dar, *tagtäglich* und *mit jedem Klienten* an der Suchtproblematik *zu arbeiten*. ZOS geht somit weit darüber hinaus, in einer Einrichtung ab und zu ein (oftmals auch noch kostenpflichtiges!) Gruppenangebot zum Kontrollierten Trinken/Drogenkonsum vorzuhalten oder – wie es charakteristisch für niedrighschwellige Suchtarbeit ist – der Klientel mit einer Haltung der Akzeptanz (des Gewährenlassens?) zu begegnen, aber nicht systematisch an einer Konsumveränderung zu arbeiten. Aber genau Letzteres bedeutet ZOS: ein stringentes Arbeiten an einer Veränderung (!) des Konsums in der vom Klienten definierten Richtung. Entgegen manchem Missverständnis ist ZOS somit kein Laissez-faire und kein „betreutes Saufen“

(oder „betreutes Drogen konsumieren lassen“) und unterscheidet sich von manchen Formen niederschwelliger, „suchtbegleitender“ bzw. „akzeptierter“ Suchtarbeit („Trinkerstuben“, Notschlafstellen, Drogenkonsumräume, Kontakcafés für Drogenabhängige etc.). In Bezug auf die niederschwellige Suchtarbeit ist zunächst Folgendes festzuhalten:

- Die Notwendigkeit niederschwelliger Suchtarbeit steht in einer den Menschenrechten verpflichteten Gesellschaft außer Frage: Chronisch suchtkranke, mehrfach (somatisch, psychiatrisch, sozial) schwer geschädigte, sozial desintegrierte, oft wohnungslose Menschen, für die zumindest aktuell abstinenzorientierte Behandlungen nicht „greifen“, benötigen elementare Hilfsangebote (Nahrungs-, Hygiene- und Schlafangebote sowie gewalt- und strafverfolgungsfreie Aufenthaltsmöglichkeiten) zur Sicherung des Überlebens und zur Abwendung weiterer gesundheitlicher und sozialer Verschlechterungen.
- Zweitens ist positiv zu konstatieren, dass im Arbeitsfeld niederschwelliger Suchtarbeit bei einer oftmals schwierigen Klientel mit hohem menschlichem Engagement und der begrüßenswerten Grundhaltung, niemandem in sein Leben hineinreden zu wollen (Wahrung der Autonomie des Konsumenten), gearbeitet wird. Angesichts dieses „menschlichen Kredits“ ist es nicht verwunderlich, dass in Folge der sichtbaren Abwärtsspirale vieler Klienten der Glaube in ihre Änderungsbereitschaft und -fähigkeit zuweilen schrumpft.
- Drittens hat die niederschwellige Suchtarbeit die früher (und zum Teil noch heute) gängige Praxis abstinenz-, „fixierter“ ambulanter Stellen, Suchtkranke mit mehr oder weniger subtilem Druck in Abstinenzbehandlungen hineinzudrängen, auf angenehme Weise überwunden.
- Damit hat die niedrighschwellige Suchtarbeit die Selbstbestimmungsrechte Suchtkranker gestärkt – ohne den Wert von Abstinenzbehandlungen zu leugnen oder Suchtkranken, die eine entsprechende Behandlung aufnehmen möchten, die Unterstützung dazu zu verwehren.

Ein Desideratum bleibt: die Berücksichtigung der Tatsache, dass die Klientel niederschwelliger Einrichtungen weder mit ihrem Leben im Allgemeinen noch mit ihrem Substanzkonsum im Besonderen zufrieden ist und in diesen Menschen die Bereitschaft zu Änderungen des Substanzkonsums (oftmals sogar des Zigarettenkonsums) bereits schlummert (Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier, 2011b). Eine Berei-

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Text nur von „Patienten“, „Klienten“, „Bewohnern“, „Behandlern“ etc. gesprochen – gemeint sind stets alle Geschlechter.

