

Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst?

Joachim Körkel

Zusammenfassung

Menschen mit einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit – auch Substituierte – konsumieren im Regelfall mehrere Substanzen, die per se (z.B. Zigaretten) oder aufgrund des Mischkonsums (z.B. Heroin plus Benzodiazepine plus Alkohol) neben den erwünschten Wirkungen ein Spektrum abträglicher körperlicher, psychischer und sozialer Folgen aufweisen. Befragt man Suchtkranke, so signalisieren sie bei erstaunlich vielen der von ihnen konsumierten Substanzen Veränderungsbedarf und -bereitschaft, allerdings keineswegs mit Abstinenz als durchgängigem Ziel.

Das *Paradigma zieloffener Suchtarbeit* (ZOS) setzt an dieser Ausgangslage des Multisubstanzkonsums, der hohen Änderungsbereitschaft und der nur partiellen Abstinenzbereitschaft an. Die praktische Umsetzung von ZOS erfolgt in drei Schritten: erstens der systematischen Bestandsaufnahme aller konsumierten Substanzen, zweitens der Abklärung der sub-

stanzbezogenen Änderungsziele (Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung u.a.) und drittens der Anwendung von Behandlungsangeboten, die den substanzspezifischen Zielintentionen der betroffenen Person entsprechen.

Eine systematische Umsetzung von ZOS erfordert i.d.R. grundlegende Veränderungen im Suchtverständnis, Arbeitsansatz und Behandlungsportfolio von Suchthilfeeinrichtungen.

Ausgangsbasis: Suchtkranke und ihre Problemlagen

Menschen mit einer länger bestehenden Suchtmittelabhängigkeit (u.a. Opiatsubstituierte, wohnungslose Alkoholabhängige u.a.m.) weisen häufig ein Bündel körperlicher, psychischer, ökonomischer, sozialer und diverser anderer Beeinträchtigungen als Ursachen und/oder Folgen des Suchtmittelkonsums auf (vgl. Abbildung 1).

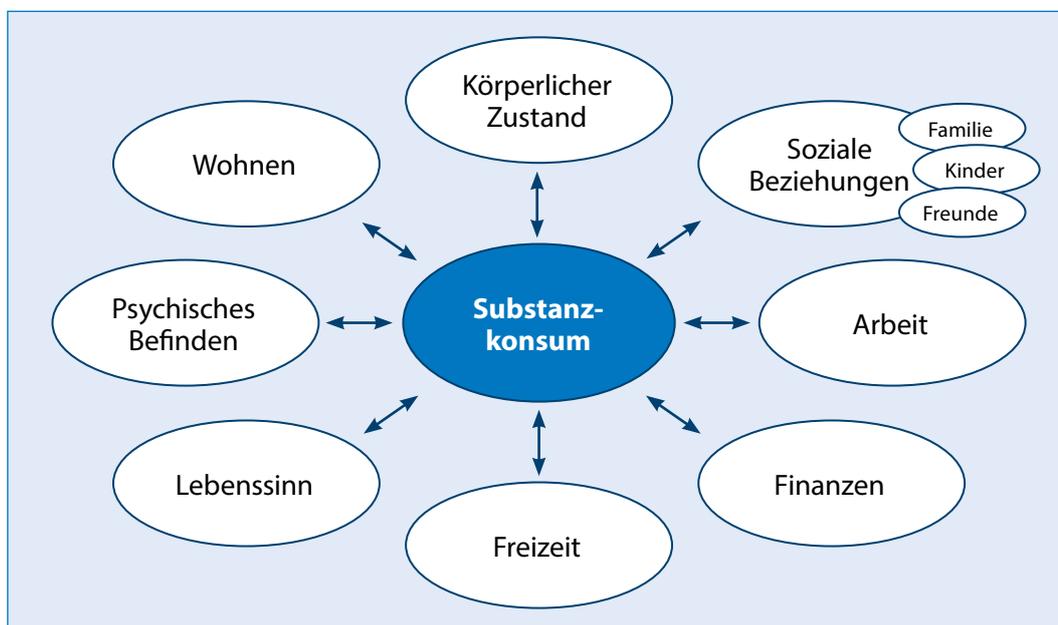


Abbildung 1

Potenziell problembesetzte Bereiche bei langjähriger Suchtbelastung

Diese Beeinträchtigungen erfordern unterschiedliche Hilfen, wie z.B. die Behandlung somatischer Schädigungen/Erkrankungen und psychiatrischer Komorbiditäten, Wohnraumbeschaffung, Schuldenregulierung etc. Gegenstand der folgenden Ausführungen ist ausschließlich die Behandlung des Substanzkonsums, der häufig im Mittelpunkt der diversen Problemlagen steht und ohne dessen Veränderung sich i.d.R. keine nachhaltige Wirkung anderer Hilfen erreichen lässt.

