

N° 1/2024

Momentum

Das österreichische Journal für positive Suchttherapie
Herausgegeben vom Anton Proksch Institut



50+1 Jahre Behandlung Drogenabhängiger in Österreich
Jubiläumstagung des Anton Proksch Instituts

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Unter dem Leitsatz „Auf dem Weg ins zweite halbe Jahrhundert: 50+1 Jahre Behandlung Drogenabhängiger in Österreich“ hat sich das Anton Proksch Institut im November 2023 bei seiner zweitägigen Jubiläumstagung mit der Entwicklung der Behandlung suchtkranker Menschen in Österreich befasst.

Gemeinsam mit Expert:innen und Wegbegleiter:innen haben wir im geschichtsträchtigen Wiener Tramwaymuseum versucht, einen weiten Bogen zu spannen: Vom Rückblick auf die Entwicklung der Behandlung Drogenabhängiger in unserem Land über die Analyse des aktuellen Stands bis zur Darstellung zukünftiger Herausforderungen. Einige der spannendsten Beiträge können Sie in dieser Momentum-Ausgabe nachlesen.

Besonders verweisen möchte ich auf den neuen Forschungsförderungspreis der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien, der anlässlich der Veranstaltung erstmals vergeben worden ist. Die Stiftung setzt damit eine lange Tradition der Förderung wissenschaftlicher Exzellenz auf dem Gebiet chronischer Suchterkrankungen fort. Die fünf jungen Preisträger:innen und ihre Forschungsvorhaben werden in diesem Heft ebenfalls vorgestellt (Seiten 8 - 11).

In Österreich wurde 1971 erstmals versuchsweise mit der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen begonnen. 1972 ist dann jener Schritt gelungen, der das nunmehrige Jubiläum begründet: Die Eröffnung einer eigenständigen Drogenstation für Suchtkranke mit rund einem Dutzend Behandlungsplätzen. Seit damals hat sich vieles verändert, heute betreuen wir stationär etwa 210 und ambulant rund 480 Patient:innen.

Veränderung wird auch weiterhin ein ständiger Begleiter des Anton Proksch Instituts bleiben. Offenheit und Flexibilität sind unabdingbar, sowohl, um auf aktuelle Entwicklungen adäquat reagieren zu können, als auch, um neuen Bedürfnissen gerecht zu werden. Nur so wird eine Suchtbehandlung auf der Höhe der Zeit möglich. Dies war, ist und bleibt unser Ziel.



4 Die Pionierjahre der Behandlung Drogenkranker im API

Podiumsdiskussion

8 Neuer Forschungsförderungspreis stärkt Forschungslandschaft

Michael Robausch

14 Zur Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen

Toni Berthel

18 Mediennutzungsstörungen und ihre Komorbidität

Oliver Bilke-Hentsch

20 Sucht und Suchtbehandlung im Wandel der Zeit

Alfred Uhl

24 Zieloffene Suchtbehandlung: Abstinenz und mehr

Joachim Körkel

28 Rückfall! Na und?

Stefan Zahs

Ich wünsche Ihnen ein gutes und erfolgreiches Jahr. Viel Freude beim Lesen!

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS
Geschäftsführerin

PS: Abonnieren Sie „Momentum“ kostenlos unter abo@api.or.at

Die Pionierjahre der *Behandlung* *Drogenkranker* im Anton Proksch Institut

Geschäftsführerin DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS, der ärztliche Direktor Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger, MBA und Dr. Ewald Höld, ehemaliger Oberarzt der Drogenabteilung, im Gespräch.

AUFGEZEICHNET VON MICHAEL ROBAUSCH

Preinsperger: Unser Austausch wird eher anekdotisch angelegt sein, wir werden persönliche Erfahrung und Erlebnisse einbringen. Denn als Historiker in eigener Sache wären wir ja Partei!

Die Geschichte der Drogenabteilung des API hat in den frühen 1970er-Jahren begonnen. Im März 1972 ist die erste Drogenstation am Standort Breitenfurter Straße im 23. Wiener Gemeindebezirk eröffnet worden. Das war zwar eine kleine Station, doch dieser Ort ist für die Drogenabteilung lange sehr wichtig geblieben. Schließlich ist 1989 dort die Entzugs- und Kurzzeittherapiestation eingerichtet worden. Mit der Langzeittherapie für Drogenabhängige aber haben wir 1972 begonnen - in der ersten derartigen Einrichtung in Österreich. Es gab 12 bis 14 Behandlungsplätze, das hat immer etwas geschwankt und war abhängig davon, wie sehr man bereit war, zusätzliche Betten irgendwo unterzubringen. Man hat sich also relativ bald nach einer Alternative umgesehen. Gefunden hat man diese in einem ehemaligen Schülerheim des Trinitarier-Ordens in Mödling. Dieser Standort, 1980 eröffnet, spielt für das Anton Proksch Institut nach wie vor eine große Rolle, schließlich ist dort heute die Rehabilitation am Husarentempel zu Hause. Bis

vor einigen Jahren aber war dort die Langzeittherapiestation der Drogenabteilung untergebracht, die doch das Zentrum unserer Abteilung darstellt. Die Geschichte der Drogentherapie hat in einem eher stationären Kontext begonnen, während sich der ambulante Kontext erst nach und nach entwickelt hat und dabei immer bedeutender geworden ist.

An dieser Stelle kommt Ewald Höld ins Spiel, der viele Jahre im Anton Proksch Institut gearbeitet und in verschiedenen Funktionen eine tragende Rolle gespielt hat. Er war damals schon mit dabei und hat den gehörigen Widerstand, den es gegen die Einrichtung der Drogenstation in Mödling gab, miterlebt: Eine Bürgerinitiative hatte sich gebildet, auch eine heute nicht mehr existierende Lokalzeitung sah es als ihre Aufgabe an, die Station zu verhindern. Unterstützt wurde sie dabei von prominenten Vertretern aus Stadtpolitik, Kirche und auch von Schuldirektoren. Argumentiert wurde mit der Sorge um das Wohl der vielen Mödlinger Schüler:innen. Die Kirche war also sowohl auf Pro- und Contra-Seite involviert, denn Trinitarier und Caritas haben die Station ja tatkräftig unterstützt. Ewald, was kannst Du zum Beginn der Arbeit in Mödling sagen?



Höld: Es war spannend! Die Aussicht, in Mödling über bis zu 40 Therapieplätze verfügen zu können, war angesichts des aus allen Nähten platzenden Standorts in der Breitenfurter Straße ein großer Ansporn für uns. Andererseits haben wir natürlich mitbekommen, dass dort ein rauer Gegenwind weht. Da gab es ja Bombendrohungen und Polizeipräsenz mit Hundestaffeln. Um die Proteste zu unterlaufen, haben wir uns entschlossen, schon vor dem festgelegten Termin einzuziehen. Zu diesem Zeitpunkt war der neue Standort natürlich noch nicht bereit und wir mussten uns in einem Pendelverkehr zwischen dem Husarentempel und Breitenfurt selbst vor Ort organisieren. Wir haben also im Angesicht der Schwierigkeiten Sitzfleisch bewiesen und auch relativ rasch Patient:innen aufgenommen.

Preinsperger: Die Polizei kommt in der Geschichte der Langzeittherapiestation Mödling dann ja noch einmal vor. Wir machen damit einen Zeitsprung ans Ende dieser Pionierjahre. 1986 war ebenfalls ein recht konfliktreiches Jahr für die Drogenabteilung. Die Gründung des Grünen Kreises* einige Zeit davor kommt hier ins Spiel. Die Einrichtung war in Turbulenzen geschlittert und 1986 kam es zu einem Neustart unter einer

neuen medizinischen Leitung. In diesem Zusammenhang haben sich zum Teil recht wilde Szenen abgespielt – ein bisschen wie das metaphorische Simmering gegen Kapfenberg. Es kam zu einem Patient:innenstreik, die ihre Anstalt dann kurzerhand besetzt haben und von Teilen des Personals unterstützt worden sind. Man wollte erreichen, dass die bisherige Leitung weiter im Amt bleiben kann. Dem haben die Gremien des Anton Proksch Instituts aus verschiedenen Gründen aber nicht entsprochen. Diese Vorgänge waren auch in den Medien sehr präsent. Schön war immerhin, dass die wunderbare Entwicklung des Grünen Kreises in dieser Zeit begonnen hat. Die Wege des Anton Proksch Instituts und des Grünen Kreises haben sich zwar getrennt, doch mit den Jahren hat sich eine gute Zusammenarbeit entwickelt. Heute ist das Verhältnis – wie auch zu anderen Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks – sehr eng und kooperativ.

Höld: 1986 war wirklich viel los. Ich war damals auf der Alkoholstation tätig, als mir angeboten wurde, den Grünen Kreis zu leiten. Und zwar als Außenstelle des Anton Proksch Instituts. Das hielt ich für eine interessante Option. Die Situation hat sich dann innerhalb weniger Tage dramatisch zugespitzt.

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS ist Geschäftsführerin des Anton Proksch Instituts. Sie ist Bevollmächtigte der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien, Gründerin & ehrenamtliche Vorsitzende des Vorstands von gabarage – manufacture, stellvertretende Vorsitzende bei arbeit plus Wien, Vorstandsmitglied beim Verein JUVIVO und hat einen Lehrauftrag an der Donau-Universität Krems.



Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger, MBA ist Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychiatrische Medizin. Er ist ärztlicher Direktor des Anton Proksch Instituts und leitet auch die Tagesklinik.

Primar Günter Pernhaupt, Gründer des Grünen Kreises, wurde entlassen. Ein Treffen, bei dem er mir die Schlüssel hätte übergeben sollen, ist nicht mehr zustande gekommen, denn der Streik der Patient:innen hatte schon begonnen. Ich wurde dann gebeten, zusammen mit Kollegen zu überlegen, was man denn tun könnte. Die Lage stellte sich wie folgt dar: In der Hauptanstalt haben die Leute die Türen vernagelt und vom Balkon herunter agiert. Außerdem gab es im Gebäudekomplex auch eine sogenannte Flüchtlingsunterkunft des Trinitarier-Ordens, wo sich Teile der Belegschaft getroffen haben und – medial sehr wirksam – aktivistisch tätig waren. Es ist uns gelungen, den Haupteingang freizuräumen und ins Gebäude zu kommen, wo es dann auch keinen wie immer gearteten Widerstand der Patient:innen gegeben hat. Uns war klar, dass die psychische Situation einiger Personen immer prekärer geworden ist und Handlungsbedarf bestanden hat.

Preinsperger: Was waren denn die inhaltlichen Differenzen zur alten ärztlichen Leitung?

Höld: Bereits mein Wechsel auf die Alkoholstation ist ja aufgrund von fachlichen Auffassungsunterschieden über die Art der Behandlung erfolgt. Unser Ansatz beruhte auf einem integrativen, multidisziplinären Ansatz, der Patient:innen in der Langzeittherapie auf das Leben vorbereiten sollte.

Preinsperger: Ich möchte jetzt Gabriele Gottwald-Nathaniel ins Gespräch holen. Sie war wesentlich am Aufbau der ambulanten Schiene der Drogenbehandlung am Anton Proksch Institut beteiligt, hat an der Drogenambulanz am AKH für das API gearbeitet und das Ambulatorium „Treffpunkt“ aufgebaut. Was sind Deine Erinnerungen an die Pionierzeit?



Gottwald-Nathaniel: Bei meinem ersten Praktikum im Anton Proksch Institut habe ich von den Auseinandersetzungen der 1980er-Jahre noch relativ wenig mitbekommen. Als ich dann allerdings 1996 als Sozialarbeiterin der Vorbetreuung der Drogenabteilung begonnen habe, war das ganz anders. Beim Basisvernetzungstreffen der Drogenarbeiter:innen in Wien war es klar, dass Mitarbeiter:innen der Vorbetreuung, also ich, nicht mit Mitarbeiter:innen des Grünen Kreises sprechen. Es war ein Konflikt, den ich als Neue nicht verstanden habe. Stationär und ambulant – das war sich nicht grün und man hat auch nicht wirklich zusammengearbeitet. Da gab es wirkliche ideologische Unterschiede. Was für mich in dieser Zeit entscheidend war, das war die Offenheit für Veränderung. Das Ausprobieren. Einige Schritte, die gesetzt wurden, waren auch intern nicht unumstritten. Die Sucht- und Drogenkoordination Wien hat da eine wesentliche Rolle gespielt und spielt sie heute noch.

