



Forum für Suchtfragen 2011

***Bericht/Leitbild «Herausforderung Sucht»  
Bedeutung für den Kanton Basel-Stadt***

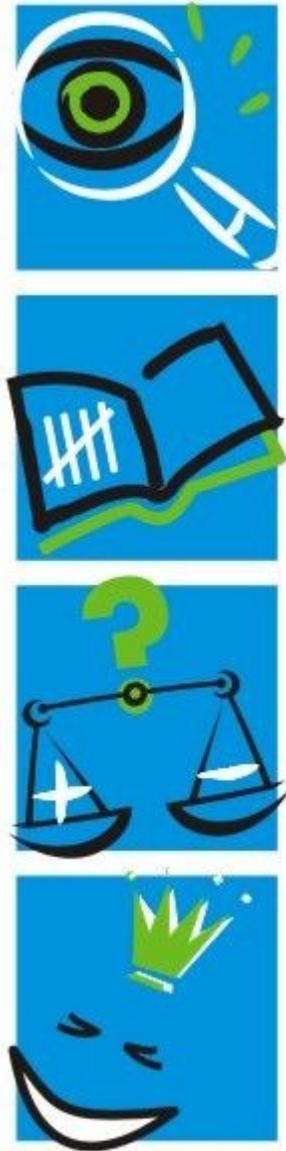
Basel, 20. Oktober 2011

**Möglichkeiten und Grenzen  
substanzübergreifender  
Therapieansätze**

**Joachim Körkel**

---

# Überblick

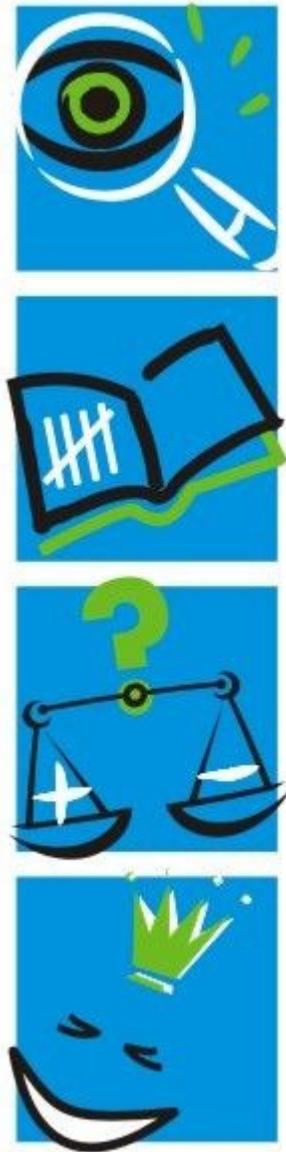


1. Ausgangspunkt: „Herausforderung Sucht“
2. Intro: Konsum- und Behandlungsrealitäten
3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum
4. Praktische Folgerungen
5. Resümee

---

# Überblick

1. Ausgangspunkt: „Herausforderung Sucht“





## Zu 1. Bericht „Herausforderung Sucht“



Für eine zukunftsfähige Suchtpolitik formuliert der Schweizer Bericht „Herausforderung Sucht“ (2010) unter einer Public-Health-Perspektive u.a. folgende Ziele:



1. Alle Suchtmittel und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial in die Betrachtung einzubeziehen – nicht nur die illegalisierten.
2. Alle Suchtmittel/Suchtverhaltensweisen – ob legal oder illegal – gleichrangig zu behandeln.



3. Interventionen für alle Formen des problembehafteten Konsums/Suchtverhaltens vorzusehen (risikobehafteter, missbräuchlicher, abhängiger Konsum).
4. Zur Erreichung dieser Ziele alle Akteure „in die Pflicht zu nehmen“.



## Zu 1. Bericht „Herausforderung Sucht“

Diese Ziele bzw. Anforderungen einer zukunftsorientierten Suchtarbeit lassen sich 1:1 auf die Suchtbehandlung übertragen:



1. Gehen Sie mit der Grundhaltung an Ihre Arbeit, dass prinzipiell alle Suchtmittel und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial „dazugehören“ – nicht nur das „Hauptsuchtmittel“ der Person.



2. Explorieren sie jede der Substanzen/Verhaltensweisen gleichrangig – nehmen Sie keine Vorabgewichtung vor.



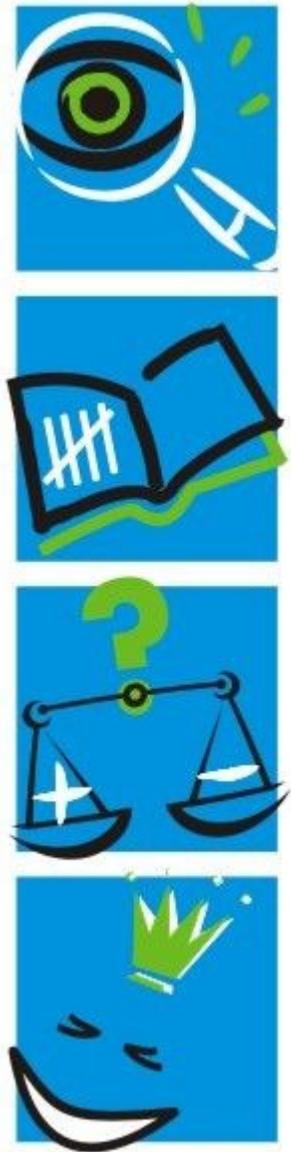
3. Intervenieren Sie bei allen Substanzen/Verhaltensweisen, bei denen ein problembehafteter Konsum für die Konsumierenden und/oder ihr soziales Umfeld vorliegt.

4. Machen Sie sich auf den Weg, um all dies in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren tun zu wollen und zu können.

---

# Überblick

1. Ausgangspunkt: „Herausforderung Sucht“
2. Intro: Konsum- und Behandlungsrealitäten





## Zu 2. Konsum- und Behandlungsrealitäten

Der Konsum einer Vielzahl/Mehrzahl der Menschen ist durch mehrere Substanzen geprägt. Einige Beispiele:



1. Bei vielen Jugendlichen gehen Zigaretten-, Alkohol- und Cannabiskonsum einher, bei vielen Erwachsenen Zigaretten- und Alkoholkonsum.



2. Nahezu alle Drogenabhängigen rauchen (und viele leben mit Kindern zusammen ...).

3. Viele Heroinsubstituierte überbrücken die Tages- und Sinnleere mit Alkohol – und diese nicht selten mit ausgesprochen hohen Alkoholmengen.



4....



## Zu 2. Konsum- und Behandlungsrealitäten

In Kontrast zu diesen Konsumrealitäten wird zum Beispiel in vielen deutschen stationären Drogentherapieeinrichtungen so getan,



– als ob es keine (große) Rolle für die Behandlung spielte, wie viele und welche Substanzen jemand vor der Behandlung konsumiert hat



– als ob eine selbstverständliche Übereinkunft bestehe, dass „lebenslange Abstinenz von allen Substanzen“ das Ziel aller PatientInnen sei.



– Stillschweigend und hilflos nimmt man in Kauf, dass der überwiegende Teil der Pat. fest entschlossen ist, nach der Behandlung weiterhin Alkohol und Cannabis zu konsumieren – und dies auch tut.

– Der Zigarettenkonsum wird i.d.R. überhaupt nicht thematisiert.