In Bezug auf den Substanzkonsum lässt sich bei Menschen mit langjähriger Suchtbelastung regelhaft folgende, empirisch untermauerte Ausgangssituation feststellen (vgl. z.B. Bäuml et al., 2017; Körkel, 2015; Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier 2011; Körkel, Lipsmeier, Becker & Happel, 2011; Körkel & Waldvogel 2008):

- Nahezu alle dieser Menschen weisen einen problematischen Konsum mehrerer psychotroper Substanzen auf (z.B. Alkohol und Zigaretten; Heroin und Alkohol und Zigaretten und Benzodiazepine etc.).
- Bei unveränderter Fortsetzung des Konsums lässt sich eine weitere Verschlechterung u.a. der gesundheitlichen und sozialen Situation erwarten.
- Die Suchtproblematik (z.B. ein hoher Nikotin- und Alkoholkonsum) wird sich durch eine Veränderung der äußeren Lebensbedingungen (z.B. Aufnahme in eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe) i.d.R. nicht „von alleine“ auflösen, sondern nur dann verbessern, wenn sie aktiv „angegangen“ wird.
- Bei der Mehrzahl suchtbelasteter Menschen ist zumindest bei einigen der konsumierten Substanzen von einer bereits vorhandenen („intrinsic“), von Außenstehenden oftmals unterschätzten Änderungsbereitschaft auszugehen.
- Die meisten dieser 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. Wird eine Abstinenzbehandlung auf äußeren Druck hin begonnen, ist mit zielbedingtem Widerstand („Durchziehen“ der Behandlung ohne Abstinenzbereitschaft), Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen zu rechnen.
- Die angestrebten konsumbezogenen Änderungsziele variieren substanzspezifisch und es ist nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich, dass mindestens zwei der drei

grundlegenden 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 (Injektion von ärztlich verschriebenem Diamorphin statt Straßenheroin) und Tabak (Übergang zur E-Zigarette) anstreben.

Als Folgerung ergibt sich: Bei suchtbelasteten Menschen ist erstens eine Bestandsaufnahme *aller* konsumierten Substanzen erforderlich, zweitens eine Abklärung der substanzbezogenen Änderungsziele und drittens das Vorhalten von Behandlungsangeboten, die ihren Änderungszielen entsprechen.

Der Ansatz der zieloffenen Suchtarbeit knüpft an diese Desiderata an. Er bezieht sich auf alle Arbeitsfelder, in denen sich Menschen mit Substanzkonsumstörungen befinden – neben der Suchthilfe im engeren Sinne auch auf das medizinische und psychotherapeutische Versorgungssystem, die Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe, (sozial-)psychiatrische Einrichtungen, Behindertenhilfe u.a.m.

Zieloffene Suchtarbeit

Begriffsklärung

„Zieloffene Suchtarbeit (ZOS) bedeutet, mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen“ (Körkel, 2014, S. 167).

„Heruntergebrochen“ auf das *alltägliche* Handeln, impliziert dies (Körkel & Nanz, 2016):

1. Die *Thematisierung des Suchtmittelkonsums* wird von einer zieloffen arbeitenden Fachkraft als Bestandteil ihres Arbeitsauftrags verstanden. Beispiel: Die zieloffen arbeitende Mitarbeiterin im betreuten Wohnen und die Kollegin im Kontaktcafé für Drogenabhängige verstehen es als ihre Aufgabe, auch den Tabakkonsum ihrer Klientel (zum geeigneten Zeitpunkt) anzusprechen, wohlwissend, dass viele Drogenabhängige auch zu einer Veränderung ihres Tabakkonsums motiviert sind (Körkel, Becker et al., 2011) und ein Rauchstopp bzw. eine Rauchstoppbehandlung positive Auswirkungen auf die Veränderung des Konsums anderer Substanzen hat (McKelvey et al., 2017). Die gegenteilige Haltung wäre, den Konsum einfach hinzunehmen, etwa aus der Haltung heraus, dass man nicht für Suchtarbeit

zuständig sei (Betreutes Wohnen) oder nur suchtbegleitend arbeite und niemandem „in sein Leben hineinreden wolle“ (Kontaktcafé).

