

Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 24 · Heft 2 · 2017

ISSN 1021-9803

Preis: € 15

Imago Hominis

**Sucht: Prävention
und Therapie**

**Addiction: Prevention and
Therapy**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Astrid Chirari (Anästhesiologie & Intensivmedizin, Wien)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Andreas Gruber (Neurochirurgie, Wien)
Johannes A. Hainfellner (Neuropathologie & Neurobiologie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzhofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Marktl (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung in Wien gegründet, zeitgleich mit anderen wichtigen medizinethischen Instituten im deutschen Sprachraum. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz.

Von seiner Gründungsidee her arbeitet das Institut interdisziplinär, berufsübergreifend und fördert den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlich-humanistischen Menschenbildes.

Editorial	95	
Aus aktuellem Anlass	98	Stephanie Merckens Gibt es doch noch Grenzen bei internationalen Leihmutterchaftsverträgen?
Schwerpunkt	105	Monika Feuchtner Illegale Substanzen: Fakten und Debatten – ein Überblick
	115	Michael Soyka Einmal süchtig – immer süchtig? Aktuelles aus der Therapieforschung
	125	Claudia Botschev Suchtrehabilitation: Symptombewältigung und Sinnentdeckung im Leben
	135	Dominik Batthyány Drogenprävention: Sucht und Bindung
Freies Thema	143	Reimer Gronemeyer Die soziale Seite der Demenz. Was die Pathologisierung der Demenz verdeckt
Nachrichten	151	
Zeitschriftenspiegel	155	
Buchbesprechungen	157	
Ankündigung	165	Symposium: Dem Sterbenden begegnen. Herausforderungen an Medizin und Pflege

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)
errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5. 6. 1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Tel: +43-1-715 35 92, Fax: +43-1-715 35 92-4, eMail: postbox@imabe.org

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: Bischof DDR. Klaus Küng, Diözesanbischof St. Pölten

Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak, Präsident Dr. Herwig Lindner, Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA,

Dr. Markus Schwarz, Ehrw. Oberin Sr. Gabriela Trenker

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, Wien

Generalsekretär: Prof. Dr. Enrique H. Prat, Wien

Geschäftsführerin: Mag. Susanne Kummer, Wien

Institutszweck: Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und der medizinischen Anthropologie.

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,

T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4 · eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: Imago Hominis ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: Factor, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Feuchtnner

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtnner

Einzelpreis: € 15,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Feuchtnner

Bankverbindung: Unicredit Bank Austria AG

IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: dreimal im Jahr, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.

Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

Redaktionsschluss: 10. Juli 2017

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

Die Zahl der Drogentoten ist laut aktuellem Jahresbericht der *Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht der Europäischen Union* (EMCDDA) im Jahr 2015 zum dritten Mal in Folge gestiegen. In den 28 Mitgliedstaaten der EU sowie in der Türkei und Norwegen starben 2015 den Angaben zufolge 8.441 Menschen an einer Überdosis. Dies sind um sechs Prozent mehr Todesfälle im Zusammenhang mit Suchtgiftkonsum im Vergleich zu 2014, heißt es in dem Anfang Juni 2017 in Brüssel präsentierten Report. EU-weit stammten 31 Prozent der Drogenopfer 2015 aus Großbritannien 15 Prozent aus Deutschland. 78 Prozent der Opfer erlagen den Folgen einer Überdosis Kokain oder Opioiden (vor allem Heroin, Morphin, synthetische Opioide). Mehr als drei Viertel der Opfer waren Männer. Auch in Österreich stieg die Mortalitätsrate an: Sie liegt mit 26,4 pro Million Einwohner über dem EU-Durchschnitt von 20,3. Im Jahr 2015 gab es 153 Drogentote.

Derzeit leben 1,3 Millionen Menschen in Europa, die wegen ihrer schweren Sucht als besonders gefährdet gelten. Rund 93 Millionen Erwachsene haben bereits einmal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert – das entspricht einem Viertel aller 15- bis 64-jährigen EU-Bürger. Die am häufigsten probierte Droge ist Cannabis (53,8 Mio. Männer und 34,1 Mio. Frauen). Besorgniserregend sei vor allem, „dass junge Menschen vielen neuen und gefährlichen Drogen ausgesetzt“ seien, erklärte laut einem Bericht des *Deutschen Ärzteblatts* der für Inneres zuständige EU-Kommissar Dimitris Avramopoulos anlässlich der Präsentation des Drogenberichts in Brüssel.

Zu diesen zählen sog. Fentanyle, die eigentlich als Schmerzmittel bei Narkosen eingesetzt werden: 60 Prozent der entdeckten neuen psychoaktiven Substanzen waren Fentanyle. Sie hätten eine zum Teil „um ein vielfaches stärkere Wirkung als Heroin“, heißt es in dem Drogenbericht. Durch Hautkontakt oder Einatmen könnten auch Dritte gefährdet werden. Anfang dieses Jahres untersuchte die Beobachtungsstelle zwei solcher Stoffe, mit denen mehr als 50 Todesopfer in Verbindung gebracht wurden. Die am meisten in Europa konsumierten Drogen bleiben laut EMCDDA aber Kokain und Ecstasy (MDMA) sowie Amphetamine.

Eine besondere Sorge gilt den Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Rund 16,6 Millionen junge Europäer (15 bis 34 Jahre) haben im Jahr 2015 Cannabis konsumiert, das entspricht 13,3 Prozent dieser Altersgruppe. Experten warnen seit einigen Jahren vor einer Verharmlosung des „Kiffens“ in der Jugend. Sie appellieren an Ärzte, mehr in die Aufklärung zu investieren, und warnen vor einer Legalisierung der Droge für nicht-medizinische Zwecke. Erst kürzlich kam dazu ein klares Bekenntnis seitens der *Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie*.

So sprach sich der Innsbrucker Psychiater Wolfgang Fleischhacker (*Medizinische Universität Innsbruck*) anlässlich der Jahrestagung der ÖGPP strikt gegen eine Freigabe von Cannabis aus, die über die medizinische Anwendung hinausgeht. Mit der Legalisierung von Hanfprodukten würde man die „Büchse der Pandora öffnen“. Cannabis sei eindeutig eine suchterzeugende Substanz. Studien zeigen, dass Jugendliche mit regelmäßigem Cannabiskonsum deutlich öfter unter Angststörungen und Depressionen leiden. Das Risiko, später an einer Schizophrenie zu erkranken, steigt laut Experten um das Vierfache – und dies gilt selbst dann noch, wenn sie irgendwann wieder ganz mit dem „Kiffen“ aufhören.

Die Verwendung des Cannabis-Wirkstoffs THC (Tetrahydrocannabinol) für medizinische Zwecke ist in Österreich erlaubt. Sie können bei Multipler Sklerose Muskelkrämpfe entspannen, den Appetit bei Krebspatienten steigern oder Schmerzen lindern. Während diese THC-Medikamente ausschließlich bekannte und geringst dosierte Inhaltsstoffe der Cannabispflanze enthalten, hat diese weit über 100 andere Wirkstoffe, über deren Wirkung und Nebenwirkung man kaum etwas wisse, sagt Fleischhacker. Selbst im medizinischen Bereich brauche es noch weitere und auch substanziellere Studien.

Aus ethischer Perspektive ist Drogenkonsum in mehrfacher Hinsicht problematisch und bedarf einer Lösungsstrategie, die den Menschen in seiner Ganzheit in den Blick nimmt. Die Selbsterstörung und das Aufgeben der eigenen Würde durch den Drogenkonsum beeinträchtigen nicht nur das körperliche und seelische Wohlergehen, sondern engen den Menschen in seiner Fähigkeit zu Gemeinschaft und Hingabe ein. Indem der Mensch beginnt, Drogen zu nehmen, beginnt ein Zerstörungsprozess des Familienlebens (Missbrauch des Vertrauens, Entfremdung, psychische Belastung usw.). Die Zersetzung der Familie wirkt sich unweigerlich auf ihr gesellschaftliches Umfeld aus.

Es ist wichtig, dass die Drogenproblematik nicht bloß auf eine individualetische Problematik reduziert wird. Manchmal

werden Menschen durch die Brutalität der Gesellschaft an den Rand gedrängt und flüchten in den Drogenkonsum als eine Art Trost. Es ist daher nicht damit getan, Drogenkonsum zu verbieten oder die Drogenproduktion einzudämmen. Vielmehr soll das Drogenphänomen auch dazu führen, dass die Gesellschaft über die sozialen Ursachen der Entstehung des Phänomens nachdenkt und Konsequenzen zieht – auch hinsichtlich ganzheitlicher Therapiemodelle.

Monika Feuchtnner (*IMABE, Wien*) bringt in der vorliegenden Ausgabe einen Überblick zur aktuellen Debatte über Drogenkonsum, die rechtliche Lage im internationalen Kontext sowie Auswirkungen des Konsums illegaler Drogen.

Michael Soyka (*Psychiatrische Universitätsklinik LMU München*) erläutert die neurobiologischen Grundlagen von Sucht. Das sog. Suchtgedächtnis ist durch suchtspezifische oder assoziierte Reize immer wieder aktivierbar. Die Rückfallgefährdung bleibe bei den meisten Patienten mit Drogenabhängigkeit daher auch im Langzeitverlauf sehr hoch, so Soyka.

Die Psychiaterin und Suchtexpertin Claudia Botschev, langjährige Leiterin einer Fachambulanz für Suchtkranke in München, zeigt auf, dass die Integration von Sinn- und Wertfragen oder auch Spiritualität in die Behandlung suchtkranker Menschen ein hilfreiches Element darstellen, das aus der Tabuzone geholt werden sollte.

Dominik Batthyány, Leiter der *Therapie- und Beratungsstelle für Verhaltenssucht (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)* stellt das Thema Prävention in den Mittelpunkt: Substanzmissbrauch kann als Versuch verstanden werden, unzureichende Bindungsstrategien zu ersetzen. Positive Bindungserfahrungen innerhalb der Familie seien entscheidend für das seelische Wohlbefinden und die Entwicklung von Lebenskompetenzen.

S. Kummer

Stephanie Merckens

Gibt es doch noch Grenzen bei internationalen Leihmutterverträgen?

Are there still Legal Limitations of International Surrogacy Arrangements?

Mit der Entscheidung *Paradiso und Campanelli* gegen Italien vom 24. Jänner 2017¹ hob die Große Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte die Entscheidung der ersten Instanz² auf und bestätigte die Verhältnismäßigkeit der Kindsabnahme und Freigabe zur Adoption des betroffenen Kindes im Fall eines internationalen Leihmuttervertrages. Entgegen der Ansicht der ersten Instanz lehnte die Große Kammer das Vorliegen eines Familienlebens ab, weswegen bloß ein Eingriff in das nach Art 8 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) geschützte Recht auf Privatleben geprüft werden musste. Zur Debatte stand damit nicht mehr der Eingriff in eine Familieneinheit bzw. deren Erhalt, sondern nur mehr die Frage, wie schützenswert die Absicht der Beschwerdeführer war, ihre persönliche Lebensführung durch die Beziehung zu einem Kind weiterzuentwickeln.

Eine genaue Betrachtung dieser Entscheidung lohnt, ergibt sie doch ein differenziertes Anforderungsprofil an die Frage, ab wann von einem Familienleben auszugehen ist. Zudem lässt sie erkennen, dass das Kindeswohl nicht stereotyp über generalpräventive Interessen einer Rechtsordnung gestellt werden kann, wann immer ein Kind konkret betroffen ist, sondern es auch dann einer individuellen Überprüfung der Situation des Kindes und einer Abwägung der betroffenen Interessen bedarf, insbesondere wenn diese – zwar generalpräventiv, aber doch explizit – den Schutz von Frauen und Kindern bezwecken.

Zum Ausgangssachverhalt

Das italienische Ehepaar Donatina PARADISO und Giovanni CAMPANELLI hatte über Vermittlung einer russischen Agentur eine

russische Leihmutter beauftragt, das Kind T. C. auszutragen. Nach der Geburt von T. C. übernahm PARADISO es sofort in ihre Obhut. Mit Zustimmung der Leihmutter, die auf sämtliche Rechte gegenüber dem Kind verzichtete, wurden PARADISO und CAMPANELLI in der russischen Geburtsurkunde als Eltern angeführt. Auf Basis dieser Urkunde wurden vom italienischen Konsulat Einreisedokumente ausgestellt, sodass PARADISO nach zwei Monaten mit T. C. nach Italien einreisen konnte. Bereits zwei Tage nach der Einreise informierte das italienische Konsulat in Moskau die italienischen Behörden, dass die Geburtsurkunde falsche Angaben im Hinblick auf die Elternschaft der Beschwerdeführer enthielt, und es wurde gegen diese ein Strafverfahren wegen illegaler Einreise, Verwendung gefälschter Dokumente und Verletzung der Verfahrensbestimmungen für internationale Adoptionen eingeleitet. T. C. wurde unter die Obhut der Jugendwohlfahrt gestellt. Trotz positivem Zeugnis durch die überprüfenden Sozialarbeiter wurde den Beschwerdeführern das Kind am 20.10.2011 im Alter von acht Monaten abgenommen und sämtlicher Kontakt unterbunden. Das Kind wurde unter neuer Identität zur Adoption freigegeben und ist mittlerweile in einer neuen Familie untergebracht. Im Verfahren über die Anerkennung der russischen Geburtsurkunde bestätigte das Gericht in zweiter Instanz die Nichtanerkennung derselben und ließ eine neue Geburtsurkunde für das Kind unter neuem Namen und unbekannter Eltern ausstellen. Den Beschwerdeführern wurde im Verfahren betreffend die Freigabe zur Adoption des Kindes sodann die Parteistellung abgesprochen, da sie nicht mehr als Eltern des als ausgesetzt geltenden Kindes anzusehen waren.

Das Ergebnis des Strafverfahrens war zum Zeitpunkt der Entscheidung der Großen Kammer noch nicht bekannt.