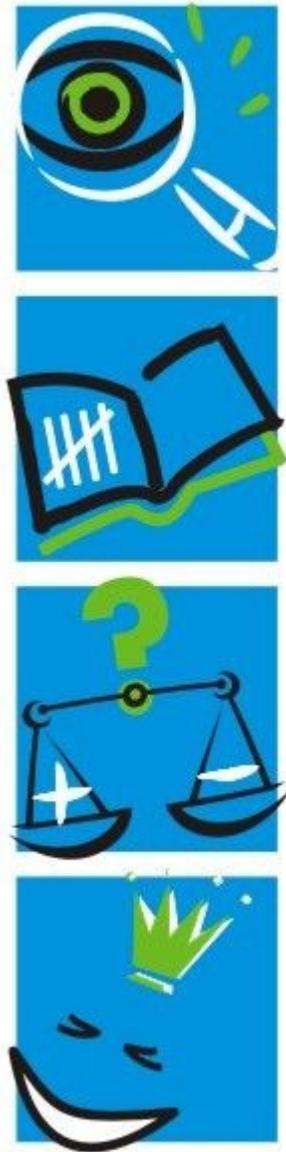
**Ebenfalls in Kontrast zur Realität des multiplen Substanzkonsums decken manche Programme (z.B. HaLT) und Manuale (z.B. CANDIS, Realize It) nur eine Substanz**

**ab.**

---

# Überblick

1. Ausgangspunkt: „Herausforderung Sucht“
2. Intro: Konsum- und Behandlungsrealitäten
3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum





## Zu 3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum



### Zur Begrifflichkeit:

**Mehrfachkonsum (multipler Konsum, polydrug use)** = mehrere Substanzen werden in einem Zeitfenster (z.B. letzte 4 Wochen) konsumiert.



**Mischkonsum** = das Wirkungsspektrum überlagert sich (klassischer Fall: Drogencocktails)



**Polytoxikomanie** = in den letzten 12 Monaten wurden mindestens 3 Substanzen (ohne Nikotin und Koffein) konsumiert + keine Substanz dominierte + bei keiner Abhängigkeit + bei allen Substanzen *zusammengenommen* sind mindestens drei der Abhängigkeitskriterien erfüllt (gemäß DSM-IV).



---

## Zu 3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum

1. Bereits bei einem Drittel 15- bis 16-jähriger **Schüler/-innen** ist gemäß einer europaweiten Studie „polydrug use“ (v.a. Kombinationen von Alkohol, Zigaretten und Cannabis) festzustellen (Olszewski, Matias, Monshouwer & Kokkevi, 2010).  
  
→ Viele Autoren/-innen leiten daraus die Notwendigkeit ab, in der **Suchtprävention** eine Ausrichtung auf multiplen Substanzkonsum vorzunehmen (z.B. Grov, Kelly & Parsons, 2009; Ives & Ghelani, 2006).



---

## Zu 3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum

2. Polydrug use setzt sich bei **Studierenden** (Keller, Maddock, Hannover, Thyrian & Basler, 2008) und in der **Allgemeinbevölkerung** (Höhne, 2009; Maffli & Notari, 2009; Pabst et al. (2011) fort.  
→ Ungeklärt: Was ist „relevanter Konsum“ einer Substanz?
3. Ein hoher Konsum einer Substanz (z.B. Alkohol) geht in den zuvor genannten Stichproben (Schüler, Studierende, Allgemeinbevölkerung) oftmals mit einem hohen Konsum anderer Substanzen (z.B. Tabak) einher (Falk, Yi & Hiller-Sturmhöfel, 2006).



## Zu 3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum

4. Der Konsum mehrerer Substanzen ist bei behandelten Pat. der Regelfall und nicht die Ausnahme.



### **Beispiel 1: Kröger & Heilmann (2010)**

In 40 untersuchten Alkohol-Rehakliniken befanden sich 84% RaucherInnen mit  $\bar{X}$  23 Zigaretten am Tag und starker Nikotinabhängigkeit (Fagerströmtest:  $M=5.0, SD=2.27$ ).



### **Beispiel 2: Dampz, Falcato & Beck (2010)**

- 38% der in Sokl1 substituierten Heroinabhängigen konsumieren übermäßig Alkohol.
- Übermäßiger Alkoholkonsum korreliert mit höherem Konsum nicht verschriebener Opioide und Benzodiazepine, schlechterem psychischem und somatischem Zustand und schlechterer sozialer Situation.
- 59% derer mit riskantem oder abhängigem Konsum sind zur Hilfeinanspruchnahme bereit.





## Zu 3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum

Beispiele (Forts.):



### Beispiel 3: Körkel, Lipsmeier, Becker & Happel (2011)

Substanzkonsum unter N=113 Drogenabhängigen der offenen Frankfurter „Drogenszene“.



Ergebnis der detaillierten Konsumbefragung (TLFB etc.):  
„Szene“-Drogenabhängige

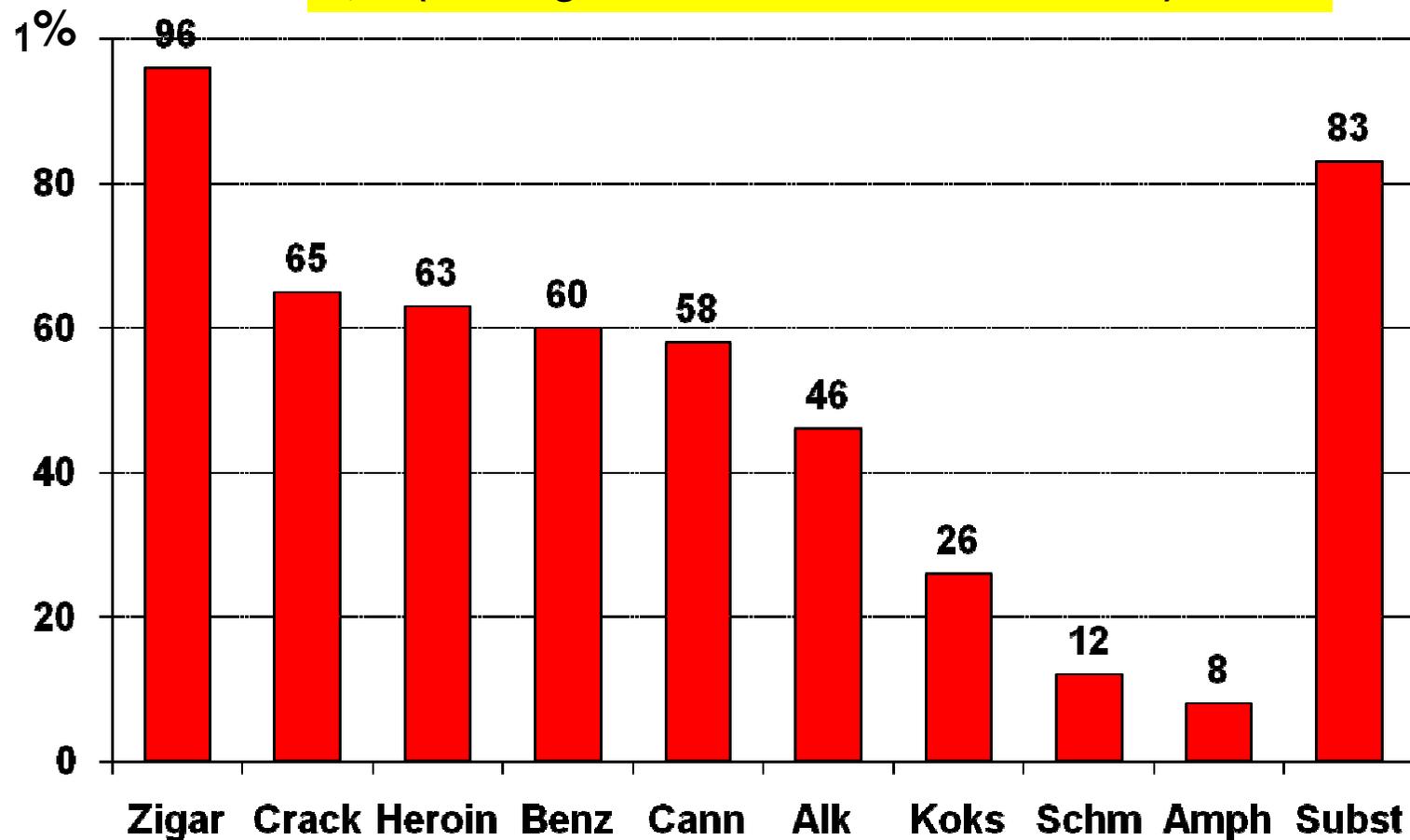
- konsumieren im Durchschnitt mehr als 5 Substanzen
- in ganz unterschiedlichen Kombinationen und
- zum Teil erheblichen Mengen,
- sie weisen einen erstaunlichen Reduktionswillen
- und eine erhebliche Reduktionsfähigkeit auf.