2. Eine zieloffen arbeitende Fachkraft sieht es – weitergehend – als ihre Aufgabe an, den Konsum nicht nur zu thematisieren, sondern mit der betreffenden Person „am problematischen Konsum zu arbeiten“ – also Gespräche zu führen, in denen der Konsum im Mittelpunkt steht, über Interventionen (Behandlungen, Programme) zur Konsumänderung zu informieren und diese sodann durchzuführen bzw. Erfolg versprechend zu überweisen. Ex negativo stellen z.B. die klassischen Angebote niedrigschwelliger Drogenarbeit (Ausgabe von sterilem Injektionszubehör, Betreiben eines Konsumraums etc.) noch keine „Arbeit am Konsum“ dar.
3. Das Ziel der „Arbeit am Konsum“ ist eine *Veränderung des Konsums*. Die Veränderung kann in einer Aufgabe (Abstinenz) oder Reduktion des Konsums oder im Wechsel zu einem für sich selbst oder andere weniger schädlichen Konsum ohne Veränderung der Konsummenge bestehen (Schadensminderung [„harm reduction“]; Heather, 2006).
4. Das Ziel der Veränderung *legt der Klient/die Klientin fest*: Er bzw. sie bestimmt, ob bzw. bei welcher Substanz eine Veränderung gewünscht ist und auf welches Ziel hin (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung etc.) diese erfolgen soll.

Die Vorteile einer solcherart verstandenen Zieloffenen Suchtarbeit sind vielfältig: Sie reichen von der Erhöhung der Erreichungsquote suchtbelasteter Menschen über die Beachtung ethischer Maximen bis zur Verbesserung von „adherence“ und Behandlungserfolg (vgl. im Detail Körkel, 2015; Körkel & Nanz, 2016).

Komponenten zieloffener Suchtarbeit

Sachkundige zieloffene Suchtarbeit erfordert die Umsetzung der in Abbildung 2 zusammengefassten Komponenten.

Zunächst einmal ist ZOS an zwei Voraussetzungen auf Seiten der Fachkraft gebunden, bevor die Arbeit mit KlientInnen überhaupt beginnt (Punkte 1 und 2 unterhalb der gestrichelten Linie in Abbildung 2):

1. Die erste Voraussetzung ist eine *zieloffene Grundhaltung*, die sich durch Offenheit für die Konsumvorstellungen und -ziele der KlientInnen und kein Vorab-Festgelegtsein auf ein bestimmtes Ziel (wie z.B. Abstinenz) auszeichnet. Zu einer solchen Grundhal-

tung gehört etwa die Bejahung von Aussagen wie den Folgenden: „Ich *weiß* letztlich nicht, was für einen Klienten konsumbezogen das Beste ist (abstinenz 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).“

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 nicht-stoffgebundenem Suchtverhalten erforderlich – und die *Fähigkeit*, diese Interventionen auch *umsetzen zu können*.

In der praktischen Umsetzung erfolgt ZOS – grundsätzlich *bei jedem Klienten/jeder Klientin* – in zwei Handlungsschritten (Abbildung 2, Punkte 3 und 4 oberhalb der gestrichelten Linie):

3. Gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin wird in einem partnerschaftlichen, „entlockenden“ und an seiner/ihrer Sichtweise interessierten Dialog eine *Zielabklärung* vorgenommen. Dabei wird
 - a) zunächst ein Überblick verschafft, welche Substanzen die Person konsumiert. Anschließend wird

