

# Das Ganze ist mehr als die Summe der Teile

Ralf Schneider

Als die Sucht 1968 sozialrechtlich als chronische, primär psychische Störung mit Krankheitswert anerkannt wurde, verlagerte sich ihr Behandlungsschwerpunkt in Richtung der bis dahin weitgehend vernachlässigten und nur unsystematisch zur Anwendung gekommenen Psychotherapie. Auf Grund des großen Nachholbedarfs prägte sie in der Folgezeit die Entwicklung der Suchtbehandlung so umfassend, dass die diesjährige Tagung des Fachverbandes geradezu beschwörend versichern zu müssen scheint, dass Psychotherapie nicht alles ist, sondern nur Teil eines vielfältig gegliederten, größeren Ganzen. Tatsächlich ist sie zwar nicht alles, aber sie war eben doch der wesentliche Motor für fast alle wesentlichen Fortschritte. Die Denkweise der wissenschaftlichen Psychologie verhalf dazu, die richtigen Fragen zu stellen und Neuerungen gesichert zu erproben. So wurde die monolithische „Sechsmonatskur“ systematisch einer Qualitätsprüfung unterzogen und in Richtung einer Individualisierung und Differenzierung der Maßnahmen entwickelt. Dies war das vorrangige Ziel der Behandler und Leistungsträger während der letzten 25 Jahre. Die Kongressbände des „Fachverband Sucht“ spiegeln das anschaulich wider.

Differenzierung ist aber nur die eine Seite in der Dialektik von Entwicklungsprozessen. Die andere ist die Integration. Die zurückliegende Phase der Differenzierung hat immer mehr Therapiekonzepte und Therapiemethoden hervorgebracht, deren Vielfalt einen Grad erreicht hat oder bald erreichen wird, der sich dysfunktional und desintegrierend auswirken kann. Das würde weder denen zunutze kommen, denen die Suchttherapie helfen soll, noch dem Hilfesystem selbst hinsichtlich seines zukünftigen Bestandes in einem auch sozialpolitisch zusammenrückenden Europa. Integration zu einer prägnanten Gestalt als Gegenpol zur Differenzierung in eine beliebig wirkende Anhäufung von Einzelmaßnahmen tut deshalb not.

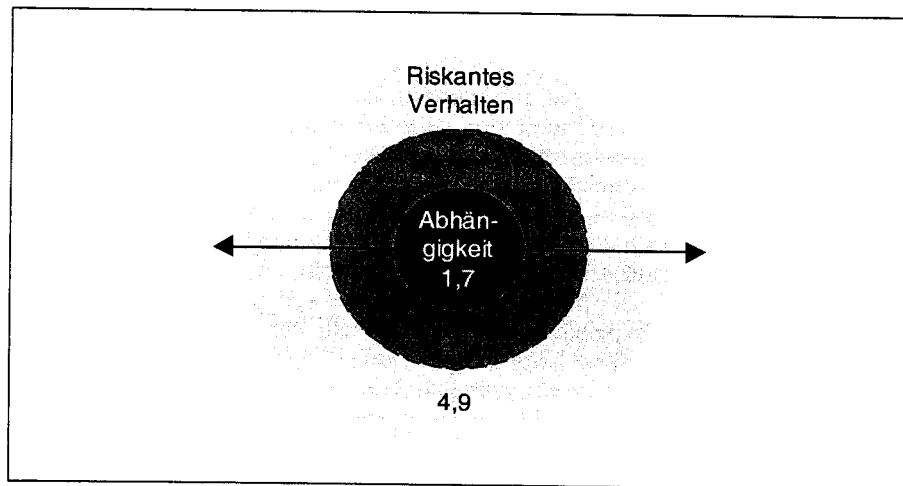
An drei Beispielen soll diese Notwendigkeit erläutert werden: An den Grenzen unseres Arbeitsfeldes, an den zur Anwendung kommenden Mitteln und Wegen und am Störungsverständnis und den damit zusammenhängenden Behandlungszielen. Vorausgesetzt wird dabei etwas, das bei näherer Betrachtung nicht so selbstverständlich ist, wie es scheint, dass nämlich die Suchttherapie ein abgrenzbares System ist. Günther Anders (1980, S. 711) zieht diese Voraussetzung ganz allgemein in Zweifel, wenn er schreibt: „...es wäre durchaus denkbar, dass sich die Welt als ganze in Desintegration befindet, was von unserer Menschheit sogar mit großer Wahrscheinlichkeit gilt – womit gesagt wäre, dass der Seinsgrad des Zusammenhangs geringer wäre als der der partikulären Entitäten, dass, gegen Aristoteles, das Ganze weniger wäre als die Summe seiner Teile“. Dies könnte selbstverständlich auch für die Art und Weise gelten, wie wir mit dem Drogenkonsum und dessen Folgen umgehen.

Wir wollen im folgenden aber annehmen, dass wir es bei der Suchthilfe mit einem System zu tun haben, dessen innere Kräfte des Zusammenhaltes die Fliehkräfte einzelner Teile überwiegen, und dass es politisch erwünscht ist, diese konturierte Gestalt zu bewahren und zu evolvieren, nicht zu revolutionieren.

## Das Arbeitsfeld

Im „Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren wird als erste Entwicklungsperspektive für die Zukunft genannt: „Es ist sinnvoll, die Zielgruppen der Suchtkrankenhilfe zu erweitern, indem Menschen mit Substanzproblemen, die im sozialrechtlichen und medizinischen Sinne nicht als Kranke gelten, einbezogen werden. Diese Definition „Menschen mit Substanzproblemen“ soll nicht nur Personen mit schwerwiegenden Substanzproblemen oder Suchtkranke umfassen, sondern auch bereits Personen, bei denen „nur“ Probleme in Zusammenhang mit einem Substanzgebrauch bestehen.“

Abb. 1: Dimensionale Ausweitung (Zahlen in Mio., bezogen auf Alkohol)



Die Dimension des Arbeitsfeldes wird in dieser Perspektive zentrifugal vom Kern der Suchtkranken hin zu weniger stark ausgeprägten Störungsformen ausgeweitet. Es scheint so, dass diese Entwicklung von allen gesellschaftlichen Gruppen als logisch, sinnvoll und erfolgversprechend erachtet wird.