## Konsumierte Substanzen (in % von N = 113, letzte 28 Tage vor KISS-RCT)

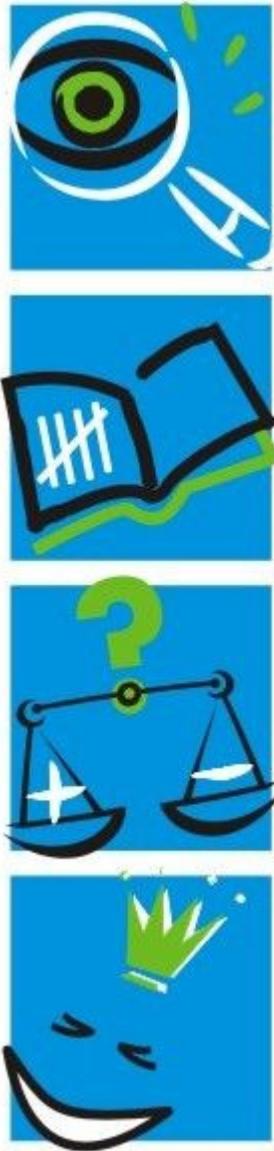
Anzahl durchschnittlich konsumierter Substanzen:  
5,23 (inkl. Zigaretten und Substitutionsmittel)





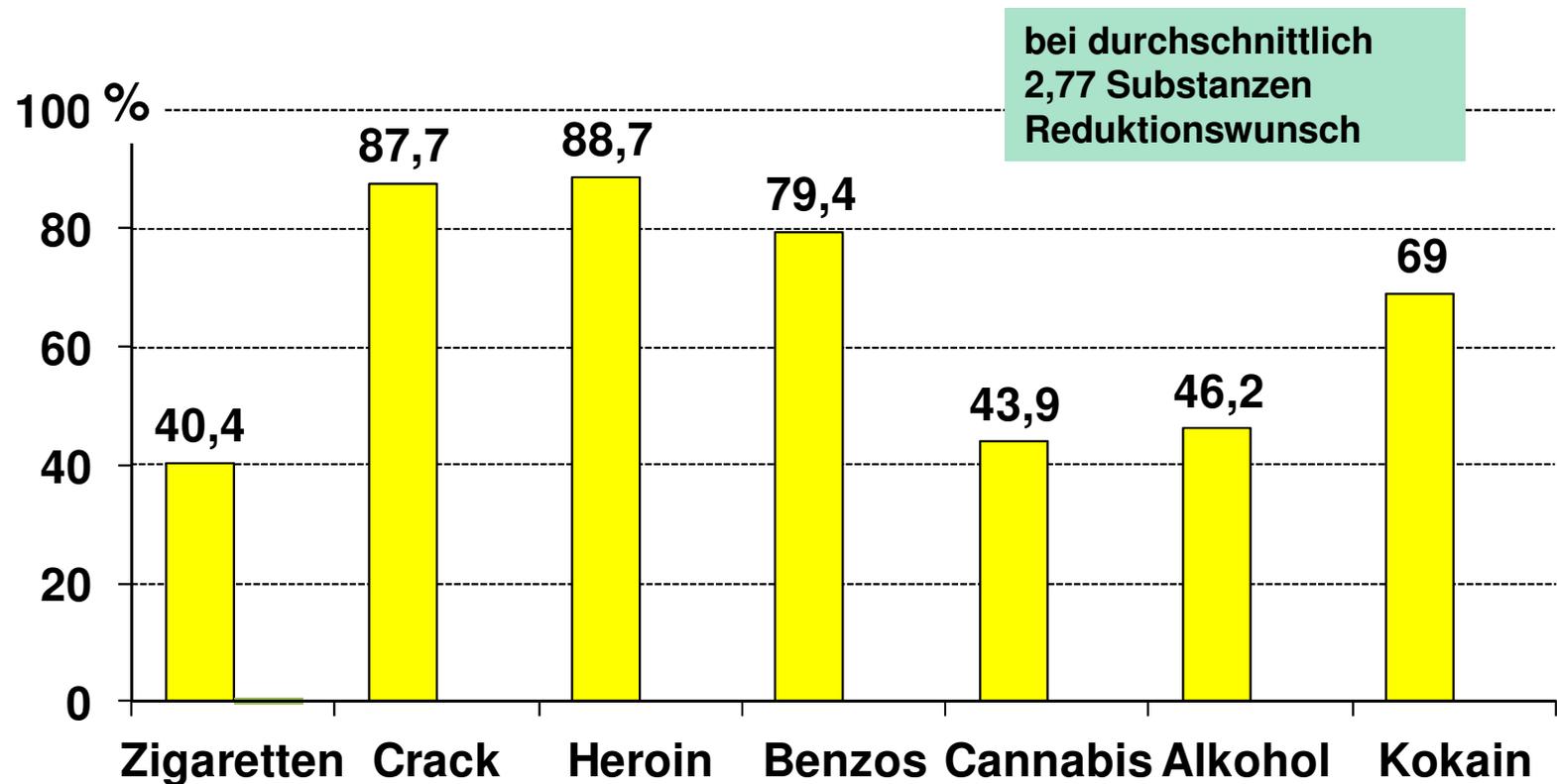
# Konsummengen

	Durchschnittskonsum <sup>a)</sup>					Höchstkonsum <sup>b)</sup>			
	pro Monat (in SKE)	pro Monat (in g)	pro Woche (in SKE)	pro Tag (in SKE)	pro Tag (in g)	pro Monat (in SKE)	pro Monat (in g) <sup>1)</sup>	pro Tag (in SKE)	pro Tag (in g)
<b>Crack</b> (n = 70)	57,56 SKE (10er Crack-Steine)	11,51 g	14,39 SKE	2,06 SKE	0,41 g	525 SKE (10er Crack-Steine)	105 g	18,75 SKE	3,75 g
<b>Heroin</b> (n = 67) <sup>e)</sup>	91,15 SKE	18,23 g	22,79 SKE	3,26 SKE	0,65 g	560 SKE	112 g	20 SKE	4 g
<b>Benzo-diazepine</b> (n = 66)	58,98 SKE (Tabletten)	5,90g	14,75 SKE	2,11 SKE	0,21g	300 SKE (Tabletten)	30g	10,71 SKE	1,71g
<b>Cannabis</b> (n = 64)	88,35 SKE	17,67 g	22,09 SKE	3,16 SKE	0,63 g	600 SKE	120 g	21,43 SKE	4,29 g
<b>Alkohol</b> (n = 48)	76,58 SKE (z. B. à 0,5l Bier)	1531,60g	19,15 SKE	2,74 SKE	54,70g	448 SKE (z. B. à 0,5l Bier)	8960g	16 SKE	320g
<b>Kokain</b> (n = 29)	14,72 SKE	2,94 g	3,68 SKE	0,53 SKE	0,11 g	100 SKE	20 g	3,57 SKE	0,71 g



## % der Personen mit Reduktionsvorsatz

(Bezug: Alle Konsumentinnen der jeweiligen Substanz; N=113)





## Zu 3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum

5. **Die Mixtur der konsumierten Substanzen wird meist unzureichend oder gar nicht dokumentiert (= irrelevant?).**