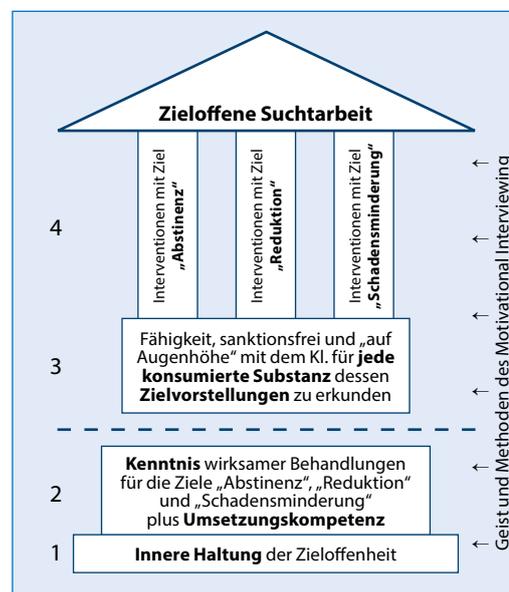


Abbildung 2

Komponenten zieloffener Suchtarbeit

Abbildung 3

Vergleich der „klassischen“
Behandlungsparadigmen
mit dem Paradigma Zieloffener Suchtarbeit

	Abstinenzparadigma	Paradigma Niedrigschwellige Suchtarbeit	Paradigma Zieloffene Suchtarbeit
Innere Haltung, Suchtverständnis, Menschenbild	„Ich als Behandlerin weiß, dass Abstinenz das richtige Behandlungsziel ist.“	„Der Patient weiß am besten, welches Konsumziel für ihn das richtige ist.“	
	„Patient strebt meist auf äußeren Druck hin Abstinenz an (Ziel: intrinsische Motivation aufbauen).“	„Patienten tragen keine Änderungsabsichten in sich und wollen damit in Ruhe gelassen werden.“	„Patienten sind (letztlich) intrinsisch zu Konsumänderung motiviert.“
	„Der Patient soll/muss sich in Richtung Abstinenz verändern.“	„Ich akzeptiere den Patienten 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.
Intervention	„Arbeit am Konsum“	Keine „Arbeit am Konsum“	„Arbeit am Konsum“
	Abstinenzorientierte Interventionen	Schadensmindernde Interventionen	Interventionen für alle Zielrichtungen (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung)

- b) erkundet, wie die Person sich den weiteren Konsum „ihrer“ Substanzen vorstellt („ganz aufhören“, „für einige Monate aufhören und dann weitersehen“, „reduzieren“, „nichts verändern“, „weiß es nicht“ usw.).
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.
- 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.

Die Umsetzung aller vier Komponenten zieloffener Suchtarbeit erscheint besonders Erfolg versprechend, wenn sie im Geist („spirit“) und mit den Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“ („Motivational Interviewing“; Miller & Rollnick, 2013) erfolgt.

Vergleich der „klassischen“ Behandlungsparadigmen mit ZOS

Im Gespräch mit „Praktikern“ ist oft zu hören, dass sie bereits zieloffen arbeiteten – ZOS sei nichts Neues. Vertreter niedrigschwelliger Drogenarbeit meinen damit i.d.R., ihrer Klientel nicht paternalistisch zu begegnen und ihr keine Änderungsrichtung „aufs Auge „zu drücken“. Mitarbeitende ambulanter Suchtberatungsbzw. Suchtbehandlungsstellen bezeichnen ihre Arbeit zuweilen als „zieloffen“, weil sie neben der grundlegenden Abstinenzausrichtung ihrer Angebote auch ab und zu ein (meist kostenpflichtiges!) Gruppenangebot zum kontrollierten Trinken vorhalten.

Derartige Assoziationen von „Zieloffenheit“ entsprechenden nur rudimentär dem, was das Paradigma zieloffener Suchtarbeit beinhaltet, nämlich eine grundlegende Art Suchtarbeit tagtäglich „zu betreiben“. Abbildung 3 stellt in *akzentuierter* Form das Suchtverständnis und die Arbeitsweise von Abstinenzeinrichtungen, Harm-Reduction-Angeboten und Einrichtungen mit zieloffener Ausrichtung gegenüber.

- Im Hinblick auf *innere Haltung, Suchtverständnis und Menschenbild* gibt es deutliche Parallelen zwischen den Paradigmen niedrigschwelliger und zieloffener Suchtarbeit. Beide sind durch eine grundlegende Akzeptanzorientierung gekennzeichnet. Sie

gehen davon aus, dass es in KlientInnen ein Empfinden und Wissen gibt, welches Veränderungsziel (Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung etc.) für sie (derzeit) das richtige ist. Dies wird in der niedrigschwelligen und zieloffenen Suchtarbeit respektiert und deshalb kein Veränderungsdruck auf die Klientel ausgeübt. Bei ZOS wird aber anders als in niedrigschwelliger Suchtarbeit empiriegestützt davon ausgegangen, dass suchtblastete Menschen von sich aus („intrinsisch“) motiviert sind, Konsumänderungen vorzunehmen (vgl. z.B. Körkel, Becker et al., 2011). Mit anderen Worten, ZOS wird unterstellt, dass eine Thematisierung des Konsums aller Substanzen von KlientInnen erwünscht ist und keine unerbetene Einflussnahme darstellt.