Preinsperger: Auch innerhalb der Drogenabteilung konnte man ein Fremdsein zwischen dem stationären und ambulanten Bereich wahrnehmen. Ebenso innerhalb des API zwischen dem sehr abgeschotteten Drogenbehandlungsbereich und dem großen Alkoholbehandlungsbereich. Da ist in der Zwischenzeit sehr viel zusammengewachsen – innerhalb des Hauses aber auch mit Einrichtungen außerhalb. Ein weiterer wichtiger Schritt war 1989 die Eröffnung der Entzugs- und Kurzzeittherapiestation, die Ewald Höld geleitet hat. An welche Eckpunkte und Begebenheiten erinnerst Du dich?

Höld: 1987 wurde durch einen Erlass des Bundeskanzleramtes die Substitutionsbehandlung in Österreich eingeführt, die ersten Patient:innen



Foto: Marlene Fröhlich/luxundlumen.com

haben Methadon bekommen. Plötzlich gab es Menschen, die auch einen Entzug machen wollten. Das war damals nur auf der Intensivstation des AKH möglich. Über einen Methadon-Entzug hat sich aber niemand drüber getraut. In etlichen Diskussionen, auch mit dem Haupthaus, haben wir dann Österreichs erste Entzugsstation außerhalb eines klinischen Rahmens ins Leben gerufen. Wir haben einiges gelernt und es war ein weiterer Schritt in Richtung einer verkürzten - dreimonatigen - Therapie. Damit haben wir auch ein therapeutisches Dogma durchbrochen, denn eine Therapiedauer von 12, 16 oder 18 Monaten galt bis dahin als das Nonplusultra.

Preinsperger: In der Entzugs- und Kurzzeittherapiestation sind auch bereits stabilisierende Behandlungen gemacht worden, das heißt, dass auch Therapie unter Opioidsubstitution möglich war - etwas, das in der Langzeittherapiestation erst später gekommen ist. Hier hat sich der Kulturwandel als schwieriger erwiesen und wir waren auch nicht die erste Einrichtung in Österreich, die Substituierte in längeren Therapieaufenthalten behandelt hat. Jedenfalls hat man begonnen, die Frage der Dauer von Behandlung differenzierter zu sehen. Kurzzeit- und Langzeittherapiestation sind in der Folge in der Drogenabteilung an einem gemeinsamen Standort aufgegangen. Auch konzeptuell hat sich viel verändert. Gabriele, wie hast Du das Zusammenwachsen aus der Sicht des ambulanten Bereichs erlebt?

Gottwald-Nathaniel: Jeder, der in traditionsreichen Einrichtungen tätig ist, und ich schätze diese Tradition, weiß: Von Innovation zu reden ist das eine, sie wirklich zu leben aber, das ist noch einmal etwas ganz anderes. Es war etwa immer wieder schwierig,

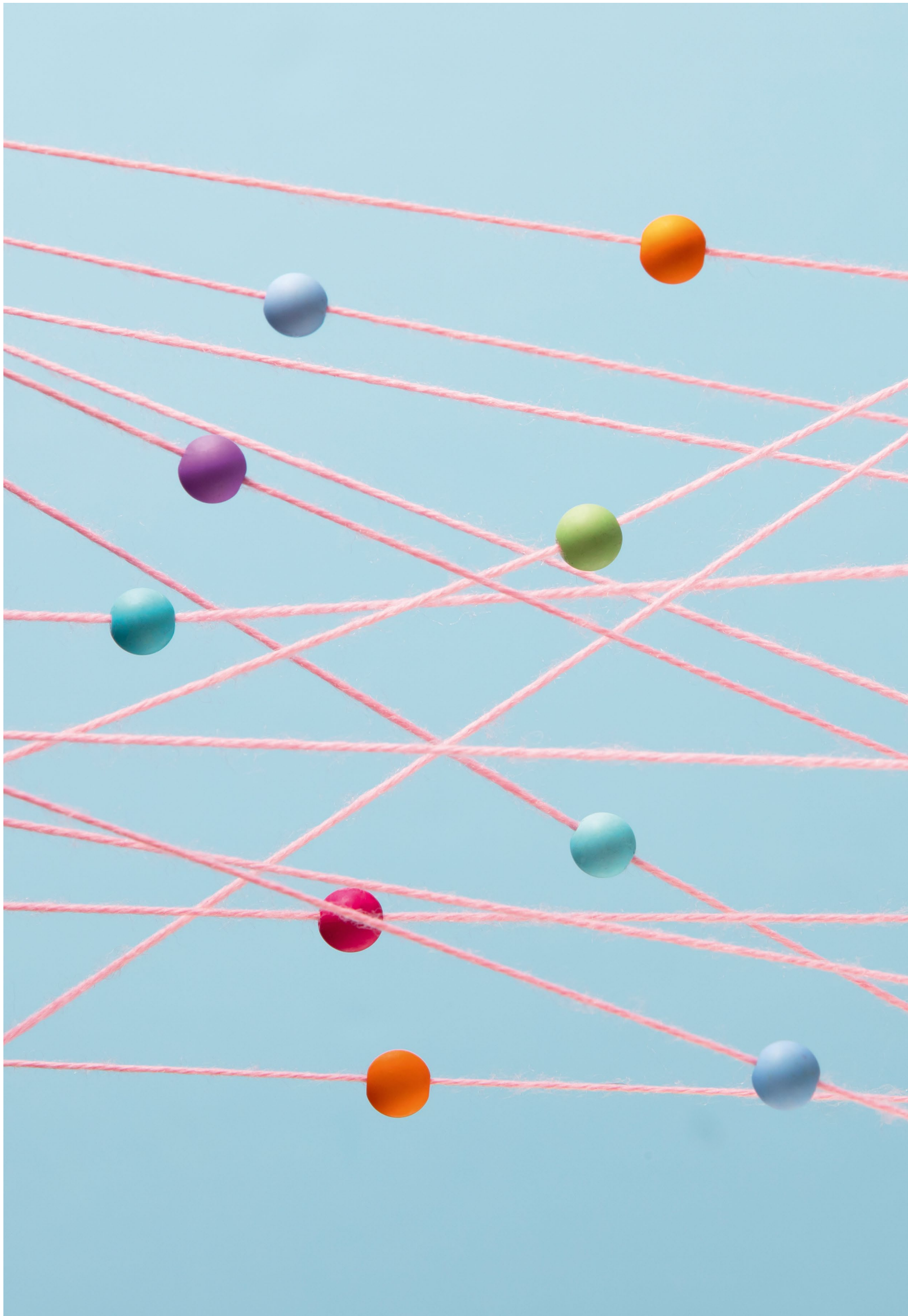
einen konsumakzeptierenden Ansatz bei uns im Haus zu integrieren. Heute sind wir so weit zu sagen, es muss, darf und soll alles geben. Aber leicht war dieser Integrationsprozess nicht - vom Beginn weg. Innerhalb der Drogenabteilung war es leichter darüber zu diskutieren als im Gesamtkontext. Wie weit man manchmal auseinander liegt, merke ich noch heute als Geschäftsführerin. 2024 steht ja eine große Zusammenführung an: Unsere Ambulanzen in der Radetzkystraße und der Wiedner Hauptstraße wandern an einen gemeinsamen Standort. Dort wird, wie im ambulanten Bereich üblich, Unterschiedliches angeboten. Der Standort „Treffpunkt“ in der Radetzkystraße soll erhalten bleiben und ein noch niederschwelligeres Angebot - Spritzentausch in Zusammenarbeit mit der Suchthilfe Wien - bieten. Dass das Anton Proksch Institut von einem ganz niederschwelligen bis zu einem hoch abstinenzorientierten Angebot einmal alles anbieten wird, da hätten die meisten noch vor wenigen Jahren gesagt: Das ist nicht möglich.

Transformationsprozesse sind eben nicht einfach und es gibt immer viel Skepsis, die Befürchtung, der eine Bereich verliert etwas, wenn der andere dazukommt. Ich denke, heute kann man sagen, dass bei uns ambulanter und stationärer Bereich wirklich denselben Stellenwert haben. Etwas anderes wäre auch gar nicht mehr vorstellbar. ■

Dr. Ewald Höld

ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie; leitete das Institut für Suchtdiagnostik der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (SDW) und war Oberarzt der Drogenabteilung im Anton Proksch Institut.

* Der Verein Grüner Kreis wurde 1983 gegründet. Er setzt sich für die Rehabilitation und Integration suchtkrank Menschen ein und bietet bei Abhängigkeitsproblemen rasche und professionelle Hilfe. Ziel ist es, suchtkranken Menschen ein selbstbestimmtes, sozial integriertes und weitgehend suchtfreies Leben zu ermöglichen.



Neuer *Forschungs-* *förderungspreis* stärkt Forschungs- landschaft

Die aktuellen Gewinner:innen des von der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien vergebenen Preises wurden im Zuge der Jubiläumstagung des Anton Proksch Instituts im Wiener Tramwaymuseum ausgezeichnet.

MICHAEL ROBAUSCH

Der Forschungsförderungspreis für studentische Abschlussarbeiten zu Suchthemen in Höhe von jeweils bis zu 10.000 Euro wurde zu Beginn des Symposiums in feierlichem Rahmen erstmals vergeben. Die Stiftung Anton Proksch-Institut Wien setzt damit ihre lange Tradition bei der Förderung von Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der chronischen Suchterkrankungen sowie deren psychosozialen und sozioökonomischen Bedingungskonstellationen fort. Der Preis soll künftig im Intervall von zwei Jahren fortgeführt werden und Studierende im Sinne der Nachwuchsförderung motivieren, sich in ihren Abschlussarbeiten Suchthemen zu widmen.

In ihren Eröffnungsworten betonten Julia Drapela, Mitglied des Präsidiums der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien, und Franz Pietsch, Vorsitzender des Kuratoriums der Stiftung Anton Proksch Institut Wien die Wichtigkeit der Förderung der Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet chronischer Suchterkrankungen. „Mit dem Forschungsförderungspreis der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien, wollen wir die Forschungslandschaft der österreichischen Suchtbehandlung stärken und innovative Nachwuchsforschung sichtbar machen“, so Drapela.

Das Projekt wurde derart ausgestaltet, dass die Preisträger:innen nicht nur von der finanziellen Unterstützung profitieren, sondern darüber hinaus auch weitere Unterstützungsangebote wie

Feedback auf die Forschungsvorhaben, begleitendes Monitoring sowie Vernetzung und Dissemination der Forschungsergebnisse sichergestellt sind. Durch das Schließen von Forschungslücken sowie die Förderung österreichischer Open-Access-Veröffentlichungen in internationalen Fachzeitschriften soll in weiterer Folge ein wesentlicher Beitrag zur Aufwertung der Suchtforschung in Österreich geleistet werden.

Die Abwicklung des Forschungsförderungspreises wurde von der Gesundheit Österreich GmbH organisatorisch, inhaltlich sowie mit einer auf wissenschaftlichen Kriterien basierenden Vorauswahl und einer Rankingliste unterstützt.