cherung für das Arbeitsfeld niedrigschwelliger Suchtarbeit könnte deshalb sein, neben der genannten Abdeckung elementarer Lebensbedürfnisse einladend und auf Augenhöhe über den Konsum ins Gespräch zu kommen, um im Geist und mit den Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Miller & Rollnick, 2013) bereits vorhandene Änderungsmotivation freizusetzen und für die Substanzen, bei denen Änderungsmotivation gegeben ist, den Zielen der Klientel (Schadensminderung, Konsumreduktion, Abstinenz) entsprechende Behandlungen/Interventionen anzubieten und durchzuführen (z. B. ein Programm zum Kontrollierten Trinken/Drogenkonsum). Das bedingungslose Annehmen eines suchtblasteten Menschen, wie dieser ist („Ach wie schön, dass Du geboren bist, wir hätten Dich sonst so vermisst“; Carl Rogers: „unconditional positive regard“) und somit der Verzicht darauf, elementare Hilfeleistungen von Motivationschwüren und Abstinenzgelübden der Klientel abhängig zu machen, steht somit nicht in Widerspruch dazu, sachkundig an Konsumveränderungen zu arbeiten. Der „Treffpunkt t-alk“ in Zürich (www.stadt-zuerich.ch/sd/de/index/unterstuetzung/drogen/treffpunkte/talk.html) zeigt einen von vielen möglichen Ansätzen auf, niedrigschwellige Suchtarbeit mit Maßnahmen zur Veränderung des Substanzkonsums (hier: Reduktion des Alkoholkonsums) zu verknüpfen.

3 Voraussetzungen zieloffenen Handelns

Zieloffen zu arbeiten, ist an verschiedene Voraussetzungen geknüpft:

- *Zuständigkeitsattribution für die Suchtproblematik*
ZOS setzt das professionelle Selbstverständnis voraus, sich für die Suchthematik der Klientel und die Arbeit an einer Veränderung des Konsums als zuständig zu betrachten. Dies ist – zumindest in Bezug auf die Hauptproblemsubstanz(en) – in der Suchthilfe selbstverständlich, nicht aber regelhaft z. B. in der medizinischen und psychotherapeutischen Grundversorgung, in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und auch nicht z. B. in der Wohnungslosen-, Straffälligen- und Behindertenhilfe. Hier bedarf es oftmals erst der grundsätzlichen beruflichen Selbstreflexion zur Frage „Was ist eigentlich mein Job – für was bin ich zuständig?“
- *Zieloffene innere Haltung sowie zieloffenes Suchtverständnis und Menschenbild*

Eine zweite Voraussetzung von ZOS besteht in einer Grundhaltung der Zieloffenheit. Das bedeutet, den Konsumzielen der Klientel mit interessierter Neugier zu begegnen und sie ernst zu nehmen, nicht auf ein bestimmtes Ziel (i. d. R. Abstinenz) festgelegt zu sein, State-of-the-art-Kenntnisse über Behandlungen zur Konsumreduktion/Schadensminderung zu besitzen, den eigenen „Rechthabereflex“ („Ich weiß, welches Konsumziel für Sie das beste ist“) in Schach zu halten, dem Gegenüber Entscheidungsautonomie zuzugestehen („Es steht jedem Menschen zu, gemäß seinen eigenen Lebensvorstellungen zu leben – auch im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum [sofern er andere dadurch nicht schädigt]“) und Klienten zuzutrauen, die für sie richtigen Entscheidungen treffen zu können (ggf. nach dialogischem Austausch i. S. d. „Motivational Interviewing“; Miller & Rollnick, 2013).

- *Umsetzung eines zieloffenen Dialogs und zieloffener Behandlungsangebote*

Die dritte Voraussetzung von ZOS bezieht sich auf das praktische Können, d. h. die Kompetenz, ZOS in der Interaktion mit Klienten umzusetzen. Der folgende Abschnitt geht darauf ein.

4 Zieloffene Suchtarbeit: Das praktische Vorgehen

Die praktische Umsetzung von ZOS verläuft in drei Schritten: Erstens einer Bestandsaufnahme aller konsumierten Substanzen und Suchtverhaltensweisen, zweitens der substanzweisen/verhaltensspezifischen Abklärung der Änderungsziele und drittens dem Vorhalten/Durchführen von substanz- und verhaltensbezogenen Behandlungsangeboten, die den Änderungszielen des jeweiligen Klienten entsprechen.

Zur geschmeidigen interaktiven Umsetzung dieser drei ZOS-Schritte bilden der Geist („spirit“) und die Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Motivational Interviewing; Miller & Rollnick, 2013) die maßgeschneiderte Basis. Das heißt, dass die drei Schritte im Geist der Partnerschaftlichkeit und mit einer Haltung des Respekts vorgenommen werden: Der Klient wird als gleichberechtigter Gesprächspartner mit Selbstbestimmungsrecht in allen seinen Belangen – eben auch in der Konsumzielwahl – und mit eigener Expertise ausgestattet betrachtet, ihm wird auf Augenhöhe begegnet, der Austausch ist dialogisch und nicht paternalistisch angelegt, eigene Überlegungen werden mit Einverständnis des Klienten ohne Besserwisserei eingebracht – und das letzte



Abbildung 1

Kartensatz zur systematischen Konsumabklärung (Auszüge; Körkel & Nanz, 2019a)

Wort, bei welchen Substanzen auf welches Ziel hin mit welcher Intervention eine Veränderung angestrebt wird, hat der Klient.