Im Suchtverständnis und Menschenbild niedrigschwelliger und zieloffener Suchtarbeit gibt es diametrale Unterschiede zu der ausschließlich auf Abstinenz ausgerichteten Suchthilfe, die oft paternalistische Züge trägt („Ich weiß, was für Sie am besten ist: Abstinenz“, „Der Klient soll/muss Abstinenz anstreben“) und nicht selten mit Druck arbeitet („Wenn Sie keine Abstinenzbehandlung beginnen, dann ...“).

- Die drei Behandlungsparadigmen unterscheiden sich deutlich in Bezug auf das

Herausfinden des Ziels, auf das hin eine Änderung angestrebt werden soll. Im Abstinenzparadigma ist Abstinenz als einzig mögliches Ziel gesetzt, im Harm-Reduction-Ansatz ist methodisch keine systematische Zielabklärung vorgesehen (schon gar nicht für die verschiedensten konsumierten Substanzen). Demgegenüber wird beim Arbeitsansatz zieloffener Suchtarbeit strukturiert (z.B. mittels eines Kartensatzes zur Konsum- und Zielabklärung, vgl. Abbildung 4) für alle Suchtstoffe und zentralen stoffungebundenen Suchtverhaltensweisen abgeklärt, welches Ziel der Klient bei jeder „seiner“ Substanzen anstrebt.

- Schließlich gibt es Unterschiede zwischen den drei Behandlungsparadigmen dahingehend, *ob und wie an einer Konsumänderung gearbeitet wird*. Im Abstinenzansatz wie dem der ZOS wird systematisch an einer Veränderung des Konsums gearbeitet, während dies in vielen niedrigschwelligen Arbeitsfeldern, in denen der Konsum „akzeptiert“ bzw. hingenommen wird, nicht der Fall ist. Aus Sicht der ZOS bleibt die existierende niedrigschwellige Suchtarbeit damit konzeptionell wie praktisch durch ihre Beschränkung auf Angebote der Schadensminderung „auf halber Strecke stecken“, da sie verkennet, dass Drogenabhängige ein eigenes Interesse an Konsumreduktion/-abs-



Abbildung 4

Kartensatz zur systematischen Konsum- und Zielabklärung (Auszüge; Körkel & Nanz, 2017)

tinenz haben – also bereits intrinsisch dazu motiviert sind, ihren Konsum zumindest bei einigen der von ihnen konsumierten Substanzen zu reduzieren oder ganz Abstand davon zu finden (s.o.).

In der Art der *eingesetzten Behandlungsprogramme* bzw. *Interventionen* unterscheiden sich alle drei Paradigmen: Abstinenzbehandlungen setzen nur abstinenzorientierte Programme/Therapien ein, in der niedrigschwelligen Suchtarbeit beschränkt man sich auf Harm-Reduction-Angebote und beim Ansatz zieloffener Suchtarbeit kommen – je nach substanzbezogenem Ziel des Klienten/der Klientin – Interventionen für die Zielrichtungen Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung zum Einsatz.

Implikationen einer zieloffenen Behandlungsausrichtung

Folgen für unterschiedliche Arbeitsfelder

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 der Klientel auszugehen und sich für diesen als zuständig zu betrachten;
- die konsumierten Substanzen und Änderungswünsche systematisch abzuklären;
- Abstinenz- und Reduktionsbehandlungen wie auch schadensminimierende Angebote für die Palette der verschiedenen Problemsubstanzen und nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltensweisen vorzuhalten.

Arbeitsfeldspezifisch ergeben sich die folgenden zentralen Herausforderungen:

Ambulante Suchthilfe (Suchtbehandlungsstellen, Fachambulanzen etc.)

