

Colloquium der *Gesundheit Österreich GmbH* (GÖG)

Wien, 24. März 2021

**Unzulänglichkeiten in der
Suchtbehandlung und deren
Überwindung:**

Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit

Joachim Körkel

Übersicht

1. Unzulänglichkeiten
2. Paradigma Zieloffener Suchtarbeit
3. Abstinenz – Reduktion – Schadensminderung
4. Praktische Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit
5. Herausforderungen

Übersicht

1. Unzulänglichkeiten

Erreichtes

- Das Vier-Säulen-Modell zum Umgang mit Sucht ist etabliert (1. Prävention/ 2. Beratung u. Behandlung/ 3. Maßnahmen der Schadensreduzierung / 4. Maßnahmen der Angebotsregulierung [Konsumentenschutzes] und Strafverfolgung)
- Vielfalt an Behandlungsangeboten + finanzielle Absicherung (auch längerer Behandlungen) + Wirksamkeit
- Bei Opioidabhängigen ist die Substitutionsbehandlung zur Selbstverständlichkeit geworden
- Schulenstreit ist überwunden (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Therapie, Systemische Therapie etc.)
- „Rückfälle“ werden als integraler Teil der Überwindung einer Suchtproblematik angesehen und nicht mehr dämonisiert
- ...

Unzulänglichkeiten (I)

in den Bereichen „Beratung/ Behandlung“ und „Schadensreduzierung“

1. Der Versorgungsgrad suchtbelasteter Menschen ist unzureichend

- Nur ein **geringer Teil** suchtbelasteter Menschen findet Zugang zu einer Suchtbehandlung (z.B. Tabakabhängige < 1%, Alkoholabhängige ca. 5-10%) (z.B. Batra, Müller, Mann & Heinz 2016; Etzel et al. 2008; Rumpf et al. 2000)
- Eine Behandlung erfolgt – falls überhaupt – erst **nach Chronifizierung** der Abhängigkeit (Alkohol: nach 10 Jahren) und erst viel später als bei anderen Erkrankungen (z.B. Depression) (Kohn et al. 2004)
- oder **gar nicht mehr** (z.B. Wohnungslose; Fichter & Quadflieg 2003).

Unzulänglichkeiten (II)

in den Bereichen „Beratung/ Behandlung“ und „Schadensreduzierung“

2. In vielen Suchtbehandlungen herrscht eine Festlegung auf das Ziel der Abstinenz – mit erheblichen Nachteilen:
 - Die **Mehrzahl** Alkohol-, Drogen- und Tabakabhängiger strebt eine **Konsumverringering** oder **Schadensminderung** und keine Abstinenz an (Bolliger 2000; Glasgow 2006, 2009; Körkel 2015)
 - Viele Pat. „ziehen“ eine Abstinenzbehandlung ohne Abstinenzvorsatz (sondern mit Ziel Reduktion) „durch“ (32-54% der Pat. in Alkohol-Reha, ca. 80% im Alkoholentzug; vgl. Körkel 2015; ähnliche Befunde für stationäre Drogenrehabilitation, Feder 2001)
 - Diese Pat. machen BehandlerInnen zu schaffen („widerständig“, „krankheitsuneinsichtig“, „non-compliant“)
 - Die Abbruchquoten sind beachtlich (nur 65,5% reguläre Beender in stationärer Alkohol-Reha; Bachmeier et al., 2019), die Erfolgsraten bescheiden (nur 28,8% ein Jahr durchgängig abstinent; a.a.O.)
 - Zielkonsens ist eine wesentliche Voraussetzung wirksamer Psycho- und Suchttherapie (Miller & Moyers 2021; Tryon & Winograd 2011)

Selbstbestimmungsrecht
(Autonomie)

Sollen setzt Können voraus

Unzulänglichkeiten (III)

in den Bereichen „Beratung/ Behandlung“ und „Schadensreduzierung“

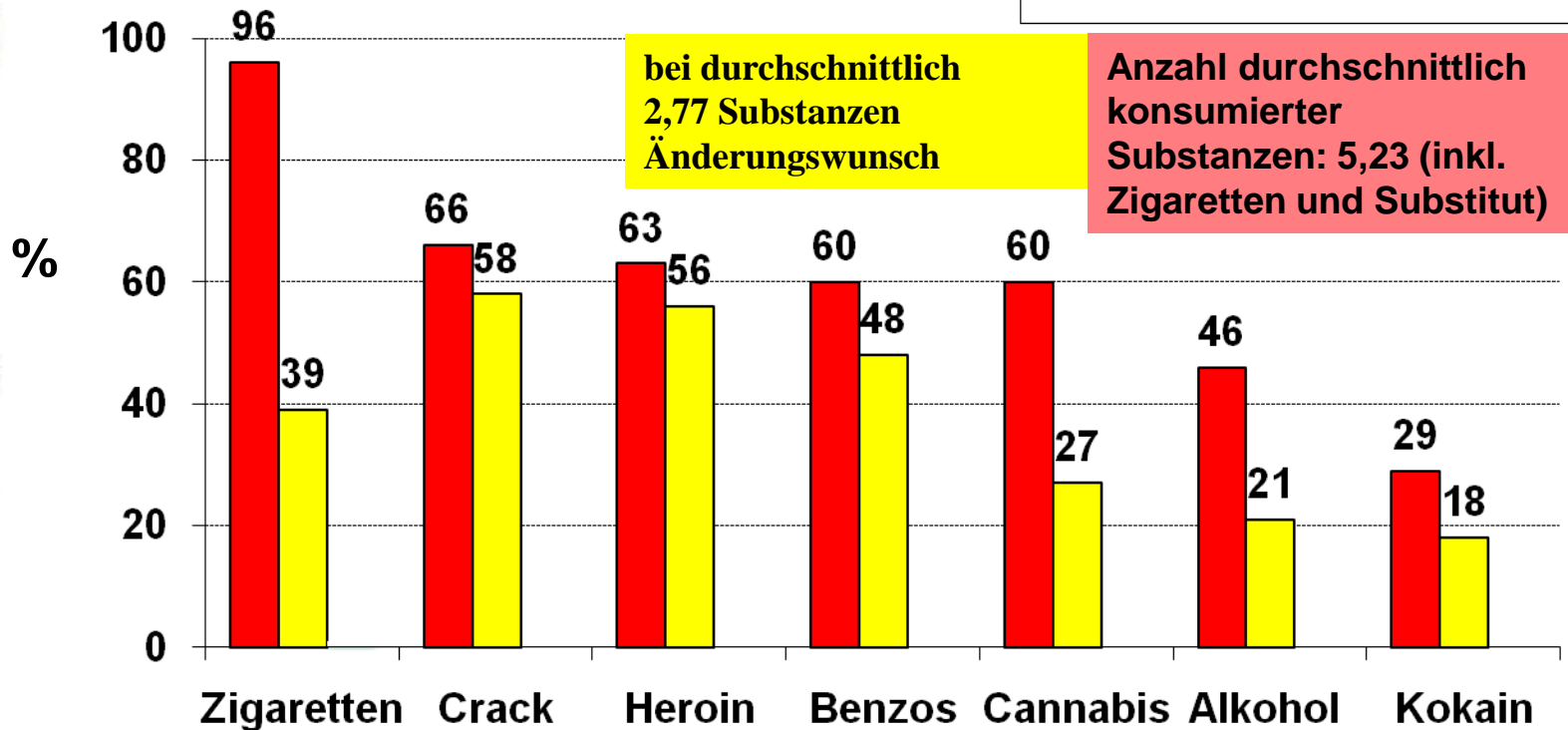
3. (Auch) schadensmindernde Angebote lassen Änderungsmotivation der Klientel brach liegen