An anderer Stelle des genannten Gesamtkonzeptes wird hinzugefügt: „Als Zielgruppen der Suchtkrankenhilfe sind weiterhin Personen einbezogen, die nicht

substanzbezogene süchtige Verhaltensweisen zeigen. Hier ist zu denken an die Spielsucht sowie die Anorexie und die Bulimie: Diese Zielgruppen werden als Menschen mit (subjektiven oder objektiven) Problemen mit Glücksspiel oder mit subjektiven oder objektiven Problemen mit Anorexie oder Bulimie bezeichnet. Insofern ist diese Eingrenzung mit den Gruppen mit substanzbezogenen Problemen sehr gut kompatibel. Zum Schluss sei darauf hingewiesen, dass auch die Angehörigen eine Zielgruppe der Suchtkrankenhilfe sind.“

Neben der dimensionalen Ausweitung des Arbeitsfeldes in Richtung des Missbrauchs, des kritischen Konsums und der Prävention gibt es also noch eine zweite Tendenz zur kategorialen Ausweitung der Suchtkrankenhilfe durch Hinzunahme weiterer Störungsbilder und Personengruppen. Korrekt müssten wir dann von einem Hilfesystem (a) für Personen, die einen mindestens kritischen Umgang mit potentiell Sucht erzeugenden psychoaktiven Substanzen pflegen, (b) für deren unmittelbare Bezugspersonen und (c) für Personen mit Essstörungen (ICD F50) und pathologische Spieler (ICD F63.0) sprechen. Warum nicht Schlafstörungen (F51) oder der Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen, wie Antidepressiva, Laxantien, Analgetika (F55), oder pathologisches Stehlen, Brandstiftung und Trichotillomanie mit einbezogen werden, wird selten ernsthaft diskutiert. Die Grenzziehung erscheint weder zwingend noch absolut schlüssig.

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es natürlich ausgesprochen sinnvoll, zu einem frühen Zeitpunkt Warnhinweise zu setzen und Interventionen für Problempersonen bereitzustellen. Und aus pragmatischer Sicht mag die Behandlung vieler Arten von Störungen der Impulskontrolle, von einigen Formen der Persönlichkeitsstörungen oder von „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen“ in Suchtkliniken, die über die entsprechenden medizinischen und therapeutischen Ressourcen verfügen, gewiss besser leistbar sein als irgendwo sonst. Aber jede Ausweitung des Gegenstandsbereiches über die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen hinaus kann der Arbeit im bisherigen Kernbereich Ressourcen entziehen und ihr im schlimmsten Fall sogar schaden. Beispielsweise kann die implizite Definition einer „guten Klinik“ als einer, die imstande ist, alle Varianten der Sucht mit allen vorkommenden Nebenerkrankungen zu behandeln, Klinikleitungen dazu verführen, die von der Personaldecke, Lage und Größe ihrer Einrichtung her gesetzten Beschränkungen zu überschreiten und damit ihr zwar enger umgrenztes, aber möglicherweise hervorragendes Potential zu überfordern und aufzuheben. Aber nicht nur einzelne Einrichtungen können in dieser Weise durch die Ausweitung des Arbeitsgebietes der Suchthilfe beeinträchtigt werden. Noch kritischer kann sich das auf das Netzwerk insgesamt auswirken. Die in Jahrzehnten mühevoll aufgebaute spezifische Fachkompetenz, vom betrieblichen Suchtberater über die Fachambulanz bis hin zu den Selbsthilfegruppen, genügt dann nämlich nicht mehr dem Anforderungsprofil dieses erweiterten Tätigkeitsfeldes. Die Übereinstimmung darin, mit welchem Personenkreis man es zu tun hat, und das Vertrauen darauf, dass man sich in allen Fällen kompetent und beinahe „blind“ zuarbeiten kann, verringert sich. Suchtkrankenhelfer könnten sich im schlimmsten Fall entwertet und gegenüber früher degradiert fühlen.

Bisher zeichnete sich die Suchthilfe gerade durch das gut eingespielte Ineinandergreifen zahlreicher Instanzen und die Funktionstüchtigkeit der von vielen Laien Helfern getragenen sozialen Netzwerke aus, worum uns die Behandler anderer chronischer Erkrankungen oft beneidet haben!

Die Ausweitung unseres Arbeitsfeldes sollte unter diesem Aspekt also sorgfältig abgewogen werden, bevor sie realisiert wird. Von der Ökologie wissen wir, dass die gute Absicht beim Eingreifen in ein lebendiges System nicht ausreicht: die Folgen zweiten und dritten Grades sollten vorher mit einkalkuliert werden.

Besonders unproduktiv wirken sich Vorschläge zur Ausweitung des Suchtbegriffes und damit des Hoheitsbereiches der Suchthilfe aus, wenn sie theoretisch wohlklingend begründet werden, ohne dass dies empirisch Hand und Fuß hat. Cohen und Watzl haben diese Tendenz bereits 1981 in Bad Kissingen in ihrer abschließenden Zusammenfassung einer DHS-Fachtagung kritisch und ironisch kommentiert: „Würde man nun nicht wenigstens erwarten, das Besondere in der Behandlung Alkoholkranker sei in der therapeutischen Auseinandersetzung mit dem suchthaften Verhalten zu suchen? Wir glauben tatsächlich immer noch, dass dem so ist. Die Referate betonten allerdings auch hier eher das Unspezifische: Jedes Interesse könne suchartig entarten, und es wurde in diesem Zusammenhang von „Alkoholäquivalenten“ bei sozial Gesunden gesprochen, wie Arbeitssucht, Sportleidenschaft. Mehrere Referenten sahen den Alkoholiker „nicht weit entfernt von uns Therapeuten“. Wir bezweifeln nicht im mindesten, dass es von größtem Erkenntniswert wäre, die Gemeinsamkeiten von Interesse, Leidenschaft und Sucht herauszuarbeiten. Die Frage nach solchen Gemeinsamkeiten ist gewiss genauso wichtig wie jene nach den Gemeinsamkeiten von Meerschweinchen, Goldfischen, Kakadus und Ehepartnern. Für den alltäglichen Umgang dürften die Unterschiede allerdings eine mindestens ebenso große Rolle spielen wie die Gemeinsamkeiten all dieser Wirbeltiere. Entsprechend glauben wir auch, dass für den Umgang mit den Alkoholkranken die Unterscheidung von Sucht und Interesse von größerer Bedeutung wäre als die Betonung der unzweifelhaft bestehenden Gemeinsamkeiten.“

Dieses Credo gilt m.E. auch heute noch: die Unterschiede zwischen den Störungsbildern und zwischen ihren Ausprägungsgraden sollten eine unterschiedliche therapeutische Entsprechung finden, die Therapie also spezifisch für den Einzelfall gestaltet werden. Aber nur weil das Anhängsel „-sucht“ einem deutschen Wort hinzugefügt wird, ist das damit bezeichnete Verhalten weder automatisch behandlungsbedürftig noch Gegenstand der Suchthilfe!