- Für die Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesektors ergibt sich angesichts des Multisubstanzkonsums der Klientel die Notwendigkeit, die Konzentration auf eine einzige Substanz (z.B. Alkohol) oder Substanzklasse (z.B. illegale Drogen) aufzugeben und sich als Kompetenzzentren für alle

stoff- und nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltensweisen zu verstehen.

(Teil-)Stationäre Suchtbehandlung (Fachkliniken, Adaptionseinrichtungen, Betreutes Wohnen etc.)

- (Teil-)Stationären Einrichtungen stellt sich prioritär die Herausforderung, ein sanktionsfreies Setting zu schaffen, um PatientInnen zu einer freien Bekundung ihrer Ziele für alle von ihnen konsumierten Substanzen einzuladen und mit interessierter Neugier diese Zielvorstellungen zu erkunden.
- Streben PatientInnen für die Zeit nach der Entlassung keine Abstinenz, sondern etwa Konsumreduktion (z.B. von Alkohol) an, ist Abstinenz aber während der Behandlung vorgeschrieben, ergibt sich der Bedarf, an Inhalte und Aufbau der Programme zum kontrollierten Konsum in Form von „Trockenübungen“ (im Beispiel also ohne tatsächlichen Alkoholkonsum) und eine anschließende ambulante Reduktionsbehandlung heranzuführen (Modell „Kombibehandlung“). Auf diese Weise können PatientInnen lernen, was (Selbst-)kontrollierter Konsum genau bedeutet und wie er ambulant umgesetzt werden kann.
- Für in der Einrichtung tolerierte Suchtsubstanzen – i.d.R. ist das Tabak – ergibt sich der Bedarf, Abstinenzzielbehandlungen (Ziel Rauchstopp), Reduktionsbehandlungen (Ziel selbstkontrolliertes, reduziertes Rauchen) und schadensminimierende Maßnahmen (Umstieg auf E-Zigarette) vorzuhalten. Nur beispielhaft sei hier angeführt, dass trotz hoher Änderungsmotivation von Rauchern (s.o.) die Implementierung von Rauchstoppprogrammen in US-amerikanischen Suchteinrichtungen ausgesprochen gering ist (Knudsen, 2017); im deutschsprachigen Bereich dürfte das nicht anders sein, schon gar nicht in Bezug auf reduktionsorientierte (reduziertes Rauchen) und schadensmindernde Maßnahmen (E-Zigarette).
- Weitergehend ist es – wenn innere Haltung, Suchtverständnis, ethische Fundierung, Behandlungskonzeption und Kostenträgerschaft „stimmen“ – auch möglich, das Praktizieren eines Kontrollierten Konsums in einen stationären Alltag einzubetten. So ist es in dem bei St. Gallen gelegenen soziotherapeutischen „Wohnheim Sonnenburg“ (www.sonnenburg.ch) gut etablierte und im Rahmen eines gelebten Qualitätssicherungsprogramms fundierte Praxis, dass mit chronisch alkoholabhängigen Bewohnern

die Umsetzung kontrollierten Trinkens im stationären Alltag besprochen, vereinbart und ohne Probleme praktiziert wird – und sich dies bemerkenswerterweise auch im Zusammenleben mit alkoholabstinenten Bewohnern als unproblematisch erweist (vgl. Rast, 2016).

Niedrigschwellige Suchthilfe

- Für die niedrigschwellige Suchthilfe stellt die „Arbeit am Konsum“ den zentralen Neuausrichtungsbedarf dar, also das systematische In-Augenschein-Nehmen der konsumierten Substanzen, das Abklären von Änderungswünschen sowie, ergänzend zu Harm-Reduction-Angeboten, das Vorhalten von Abstinenz- und Reduktionsinterventionen.

Sozialpsychiatrische Hilfen, Wohnungslosenhilfe, Straffälligenhilfe, Behindertenhilfe u.a.

Für nicht primär suchtbezogene Arbeitsfelder bestehen die zentralen Herausforderungen darin,

- die Arbeit am Suchtmittelkonsum als integrale Aufgabe der eigenen Arbeit zu verstehen und sich dafür die notwendigen Suchtbehandlungskompetenzen anzueignen;
- auf Veränderungen des Substanzkonsums hinzuarbeiten (Richtung Reduktion, Abstinenz oder Harm Reduction), soweit dies im einrichtungsbezogenen Rahmen möglich ist;
- funktionierende Kooperationen mit spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen aufzubauen.