- Die verdienstvolle und unverzichtbare niedrigschwellige Suchtarbeit (z.B. Drogenkonsumräume, „Trinkerstuben“, Kontaktläden etc.) bleibt vielfach „auf halber Strecke stecken“: das Suchtverhalten der Klientel wird „suchtbegleitend“ und vorgeblich „akzeptierend“ mehr oder weniger hingenommen, obwohl erhebliche Änderungswünsche und Änderungspotenziale in den Kl. schlummern (Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier 2011)

Änderungsbereitschaft = Regelfall

Konsumierte Substanzen und Änderungswünsche Frankfurter „Szene-Drogenabhängiger“ (in %, N=113) („KISS-Studie, Körkel et al. 2011)

■ Konsum (letzte 28 Tage vor KISS)
 ■ Veränderungswunsch



Unzulänglichkeiten (IV)

in den Bereichen „Beratung/ Behandlung“ und „Schadensreduzierung“

- 4. Suchtbehandlungen sind meist auf die „Hauptproblem-substanz“ ausgerichtet, obwohl Multisubstanzbehandlung geboten ist. Denn:**
- Monosubstanzkonsum = große Ausnahme, Multisubstanzkonsum = Regelfall (siehe vorige Folie, aber auch z.B.: Alkohol + Zigaretten)
 - „Nebensubstanzen“ (z.B. Tabak) können sich ggf. stärker auf Morbidität und Mortalität auswirken als die „Hauptsubstanz“ (z.B. bei Substituierten).
 - Der Substanzmix ist häufig das besonders Gefährliche (z.B. Wirkzeitraum-überlagernder Konsum von Opioiden, Alkohol & Benzodiazepinen).
 - Eine Suchtbehandlung ist oft ein günstiges „window of change“, d.h. neben der Bereitschaft zur Behandlung der „Hauptsubstanz“ besteht eine erhöhte Zugänglichkeit zur Veränderung weiterer Substanzen.
 - Die Veränderung einer „Nebensubstanz“ wirkt sich oft positiv auf die Veränderung der „Hauptsubstanz“ aus (z.B. Tabak → Alkohol, Opioide).

Unzulänglichkeiten (V)

in den Bereichen „Beratung/ Behandlung“ und „Schadensreduzierung“

5. Die Palette an Behandlungsoptionen wird unzureichend genutzt. Dadurch bleiben Behandlungspräferenzen der Pat. oft unberücksichtigt.

- Psycho- und Pharmakotherapie
- Kurzinterventionen ohne/mit Selbsthilfemanual
- Einzelbehandlungen
- Gruppenbehandlungen
- Face-to-face- sowie online-gestützte Behandlungen

„Der Köder muss dem Fisch und nicht dem Angler schmecken.“

Resümee:

Ausgangssituation bei suchtblasteten Menschen

1. Bei nahezu allen suchtblasteten Menschen liegt ein problematischer Konsum **mehrerer** psychotroper Substanzen/ Suchtverhaltensweisen vor.
2. Zumindest in Bezug auf einige der konsumierten Substanzen ist bereits **intrinsische Änderungsmotivation** vorhanden, auch wenn diese nicht immer auf den ersten Blick zutage tritt (v.a. wenn nicht danach gefragt wird ...).
3. **Mehr Menschen** mit einer Alkohol-, Drogen- oder Tabakkonsumstörung sind zu einer **Konsumreduktion** / Schadensminderung als zu Abstinenz bereit.
4. Die erwünschten **Änderungsziele variieren substanzspezifisch** und es ist davon auszugehen, dass mindestens zwei der drei fundamentalen Zielrichtungen (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) **bei ein und derselben Person** von Relevanz sind.
5. Die **Palette an Behandlungsoptionen** wird **unzureichend genutzt** und damit Behandlung zu wenig an die Behandlungspräferenzen der Pat. angepasst.

Übersicht

1. Unzulänglichkeiten
2. Paradigma Zieloffener Suchtarbeit

Paradigma „Zieloffener Suchtarbeit“ (ZOS)

„‘Zieloffene Suchtarbeit‘ bedeutet, mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer **Veränderung** ihres Suchtmittelkonsums zu **arbeiten**, und zwar auf das Ziel hin, das **sie sich selbst setzen** [Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung ...]“

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

Übersicht

1. Unzulänglichkeiten
2. Paradigma Zieloffener Suchtarbeit
3. Abstinenz – Reduktion – Schadensminderung

3.1. Abstinenz als Behandlungsziel

Abstinenz = wertvolle Lebens- und Behandlungsoption:

Eine Vielzahl Studien belegt positive Veränderungen nach Erreichen und Erhalt der Abstinenz:

- ↑ Gesundheit, ↑ Arbeitsfähigkeit, ↑ Wohlergehen der Kinder, ↑ Führerscheinwiedererlangung etc.
- ↓ Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage, ↓ innerfamiliäre Gewalt, ↓ Probleme mit dem Gesetz etc.