Unzweifelhaft können Gesundheit und Erwerbsfähigkeit bereits durch Missbrauch erheblich beeinträchtigt und gefährdet sein. Wenn also in Zukunft Krankenkassen oder Rentenversicherer ihre Zuständigkeit regelmäßig auch bei einer Ausprägung der Störung unterhalb der manifesten Suchterkrankung als gegeben sähen, was durchaus zu begrüßen wäre, so bliebe doch eines zu bedenken: In den meisten Suchtkliniken und Ambulanzen wurden bisher Patienten behandelt, denen die Abstinenz als Garant für ein physisch, psychisch und sozial gesundes Leben galt und die prinzipiell auch dazu fähig waren. Dass es auch andere Personen gibt, die noch nicht oder nicht mehr willens und fähig sind, eine abstinenzorientierte Behandlung

zu absolvieren, und die trotzdem eine spezifische Hilfe benötigen, ist selbstverständlich. Entsprechende Hilfen sind zu entwickeln, wo es sie nicht schon gibt. Aber jeder Therapeut weiß ein Lied davon zu singen, wie sich die Arbeitsweise ändert, wenn die Mehrheit einer Gruppe oder gar einer ganzen Einrichtung ein gemeinsames, verbindendes Ziel nicht mehr im Blick hat. Selbst in der ambulanten Gruppentherapie, die zieloffen arbeitet, macht dies Probleme (Vollmer et al. 1982). Gerade bei dem partnerschaftlichen Umgangsstil zwischen Therapeut und Patient, wie man ihn heute in vielen Kliniken findet, in dem Ambivalenz bezüglich des Abstinenzzieles akzeptiert und sogar zum Zweck der Rückfallprävention provoziert wird, ist eine prägnante Idealziel-Definition von besonderer Bedeutung. In eine solche Klinik sind „Missbraucher“ nicht ohne weiteres zu integrieren. Es geschieht nämlich nur zu leicht, dass man ihnen dort so begegnet, als handle es sich um Abhängige, die nur noch nicht exakt diagnostiziert werden konnten. Und diese Haltung ist gewiss nicht die therapeutische Alternative, die dieser Personenkreis sucht und die eine motivierende Kraft bei ihnen entwickeln könnte. Folglich muss man Personen mit kritischen oder missbräuchlichen Konsumgewohnheiten spezifisch behandeln. Ein unkritischer, kontrollierter Alkoholkonsum dürfte dabei nicht nur als Fernziel nach der Behandlung widerstrebend akzeptiert werden, sondern man müsste ihn vielmehr konsequent mit therapeutischer Unterstützung auf seine Praktikabilität hin erproben. Das wäre gewiss ein echter Fortschritt für die Frühintervention. Ob es eine solche behandlungswillige Klientel überhaupt in nennenswerter Zahl gibt und ob es günstig ist, sie stationär und in einer Klinik mit überwiegend Suchtkranken zu behandeln, ist bisher noch unbewiesen und m.E. zweifelhaft. Die Prägnanz der Behandlungsprinzipien, der Identität stiftenden Schicksalsgemeinschaft und der schützenden Grenzen, deretwegen für viele Suchtkranke ja gerade die stationäre anstelle der ambulanten Therapie indiziert ist, würde sich dadurch jedenfalls verringern.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Zuständigkeiten und Grenzen innerhalb der Suchtkrankenbehandlung und der Suchthilfe klar definiert werden sollten, ohne Personen mit leichteren Störungen durch den Konsum von Substanzen auszugrenzen. Die Lösungen sollten spezifisch und pragmatisch sein. Beispiele dafür sind, dass Methadon-substituierte Drogenabhängige, die sich mit dem Gedanken an einen Ausstieg tragen, oder Problematische Trinker – wo immer das vom Bedarf und den verfügbaren Ressourcen her möglich ist – ambulant oder in Spezialeinrichtungen behandelt werden sollten, die sich von ihrer gesamten Struktur und Vernetzung her auf die speziellen Anforderungen dieser Klientel einstellen können. Hingegen sind frisch entzogene Alkoholabhängige, die nicht zu einer längeren RehaMaßnahme bewegt werden können, zu keiner Zeit und nirgendwo besser motivierbar als in einer Suchtfachklinik, wo nicht nur die Fachkompetenz des gesamten Personals vorgehalten wird, sondern wo auch die bereits im Therapieprozess fortgeschrittenen Mitpatienten als wesentlicher Faktor der Motivierung wirken können.

## Mittel und Wege

Stellen Sie sich einen Staat der industrialisierten westlichen Hemisphäre vor, der über keinerlei Versorgungssystem für Probleme im Umgang mit psychoaktiven Substanzen verfügt. Dieser Staat beauftragt ein internationales Expertengremium, ein derartiges System zu entwickeln. Außer auf die Staatsfinanzen muss man auf keine Vorgaben Rücksicht nehmen. Und das Gremium kann sich auch tatsächlich auf eine Lösung einigen! Wie auch immer sie aussehen mag und wie eng oder weit der Haushaltsansatz dafür beschaffen sein mag: das Ergebnis dürfte wohl kaum unserem deutschen Modell entsprechen. Und das, obwohl es international von der Ergebnisqualität her seinesgleichen sucht. Wie kann das sein?