Fünf Preisträger:innen 2023

Als Preisträger:innen 2023 wurden ausgezeichnet: Dr. med. univ. Aylin Bilir für „Patterns of preoperative and postoperative analgesic prescriptions in the outpatient practice sector in Austria – a retrospective observational cohort study“, Julius Schmöllerl für „Benzodiazepine in Wien – Eine Analyse hausärztlicher Verschreibungsraten anhand von Kassendaten“, Alexandra Karden, MSc, für „Drug Checking-Nutzung in Österreich und Identifizierung der damit assoziierten Charakteristika von Konsument:innen: eine retrospektive Datenanalyse einer österreichweiten Onlinebefragung“, Andrea Gamper, BBSc, für „Prävalenz des Substanzkonsums im österreichischen Straf- und Maßnahmenvollzug“

und Lena Pircher für „Retrospektive Analyse des Suchtverhaltens von Jugendlichen in Tirol vor und während der Pandemie - Risikofaktoren für gefährliches Konsumverhalten.“



Auszeichnung der Gewinner:innen des Forschungsförderungspreises der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien.

Die Forschungsprojekte in der Übersicht

Ambulante prä- und postoperative Analgetikaverordnungen in Österreich: eine retrospektive Beobachtungsstudie (Dr. med. univ. Aylin Bilir)

Art der Arbeit: kumulative Dissertation
Hochschule: Medizinische Universität Wien

Kurzbeschreibung: Die adäquate Schmerztherapie, insbesondere durch Opiode, ist essenziell in der modernen Medizin, wobei Opiode trotz ihrer Relevanz erhebliche Risiken wie Toleranz und Abhängigkeit bergen. Während die USA eine Epidemie des Opioidmissbrauchs erlebt haben, zeigt Österreich zwischen 2014 und 2016 den zweithöchsten Opioidkonsum in Europa. Die Gründe für den hohen Opioidkonsum in Österreich sind bisher unklar und bedürfen weiterer Untersuchungen. Dieses retrospektive Forschungsprojekt zielt darauf ab, die spezifischen Verschreibungsmodalitäten von Opioiden im österreichischen Gesundheitssystem zu analysieren und kausale Zusammenhänge, die zu erhöhten Verschreibungsraten führen, zu ergründen, um interventionelle Ansatzpunkte zur Reduktion von Opioidabhängigkeit zu identifizieren. Im Rahmen dieses Projekts soll ein detaillierter Überblick über die Verschreibungspraxis von Opioiden in ganz Österreich geschaffen werden. Weiters werden Patient:innengruppen identifiziert, die besonders gefährdet sind, nach Operationen Opiode langfristig einzunehmen, und das Potential für eine Abhängigkeit aufweisen.

Praktische Relevanz für die österreichische Suchtprävention, Suchthilfe oder Suchtpolitik: Dieses Projekt bietet datenbasierte Lösungsansätze und präventive Maßnahmen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen als Basis für

angepasste ärztliche Richtlinien und informieren die Suchtpolitik.

Prävalenz des Substanzkonsums im Österreichischen Straf- und Maßnahmenvollzug (Andrea Gamper, BBSc)

Art der Arbeit: Masterarbeit
Hochschule: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften

Kurzbeschreibung: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen Menschen in Haft häufiger einen Substanzkonsum auf. Während Prävalenzdaten aus vielen Staaten vorliegen, fehlen in Österreich strukturierte Erhebungen zum Drogenkonsum in Haft. Um auch im Straf- und Maßnahmenvollzug eine adäquate suchtmmedizinische Versorgung zu ermöglichen, sind jedoch Angaben zu Häufigkeit und Art des Substanzkonsums notwendig. Das Ziel dieser Arbeit ist die Erfassung der Prävalenz von Substanzgebrauchsstörungen sowie (illegalem) Drogenkonsum im österreichischen Straf- und Maßnahmenvollzug. Zur Datenerhebung werden ein europaweit etablierter Fragebogen sowie harntoxikologische Untersuchungen verwendet. Zusätzlich erfolgt die Erhebung einer Stichtagsprävalenz von Substanzkonsum in der größten Justizanstalt Österreichs mittels Drogenharnscreenings.

Praktische Relevanz für die österreichische Suchtprävention, Suchthilfe oder Suchtpolitik: Es sind zunächst statistische Erhebungen notwendig, um in weiterer Folge Richtlinien und Interventionen für den Straf- und Maßnahmenvollzug zu entwickeln. Dadurch können angepasste Behandlungsangebote für Personen in Haft entwickelt und das Bewusstsein für „Harm Reduction“-Strategien gefördert werden.

Drug Checking-Nutzung in Österreich und Identifizierung der damit assoziierten Charakteristika von Konsument:innen: eine retrospektive Datenanalyse einer österreichweiten Onlinebefragung (Alexandra Karden, MSc)

Art der Arbeit: kumulative PhD-Thesis
Hochschule: Medizinische Universität Wien

Kurzbeschreibung: Schätzungen zufolge hat mehr als ein Fünftel der Europäer:innen zwischen 15 und 64 Jahren irgendwann in ihrem Leben eine illegale Substanz konsumiert. Neben Risiken auf physischer, psychischer oder sozialer Ebene durch den akuten oder chronischen Substanzkonsum besteht ein weiteres Risiko durch unwissentlichen Konsum von gesundheitlich bedenklichen Substanzen. Als eine Maßnahme zur Suchtprävention und Schadensminimierung wurde in Österreich sogenanntes integriertes Drug Checking eingeführt. Auch wenn dadurch der Zugang zu Menschen mit Substanzkonsum ermöglicht wird, die keinen Kontakt zur traditionellen Drogenhilfe haben, gibt

es viele Personen, die Drug Checking bisher nicht nutzten. Ziel dieser Arbeit ist es, zu erforschen, wie verbreitet die Nutzung von Drug Checking in Österreich ist und ob bzw. wie sich Personen mit und ohne Drug-Checking-Erfahrung unterscheiden. Die Erforschung von Merkmalen, die im Zusammenhang mit der Nutzung von Drug Checking stehen, trägt dazu bei, ungenutztes Potential sowie mögliche Angebotslücken zu identifizieren und die Zugänglichkeit und Effektivität der Angebote zu erhöhen.

Praktische Relevanz für die österreichische Suchtprävention, Suchthilfe oder Suchtpolitik: Die Erkenntnisse können für die im Bereich tätigen Einrichtungen sowie für politische Entscheidungsträger:innen und Organisationen, die die Einführung von Drug Checking erwägen, von großer Bedeutung sein.

Retrospektive Analyse des Suchtverhaltens von Jugendlichen in Tirol vor und während der Pandemie - Risikofaktoren für gefährliches Konsumverhalten (Lena Pircher)

Art der Arbeit: Diplomarbeit

Hochschule: Medizinische Universität Innsbruck

Kurzbeschreibung: Die psychische Gesundheit von Jugendlichen weltweit hat sich während der COVID-19-Pandemie eindeutig verschlechtert. Bezugnehmend auf die Veränderungen von jugendlichem Drogenkonsum in dieser Zeit konnten im Gegensatz dazu keine einheitlichen Forschungsergebnisse erzielt werden. Dabei wird zwischen sogenanntem Probierkonsum, der häufigsten Form in der Adoleszenz, und problematischem Konsum, welcher negative Folgen nach sich zieht und in Österreich zumeist in Form von Mischkonsum mit Opioiden stattfindet, unterschieden. Mehrere Risikofaktoren beeinflussen hierbei die Transition zu problematischen Konsumformen. Die Diplomarbeit soll die Entwicklung von problematischem Mischkonsum von Jugendlichen in Tirol mit Kontakt zur Innsbrucker Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im Verlauf der COVID-19-Pandemie untersuchen. Außerdem sollen mögliche Risikofaktoren aus der psychosozialen Anamnese der Jugendlichen herausgearbeitet werden. Es wird erwartet, dass sich die Behandlungsart und -frequenz von Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie verändert hat und bestimmte Risikofaktoren für besonders gefährliche Konsummuster, wie auch Opioidkonsum, analysiert werden können.

Praktische Relevanz für die österreichische Suchtprävention, Suchthilfe oder Suchtpolitik: Die Studie soll herausheben, inwiefern sich der problematische Drogenkonsum bei Jugendlichen in Krisensituation verändert, um eine Abschätzung auch für mögliche zukünftige Situationen zu treffen. Außerdem sollen besonders gefährdete und schutzbedürftige Risikogruppen herausgefiltert werden.

Benzodiazepine in Wien - Eine Analyse hausärztlicher Verschreibungsraten anhand von Kassendaten (Julius Schmöllner)

Art der Arbeit: Diplomarbeit

Hochschule: Medizinische Universität Wien

Kurzbeschreibung: Benzodiazepine und Z-Substanzen (BZD) finden breite medizinische Anwendung, obwohl dabei leicht BZD-Abhängigkeit entsteht, da häufig nicht leitliniengerecht vorgegangen wird. Von Übergebrauch und unerwünschten Wirkungen sind besonders ältere Menschen, Frauen und Opioid-Konsument:innen betroffen. In Österreich gibt es kaum Daten über Gebrauchsmuster und ärztliche Verschreibungspraktiken, wodurch Präventions- und Behandlungsstrategien von BZD-Abhängigkeit mangelhaft sind. Im Projekt wird ein umfassender Überblick über die Verschreibungspraxis angestrebt. Dazu wird untersucht, wie sich die durchschnittlichen jährlichen hausärztlichen Verschreibungsraten von BZD im Zeitraum 2013-2022 in Wien entwickelt haben und ob sich in den Variationen zwischen den einzelnen Ärzt:innen mögliche Fehlpraktiken abbilden. Besonders berücksichtigt werden Geschlecht, Alter und Praxisgröße der Ärzt:innen und der Zeitraum der SARS-CoV-2-Pandemie. Methodisch handelt es sich um eine retrospektive Untersuchung von Abrechnungsdaten der ÖGK über BZD-Verschreibungen und Charakteristika der verschreibenden Ärzt:innen/Praxen.

Praktische Relevanz für die österreichische Suchtprävention, Suchthilfe oder Suchtpolitik: Das Ausmaß des Handlungsbedarfes für Politik, Suchtbehandlungseinrichtungen und Präventionsarbeit in der hausärztlichen Praxis wird aufgezeigt. ■

Entstigmatisierung, Forschung, Prävention

Die Stiftung Anton Proksch-Institut Wien verfügt in der Erforschung von Sucht über jahrzehntelange Erfahrung und Innovationskraft. Seit mehr als 65 Jahren befasst sie sich mit der Forschung zu und der Behandlung von allen Formen der Sucht - von sogenannten stoffgebundenen Suchtformen wie Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit bis hin zu nichtstoffgebundenen Suchtformen wie Spiel-, Internet-, Kauf- oder Arbeitssucht. Bei den Forschungsaktivitäten der Stiftung wird besonderer Wert auf die Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und/oder Forschungseinrichtungen gelegt - insbesondere mit der Europäischen Kommission, dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, dem Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, der Gesundheit Österreich GmbH, den Sucht- und Drogenkoordinationen der Bundesländer, Universitäten und Fachhochschulen, sowie Forschungsinstituten und -einrichtungen.





Ansichtssache

Impressionen von der Jubiläumstagung
„50+1 Jahre Behandlung Drogenabhängiger
in Österreich“ des Anton Proksch Instituts
am 9. und 10. November 2023.

Die Jubiläumstagung des Anton Proksch Instituts befasste sich mit der Entwicklung der Behandlung Drogenabhängiger in Österreich. Neben einem Blick zurück mit Wegbegleiterinnen und Wegbegleitern wurde gemeinsam mit Expertinnen aus dem In- und Ausland der aktuelle Stand der Dinge analysiert sowie die Herausforderungen der Zukunft skizziert. Machen Sie sich auf diesen Seiten ein Bild von der erfolgreichen Veranstaltung in den stimmungsvollen Räumlichkeiten des Wiener Traumwaymuseums!



**WEITERE BILDER
DER JUBILÄUMS-
TAGUNG 50 + 1
JAHRE FINDEN SIE
UNTER:**

www.stiftung-api.wien/veranstaltungen-detail/symposium-50-1-jahre-behandlung-drogenabhaengiger-in-oesterreich oder
www.stiftung-api.wien/veranstaltungen

Zur Behandlung von *Menschen mit* *Suchterkrankungen*

Der Umgang mit Suchtkranken hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert und erweitert. Wie wollen wir in Zukunft unsere Klientel behandeln? Welche Strukturen sind dazu notwendig? Wo braucht es Anpassungen auf der fachlichen und auch politischen Ebene?