Ergo: Das Ziel der Abstinenz steht überhaupt nicht in Frage. Es sollte in der Behandlungspalette (und Selbsthilfe) stets enthalten sein ...

... diese aber nicht darauf beschränkt sein

... und schon gar kein Dogma aus der Abstinenz gemacht werden

Abstinenz als Dogma:

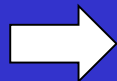
„Aber bei richtig Abhängigen geht eben nur Abstinenz!“

= Klassisches Krankheitsmodell des Alkoholismus:

Anonyme Alkoholiker 1939 → Jellinek 1960 → ...

Vier grundlegende Annahmen:

1. Entweder man ist abhängig oder nicht = andere Wesenheiten (wie schwanger oder nicht)
2. Die wahren Ursachen sind biologischer Natur (nicht psychologischer oder sozialer Natur)
3. Das Kernmerkmal ist „der Kontrollverlust“ (Alkoholabhängige haben ihn, Nicht-Abhängige nicht)
4. Alkoholismus ist irreversibel (wg seiner biolog. Wurzeln)



„Alcoholics can never safely return to drinking“

(Milam & Ketcham, 1983, p. 14)

Diese Überzeugung dominiert die Suchtbehandlungen westlicher Länder wie ein Naturgesetz.

Die empirischen Fakten

Alle vier Annahmen des Krankheitsmodells sind empirisch widerlegt oder unbestätigt (vgl. Fingarette 1988; Heather & Robertson 1981; Körkel 2015; Miller 1993):

1. Alkoholkonsummengen, -probleme und -abhängigkeitskriterien **variieren kontinuierlich**: Es gibt empirisch keinen Schnitt von der Nichtabhängigkeit zur Abhängigkeit (→ Kontinuum der Substanzkonsumstörungen im DSM-5).
2. Es gibt **keine Belege** für die ätiologische Dominanz oder gar Ausschließlichkeit **biologischer Faktoren**.
3. Übermäßiger Alkoholkonsum lässt sich besser als **Kontrollminderung** („impaired control“) denn als „**Kontrollverlust**“ („loss of control“) erklären.
4. Ein Teil der Alkoholabhängigen kann zu einem **gemäßigten, nicht symptombelasteten Alkoholkonsum** zurückfinden.

**„Wir wissen, dass kein Alkoholiker
jemals wieder kontrolliert trinken kann“**

(Anonyme Alkoholiker 1992 [Blaues Buch])

**„Es gibt Wahrheiten, die gelten weder
für alle Menschen noch für alle Zeiten“**

(Voltaire)

**„Wenn jemand, der früher nicht kontrolliert trinken
konnte, plötzlich eine Kehrtwendung zustande bringt
und wie ein Gentleman trinken kann,
dann ziehen wir unseren Hut vor ihm“**

(Anonyme Alkoholiker 1992 [Blaues Buch])

3.2. Reduktion als Behandlungsziel

Miteinander kombinierbare Arten der Behandlung



**Verhaltens-
therapeutische
Behandlungen zum
(selbst-)
kontrollierten
Konsum**

(z.B. Kontrolliertes Trinken,
Kontrollierter
Drogenkonsum,
Kontrolliertes Rauchen,
Kontrolliertes Glücksspiel
etc.)

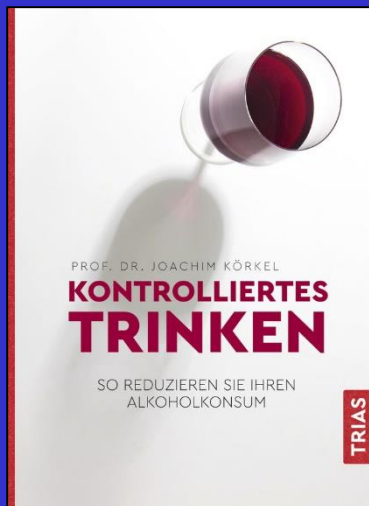
*(Behavioral Self-
Control Trainings)*

**Pharmakologische
Behandlungen**

- z.B. Nalmefen
- z.B. Naltrexon
- etc.

Selbsthilfegruppen

- z.B. „Moderation
Management“
- z.B. „Post-KT-
Gruppen“



Autodidaktisches „10-Schritte-Programm“ (Körkel, 2020⁴/2021³)



Ambulante Einzelbehandlung zum kontroll. Trinken (EkT; WALK)

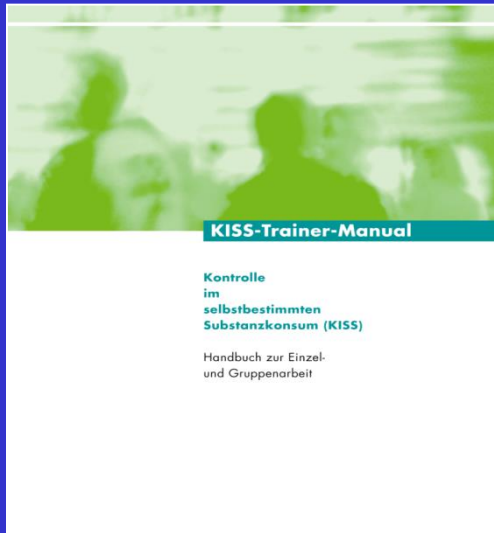
(Körkel & Projektgruppe kT, 2003)



Ambulante Gruppen- behandlung zum kontroll. Trinken (AkT; WALK)

(Körkel & Projektgruppe kT, 2001)