Erstens würde niemand die verschlungenen Wege nachvollziehen wollen, die wir historisch auf Grund des Umgangs mit Alkoholikern im Nationalsozialismus und auf Grund der Tradition der Trinkerheilstätten hinter uns haben, die aber für ein Verständnis des deutschen Suchthilfesystems wichtig ist. Zweitens gibt es unsere Form der Rehabilitation, die in der Leistungsträgerschaft der Rentenversicherung liegt, in keinem anderen Land. Da die Rehabilitation andere Zielsetzungen als die Akutmedizin und Behandlungsprinzipien hat, die besser zum therapeutischen Vorgehen bei der Befreiung aus der Sucht passen, war es ein Segen für die Suchtbehandlung, dass diese Zuordnung in Deutschland vorgenommen wurde. Der dafür zu zahlende Preis bestand bis 1990 in der gesetzlich vorgeschriebenen Beschränkung darauf, dass Rehabilitationsleistungen stets stationär zu erbringen waren. Deshalb gab und gibt es einen Nachholbedarf im ambulanten und teilstationären Bereich. Drittens ist die für uns selbstverständliche Praxis des Zusammenwirkens von Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und vielen verschiedenen Leistungserbringern wahrscheinlich ebenso einzigartig. Eine zentrale Planungsinstanz würde einen solchen Pluralismus, wie wir ihn in Deutschland in der Suchthilfe haben, wohl kaum erzeugen. Der Pluralismus aber ist der Garant für Vielfalt und außergewöhnliche Lösungen, was nicht nur in der Natur für ein gesundes Ökosystem spricht.

Eine Annäherung anderer europäischer Staaten in Richtung unseres deutschen Modells ist kaum zu erwarten, zumal es auf kurze Sicht relativ teuer erscheint. Und da die Globalisierung ökonomisch stets in Richtung einer Nivellierung nach unten zu gehen pflegt, werden wir weiterhin vergleichende Berechnungen der direkten und indirekten Folgekosten erfolgreicher bzw. ausbleibender Rehabilitation vorlegen müssen, die allen Prüfungen so gut standhalten, dass es zu einem öffentlichen Skandal kommen müsste, wenn die Politik sie bei ihren Entscheidungen nicht entsprechend würdigt. Hervorragende Beispiele dafür gibt es bereits von den Rentenversicherern, beispielsweise von der Bundesknappschaft in Kooperation mit der Fachklinik am Rosenberg (Klein et al. 1998).

Heute zeigt sich, dass es ein großer Vorteil war, dass die Suchtbehandlung wegen ihres zeitlichen Umfangs und wegen ihrer Erfolgsaussichten so oft in Frage gestellt und kritisiert wurde. Sie war dadurch schon sehr früh, zu einem Zeitpunkt, als der Begriff noch nicht in aller Munde war, genötigt, eine detaillierte und umfangreiche

Qualitätssicherung zu betreiben. Das hat dazu beigetragen, dass fachspezifische Kompetenz und Expertenwissen bei Leistungsträgern wie Leistungserbringern einen hohen Standard erreicht haben. Und wenn wir das heutige Ergebnis unserer gemeinsamen Anstrengungen betrachten, war die Entwicklung der Behandlungswege und -mittel in Anbetracht des Ausgangszustandes vor einem Vierteljahrhundert ganz enorm. Unter anderem in der Reha-Kommission wurden gemeinsam mit den Fachverbänden Zukunftsperspektiven entwickelt, die heute größtenteils bereits gängige Praxis sind: ambulante und teilstationäre Reha, Adaption, Kombinationen aus diesen Bestandteilen, Globalbudget.

Das gesamte Behandlungssystem befand sich seit Anfang der 80iger Jahre in einem Prozess der Evolution, die quantitative Änderungen und qualitative Sprünge beinhaltete. Für mich, der ich im stationären Rahmen arbeite, war der subjektiv am deutlichsten spürbare Sprung der von der weitgehend normierten Suchtbehandlung zur individualisierten Anleitung zum Selbstmanagement. In den Reaktionen von Besuchern und Patienten bei Vorgesprächen in der Klinik war dieser Wandel gut zu beobachten. Das frühere Unbehagen der Betroffenen angesichts der vielen Vorschriften und Einschränkungen und der Zweifel an deren Sinn ist so gut wie nicht mehr vorhanden. Zwar gibt es auch heute noch bei den Patienten ein anfängliches Unbehagen, das aber nur selten zu Abbrüchen führt. Es ist jetzt therapeutisch besser zu nutzen, weil man es angesichts der angenehmen äußeren Bedingungen leichter am dahinter stehenden Zweifel an der Bedeutsamkeit der eigenen Probleme bezüglich der Sucht oder an der Sorge, ob man die Therapie schaffen wird, festmachen kann. Besucher wiederum zeigen weder das früher übliche Mitleid mit den „armen Patienten“ noch dessen Kehrseite, die Distanzierung von diesen „hältlosen Personen, die gewiss eine feste Hand brauchen“. Die Frage nach der Notwendigkeit von Regeln und Grenzen hat sich in die produktivere Frage gewandelt: „Was macht es in der Klinik so leicht, abstinent zu leben, obwohl so wenig Zwang ausgeübt wird?“ Die Antworten auf diese Frage führen zu den Prinzipien der Therapie. Bildlich gesprochen ist sie nicht mehr das konturierte Siegel mit den drei A – Arbeit, Andacht, Abgeschiedenheit –, das dem Wachs – dem Patienten – aufgedrückt wird, sondern sie verhält sich wie ein dynamisches Wachs, das sich den verfestigten Konturen des Siegels „Patient“ erst einmal anpasst, um es mit Wärme und Beziehungsschemie aufzuweichen und dann in eine leicht veränderte Form überzuleiten, die einen wesentlichen Unterschied für das Leben der Person ausmacht. Es handelt sich also nicht um ein passives Wachs, das sich den „Kundenwünschen“ einfach nur anpasst, sondern es enthält Nährstoffe zum Wachstum und plastische Modellvorstellungen, die bestimmte Formen nahelegen. Diese Kraft, richtig zum Einsatz gebracht, macht eine wesentliche Stärke der stationären Therapie aus, denn ambulante kühlen die langen Zeiten zwischen den Sitzungen und das Alltagsklima den Prozess oft wieder ab.