Im Folgenden werden die drei Schritte von ZOS genauer betrachtet, mit besonderem Schwerpunkt auf die einzusetzenden Interventionen.

4.1 Abklärung der konsumierten Substanzen/Verhaltenssuchte

Im ersten ZOS-Schritt verschafft man sich zusammen mit dem Klienten einen systematischen Überblick über alle von ihm jemals („lifetime“) und aktuell konsumierten Substanzen/Suchtverhaltensweisen. Als didaktisches Hilfsmittel zur systematischen Konsumabklärung kann ein an die Systematik von DSM-IV bzw. ICD-10 angelehnter Kartensatz genutzt werden, der aus 16 weißen Substanzkarten (Alkohol, Opiate, Substitutionsmittel, Cannabis etc.) und fünf weißen Suchtverhaltenskarten (Essverhalten, Glücksspiel etc.) besteht (Körkel & Nanz, 2019a; Abbildung 1). Der Klient entblättert, von der Fachkraft angeleitet, Karte für Karte und prüft, für welche Substanzen/Suchtverhaltensweisen Life-time- bzw. gegenwärtige Konsum-

erfahrungen vorliegen. Bei dieser Konsumabklärung kann bereits ein erster Einblick in Konsummengen, -muster, -gewohnheiten und die Einbettung des Konsums in den Lebensalltag gewonnen werden.

4.2 Abklärung der Änderungsziele

Im zweiten Schritt wird mit dem Klienten – weiterhin in einem partnerschaftlichen, „entlockenden“ und an seiner Sichtweise interessierten Dialog – unter Zuhilfenahme von sechs gelben Zielkarten eine Zielabklärung vorgenommen. Der Klient wird dabei eingeladen, jede seiner Substanzkarten zu der Zielkarte zu legen, die dem entspricht, wie er sich den weiteren Konsum „seiner“ Substanzen vorstellt („ganz aufhören“, „für einige Monate aufhören und dann weitersehen“, „reduzieren“, „nichts verändern“, „weniger schädlich weiterkonsumieren“, „weiß es im Moment nicht“; Körkel & Nanz, 2019a; Abbildung 2).

Das Ergebnis der Konsumzielabklärung kann in eine sog. „Zielabklärungscheckliste“ (ZAC) übertragen und diese dem Klienten mitgegeben werden (ein Duplikat behält man selbst), sodass der Klient bis zum nächsten Ge-



Abbildung 2

Kartensatz zur systematischen Konsumzielabklärung (Körkel & Nanz, 2019a)

sprach überprüfen kann, ob die Zielauswahl für die von ihm konsumierten Substanzen/ Suchtverhaltensweisen so bleiben oder aufgrund weiterer Überlegungen verändert werden soll.

4.3 Auswahl und Einsatz von Interventionen

4.3.1 Auswahl der Interventionen

Die Devise in ZOS-Schritt drei lautet: Die Behandlungsangebote müssen den Veränderungszielen und Behandlungs- bzw. Interventionspräferenzen des Klienten entsprechen – z. B. seiner Präferenz, eine Veränderung seines Konsums durch Bearbeitung eines Selbsthilfemanuals selbst vornehmen zu wollen oder eine therapeutische Begleitung zu favorisieren und in diesem Falle z. B. eine Einzelbehandlung einer Gruppenmaßnahme vorzuziehen.

Ordnet man die möglichen Behandlungen/ Interventionen im Rahmen ZOS zum einen nach deren Zielausrichtung (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) und zum anderen nach der Interventionsform/-intensität an (Kurzintervention mit/ohne Selbsthilfemanual; ambulante Einzelbehandlung; ambulante Gruppenbehandlung; stationäre Behandlung), so ergibt sich für jede Substanz(-klasse) eine Interventionsmatrix². Exemplarisch wird im Folgenden die Interventionsmatrix zur Veränderung des Tabakkonsums dargestellt (Abbildung 3); analoge Interventionsmatrizen existieren für die Bereiche Alkohol, illegale Drogen und nicht-stoffgebundene Süchte.

Wie Abbildung 3 zu entnehmen ist, sind in den Zeilen die drei zentralen Zielrichtungen aufgeführt, im Falle des Tabakkonsums Rauchstopp (= Abstinenz), Rauchreduktion und Schadensminderung. In den Spalten finden sich

² Die Interventionsmatrix wurde in Zusammenarbeit mit Matthias Nanz entwickelt.