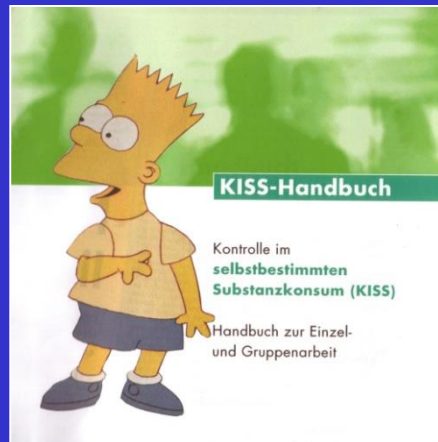
Einzel- und Gruppenbehandlung „KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“ (v.a. für KonsumentInnen illegaler Drogen) (Körkel, 2007³)



Manual für TrainerInnen

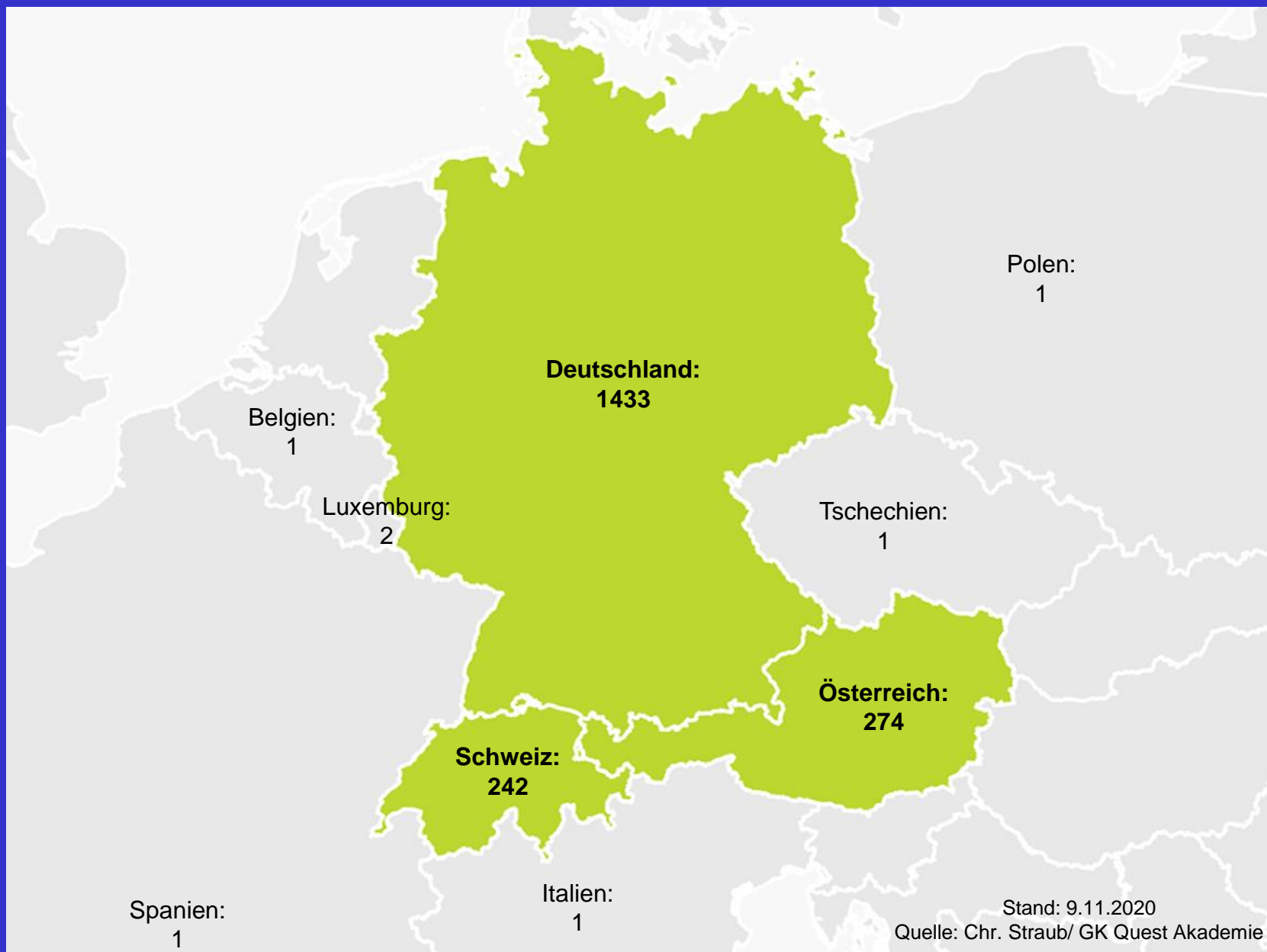


CD-ROM mit
Arbeits- und
Info-Blättern



Handbuch für TN

Bis 11/2020: ca. 2000 ausgebildete KT-/KISS-Fachkräfte



Definition

„(Selbst-) Kontrollierter Konsum“

Selbstkontrollierter Konsum liegt vor, wenn eine Person (sie selbst!) ihren Substanzkonsum an einem zuvor festgelegten **Plan** bzw. **Regeln** ausrichtet.

Das bedeutet de facto, **jeweils für eine Woche** im voraus zu planen:

1. Anzahl konsumfreier Tage
2. maximale Konsummenge an Konsumtagen
3. maximaler Gesamtkonsum in der ganzen Woche

und den **Kontext** festzulegen, wie etwa:

- Wann will ich konsumieren – wann nicht (z.B. vor Autofahrten)?
- Wo will ich konsumieren – wo nicht?
- Mit wem will ich konsumieren – mit wem nicht?