Der Gestaltwandel in der Suchtrehabilitation vom Primat der drei großen A, die für die wesentlichen Wirkfaktoren standen, hin zu den drei großen W – Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit –, die keine Mittel, sondern Kriterien für die Qualitätsbeurteilung und die Auswahl der anzuwendenden Mittel sind, war

und ist für viele Einrichtungen schwierig. Denn wenn die drei großen W andere Lösungen nahelegen als die drei großen A zulassen, weil eine Einrichtung nach diesen Kriterien erbaut wurde, dann ergeben sich schwerlich stimmige Konzepte. Die Therapie sitzt dann zwischen zwei Stühlen, halb nostalgisch den früheren klaren Verhältnissen nachtrauernd, halb das Neue der Individualisierung und Differenzierung als richtig und notwendig anerkennend. An dieser Ambivalenz hat sich schon manches Team aufgegeben, wenn sie nicht zügig und klar in die eine oder andere Richtung aufgelöst wird. Beispielsweise kann man nicht einfach eine Prise Indikativgruppen einem Konzept hinzufügen, das die Bezugsgruppe als das zentrale Mittel der Einstellungs- und Verhaltensänderung unverändert lässt. Selbst wenn die Prise nur halbherzig genommen wird, weil vielleicht die Indikativgruppen inzwischen zum guten Ton gehören, man gerade einen davon begeisterten Verhaltenstherapeuten „zur Erweiterung des Behandlungsspektrums“ eingestellt hat oder die Leistungsträger neuerdings manchmal danach fragen, wirkt eine so kleine Änderung auf die Dauer wie Hefe im Teig. Dafür sorgen schon die Patienten, aber auch der Drang der Teile eines Systems, sich zu einer „guten Gestalt“ zu formieren, sowie die Denkweise, auf der das Konzept der Indikativgruppen beruht. Sie stellt nämlich zwangsläufig auch viele andere gute oder schlechte Gewohnheiten der Behandlung in Frage. Einmal beschritten, führt der empirische Weg mit den drei großen W als verbindlicher Markierung nicht zu beliebigen Zielen, sondern zu relativ ähnlichen Lösungen: Kombination von stationären, teilstationären und ambulanten Elementen, individuelle Therapieziele und entsprechend differenzierte Maßnahmen, adaptive Bestimmung der Therapiedauer, Spezialangebote für klar definierte Subgruppen von Suchtkranken mit einem besonderen Bedarf an Maßnahmen und Rahmenbedingungen, Motivierung als Aufgabe der Therapie und Rückfallprävention als zentraler Bestandteil jeder Behandlung. Als „Ganzes“ fügen sich diese Elemente in einem komplexen System wie der Suchthilfe nur zusammen, wenn alle beteiligten Gruppen und Institutionen daran mitwirken. Noch befinden wir uns m.E. aber in einem Stadium des Übergangs, in dem die Gestalt zwar schon sichtbar ist, sie aber noch mehr Prägnanz erhalten muss.

Es gibt einige Elemente, die sowohl die Prägnanz als auch die Effektivität noch weiter fördern könnten. Ihr Fehlen wirkt wie eine Lücke in einem fast fertigen Puzzle. Im stationären Bereich ist dies beispielsweise der Bereich der Krisenintervention. Wenn ein Rückfall so verläuft, dass er ambulant nicht aufzufangen ist, sollte eine Möglichkeit zur unmittelbaren Aufnahme in eine nahegelegene stationäre Rehabilitationsstätte bzw. zur Wiederaufnahme in die vorbehandelnde Klinik für eine kurzfristige Maßnahme geschaffen werden. Im Globalbudget von Kliniken könnte eine solche Maßnahme enthalten sein. Die Dauer für die Gültigkeit zur Wiederaufnahme ohne erneuten Bescheid könnte beispielsweise auf ein oder zwei Jahre begrenzt sein. Über derartige fraktionierte Modelle ist schon viel nachgedacht und diskutiert worden. Aus fachlicher Sicht spricht alles dafür, so etwas zu praktizieren. Ich denke, es ist an der Zeit, Taten folgen zu lassen.

## Krankheitsmodell und Behandlungsziel

Die Ärztezeitung Nr. 73 vom 19. April 2000 enthielt einen sensationell klingenden Artikel mit der Überschrift „Das Suchtgedächtnis lässt sich löschen – das bedeutet Heilung für Abhängige“. Andere Medien mit größerer Verbreitung sind inzwischen ebenfalls in ihren Sendungen darauf eingegangen. Die Meldungen beziehen sich auf die jüngsten Veröffentlichungen und Vorträge der Biologen Wolffgramm und Heyne vom Medimode Research Institute in Reutlingen. Deren wissenschaftlich interessante Tierversuche zum Point of no return und zum Kontrollverlust sind in den letzten Jahren viel beachtet worden, denn sie wirkten sorgfältig geplant und ausgewertet (Wolffgramm 1996). Man sollte sie kennen, um den daraus resultierenden Behandlungsansatz nachvollziehen zu können, weil die Rückprägungstherapie im Falle ihres Erfolges eine der Grundannahmen der Suchttherapie (siehe Schneider 1991) zu Fall bringen würde: sie macht aus der bisherigen chronischen Erkrankung eine akute (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Relevante Variablen der akuten und chronischen Krankheitsmodelle (nach KANFER; 1989)

Dimension	Verlaufsform	
	Akut	Chronisch
Beginn	plötzlich	schleichend
Dauer	kurz, begrenzt	lang, unbegrenzt
Behandlungsziel	Wiederherstellung der Gesundheit	Förderung der Restfähigkeiten
Behandlungsergebnis	sofort, klar	verzögert, unklar
Verantwortung für das Ergebnis	Gesundheitssystem	Person und Gesundheitssystem
Behandlungsmodell	a) Patient ist passiv b) Arzt ordnet an	Patient ist aktiv; Partnerschaftliche Kooperation
Krankheitsmodell des Patienten	einzelne Ursachen, spezifisches Syndrom	viele Ursachen, Symptome wechseln
Einfluss auf Selbstbild	minimal	weitreichend
Einfluss auf die sozialen Rollen	vorübergehend oder gar nicht	Rollenbeeinträchtigung in mehreren Lebensbereichen