Beispiel: Keine Erfassung und keine Auswertung in den Basisdokumentationen des dt. Fachverbands Sucht – weder für die Fachkliniken für Alkohol-/ Medikamenten-abhängige noch diejenigen für Drogenabhängige (vgl. [www.sucht.de](http://www.sucht.de))



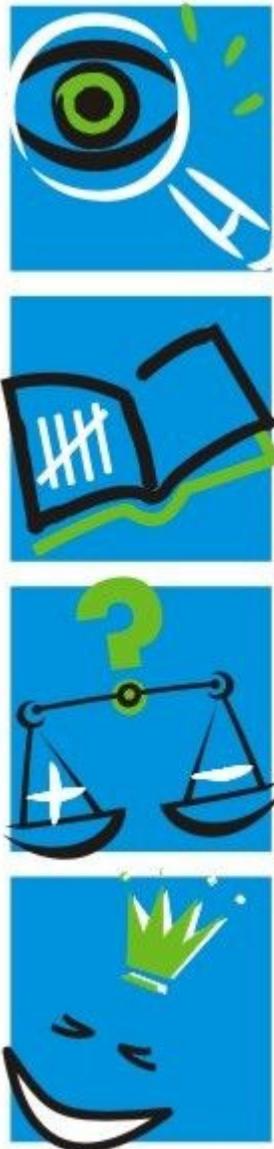
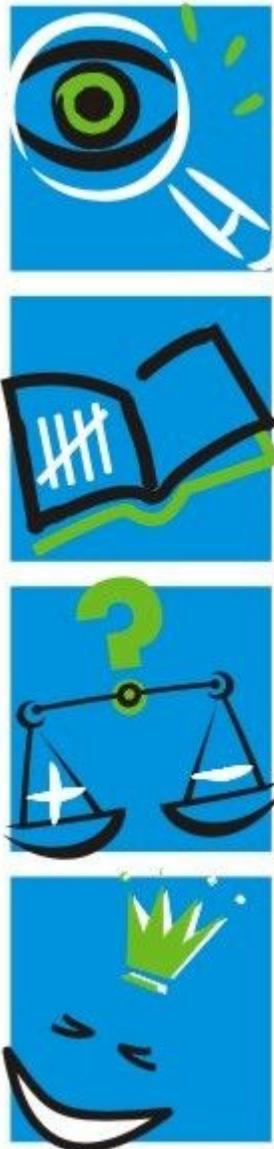


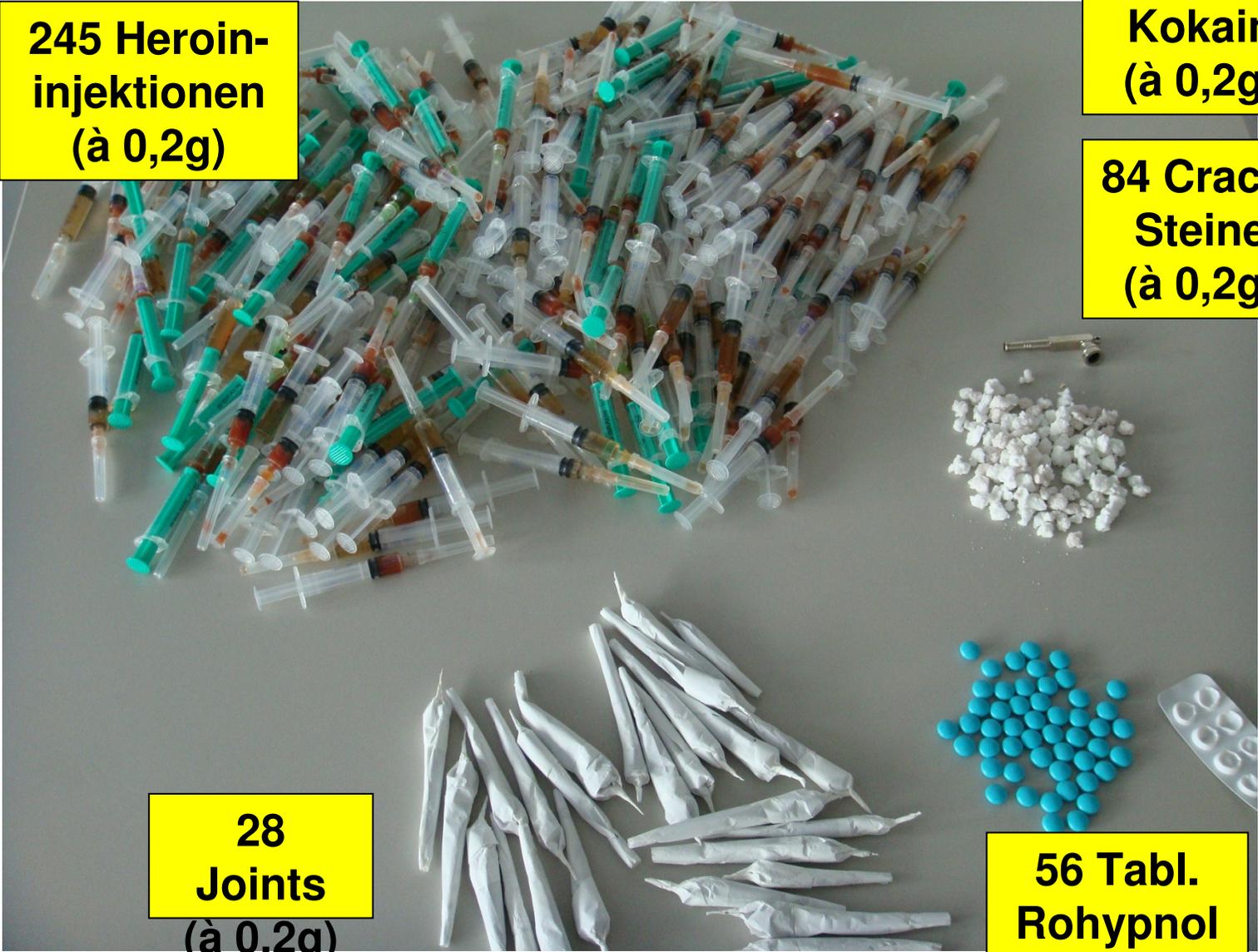
Tabelle 9: Hauptdiagnose (Suchtmitteldiagnose)

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	83	4,9%	14	3,2%	97	4,6%
Störungen durch Opioide	F11	472	28,0%	169	38,1%	641	30,1%
Störungen durch Cannabinoide	F12	317	18,8%	70	15,8%	387	18,2%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	2	0,1%	2	0,5%	4	0,2%
Störungen durch Kokain	F14	99	5,9%	20	4,5%	119	5,6%
Störungen durch sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein	F15	172	10,2%	53	12,0%	225	10,6%
Störungen durch Halluzinogene	F16	3	0,2%			3	0,1%
Störungen durch Tabak	F17						
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18						
Störungen durch multiple Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	538	31,9%	115	26,0%	653	30,6%
Pathologisches Glücksspiel	F63	2	0,1%			2	0,1%
Zusammen		1688	100,0%	443	100,0%	2131	100,0%

Quelle: Basisdokumentation 2008 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit. In Fachverband Sucht e.V., (o.J.), Basisdokumentation 2008. Bonn



**245 Heroin-  
injektionen  
(à 0,2g)**



**2 Linien  
Kokain  
(à 0,2g)**

**84 Crack-  
Steine  
(à 0,2g)**

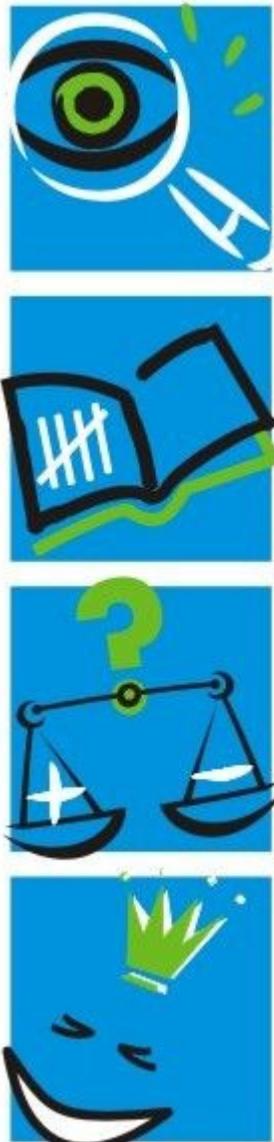


**28  
Joints  
(à 0,2g)**



**56 Tabl.  
Rohypnol  
(à 1 mg)**

© Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier (2009)