Zu den relevanten Rechtsfragen

Die Beschwerdeführer PARADISO und CAMPANELLI erachteten sich durch die Kindsabnahme und Freigabe zur Adoption in Folge der Nichtanerkennung der russischen Geburtsurkunde in ihrem nach Art 8 EMRK geschützten Recht auf Familien- und Privatleben verletzt. Zu prüfen war daher eingangs, ob überhaupt ein Familien- respektive Privatleben im Sinne des Art 8 EMRK anzunehmen war, welches durch das behördliche Vorgehen verletzt werden könnte. In Folge war zu prüfen, ob der Eingriff in diese Grundrechte innerhalb des materiellen Gesetzesvorbehaltes des Art 8 Abs 2 EMRK Deckung finden kann oder die Grundrechte verletzt. Während die erste Instanz noch zu dem Schluss kam, dass das Kindeswohl „ungeachtet elterlicher, genetischer oder anderer Bande“³ in der gegebenen Konstellation überwiege und die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung nicht als „Freibrief für die Rechtfertigung jedweder Maßnahme“ dienen könne, kam die Große Kammer zu einem anderen Schluss. Wesentlich für dieses Ergebnis war dabei die Beurteilung der Frage, ob im vorliegenden Fall von einem Familienleben ausgegangen werden könne.

Zum Begriff des Familienlebens

a. biologische Verbindung

Gemäß den Ausführungen des EGMR könne von einem Familienleben im Sinne des Art 8 EMRK dann ausgegangen werden, wenn es entweder a) eine direkte biologische Verbindung oder b) eine familienrechtlich anerkannte Beziehung zwischen den Beteiligten gibt oder c) die Beteiligten ein de facto Familienleben führen.

Wie sich in den Vorverfahren herausstellte, gab es entgegen den früheren Behauptungen oder auch des vermeintlichen Glaubens der Beteiligten keine biologische Verbindung zwischen den Beschwer-

deführern und dem betroffenen Kind. Das italienische Ehepaar PARADISO und CAMPANELLI hatte nach erfolglosen Versuchen, auf natürlichem oder auch künstlich unterstütztem Wege selbst ein Kind zu bekommen, über Vermittlung einer russischen Agentur gegen Entgelt die Dienste einer Leihmutter in Anspruch genommen. Dabei wurden zur Befruchtung weder – wie anfangs behauptet – die Eizellen von PARADISO, noch – wie vermeintlich gutgläubig gedacht – die Samen von CAMPANELLI verwendet. Das Kind T. C. entstand daher aus den Gameten unbekannter Spender und steht in keiner genetischen Verbindung zu den Beschwerdeführern. Von einem Familienleben aufgrund biologischer Verbindung konnte daher nicht ausgegangen werden.

b. familienrechtliche Zuschreibung

Die in Russland ausgestellte Geburtsurkunde wies die Beschwerdeführer zwar als rechtliche Eltern aus, nachdem die Leihmutter auf sämtliche Rechte gegenüber dem Kind T. C. verzichtet hatte und der Eintragung der Beschwerdeführer als rechtliche Eltern zugestimmt hatte. Allerdings wurde die Geburtsurkunde auf Basis der Annahme ausgestellt, dass die Gameten der Beschwerdeführer für die Befruchtung verwendet worden seien. Im Zuge eines der Vorverfahren wurde die Geburtsurkunde daher aufgehoben und eine Neuausstellung der Geburtsurkunde für das Kind T. C. beantragt. Aus dieser ergibt sich, dass das Kind von unbekanntem Eltern in Moskau geboren wurde und einen neuen Namen bekam.

Unerheblich war, dass das russische Recht zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes rechtliche Elternschaft nach der Inanspruchnahme von Leihmutterchaftsverträgen zuließ, ohne zu präzisieren, dass dabei die Gameten der Wunscheltern verwendet werden sollten. Die Beschwerdeführer argumentierten daher auch, dass ihre Vorgehensweise in Russland zum entscheidenden Zeitpunkt legal gewesen sei. Da sie aber in den Vorverfahren zustimmten, dass die russische Rechtsordnung auch vor der Kon-

kreisierung des Gesetzes bei der Verwendung des Begriffs der Leihmutter (surrogate motherhood) von Fällen gestationaler Leihmutter (‘‘gestational surrogacy’’), also vom Austragen eines Embryos aus den Gameten der Besteller, ausging, konnte der Verweis auf eine andere Rechtsinterpretation nicht mehr durchdringen.

Von einer familienrechtlichen Zuschreibung zur Annahme der Existenz eines Familienlebens konnte daher ebenfalls nicht ausgegangen werden.

c. de facto Familienleben

Zuletzt prüfte die Große Kammer das Vorliegen eines de facto Familienlebens, da das Kind vom Zeitpunkt seiner Geburt in der Obsorge der Beschwerdeführer war. Die Beschwerdeführerin war am Tag vor der Geburt nach Russland gereist, hatte das Kind sofort von der Leihmutter übernommen und zwei Monate mit dem Kind in Russland gelebt. Bis zur Abnahme des Kindes durch das Jugendamt lebten die Beschwerdeführer weitere sechs Monate gemeinsam mit dem Kind in Italien. Für die Annahme eines de facto Familienlebens bedürfe es nach der bisherigen Judikatur einer Zusammenschau der Qualität der Beziehung, der Rolle bzw. des Verhaltens der Beschwerdeführer gegenüber dem Kind sowie der Dauer des Zusammenlebens.

Im Hinblick auf die Dauer des Zusammenlebens stellt der Gerichtshof zwar fest, dass es nicht angemessen wäre, eine minimale Dauer für das Zusammenleben zu verlangen, befand aber, dass die Kürze des gemeinsamen Zusammenlebens eine Folge des illegalen Verhaltens der Beschwerdeführer war, deren sie sich bewusst gewesen sein mussten. Hinsichtlich der Qualität der Beziehung beachtete der Gerichtshof zwar das positive Zeugnis der Sozialarbeiter, welche eine Überprüfung der Situation vor Ort durchgeführt hatten, und berücksichtigte auch ein von den Beschwerdeführern vorgelegtes höchst positiv ausfallendes psychologisches Gutachten. Die Große Kammer anerkannte aber die Erwägungen des Jugendgerichts, welches dem illegalen Verhalten der Beschwerdeführer

eine große Bedeutung zusprach und es als Zeichen eines eher narzisstischen Vorgehens zur Erfüllung eines elterlichen Projektes beurteilte. Den Beschwerdeführern war die Illegalität ihres Verhaltens bewusst gewesen. Sie hatten sich zuvor bereits für Auslandsadoptionen beworben und waren als theoretisch geeignet eingestuft worden.⁴ Die Bestimmungen für Auslandsadoptionen, insbesondere die Abwicklung über die entsprechende Behörde, war ihnen daher bekannt. Da sie auch schon mehrere reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch genommen hatten, musste ihnen auch bekannt sein, dass Italien die Inanspruchnahme von Leihmüttern verbot und mit Sanktionen bis hin zu einer Gefängnisstrafe von zwei Jahren sanktionierte. Auch die angebliche Gutgläubigkeit des Wunschvaters konnte nicht zugunsten der Beschwerdeführer verwendet werden, da es bei der Prüfung der biologischen Verwandtschaft auf die tatsächliche genetische Beteiligung ankommt und zudem nicht der Beweis erbracht werden konnte, dass die Samen von CAMPANELLI tatsächlich nach Russland überführt worden waren. Der EGMR folgerte daher in zweiter Instanz – entgegen den Schlussfolgerungen der Kleinen Kammer –, dass auch von einem de facto Familienleben nicht ausgegangen werden könne. Demnach blieb zu prüfen, ob das streitgegenständliche Verhalten der Behörden in das Privatleben der Beschwerdeführer im Sinne des Art 8 EMRK eingriff.

Zum Begriff des Privatlebens

Der Begriff des Privatlebens im Sinne des Art 8 EMRK ist entsprechend der entwickelten Rechtsprechung sehr viel weiter zu verstehen als der Begriff des Familienlebens. Insbesondere bestätigte der Gerichtshof, dass die Absicht der Beschwerdeführer, Eltern zu werden, und die Fragen der Identität einer Person und ihrer Beziehung zu einem Kind in den Bereich des Privatlebens im Sinne des Art 8 EMRK fallen. Die Kindswegnahme und Freigabe zur Adoption als Folge der Nichtanerkennung der rechtlichen Elternschaft der Be-

schwerdeführer waren daher als Eingriff in den Schutzbereich des Art 8 EMRK und in das Grundrecht auf Privatleben zu beurteilen.

Zur Rechtfertigung des Grundrechtseingriffs

Allerdings ist nicht jeder Eingriff in ein Grundrecht sogleich eine Verletzung desselben. Grundrechte wirken in den seltensten Fällen absolut. Insbesondere das Recht auf Familien- und Privatleben unterliegt einem materiellen Gesetzesvorbehalt. Der Gesetzgeber ist daher befugt, diesen Freiheitsrechten Grenzen zu setzen, „wenn die Beschränkung der Freiheit einem bestimmten öffentlichen oder individuellen Interesse dient und der Eingriff in eine grundrechtliche Freiheit zur Wahrung dieser Interessen zwingend erforderlich ist“⁵. Die Entscheidung PARADISO und CAMPANELLI gegen Italien ist ein Lehrbuchbeispiel der Deklination eines materiellen Gesetzesvorbehalts. Sukzessive wird in den Erwägungen herausgearbeitet, ob die Kindesabnahme und Freigabe zur Adoption in Folge der Nichtanerkennung der ausländischen Geburtsurkunde a) gesetzlich vorgesehen war, b) der Wahrung eines in Art 8 Abs 2 EMRK vorgesehenen Schutzgutes diene und c) in einer demokratischen Gesellschaft zur Erreichung dieses Zweckes notwendig⁶ war.

Zur gesetzlichen Legitimation der Kindsabnahme

Da im Vorverfahren geklärt wurde, dass das Kind aufgrund falscher Angaben in der Geburtsurkunde als von der Leihmutter ausgesetztes Kind unbekannter Eltern angesehen werden musste, folgte der Gerichtshof, dass die italienischen Behörden zurecht davon ausgehen konnten, dass es als eltern- und staatenloses Kind auf italienischem Boden zu beurteilen war. Es war daher legitim, das Kind unter die Obsorge der Jugendwohlfahrt zu stellen. Da die Beschwerdeführer bewusst die nationalen Bestimmungen für internationale Adoptionen missachtet hatten und in Umgehung der strafrechtlich bewährten Bestimmungen des italienischen Fortpflanzungsrechts Leihmutterchaft im Ausland in

Anspruch genommen hatten, erachtete der EGMR die Kindsabnahme auch als gesetzlich legitimes Vorgehen, einer illegalen Situation ein Ende zu bereiten. Diese Vorgehensweise war nicht nur gesetzlich vorgesehen. Es konnte den Antragsstellern auch zugerechnet werden, dass die Übertragung einer ausländischen Geburtsurkunde bloß ihre Echtheit, nicht aber ihre Richtigkeit feststellte und aufgrund unbekannter Gametenspende daher die rechtliche Situation des betroffenen Kindes unsicher sein werde. Gemäß dem nationalen Adoptionsrecht ist bei einem ausländischen Minderjährigen in Italien italienisches Recht anzuwenden. Die rechtliche Beurteilung des Kindes als „ausgesetzt“ war daher vorhersehbar. Die Beschwerdeführer mussten sich die Vorhersehbarkeit der Folge der Kindsabnahme folglich zurechnen lassen, weswegen der Gerichtshof den Eingriff als im Rahmen der gesetzlichen Legitimation gedeckt erachtete.

Zu den anerkannten Schutzgütern des Art 8 Abs 2 EMRK

Aus den Erwägungen des Jugendgerichts ist deutlich erkennbar, dass es im Wesentlichen darum ging, einer illegalen Situation rasch ein Ende zu bereiten. Ein Gewährenlassen des tatsächlichen Zusammenlebens der Beschwerdeführer mit dem Kind wäre aus Sicht des Gerichtes gleichzusetzen gewesen mit dem Genehmigen eines illegalen Verhaltens in offenem Verstoß gegen die einschlägigen Bestimmungen der italienischen Rechtsordnung.⁷ Wie der Europäische Gerichtshof anerkannte, ging es dabei nicht nur allein um die Wahrung der öffentlichen Ordnung, sondern auch um den Schutz von Kindern. Das Interesse des italienischen Staates, die Entscheidungshoheit über die Einräumung rechtlicher Elternschaft zu behalten und diese nur für die Fälle der biologischen Verbindung bzw. der rechtlich anerkannten Adoption vorzusehen, solle ja gerade diesem Schutz von Kindern dienen. Sowohl die Wahrung der öffentlichen Ordnung als auch der Schutz der Rechte anderer sind Schutzgüter im Sinne des Art 8 Abs 2 EMRK.

Zur Verhältnismäßigkeit des Eingriffs

Abgesehen von der rechtlichen Legitimation des Eingriffs und der Wahrung anerkannter Schutzgüter muss der Eingriff aber auch zur Erreichung dieses Zwecks (im Konkreten der Wahrung der öffentlichen Ordnung und des Schutzes der Rechte Dritter) in einer demokratischen Gesellschaft notwendig sein. Damit kommt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ins Spiel, der in zahlreichen Judikaten ständig verfeinert wird. So auch hier. Denn gerade bei der Beurteilung der Verhältnismäßigkeit zeigen sich die Vielschichtigkeit der Entscheidung der Großen Kammer und ihr Abweichen von der ersten Instanz. Während die erste Instanz etwas stereotyp noch das Kindeswohl des betroffenen Kindes in den Vordergrund rückte und das Vorgehen der Behörden als überschießend beurteilte, kam die Große Kammer zu einem anderen Schluss, ohne dabei den Behörden einen „Freibrief“⁶⁸ für die Rechtfertigung jeglicher Maßnahme zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung auszustellen.

Hier zeigt sich nun auch die Relevanz der Unterscheidung von Familien- und Privatleben: Die erste Instanz ging von einem de facto Familienleben aus und sah daher den Erhalt der familiären Einheit als vordergründiges Ziel. Da die Große Kammer ein de facto Familienleben ablehnte, musste sie die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs nur mehr am Recht der Beschwerdeführer auf Privatleben, konkret an ihrer Absicht, ihre persönliche Lebensführung durch die Beziehung zu einem Kind weiterzuentwickeln, prüfen. Das Kind selbst hatte in dem Verfahren keine Parteistellung, sodass ein Eingriff in sein Privatleben nicht zur Beurteilung stand.