Ein Paradigmawechsel vom chronischen zum akuten Krankheitsmodell würde „das Ganze“, wie wir es bisher begriffen haben, schlichtweg auflösen. Das klingt so dramatisch, wie es auch tatsächlich ist, wenn man den Behandlungsansatz konsequent zu Ende denkt. Dessen Prinzip sei kurz skizziert. In Experimenten lässt sich zeigen, dass ein Teil der Tiere, denen Alkohol oder Opiate in Flüssigkeiten bei freier Wahl zu reinem Wasser angeboten wurden, nach einer längeren Zeit des moderaten Konsums einen bedeutsamen Anstieg ihres Alkohol- oder Opiatverbrauches aufweist. Diese Tiere finden nie wieder, auch nicht nach längerer Zeit der Abstinenz, zu einem moderaten Drogengebrauch zurück. Ihr Verhalten steht nicht mehr unter der Kontrolle von positiven oder negativen äußeren Bedingungen und zeigt so alle Merkmale der Sucht. Während Wolffgramm

früher allerdings behauptete, dass der Anstieg des Konsums bei dem später süchtig werdenden Anteil der Tiere zustande kam, ohne dass eine aktuelle Veränderung der äußeren Bedingungen vorlag, widersprach er dem kürzlich in Würzburg. Nun meinte er in Bezug auf die Opiate konsumierenden Ratten, dass in der sensiblen Phase wohl doch Entzugs- oder Stresssymptome für die Suchtprägung mit verantwortlich seien. Der plötzliche starke Anstieg im Konsum Alkohol trinkender Ratten, den er noch 1996 konstatiert hatte, wird jetzt nicht mehr berichtet. Stattdessen ist von einem längeren gleichförmigen Anstieg des Alkoholkonsums die Rede. Unter anderem deshalb sei die Rückprägungstherapie wahrscheinlich nicht so leicht auf Alkoholiker übertragbar. Dafür müsse ein gesondertes Verfahren entwickelt werden. Zur Zeit beschränken sich die Therapieexperimente an Menschen in Tübingen deshalb auf Opiatabhängige.

Die Experimente von Wolffgramm lassen sich sehr gut in ein bio-sozio-psychologisches Modell der Sucht, wie wir es als Grundlage der Therapie bisher verwendeten, einbauen. Ich habe sie beispielsweise in meinen Vorträgen für Patienten gerne zitiert, um zu verdeutlichen, dass es eine deutliche biologische Komponente für die Änderung der Fähigkeit zur Verhaltenskontrolle gibt, dass dies aber nicht alle Individuen gleichermaßen betrifft, weil genetische Unterschiede dabei eine Rolle spielen, dass sich der unerklärliche Anstieg des Konsums unabhängig von der Höhe des anfänglich kontrollierten Konsums einstellt und dass sich Tiere aus eigener Kraft nicht von der Sucht befreien können, dass nur der Mensch mit seiner Fähigkeit zur Selbstregulation dazu imstande ist. Die Nutzung dieser menschlichen Fähigkeiten ist denn auch ein Kernelement des bisherigen „Königsweges“ der Suchttherapie gewesen: Selbstbeobachtung, Selbstreflexion, Selbstbewertung und Selbstveränderung. Tiere kann man von der Sucht leicht befreien, weil man sie ganz unproblematisch „trocken legen“ kann, denn sie können die meisten der Substanzen ja nicht selbst herstellen oder beschaffen. Aus eigenem körperlichen, sozialen oder psychischen Leid, das sich bei ihnen ähnlich wie beim Menschen einstellt, sind sie jedoch nicht zur Beendigung des süchtigen Verhaltens fähig, selbst wenn sie bereits die Erfahrung hinter sich haben, dass sie nach einem Entzug wieder sozial und körperlich genesen und problemlos abstinent leben können.

Insofern können die Experimente Wolffgramms die Erwartungen von Patienten bezüglich einer richtigen Lösung für ihr Problem auf die spezifisch menschlichen Fähigkeiten fokussieren, so dass sie wenig Hoffnung auf äußere Hilfestellungen oder Wundermittel zu verschwenden brauchen: es leuchtet jedem unmittelbar ein, dass für den mündigen Mensch niemand anderer sein „Halter“ ist als er selbst, und dass er nicht darauf bauen kann, dass ein gütiges „Herrchen“ oder „Frauchen“ ihn von Versuchungen befreit, wie das in Tierexperimenten gut möglich ist.

Nun hat Wolffgramm als Biologe aber noch andere Schlussfolgerungen aus seinen Arbeiten gezogen. Er hat eine kausale Therapie für die Opiatabhängigkeit entwickelt. Mit dieser Therapie soll nicht nur die emotionale Erregung verringert, die Selbstwirksamkeitserwartung verbessert und Kompetenz im Umgang mit Verlangen auslösenden Schlüsselsituationen geschaffen werden, wie das von der verhaltenstherapeutischen Expositionstherapie her bekannt ist, sondern es soll viel eleganter

und vollständiger das „Suchtgedächtnis“ vollkommen gelöscht werden, so dass keine emotionale Zustandsänderung und kein Appetenzverhalten mehr auftritt, wenn der Patient drogenbezogenen Reizen ausgesetzt ist. Wolffgramm nennt dies „Rückprägungs-Therapie“. Dieser Begriff leitet sich aus seiner Theorie ab, in der er eine sensible Phase des Gehirns nach anfänglich kontrolliertem Konsum postuliert, während der sich das Reiz-Reaktions-Muster des Drogengebrauchs wie bei einer Prägung verfestigt.