TONI BERTHEL



Dr. Toni Berthel ist Arzt, Psychiater, Psychotherapeut und Suchtmediziner. Bis zu seiner Pensionierung war er ärztlicher Co-Direktor der integrierten Psychiatrie Winterthur Zürcher Unterland. Er war viele Jahre lang Präsident der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen. Heute ist Berthel Präsident der schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin.

Das Verständnis von Sucht und die in einer offenen Gesellschaft konsumierten Substanzen sind Konjunkturen unterworfen. Zu Beginn des letzten Jahrhunderts stand der Alkohol im Zentrum. In vielen Regionen der Schweiz wurde sehr viel Alkohol, vor allem Schnaps, konsumiert. Eine starke Verelendung breiter Kreise war die Folge. In den 1920er-Jahren trat erstmals Kokain als Substanz ins Zentrum. In den 1970er-Jahren wurden im Zuge des gesellschaftlichen Aufbruchs Cannabis und bewusstseinsweiternde Substanzen wie LSD oder andere Halluzinogene konsumiert. Mit Heroin kam eine neue Substanz mit einem hohen Abhängigkeitspotential in unsere auf diese Herausforderung nicht vorbereitete Gesellschaft. Rasch wurde eine Vielzahl von jungen Menschen abhängig, steckte sich mit dem HI-Virus oder Hepatitis an und eine große Zahl starb. Die Umstände des Erwerbs und des Konsums dieser verbotenen Substanz führten zu einer starken Kriminalisierung, Verelendung und zu unsäglichem individuellen, familiären und gesellschaftlichen Leid.

Konsummuster und Problemstellungen verändern sich

In dieser Zeit wurde Kokain, einerseits in der Szene der Heroinkonsument:innen, andererseits in verschiedenen Szenen der Freizeitindustrie erneut zum Thema. Mitte der 1990er-Jahre kamen Ecstasy, später Amphetamine und andere synthetisch

hergestellte Drogen auf den „Markt“. Jugendliche und junge Erwachsene konsumieren heute in ihren Freizeitkreisen Cannabis, Alkohol, opioidhaltige Hustenmittel, Benzodiazepine. Zurzeit sehen wir in den größeren Städten eine steigende Zahl von Crack-Konsumierenden mit körperlicher Verwahrlosung und teilweise sozialer Ausgrenzung. Konsummuster veränderten sich. Verschiedene Substanzen werden miteinander, nebeneinander oder nacheinander konsumiert. Wir sprechen nun von Mehrfachkonsum oder auch Politoxikomanie. Zusätzlich zeigt sich auch, dass ein Großteil der Abhängigen neben der Sucht noch an einer Vielzahl von anderen psychischen, körperlichen und sozialen Problemen leidet. Wir sprechen hier von Komorbidität. Neben dem süchtigen Konsum gibt es heute wie früher immer auch einen Konsum von psychoaktiven Substanzen zur Rekreation, Entspannung oder gezielten Berausung. Der Konsum von Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain und synthetischen Drogen ist in verschiedenen Szenen üblich und begleitet viele Menschen in ihrer Lebens- und Freizeitgestaltung. In der Fachwelt unterscheiden wir deshalb zwischen Rekreationskonsum, risikoarmem, problematischem und abhängigem Konsum.

Denkmodelle verändern sich

Das Verständnis von Sucht hat sich im Laufe der Jahrzehnte verändert. Jahrhundertlang wurde Sucht mit grenzenloser Gier und Völlerei gleich-



gesetzt, als Laster bezeichnet und zu den Todsünden gezählt. Süchtige Menschen wurden aus der Gesellschaft ausgegrenzt und religiöse Purist:innen bemächtigten sich der Behandlung von Substanzabhängigen. Anfang des 20. Jahrhunderts entstanden im Sogee tiefenpsychologischer Konstrukte erstmals Ansätze, mit denen versucht wurde, Substanzkonsum zu verstehen und psychotherapeutisch zu behandeln. Die gesellschaftlichen Veränderungen der 1960er-Jahre erweiterten den Blick auf die soziale Dimension individueller Probleme, auch von Suchtproblemen. Im Zuge der medizinischen Fortschritte in den 1990er-Jahren – mit Erkenntnissen aus Neurobiologie und Hirnforschung – gerieten biologische Denkansätze ins Zentrum. Neben dem Substanzkonsum wurden in den letzten Jahren den Suchterkrankungen auch nicht substanzbezogene Verhaltensweisen zugeordnet, die mit Kontrollverlust, Craving und Entzugssymptomen einhergehen, wie etwa Geldspiele oder der Gebrauch neuer Medien. Heute genießt das bio-psycho-soziale Modell als Erklärung, wie Suchtprobleme verstanden werden können, die breiteste Akzeptanz. Dieses geht davon aus, dass biologische, psychische und soziale Faktoren nicht allein oder auch nur primär die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten bestimmen, sondern miteinander interagieren und ein komplexes Ganzes bilden. Gleichzeitig wird im Feld der Sucht deutlich, dass auch der Umgang mit psychoaktiven Substanzen erlernt werden und ein konstruktiver Zugang zu Rausch, Entgrenzung, Entspannung gefunden werden kann.

Heute genießt das *bio-psycho-soziale Modell* als Erklärung, wie Suchtprobleme verstanden werden können, die *breiteste Akzeptanz*.

Interventionstechniken erweitern sich

Die Arbeit mit Suchtkranken, Suchtgefährdeten und Abhängigen orientiert sich heute an einem bio-psycho-sozialen Ansatz. Hier sind wir in den letzten Jahrzehnten einen weiten Weg gegangen. Aus den partikularen, paternalistischen Denk- und Handlungsansätzen mit klaren, von außen vorgegebenen Abstinenzforderungen entwickelte sich eine moderne, das Individuum in seiner Einzigartigkeit akzeptierende Grundhaltung. Im Zentrum steht der suchtkranke Mensch und mit ihm die Menschenwürde. Theorien und Modelle orientieren sich heute an der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Menschen, auch im Umgang mit seinem Substanzkonsum. Die Zusammenarbeit zwischen Patient:in/Klient:in und Helfenden basiert auf Gleichwertig-

keit und findet auf Augenhöhe statt. Transparenz und individuelle Ziele bestimmen heute unser Tun. Durch den großen Paradigmenwechsel vom Primat der Abstinenz zum Primat der Schadensminderung stehen nun Konzepte wie kontrollierter Konsum, Zieloffenheit und Selbstbefähigung im Zentrum.

Es hat sich gezeigt, dass Methoden, welche die Motivation für eine Veränderung unterstützen und die Verantwortung für die eigene Lebensbewältigung fördern, besonders erfolgreich sind. Neben- oder nacheinander werden spezifische Gesprächstechniken, Medikamente gegen zusätzliche psychische Leiden, schadenmindernde Maßnahmen, soziale Unterstützung erfolgreich eingesetzt. Alle diese Behandlungs- und Interventionsansätze sind individualisiert und modular; und die unterschiedlichen Problemstellungen werden in stationärer, teilstationärer und ambulanter Arbeit parallel, miteinander und nacheinander bearbeitet. Diese Interventionstechniken sind sowohl bei legalen, illegalen wie substanzunabhängigen Suchterkrankungen hilfreich. Die frühere Unterteilung in Therapien bezüglich legaler und illegaler Substanzen ist in Theorie und Praxis längst überholt.

Versorgungsstrukturen passen sich an

Anfang des letzten Jahrhunderts wurden die ersten Beratungsstellen – von Alkoholfürsorgern geleitet – eingerichtet. In dieser Zeit entstanden auch die ersten stationären Einrichtungen zur Unterbringung von Alkoholabhängigen. Die Häuser wurden von einem sogenannten Hausvater geführt. Häufig waren christliche Denkansätze handlungsleitend. Man sorgte für den an der Alkoholsucht leidenden Menschen. Ziel war die Abstinenz.

Mit dem aufkommenden Cannabiskonsum und den viele verunsichernden Jugendunruhen wurden erste Jugend- und Drogenberatungsstellen eingerichtet. In den 1970er-Jahren kam die Droge Heroin in unseren Lebensraum. Das Ausmaß der körperlichen, psychischen und sozialen Probleme verlangte nach neuen und innovativen Interventionsansätzen. Erstmals wurden, ärztlich verschrieben, dem Betäubungsmittelgesetz unterstehende Substanzen kontrolliert abgegeben. Wir sprechen hier von Opiatagonistentherapie OAT (früher Substitution). Mit der Abkehr vom Primat der Abstinenz hin zum Primat der Schadensminderung wurden Angebote zur Überlebenshilfe zentral. Aus den Beratungsstellen mit stark sozialarbeiterischer Ausrichtung wurden Suchtambulatorien, in denen Ärzt:innen mitarbeiteten. Sucht wurde zu einer Krankheit und deren Behandlung zu einer Krankenkassenpflichtleistung. Die mit der Sucht einhergehenden psychischen und somatischen Störungen wurden erkannt und in diesen Ambulatorien wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit wichtiger. Heute stehen integrierte und integrative Behandlungs- und Versorgungsansätze

im Zentrum: Wir sprechen von Methodenvielfalt und Interdisziplinarität.

Reine Monokonsument:innen sind in den ambulanten und stationären Hilfseinrichtungen selten geworden. Häufig konsumieren Heroinabhängige zusätzlich Alkohol, Nikotin, Medikamente und Kokain. Menschen mit vordergründigem Alkoholproblem konsumieren auch Nikotin, Medikamente, häufig Kokain und nicht selten Cannabis. Konsumenten von Amphetaminen trinken Alkohol, rauchen Cannabis und Nikotin. In den verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe, den psychiatrischen Kliniken und bei den Hausärzt:innen ist die Klientel mit Substanzproblemen sehr heterogen geworden.

Wie sollen Menschen mit Suchterkrankungen betreut und behandelt werden?

Aus dem bisher Ausgeführten können wir zusammenfassen:

- Die Muster, welche Substanzen wie und in welchem Kontext konsumiert werden, verändern sich.
- Suchterkrankungen gehen häufig mit einer Vielzahl von anderen sozialen, körperlichen und psychischen Problemen einher.
- Die Denk- und Praxismodelle, wie Sucht und süchtiges Verhalten zu verstehen sind und wie wir Menschen mit Suchterkrankungen begegnen wollen, haben sich verändert.
- Es sind unterschiedlichste Berufsgruppen in die Arbeit mit Suchtgefährdeten und Suchtkranken involviert.
- Es haben sich verschiedenste Interventionstechniken und -methoden als hilfreich erwiesen.

Historisch gewachsen, orientieren sich bestehende Suchtbehandlungsangebote nach wie vor am Legalstatus psychoaktiver Substanzen und damit an der Trennlinie legal/illegal. Eine sich an der Vielfalt der Probleme orientierende Intervention verlangt jedoch nach einer interinstitutionellen, interdisziplinären, multiprofessionellen Betrachtung und Strategie. Wir sprechen hier auch von Arbeit in Netzwerken. Sucht ist dabei ein Querschnittsproblem.

Für die Versorgungsstruktur bedeutet dies:

- Effiziente Hilffssysteme müssen leicht und niederschwellig zugänglich sein.
- Patient:innen und Klient:innen wollen auf Augenhöhe gleichwertig und gleichberechtigt behandelt und vor allem nicht stigmatisiert werden.
- Die Ziele der Behandlung müssen zieloffen und gemeinsam erarbeitet werden.
- Wir müssen bereit sein, auch aufsuchend tätig zu werden.
- Schadensminderung und Überlebenshilfe sind die Basis dafür, dass weitergehende Behandlungen greifen können.
- Helfende müssen befähigt werden, evidenzbasierte Techniken und Methoden interdisziplinär

und Institutionen übergreifend zusammen zu arbeiten.