Komponenten verhaltenstherapeutischer Konsumreduktionsbehandlungen (Behavioral Self-Control Trainings)

- Registrierung des Konsums in einem Konsumtagebuch
- Festlegung von Konsumeinheiten (KE)
(1 KE ist z.B. 0,5l Bier oder 1 Zigarette oder 1 Spritze)
- Bilanzierung des Konsums (Konsum pro Tag; Konsum in der ganzen Woche; Anzahl konsumfreier Tage)
- Wöchentliche Festlegung von Obergrenzen/Zielen
- Strategien zur Konsumbegrenzung und Risikobewältigung
- Freizeitgestaltung, Bewältigung von Belastungen, Umgang mit Ausrutschern und Rückfällen, Nein-Sagen lernen
- Zielüberprüfung und ggf. Wechsel zur Abstinenz

Pocket-Trinktagebuch (Baseline)

(Körkel 2004)

Trink-Tagebuch

Woche vom:

bis

Tag	Uhrzeit	Art und Menge des Alkohols (Alkoholprozentangabe)	Anzahl Ist	Ort/anwesende Personen	Auslöser (Gefühle, best. Gedanken)
Mo	17.00	6 Bier (0,5l, 5 %)	?	Stammkneipe, Kumpels	alle trinken, relaxen
		2 Whisky (2cl, 40 %)	?		
Di					
Mi					
Do					
Fr					
Sa					
So					



www.kontrolliertes-trinken.de

Summe:

Tage ohne Alkohol:

1 Standardeinheit (20g) entspricht

0,5l Bier
(5%)



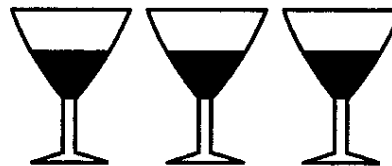
oder

0,2l Wein / Sekt
(12,5%)



oder

0,06l Schnaps
(3 x 0,02l)
(40%)



Einwöchige Zielfestlegung

(Quelle: Programm „AkT“; Körkel et al. 2001)

Mein Ziel für die kommenden 7 Tage

A Ich setze mir zum Ziel in den kommenden 7 Tagen völlig abstinent zu leben, d.h. keinen Alkohol zu trinken.

B Ich setze mir zum Ziel in den kommenden 7 Tagen die tägliche Alkoholmenge zu reduzieren bzw. an weniger Tagen Alkohol zu trinken - oder beides.

*Legen Sie nun bitte Ihren Alkoholkonsum für die kommenden 7 Tage fest.
Bleiben Sie dabei realistisch!*

*Anzahl an Tagen,
an denen ich keinen Alkohol trinken werde*

1

zuvor: 0

Maximale Anzahl an Standardeinheiten (SE)¹ pro Trinktag

3

zuvor: 7

*Maximale Anzahl an Standardeinheiten
in den gesamten 7 Tagen*

15

zuvor: 35

1) 1 Standardeinheit = 20g Alkohol (= 0,5l Bier oder 0,2 l Wein oder 3 einfache Schnäpse)

Pocket-Trinktagebuch

Trink-Tagebuch

Woche vom:

bis

Tag	Uhrzeit	Art und Menge des Alkohols (Alkoholprozentangabe)	Anzahl		Ort/anwesende Personen	Auslöser (Gefühle, best. Gedanken)	✓	
			Ist	Plan			✗	
Mo	18.00	2 Bier (0,5l, 5 %)	2	2	zu Hause	relaxen	✓	
Di				2			✓	
Mi		<i>kT-Gespräch/ Arzttermin</i>		0				
Do				2				
Fr				3				
Sa				3				
So				3				
Summe:				15	✓ ✗			
Tage ohne Alkohol:						Plan	Ist	

1



www.kontrolliertes-trinken.de

Beispiele für (individuell auszuwählende) Kontrollstrategien

- 1. Trinkzeit**
(z.B. nicht vor 18 Uhr)
- 2. Getränkereihenfolge**
(z.B. vor und nach jedem alkoholischen Getränk ein nicht-alkoholisches)
- 3. Trinken bei geselligen Anlässen**
(z.B. auf gesellige Anlässe nur mit klarem Vorsatz gehen; auf keinen Fall alkoholisiert fahren)

3.2. Reduktion als Behandlungsziel

Ergebnisse zum Veränderungsziel „Reduktion“

- Mehr Menschen sind **bereit**, eine Reduktions- als eine Abstinenzbehandlung zu beginnen (Alkohol: Emiliussen et al. 2019 [„ELDERLY-Study“]).
- Mehr **unbehandelte Abhängige** überwinden eine Drogen- (Meili et al. 2004), Tabak- (Meyer 2003) oder Alkoholabhängigkeit (Fan et al. 2019) durch Reduktion als durch Abstinenz („natural change“, „self-change“).
- **Reduktionsbehandlungen sind wirksam** und auch bei Abhängigen **mindestens so wirksam** wie Abstinenzbehandlungen (Alkohol: Bischof et al. 2021; Henssler et al. 2020; Körkel 2015; van Amsterdam & van den Brink 2013; Walters 2000; Tabak: Körkel & Nanz 2019).
- Ein beträchtlicher Teil (ca. 10-30%) der Alkohol- (Körkel 2015), Drogen- (Körkel et al. 2011) und Tabakabhängigen (Asfar et al. 2011) **wechselt** während oder nach einer Reduktionsbehandlung **zur Abstinenz** (Reduktion als Brücke zur Abstinenz) – und umgekehrt.

3.2. Reduktion als Behandlungsziel

Ergebnisse zum Veränderungsziel „Reduktion“ (Forts.)

- Reduktion ist nicht nur ein **mögliches und wahrscheinliches** Ergebnis nach Reduktions- **und** nach Abstinenzbehandlung. Reduktion geht auch mit deutlichen positiven Veränderungen einher (am Beispiel Trinkmengenreduktion → Project MATCH, COMBINE-Study, UKATT):
 - Positive Entwicklungen im **sozialen Bereich** (Partnerschaft, Arbeit, nicht-alkoholisierendes Autofahren etc.; Witkiewitz et al. 2017), auch noch nach 3 Jahren (Witkiewitz, Wilson et al. 2018); analog bei Kokainabhängigen (Roos et al. 2019)
 - Verbesserung der **psychischen** (Witkiewitz et al. 2017) und **physischen Gesundheit** (Witkiewitz, Kranzler et al. 2018; Witkiewitz, Falk et al. 2019)
 - Verbesserung der **Lebensqualität** (Witkiewitz, Kranzler et al. 2018).
 - Bei schwer Alkohol Konsumierenden (Männer > 100g/Tag, Frauen > 60g/Tag) geht eine Reduktion des Alkoholkonsums mit dem **Rückgang von Ängsten und Depressionen** (Knox, Scodes et al. 2019) sowie des **Drogenkonsums** (Knox, Wall et al. 2019) einher.