**336  
Fl. Bier  
(à 0,5l)**





## Häufigkeit von Substanzkombinationen der sechs aktuell konsumierten Hauptsubstanzen (Crack, Heroin, Benzos, Cannabis, Alkohol, Kokain)



	N	%
Crack + Heroin + Benzodiazepine (+ z.T. Cannabis und/oder Alkohol) <sup>1</sup>	34	31,0
Crack + Heroin (+z. T. Cannabis und/oder Alkohol)	15	13,3
Benzodiazepine (+z. T. Cannabis und/oder Alkohol)	13	11,5
Cannabis (+z.T. Alkohol)	11	9,7
Crack + Heroin + Benzodiazepine + Cannabis + Alkohol + Kokain (= alle 6 Hauptsubstanzen)	10	8,9
Crack (+z. T. Cannabis und/oder Alkohol)	10	8,9
Heroin + Benzodiazepine (+z. T. Cannabis und/oder Alkohol)	6	5,3
Crack + Benzodiazepine (+z. T. Cannabis und/oder Alkohol)	5	4,4
Heroin (+z. T. Cannabis und/oder Alkohol)	6	5,3
Sonstige (keine der 6 Hauptsubstanzen)	3	2,6



---

## Zu 3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum

### 6. Äquivalenz der „Behandlungslogik“ bei unterschiedlichen Suchtstoffen/ stoffungebundenen Süchten

Aus Sicht der heutigen Suchtforschung gibt es keine überzeugenden Argumente dafür, dass die Abhängigkeit von Tabak einer grundsätzlich anderen „Entwöhnungslogik“ zu folgen habe als die Abhängigkeit von Alkohol und diese wieder eine grundsätzlich andere als die Abhängigkeit von illegalen Drogen oder nicht-stoffgebundenen Süchten.

In der Therapie geht es suchstoffübergreifend stets um

- die Motivierung zu einer Konsumänderung,
- die Entschlüsselung der Entstehungs- und aufrecht erhaltenden Faktoren des Suchtverhaltens,
- die Aktivierung personaler und sozialer Ressourcen,
- Rückfallrisiken und Rückfallprävention/-intervention
- usw.



---

## Zu 3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum

### 6. Äquivalenz der „Behandlungslogik“ bei unterschiedlichen Suchtstoffen/ stoffungebundenen Süchten (Forts.)

In der Therapie einzelner Substanzen haben sich Idiosynkrasien ausgebildet.

Beispiel: Die Rauchstopp-Programme mit festgelegter Aufhörtage (→ vgl. zur Nichterfordernis: Hughes et al. 2011).



---

## Zu 3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum

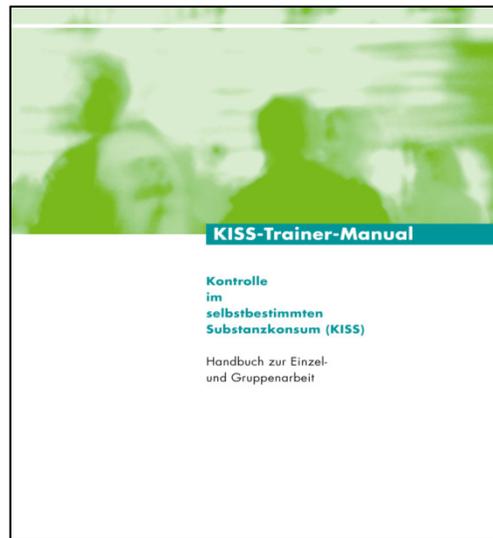
7. Bei einer Multisubstanzausrichtung, d.h. gleichzeitigen Behandlung mehrerer Substanzen,
- treten deutliche Reduktionseffekte über alle Substanzen hinweg ein
  - profitieren schwer Abhängige am meisten
  - treten keine Suchtverlagerungseffekte ein.

Dies ist zumindest bei Einsatz des Konsumreduktionsprogramms „KISS – Kompetenz Im Selbstbestimmten Substanzkonsum“ der Fall (Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier, 2011).



# „KISS“

## Kompetenz im Selbstbestimmten Substanzkonsum (Körkel & GK Quest Akademie, 2007<sup>3</sup>)



Manual für  
TrainerInnen



CD-ROM mit  
Arbeits- und  
Info-Blättern



Handbuch für TN

---

## KISS: Grundmerkmale



1. Alle Substanzen/nicht stoffgebundenen Suchtverhaltensweisen umfassendes verhaltenstherapeutisches **Selbstmanagement**programm (Typ: BSCT). Dauer ca. 3,5 - 4 Monate.



2. **Als Einzel- oder Gruppenprogramm** (max. 12 TN) durch 1-2 ausgebildete TrainerInnen durchführbar.



3. **In diversen KISS-Varianten verfügbar:** Für ambulante (z.B. Substitution) und stationäre (Entzug, Entwöhnung) Drogenarbeit, für Jugendliche („Keep It Smart’n Safe“), als Selbstlernmanual („KISS – Do It Yourself“) etc.



4. **Ziel:** Reduktion des legalen/illegalen Drogenkonsums. Abstinenzentscheidungen werden tage-, wochen- und substanzweise angeregt („Brücke zur Abstinenz“).
5. Interventions-Basiskompetenz: Geist und Methoden des **„Motivational Interviewing“** (Miller & Rollick, 2002):

# Beispiel aus dem Multisubstanzprogramm „KISS“: Pocket-Konsumtagebuch



**/// Konsum vor KISS-Beginn**  
Hier Substanzen und Konsumeinheiten eintragen

Woche vom       bis

Substanz	Uhr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Woche	Zahl der konsum-freien Tage	
1 Crack	6-12			/				/	2	der konsum-freien Tage	
	12-18		/	//	//	///	//	//			12
	18-6	///		//	//	/	//	/			11
	Konsumeinheiten pro Tag		3	1	5	4	4	4	4	25	0
2 Cannabis	6-12										
	12-18										
	18-6										
	Konsumeinheiten pro Tag										
3 Heroin	6-12										
	12-18										
	18-6										
	Konsumeinheiten pro Tag										

---

# KISS-ambulant: Aufbau und Inhalte



## 1-2 Einzel- Vorgespräche



- Festlegung der Konsumeinheiten
- Bestandsaufnahme des Konsums (Konsumtagebuch)