Abbildung 3

Interventionsmatrix für den Bereich Tabak (mit exemplarischen Interventionen)

Ziele	Kurzintervention		Ambulante Einzelbehandlung	Ambulante Gruppenbehandlung	Stationäre Behandlung
	ohne Selbsthilfemanual	mit Selbsthilfemanual			
Rauchstopp	Change Your Smoking – Kurzintervention (Körkel & Nanz, 2020) Frei von Tabak (Bundesärztekammer, 2001) Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern (BZgA & Bundesärztekammer, 2006)	Change Your Smoking – Selbsthilfemanual (Körkel & Nanz, 2020) Ja, ich werde rauchfrei (BZgA, 2008) Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten (Batra & Buchkremer, 2017)	Change Your Smoking – Einzelprogramm (Körkel & Nanz, 2020) Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten (Batra & Buchkremer, 2020) Pharmakotherapie (Nikotinersatzprodukte, Bupropion, Vareniclin)	Change Your Smoking – Gruppenprogramm (Körkel & Nanz, 2020) Das Rauchfrei Programm (IFT-Gesundheitsförderung, o.J.) Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten (Batra & Buchkremer, 2020) Pharmakotherapie (Nikotinersatzprodukte, Bupropion, Vareniclin)	Rauchfrei nach Hause!? (IFT-Gesundheitsförderung, o.J.) plus alle in den linken Spalten aufgeführten Rauchstoppinterventionen
Rauchreduktion	Change Your Smoking – Kurzintervention (Körkel & Nanz, 2020)	Change Your Smoking – Selbsthilfemanual (Körkel & Nanz, 2020) „12+“-Programm (Drinkmann, 2007)	Change Your Smoking – Einzelprogramm (Körkel & Nanz, 2020) Pharmakotherapie (Nikotinersatzprodukte, Bupropion, Vareniclin)	Change Your Smoking – Gruppenprogramm (Körkel & Nanz, 2020) „Smoke_less“ (Rüther et al., 2018) Pharmakotherapie (Nikotinersatzprodukte, Bupropion, Vareniclin)	Alle in den linken Spalten aufgeführten Reduktionsprogramme sind auch stationär durchführbar
Schadensminderung	E-Zigarette, Tabakerhitzer-Zigarette				

die Interventionsformen, die mit einem unterschiedlichen Grad an selbstständiger Veränderung durch den Klienten (Selbsthilfemanual versus therapeutengestützte Intervention) bzw. mit unterschiedlichem zeitlichem Aufwand für die Fachkraft (Kurzintervention versus Einzel- bzw. Gruppensitzungen) einhergehen. In den Feldern der Matrix befinden sich dann die Interventionen, die für die Kombination aus Zielrichtung und Interventionsform geeignet sind. Dem Klienten wird die Interventionsmatrix (hier Tabak) vorgelegt und es werden ihm überblicksartig die Interventionen erläutert, die für seine Zielrichtung möglich sind, sodass er anschließend die von ihm bevorzugte Intervention auswählen kann und diese dann den weiteren Behandlungsweg bestimmt:

- Zum Rauchstopp motivierten Rauchenden werden folgende Optionen angeboten:
 - Ein einmaliges Gespräch von 10–45 Minuten Dauer (oder mehrere kurze, verteilte Gespräche; „Kurzintervention“), in dem z. B. der Fagerström-Test zur Abklärung des Grades körperlicher Nikotinabhängigkeit durchgeführt wird, ergänzt durch ein Vierfelder-Schema zur Überprüfung des Ausmaßes derzeitiger Veränderungsbereitschaft (Gründe für und gegen eine Änderung des Tabakkonsums), ausgewählte Informations-/Arbeitsblätter zur Förderung des selbstständigen Änderungsprozesses mitgegeben (z. B. ein Rauchtagebuch, Hinweise zur Vorbereitung des ersten Rauchstopptages und zum Umgang mit Rückfallrisiken [z. B. Stress, Gewichtszunahme etc.]) sowie unterstützende Internetlinks weitergegeben werden (z. B. [/www.rauchfrei-info.de/aufh hoeren/das-rauchfrei-ausstiegsprogramm](http://www.rauchfrei-info.de/aufh hoeren/das-rauchfrei-ausstiegsprogramm)). Zur Durchführung einer Kurzintervention stehen Fachkräften unterschiedliche, inhaltlich variierende Vorlagen zur Verfügung (z. B. „Frei von Tabak“, Bundesärztekammer, 2001; „Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern“, BZgA & Bundesärztekammer, 2006; „Change Your Smoking – Kurzintervention“, Körkel & Nanz, 2020).
 - In Verbindung mit einer Kurzintervention kann – bei Bereitschaft des Klienten – statt einzelner Informations-/Arbeitsblätter ein vollständiges Selbsthilfemanual zur eigenständigen Lektüre mitgegeben oder zum Erwerb empfohlen werden (z. B. „Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten“, Batra & Buchkremer, 2017; „Ja, ich werde rauchfrei“, BZgA, 2008; „Change Your Smoking – Selbsthilfemanual“, Körkel & Nanz, 2020).
 - Eine weitere Interventionsoption hin zum Rauchstopp besteht in der Teilnahme an ambulanten Einzelsitzungen, die je nach Raucherentwöhnungsprogramm meist vier bis sieben strukturierte Sitzungen, die thematisch einem Selbsthilfemanual ähneln, umfassen (z. B. „Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten“, Batra & Buchkremer, 2020; „Change Your Smoking – Einzelprogramm“, Körkel & Nanz, 2020).
 - Alternativ kann auch ein Gruppenkurs zur Raucherentwöhnung vorgehalten werden, bei dem i. d. R. Anzahl und Inhalte der Sitzungen einem Einzelprogramm entsprechen (z. B. „Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten“, Batra & Buchkremer, 2020; „Das Rauchfrei-Programm“, Institut für Therapiefor schung – Gesundheitsförderung, o.J.; „Change Your Smoking – Gruppenprogramm“, Körkel & Nanz, 2020).
 - Einzel- wie auch Gruppenprogramme können pharmakologisch durch Nikotinersatzprodukte (NEP; z. B. Nikotinpflaster) oder die ärztlicherseits verschreibbaren Medikamente Bupropion oder Vareniclin unterstützt werden.
 - Befindet sich ein Patient in stationärer Behandlung, können alle zuvor skizzierten Behandlungen zum Rauchstopp Verwendung finden wie auch spezielle Programme, die auf einen stationären Rahmen zugeschnitten sind (z. B. „Rauchfrei nach Hause?!“, Institut für Therapiefor schung – Gesundheitsförderung, o.J.).
- Das Menü an Optionen ist bei der Zielwahl „Rauchreduktion“ analog dem beim Ziel des Rauchstopps aufgebaut und enthält somit folgende Wege zu einer Reduktion des Tabakkonsums:
 - Eine Kurzintervention mit Weitergabe einzelner Informations- und Arbeitsblätter (Rauchtagebuch, Pro-Kontra-Matrix, Fagerström-Test, Internetlinks) bzw. eines vollständigen Selbsthilfemanuals (z. B. „12+-Programm. Selbstbestimmtes, kontrolliertes Rauchen“, Drinkmann, 2007; „Change Your Smoking – Selbsthilfemanual“, Körkel & Nanz, 2020).
 - Eine ambulante Einzelbehandlung mit sieben Sitzungen (z. B. „Change Your Smoking – Einzelbehandlung“, Körkel & Nanz, 2020) oder ambulante Gruppenbehandlung mit vier („Smoke_less“,

Rüther, Kiss, Eberhardt, Linhardt, Kröger & Pogarell, 2018) oder sieben Sitzungen („Change Your Smoking – Gruppenbehandlung“, Körkel & Nanz, 2020), ggf. ergänzt durch eine pharmakologische Behandlung (NEP, Bupropion, Vareniclin).

- Alle zuvor aufgeführten Behandlungen zur Rauchreduktion sind auch stationär umsetzbar.
- Präferieren Rauchende den Änderungsweg der Schadensminderung, kommen die verschiedenen Varianten von E-Zigaretten oder Tabakerhitzer-Zigaretten in Frage (vgl. Stöver 2019; Stöver, Jamin & Eisenbeil, 2019).

Verallgemeinert man das zuvor anhand der Tabak-Interventionsmatrix Erläuterte, so gelten in der ZOS ganz allgemein folgende Grundsätze für den Aufbau von Interventionsmatrizen (für Alkohol, illegale Drogen, nicht-stoffgebundenes Suchtverhalten) und die darin aufgenommenen Interventionen:

- Suchtbehandlungen sollten für jede Substanz-(klasse) die drei grundlegenden Zielrichtungen der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung abdecken, da diese die zentralen von Klienten gewählten Ziele darstellen. Das heißt auch: Es ist erforderlich, dass Suchtfachkräfte für alle Substanzen/Suchtverhaltensweisen und alle Zielrichtungen Kenntnisse und Umsetzungskompetenz besitzen. Die Anforderungen an Fachkräfte, die bislang nur abstinenzorientierte Behandlungen oder ausschließlich Harm-Reduction-Angebote oder Reduktionsbehandlungen vorgehalten haben – und diese ggf. nur in Bezug auf einzelne Substanzen/Verhaltenssüchte – erhöhen sich bei ZOS somit deutlich. Und: Die Zuständigkeitserklärung ausschließlich für die Behandlung legaler oder ausschließlich illegaler Drogen oder nicht-stoffgebundener Süchte verliert bei ZOS ihre Basis.
- In der Beratung/Einrichtung sollten unterschiedliche Interventionsformen vorgehalten werden, um eine Bandbreite an Behandlungspräferenzen der Klientel abzudecken: Von kurzen Interventionen zum Anstoßen von „self-change“ bei den Klienten, die sich gerne selbstständig Schritt für Schritt und im eigenen Tempo eine Veränderung erarbeiten möchten (z. B. Lektüre eines Selbsthilfemanuals zum Rauchstopp oder einer entsprechenden Webseite) bis hin zu einer intensiveren Unterstützung durch eine Fachkraft in Form einer Einzel- bzw. Gruppenbehandlung und dies ggf. im stationären Rahmen.
- Entsprechend der bio-psycho-sozialen Genese und Problemlage vieler Suchterkrankungen und den Behandlungspräferenzen der Klientel, sollten grundsätzlich sowohl (evidenzbasierte) psychotherapeutische als auch pharmakologische und sozialraumbezogene Interventionen Eingang in Interventionsmatrizen finden.
- Alle in eine Interventionsmatrix aufgenommenen Interventionen sollten über wissenschaftlich aussagefähige Wirksamkeitsnachweise verfügen. Liegt für eine Intervention kein Wirksamkeitsnachweis vor, sollten zumindest für die Klasse vergleichbarer Interventionen empirische Evidenzen und eine solide theoretische Basis vorhanden sein. Beispielsweise ist die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Selbstkontrolltrainings (Behavioral Self-Control Trainings; Hester, 2003) für unterschiedliche Substanzen empirisch gut belegt (Körkel, 2015; Körkel et al., 2011b; Körkel & Nanz, 2019b), so dass eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass auch neu entwickelte, stringent gemäß BSCT aufgebaute Interventionen (z. B. zum Kontrollierten Rauchen; Körkel & Nanz, 2017) wirksam sind.
- Interventionsmatrizen sollten dem aktuellen Stand der Behandlungsentwicklung angepasst werden, d. h. neu entwickelte, nachweislich wirksame Behandlungen sollten in die Matrix aufgenommen werden.
- Interventionen können sowohl face-to-face als auch online (z. B. als elektronisch verfügbare Intervention oder Videositzung) oder als Kombination beider Modi angeboten werden. Durch die Option, Behandlungen auch online durchführen zu können, ergeben sich diverse Vorteile: Die Klientel muss keine Wegstrecken zu einer Behandlungsstätte zurücklegen, auch kürzere Sitzungen sind ohne Fahrtaufwand möglich, es lassen sich autodidaktische Elemente (z. B. Bearbeitung eines Selbsthilfemanuals) von Zeit zu Zeit online mit therapeutischem Austausch verknüpfen u. a. m.
- Last but not least: Die in einer Interventionsmatrix enthaltenen Behandlungsangebote hängen selbstverständlich auch von den Möglichkeiten und Gegebenheiten der Praxiseinrichtungen ab:
 - Als Behandler bzw. Einrichtung wird es kaum möglich sein, alle vorhandenen Interventionen, die z. B. in der Tabak-Interventionsmatrix in Abbildung 3 dargestellt sind, vorzuhalten – und dies ist auch nicht notwendig. In der ambulanten Praxis ist es ausreichend, zur Abstinenz- und Reduktionsbehandlung

eine *einzig* Kurzintervention (mit Informations-/Arbeitsblättern sowie ein bis zwei unterschiedlich umfangreiche Selbsthilfemanuale) sowie eine *einzig* Einzelbehandlung und ein bis zwei schadensmindernde Angebote ins Portfolio aufzunehmen. Ergänzend kann eine Gruppenbehandlung angeboten werden, wobei diese bei ZOS eher selten zum Einsatz kommen wird, da es unsinnig ist, einen änderungsmotivierten Klienten ggf. monatelang auf den Start einer Gruppe (z. B. zum Rauchstopp) warten zu lassen, während eine Einzelbehandlung unter Einbeziehung aller Substanzen prinzipiell jederzeit möglich ist und nicht vom Zustandekommen einer Gruppe abhängig gemacht werden muss. Im stationären Rahmen, in dem Gruppenbehandlungen üblich sind und eine ausreichende Zahl teilnehmender Patienten vorhanden ist, steht einem Gruppenangebot nichts im Wege.