- Eine gute und für die Zukunft taugliche Versorgung von Suchtkranken ist heute deshalb integriert, integrativ und Substanzen übergreifend ausgelegt.

Reine Monokonsument:innen sind in den ambulanten und stationären Hilfseinrichtungen selten geworden.

Herausforderungen der Zukunft

Die Erweiterung der Denkansätze, die Erkenntnisse zur Komorbidität, die Agonistentherapie und neue Medikamente führten im Laufe der letzten Jahrzehnte teilweise zu einer Medizinalisierung von Suchtproblemen. In der Schweiz zeigt sich dabei die Tendenz, die Finanzierung der Interventionen in das nach dem Modell der Subjektfinanzierung aufgebaute medizinische Tariffsystem zu verschieben. Suchtprobleme sind aber Querschnittsprobleme und die Schnittstellenarbeit muss ebenfalls finanziert werden. Eine integriert-integrative Versorgung basiert daher auf einer Kombination von nachhaltigen und sicheren Objekt- und Subjektfinanzierungsmodellen.

Einer guten und zukunftssträchtigen Behandlung von Suchtkranken steht auch das Verbot einer Vielzahl von psychoaktiven Substanzen im Wege. Damit wir lernen können, psychoaktive Substanzen konstruktiv zu nutzen, erfolgversprechende Prävention zu entwickeln und eine sich nicht an einseitigen Ideologien orientierende Behandlung anzubieten, muss der Legalstatus aller Substanzen angepasst werden. So können sinnvolle Regulierungsmodelle entwickelt werden.

Die Arbeit im Feld der psychoaktiven Substanzen ist immer auch eine politische und berufspolitische Arbeit. Politik ist immer eine langwierige Sache. Wollen wir erfolgreich arbeiten, müssen wir auch hier tätig sein. ■

Mediennutzungsstörungen und ihre Komorbidität

Wissenschaftliche Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Jugendliche beim Umgang mit sozialen Medien zu unterstützen, sie für potenzielle Auswirkungen auf ihre mentale Gesundheit zu sensibilisieren sowie Interventionsformen zu entwickeln.

OLIVER BILKE-HENTSCH

Foto: Getty Images

In „normalen“ Zeiten nutzen psychisch belastete Kinder und Jugendliche oft gute Strategien, um Stress abzubauen. Sie treffen sich mit vertrauten Menschen, gehen ihren Hobbys nach. Während der Covid-Pandemie gab es jedoch zahlreiche Einschränkungen, die soziale Isolation oder Stress förderten. Wenn Risikofaktoren wie das Gefühl der Einsamkeit zunehmen und gleichzeitig Schutzfaktoren wie die Interaktion mit Freund:innen abnehmen, steigt das Risiko für psychische Probleme im Kontext der sozialen Medien. Schlechte psychische Gesundheit erhöht das Risiko eines jeglichen problematischen Substanz- und Medienkonsums bei Jugendlichen. Zu beachten sind:

1. Depressive Symptome: Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen übermäßiger Social-Media-Nutzung und stärkeren depressiven Symptomen.
2. Essstörungen, Angstzustände und Körperbild: Exposition gegenüber sozialen Medien kann das Körperbild beeinflussen und zu Essstörungen sowie Angstzuständen führen. Besonders der Vergleich mit idealisierten Darstellungen kann sich negativ auf das Körperbild auswirken.
3. Cybermobbing: Jugendliche sind online auch Cybermobbing und Belästigungen ausgesetzt.
4. Schlafstörungen: Die Nutzung sozialer Medien zur Verdrängung unangenehmer Gedanken kann zu Schlafstörungen führen.
5. Verbreitung von Informationen zu psychischen Störungen: Die Verbreitung problematischer

Inhalte in sozialen Medien kann ebenfalls die psychische Gesundheit Jugendlicher beeinträchtigen.

Game- und Social-Media-Abhängigkeit

Während diese Einflüsse für die meisten Jugendlichen erkennbare und spielerisch eingesetzte soziale Mechanismen sind, die sie nicht von realistischer Selbstreflexion und Selbstkritik abbringen, gibt es auch diejenigen, die sich ihre eigene Parallel- bzw. Gegenwelt schaffen, in die irgendwann ein „Überstieg“ bis hin zur wirklichen Abhängigkeit von Games und Social Media stattfindet. Über Lernmechanismen werden im Laufe der zunehmend online verbrachten Zeit spezifische und überwertig positive Wirkungserwartungen an die Onlinenutzung konsolidiert, wobei gleichzeitig vermehrt Verstärker aus der Offline-Lebenswelt entfallen. Hierdurch entstehen eine kognitive und affektive Trennung und Polarisierung von online vs. offline. Aus angepasstem (Mit-)Spielen wird sukzessive passiv-aggressive Verweigerung der Offline-Welt. Gerade für vulnerable Jugendliche, die erfahren, dass sie in einem Onlinespiel genau die sozialen Rollen verkörpern können, nach welchen sie sich in nicht-virtuellen Welten immer sehnten, werden hoch dysfunktionale Lernprozesse angestoßen.

Diagnostik und Differentialdiagnostik

Nützlich sind die systematische Erfassung und Bewertung der psycho-sozialen und der medizinisch-biologischen Folgen kindlichen und adoleszenten Problemverhaltens:



Dr. Oliver Bilke-Hentsch, MBA LL.M.

ist Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Mitglied der Geschäftsleitung der Luzerner Psychiatrie AG.



- Ressourcen des Kindes/Jugendlichen
- Informationen aus der Schule (mit Einverständnis der Eltern!)
- Aktueller Leistungsstand im Vergleich zum intellektuellen Potenzial
- Fehlzeiten (entschuldigt und unentschuldigt)
- Bisherige negative Konsequenzen in familiärer, schulischer und psychosozialer Hinsicht
- Vergesellschaftung mit Alkohol- und Drogenkonsumierenden und/oder dissozialen Jugendlichen
- Delinquente Aktivitäten bzw. Strafen wegen Verstoß gegen Verbot von Betäubungsmitteln, Eigentumsdelikten oder aggressiven Gewalttätigkeiten
- Substanzkonsum
- Therapieauflagen seitens der Schule, von den Eltern selbst oder durch Gerichtsbeschluss
- Riskantes Sexualverhalten z. B. bei Datingportalen
- Cybermobbing

Der Einfluss von Eltern und Sorgeberechtigten

Eltern können dazu beitragen, dass Jugendliche die negativen Auswirkungen der Social-Media-Nutzung auf ihre psychische Gesundheit vermeiden bzw. besser bewältigen, indem sie klare Grenzen setzen, was die Nutzung sozialer Medien betrifft; offene Kommunikation über potenzielle Risiken der Social-Media-Nutzung fördern; aufmerksam auf das Verhalten ihrer Kinder in den sozialen Medien achten und als gute Vorbilder selbst verantwortungsbewusst mit sozialen Medien umgehen.

Welche Rolle spielt die Therapie?

Die Therapie psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen beinhaltet ausführliche, störungsbezogene Diagnostik und eine mehrere Bausteine umfassende Behandlung. Dazu gehören Psychotherapie, psychosoziale Maßnahmen und in einigen Fällen auch medikamentöse Behandlung. Ansprechpartner sind Psycholog:innen, Kinder- und Jugend-Psychotherapeut:innen oder Kinder- und Jugendpsychiater:innen. Oft wird eine sogenannte multimodale Therapie durchgeführt, bei der unterschiedliche Therapiemaßnahmen kombiniert werden. Weitere Elemente sind die Aufklärung und Beratung der Eltern sowie unterstützende Trainings. Ziel ist es, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und behandlungsbedürftige Probleme von vorübergehenden, entwicklungsbedingten Schwierigkeiten abzugrenzen.

Im Sinne einer modularen Psychotherapie bedürfen Kinder und Jugendliche je nach Entwicklungsphase und Entwicklungsaufgaben bzw. vorliegender seelischer Problematik unterschiedlicher Herangehensweisen. Eine rein störungsorientierte, streng manualisierte Psychotherapie, die den sozialen Rahmen und die Biografie sowie die spezifischen Erfahrungen der Lockdowns und der sozialen Medien ausblendet, dürfte dagegen nicht ausreichend sein.

Mit einer systemischen Sichtweise des Gesamtgefüges der Patient:innen und ihrer Umgebung kann eine nachhaltige modulare Mehrebenen-Therapie auf dem Boden jener Mehrebenen-Diagnostik gelingen, im schweren Fall auch stationär. ■



Sucht und Sucht- behandlung im Wandel der Zeit

Die Sichtweise auf „Sucht“ sowie die Haltung gegenüber Abhängigkeitserkrankungen haben sich von den 1950er Jahren bis in die Gegenwart grundlegend verändert bzw. weiterentwickelt. Drei Schlüsselereignisse stehen im Mittelpunkt dieser historischen Aufarbeitung.

ALFRED UHL

Bereits von 1922 bis 1938 gab es eine Abteilung in einem Wiener psychiatrischen Krankenhaus, in der sich Alkoholiker freiwillig einer Suchtbehandlung unterziehen konnten. Dieses Angebot ging auf eine Initiative von Rudolf Wlassak zurück, Gründungsmitglied des sozialdemokratischen Arbeiter-Abstinenten Bundes. Wie Irmgard Eisenbach-Stangl (1994) ausführte, wurde es von freiwilligen Patienten (eine Behandlung von Frauen auf einer eigenen Frauenstation gibt es erst seit 1974) allerdings nur begrenzt angenommen, weil diese vom Umstand abgeschreckt wurden, dass es sich um eine Abteilung der „Irrenanstalt Steinhof“ handelte, wie das psychiatrische Krankenhaus damals genannt wurde. Alfred Springer (1994) betonte, dass die freiwillige Behandlung von Alkoholikern während der Zeit des Nationalsozialismus kein Thema war. Chronisch Süchtige galten als erbbiologisch minderwertig und waren von Internierung, Zwangssterilisation und Ermordung bedroht.

1953 formierte sich unter der Leitung von Hans Hoff, Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie der Universität Wien, eine Initiativgruppe von Psychiatern mit dem Ziel, eine offene Trinkerheilstätte in Wien zu gründen. Die Bestrebungen waren erfolgreich, was 1961 zur Eröffnung des „Genesungsheims Kalksburg“ führte, das 1975 in „Anton Proksch Institut“ umbenannt

wurde. Das Genesungsheim diente in der Folge als Modell für weitere auf Alkoholismus spezialisierte Behandlungseinrichtungen. Im Laufe der Zeit gewann auch die Behandlung anderer Suchtkrankheiten zusehends an Bedeutung.

In der Folge werde ich grundlegende Unterschiede in der Sichtweise auf „Sucht“ bzw. der Haltung gegenüber Abhängigkeitserkrankungen zwischen den 1950er Jahren und heute beschreiben und dabei auf drei Schlüsselereignisse fokussieren:

- einen Erlass des Sozialministeriums aus dem Jahr 1953, in dem festgestellt wurde, dass Alkoholismus als Krankheit zu verstehen sei, für deren Behandlungskosten die Krankenkassen aufzukommen haben.
- eine Stellungnahme des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger aus dem Jahr 1956, in der Alkoholismusbearbeitungen auf Krankenkassenkosten mit der Begründung abgelehnt wurden, dass es sich bei Alkoholismus um keine Krankheit handle.
- auf die 2015 verabschiedete Suchtpräventionsstrategie, die das aktuelle gesellschaftliche Grundverständnis zum Thema „Sucht“ zusammenfasst und auf einer vom Gesundheitsministerium beauftragten Delphi-Studie aufbaut, die Erfahrungen von rund hundert österreichischen Suchtexpert:innen erhoben hat.



Priv. Doz. Dr. Alfred Uhl

ist Gesundheitspsychologe und stv. Leiter des Kompetenzzentrums Sucht in der Gesundheit Österreich GmbH sowie stv. Leiter des Doctoral Programme Psychotherapy Science an der Sigmund Freud Privatuniversität.