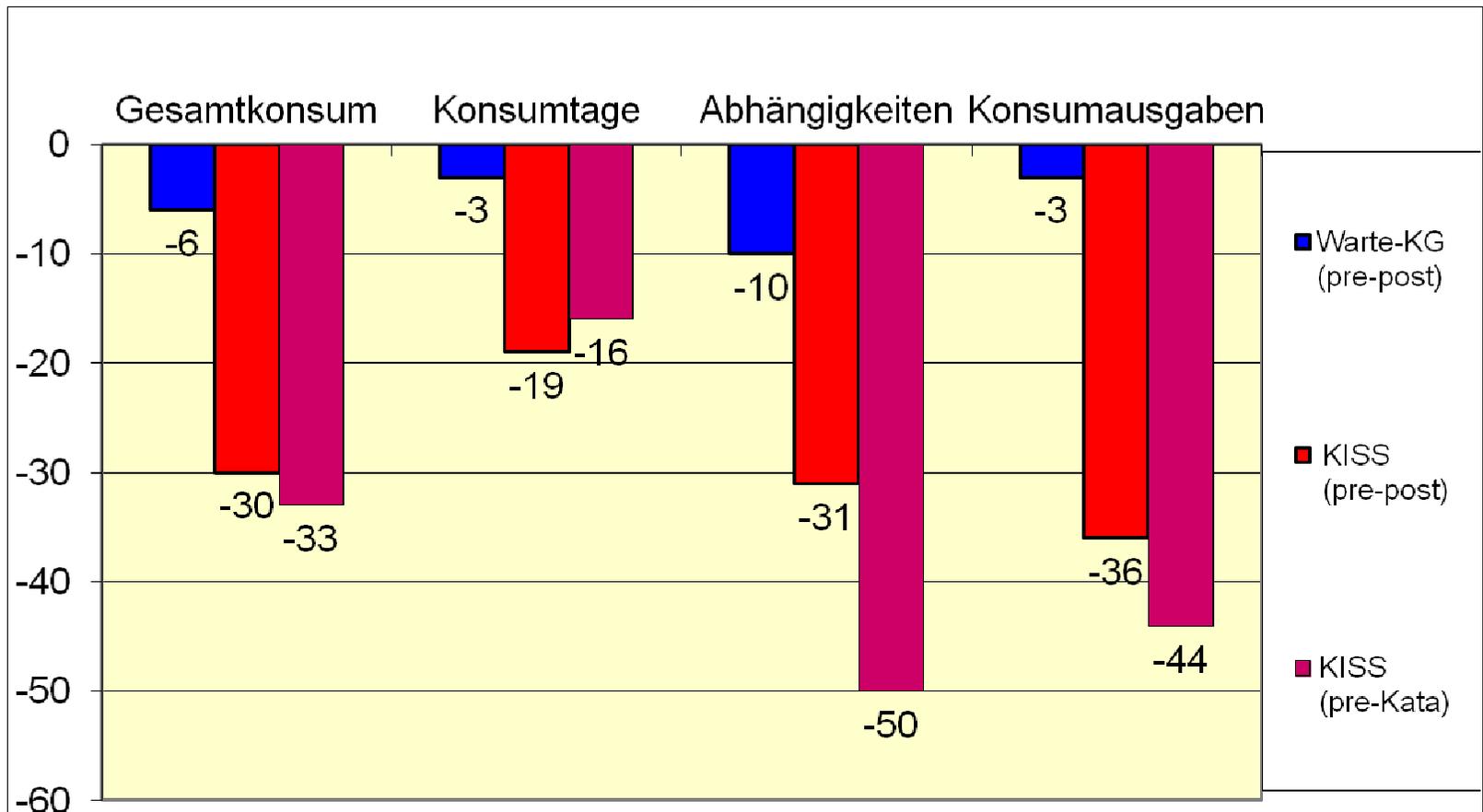
## 12 KISS – Module

1. Grundwissen über Drogen
2. Pro & Kontra Veränderung
- 3. Konsum-Bilanz**
- 4. Zielfestlegung (wochenweise)**
5. Strategien zur Zielerreichung
6. Umgang mit Risikosituationen
7. Ausrutscher meistern
8. Freizeitgestaltung
9. Erkennen von Belastungen
10. Bewältigung von Belastungen
11. Soziale Kompetenzen („Nein-Sagen“)
12. Erreichtes sichern



## Evaluation (RCT) des Programms „KISS - Kompetenz Im Selbstbestimmten Substanzkonsum“ bei Drogenabhängigen: Veränderungen (pre – post – 6-Monats-FU) in den vier substanzübergreifenden Zielkriterien (in%)

(Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier 2011)



**12% der KISS-TN in zwischenzeitlicher Entgiftung**

**24% der Wartegruppe-TN in zwischenzeitlicher Entgiftung**



---

# Überblick

1. Ausgangspunkt: „Herausforderung Sucht“
2. Intro: Konsum- und Behandlungsrealitäten
3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum
4. Praktische Folgerungen ...  
für alle Suchthilfebereiche: Säulen  
„Schadensminderung“ und „Behandlung“  
(ambulante und stationäre Beratung/  
Behandlung/Therapie, Wohnen, Arbeitsprojekte ...)



## Zu 4. Praktische Folgerungen (I)

1. Sich für den gesamten Konsum jedes einzelnen Klienten interessieren und diesen Konsum en detail explorieren.



Es wäre schon viel gewonnen, wenn innerhalb der existierenden Suchthilfeangebote sowohl der Konsum der „Hauptsubstanz“ als auch der weiteren Substanzen differenziert erkundet würde.



Leitfragen:

- Welche legalen (Alkohol, Medikamente, Tabak) und illegalen Substanzen (Heroin, Kokain, Cannabis, ...) Substanzen werden konsumiert ?
- Zu welcher Tageszeit und wie häufig pro Tag/Woche/Monat?
- In welchen Mengen?





## Zu 4. Beispielblatt „Substanzexploration“

**Aufgabe:** Tragen Sie für den/die KL, die Sie am besten kennen, für jede konsumierte Substanz stundenweise die genaue Konsummenge ein. Legen Sie eine übliche Konsumwoche zugrunde – oder diejenige Woche, über die Sie am besten Bescheid wissen.

Name von KL: ..... Konsumierte Substanzen (ICD-10 F10 unterstreichen): .....



Uhrzeit	Montag, .....	Dienstag, .....	Mittwoch, ...	Donnerstag, ..	Freitag, .....	Samstag, .....	Sonntag, .....
00:00 - 01:00							
01:00 - 02:00							
03:00 - 04:00							
04:00 - 05:00							
05:00 - 06:00							
06:00 - 07:00							
07:00 - 08:00							
08:00 - 09:00							
09:00 - 10:00							
10:00 - 11:00							
11:00 - 12:00							
12:00 - 13:00							
13:00 - 14:00							
14:00 - 15:00							
15:00 - 16:00							
16:00 - 17:00							
17:00 - 18:00							
18:00 - 19:00							
19:00 - 20:00							
20:00 - 21:00							
21:00 - 22:00							
22:00 - 23:00							
23:00 - 24:00							



## Zu 4. Praktische Folgerungen (II)

### 2. Die funktionale Bedeutung von Substanzkombinationen verstehen lernen.

Also etwa:

- a) Crack für den stimulierenden „Kick“, 20 Rohypnol zum „Runterkommen“.
- b) Nach Einnahme des Substituts Konsum von Alkohol zum Erträglichmachen der Alltags- und Sinnleere, bis morgens Runterdosierung auf 0 Promille zum Verbleib in der Substitution.

Leitfragen:

- Welche erwünschten und unerwünschten Effekte gehen mit welcher Substanz und welchen Substanzkombinationen einher?
- Welche Arten von Mischkonsum kommen vor?





## Zu 4. Praktische Folgerungen (III)



### 3. Änderungsmotivation abklären und freisetzen.

Durch Motivational Interviewing für jede Substanz den Änderungswunsch („importance“), die Änderungszuversicht („confidence“) und die aktuelle Änderungsbereitschaft („readiness“) des KI. abklären und Veränderungen „in Gang bringen“.



Leitfragen:

- (Zum Beispiel anhand einer 10er Skala):  
Wie wichtig ist Ihnen eine Änderung Ihres x-Konsums?  
Wie zuversichtlich sind Sie, diese zu schaffen? Wie hoch ist Ihre Bereitschaft, jetzt mit der Änderung zu beginnen?
- Wenn Ihr Sohn/Deine Mutter/... sich eine Änderung Ihres Substanzkonsums wünschen dürfte: Mit welcher Substanz würde sie anfangen (und warum)? Welche käme danach? ...