Um die Verhältnismäßigkeit eines Eingriffs zu beurteilen, muss entsprechend der entwickelten Rechtsprechung des EGMR geprüft werden, ob der Eingriff in das Freiheitsrecht a) geeignet und b) erforderlich war, um den legitimen Zweck zu erreichen und ob er c) im Hinblick auf die sich widersprechenden Interessen adäquat war.

a. zur Eignung und Erforderlichkeit des Eingriffs

Primäres Ziel des Jugendgerichtes war es, den illegalen Zustand, der durch die Einreise mit einem biologisch nicht verwandten Kind nach Italien unter Umgehung der nationalen Adoptionsbestimmungen und die Verletzung der nationalen Verbote im Bereich der Reproduktionsmedizin entstanden ist, ein Ende zu setzen und damit die Wahrung der rechtlichen Ordnung wieder herzustellen. An der Eignung des Eingriffs (nämlich der Kindsabnahme in staatliche Obsorge) bestand daher kein Zweifel. Auch wurde nicht bestritten, dass nur durch die Abnahme des Kindes dem illegalen Zustand ein Ende gesetzt werden konnte und auch die Dringlichkeit gegeben war, um nicht durch puren Zeitablauf Fakten entgegen der Intention der Rechtsordnung zu schaffen. Der Eingriff war daher auch erforderlich.

b. zur Adäquanz (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn) des Eingriffs

Die erste Instanz kam jedoch zu dem Schluss, dass bei Abwägung der öffentlichen Interessen (Wahrung der öffentlichen Ordnung) mit dem Kindeswohl des betroffenen Kindes (damals noch unter dem Aspekt des Erhalts der Familieneinheit) letzteres überwiege und einen Verbleib bei den Wunscheltern erfordere. Auch die Große Kammer berücksichtigte das Kindeswohl des betroffenen Kindes bei der Abwägung öffentlicher mit privaten Interessen, stützte sich dabei aber auf die Erwägungen des Jugendgerichts, die sie als ausreichend beurteilte. Demnach erkannte dieses sehr wohl, dass das Kind unter der Trennung von den Antragsstellern leiden würde. Allerdings ging es entgegen dem von den Beschwerdeführern vorgelegten psychologischen Gutachten davon aus, dass die Folgen nicht irreparabel wären, gerade weil das Kind erst acht Monate alt war. Das Jugendgericht führte seine Erwägungen dazu detailliert aus und konnte sich aufgrund seiner Zusammensetzung auch auf die Erfahrung und einschlägige Kompetenz seiner (Laien-)Richter stützen. Bei der Beurteilung des Kindeswohls spielte

auch das illegale Verhalten der Beschwerdeführer eine große Rolle. Insbesondere äußerten die Richter angesichts der bewussten Umgehung diverser nationaler Schutzbestimmungen der Beschwerdeführer, Befürchtungen dahingehend, dass das Kind bloß Mittel zur Erfüllung narzisstischer Wünsche oder der Lösung individueller oder gemeinsamer Probleme sein könne. Auch werfe das Verhalten der Beschwerdeführer einen konsistenten Schatten über die Beurteilung ihrer elterlichen Fähigkeiten und ließ bezweifeln, ob sie sich im Besitz jenes menschlichen Solidaritätsgefühls befänden, das vorhanden sein sollte, wenn man Kinder anderer in sein eigenes Leben als die Seinen übernehmen wolle.⁹

Die Große Kammer bestätigte, dass grundsätzlich eine Kindsabnahme von den Eltern nur dann erfolgen sollte, wenn Gefahr für die physische oder psychische Gesundheit des Kindes bestand. Der Gerichtshof anerkannte aber, dass im vorliegenden Fall sehr schwerwiegende öffentliche Interessen am Spiel standen, die insbesondere auch dazu dienen sollten, Frauen und Kinder gegen Missbrauch und illegale Praktiken bis hin zum Menschenhandel zu schützen. Die privaten Interessen der Beschwerdeführer wurden überschattet von ihrem illegalen Verhalten und fielen in der Abwägung daher nicht ins Gewicht. In Bezug auf das Wohl des betroffenen Kindes anerkannte die Große Kammer, dass dieses im Ausgangsverfahren ausreichend berücksichtigt wurde, da auf seine besondere Situation eingegangen worden war. Angesichts seines jungen Alters und der kurzen gemeinsamen Zeit konnte davon ausgegangen werden, dass die Trennung von den Beschwerdeführern zu keinen irreparablen Schäden führen würde, insbesondere da umgehend eine neue passende Adoptionsfamilie gesucht wurde. Da die Beschwerdeführer das erforderliche Alter für eine Adoption bereits überschritten hatten, wäre eine Adoption des Kindes durch sie – selbst wenn man ihr illegales Verhalten unberücksichtigt ließe – nicht mehr in Frage gekommen. Das Erfordernis der Verhältnismäßigkeit war aus Sicht der Großen Kammer daher erfüllt.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend befand der Europäische Gerichtshof in zweiter Instanz daher, dass die im konkreten Fall betroffenen öffentlichen Interessen sehr viel schwerer wogen, als der Wunsch der Beschwerdeführer auf die weitere persönliche Lebensführung in Beziehung zu dem biologisch nicht verwandten Kind. Ein Verbleib des Kindes bei den Beschwerdeführern, etwa auch im Hinblick auf eine Adoption durch dieselben, hätte zu einer de facto Anerkennung einer Situation geführt, in welche diese nur durch Verletzung gewichtiger italienischer Gesetze gekommen sind. Da die nationalen Gerichte berücksichtigt hatten, dass das Kind nicht über Gebühr leiden wird müssen bzw. keine irreparablen Schäden durch die Trennung zu befürchten waren, anerkannte der Gerichtshof die Erwägungen als ausgewogen innerhalb eines weiten Beurteilungsspielraums und die Kindsabnahme daher als rechtmäßigen Eingriff in das Privatleben der Beschwerdeführer.

Damit setzte der Europäische Gerichtshof in der sich rasant entwickelten Problematik um internationale Leihmutterverträge wesentliche Akzente. Insbesondere fällt auf, dass dem öffentlichen Interesse nach Einhaltung ethisch fundierter, bewusst gesetzter nationaler Verbote große Bedeutung zugemessen wurde. In diesem Zusammenhang zeigt sich auch die Doppelbedeutung des Begriffs „Kindeswohl“, der nicht bloß konkret individuell im Rahmen der privaten Interessen zu sehen ist, sondern auch generalpräventiv für Kinder allgemein in der Beurteilung des öffentlichen Interesses zu berücksichtigen ist.

Dennoch müssen zu hohe Erwartungen im Hinblick auf die Unterbindung der rechtlichen Anerkennung von Eltern-Kind Verhältnissen aus internationalen Leihmutterverträgen gebremst werden. Zum einen lässt die Judikatur erkennen, dass dem Moment der genetischen Beteiligung im Zusammenhang mit Leihmutterverträgen wesentliche Bedeutung zukommt. So kann man den Eindruck gewinnen, dass – über den Umweg

der familienrechtlichen Anerkennung – die Inanspruchnahme einer Leihmutter bei gleichzeitigem Zur-Verfügung-Stellen der eigenen Gameten für die Befruchtung bloß als eine Unterform reproduktionsmedizinischer Maßnahmen angesehen wird, während bei fehlender genetischer Beteiligung der Besteller scheinbar eher von einer Form des Kinderhandels ausgegangen wird.

Zum anderen muss hervorgehoben werden, dass im konkreten Fall die nationalen Behörden besonders schnell agiert haben, die Beschwerdeführer wenig glaubwürdig schienen und auch dem konkreten Kindeswohl starke Berücksichtigung geschenkt wurde. Im Umkehrschluss: Das konkrete Kindeswohl bleibt – entgegen der Kritik der ersten Instanz – auch in dieser Entscheidung der determinierende Faktor. Andererseits zeigt das Ergebnis, dass die Tatsache allein, dass ein Kind bereits mit den Bestellern zusammenlebt, nicht schon die Anerkennung der rechtlichen Elternschaft erfordert, sondern jeder Fall einzeln geprüft werden muss.

Im Hinblick auf die österreichische Rechtslage ist schließlich noch auf einen weiteren wesentlichen Unterschied hinzuweisen. Das österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz sieht zwar ein Vermittlungs- und Kommerzialisierungsverbot für Gameten und Leihmütter vor, und ein Vertrag über Leihmutterschaft würde an der Sittenwidrigkeitsklausel des Zivilrechts scheitern. Im Gegensatz zum italienischen Recht wird die Vermittlung bzw. Verwendung einer Leihmutter aber nicht mit Gefängnisstrafe sanktioniert. Die österreichischen Verbote des Fortpflanzungsmedizingesetzes gelten als Verwaltungsstrafrecht, dessen Wirkung nicht über die österreichischen Grenzen hinausgeht. Angesichts dessen, dass entsprechend der bisherigen Judikatur des österreichischen Verfassungsgerichtshofs¹⁰ das österreichische Verbot der Leihmutterschaft verfassungsrechtlich nicht geboten sei und daher nicht unter den *ordre public* unserer Rechtsordnung falle, ist fraglich, ob der gleiche Fall in Österreich vom Europäischen Gerichtshof ähnlich entschieden worden wäre.

Inwiefern die Entscheidung der Großen Kammer die nationale Rechtsprechung in Fragen der Leihmutterschaft beeinflussen wird, wird sich jedenfalls schon in Kürze zeigen. Das OLG Braunschweig hat in seiner Entscheidung vom 12.4.2017¹¹ die Anerkennung einer US-Gerichtsentscheidung zur rechtlichen Elternschaft mit der Begründung abgelehnt, dass kommerzielle Leihmutterschaft gegen wesentliche Grundsätze des deutschen Rechtes verstoße, und sich dabei direkt auf die Erwägungen des EGMR in der Entscheidung *Paradiso und Campanelli* bezogen. Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung des Falles wurde die Rechtsbeschwerde an den deutschen Bundesgerichtshof zugelassen.

Referenzen

- 1 *Paradiso und Campanelli gegen Italien*, EGMR GK vom 24.1.2017, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-170359> (letzter Zugriff am 12. Juli 2017)
- 2 *Paradiso und Campanelli gegen Italien*, EGMR, Kammer II vom 27.1.2015, NLMR 1/2015
- 3 ebd.
- 4 Allerdings schloss die Adoptionsgenehmigung die Adoption eines Kindes im Babyalter aus, *Schöpfer in Paradiso und Campanelli gegen Italien*, siehe Ref. 2
- 5 Berka W., *Verfassungsrecht*, 5. Auflage, Rn 1292
- 6 ebd., Rn 1293
- 7 *Paradiso und Campanelli gegen Italien*, siehe Ref. 1, Rn 37
- 8 *Paradiso und Campanelli gegen Italien*, siehe Ref. 2 (*Schöpfer*)
- 9 “In the light of the conduct ... all of this throws a consistent shadow over their possession of genuine affective and educational abilities and of the instinct of human solidarity which must be present in any person wishing to bring the children of others into their lives as their own children.“, *Paradiso und Campanelli gegen Italien*, siehe Ref. 1, Rn 37
- 10 VfGH v 14.12.2011, B 13/11-10; VfGH v 11.10.2012, B 99/12
- 11 OLG Braunschweig, 1. Senat für Familiensachen, Beschluss vom 12.4.2017, 1 UF 83/13

Dr. Stephanie Merckens
Juristin am Institut für Ehe und Familie, Wien
Mitglied der österreichischen Bioethikkommission
am Bundeskanzleramt
stephanie.merckens@ief.at

Monika Feuchtner

Illegale Substanzen: Fakten und Debatten – ein Überblick

Illicit Substances: Facts and Debates – an Overview

Zusammenfassung

Illegale Drogen stellen eine enorme Herausforderung für die internationale, regionale und nationale Politik dar. Aktuelle Fakten über den Anbau, die Herstellung, den Handel und den Konsum illegaler Substanzen sind notwendig, um angemessene Maßnahmen setzen zu können. Diese Daten verdeutlichen auch die globale Größenordnung des Drogenproblems. Illegale Substanzen und ihre Gesundheitsrisiken fordern die Gesundheitssysteme heraus: Weltweit leiden 29,5 Millionen Drogenkonsumenten unter von Drogen bedingten Störungen.

Schlüsselwörter: Illegale Drogen, Drogenkonsum, Drogenhandel, Gesundheitsrisiken, internationale Drogenpolitik

Abstract

Illicit drugs pose an enormous challenge to international, regional and national politics. Up to date information concerning the cultivation, the production, the trafficking and the consumption of illicit substances is necessary to adopt appropriate measures. This data also highlights the global scale of the drug problem. Illicit drugs and their health risks challenge health care systems: 29,5 million worldwide drug-users are suffering from disorders caused by drugs.

Keywords: illicit drugs, drug-taking, drug trafficking, health risks, international drug polity and policy

Mag. Monika Feuchtner
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
feuchtner@imabe.org

Der steigende Konsum von illegalen Drogen¹ ist ein globales Problem, das Medizin, Politik und Gesellschaft gleichermaßen herausfordert. Im Jahr 2015 haben geschätzte 255 Millionen oder 5 Prozent der erwachsenen Weltbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren Drogen konsumiert, wie das *Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung* (UNODC) in seinem jüngsten Weltrogenreport berichtet. Von 2006 bis 2015 ist damit die globale Zahl der Drogenkonsumenten um 47 Millionen bzw. 22,6 Prozent gestiegen.² Angesichts dieser Entwicklungen ist eine effiziente Eindämmung der Drogenmärkte und des Drogenkonsums durch nationale, regionale und internationale Maßnahmen notwendig.

Was sind illegale Drogen?

Welche Substanzen als illegale Suchtmittel angesehen werden, hängt von der jeweiligen nationalen Gesetzgebung ab. Österreich ist 1978 der internationalen *Einziges Suchtgiftkonvention* und 1997 dem *Übereinkommen über psychotrope Stoffe* beigetreten. Dem österreichischen *Suchtmittelgesetz* (SMG) unterliegen laut §1 Abs. 1 Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe.