3.3. Schadensminderung als Behandlungsziel

Definition „Schadensminderung“

- Übergang zu einer weniger schädlichen Art des Konsums bei gleicher Konsummenge (Heather et al. 1993) → z.B. Nutzung hygienischen Spritzenzubehörs etc.

Ergebnisse zu den Effekten von Schadensminderung am Beispiel E-Zigarette

- „In Relation zum konventionellen Zigarettenrauch [ist] die Schädlichkeit des Aerosols der E-Zigarette um ein Vielfaches geringer.“ (Rüther et al. 2017, Positionspapier der Deutschen Suchtgesellschaft, S. 120)
- E-Zigarette ist häufig Anstoß zur erheblichen Reduktion noch geraucher Tabakzigaretten oder zum Rauchstopp (Hajek et al. 2019)

Ergebnisse zu den Effekten von Schadensminderung am Beispiel Alkohol

- Collins et al. (2016, 2019), Projekt „Housing First“ mit schwer Alkoholabhängigen Wohnungslosen: Gezielte Harm-Reduction-Maßnahmen reduzieren Trinkexzesse

„There is no wrong door for accessing support!“



Abstinenz



Reduktion



**Schadens-
minderung**

„There is no wrong door for accessing support!“



Abstinenz? Reduktion? Schadensminderung?

So kann z. B. ein Drogenkonsument

- **Abstinenz** bei Crack
- **Konsumreduktion** bei Alkohol (Kontrolliertes Trinken) und
- **Schadensminderung** bei Heroin (Injektion von ärztlich verschriebenem Diamorphin statt Straßenheroin) und Tabak (Übergang zur E-Zigarette)

anstreben.

Vergleich der „klassischen“ Behandlungsparadigmen mit ZOS

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

Übersicht

1. Unzulänglichkeiten
2. Paradigma Zieloffener Suchtarbeit
3. Abstinenz – Reduktion – Schadensminderung
4. Praktische Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit

Drei Schritte der praktischen Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit

1. Konsum abklären
2. Ziel(e) abklären
3. Zielgemäße Behandlung(en) durchführen

... und alles im Geist („MI spirit“) und mit der
Methodenkombination („MI style“) des Motivational
Interviewing (Miller & Rollnick 2013)

Die drei Schritte anhand eines Beispiels

Herr Wiener
(Suchtberatungsstelle,
danach Alkohol-Reha)

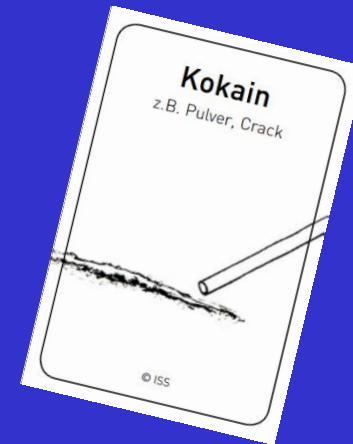
- 44 Jahre
- Verheiratet: Frau, 2 Kinder
- Arbeitet schon lange bei Automobilzulieferer
- Häufig „Alkoholfahne“ etc. → „letzte Chance“
- Ziel: Arbeitsplatz und Familie erhalten.
- Tabakgeruch und „Tabakfinger“.

Was wird üblicherweise in Beratung/ Entzug/ Entwöhnung/ etc. in Bezug auf Hr. Wieners Konsum getan?

Systematische Konsumabklärung



Herrn Wieners Konsum

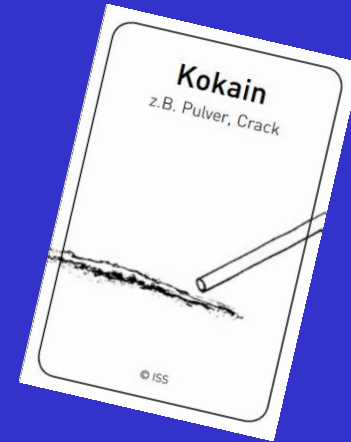
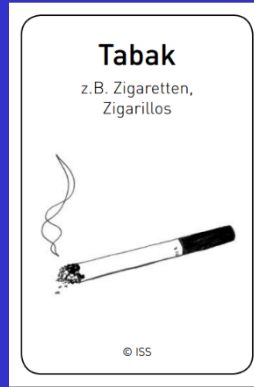


- 5-8 Fl. Bier/Tag
+ meist ca. 0,1 –
max. 0,5 l
Cognac

- 20-25
Zigaretten/Tag,
mehrere
erfolglose
Aufhörversuche

- Kokain
gelegentlich (alle
3-4 Wochen) mit
Freunden

Systematische Zielabklärung



**Nichts
verändern**
(alles in Ordnung)



© ISS

**Weniger
konsumieren**



**Nie mehr
nehmen**
(lebenslang abstinent)



© ISS

**Eine Zeit lang
abstinent
leben**



© ISS

**Weniger
schädlich**
(bei gleicher Menge)



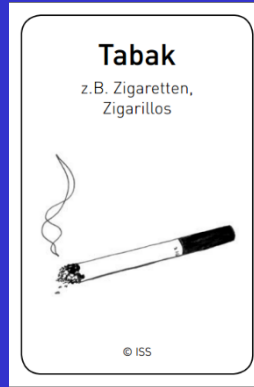
© ISS

**Ich weiß es
im Moment
nicht**



© ISS

... und Herr Wiener wählt was?