Es ist deshalb ratsam, dass eine Behandlungsstelle für ihre ZOS eigene Interventionsmatrizen erstellt, in der die *von ihr vorgehaltenen* (und nicht alle denkbaren) Interventionen aufgeführt sind.

- Als Einrichtung ist es – auch für neu hinzukommende Mitarbeitende – sinnvoll, einen *ZOS-Interventionsordner* zu erstellen, in dem neben den Interventionsmatrizen für Alkohol, illegale Drogen, Tabak und nicht-stoffgebundenes Suchtverhalten alle von der Einrichtung angebotenen Interventionen auf ein bis zwei Seiten beschrieben sind. Diese Beschreibungen bilden die Grundlage, um Klienten die in den Interventionsmatrizen enthaltenen Interventionen erläutern zu können.

4.3.2 Einsatz der Interventionen

Nach der Auswahl passgenauer Interventionen werden diese 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, sollten die Behandlungen idealerweise von einer Person bzw. zumindest in *einer* Einrichtung angeboten werden. Falls das nicht möglich ist, ist eine *gelingende* Weitervermittlung an eine kooperierende Einrichtung anzustreben.

NACHRICHT

Studie: Blick ins Grüne hat Einfluss auf das Rauchverhalten

Wer im Grünen lebt, hat deutlich bessere Chancen, nie zum Raucher zu werden oder mit dem Rauchen aufzuhören, als Menschen, die keinen unmittelbaren Zugang zu Grünflächen haben.

Das legt eine Befragung von mehr als 8.000 Erwachsenen in Großbritannien nahe, die jetzt im Journal *Social Science & Medicine* (doi:10.1016/j.socsci.med.2020.113448) veröffentlicht wurde.

Diese habe einen Zusammenhang zwischen grünem Lebensraum und dem Rauchverhalten gezeigt, teilten gestern die Autoren der Universitäten Plymouth, Exeter und Wien mit.

Auch nach Berücksichtigung anderer Faktoren wie dem sozioökonomischen Status sei die Wahrscheinlichkeit

zu rauchen für Menschen mit Blick ins Grüne noch um 20 Prozent niedriger als bei solchen, die in Gebieten mit weniger Grünflächen leben.

Bei Menschen, die irgendwann in ihrem Leben geraucht hätten, erhöhe sich die Wahrscheinlichkeit, erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören, um zwölf Prozent, wenn sie in grünen Gegenden leben, heißt es in der Mitteilung.

Frühere Studien desselben Forschungsteams wiesen demnach darauf hin, dass der häusliche Blick auf Grün-

flächen mit einem geringeren Verlangen nach Alkohol, Zigaretten und ungesunden Lebensmitteln verbunden sei.

Es gebe inzwischen erhebliche Hinweise, dass Naturräume mit Stressabbau und besserem Wohlbefinden verbunden seien.

Die aktuelle Studie zeige erstmals, „dass ein höherer Grünflächenanteil auch mit einer Verringerung ungesunder Verhaltensweisen verbunden ist“, wird Sabine Pahl, Co-Autorin und Spezialistin für Stadt- und Umweltpsychologie an der Universität Wien, in der Mitteilung zitiert.

Die Forscher betonen, dass eine Verbesserung des Zugangs zu Grünflächen eine wichtige Strategie für die öffentliche Gesundheit und insbesondere zur Verringerung der Raucherquote darstellen könne. 

5 Resümee

Die Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit stellt alle Arbeitsfelder vor die Herausforderung,

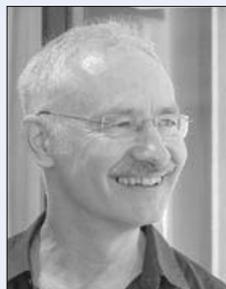
- ihre innere Haltung, ihr Menschenbild sowie ihr Suchtverständnis in Bezug auf ihre Klientel zu reflektieren (z. B. die Annahme, Abhängige könnten nicht kontrolliert Alkohol/Tabak/illegale Drogen konsumieren, zu überprüfen) – auch im Lichte des aktuellen Forschungsstandes,
- von einem Multisubstanzkonsum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

Zur Umsetzung und neuen „Aufstellung“ einer Einrichtung in Richtung ZOS ist träger- und einrichtungsbezogen eine systematische Implementierung von ZOS erforderlich, d. h. ein professionell begleiteter Prozess der Team- und Organisationsentwicklung, der unter Einbindung der Entscheidungsträger und Mitarbeiterschaft auf strukturelle Veränderungen abzielt und deutlich über Fortbildungen einzelner Mitarbeitender hinausgeht (vgl. Bühler, 2015; Nanz, 2015; Pohlner & Obert, 2019).