Suchtgifte

Bei der Definition von Suchtgiften orientierte sich der Gesetzgeber an der *Einziges Suchtgiftkonvention* vom 30. März 1961³ zu New York in der Fassung des Protokolls vom 25. März 1972 zu Genf. Demnach fallen unter diesen Begriff laut §2 Abs. 1 SMG „*Stoffe und Zubereitungen, die ... Beschränkungen hinsichtlich der Erzeugung (Gewinnung und Herstellung), des Besitzes, Verkehrs, der Ein-, Aus- und Durchfuhr, der Gebahrung oder Anwendung unterworfen und mit Verordnung des Bundesministers oder der Bundesministerin für Gesundheit als Suchtgifte bezeichnet sind*“.⁴ Ergänzend dazu listet die *Suchtgiftverordnung*⁵ alle Suchtgifte auf, die strengen Kontrollmaßnahmen unterliegen: Dazu zählen unter anderem Cannabisprodukte (Cannabiskraut = Marihuana, Cannabisharz = Hashisch, Tetrahydrocannabinol u. a.) Rohopium,

Opiate (Heroin, Morphin, Codein u. a.) und Opioide (vollsynthetisch hergestellt, z. B. Methadon), Kokablätter und Kokain, Amphetamin, Halluzinogene und Designerdrogen (vollsynthetisch hergestellte Drogen) wie Ecstasy.

Psychotrope Stoffe

Die *Psychotropenverordnung* (PV)⁶ konkretisiert §3 Abs. 1 Suchtmittelgesetz, indem sie in ihrem Anhang jene Stoffe und Zubereitungen nennt, die zu den psychotropen Stoffen zählen. Sie bezieht sich dabei auf die Anhänge III und IV des *Übereinkommens von 1971 über psychotrope Stoffe*.⁷ Beispielsweise fallen in diese Kategorie Substanzen wie Amobarbital (zur Beruhigung, als Schlafmittel oder Wahrheitsserum) und Cathin (ein Amphetamin mit stimulierender und appetithemmender Wirkung).

Drogenausgangsstoffe

Auf Basis von §23 Abs. 3 des Suchtmittelgesetzes veröffentlichte der Bundesminister für Gesundheit im Jahr 2010 eine Kundmachung über Drogenausgangsstoffe, in der beispielsweise Apotheken, dem Bundesheer, Sicherheitsbehörden u. a. Sondererlaubnisse für den Besitz und das Inverkehrbringen erteilt wird.⁸ Zu den Drogenausgangsstoffen zählen unter anderem Safrol, Ephedrin, Essigsäureanhydrid, Salzsäure, Schwefelsäure und Aceton.⁹

Neue psychoaktive Substanzen

Seit einigen Jahren drängen neue psychoaktive Substanzen, darunter vor allem synthetische Cannabinoide, auf den Markt. Mit dem *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz* (NPSG)¹⁰ und der *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung*¹¹ aus dem Jahr 2011 wurden in Österreich gesetzliche Regelungen geschaffen, um gegen diese Stoffe effektiv vorgehen zu können.

Drogenkonsum: Zahlen und Fakten

Laut des aktuellen Weltrogenberichts war Cannabis im Jahr 2015 die weltweit am häufigsten

konsumierte Droge und rangiert mit 183 Millionen Konsumenten – wie auch im Vorjahr – weit vor anderen Suchtgiften. Opioide folgen mit 35 Millionen Nutzern, wobei die Zahl der Konsumenten im Vergleich zu 2014 um 2 Millionen angestiegen ist. Amphetamine und verschriebene Stimulanzien wurden 2015 von 37 Millionen Menschen konsumiert, Ecstasy von 22 Millionen, Opiate von 18 Millionen und Kokain von 17 Millionen.¹²

Dieser weltweite Trend zeigt sich auch in Europa: Dem *Europäischen Drogenbericht 2017* der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) zufolge ist Cannabis mit 23,5 Millionen Konsumenten auch hier der Spitzenreiter (siehe Abb. 1). Es gab 1,3 Millionen Hochrisiko-Opioidkonsumenten und zusätzlich erhielten im Jahr 2015 630.000 Personen Opioide im Rahmen einer Substitutionstherapie.

Laut ESPAD-Erhebung (ESPAD = *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) ist

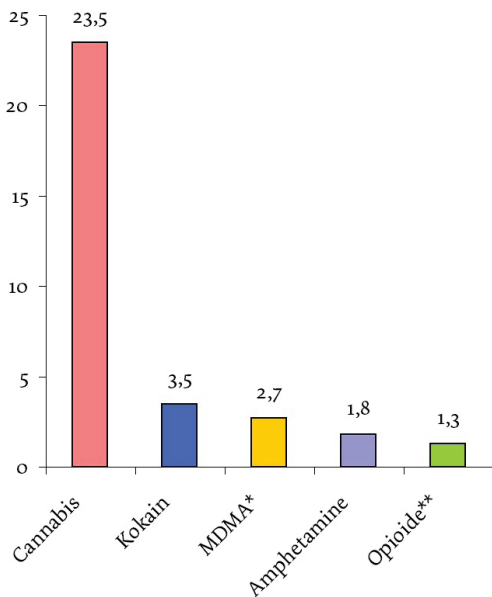


Abb. 1: Schätzungen des Drogenkonsums in der Europäischen Union von 15- bis 64-jährigen in Millionen (eigene Zusammenstellung). Daten aus dem Jahr 2015 bzw. aktuellste verfügbare Daten. * MDMA = Methylendioxy-Methyl-Amphetamin. ** Hochrisiko-Opioidkonsumenten¹³

im Jahr 2015 der Lebenszeitkonsum neuer psychoaktiver Substanzen unter den 15- bis 16-jährigen Schülern von 8 Prozent auf 4 Prozent zurückgegangen. Der Europäische Drogenbericht führt diesen Rückgang auf Prävention, Schadensminimierung und Berichterstattung zurück. Da psychoaktive Substanzen billige Rauschmittel sind, verlagere sich deren Gefahr auf marginalisierte und chronische Drogenkonsumenten.¹⁴

Die Zahl der europäischen Erwachsenen, die in ihrem Leben bereits illegale Substanzen probiert haben, liegt bei 93 Millionen, wobei auch hier Cannabis führend ist.¹⁵

Der gleichzeitig mit dem Europäischen Drogenreport veröffentlichte Länderbericht für Österreich zeigt, dass Cannabis auch in der Alpenrepublik weiterhin das am häufigsten konsumierte Suchtmittel unter den 15- bis 64-jährigen ist. Der Großteil der Konsumenten ist zwischen 15 und 34 Jahre alt, bei Männern ist eine höhere Prävalenz als bei Frauen festzustellen.¹⁶ 15- bis 16-jährige Schüler weisen bezogen auf die Lebenszeit höhere Prävalenzraten auf als die gleiche Altersgruppe des Durchschnitts der anderen ESPAD-Staaten. Bei den anderen illegalen Substanzen sind für Österreich ähnliche Zahlen wie für den europäischen Durchschnitt festzustellen.¹⁷

Drogenhandel

Der Drogenhandel ist im Jahr 2015 im Vergleich zu den Vorjahren leicht angestiegen, wobei besonders die Märkte für Kokain und synthetische Drogen florieren. Der weltweite Anbau des Kokabuschs erhöhte sich von 2013 bis 2015 um 30 Prozent, was vor allem durch verstärkten Anbau in Kolumbien bedingt ist. Auch die globale Kultivierung von Opium ist im Steigen begriffen: So erhöhte sich der Ertrag von 2016 auf 2017 durch die gute Ernte in Afghanistan im letzten Jahr um ein Drittel. Eine Analyse der zahlenmäßigen Herstellung synthetischer Drogen ist schwierig, da diese nicht geografisch gebunden ist wie beispielsweise jene von Kokain. Das Florieren des Marktes synthetischer Drogen wird jedoch von

einer steigenden Zahl von weltweiten Sicherstellungen von über 20 Tonnen im Jahr 2015 belegt.¹⁸

Grund zur Sorge geben vom internationalen Drogenkontrollsystem nicht erfasste – das bedeutet nicht in den UN-Konventionen gelistete – Drogen wie die bereits erwähnten neuen psychoaktiven Substanzen (z.B. synthetische Cannabinoide, Cathinone oder Opioide). Ende 2016 überwachte die EMCDDA mehr als 620 neue psychoaktive Substanzen.¹⁹

Die am häufigsten beschlagnahmte Droge in Österreich ist Cannabis mit 851 kg Cannabiskraut und 287 kg Cannabisharz (siehe Abb. 2).²⁰ Hanf ist auf dem europäischen Drogenmarkt die wichtigste und lukrativste Substanz: Er hat wertmäßig mit 9,3 Milliarden Euro und 38 Prozent den größten Anteil am europäischen Markt für illegale Suchtmittel. Während Cannabisharz größtenteils aus dem EU-Ausland stammt, wird Cannabiskraut auch in der EU angebaut.²¹

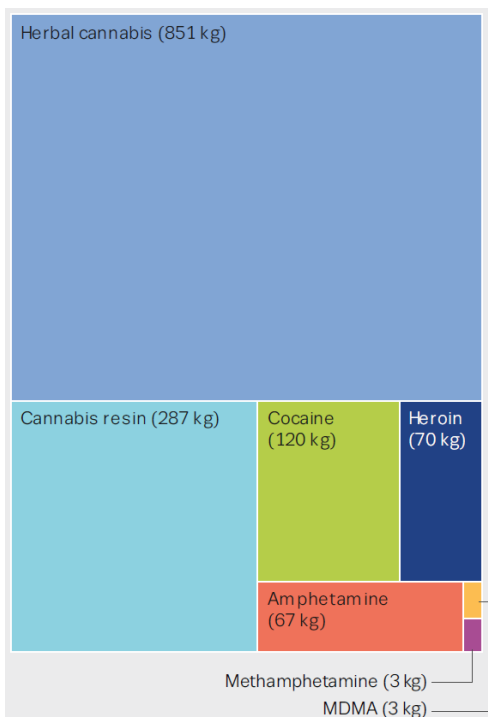


Abb. 2: Sichergestellte Drogen nach Menge in Österreich im Jahr 2015²²

Jüngsten weltweiten Schätzungen zufolge lukrierte die transnationale organisierte Kriminalität im Jahr 2014 ein Viertel ihrer Einkünfte aus dem Drogenhandel.²³ Laut Europol sind in der Europäischen Union im Jahr 2017 5.000 internationale Gruppen organisierter Kriminalität aktiv, über 35 Prozent davon im Suchtgifthandel, mehr als in Eigentumsdelikten, Schmuggel von Migranten oder Menschenhandel.²⁴

Gesundheitsrisiken des Drogenkonsums

Weltweit leiden 29,5 Millionen Drogenkonsumenten unter von Drogen verursachten Störungen. Der Zugang zu Therapie ist global gesehen oft eingeschränkt: So wird nur eine von sechs therapiebedürftigen Personen tatsächlich behandelt. Die Mehrheit der Personen, die aufgrund von Folgeerscheinungen in Behandlung ist, wird wegen des Konsums von Cannabis oder Opioiden therapiert: 39 Prozent für Cannabis, 33 Prozent für Opioide, 10 Prozent für Kokain, 10 Prozent für Amphetamin-artige Stimulanzien.²⁵

In Österreich konzentriert sich der Hochrisikodrogenkonsum vor allem auf Konsumenten von Opioiden, also von Heroin oder Medikamenten, die in der Substitutionstherapie für Opioide eingesetzt werden.²⁶ Pro 1.000 Einwohnern gibt es 5,5 Fälle von Hochrisiko-Opioidkonsum, womit das Land im Jahr 2015 nach Malta europaweit an zweiter Stelle lag.²⁷

Die Zahl der Hochrisiko-Cannabiskonsumenten ist im Steigen begriffen: Im Jahr 2006 wurden in Europa 43.000 Personen für cannabisbedingte Probleme erstbehandelt, im Jahr 2015 waren es bereits 76.000.²⁸ Die Mehrheit der Patienten, die in Österreich zum ersten Mal eine Drogentherapie in Anspruch nimmt, hat Cannabis konsumiert. Bei der Gesamtzahl der therapierten Personen ist die primäre Substanz jedoch Heroin, gefolgt von Cannabis.²⁹

Besonders stark gefährdet sind Menschen, die Substanzen injizieren; hier besteht ein höheres Infektionsrisiko für eine ansteckende Krankheit. In Österreich liegt die Prävalenz einer He-

patitis-C-Infizierung bei 26,8 Prozent, jene einer HIV-Infizierung bei 9,1 Prozent.³⁰

Die Mortalitätsrate bei Drogenkonsumenten in der erwachsenen Bevölkerung (15- bis 64-jährige) in Österreich lag im Jahr 2015 bei 26,4 Fällen per Million, was über dem europäischen Durchschnitt von 20,3 Fällen per Million liegt. Im Jahr 2015 gab es in Österreich 150 Drogentote. Während von 2012 bis 2014 ein konstanter Rückgang von Todesopfern nach Drogenkonsum erreicht werden konnte, stieg damit die Zahl erstmals wieder.³¹

Cannabis: Eine unterschätzte Droge

Cannabis wird fälschlich als „weiche“ Droge und damit als harmlos eingestuft.³² Eine im Jahr 2015 in *Addiction* publizierte Meta-Analyse zeichnet jedoch ein anderes Bild. Australische und britische Suchtexperten werteten damals Daten aus 20 Jahren Cannabis-Forschung aus und kamen zum Ergebnis: Cannabis macht sehr schnell abhängig, verursacht psychische Probleme und bahnt den Weg zu noch gefährlicheren Drogen. Bei einem von sechs Jugendlichen, die regelmäßig Cannabis rauchen, sind Anzeichen einer Abhängigkeit zu erkennen, bei den erwachsenen Konsumenten ist dies bei 10 Prozent der Fall.³³ Das Bild der „weichen“ Droge rührt vor allem von der fehlenden Überdosierbarkeit, also der fehlenden Mortalität des Suchtmittels her.