## Zu 4. Praktische Folgerungen (IV)



### 4. Im zieloffenen Dialog **Änderungsziele substanzweise abklären.**

Bei Mehrfachkonsum ist keinesfalls klar, ob bei allen Substanzen eine Änderung angestrebt wird und worin ggf. das Ziel der Änderung besteht. Beispielsweise strebt die Mehrzahl Drogenabhängiger keine Alkoholabstinenz an – und lebt nach einer Behandlung auch nicht alkoholabstinent (vgl. Körkel, 2011).



Leitfragen:

- Wie soll es mit Ihrem Konsum von x weitergehen? [Optionen siehe nächste Folie, z.B.: a) dauerhaft abstinent, b) für [6] Monate abstinent, c) reduziert-selbstkontrollierter Konsum)].
- Was heißt für Sie „weniger [nur ab und zu] x zu konsumieren“?



# Systematische Zielabklärung

(aus: „KISS-Diagnostik, Körkel & Quest Akademie, 2007)

	Alkohol	Zigaretten	Haschisch Marihuana	Heroin	Substitute: z.B. Subutex Methadon	Polamidon	Crack	Kokain (Pulver)	Aufputsch- mittel (z.B. Speed,	Ampheta- mine)	Beruhi- gungsmittel (Benzos,	Rohypnol, Valium o.ä.)	Schmerz- mittel	(z.B. Dolvi- ran, Valeron o.ä.)
Ankreuzungen von Frage 1 über- nehmen (= Substanzen, die in den letzten 12 Monaten consu- miert worden sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Frage 6:</b> »Wie soll es mit Ihrem Konsum weitergehen?«														
Nichts verändern, weiterkon- sumieren wie bisher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
weniger/anders konsumieren (seltener oder von der Menge her weniger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
zeitlich begrenzte Abstinenz (... Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
zeitlich unbegrenzte Abstinenz, die Substanz nie mehr konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Frage 7:</b> »Bei welcher der Sub- stanzen, die Sie weiterkonsumie- ren wollen, ist Ihnen die Redukti- on am wichtigsten?«	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



## Zu 4. Praktische Folgerungen (V)

5. **Prioritätenliste der Substanzen, bei denen eine Änderung angestrebt wird, erstellen.**

Analog zu „Motivational Interviewing in Health Care“ (Rollnick, Miller & Butler 2008) alle Substanzen mit Änderungsbereitschaft in eine Rangreihe bringen lassen.

Leitfragen:

- Bei welcher Substanz ist Ihnen eine Änderung am wichtigsten, bei welcher am zweitwichtigsten, am drittwichtigsten usw.?





## Zu 4. Praktische Folgerungen (VI)

6. Je nach Änderungsziel auf bewährte Therapieansätze für Abstinenz oder kontrolliert-reduzierten Konsum aus den Bereichen Tabak, Alkohol, illegale Drogen und nicht stoffgebundene Süchte zurückgreifen.

### Bei **Monosubstanzkonsum**:

*Substanzspezifische Manuale/Programme* angebracht (wirksam??), z.B. CANDIS (→ Ziel Cannabisabstinenz), „Therapiemanual Kokainabhängigkeit“ (→ Ziel Kokainabstinenz), AkT-/EkT-/WALK-/10 Schritte-Programm (→ Ziel Alkoholreduktion), 12+Programm → Ziel reduziertes Rauchen oder Abstinenz), HaLT (→ Ziel verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol), S.T.A.R.-Programm (→ Ziel Alkohol-Rückfallprävention)

### Bei **Mehrfachsubstanzkonsum**:

*Substanzen übergreifende Manuale* vonnöten (z.B. KISS-ambulant, KISS für Jugendliche, KISS-stationär etc. → Ziel Konsumreduktion oder Abstinenz).



## Zu 4. Praktische Folgerungen (VII)

7. **Ein Substanzen umfassender Ansatz muss institutionell, d.h. von der Leitung und Mitarbeiter-schaft gewollt sein und verankert werden.**



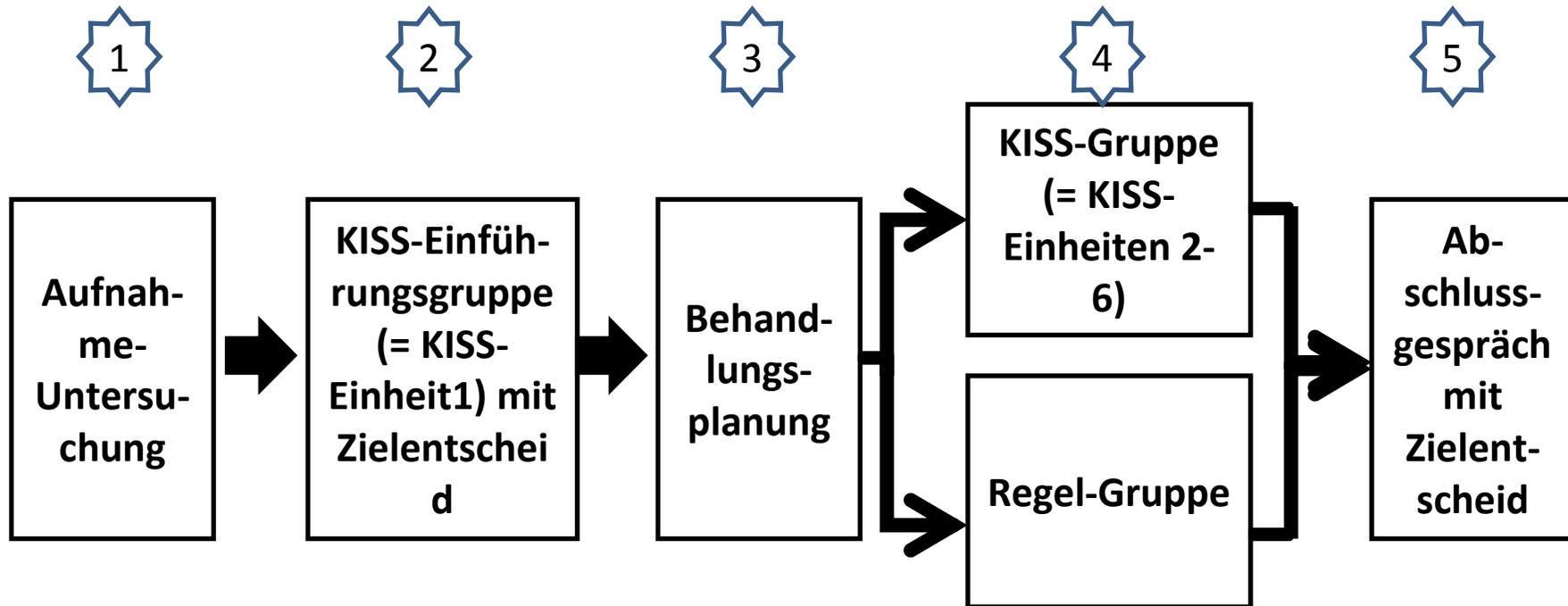
Beispiel Integrative Drogenhilfe Frankfurt:  
Im Konsumraum Niddastraße und der „FriedA“ (= Substitutionsambulanz & Kontaktladen) unkomplizierte und wirksame Einführung der Rauchfreiheit.



Demgegenüber:  
In den Nürnberger Kontaktläden wird unverändert geraucht.



# Einbettung von KISS in den Ablauf des stationären Drogenentzugs (S04, Warstein)





## Zu 4. Praktische Folgerungen (VIII)

8. **Ambulante Suchthilfeeinrichtungen (z.B. Suchtberatungsstellen) sollten sich als Public-Health-Zentren verstehen.**



Das bedeutet: Alle KonsumentInnen mit problematischem Suchtmittelkonsum (Risikokonsum, Missbrauch, Abhängigkeit) im Einzugsbereich sollten sich angesprochen fühlen.