In der Therapie, die zur Patentierung angemeldet ist, wird ein sensibler Zustand des Gehirns künstlich erzeugt und währenddessen eine neue prägende Reizkonstellation gesetzt, die das Suchtmuster quasi „überschreibt“, denn löschar sind Prägungen nicht. Nach den bisherigen Verlautbarungen läuft die Behandlung, die zwar nur sechs Wochen dauert, aber genauso kostenintensiv wie eine einjährige stationär-ambulante Rehabilitationsmaßnahme ist, folgendermaßen ab. Nach einem zehn- bis vierzehntägigen Entzug wird während einer Woche hochdosiert ein Kortikoid verabreicht, das eine physiologische Belastung simuliert (Kortikoide sind auch für Lernvorgänge wichtig). In der vierten Behandlungswoche wird dann für eine Woche nach einem festen Zeitschema zusätzlich zu dem Kortikoid ein Opioid verabreicht, damit eine Entkopplung von Drogenwunsch und Opioidzufuhr erfolgt. Die Kopplung von Gefühlen, die mit dem Wunsch nach Drogen verbunden sind, und dem Seelentröster soll so quasi „überschrieben“ werden. Anschließend wird während einer weiteren Woche nur das Opioid nach festem Zeitschema verabreicht. Und anschließend wird in der letzten der insgesamt sechs Wochen für eine Woche noch einmal eine Art „Mini-Entzug“ durchgeführt. Daran schließt sich eine ambulante Weiterbehandlung an, deren Bedeutung für die eigentliche Rückprägungstherapie unklar ist, denn der Patient sollte ja in den gesunden Ursprungszustand zurückversetzt sein, in dem er auf keine Situation mit Suchtverhalten reagiert.

Die wahre Bedeutung dieses Behandlungsexperimentes liegt nun weniger darin, ob und inwieweit es von Erfolg gekrönt ist, sondern dass es das bisher gültige Grundmuster aller Hilfen bei Sucht nicht ergänzt, sondern ablöst, sofern die Rückprägungstherapie ihrem eigenen Anspruch wirklich gerecht werden will.

Sucht wird damit zu einer akuten Erkrankung von Hirnfunktionen, die man durch vollständige Heilung in den gesunden Ursprungszustand zurückversetzen kann. Das wünschen wir uns für viele chronische Erkrankungen – denken wir nur an Diabetes oder Rheuma – und wir würden es als Triumph der modernen Medizin feiern, wenn das ohne schädliche Neben- und Folgewirkungen gelänge: das Selbstbild der Betroffenen würde kaum in Mitleidenschaft gezogen, sie könnten alle ihre sozialen Funktionen wahrnehmen, die von ihnen zu leistende Mitwirkung wäre so gering, dass jeder problemlos die Therapie mitmachen könnte, Spätfolgen würden vermieden und damit Kosten gesenkt und Leid verkürzt. Warum also jubeln die Praktiker der Suchttherapie nicht aus vollem Herzen über diese Entwicklung und warum scharren sie nicht schon unruhig mit den Füßen, um selbst dieses Verfahren anzuwenden? Man könnte ihnen natürlich unterstellen, dass sie nur Angst um ihre Pfründe haben oder dass sie mangels der für die Rückprägungstherapie nötigen Kompetenz als Sozialarbeiter, Psychologen oder Rehabilitationsfachleute dieser

Art von Suchtmedizin feindlich gegenüber stehen. Tatsächlich wäre ja der Titel dieses Buches, nämlich dass Rehabilitation mehr als Psychotherapie ist, geradezu hanebüchener Unsinn, wenn die Rückprägungstherapie funktioniert. Es müsste dann heißen: Rehabilitation von Sucht ist nicht nur weniger als Psychotherapie, sie ist überflüssig. Selbst wenn die Sorge um solche Unbilden, die ein Paradigmenwechsel für alle im Suchtgebiet Tätigen mit sich bringen würde, ein Grund für die bisher ausbleibende Begeisterung über die Rückprägungstherapie wäre, so gibt es noch weitaus wichtigere Gründe dafür.

Erstens ist der Zweifel an einer solch einfachen Lösung gewiss berechtigt, obwohl wir natürlich wissen, dass komplizierte Probleme nicht unbedingt einer komplizierten Lösung bedürfen.

Zweitens kann die Verlockung der einfachen Lösung viel politische Unterstützung für den neuen Ansatz mobilisieren und so bereits Veränderungen in der Versorgungslandschaft bewirken, bevor noch die Wirksamkeit durch langfristige Katamnesen belegt ist.

Drittens muss sich selbst bei einer tatsächlichen Überlegenheit der Rückprägungstherapie erst erweisen, ob mit Hilfe dieser Behandlungsmethode tatsächlich sehr viel mehr Personen als früher ihre Suchterkrankung behandeln lassen, ob also das Modell wirklich niedrigschwelliger ist.

Viertens könnten sich die Zielsetzungen der Patienten ändern. Beispielsweise wäre es möglich, dass Drogenabhängige sich mit relativ geringem persönlichen Aufwand deshalb in den heilen, aber nicht naiven Ausgangszustand zurückversetzen wollen, weil sie so ihre Drogenkosten verringern und wieder die guten Erlebnisse aus der Anfangszeit genießen können.

Fünftens ist noch völlig unklar, ob sich das Verfahren zur Behandlung der üblichen Klientel eignet, die in stationären Drogeneinrichtungen zu 54% mit gerichtlicher Auflage und zu 36% direkt aus der Haft kommt.

Sechstens sind die Praktiker schließlich in Sorge um die systemischen Auswirkungen einer derartigen Behandlungsmöglichkeit. Ein Beispiel dafür: wenn Sucht geheilt werden kann, welche Folgen hat das für die Gesellschaft und speziell für die Prävention? Es ist wenig wahrscheinlich, dass die Verfügbarkeit einer Behandlung, die die Krankheit ursächlich beseitigen kann, die Zurückhaltung im Umgang mit Sucht erzeugenden Stoffen fördert.

Außerdem kann auch mit Hilfe einer noch so sensationellen Rückprägungs-Therapie niemand gegen Sucht „geimpft“ werden. Jeder, der einmal süchtig war, kann ein zweites oder drittes Mal von neuem eine Sucht entwickeln. Insofern könnte eine Akutbehandlung, gerade wenn sie hoch wirksam und leicht zu applizieren ist, sich als Danaer-Geschenk der Medizin an die Menschheit erweisen. Schließlich ziehen weder Menschen noch Nationen regelmäßig die richtigen Schlüsse aus ihrer Geschichte. Und warum sollte ein ehemaliger Süchtiger nicht noch einmal probieren, ob es beim nächsten Mal besser ausgeht?