Der Erlass des Sozialministeriums

Der Erlass hält fest, dass Trunksucht und Alkoholpsychosen Erkrankungen darstellen, deren Behandlung die Krankenkassen zu finanzieren haben. Diese Sichtweise war zentrale Voraussetzung für die geplante Gründung einer krankenkassenfinanzierten offenen Trinkerheilstätte. Trotz der erstmaligen Anerkennung von Alkoholismus als Krankheit weichen Formulierungen des Erlasses maßgeblich von den aktuell vorherrschenden Sichtweisen ab. Wörtlich heißt es etwa: „Nachdem die Trunksucht ein Symptom einer psychischen Erkrankung ist, bedarf sie ärztlicher Hilfe. Es sind daher jene Alkoholiker als Patienten aufzufassen, bei denen es in einem großen Prozentsatz gelingt, sie zu heilen. Auch Patienten mit Alkoholpsychosen sind als Kranke aufzufassen, bei denen, ebenfalls durch eine entsprechende Behandlung, die kürzere oder längere Zeit in Anspruch nimmt, eine Heilungsaussicht besteht. Menschen mit chronischem Alkoholismus und Charakterveränderungen können in der Regel nicht mehr beeinflusst werden. Hier ist die Internierung als eine soziale Maßnahme aufzufassen, die zum Schutze der Gesellschaft, vor allem der Familien und hier besonders der Kinder des chronischen Alkoholikers erfolgt. Der Oberste Sanitätsrat ist daher der Meinung, dass die Krankenkasse bei den beiden erstgenannten Gruppen verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen, während bei der letzten Gruppe jene Bestimmungen zu gelten hätten, die im Gesetz für die Internierung zum Schutze der Gesellschaft in Pflegeanstalten vorgesehen sind. Der Oberste Sanitätsrat weist noch darauf hin, dass der Übergang zwischen Trunksucht und chronischem Alkoholismus ein fließender sei und daher in jedem Falle vom Arzt die Frage müsse beantwortet werden können, ob eine kurative Möglichkeit und Notwendigkeit besteht oder nicht.“

„Chronisch Süchtige galten als *erbbiologisch minderwertig.*“

Die Stellungnahme des Hauptverbandes

Drei Jahre später, 1956, reagierte der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger – wie in einer Festschrift des Anton Proksch Instituts aus dem Jahre 2017 ausgewiesen wird – auf ein Ersuchen um Kostenübernahme ablehnend: „Der Alkoholismus ist keine Krankheit sondern eine Willensschwäche, die durch geeignete Erziehungsmaßnahmen beeinflusst und beseitigt werden kann, die aber einer ärztlichen Behandlung nicht bedarf.“

Moralische Verfehlung oder Krankheit?

Die Intention, eine Ausweitung des Leistungsangebots auf Alkoholismus zu verhindern, widersprach

der Argumentationslinie des 1953-Erlasses diametral und setzte sich auch nicht durch. Sie stand schon damals in klarem Widerspruch zu den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation WHO. In deren 1948 veröffentlichten sechsten Revision der internationalen Klassifizierung von Krankheiten (ICD 6) wurde sowohl der akute als auch der chronische Alkoholismus als Diagnose angeführt. Dass süchtiger Alkoholkonsum als behandlungswürdige Krankheit zu verstehen ist, wurde seither bei allen ICD-Revisionen aufrechterhalten. In der aktuellen österreichischen Suchtpräventionsstrategie wird ausdrücklich betont, „dass Sucht keine moralische Verfehlung, sondern eine Krankheit ist.“

Eigenständige Erkrankung oder Symptom?

Große Abweichungen von aktuellen Vorstellungen zum Thema Sucht und Suchtbehandlung gibt es allerdings auch im 1953-Erlass selbst. Dieser definiert „Trunksucht“ nämlich nicht als eigenständige Krankheit, sondern als Symptom einer psychischen Erkrankung. Da sowohl bei Krankheiten als auch bei deren Symptomen eine medizinische Behandlung indiziert ist, fällt diese Abweichung nicht unmittelbar auf. Wie Elvin Morton Jellinek 1960 in seinem Standardwerk „The Disease Concept of Alcoholism“ bezugnehmend auf einen Text von Albert Ullmann (1952) ausführte, ist diese Unterscheidung allerdings von großer inhaltlicher Relevanz, wenn es darum geht, Maßnahmen gegen süchtigen Alkoholkonsum zu entwickeln und zu rechtfertigen. Ullmann: Wenn „Alkoholismus als Symptom betrachtet wird, dann zielt das Behandlungsprogramm auf die Heilung der zugrunde liegenden Krankheit.“ Das steht im Gegensatz zum „Ansatz der Anonymen Alkoholiker, deren Mitglieder das süchtige Trinken selbst als die Krankheit betrachten und deren Programm darauf abzielt, die Abfolge jener Aktivitäten zu durchbrechen, die süchtiges Trinken bewirken.“ Versteht man Alkoholismus bloß als Symptom einer zugrunde liegenden psychischen Erkrankung, kann man zwar dessen Behandlung in psychiatrischen Abteilungen rechtfertigen, jedoch nicht unbedingt die Gründung spezieller unabhängiger Suchtkliniken.

Primärer und sekundärer Alkoholismus

Im Zitat von Ullmann finden wir noch einen weiteren wichtigen Aspekt: Definiert man Alkoholismus als eigenständige Erkrankung, ergibt sich die Frage, ob diese Erkrankung als Folge einer psychischen Primärerkrankung zu verstehen ist (sekundärer Alkoholismus) oder als Folge übermäßigen Alkoholkonsums ohne komorbide Primärerkrankung (primärer Alkoholismus). Hans Hoff tendierte in seinem Lehrbuch der Psychiatrie (1956) stark zur ersteren Position: „Die Gruppe, bei der durch Gewöhnung allein und durch steigende Mengen, in denen der Alkohol genossen wird, eine wirkliche Alkoholsucht ent-

stehen kann, ist zumindest in Österreich sehr klein“. Der Ansatz der Anonymen Alkoholiker interpretiert im Gegensatz dazu Alkoholismus überwiegend als „primären Alkoholismus“. Bei einer Untersuchung der stationär behandelten Patient:innen des Anton Proksch Instituts durch Nadja Springer (2006) ergab sich, dass rund 6 % der Frauen und rund 43 % der Männer als primäre Alkoholiker:innen zu bezeichnen waren und der Rest an sekundärem Alkoholismus litt.

Heilung von Alkoholkranken

Im 1953-Erlass wird festgestellt, dass nur Personen mit Alkoholproblemen medizinisch zu behandeln sind, bei denen große Heilungschancen bestehen. Allerdings wurde Heilung damals konsequent mit der Erzielung von Abstinenz gleichgesetzt. Diese Sichtweise widerspricht der aktuellen österreichischen Position diametral. Die Suchtpräventionsstrategie setzt explizit auf „Schadensminimierung“ für Einzelne, Gemeinschaften und die Gesellschaft. Weiter heißt es: „Vorrangig sind die Sicherung des Überlebens und der medizinischen und sozialen Grundversorgung, ohne dabei notwendigerweise auf eine Konsumreduktion abzielen.“

Diese Position entspricht dem § 133 des 1955 beschlossenen Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), welches nicht vollständige Heilung fordert, sondern bloß, dass „die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden“ müssen. Würde das ASVG ausschließlich auf Heilungen abzielen, wäre es unmöglich, bei chronischen Erkrankungen kassenfinanzierte Behandlungen durchzuführen. Und das, obwohl ein Großteil der medizinischen Interventionen chronische Erkrankungen betrifft, wo zwar eine merkliche Besserung der Lebensqualität aber keine völlige Heilung zu erwarten ist.

Zwangswise Internierung

Ein weiteres relevantes Detail im 1953-Erlass ist, dass für chronische Alkoholiker, bei denen eine Heilung nicht zu erwarten sei, generell eine Internierung zum Schutz der Gesellschaft vorgeschlagen wird. Ich möchte auf zwei Aspekte dieser Maßnahme hinweisen, die durch Forschung und gesellschaftlichen Wandel heute als überholt dastehen.

1. Im Licht des aktuellen Forschungsstandes müsste man den Erlass heute umsetzen, ein Großteil aller Suchtkranken zwangswise interniert werden. Dazu schrieb Alan Leshner (2003), langjähriger Direktor des US-amerikanischen National Institute on Drug Abuse (NIDA): „Die wissenschaftlichen Fortschritte der letzten 20 Jahre haben gezeigt, dass Drogenabhängigkeit eine chronisch rezidivierende Erkrankung ist.“

2. Unabhängig davon, ob es sich um eine akute oder eine chronische Suchterkrankung handelt, ist nach dem seit 1990 gültigen Unterbringungsgesetz die Unterbringung von Suchtkranken, die an einer psychischen Krankheit leiden, nur dann erlaubt, wenn „im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet“ ist und keine Möglichkeit besteht, dass die Person „außerhalb einer psychiatrischen Abteilung ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann“. Nach aktueller Rechtsprechung muss für eine zwangsweise Internierung eine unmittelbare und massive Gefährdung des eigenen oder eines fremden Lebens vorliegen – was bei den meisten chronisch Suchtkranken nicht der Fall ist.

„Heilung wurde damals konsequent mit der *Erzielung von Abstinenz* gleichgesetzt.“

Abschließende Bemerkungen

In den 1950er Jahren wurden Alkoholismus und Suchterkrankungen noch in hohem Ausmaß aus einer moralisierenden Warte beurteilt. Die Fachwelt freundete sich jedoch sukzessive mit einer medizinischen Perspektive an, durch die auch kassenfinanzierte Behandlung Süchtiger argumentierbar war. In der westlichen Welt hat sich ein demokratisches, an den Menschenrechten orientiertes Menschen- und Gesellschaftsbild durchgesetzt, wodurch sich auch der Blick auf psychische Erkrankungen erheblich wandelte. Dass Süchtige als Kranke zu sehen sind, denen im Versicherungsfall eine kassenfinanzierte Behandlung zusteht, ist inzwischen eine Selbstverständlichkeit, die es angesichts von Ressourcenknappheit im medizinischen Versorgungsapparat und spürbaren gesellschaftlichen Gegenströmungen wieder zusehends stärker zu verteidigen gilt. Auch dass Kranke gemeinsam mit den Behandelnden über die Behandlungsziele entscheiden können und über Details ihrer Therapie informiert werden müssen, sowie dass Persönlichkeitsrechte von Patient:innen zu schützen sind und auf deren Menschenwürde unter allen Umständen geachtet werden muss, ist in Österreich seit 1999 in der Patientencharta festgelegt, die zwischen Bund und Ländern abgeschlossen wurde. ■

Zieloffene Sucht- behandlung: Abstinenz und mehr

Suchtbehandlung gelingt nur, wenn Patient:innen mit im Boot sitzen, also selbst gewollte Änderungsziele verfolgt werden, und die von ihnen gewünschte Behandlungsform zum Einsatz kommt. An dieser Maxime orientiert sich die partizipativ ausgerichtete Zieloffene Suchtbehandlung.

JOACHIM KÖRKE

Das Erreichen und Stabilisieren einer abstinenter Lebensweise bildet bis heute die zentrale Behandlungsausrichtung bei Alkohol-, Tabak- und Drogenabhängigkeit wie auch bei vielen nicht-stoffgebundenen Süchten, etwa pathologischem Glücksspiel. Die Substitutionstherapie opioidabhängiger Menschen, aber auch schadensmindernde, niedrighschwellige Angebote, verstanden als Übergang zu einem weniger schädlichen Konsum bei gleicher Konsummengde (Nutzung sterilen Injektionszubehörs und eines Drogenkonsumraums, Drug-Checking, Übergang von der Tabakzigarette zur E-Zigarette u.a.m.), bilden die Ausnahme von der Regel.