David M. Fergusson von der *University of Otago* in Christchurch belegte gemeinsam mit seinen Studienautoren in einer 2006 in *Addiction* publizierten 25-jährigen Langzeitstudie, dass regelmäßige Cannabiskonsumenten häufiger auch andere illegale Drogen zu sich nehmen als Menschen, die die Droge nur selten oder gar nicht konsumieren.³⁴ Maria Ellgren vom *Department of Clinical Neuroscience* des Stockholmer *Karolinska Institut* und ihre Kollegen publizierten 2006 in *Neuropsychopharmacology* eine Studie, wonach der in Cannabis enthaltene Wirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) das jugendliche, noch in Entwicklung befindliche Gehirn wesentlich anfälliger für gefährlichere Suchtmittel wie Heroin macht.³⁵

Der Toxikologe Thomas Schupp von der *Fachhochschule Steinfurth* (Münster) nennt noch weitere Langzeitschäden durch Cannabiskonsum wie erhöhte Allergieneigung, geschwächte Immunzellen, Geruchseinbußen, Hormonstörungen und mindere Spermienqualität.³⁶

THC ist der Hauptwirkstoff in Cannabis in jeglicher Form. In der Cannabis-Liberalisierungsdebatte wird gerne von Befürwortern das therapeutische Vermögen von THC bei Erkrankungen wie beispielsweise Multipler Sklerose ins Treffen geführt. Viele Wirkungen von Cannabis rühren jedoch vom Inhaltsstoff Cannabidiol her. THC wirkt auf das Belohnungssystem und ist deshalb ein beliebtes Rauschmittel.³⁷ Kurosch Yazdi, Vorstand der Klinik für Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin des Linzer Kepler Universitätsklinikums, stellt mit Besorgnis fest, dass sich die THC-Konzentration in Cannabis stetig erhöht.³⁸ Eine 2016 von Michael A. Bloomfield vom *Institute of Clinical Sciences* des *Imperial College London* und Kollegen veröffentlichte Studie zeigt, dass akute THC-Verabreichung einen erhöhten Dopaminausstoß und erhöhte Neuronenaktivität auslöst, ein Langzeitkonsum von THC bewirkt ein Abstumpfen des Dopaminsystems: „Der THC-Konsum erzeugt einen vielfältigen, komplexen und womöglich langfristigen Umbau des Dopamin-Systems.“³⁹

Cannabis steigert weiters das Risiko einer Psychose im späteren Leben, wie Wissenschaftler um Theresa Moore von der *Academic Unit of Psychiatry* der *University of Bristol* in *Lancet* publiziert haben. Sie haben in einer Metaanalyse 35 bis zum Jahr 2006 datierte Studien analysiert und herausgefunden, dass Menschen, die gewohnheitsmäßig Cannabis konsumieren, ein um 41 Prozent höheres Risiko für das Auftreten einer psychotischen Störung haben als Nichtkonsumenten.⁴⁰

Kurosch Yazdi betont, dass Cannabis kein Naturheilmittel sei: Nur weil ein Stoff in der Natur entsteht, bedeute das nicht, dass er deshalb ungefährlich oder gesund sei. Niemand würde dies von Heroin oder Kokain behaupten, obwohl sie beide

auch Naturprodukte sind. Cannabis besteht zudem nicht nur aus THC, sondern aus bis zu 200 weiteren Inhaltsstoffen, die mit THC verwandt sind und Cannabinoide genannt werden. Die Wirkung und auch die möglichen Nebenwirkungen der meisten dieser Stoffe sind jedoch bis heute unklar.⁴¹

Internationale, regionale und nationale Drogenpolitik

Das internationale Drogenkontrollsystem der Vereinten Nationen gibt mit drei Konventionen den Rahmen für eine restriktive internationale, regionale und nationale Drogenpolitik vor: mit der *Einzigsten Suchtgiftkonvention 1961*, dem *Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe* und dem *Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtgiften und psychotropen Stoffen von 1988*, das die beiden bisherigen Konventionen ergänzen und die internationale Zusammenarbeit zur Bekämpfung des illegalen Handels festigen und verbessern soll.⁴² Der *Internationale Suchtstoffkontrollrat (International Narcotic Control Board)* überwacht die Umsetzung dieser Konventionen.

Auf EU-Ebene werden die Prioritäten der Drogenpolitik durch die *EU-Drogenstrategie 2013-2020* festgelegt. Sie bezieht sich auf fünf Themenbereiche: Verringerung der Nachfrage, Verringerung des Angebots, Koordinierung, internationale Kooperation sowie Information, Forschung und Bewertung. Die im *Drogenaktionsplan 2013-2016* gelisteten Aktionen dienen zur Durchführung der in der Drogenstrategie genannten Ziele. Auch der *EU-Politikzyklus zur Bekämpfung der organisierten und schweren internationalen Kriminalität* ist ein wichtiges Instrument im Vorgehen gegen die Herstellung und den Handel mit Drogen.⁴³

Die erste österreichische Suchtpräventionsstrategie aus dem Jahr 2015 verfolgt einen breit gefächerten Ansatz und bezieht legale und illegale Suchtmittel sowie substanzungebundenes Suchtverhalten ein. Die Säulen der Suchtpolitik sind Prävention, Therapie, gesellschaftliche Inklusion und Schadensminderung.⁴⁴ Anfang 2016 traten die jüng-

sten Änderungen des Suchtmittelgesetzes in Kraft. Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ wurde erweitert, d.h. bei persönlichem Gebrauch erfolgt statt einer Strafanzeige eine Meldung an die Gesundheitsbehörde zur Abklärung, ob gesundheitsbezogene Maßnahmen notwendig sind. Nur bei mangelnder Kooperation wird die Justiz befasst. Weiters wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen, den Drogenhandel effektiver zu bekämpfen: Es gibt nun den Straftatbestand des Handels mit Suchtgift im öffentlichen Raum, der eine Festnahme und die Verhängung von Untersuchungshaft ermöglicht. Das Delikt kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren bestraft werden.⁴⁵

Ist die internationale Drogenpolitik gescheitert?

Trotz aller internationalen, regionalen und nationalen Strategien floriert der weltweite Drogenhandel, und die Zahl der Konsumenten illegaler Substanzen steigt. Das weltweite Drogenkontrollsystem und der Krieg gegen Drogen („War on Drugs“), den US-Präsident Richard Nixon in den 1970ern prägte, scheint gescheitert.⁴⁶ Die Maßnahmen gegen den Anbau, die Herstellung, Handel und Konsum illegaler Suchtmittel gehen offenbar ins Leere.

Von 19. bis 21. April 2016 fand in New York die von Mexiko, Guatemala und Kolumbien angeregte *Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem* statt. Die Konferenz stand unter den Vorzeichen des sich verändernden globalen Drogenmarktes und dem Scheitern der polizeilich ausgerichteten Drogenpolitik. Das Abschlussdokument empfiehlt folgende Maßnahmen: Reduktion von Angebot und Nachfrage, Verbesserung des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten und gleichzeitige Vorbeugung der Umleitung von Drogen an andere Personen. Weitere Empfehlungen betreffen u. a. Menschenrechte, Jugend, Kinder, Frauen, neue Herausforderungen wie neue psychoaktive Substanzen sowie die Stärkung internationaler Kooperation. Yury Fedotov, Leiter des Büros der *Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung*

fung, betonte nach der Special Session die Rolle der Entwicklungshilfe für die Eindämmung von Drogen: „Egal ob man über den illegalen Anbau, die Produktion, den Handel oder Konsum spricht, das Weltrogenproblem ist eng verbunden mit Herausforderungen der Entwicklungspolitik – eine Tatsache die bereits in die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung aufgenommen wurde.“⁴⁷ Vertretern der *Global Commission on Drug Policy*, die eine Entkriminalisierung aller Suchtgifte befürwortet, gingen die im Abschlussdokument formulierten Ergebnisse der Special Session nicht weit genug.⁴⁸

Cannabis-Debatte: Argumente und aktuelle Entwicklungen

Weltweit wird in vielen Staaten die öffentliche Drogendebatte vom Thema der Liberalisierung von Cannabis dominiert, wobei von Befürwortern Entkriminalisierung (Herausnahme von Hanf aus dem Strafrecht) oder auch eine Legalisierung (erlaubt unter bestimmten Bedingungen, z.B. Alterslimit, oder generell erlaubt) gefordert werden. In der Europäischen Union werden Regulierung und Konsum von Cannabis sehr unterschiedlich gehandhabt: Die Bandbreite geht „von restriktiven Modellen bis hin zur Tolerierung bestimmter Formen des Eigengebrauchs“.⁴⁹ Besonders diskutierte Themen sind die Legalisierung des Eigenanbaus von Cannabis sowie die medizinische Verwendung von Cannabis.

Argumente für eine Liberalisierung

Befürworter bringen folgende Argumente für eine Cannabis-Liberalisierung: Hanf sei eine harmlose Droge, und die Drogenkonsumenten sollten nicht kriminalisiert werden. Die Strafverfolgung sei gescheitert und die dafür ausgegebenen Steuereinnahmen könnten anders eingesetzt werden. Laut *Europäischem Drogenbericht 2016* machen Cannabisdelikte drei Viertel aller Drogendelikte aus. Eine Liberalisierung von Hanf würde somit die Justiz entlasten.⁵⁰ Der „Kampf gegen Drogen“ sei allgemein gescheitert, denn die organisierte Krimi-

nalität sei zu übermächtig. Strukturelle Probleme wie die Tatsache, dass Drogenanbau für viele Menschen ihre Lebensgrundlage ist, erschweren das Vorgehen gegen illegale Substanzen.⁵¹ Ein ordnungspolitisches Ziel der Cannabislegalisierung wäre die Schwächung der organisierten Kriminalität, für die Cannabis die wichtigste Einnahmequelle ist. Die Wirtschaft würde durch eine Legalisierung belebt, so wurde 2015 im Wirtschaftsmagazin *Forbes* vermeldet, dass legales Cannabis die beste Möglichkeit zur Gründung eines Start-Ups sei.⁵² Schließlich wird der bereits erwähnte medizinische Nutzen von Cannabis ins Treffen geführt.

Argumente gegen eine Liberalisierung

Cannabis ist die weltweit am häufigsten konsumierte Droge. In Österreich ist Cannabis unter den 15- bis 64-jährigen das führende Suchtmittel. Dieser Trend gibt besonders zu denken, da Cannabis als Einstiegsdroge gilt.⁵³ Die Gesetzeslage hat einen wesentlichen Einfluss auf das Konsumverhalten. Dies ist in den USA zu beobachten. Wie eine Studie in *Drug and Alcohol Dependence* aus dem Jahr 2014 zeigt, gilt das auch für Jugendliche, für die Cannabis eigentlich in allen Staaten verboten wäre (Legalisierung mit Regulierung, d.h. Alterslimit). Im Bundesstaat Colorado war die Cannabiskonsumrate unter den 12- bis 17-jährigen in den Erhebungszeiträumen 2009-2010 und 2010-2011 im Vergleich zu jenen US-Bundesstaaten, wo Cannabis nicht legalisiert ist, signifikant höher.⁵⁴ Cannabis kann weiters das Dopaminsystem langfristig umbauen, wie eine bereits zuvor erwähnte Studie belegt.⁵⁵ Kurosch Yazdi betont, dass keine Legalisierung von Marihuana notwendig sei, um die positiven Wirkungen des Cannabidiol zu nutzen. Es gebe bereits Medikamente, in denen nur Cannabidiol und kein THC enthalten sei, so Yazdi.⁵⁶

Deutschland: Medizinisches Cannabis seit 2017

Der deutsche Bundestag hat am 19. Jänner 2017 ein Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften verabschiedet. Die

neuen Regelungen sind mit 1. März 2017 in Kraft getreten. Schwerkranke Patienten können nun auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung Cannabisblüten und Extrakte aus Cannabis erhalten. Vor der Gesetzesänderung hatten bundesweit 1.000 Schmerzpatienten eine Ausnahmeerlaubnis des *Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte* für den Erwerb einer standardisierten Cannabisextraktzubereitung oder von Medizinisch-Cannabisblüten erhalten. Corinna Schilling, Medizinerin in der Berliner Fachpraxis für Schmerztherapie des Klinik Konzerns Vivantes, berichtet von einem Ansturm von Patienten, die Cannabis auf Rezept möchten. Für Schilling resultiert diese Nachfrage aus teils irreführenden Medienberichten und einer schwammigen Formulierung des Gesetzes und öffnet Missbrauch Tür und Tor. Künftig soll eine Cannabisagentur ins Leben gerufen werden, die Anbau und Vertrieb koordinieren und kontrollieren wird. Der Eigenanbau ist aus Gefahr von mangelnden Qualitäts- und Sicherheitskontrollmöglichkeiten weiterhin nicht erlaubt.⁵⁷

Kanada: Gesetzesvorschlag für Cannabislegalisierung ab 2018

In Kanada ist die medizinische Nutzung von Hanf bereits seit 2001 erlaubt. Es wird ein Gesetzesvorschlag diskutiert, der Cannabis auch zum Genuss legalisieren würde. Das Aufziehen von vier Hanfpflanzen für den Eigenbedarf wäre erlaubt, zudem dürften Bürger bis zu 30 Gramm Cannabis besitzen. Für unter 18-jährige sollte Hanf weiterhin verboten sein, und der Verkauf sowie die Weitergabe von Hanf an Jugendliche sollten schärfer als bisher bestraft werden. Nach Premierminister Justin Trudeau soll das Gesetz bereits im Juli 2018 in Kraft treten. Es wird erwartet, dass die Gesetzesvorlage das House of Commons passieren wird, im Senat wird jedoch eine Verspätung erwartet. Ob das Gesetz tatsächlich zum geplanten Zeitpunkt in Kraft treten wird, ist noch offen. Kanada wäre nach Uruguay weltweit der zweite Staat, der Cannabis legalisiert.⁵⁸