Festzuhalten bleibt: Selbst ein solch fundamentales Element der Suchthilfe wie das Konzept der chronischen Erkrankung ist kein sicheres konstitutives Merkmal des „Ganzen“ mehr. Das scheint zur Zeit nur wenige Leute zu beunruhigen. Hoffentlich

behält die Mehrheit recht, die meint, dass man nicht zu viel über ungelegte Eier wie die Rückprägungstherapie gackern sollte. Aber man darf auch nicht übersehen, dass Wolffgramm und Heyne ja nicht alleine diese Eier bebrüten, sondern dass ein großer Teil der pharmakologischen Forschung damit beschäftigt ist.

## Das Ganze: Was, wozu und wohin

In Deutschland hat sich ein differenziertes Behandlungssystem für Abhängigkeits-erkrankungen herausgebildet, welches sich in einem dynamischen Entwicklungsprozess befindet. Neuere Entwicklungen zeichnen sich durch eine Flexibilisierung, Spezialisierung und Individualisierung des Behandlungssystems aus. Grundlage für zukünftiges Handeln sollte es sein, dass die Entwicklung von Behandlungsstrukturen in Deutschland fachlich fundiert, indikationsgerecht und qualitätsorientiert erfolgt. Voraussetzung hierfür ist eine individualisierte und indikationsgeleitete Praxis unter Berücksichtigung der Qualität der verfügbaren Behandlungsangebote. Die Weiterentwicklungen des Behandlungssystems sollten durch empirische Untersuchungen abgesichert werden. Strukturelle und versorgungspolitische Grundsatzentscheidungen sollten sich von daher an wissenschaftlich belegten Ergebnissen und Feststellungen orientieren.

Der dynamische Entwicklungsprozess darf aber nicht lediglich „immer mehr“ hervorbringen, denn das Ganze kann darunter verloren gehen, so dass „mehr“ „weniger“ bewirkt. Das „Ganze“ bildet im Sinne der Gestaltpsychologie nicht nur eine eigene ästhetische Qualität, sondern es gibt „jedem Teil neue, wesentliche Eigenschaften, die er außerhalb des Ganzen als Einzelinhalt gar nicht haben“ kann (Metzger, 1963). Fakten, die zu einer ganzheitlichen Gestalt verbunden sind, werden leicht und sicher zu handlungsleitenden kognitiven Einheiten im Langzeitgedächtnis. Dieses psychologische Phänomen ist von eminenter praktischer Bedeutung für die Verständigung in einem Arbeitsgebiet wie der Suchthilfe, das auf Kooperation und Kommunikation angewiesen ist. Und deshalb ist es so wichtig, dass wir bei der Entwicklung der Suchthilfe stets mit bedenken, wie sich eine Ausweitung oder Hinzufügung neuer Elemente auf das Ganze und die Konzepte in den Köpfen der Beteiligten auswirkt.

Ich bin überzeugt, dass ein Kongress in naher Zukunft sinngemäß überschrieben sein wird: „Rehabilitation Suchtkranker – weniger ist mehr!“ Auch große Köche beantworten schließlich die Frage nach den Voraussetzungen von Qualität oft mit dem „weniger ist mehr“-Prinzip: Auf das Wesentliche kommt es an: frische, gute pflanzliche und tierische Ware, nicht zu viel mischen, nicht zu lange kochen, anstelle von alles überdeckenden teuren Gewürzmischungen wenige Gewürze richtig kombinieren, Eigenaroma belassen.

Diese „einfache“ Küche ist nicht unbedingt die billigste Art zu kochen. Aber sie ist schmackhaft und zudem meistens sehr gesund. Und warum sollte diese Regel *cum grano salis* nicht auch in unserem Fachgebiet gelten? Selbst ein überreich gefüllter Einkaufswagen aus dem Supermarkt ist ja kein Garant dafür, dass es für jeden am

Tisch ein appetitlich zubereitetes und schmackhaftes Menü geben wird, das im Nährwert ausgewogen, sättigend und gesund ist. Ebenso macht ein praller Therapieplan für randvolle Rehabilitationstage zwar auf den ersten Blick einen imposanten Eindruck und zeigt, wie bemüht man ist, den Rehabilitanden satt zu machen – aber die Kunst liegt wohl auch hier eher im Weglassen als im Hinzufügen. Schließlich hat die Suchtrehabilitation nicht das Ziel, jemanden kurzfristig gesund und sättigend zu ernähren, sondern sie will ihn oder sie dazu befähigen, sich auf diese Weise dauerhaft selbst zu ernähren!

## Literatur

- Anders, G. 1980. Die Antiquiertheit des Menschen. Oscar Beck, München
- Cohen, R., Watzl, H. 1981. Über Differentialindikation und Gemeinsamkeiten verschiedener Programme zur Therapie Alkoholkranker. In: Knischewski, E. Alkoholismus-Therapie. Nicol-Verlag, Kassel (S. 207-212)
- Kanfer, F.H. 1989. Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie. In: Hand, I., Wittchen, H.-U. (Hrsg.) Verhaltenstherapie in der Medizin. Springer, Berlin
- Klein, W., Missel, P., Braukmann, W. 1998. Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg nach stationärer Abhängigkeitsrehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 42, 44-50
- Metzger, W. 1986. Gestalt – Psychologie. Kramer, Frankfurt am Main
- Schneider, R. 1992. Grundannahmen deutscher Suchttherapiekonzepte. In: Heide, M., Klein, T., Lieb, H. (Hrsg.) Abhängigkeit: Zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten. Nagel, Bonn
- Vollmer, H., Kraemer, S., Schneider, R., Feldhege, F.-J., Schulze, B., Krauthan, G. 1982. Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger. In: Vollmer, H., Kraemer, S. (Hrsg.) Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger. Röttger, München
- Wolffgramm, J. 1996. Die Bedeutung der Grundlagenforschung für die Behandlung von Abhängigen. In: Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.). Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. G. Fischer, Stuttgart

## Rehabilitation Suchtkranker - mehr als nur Psychotherapie

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 24 – ISBN 3-87581-209-3

Geesthacht : Neuland, 2001