Prof. Dr. Joachim Körkel ist wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung an der Evangelischen Hochschule Nürnberg und Co-Leiter des Instituts für Motivational Interviewing Nürnberg.

Grenzen und Nachteile des Abstinenzmonopolismus

So verdienstvoll und erhaltenswert Abstinenzbehandlungen sind: Eine Abstinenzfixierung im Behandlungssystem ist unangebracht, da die meisten suchtbelasteten Menschen für ein gänzlich suchtmittelfreies Leben und entsprechende Behandlungen nicht zu gewinnen sind, lebenslange Abstinenz ihren Lebensvorstellungen widerspricht, sie damit überfordert sind oder bereits eine Karriere des Scheiterns mit Abstinenzbehandlungen hinter ihnen liegt. Nicht überraschend, gehen mit dem Abstinenzmonopolismus eine Reihe abträglicher Folgen einher: Die Inanspruchnahme von Abstinenzbehandlungen ist gering und erfolgt meist

erst nach Chronifizierung der Abhängigkeit; ein erheblicher Teil der Patient:innen „zieht“ die Behandlung ohne Abstinenzvorschatz (sondern mit dem Ziel einer Reduktion) „durch“, erweist sich deshalb als „widerständig“ bzw. „krankheitsuneinsichtig“ – und macht dadurch den Behandelnden das Leben schwer. Die Abbruchquoten sind daher beachtlich, die Erfolge sind nicht zufriedenstellend und oftmals werden ethische Standards wie das Recht auf Selbstbestimmung verletzt – auch in Bezug auf das Ziel einer Konsumänderung.

Charakteristika suchtbelasteter Menschen

Statt von vornherein nur auf Abstinenz als Behandlungsziel zu setzen, ist es sinnvoll, sich erst einmal die Ausgangssituation vor Augen zu führen:

- Menschen mit einer Substanzkonsumstörung konsumieren fast ausnahmslos mehrere Substanzen, die bereits für sich (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.
- Sofern eine Behandlung überhaupt in Anspruch genommen wird, ist deren Gegenstand meist nur die „Hauptproblemsubstanz“ (z.B. Opioide in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger). Der sonstige Konsum wird meist in Kauf genommen, sofern er die Behandlung nicht „stört“.



- Bei erstaunlich vielen der konsumierten Substanzen besteht bereits (intrinsische) Änderungsbereitschaft, die von professioneller Seite oft unterschätzt wird – nicht zuletzt in Bezug auf den Tabakkonsum.
- Nicht Abstinenz, sondern Konsumreduktion (oder Schadensminderung) ist das vorrangige Änderungsziel suchbelasteter Menschen.
Erforderlich ist es deshalb, neben Abstinenzbehandlungen und schadensmindernden Angeboten, auch solche zur Konsumreduktion vorzuhalten.

„Nicht überraschend, gehen mit dem *Abstinenzmonopolismus* eine Reihe *abträglicher Folgen* einher.“

Konsumreduktionsbehandlungen

Zur Reduktion des Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsums sowie nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltens stehen verhaltenstherapeutische Selbstkontrollbehandlungen (z.B. zum Kontrollierten Trinken, KT) zur Verfügung, die pharmakotherapeutisch (v.a. durch Nalmefen) oder durch Selbsthilfegruppenbesuche unterstützt werden können. Inhaltlich geht es in Reduktionsbehandlungen – im Folgenden verdeutlicht anhand des Kontrollierten Trinkens – darum, vom gegenwärtigen Konsum (Baseline) ausgehend, den weiteren Konsum Woche für Woche an drei selbst festgelegten Zielgrößen auszurichten:

- der Höchstmenge an Alkohol pro Tag
- dem Maximalkonsum in der gesamten Woche
- der Anzahl alkoholfreier Tage

Zur Zielerreichung dienen etwa das Führen eines Trinktagebuchs, das Umrechnen und Zählen des konsumierten Alkohols in „Standardkonsumeinheiten“ (SE; bei Alkohol entspricht 1 SE 20 g Ethanol, enthalten in 0,5 l Bier oder 0,2 l Wein oder 3 einfachen Schnäpsen à 2 cl), der Einsatz persönlich zugeschnittener Reduktionsstrategien, die Antizipation und Bewältigung von Risikosituationen, der Umgang mit „Ausrutschern“, das Angehen psychischer, gesundheitlicher und sozialer Probleme oder das Aktivieren konsumfreier Formen der Freizeitgestaltung.

Wirksamkeit

Für alle drei Zielausrichtungen – Abstinenz, Schadensminderung und Konsumreduktion – liegen wissenschaftlich aussagefähige 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. So ist

zum Beispiel gut nachgewiesen, dass wesentlich mehr Alkoholabhängige zu einer Reduktions- als zu einer Abstinenzbehandlung bereit sind und KT-Behandlungen mindestens so positive Effekte wie Abstinenzbehandlungen erzielen – auch bei schwer Alkoholabhängigen und dies stabil über Jahre hinweg. Der Nutzen einer Alkoholtrinkmengenreduktion zeigt sich in vielfältiger Weise: Mit jeder Reduktion von 20 g Alkohol pro Tag gehen linear Besserungen im sozialen Bereich (Partnerschaft, Arbeit, nicht-alkoholisierendes Autofahren etc.), der psychischen und physischen Gesundheit und Lebensqualität sowie ein Rückgang von Ängsten und Depressionen einher. Diese Ergebnisse schließen nicht aus, dass KT für einen Teil der Abhängigen unerreichbar bleibt – genauso wie für einen anderen Teil Abstinenz dauerhaft unrealistisch ist.

Komponenten Zieloffener Suchtbehandlung

Das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung (ZOS) knüpft am Multisubstanzkonsum der Patient:innen und ihren differierenden Änderungszielen sowie dem Grundsatz partizipativer Entscheidungsfindung („shared decision making“) an. ZOS bedeutet, mit Patient:innen an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, welches sie sich selbst setzen (Abstinenz, reduzierter Konsum, Schadensminderung u.a.m.).

Suchtverständnis und Haltung in der Zieloffenen Suchtbehandlung

Eine zieloffene Behandlungsausrichtung erfordert zunächst eine Klärung des eigenen Suchtverständnisses und der Haltung, mit der man suchtbelasteten Menschen gegenübertritt.

Ein ZOS-zuträgliches Suchtverständnis beinhaltet, suchtbelastete Menschen nicht als hilflose Opfer ihrer Sucht zu betrachten, die sich einzig durch Abstinenz ihrer Sucht entledigen könnten – sondern als Menschen mit Wahlmöglichkeiten und Änderungsoptionen, unter denen Reduktion oder Schadensminderung genauso realistisch wie Abstinenz sein können. ZOS nimmt somit Abstand von den Annahmen über das „Wesen der Sucht“, die in Jellineks dispositionelles Krankheitsmodell der Sucht eingeflossen sind. Und sie nimmt Abstand von einer bedeutungsüberladenen Terminologie, wie „Kontrollverlust“, „craving“ und „Suchtgedächtnis“, die mit der Assoziation „nur Abstinenz ist möglich“ verknüpft ist.

Eine ZOS-kompatible Haltung impliziert, Patient:innen dialogisch-partnerschaftlich („auf Augenhöhe“) und ohne „Rechthabereflex“ („Ich bin der Experte und sage Ihnen, was Ihr Problem ist und wie die Lösung aussieht“) zu begegnen, an ihren Sichtweisen interessiert zu sein, ihnen Entscheidungsautonomie zuzugestehen und zu

konstatieren, dass letztlich nur sie entscheiden können, was für sie am besten ist – auch hinsichtlich des zukünftigen Umgangs mit dem Suchtmittel. Diese Haltung ist entscheidend für den Erfolg einer Suchtbehandlung und oftmals wichtiger als der psychotherapeutische Ansatz (etwa Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie).

Praktische Umsetzung Zieloffener Suchtbehandlung

Die Umsetzung von ZOS erfolgt in drei systematischen Schritten, die alle im Stil der Motivierenden Gesprächsführung („Motivational Interviewing“) durchgeführt werden.

Im ersten Schritt verschafft man sich mit den Patient:innen einen Überblick über alle konsumierten Substanzen und süchtigen Verhaltensweisen, im zweiten Schritt klärt man substanzweise die Änderungsintentionen ab und im dritten Schritt setzt man je nach Substanz und Ziel der Patient:innen passende Behandlungsmaßnahmen ein.

Zur Umsetzung des ersten und zweiten Schritts kann ein Kartensatz genutzt werden, über den der Konsum dialogisch erörtert und die Patient:innen in eine aktive Rolle im Änderungsprozess gebracht werden.

Zunächst überprüfen Patient:innen anhand von 16 weißen Substanzkarten (Alkohol, Tabak, Beruhigungsmittel, Cannabis etc.) und 5 weißen Suchtverhaltenskarten (Essverhalten, Glücksspiel, Sexsucht etc.) ihren Konsum. Die Karten mit eigener Konsumerfahrung verbleiben auf dem Tisch, die anderen werden weggelegt.

Danach werden die Patient:innen darum gebeten, jede ihrer Substanzen/Suchtverhaltensweisen zu einer von sechs gelben Zielkarten zu ziehen („ganz aufhören“, „für einige Monate aufhören und dann weitersehen“, „reduzieren“, „nichts verändern“, „weniger schädlich weiterkonsumieren“, „weiß es im Moment nicht“) – was in der Regel von Substanz zu Substanz unterschiedliche Zielvorstellungen offenbart. So kann etwa ein:e Drogenkonsument:in 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.

Im dritten Schritt werden für die jeweilige Substanz die Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt, die zur Erreichung des Behandlungsziels zur Verfügung stehen, sodass die Patient:in die präferierte Behandlung auswählen kann. So können Patient:innen, die sich zum Beispiel für KT als Änderungsziel entscheiden, im Rahmen einer ambulanten Behandlung in unterschiedlicher Form und Intensität unterstützt werden:

- Ohne größeren Zeitaufwand können Patient:innen im Rahmen einer sogenannten „Kurzinter-

vention“ ausgewählte schriftliche Unterstützungshilfen zum KT (z.B. ein Alkoholselbsttest, Trinktagebuch mit Ausfüllhinweisen, Anleitung zur Festlegung wöchentlicher Konsumziele, Checklisten mit Reduktionsstrategien, Internetlinks etc.) oder – bei entsprechender Bereitschaft der Patient:in – ein ausführlicheres Selbsthilfe- bzw. Selbstmanagementmanual ausgehändigt werden. In Folgeterminen können die Umsetzung ausgewertet und das Vorgehen angepasst werden.

- Bei größerem Zeitbudget kann eine Einzel- oder Gruppenbehandlung zum KT durchgeführt werden, etwa in Form des zehn Sitzungen umfassenden Ambulanten Einzel-/Gruppenprogramms zum Kontrollierten Trinken (vgl. iss-nuernberg.de; kontrolliertes-trinken.de).

Die Umsetzung von ZOS ist auch in allen stationären Kontexten möglich (z.B. Entzugsstation, Tagesklinik, Entwöhnungseinrichtung, Betreutes Wohnen, Langzeitwohnheim), wobei es je nach Einrichtungstyp eines darauf abgestimmten ZOS-Umsetzungskonzeptes bedarf. Um es an einem Beispiel zu verdeutlichen: Eine Patient:in befindet sich in einer 10-tägigen stationären Alkoholentzugsbehandlung, nach der er:sie – wie die systematische Zielabklärung ergeben hat – weiterhin „sein:ihr Bier“ trinken möchte, aber keinen Schnaps, um in keinen so schweren Entzug mehr abzugleiten. Was könnte getan werden? Indiziert und zeitlich möglich wäre eine Kurzintervention zum KT, ergänzt durch das Angebot wöchentlicher Telefonate (oder Videoaustausch) oder weitere Gespräche vor Ort in der Ambulanz durch den:die gleiche:n Mitarbeiter:in wie auf der Entzugsstation (alternativ: Gespräche in einer kooperierenden Beratungsstelle, wenn dazu bereits ein Kontakt hergestellt ist). Bei weiterem Bedarf und Behandlungsbereitschaft könnte sich eine intensivere ambulante Begleitung in der Ambulanz oder Beratungsstelle in Form von zehn Sitzungen eines KT-Einzel- oder Gruppenprogramms anschließen.