USA: Liberale Cannabisgesetzgebung überwiegt in den Bundesstaaten

In den USA gibt es auf Ebene der Bundesstaaten bereits mehrere liberale Cannabisgesetzgebungen. Die acht Bundesstaaten Alaska, Kalifornien, Colorado, Maine, Maryland, Nevada, Oregon, Washington sowie der District of Columbia haben die liberalsten Gesetze verabschiedet, die Hanf auch für den Freizeitgebrauch legalisierten. Laut Welt-Drogenbericht hat der Cannabiskonsum in diesen Staaten seitdem zugenommen. Die meisten Bundesstaaten erlauben den medizinischen Gebrauch von Cannabis. 16 Staaten haben einen limitierten Zugang zum medizinischen Gebrauch von Hanf vorgesehen, in sechs Bundesstaaten (Idaho, Indiana, Kansas, Nebraska, South Dakota und West Virginia) ist Cannabis nach wie vor illegal.⁵⁹ Die Legalisierung von Cannabis zum Freizeitkonsum ist für Staaten ein zweifacher Gewinn: Einerseits ist die Justiz weniger belastet und andererseits verbucht der Staat erhöhte Steuereinnahmen. Der US-Bundesstaat Colorado hat beispielsweise durch die Hanf-Legalisierung ab 1. Jänner 2014 alleine im Dezember 2014 ein Plus von 8,5 Millionen Dollar Steuereinnahmen verzeichnet.⁶⁰

Ausblick

Vielfach wird die internationale Drogenpolitik und der Kampf gegen Drogen als gescheitert angesehen. Als Lösung wird die Liberalisierung von Cannabis oder auch gefährlicherer Drogen propagiert. Diese Schlussfolgerung muss differenziert betrachtet werden. Der Kampf gegen den Anbau, die Produktion, den Handel und den Konsum von illegalen Substanzen ist nach wie vor notwendig. Auch wenn Drogenpolitik mitunter einem Kampf gegen Windmühlen gleichkommt, müssen die Bestrebungen konsequent fortgesetzt werden. Die internationale Staatengemeinschaft muss versuchen, den drogenpolitischen Rahmenbedingungen des 21. Jahrhunderts gerecht zu werden. Parallel zu einer effizienten Drogenpolitik müssen auch begleitende gesundheitspolitische

Maßnahmen weitergeführt oder neu gesetzt werden. Diesbezüglich scheinen besonders zwei Zielsetzungen zentral: die Information Jugendlicher und ihrer Eltern über die Gefahren von Drogen und die Verbesserung des Therapiezugangs für Bedürftige. Theresa Moore und ihre Kollegen von der *University of Bristol* plädierten bereits im Jahr 2007 in *Lancet* für ein Maßnahmenpaket, um der Verharmlosung von Cannabis entgegenzuwirken und für die Gefahr psychotischer Erkrankungen aufgrund von Hanfkonsum zu sensibilisieren. Sie mahnen: „Regierungen würden gut daran tun, in nachhaltige und effektive Aufklärungskampagnen bezüglich der Gesundheitsrisiken durch Cannabiskonsum zu investieren.“⁶¹

Referenzen

- 1 Eine Droge ist ein „pflanzlicher, tierischer oder mineralischer Rohstoff für Heilmittel, Stimulanzien oder Gewürze“, „Arzneimittel“ oder „Rauschgift“ (Duden). Die Weltgesundheitsorganisation definiert Droge als psychoaktive Substanz (vgl. WHO, *Lexicon of alcohol and drug terms*, Geneva (1994), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf, S. 34) und bezieht neben Cannabis, Kokain, Opiaten, Halluzinogenen, Tabak, Schmerzmitteln, Stimulanzien, Schlaf- und Beruhigungsmitteln auch Alltagsdrogen wie z. B. Alkohol, Kaffee und Tee mit ein (KEINE MACHT DEN DROGEN, Gemeinnütziger Förderverein e. V., *Was genau sind Drogen?*, <http://www.kmdd.de/infopool-definition-drogen.htm>). Dieser Aufsatz bezieht sich jedoch ausschließlich auf illegale Substanzen.
- 2 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2017. Global overview of drug demand and supply. Latest trends, cross-cutting issues*, Booklet 2, p. 13. Der Weltrogenbericht 2017 bringt Zahlen aus dem Jahr 2015 bzw. auf die aktuellsten verfügbaren Daten.
- 3 *Einzige Suchtgiftkonvention 1961 samt Anhängen sowie Erklärung der Republik Österreich zu Artikel 36 und Protokoll, mit dem die Einzige Suchtgiftkonvention 1961 abgeändert wird*, BGBl. Nr. 531/1978
- 4 *Suchtmittelgesetz (SMG; Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe)*, BGBl. I Nr. 112/1997 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 23/2016
- 5 *Suchtgiftverordnung (SV, Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften)*, BGBl. II Nr. 374/1997 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. II Nr. 257/2015
- 6 *Psychotropenverordnung (PV; Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit psychotropen Stoffen)*, BGBl. II Nr. 375/1997
- 7 *Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe*, BGBl. III Nr. 148/1997
- 8 *Kundmachung des Bundesministers für Gesundheit über Drogenausgangsstoffe*, BGBl. II Nr. 119/2010
- 9 Bundesministerium für Gesundheit, *Information betreffend den Handel mit Drogenausgangsstoffen*
- 10 *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG, Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen)*, BGBl. I Nr. 146/2011
- 11 *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung (NPSV; Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über Neue Psychoaktive Substanzen)*, BGBl. II Nr. 468/2011
- 12 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2017. Executive Summary. Conclusions and policy implications*, Booklet 1, S. 10; United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2016*, S. 1
- 13 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), *Europäischer Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, S. 15
- 14 ebd., S. 15-16
- 15 ebd., S. 43
- 16 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Austria. Country Drug Report 2017*, S. 5
- 17 ebd., S. 6
- 18 UNODC, siehe Ref. 12, S. 15-16
- 19 EMCDDA, siehe Ref. 13, S. 32
- 20 EMCDDA, siehe Ref. 16, S. 16
- 21 EMCDDA, siehe Ref. 13, S. 21
- 22 EMCDDA, siehe Ref. 16, S. 16
- 23 United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2017. The drug problem and organized crime, illicit financial flows, corruption and terrorism*, Booklet 5, S. 22
- 24 ebd., S. 19
- 25 UNODC, siehe Ref. 2, S. 15
- 26 EMCDDA, siehe Ref. 16, S. 6-7
- 27 EMCDDA, siehe Ref. 13, S. 54
- 28 ebd., S. 45
- 29 EMCDDA, siehe Ref. 16, S. 7
- 30 ebd., S. 8
- 31 ebd., S. 9

- 32 vgl. Preuss U. W., *Von wegen harmlos. Zur Legalisierung von Cannabis-Produkten*, Süddeutsche Zeitung, 26. Juni 2015
- 33 Hall W., *What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?* *Addiction* (2015); 110(1): 19-35
- 34 Fergusson D. M., Boden J. M., Horwood L. J., *Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis*, *Addiction* (2006); 101(4): 556-569
- 35 Ellgren M., Spano S. M., Hurd Y. L., *Adolescent cannabis exposure alters opiate intake and opioid limbic neuronal populations in adult rats*, *Neuropsychopharmacology* (2007); 32(3): 607-615
- 36 Müller-Jung J., *Der Lockruf der „weichen“ Droge*, Frankfurter Allgemeine, 18. März 2016
- 37 Yazdi K., *Die Cannabis-Lüge. Warum Marihuana verharmlost wird und wer daran verdient*, Schwarzkopf & Schwarzkopf, Berlin (2017), S. 249
- 38 ebd., S. 13
- 39 Bloomfield M. A., Ashok A. H., Volkow N. D., Howes O. D., *The effects of Δ_9 -tetrahydrocannabinol on the dopamine system*, *Nature* (2016); 539(7629): 369-377
- 40 Moore T. H. M. et al., *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61162-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61162-3)
- 41 Yazdi K., siehe Ref. 37, S. 70-71
- 42 vgl. Einzige Suchtgiftkonvention 1961, siehe Ref. 3; Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe, siehe Ref. 7; Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtgiften und psychotropen Stoffen (1988), BGBl. III Nr. 154/1997 i d F BGBl. III Nr. 141/1998
- 43 *EU-Drogenstrategie (2013-2020)*, 2012/C 402/01; *Drogenaktionsplan der EU (2013-2016)*, 2013/C 351/01; Europäische Union, *EU-Politikzyklus zur Bekämpfung der organisierten und schweren internationalen Kriminalität* (2014)
- 44 Bundesministerium für Gesundheit (BMG), *Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik* (2015)
- 45 *Gesundheit Österreich, Drogenbericht 2016: Veränderung bei den Rahmenbedingungen*, 21. Jänner 2017
- 46 Pardo Veiras J. L., *A Decade of Failure in the War on Drugs*, *New York Times*, 9. Oktober 2016
- 47 *United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem*, <http://www.unodc.org/un-gass2016/>; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem*, 19. – 21. April 2016, New York; UNODC, *UNODC Chief: UNGASS momentum can drive progress in addressing world drug problem*, Press Release, 21. April 2016
- 48 Glenza J., *Decriminalize all drugs, business and world leaders tell UN*, *The Guardian*, 21. April 2016
- 49 EMCDDA, siehe Ref. 13, S. 12; zum Vergleich unterschiedlicher Liberalisierungskonzepte siehe Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, *Modelle für die legale Versorgung mit Cannabis - aktuelle Entwicklungen*, 31. Mai 2016
- 50 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, *Europäischer Drogenbericht 2016: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, S. 14; *Drogen: UNO betrachtet weltweiten Cannabis-Konsum mit Sorge*, IMABE 07/2015
- 51 vgl. Pardo Veiras J. L., siehe Ref. 46
- 52 Tice C., *Why Legal Cannabis Is 2015's Best Startup Opportunity*, *Forbes*, 5. Februar 2015
- 53 vgl. Fergusson D. M., Boden J. M., Horwood L. J., siehe Ref. 34
- 54 Schuermeyer J. et al., *Temporal trends in marijuana attitudes, availability and use in Colorado compared to non-medical marijuana states: 2003-11*, *Drug Alcohol Depend.* (2014); 140: 45-55
- 55 vgl. Bloomfield M. A., siehe Ref. 39
- 56 Daneshmandi L., *Die Cannabis-Lüge: „Kiffen ist nicht harmlos“*, *Kurier*, 7. April 2017
- 57 Deutscher Bundestag, *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften*, Drucksache 18/8965; Deutscher Bundestag, *Bundestag lässt Cannabis-Arzneimittel für schwerkranke Patienten zu*, 19. Jänner 2017; Müller-Vahl K., Grotenhermen F., *Medizinisches Cannabis: Die wichtigsten Änderungen*, *Dtsch Arztebl* (2017); 114(8): A-352/B-306/C-300; *Cannabis als Medizin: Erste Zahlen, Ansturm in Fachpraxis*, *Deutsches Ärzteblatt*, 1. Juni 2017
- 58 *Kanada will kleine Mengen Cannabis erlauben*, *Deutsches Ärzteblatt*, 18. April 2017
- 59 UNODC, siehe Ref. 12, S. 20
- 60 Löwenstein S., *Wissenswertes aus Wien für die Cannabis-Lobby*, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 26. Juni 2015
- 61 Moore T. H. M. et al., siehe Ref. 40

Letzter Zugriff auf sämtliche Internetseiten am 10. Juli 2017.

Michael Soyka

Einmal süchtig – immer süchtig? Aktuelles aus der Therapieforschung

Once addicted – forever addicted? Recent Results from Therapeutic Research

Zusammenfassung

Der Konsum von legalen oder illegalen Suchtmitteln begleitet die Menschheit seit jeher, und die Palette psychotroper Substanzen ist extrem breit. Zentrale Mechanismen von Suchterkrankungen sind neben der Toleranzentwicklung vor allem der Kontrollverlust und das süchtige Verlangen nach Aufrechterhaltung des Substanzkonsums. Die neurobiologische Forschung hat gezeigt, dass Rauschdrogen über das körpereigene dopaminerge Belohnungssystem im Mittelhirn und (prä-)frontalen Kortex wirken. (Erwartete) Belohnungseffekte von Drogen werden hier gespeichert und können nicht einfach wieder „verlernt“ werden. Auch die Therapieforschung zeigt, dass die Rückfallgefährdung bei den meisten Patienten mit Drogenabhängigkeit auch im Langzeitverlauf sehr hoch bleibt. Die Therapiemöglichkeiten sind aber besser als häufig gedacht.

Schlüsselworte: Sucht, Substanzkonsum, Prognose, Neurobiologie, Therapie

Abstract

The use of legal or illegal substances is frequent in all cultures and at all times. The number and variety of abused substances is enormous. Key elements of substance use disorders are loss of control, tolerance for increased drug dosages and craving. Neurobiological research has shown the importance of the dopaminergic reward system in the midbrain and (pre-)frontal cortex for mediating reward and anticipation of rewarding effects of drugs. These probably are persisting effects. Relapse risk in substance use disorders is high but therapeutic chances are better than many think.

Keywords: addiction, substance use, prognosis, neurobiology, therapy

Univ.-Prof. Dr. Michael Soyka ^{1,2}

¹ Medical Park Chiemseeblick
Rasthausstraße 25, D-83233 Bernau/Felden

² Psychiatrische Universitätsklinik LMU München
Nussbaumstraße 7, D-80336 München
m.soyka@medicalpark.de

Kleine Kulturgeschichte des Rausches

Rausch- und Suchtmittel begleiten den Menschen von jeher.¹ Die Herstellung von Bier bzw. der Gärungsprozess der Gerste spielte schon in Mesopotamien eine Rolle und ist auf den ältesten Schrifttafeln, die aus der Frühgeschichte der Menschheit erhalten sind, dokumentiert. Der Konsum von Rauschmittel hat im Altertum eine große Rolle gespielt, aber auch im Orient wurden Alkohol, Haschisch und Opium immer schon konsumiert, später auch Halluzinogene. Einen sehr schönen Überblick über die Kulturgeschichte des Rausches geben die Bücher von Alexander Kupfer, „Die künstlichen Paradiese: Rausch und Realität in der Romantik“ (1996) sowie „Göttliche Gifte – kleine Kulturgeschichte des Rausches seit dem Garten Eden“ (1996).² Ob Rauschmittel schon tatsächlich im Garten Eden existent waren, entzieht sich der Kenntnis der klinisch/wissenschaftlichen Psychiatrieforschung, eine tiefe Verankerung von Rauschmittelkonsum gerade auch im Kontext religiöser Riten und Gebräuche ist aber ganz evident, und dies in vielen Kulturen.