**Nichts
verändern**
(alles in Ordnung)



© ISS

**Weniger
konsumieren**



**Nie mehr
nehmen**
(lebenslang abstinent)



© ISS

**Eine Zeit lang
abstinent
leben**



© ISS

**Weniger
schädlich**
(bei gleicher Menge)



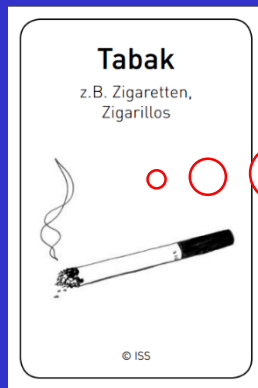
© ISS

**Ich weiß es
im Moment
nicht**



© ISS

Herr Wiener wählt das Folgende:

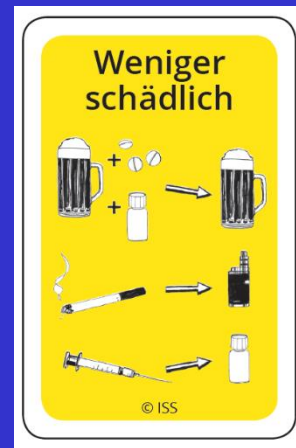
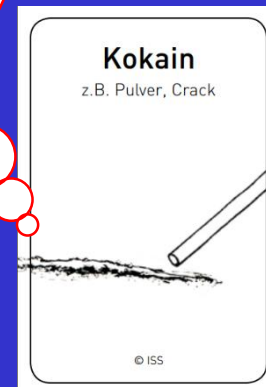


„Tabakkonsum runterschrauben (+ E-Zigarette?), ev. ganz aufhören“

„Eigentlich komme ich gut damit zurecht. Aber wenn es ‚rauskommt‘, macht mir meine Frau das Leben zur Hölle...“



„Keinen Schnaps mehr, aber Feierabendbier“



Und was könnte man nun tun?



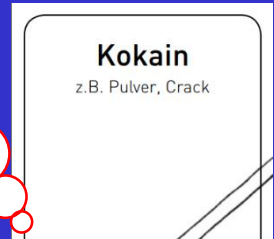
„Tabakkonsum
runterschrauben
(+ E-Zigarette?),
ev. ganz
aufhören“

**Behandlung zum Kontr. Rauchen (+
ggf. E-Zigarette) + Option Rauch-
stopp (z.B. „Change Your Smoking“)**



„Keinen Schnaps
mehr, aber
Feierabendbier“

**Behandlung zum Kontrol-
lierten Trinken**



„Eigentlich
komme ich
gut damit
zurecht. Aber
wenn es
,rauskommt‘,
macht mir
meine Frau
das Leben zur
Hölle...“

**Anregung „mal weiterzuschauen“:
www.snowcontrol.ch und/oder ggf.
Motivational Interviewing pur**

**Nichts
verändern**

(alles in Ordnung)



© ISS

**Weniger
konsumieren**



© ISS

**Nie mehr
nehmen**

(lebenslang abstinent)



© ISS

**Eine Zeit lang
abstinent
leben**



© ISS

**Weniger
schädlich**



© ISS

**Ich weiß es
im Moment
nicht**



© ISS

Wege zur Veränderung des Alkoholkonsums

	Kurzintervention		Ambulante Einzelbehandlung	Ambulante Gruppenbehandlung	Stationäre Behandlung
	ohne Selbsthilfe-manual	mit Selbsthilfe-manual			
Ziel Abstinenz	Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen (BZgA, 2006)		Ambulanter Entzug (Hausarzt/ Fachambulanz) Pharmakotherapie (Acamprosat, Disulfiram, Naltrexon) (Hausarzt/ Fachambulanz) Ambulante Entwöhnung (10 Sitzungen PT)	Ambulante Entwöhnung (Suchtbehandlungs- stelle) Selbsthilfegruppe (Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Freundeskreise, Guttempler, Kreuzbund etc.)	Stationärer Entzug (Entzugsstation/ Fachklinik) Stationäre Entwöhnung (Fachklinik/ Entwöhnungs- station) Nachsorge (Adaptionseinrich- tung/ Betreutes Wohnen)
Herr Wiener: Alkohol					
Ziel Reduktion	Trinktagebuch + Pro-Kontra- Matrix + AUDIT + Internetlinks	10-Schritte- Programm zum Kontrollierten Trinken (Selbsthilfemanual) (Langversion [Körkel, 2020]) oder Kurzversion (Körkel, 2021]) www.drink-less- schweiz.ch	Einzelprogramm „Kontrolliertes Trinken“ (EkT) (Körkel, 2003) Pharmakotherapie (Nalmefen, Naltrexon) (Hausarzt/ Fachambulanz)	Gruppenprogramm „Kontrolliertes Trinken“ (AkT) (Körkel, 2001) Gruppenprogramm „KT-WALK“ (Körkel, 2001) PEGPAK (Wessel & Westermann, 2002) KT-Selbsthilfegruppe (z.B. Post-AkT-Gruppe)	„KT-stationär“ (Erlernen des Kontrollierten Trinkens im stationären Rahmen)
Ziel Schadensminderung	<ul style="list-style-type: none"> - Bier- statt Schnapskonsum - Alkohol erst nach dem Essen oder begleitend dazu - Trinken von angewärmtem statt kühlem Bier - Kein Mischkonsum von Alkohol und Benzodiazepinen und/oder Opiaten - Heimfahrt nach Alkoholkonsum in Taxi statt eigenem Auto 				

Geboten: Passgenaue Angebote

- Abstinenzbehandlungen für Abstinenzmotivierte, Reduktions- und schadensmindernde Behandlungen für Menschen, die zu einer abstinenten Lebensweise nicht motivierbar oder dazu nicht in der Lage sind.
- Bei Konsum mehrerer Substanzen (z.B. Alkohol und Nikotin) gehen alle drei Hand in Hand.
- Möglichst alles „aus einer Hand“ in der gleichen Einrichtung.
- Kriterium bei Überweisungen: Erfolgreiche Überweisung, d.h. Vermeidung von Schnittstellenproblemen.