Folgen für die Transformation der Suchthilfe

Zur Umsetzung von 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 für Mitarbeitende hinausgeht (vgl. Nanz, 2015).

Dieser erfahrungsgemäß mehrjährige, u.a. vom Caritasverband für Stuttgart e.V. begangene Transformationsprozess (Bühler, 2015; Obert

& Pohlner, 2016) beinhaltet die folgenden Komponenten:

- Auseinandersetzung mit dem einrichtungsinternen Suchtverständnis,
- Personalentwicklung (Mitarbeiterschulungen) zur Aneignung von Behandlungskompetenzen in allen drei Zielarmen (Abstinenz- und Konsumreduktionsbehandlungen sowie schadensmindernde Interventionen),
- Überarbeitung der Behandlungskonzeption,
- Veränderung von Arbeitsprozessen (z.B. standardmäßige, systematische Konsum- und Zielabklärung im Rahmen der Eingangsdagnostik),
- Erweiterung der Behandlungsoptionen (Vorhalten unterschiedlich intensiver Interventionen zum Erreichen von Abstinenz, Reduktion oder Schadensminderung),
- Darstellung des zieloffenen Arbeitsansatzes in der (Fach-) Öffentlichkeit,
- Sicherung der Nachhaltigkeit von ZOS.

Politische Implikationen

Um einen Transformationsprozess in Richtung ZOS erfolgreich durchzuführen, bedarf es Fortschritte auf unterschiedlichen Ebenen:

- In der *Suchtforschung* sollten die Forschungsergebnisse zu alternativen Veränderungszielen als dem der Abstinenz rezipiert und frei von Ideologien aufbereitet werden.
- Die Vermittlung des State-of-the-Art zu Reduktionsbehandlungen/schadensmindernden Behandlungen sollte in akademischen *Grundausbildungen* und suchtbezogenen *Aus- und Fortbildungen* einen festen Platz einnehmen.
- In der *Sucht- und Drogenpolitik* sollten Konsumreduktion und Schadensminderung als der Abstinenz gleichwertige Behandlungsziele eingestuft und entsprechend (fach-) öffentlich positioniert werden.
- Die *Kosten- und Leistungsträger*, von Rentenversicherungen über Krankenkassen bis zu Bezirken und Kommunen, sollten sich gegenüber Konsumreduktionsbehandlungen und schadensmindernden Maßnahmen öffnen und diese ebenso regelfinanzieren wie Abstinenzbehandlungen.
- Die *Träger und Einrichtungen der Suchthilfe* sollten sich mit den aktuellen Forschungsergebnissen zu Konsumreduktions- und schadensmindernden Ansätzen auseinandersetzen, ihre oftmals abstinenzzentrierte Grundausrichtung hinterfragen, ihre Mitarbeitenden in der Durchführung sowohl von

Abstinenz-, als auch Reduktions- und schadensmindernden Behandlungen kompetent machen und eine systematische Weiterentwicklung ihrer Hilfen in Richtung ZOS vornehmen.

- Im Rahmen der *Suchtselbsthilfe* sind zukünftig Angebote auch für Menschen, die das Ziel einer Konsumreduktion anstreben bzw. sich bei erreichter Reduktion stabilisieren möchten, wünschenswert.

Zeichen eines Wandels

Anzeichen eines Paradigmenwechsels in Richtung Zieloffenheit sind erkennbar:

- Nicht nur in der europäischen (van Amsterdam & van den Brink, 2013), sondern auch US-amerikanischen wissenschaftlichen Literatur wird zunehmend für Veränderungsziele abseits der Abstinenz plädiert (z.B. Witkiewitz, 2013). Selbst das US-amerikanische Gesundheitsministerium vertritt inzwischen die Sichtweise, dass „it's best to determine individual goals with each patient“ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007, S. 13).
- Für den medizinischen Bereich ist der „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie“ (Anlage III, Nummer 2) aus dem Jahr 2014 richtungsweisend, wonach in Deutschland bei Alkoholabhängigen prinzipiell auch Medikamente zur Trinkmengenreduktion verschreibungsfähig sind.
- In den letzten Jahren wurden diverse einrichtungsbezogene Fachtagungen zum Thema der zieloffenen Suchtarbeit durchgeführt und drei Verbände haben auf ihren Jahrestagungen 2015 bzw. 2016 die Abstinenz „auf den Prüfstand gestellt“ (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe [„Viel hilft viel – ist Abstinenz noch wichtig?“]; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [„Abstinenz – Konsum – Kontrolle“]; Fachverband Sucht [„Abstinenz als modernes Therapieziel!“]).
- Nicht-abstinenzbezogene Behandlungsziele finden unter Fachkräften zunehmend Zustimmung – nicht nur im Ausland (Körkel, 2015), sondern auch in Deutschland (Drinkmann & Lettl, 2015).
- Einzelne Träger haben Schritte unternommen, ihre Angebote für Menschen mit (ausschließlicher) Suchterkrankung oder (zusätzlicher) psychischer Erkrankung und/oder Wohnungslosigkeit in ein zieloffenes Behandlungssystem zu transformieren. In Deutschland sind hier zuvorderst der