Neben der berauschenden, euphorisierend-entspannenden Wirkung von Rauschdrogen spielt auch ein anderer wichtiger Aspekt eine Rolle – der der „Bewusstseinsweiterung“, Entrückung, des „Rausches“ im engeren Sinne, der über die Veränderung von Emotionen, die bei der Einnahme von Rauschmitteln immer eine zentrale Rolle spielen, hinausgeht. In der deutschen Sprache hat der „Rausch“ durchaus auch eine positive Bedeutung und meint nicht nur Vergiftung („Intoxikation“). Zu ihm gehört nicht nur eine lebhaftige Heiterkeit und ein geschärftes Wahrnehmungsvermögen, sondern in seinen extremen Varianten auch eine veränderte Empfindung von Sinnesreizen, wie z. B. ein intensives Farbempfinden, Veränderung des Raum- und Zeitempfindens, Halluzinationen, Ich-Entrückungen oder Ich-Entgrenzung, im pathologischen Fall dann auch wahnhaftige Verkennungen, Lähmung der Willenskraft und psychotisches Erleben.

Durch die Literatur und Kunst ziehen sich zahlreiche Berichte über Drogenwirkungen.³ Pars pro toto seien hier zum Beispiel Quincy's "confession of an opiumeater", die Schilderungen des Haschischrausches durch Boudelaire oder die Opiumerfahrungen von Edgar Allen Poe genannt. Die bedeutenden deutschen Dichter Georg Trakl und Gottfried Benn berichteten über ihre Erfahrungen mit Kokain, Hermann Hesse schildert im „Steppenwolf“ (1927) Kokainerfahrungen seines Protagonisten Harry Haller. Georg Trakl (1887-1914) kannte die Wirkung von Chloroform, Äther, Morphin, Opium, Veronal und Kokain, evtl. auch Meskalin, war später (wie viele Schriftsteller) „maßloser Trinker“⁴.

Der Dermatologe Gottfried Benn, preußischer Offizier und Pfarrerssohn, dessen Lyrik in der ersten Hälfte des 20. Jh. an Zartheit und sportlicher Prägnanz in der deutschen Literatur kaum zu übertreffen ist, probierte immerhin Kokain und korrespondierte mit dem sehr drogenaffinen Ernst Jünger darüber. Süchtig war er nicht, nahm aber das Motiv der Drogeneinnahme in zahlreichen Gedichten auf. Ernst Jünger dagegen schrieb nicht nur über Drogen und Rausch, sondern einen autobiographischen Essay⁵ und war auch offen für Meskalin und vieles andere. Auch Alkohol wurde von Künstlern seit jeher reichlich konsumiert, insbesondere von Schriftstellern – so waren fast alle amerikanischen Nobelpreisträger für Literatur wie z. B. William Faulkner und Ernest Hemingway schwer alkoholkrank.⁶ Jack London nannte Alkoholismus die "American writers' disease". Über den Kontext „Kunst und Kreativität“ sind zahlreiche Lehrbücher erschienen.⁷

Was ist Sucht? Diagnostische Grundlagen

Der Begriff Sucht leitet sich etymologisch von Siechen, Siechtum, also von Krankheit ab. Sowohl umgangssprachlich als auch in der Fachliteratur wird immer noch von Suchterkrankungen als Oberbegriff für Störungen gesprochen, die durch Substanzkonsum ausgelöst werden. Die Unter-

scheidung von legalen und illegalen Süchten ist nicht neurobiologisch definiert, sondern beruht allein auf gesellschaftlichen und vor allem legalen Grundlagen bzw. Konventionen. Manche Drogen sind in manchen Ländern verboten (Alkohol z. B. in arabischen Ländern), in anderen erlaubt und umgekehrt. Das Gehirn als Endstrecke der psychotropen Wirkung differenziert dabei nicht zwischen legalen und illegalen Drogen.

In modernen psychiatrischen Diagnosesystemen ist der Begriff der Sucht nicht mehr zu finden. In den noch gültigen internationalen Klassifikationen psychischer Erkrankungen⁸ wird zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit unterschieden. Bei schädlichem Gebrauch handelt es sich dabei um ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt, also entweder einem körperlichen oder psychischen Folgeschaden. Soziale Folgeschäden oder Beeinträchtigungen werden, anders als im DSM-IV, nicht genannt.

1. Schädlicher Gebrauch	Schädigung der psychischen und physischen Gesundheit
2. Abhängigkeit > 3 Kriterien in den letzten Monaten	<ul style="list-style-type: none"> • Starker Wunsch oder eine Art Zwang zu konsumieren • Verminderte Kontrollfähigkeit • Substanzgebrauch, um Entzugssymptome zu mildern bzw. körperliches Entzugssyndrom • Nachweis einer Toleranz • Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz, fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen • Konsum trotz Nachweis schädlicher Folgen

Tab. 1: Störungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10)

11 Kriterien für suchtbezogene Störungen

- Erfüllt Rollenerwartungen nicht
- Physische Schädigung
- Wiederkehrende soziale/interpersonelle Probleme
- Toleranz
- Entzug
- Höherer Konsum als vorgesehen
- Verlangen, Kontrollminderung
- Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Einnahme
- Vernachlässigung wichtiger Aktivitäten
- Konsum trotz Wissens um negative gesundheitliche Folgen
- Suchtverlangen (Craving)

Tab. 2: DSM 5-Kriterien

Dem schädlichen Gebrauch wird die Abhängigkeit gegenübergestellt. Dabei handelt es sich um eine „schwere“ Art von Suchtstörung (siehe Tab. 1). Die Diagnose Abhängigkeit setzt sich dabei aus einem Cluster von sieben Symptomen zusammen, die sowohl biologische wie auch psychologische und soziale Dimensionen der Sucht umfassen. Sind drei dieser sechs Merkmale erfüllt (siehe Tab. 1), kann die Diagnose einer Abhängigkeit gegeben werden. Man erkennt sofort, dass es sich bei Abhängigkeit also um eine sehr heterogene Diagnose handelt, entsprechend heterogen sind auch Patienten, die z. B. in Therapiestudien oder Langzeituntersuchungen eingeschlossen werden. Im DSM-IV war, ähnlich wie in ICD-10 zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden worden, wobei soziale Folgeschäden als Missbrauchs-kriterien akzeptiert wurden. Für Abhängigkeit definiert der DSM-IV sieben Kriterien, von denen drei erfüllt sein mussten. Der Kriterienkatalog war ähnlich für ICD-10.

Einen neuen konzeptuellen Weg beschreibt DSM-5⁹ (siehe Tab. 2). Hier wurde die kategoriale Unterscheidung Missbrauch (schädlicher Gebrauch) und Abhängigkeit zugunsten eines dimensional Konzepts für „Substanzgebrauchsstörungen“ aufgegeben. Zu den einzelnen diagnos-

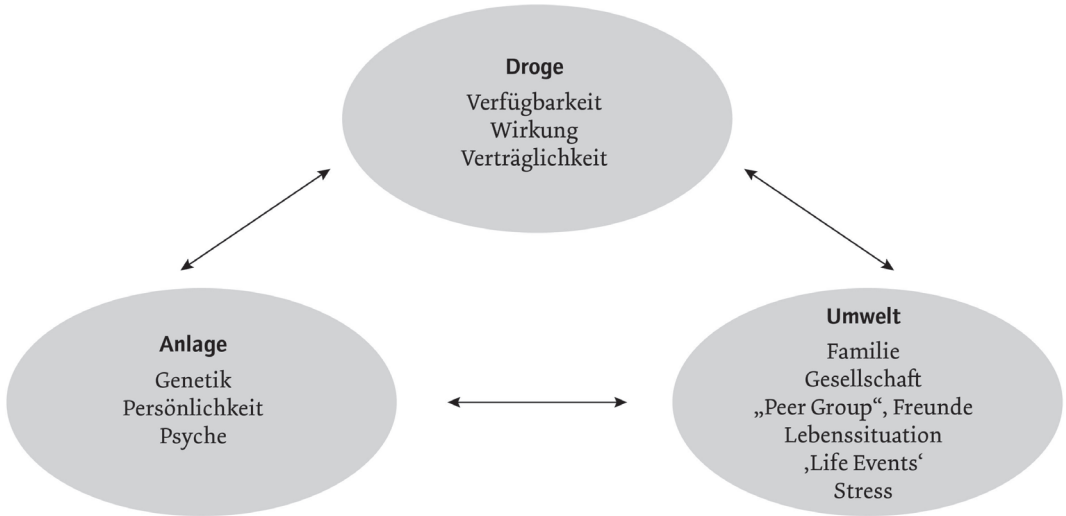


Abb. 1: Biopsychosoziales Entstehungsmodell von Suchterkrankungen

tischen Kriterien, die bisher schon für Missbrauch oder Abhängigkeit galten, ist nur das Craving (Drogenverlangen) hinzugekommen. Insgesamt gibt die DSM-5 elf Kriterien vor (siehe Tab. 2). Liegen zwei oder drei der Kriterien vor – eine niedrige „Hürde“ –, so liegt eine leichte Substanzgebrauchsstörung vor, bei vier bis fünf Kriterien eine mittlere, bei sechs oder mehr eine schwere, in etwa entsprechend einer Abhängigkeit.

Die Validität dieses Konzeptes ist aus der Sicht der Autoren, insbesondere in Hinblick auf therapeutische Entscheidungen, noch nicht völlig transparent. Man kann kritisch diskutieren, ob die einzelnen Symptome zum Beispiel für alle psychotropen Substanzen gleichermaßen vorliegen können. Soziale Folgeschäden sind z. B. bei illegalen Substanzen, fast per Definition schneller vorliegend als bei legalen Substanzen, und manche Substanzen induzieren eine starke körperliche Abhängigkeit (Opiode, Nikotin), andere dagegen gar nicht (Halluzinogene). Eine „schwere“ Nikotinabhängigkeit nach DSM-5 kann selbst bei ausgeprägten somatischen Folgeschäden oft nicht definiert werden, da soziale Folgeschäden oder Persönlichkeitsveränderungen beim Nikotinkonsum gering ausgeprägt sind oder fehlen.

Sprachlich kann der Begriff Substanzgebrauchsstörung zumindest im Deutschen nicht überzeugen, die traditionelle „Sucht“ wäre hier sicherlich auch eine akzeptable Alternative gewesen. Der Begriff „Sucht“ (engl. addiction) erlebt übrigens in gewisser Weise eine Renaissance, taucht jedenfalls auch in wissenschaftlichen Artikeln wieder vermehrt auf.

Prognostische Überlegungen

Aus Sicht des Autors gibt es psychopathologische oder klinische „Kernsymptome“ von Suchterkrankungen, die für die Prognose wichtig sind. Im Zentrum der Sucht steht sicherlich das mangelnde Kontrollvermögen oder die Kontrollminderung, also die Unfähigkeit, nach begunnenem Konsum wieder aufzuhören. Eine weitere wichtige Dimension süchtigen Verhaltens ist der zwanghafte Konsum, also der innere Drang, Wunsch oder sogar Zwang, eine Substanz zu konsumieren. Der Suchtdruck („Craving“) ist ein weiteres Kernelement von Suchterkrankungen. Andere biologische Symptome, z. B. eine Toleranzentwicklung, sind eher unspezifisch. Sie findet sich bei vielen Medikamenten, ist aber bei einigen Suchtstoffen, z. B. Opioiden und Benzodiazepinen, besonders ausgeprägt. Die

Frage, ob soziale Folgeschäden (Vernachlässigung sozialer Pflichten etc.) auftreten, ist ganz wesentlich von der Frage geprägt, ob eine Substanz legal erhältlich oder illegal ist. Für die somatischen Folgeschäden gilt dies zum Teil auch – das Risiko von Hepatitis – oder HIV-Infektionen ist beim iv-Konsum illegaler Drogen natürlich am höchsten. Im Übrigen bestimmt die Organtoxizität von Substanzen das Risiko für somatisch-neurologische Folgeschäden (siehe Tab. 3).

Wirkung von Rauschdrogen auf das Gehirn

Eine Sucht entwickelt sich immer im Spannungsfeld von Wirkung und Verfügbarkeit der Droge, Anlagefaktoren und Umwelteinflüssen (Abb. 1). Es gibt eine umfangreiche wissenschaftliche Literatur zu den neurobiologischen Grundlagen der Wirkung von Rauschmitteln/psychotropen Substanzen. Die Erforschung von Suchterkrankungen hat den Vorteil, dass man Substanzgebrauchsstörungen bis zu einem gewissen Grade experimentell untersuchen kann – im Tiermodell, aber auch am Menschen, z. B. mit pharmakologischen oder Neuroimaging-Verfahren. So konnte relativ genau gezeigt werden, wie das „süchtige“ Gehirn auf suchtspezifische Reize reagiert, wie es sich in seinen Reaktionsformen vom „gesunden“, jedenfalls nicht süchtigen Gehirn unterscheidet.