Literatur

- Batra, A. & Buchkremer, G. (2017). *Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Batra, A. & Buchkremer, G. (2020). *Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesärztekammer (Hrsg.). (2001). *Frei von Tabak. Ein Stufenprogramm zur Raucherberatung und Rauchertherapie in der Arztpraxis* (3. Aufl.). Köln.
- BZgA (Hrsg.). (2008). *Ja, ich werde rauchfrei*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA & Bundesärztekammer (Hrsg.). (2006). *Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bühler, S. (2015). *Verabschiedung von der Abstinenz als Königsweg. Eine empirische Studie über den Organisationsentwicklungsprozess zur Implementierung Zieloffener Suchtarbeit beim Caritasverband für Stuttgart e.V.* (Unveröffentlichte Masterthesis). Evangelische Hochschule Freiburg i. Br.
- Drinkmann, A. (2007). *12-plus-Programm. Selbstbestimmtes, kontrolliertes Rauchen*. Heidelberg: GK Quest-Akademie.
- Hester, R. K. (2003). Self-control training. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 152–164). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hungerbuehler, I., Buecheli, A. & Schaub, M. (2011). Drug checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use – evaluation of Zurich’s drug checking services. *Harm Reduction Journal*, 8, 16.
- Institut für Therapieforschung – Gesundheitsförderung (o.J.). *Das Rauchfrei-Programm*. München: IFT.
- Institut für Therapieforschung – Gesundheitsförderung (o.J.). *Rauchfrei nach Hause?!*. München: IFT.
- Ives, R. & Ghelani, P. (2006). Polydrug use (the use of drugs in combination): A brief review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13, 225–232.
- Körkel, J. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttheorie*, 15, 165–173.
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61, 147–174.
- Körkel, J. (2018). Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst? *Rausch*, 7 (1), 95–103.
- Körkel, J. (2019). Paradigmenwechsel in der Suchthilfe: Vom einseitigen Abstinenzgebot zur „Zieloffenen Suchtarbeit“. *Kerbe*, 37, 19–21.
- Körkel, J., Lipsmeier, G., Becker, G. & Happel, V. (2011a). Multipler Substanzkonsum bei Drogenabhängigen: Bestandsaufnahme – Behandlungsimplicationen. *Sucht aktuell*, 18, 49–54.
- Körkel, J., Becker, G., Happel, V. & Lipsmeier, G. (2011b). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe*. Abschlussbericht für das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main.
- 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). „Change Your Smoking“: Ein zieloffenes Behandlungsprogramm zur Veränderung des Tabakkonsums. *Rausch*, 6 (2), 43–52.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2019a). *Kartensatz zur systematischen Konsum- und Zielabklärung*. Nürn-

- berg: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. <https://www.iss-nuernberg.de/zieloffene-suchtarbeit/#kartensatz>
- Körkel, J. & Nanz, M. (2019b). Zieloffenheit in der Tabakbehandlung. In H. Stöver (Hrsg.), *Potentiale der E-Zigarette für Rauchentwöhnung und Public Health* (S. 79–89). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2020). „Change Your Smoking“ – Ein zieloffenes Programm zur Veränderung des Tabakkonsums. Teilnehmerhandbuch und Trainermanual zur Kurzintervention sowie Einzel- und Gruppenbehandlung (3. Aufl.). Nürnberg: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS).
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change*. New York: Guilford.
- Nanz, M. (2015). *Die Umsetzung von Sozialen Innovationen in der Praxis am Beispiel der Implementierung Zieloffener Suchtarbeit* (Unveröffentlichte Masterthesis). Evangelische Hochschule Nürnberg.
- Pohlner, S. & Obert, K. (2019). Zieloffene Suchtarbeit. *Kerbe*, 37, 29–31.
- Rüther, T., Kiss, A., Eberhardt, K., Linhardt, A., Kröger, C. & Pogarell, O. (2018). Evaluation of the cognitive behavioral smoking reduction program „Smoke_less“: A randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268, 269–277.
- Stöver, H. (Hrsg.). (1999). *Akzeptierende Drogenarbeit: Eine Zwischenbilanz*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Stöver, H. (Hrsg.) (2019). *Potentiale der E-Zigarette für Rauchentwöhnung und Public Health*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H., Jamin, D. & Eisenbeil, S. (2019). *Ratgeber E-Zigarette* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag
- Uhl, A., Schmutterer, I., Kobrna, U. & Strizek, J. (2019). *Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK).



Prof. Dr. Joachim Körkel

Institut für innovative Suchtbehandlung
und Suchtforschung (ISS)
Bärenschanzstraße 4
D-90429 Nürnberg
joachim.koerkel@evhn.de