Caritasverband für Stuttgart e.V. (Bühler, 2015; Obert & Pohlner, 2016), die Karlshöhe Ludwigsburg und der Katholische Männerfürsorgeverein München zu nennen, in der Schweiz u.a. das erwähnte „Wohnheim Sonnenburg“.

Um einen breiten Wandel in Richtung Zieloffenheit des Suchtbehandlungssystems zu vollziehen, bedarf es weiterer Veränderungen auf vielen Ebenen. Dann könnte es möglich werden, die Inanspruchnahme von Suchtbehandlung zu fördern, Behandlungserfolge zu optimieren und Behandlungskosten zu senken – und den Betroffenen systembedingte „Seinsvermiesungen“ (Marquard, 1986, S. 50) zu ersparen.

Literatur

- Bäumel, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G. & Jahn, T. (2017). *Die SEEWOLF-Studie: Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- 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.* Unveröff. Masterthesis. Evangelische Hochschule Freiburg i. Br.
- Drinkmann, A. & Lettl, B. (2015). Die Akzeptanz von kontrolliertem Konsum als Behandlungsziel unter Suchthilfefachkräften in Bayern. *Suchttherapie*, 16, 82-89.
- Heather, N. (2006). Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems. *Addiction Research & Theory*, 14, 7-18.
- Knudsen, H. K. (2017). Implementation of smoking cessation treatment in substance use disorder treatment settings: A review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43, 215-225.
- Körkel, J. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15, 165-173.
- Körkel, J. (2015). 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., Becker, G., Happel, V. & Lipsmeier, G. (2011). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe*. Abschlussbericht für das Drogenreferat der Stadt Frankfurt a. M.

- Körkel, J., Lipsmeier, G., Becker, G. & Happel, V. (2011). Multipler Substanzkonsum bei Drogenabhängigen: Bestandsaufnahme – Behandlungsimplicationen. *Sucht aktuell*, 18, 49-54.
- 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.
- Körkel, J. & Waldvogel, D. (2008). What shall we do with the drunken drug addict? Eine Studie zum Alkoholkonsum Drogenabhängiger. *Suchttherapie*, 9, 72-79.
- Marquard, O. (1986). Zur Diätetik der Sinnerwartung. Philosophische Bemerkungen. In O. Marquard (Hrsg.), *Apologie des Zufälligen* (S. 33-53). Stuttgart: Reclam.
- McKelvey, K., Thrul, J. & Ramo, D. (2017). Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addictive Behaviors*, 65, 161-170.
- 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*. Unveröff. Masterthesis. Evangelische Hochschule Nürnberg.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2007). *Helping patients who drink too much: A clinician's guide* (NIH Publication No. 07-3769, 2005 edition, reprinted May 2007). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Obert, K. & Pohlner, S. (2016). Im eigenen Rhythmus den Konsum reduzieren. *Neue Caritas*, 17, 15-17.
- Rast, M. (2016). „Zieloffene Suchtarbeit“ in einer Langzeit-Wohneinrichtung. *SuchtMagazin*, 42, 39-43.
- van Amsterdam, J. & van den Brink, W. (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 987-997.
- Witkiewitz, K. (2013). "Success" following alcohol treatment: Moving beyond abstinence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37 (Suppl 1), E9-E13.



Prof. Dr. Joachim Körkel

Professor an der Evangelischen Hochschule Nürnberg
 Leiter des Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)
 Bärenschanzstraße 4
 D-90429 Nürnberg
 joachim.koerkel@evhn.de