Übersicht

1. Unzulänglichkeiten
2. Paradigma Zieloffener Suchtarbeit
3. Abstinenz – Reduktion – Schadensminderung
4. Praktische Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit
5. Herausforderungen

Herausforderungen (I)

1. Menschenbild und Suchtverständnis überdenken
z.B. die mit einer erheblichen Überschussbedeutung aufgeladenen, nur scheinbar klaren Konstrukte „Kontrollverlust“, „craving“, „Suchtgedächtnis“ etc. auf den Prüfstand stellen.
2. Sich eine zieloffene Haltung zu eigen machen und die Beziehung zieloffen gestalten:
 - wohlwollende Zugewandtheit und interessierte Neugier
 - Begegnung „auf Augenhöhe“:
 - Nicht „Ich weiß, was für Sie das Beste ist“, sondern der Pat.
 - Nicht „Ich bin der Experte und sage Ihnen, was Ihr Problem ist und wie die Lösung aussieht“ („Rechthabereflex“, Miller & Rollnick 2013), sondern Anerkennung des Expertentums des Pat.
 - Autonomiewahrung (Ziele, Behandlungspräferenzen ...)

→ Das sind alles Beziehungsqualitäten erfolgreicher Psychotherapie allgemein (Miller & Moyers 2021; Norcross & Lambert 2018). Sie machen mehr als 50% der Effekte von Suchtbehandlung aus (Miller & Moyers 2014; Project MATCH Research Group 1998).

Herausforderungen (II)

3. Sich für den Multisubstanzkonsum der Pat. zuständig betrachten (inkl. Tabak).
4. Aneignung neuer/weiterer Suchtbehandlungskompetenzen in Bezug auf Abstinenz-, Konsumreduktions- und schadensmindernde Ziele.
5. Ein sanktionsfreies Klima schaffen, das Pat. zu freier Bekundung ihrer „wahren“ Konsumziele einlädt und ein interessiertes Abklären ihrer Zielvorstellungen erlaubt (→ besondere Herausforderung im stationären, abstinenzenorientierten Kontext)

Herausforderungen (IV)

6. Falls bei stationärer Behandlung Reduktion (oder Schadensminderung) und nicht Abstinenz das Ziel von Pat. ist:
 - Für tolerierte Suchtmittel (v.a. Tabak) auch **Reduktionsbehandlung/Schadensminderung** vorhalten.
 - Für stationär nicht tolerierte Suchtmittel **Kombibehandlung**: Stationär abstinent, ambulant Reduktion. Stationär an Inhalte und Aufbau von Konsumreduktionsbehandlungen durch „Trockenübungen“ und „Übungssubstanzen“ heranführen („KT-/KISS-stationär“).
 - **Konsum** zu geplanten Zeiten (z.B. auf Heimreisen) **außerhalb der Einrichtung** gestatten und vor- und nachbereiten.
 - **In der Einrichtung** nach einem ausgearbeiteten Konzept **Konsum gestatten** (→ www.sonnenburg.ch).

Herausforderungen (III)

7. ZOS erfordert i.d.R. einen Wandel im Arbeitsansatz

- Ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen: weg vom Abstinenzparadigma und der selektiven Zuständigkeit für legale oder illegale Substanzen
- Substitutionsbehandlungen: weg von der exklusiven Fokussierung der Opiatproblematik.
- Niedrigschwellige Drogenhilfeangebote: weg von einer "Laissez-faire-Haltung" und "Suchtbegleitung“

→ Team-/Organisationsentwicklung mit dem Ziel der Implementierung Zieloffener Suchtarbeit, so dass ZOS fester, ganz normaler Bestandteil der alltäglichen Arbeitsabläufe einer Einrichtung wird

ZOS-Implementierungsprojekte

Caritasverband für Stuttgart (2013-2017)

(Bereiche Sucht und Sozialpsychiatrische Hilfen:
29 Einrichtungen, 160 MA)

Evangelische Wohnheime Stuttgart + Caritasverband für Stuttgart (2019-2021)

(Bereiche Armut, Wohnungsnotfallhilfe, Schulden)
10 Einrichtungen, 120 MA



Karlshöhe Ludwigsburg (2018-2022)

(Bereiche Wohnungslosigkeit und Arbeit & Technik)
5 Einrichtungen, 60 MA)



Diakonisches Werk Altdorf - Hersbruck - Neumarkt (2020-2022)

(Bereiche Sucht und Sozialpsychiatrische Hilfen)
6 Einrichtungen, 35 MA)



Herzlich willkommen

auf der Homepage des Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS),
einem Institut der [Evangelischen Hochschule Nürnberg](#).

→ dort Hinweise/Termine zu Schulungen in Motivational Interviewing,
Zieloffener Suchtarbeit, Kartensatz etc.

Vertiefende Literatur zum Vortrag

- Körkel, J. (2014). Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. *Suchtmedizin*, 16, 211-222.
- Körkel, J. (2015a). Das Menschenbild als Dreh- und Angelpunkt des Umgangs mit Suchtkranken (auch) in der rechtlichen Betreuung. *Betreuungsrechtliche Praxis*, 24, 9-14.
- Körkel, J. (2015b). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61, 147-174.
- Körkel, J. (2017). Kontrolliertes Trinken. Viele Wege führen nach Rom – oder in andere schöne Städte. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 47, 18-22.
- Körkel, J. (2018). Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst? *Rausch*, 7, 95-103.
- Körkel, J. (2020). *10-Schritte-Programm zum Kontrollierten Trinken. Ein Selbstlernmanual zur Alkoholtrinkmengenreduktion* (4. Aufl.). Heidelberg: Quest Akademie.
- Körkel, J. (2020). Die Interventionsmatrix als zentraler Bestandteil Zieloffener Suchtbehandlung. *Rausch*, 9, 30 – 40.
- Körkel, J. (2021a). *Kontrolliertes Trinken. So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum* (3. Aufl.). Stuttgart: Trias-Verlag.
- Körkel, J. (2021b). Treating patients with multiple substance use in accordance with their personal treatment goals: A new paradigm for addiction treatment. *Drugs and Alcohol Today*, 21, 15-30.

Anschrift

Prof. Dr. Joachim Körkel

Institut für innovative Suchtbehandlung und
Suchtforschung (ISS)

c/o Evangelische Hochschule Nürnberg
Bärenschanzstr. 4
90429 Nürnberg

Homepage: www.iss-nuernberg.de

Email: joachim.koerkel@evhn.de

Schönen Dank