Fazit

Lebenslange Abstinenz von Suchtmitteln ist bei suchtbelasteten Menschen eine sinnvolle Zieloption. Die Mehrzahl von ihnen strebt aber keine Abstinenz von allen Substanzen an und/oder ist nicht in der Lage, von allen Substanzen abstinent zu leben. Die Behandelnden stehen deshalb unweigerlich vor der Herausforderung, konstruktiv mit nicht-abstinenzenorientierten Konsumzielen der Patient:innen umzugehen, statt auf Abstinenz zu beharren. Zudem gilt es, Reduktionsbehandlungen (sowie schadensmindernde Behandlungen) gleichberechtigt neben Abstinenzbehandlungen vorzuhalten, zumal diese mindestens genauso gute Ergebnisse wie Abstinenzbehandlungen erwarten lassen. ■

Rückfall! Na und?

Recovery-orientierte, restriktionsarme und zieloffene Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeits-erkrankung.

STEFAN ZAHS

Wer kennt sie nicht, Urin- und Alkoholkontrollen, Ausgangssperren oder gar disziplinarische Entlassungen. Dies alles sind Restriktionen, die bei der Therapie von Suchterkrankungen eingesetzt werden. Aber ist das überhaupt nötig und was passiert, wenn wir es anders machen?

Objektiv betrachtet ist Substanzabhängigkeit eine Erkrankung, die im ICD-10 (International Classification of Diseases, WHO) klassifiziert ist und in Kliniken behandelt wird. Neben körperlichen Symptomen gehören spezifische Verhaltensweisen wie Substanzkonsum, Craving, Bagatellisieren, Verheimlichen und Täuschen zu den Symptomen der Erkrankung. Sie alle können nur sehr schwer willentlich beeinflusst werden. Trotzdem wird klassischerweise erwartet, dass die Patient:innen dieses Verhalten mit der Aufnahme in eine Klinik unterlassen. Gelingt ihnen dies nicht, reagieren wir oft mit Restriktionen. Aber ist es nicht so, dass unsere Patient:innen klassische Symptome ihrer Erkrankung zeigen, wenn sie konsumieren, verheimlichen oder Unwahrheiten sagen?

Seit Beginn der 1990er-Jahre gibt es zahlreiche Untersuchungen und Studien, die nahelegen, dass Restriktionen einen ungünstigen therapeutischen Effekt haben und sich sogar negativ auf Therapieverläufe auswirken. Deutlich sinnvoller scheinen offene restriktionsfreie Konzepte zu sein, die auf partizipativen Elementen bauen. Seit nunmehr zehn Jahren praktizieren wir eine solche partizipative und Recovery-orientierte Haltung in

der psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Wir konnten erleben, dass restriktionsfreies und beziehungs-betontes Arbeiten gut umsetzbar und erfolgreich ist. Aber was bedeutet „restriktionsfrei“ genau?

Angstfreies Milieu

Wir definieren dies so, dass keine Restriktionen auf Grund der Symptome der Erkrankung Sucht eingesetzt werden. Bei sozial problematischen Verhaltensweisen, wie etwa Drohungen, Anbieten von Drogen, Dealen oder Gewalt, jedoch schon. Gleichzeitig verzichten wir auf Urin- oder Alkoholkontrollen und fördern stattdessen eine transparente Gesprächskultur zum Konsumverhalten. Wir motivieren unsere Patient:innen durch eine positive und tragfähige Beziehungsgestaltung zum offenen Gespräch über ihr Suchtverhalten und arbeiten mit Konsumereignissen. So entsteht ein angstfreies Milieu, in dem es den Menschen gelingen kann, ihren persönlichen Weg aus der Erkrankung zu finden und offen über sich und ihre Konsummuster zu sprechen.

Eine quantitative Befragung der interdisziplinären Stationsteams konnte verdeutlichen, wie kritisch und kontraproduktiv die Mitarbeitenden den Einsatz von Restriktionen bewerten. Viele halten diese sogar weitgehend für überflüssig. Insbesondere die therapeutische Beziehung wird durch Einsatz von Restriktionen nachhaltig gestört und wirkt sich ungünstig auf den Therapieverlauf aus. Die Möglichkeit der Betroffenen, selbst und angstfrei über ihren Genesungsweg entscheiden zu können, wird dabei besonders hervorgehoben.



STEFAN ZAHS, CAS
ist Dipl. Pflegefachmann und leitet die Station für Psychotherapie bei Abhängigkeits-erkrankungen der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Er ist zudem Mitglied in Suchtfachgremien der Ostschweiz.



Foto: Getty Images

Eine weitere quantitative Untersuchung konnte nachweisen, dass sich die Verantwortungsübernahme und das Funktionsniveau deutlich verbesserten. Die Anzahl der Konsumereignisse während der Therapie ist im gleichen Zeitraum, trotz besserem Outcome, angestiegen, was den Nachweis erbringt, dass unsere Patient:innen tatsächlich vermehrt mit uns ins Gespräch über ihre Konsummuster kommen und weniger Konsumereignisse verheimlichen müssen.

Die daraus gewonnenen Erkenntnisse, die Praxiserfahrungen und der damit verbundene Hal tungswchsel ließ bei unseren Stationsteams den Wunsch entstehen, sich mit Zieloffener Suchtarbeit (nach Körkel) zu befassen.

Wenn wir mit Patient:innen wirklich partizipativ arbeiten, ist dann die Abstinenz als alleiniges Behandlungsziel noch sinnvoll? Viele Menschen können mit einer auf Konsumkontrolle oder -reduktion ausgerichteten Behandlung erfolgreich sein und ihre Lebensqualität und Funktionsfähigkeit steigern. Deswegen haben wir vor einigen Monaten begonnen, die Zieloffene Suchtarbeit im Abhängigkeitsbereich unserer Klinik mit Begleitung des Instituts für innovative

Suchtforschung einzuführen und sehen bereits erste Erfolge.

Wir motivieren unsere Patient:innen durch eine *positive und tragfähige Beziehungsgestaltung zum offenen Gespräch über ihr Suchtverhalten.*

Die Sinnhaftigkeit und Funktionalität einer restriktionsfreien, partizipativen und beziehungsbe-
tonten Arbeitsweise wird durch das beschriebene
Praxismodell verdeutlicht. Sie ist möglich und
auch aus ethischer Sicht notwendig. Die Zieloffene
Suchtarbeit ist dabei eine logische Weiterent-
wicklung der bisherigen Praxis und ein stimmiges
Therapiekonzept. Eine Recovery-orientierte Grund-
haltung bildet dabei die notwendige Basis für eine
Betroffenen-orientierte und humanistische Grund-
haltung. Deshalb: Rückfall! Na und! ■

Podcast Redesucht

Episode 8: 50+1 Jahre Behandlung Drogenabhängiger in Österreich

Auch der Podcast „RedeSucht“ befasst sich anlässlich der API-Jubiläumstagung im November 2023 mit der Entwicklung der Suchtbehandlung in Österreich. Zu Gast in Folge 8 ist Ewald Lochner, der Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützigen GmbH, kaufmännischer Leiter des PSD Wien, Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien. Gemeinsam mit Gastgeber Dr. Oliver Scheibenbogen spannt er einen Bogen von den Ursprüngen der Suchtbehandlung bis in die heutige Zeit. So erwies sich der in den 1970er-Jahren in der österreichischen Drogenpolitik etablierte Grundsatz „Therapie statt Strafe“ als besonders wichtiger Beitrag, um suchtkranke Menschen weniger zu stigmatisieren. Österreich nahm mit diesem neuen Weg in Europa eine Vorreiterrolle ein.



In den 1990er-Jahren folgte mit der Erkenntnis, dass Sucht- und Drogenpolitik in größeren Kommunen als Querschnittsmaterie betrachtet werden muss, ein weiterer Meilenstein. Heute gilt es als allgemein anerkannt, dass die multiprofessionelle Behandlung unter einem Dach den wirksamsten Ansatz bei Suchterkrankungen darstellt. Die psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen angesichts der multiplen Krisen unserer Zeit identifiziert Lochner als eine der wichtigsten Herausforderungen der kommenden Jahre. Auch neue Angebote wie das vom Anton Proksch Institut in Kooperation mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) umgesetzte Pilotprojekt STEPS für Jugendliche und junge Erwachsene kommen in der aktuellen Folge von „RedeSucht“ zur Sprache. Hören Sie „RedeSucht“ auf allen gängigen Podcast-Plattformen wie z.B. Spotify, Apple Music oder direkt auf der API-Homepage unter: api.or.at/mediathek/redesucht/



Fotos: Getty Images

Aktueller Buchtipp

ALWAYS ON - Verführung und Gefahr digitaler Medien

Roland Mader, Oliver Scheibenbogen

Wien: maudrich (2023)

Die unendlichen Möglichkeiten und das vielfältige Angebot des Internets können zur Folge haben, dass sich so mancher darin verirrt oder verliert. Jugendliche, die mit ihrem Avatar stärker verbunden sind als mit sich selbst, exzessives Online-Shopping, das die Existenz bedroht, oder Binge-Watching bis zum Morgengrauen – all das beobachten Dr. Roland Mader und Dr. Oliver Scheibenbogen, Suchtexperten am Anton Proksch Institut, immer öfter in ihrer täglichen Praxis. Wie es dazu kommt und mit welchen Mitteln man gegensteuern kann, zeigen sie in ihrem neuen Ratgeber „Always On“. Ganz ohne Verbote und Verteufelungen bieten sie praktische und dem aktuellen Lebensstil angepasste, umsetzbare Tipps für einen sorgsameren Umgang mit digitalen Medien für jede Altersstufe. Sie zeigen, welches Verhalten in den verschiedenen Bereichen empfehlenswert ist – von Online-Gaming oder -Shopping und Glücksspiel bis hin zu Social Media, Virtual Reality und KI. Übersichtlich gestaltete Richtlinien, etwa zur Nutzungsdauer und dem Verhalten für jeden Bereich, ermöglichen eine hilfreiche Selbsteinschätzung und zeigen, worauf man in der Erziehung und im eigenen Alltag achten kann, um eine Gefährdung zu vermeiden. Denn die Stärkung der Fähigkeiten und Fertigkeiten der Nutzer:innen digitaler Medien ist der beste Weg, damit diese die positiven Möglichkeiten des Internets optimal nutzen können, aber auch die Risiken und Gefahren richtig einschätzen und entsprechend handlungsfähig werden.



IMPRESSUM

Herausgeber

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

Medieneigentümer

API Betriebs gemeinnützige GmbH
Gräfin-Zichy-Straße 6
1230 Wien
+43 1/880 10-0
www.api.or.at

Für den Inhalt verantwortlich

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien
API Betriebs gemeinnützige GmbH

Autoren dieser Ausgabe

Toni Berthel
Oliver Bilke-Hentsch
Joachim Körkel
Alfred Uhl
Stefan Zahs

Redaktion & Projektmanagement

Michael Robausch
(bettertogether Kommunikationsagentur)

Gestaltung

Jessica Bernhart
Markus Zahradnik-Tömpe
(Schrägstrich Kommunikationsdesign)

Coverfoto

Getty Images

Druck

Gedruckt nach der
Richtlinie „Druckerzeugnisse“
des Österreichischen
Umweltzeichens,
Wograndl Druck GmbH,
UW-Nr. 924



api | STIFTUNG
ANTON
PROKSCH
INSTITUT

KLINIKUM
AKADEMIE
FORSCHUNG



ANTON PROKSCH INSTITUT
API BETRIEBS GEMEINNÜTZIGE GMBH