Das wird nur bei niedrigen Hürden einer Kontaktaufnahme (z.B. Internet-Selbsttests mit normativem Feedback), Zieloffenheit, breiter Angebotspalette (Selbsthilfemanuale, Kurzinterventionen bis langfristige face-to-face-Begleitung) und kundengerechtem Methodeneinsatz (z.B. SMS-Kontakte) funktionieren.





## Zu 4. Praktische Folgerungen (IX)

### 9. Substanzspezifische oder Substanzen übergreifende Behandlungszentren?



Für die Indikation einer bestimmten Einrichtung dürften zukünftig weniger die Art und Legalität der Substanz(en), sondern andere „Passungskriterien“ die Hauptrolle spielen: (subkultureller) Lebensstil, Werteorientierung, Schul-/ oder Berufsausbildung, Alter, Geschlecht, Arbeitssituation, Suchtfolgeprobleme (z.B. Haft) etc.



**Beispiel** dafür, dass es substanzunspezifisch gehen kann: Synanon; Basel Land.

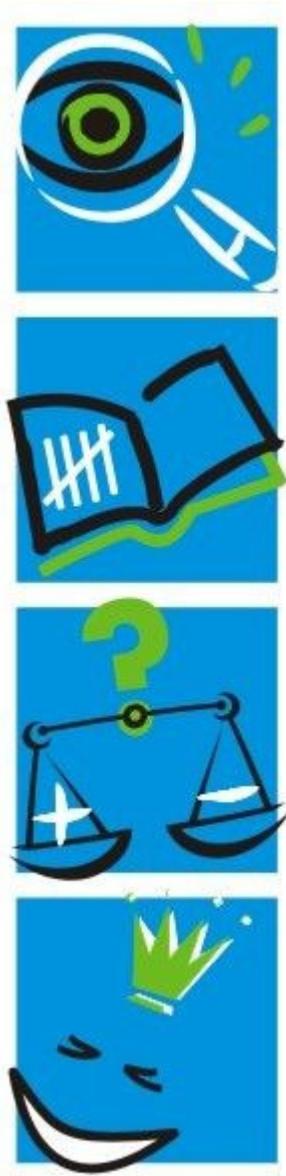


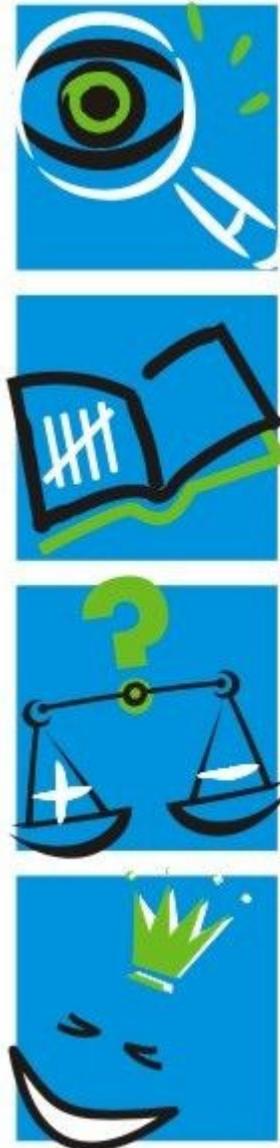
**Beispiel** für substanzspezifische Ausrichtung (obgleich die Arbeitsweise nahezu identisch ist): Alcoholics Anonymous versus Narcotics Anonymous.

---

# Überblick

1. Ausgangspunkt: „Herausforderung Sucht“
2. Intro: Konsum- und Behandlungsrealitäten
3. Kenntnisstand zum Mehrfachkonsum
4. Praktische Folgerungen
5. Resümee





---

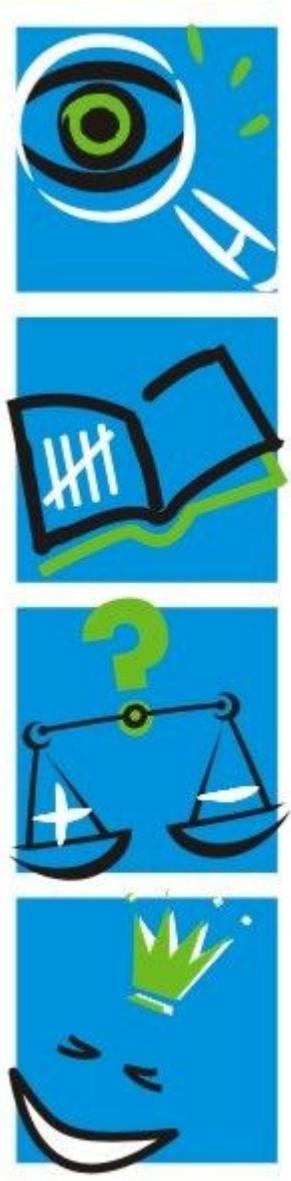
# Resümee (I)

1. Der Mehrfachkonsum psychotroper Substanzen, z.T. in Verbindung mit stoffungebundenen Süchten, ist bei SuchtpatientInnen der Regelfall und nicht die Ausnahme.
2. MitarbeiterInnen sollten den konkreten KlientInnen mit ihrem Substanzen-Mix gerecht werden können – das ist das Kriterium: Die Menschen, die kommen, in ihrem Multisubstanzkonsum optimal behandeln können.

---

## Resümee (II)

3. Deshalb sollten MitarbeiterInnen der Suchthilfe diagnostische und behandelnde Kompetenzen für alle DSM-IV-Suchtstoffklassen und nichtstoffgebundenen Suchtverhaltensweisen besitzen.

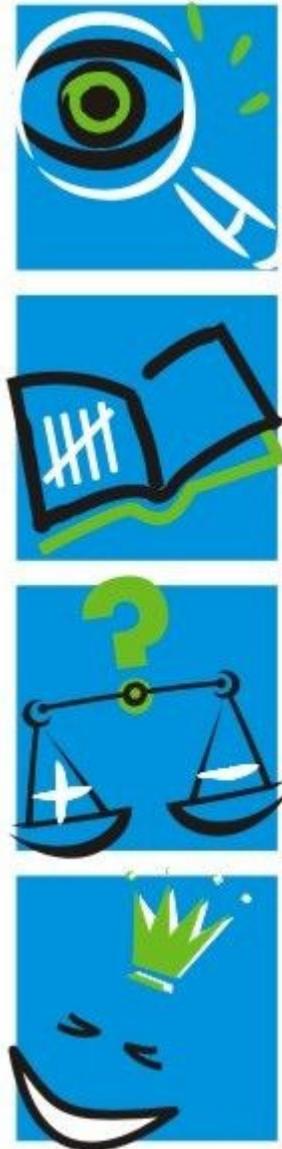


---

## Resümee (III)



4. In allen Feldern der Suchthilfe sollte der Konsum aller Substanzen ins Blickfeld gerückt und jeder Problemkonsum – soweit vom Pat. gewünscht – zieloffen behandelt werden.
5. Das wird Wollensentscheidungen auf Träger- bzw. Leitungsebene, institutionelle Neujustierungen und kontinuierliche Fortbildungen der MitarbeiterInnen erfordern.



## Resümee (IV)

6. Es ist wünschenswert, dass sich v.a. ambulante Suchtinfo-/Suchtberatungszentren zu *Kompetenzzentren für Suchtfragen* weiterentwickeln und ihre Öffentlichkeitsarbeit, ihre Angebotspalette und ihr Medien-/Methodenarsenal so ausrichten, dass sich möglichst viele Menschen aller Grade von Suchtproblemen (riskant, missbräuchlich, abhängig) davon angesprochen fühlen.



---

# Danksagung



Der Vortrag ist im Rahmen meiner Förderung als Ashoka Fellow durch Ashoka Deutschland entstanden (<http://germany.ashoka.org/joachimkoerkel>).

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Joachim Körkel  
Ev. Hochschule Nürnberg  
Bärenschanzstr. 4, D – 90459 Nürnberg  
Email: [joachim.koerkel@evhn.de](mailto:joachim.koerkel@evhn.de)