Relativ klar ist die neurobiologische Endstrecke der Wirkung aller Rauschdrogen. Sie wirken alle über das sogenannte dopaminerge Belohnungssystem, das schon 1954 von Olds und Milner¹⁰ erstmals experimentell charakterisiert wurde, und zwar am Tiermodell. Dabei wurden Ratten Elektroden implantiert. In Selbstreizversuchen konnte gezeigt werden, dass Ratten immer wieder dieses v.a. im Mittelhirn gelegene neuronale Netzwerk stimulieren. Es ist für Verhaltensverstärkungen entscheidend, und spielt im Übrigen für „physiologische“ Funktionen wie Nahrungsaufnahme, Sexualität etc. eine überragende Rolle. Dopaminerge Nervenzellen nehmen ihren Ausgangspunkt im ventralen Tegmentum und ziehen in den Nucleus accumbens

als Hauptbestandteil des ventralen Striatums. Alle Substanzen (oder Tätigkeiten!), die zu einer Ausschüttung von Dopamin in diesem Bereich führen, werden als positiv verstärkend, entspannend oder wohltuend empfunden. Vom Mittelhirn ziehen dopaminerge Belohnungsbahnen v. a. in den präfrontalen Kortex. Hier erfolgt vor allem die „Bewertung“ von Konsumereignissen.¹¹

Das dopaminerge Belohnungssystem wird heute als „hedonistisches“ System verstanden. Die Ausschüttung von Dopamin in diesen Hirnarealen wird zum Teil mit Euphorie und Glücksgefühlen, vor allem aber auch mit der Erwartung von Belohnungen assoziiert, d.h. es wird nicht allein durch eine erfolgte Substanzzufuhr aktiviert – diese steht immer am Anfang einer Suchtentwicklung –, vielmehr führt bereits die Erwartung einer Substanzaufnahme (Belohnung) zur Aktivierung dieses neuronalen Systems. Werden suchtassoziierte Reize (z. B. eine Alkoholreklame oder weißes Pulver = Kokain) wahrgenommen, so führt das bei dem (z. B. alkohol- oder kokainaffinen) Menschen zu einer Fokussierung seiner Aufmerksamkeit auf ein mögliches Konsumereignis. Bleibt dieses aus, reagiert der Mensch mit Dysphorie, Frustrationen. Viele Forschungsergebnisse sprechen dafür, dass diese konditionierte Dopaminausschüttung nicht mehr verlernt wird, also recht stabil reproduzierbar bleibt. Insofern würde die neurobiologische Forschung die Frage „Einmal süchtig – immer süchtig?“ wohl eher bejahen (müssen). Verschiedene Rauschdrogen aktivieren das dopaminerge Belohnungssystem dabei sehr unterschiedlich stark. Manche Drogen führen sehr direkt zu einer Ausschüttung von Dopamin (z. B. Amphetamine), andere Drogen eher langsam und indirekt über andere Stoffwechselwege (insbesondere Alkohol).

Fakt bleibt, dass die Aktivierung des Belohnungssystems für das Suchtpotential einer Droge entscheidend ist. Dies gilt sowohl für legale wie illegale Drogen. Zum Beispiel führen auch Opioide zu einer Aktivierung des dopaminergen Belohnungssystems, dies ganz unabhängig von ihrem

Droge	Suchtpotential Kontrollverlust	Toleranzent- wicklung	Entzug	Toxizität (Überdosis)	Psycho- toxizität (1)	Organ- toxizität (2)
Alkohol	+(+)	++	++	++	+	++
Cannabis	+	+	(+)	-	++	(+)
Opioide	+++	+++	+++	+++	(+)	-
Nikotin	+++	++	+	+/-	-	+++
Halluzinogene	(+)	-	-	+	+++	+
Tranquilizer Hypnotika	++	+++	++	+	++	+/-
Kokain	+++	++	+	++	++	++
Amphetamine	+++	++	+	++	++	++

Tab. 3: Toxizität und Suchtpotential wichtiger Drogen.

+++ sehr stark, ++ stark, + schwach, +/- kaum, - nicht existent

(1) z. B. Delir, Psychose, Demenz; (2) z. B. Herzkreislauf-, Leberschäden, Stoffwechselstörungen, Krebsrisiko, Nervenschäden

schmerzstillenden (analgetischen) Effekt, die natürlich über Opioidrezeptoren vermittelt werden.

Wie auch andere neuronale Netzwerke ist das dopaminerge Belohnungssystem außerordentlich plastisch, also lernfähig. So kommt es z. B. auf molekularer Ebene bei Drogenkonsum zu einer erhöhten Affinität für Dopamin-Rezeptoren. Zahlreiche Befunde aus der Grundlagenforschung zeigen, dass es auch nach langfristiger Abstinenz immer noch messbare Veränderungen im Belohnungssystem gibt, das sehr viel sensibler und rascher auf suchtspezifische Schlüsselreize oder die Wirkung von Substanzen reagiert als das Gehirn Gesunder. Kurz zusammengefasst spielt das im Mittelhirn gelegene dopaminerge Belohnungssystem sowohl für die psychotropen Effekte von Rauschdrogen, also die Substanzwirkung, als auch für das Drogenverlangen (Craving) und die Erwartung (Antizipation) von Belohnungen oder Drogenwirkungen eine entscheidende Rolle. Auch bei längerfristiger Abstinenz ist dieses Belohnungssystem beim (ehemals) Abhängigen meist sehr viel stärker aktivierbar als beim Nichtdrogenaffinen.

Das Suchtpotential und die Organtoxizität verschiedener Drogen sind daher sehr unterschiedlich. Die Psycho- und Organtoxizität, vor allem aber das Risiko für Intoxikationen (Überdosis) sowie das eigentliche Suchtpotential verschie-

dener Substanzen ist sehr unterschiedlich. Einige Substanzen verursachen eine starke psychische Abhängigkeit (z. B. Kokain, Amphetamine), aber fast keine körperliche Abhängigkeit. Entsprechend fehlen schwere Entzugserscheinungen nach Absetzen der Droge. Opioide dagegen zeigen sowohl ein hohes Suchtpotential als auch eine ausgeprägte Toleranzentwicklung, d.h. es werden immer höhere Dosen vertragen. Konsekutiv kommt es auch zur Entwicklung einer schweren psychischen und körperlichen Abhängigkeit mit Entzugssymptomen. Dagegen ist auch das Risiko für Überdosierungen (Atemdepression) sehr hoch, das Risiko für Organschädigungen eher gering.

Nikotin hat ein sehr hohes Suchtpotenzial und eine mittlere Toleranzentwicklung, es ist z. B. kaum psychotoxisch, (Psychosen oder Delire gibt es im Nikotinentzug nicht), sehr wohl aber der Missbrauch legal verfügbarer Medikamente als Folge von Alkohol oder z. B. Kokainkonsum. Manche Drogen induzieren überhaupt keine Toleranzentwicklung oder Abhängigkeit im engeren Sinne, z. B. Halluzinogene – sie haben auf der anderen Seite ausgeprägte psycho-toxische Effekte und verursachen, wie der Name schon sagt, psychotische Symptome. Alkohol und Cannabis,¹² die mit Abstand am meisten missbrauchten Drogen, sieht man von Nikotin ab, haben ein eher mittleres Sucht- und Abhängigkeitspoten-

tial. Alkohol kann massive Entzugserscheinungen verursachen, Cannabis dagegen kaum.

Aus dem nur cursorisch Ausgeführten ist un schwer zu ersehen, dass Drogen eine extrem heterogene Gruppe von Substanzen sind mit sehr unterschiedlichen pharmakologischen Eigenschaften. Die psychische und körperliche Bindung an manchen Drogen ist extrem hoch, bei anderen fehlt sie völlig.¹³ Das Suchtpotential von Drogen hängt im Übrigen nicht nur von ihrer Wirkung auf bestimmte neurochemische Strukturen und Rezeptoren ab, sondern auch von der Schnelligkeit ihres Wirkeintritts. Generell gilt, dass, je schneller eine Droge anflutet, je schneller auch die Dopaminausschüttung beim mesolimbischen Bereich induziert wird, desto höher ist ihr Suchtpotential. Dies gilt namentlich für alle Drogen, die geraucht, geschnupft oder injiziert, also sehr schnell in Blutbahn und Gehirn gelangen, wie z. B. Nikotin, Heroin oder Kokain.

Ein gewisser Sonderfall ist die Sucht von legalen Medikamenten. Sowohl die epidemiologische¹⁴ als auch klinische Datenbasis¹⁵ bei Medikamentenabhängigkeit ist z. T. deutlich schlechter als bei Alkohol oder illegalen Drogen. Manche missbrauchte Substanzen, z. B. Abführmittel (Laxantien),¹⁶ haben gar keine psychotropen Effekte, sondern wurden aus anderen Gründen konsumiert (Gewichtsreduktion, Verbesserung des Körperreliefs etc.). Der „Löwenanteil“ der missbrauchten legalen Medikamente fällt aber auf Psychopharmaka und Analgetika.

Ergebnisse von Longitudinaluntersuchungen und der Therapieforschung

Verschiedene Suchterkrankungen werden in der Öffentlichkeit, aber auch in der Fachwelt, sehr unterschiedlich gesehen. Die Nikotinabhängigkeit, die zwar zu massiven gesundheitlichen Schädigungen, aber kaum je zu sozialen oder psychischen Problemen führt, wird völlig anders rezipiert als z. B. die Alkohol- und Opiatabhängigkeit. Interessanterweise wird das „kontrollierte“ Rauchen,

also der Niedrigkonsum, im Hinblick auf Nikotinabhängigkeit kaum diskutiert. Ehemalige Raucher gehen praktisch geschlossen davon aus, dass ein sporadischer Nikotinkonsum für sie nicht in Frage kommt, sondern zu erneutem, dann massivem Nikotinkonsum führen würde. Entsprechende „kontrollierte“ Therapiestrategien spielen auch in der Forschung keine Rolle, sieht man von neuen Ansätzen mit der „E-Zigarette“ ab.

Umgekehrt ist es beim Alkohol- oder Opiatkonsum. Im Hinblick auf Alkoholismus gibt es eine immer wieder aufflackernde Diskussion über das „kontrollierte“ Trinken als Alternative zur Alkohol- oder Drogenabstinenz – mit der man immer auf der sicheren Seite ist. Die Diskussion soll an dieser Stelle mit Verweis auf die Fachliteratur¹⁷ nicht vertieft werden. Klar ist aber, dass es neben den klassischen abstinenzorientierten Therapien, die vielfach hinsichtlich ihrer Effektivität wiederholt auch bei illegalen Substanzen überprüft wurden¹⁸, auch alternative Therapieansätze gibt, namentlich *harm reduction* Strategien, die darauf abzielen, den Drogenkonsum zu vermindern, um weiteren Schaden abzuwenden. Im Bereich der illegalen Drogen zählt vor allem die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger als Therapie der ersten Wahl heute dazu.

Die Opioidsubstitution mit Methadon oder Buprenorphin ist heute eine weltweit anerkannte „first line“ Therapie zur Verminderung der Opiatabhängigkeit,¹⁹ die sehr häufig praktisch lebenslang ist. Jedenfalls ist die Rate derjenigen, die aus einer Opioidsubstitution zu einer Drogenabstinenz wechseln, sehr klein. In eigenen Langzeituntersuchungen lag sie unter 10%.²⁰ Drogenfreiheit ist so gesehen immer noch meist eher die Ausnahme als die Regel. Die Mortalität bei Opiatkonsumenten ist im Langzeitverlauf hoch, die Prognose schlecht²¹, auch wenn psychosoziale Therapien im Prinzip wirksam sind.²²

Langzeituntersuchungen belegen, dass nach intensiven Therapien bei Alkoholismus Abstinenzraten von etwa 40% möglich sind,²³ bei Dro-

genabhängigkeit ist die Rate deutlich geringer und sicherlich nicht deutlich über 20%.²⁴ Es bleibt also in den meisten Fällen eine lebenslange Rückfallgefährdung. Sucht ist aber auch kein unentrinnbares Schicksal. Zu den neueren *harm reduction* Ansätzen gehört z. B. im Bereich des Nikotinkonsums die sogenannte E-Zigarette, über die immer noch sehr kontrovers diskutiert wird, im Bereich der Opiatabhängigkeit wie erwähnt die Substitutionsbehandlung. Für andere Suchtmittel stehen keine diskutablen Substitutionsmittel zur Verfügung, insbesondere für Psychostimulanzien oder Cannabinoide.

Ob ein Süchtiger bei Abstinenz „geheilt“ ist oder nicht, wird auch vom Betroffenen durchaus kontrovers diskutiert. Die anonymen Alkoholiker sehen sich in ihrem Selbstverständnis meist als lebenslang betroffen, andere Patienten fühlen sich geheilt, auch wenn sie um die eigene Rückfallgefährdung wissen. Mein persönliches Fazit nach 30 Jahren überblickter Suchtforschung und vor allem Therapie: Sucht verlernt man nicht, die Wirkung von Rauschdrogen bleibt im Gehirn gespeichert, das sogenannte Suchtgedächtnis ist durch suchtspezifische oder assoziierte Reize immer wieder aktivierbar.

Sucht ist aber beileibe kein unentrinnbares Schicksal. Sowohl die Gründe für den Substanzkonsum als auch der Umgang mit Suchtmitteln können therapeutisch bearbeitet werden. Es gelingt umso besser, je früher die Behandlung beginnt und je offener der gesellschaftliche Rahmen dafür ist. Rein konfrontative Therapien oder ablehnende Haltung von Ärzten haben sich nicht als hilfreich, sondern als kontraproduktiv erwiesen. Ein empathisches Herangehen auch an den Suchterkrankten stellt anerkanntermaßen die Basis der Therapie dar.²⁵ Man muss den Suchtkranken als Patienten sehen und die zugrundeliegende Störung nicht als Charakterschwäche, Sündenfall oder unentrinnbares Schicksal. Erst dann eröffnen sich auch Ausstiegsmöglichkeiten.

Referenzen

- 1 Kupfer A., *Göttliche Gifte. Kleine Kulturgeschichte des Rausches seit dem Garten Eden*, Metzler, Stuttgart/Weimar (1996)
- 2 siehe auch Richter P., *Über das Trinken*, Goldmann, München (2011)
- 3 ebd., siehe z. B. Jünger E., *Annäherungen. Drogen und Rausch*, Ernst Klett, Stuttgart (1970)
- 4 Kupfer A., *Die künstlichen Paradiese*, Metzler, Stuttgart/Weimar (1996)
- 5 siehe Jünger E., siehe Ref. 3
- 6 Goodwin D. W., *Alkohol und Autor*, Suhrkamp, Frankfurt (2000)
- 7 Die Palette der psychoaktiven Substanzen und Pflanzen ist endlos. Für den interessierten Leser mit vertieftem Informationsbedürfnis sei das wunderbare, etwa 900 Seiten schwere Buch von Christian Rätsch „Enzyklopädie der psychoaktiven Substanzen“ (10. Auflage, AT Verlag, Aarau, 2012) empfohlen.
- 8 WHO, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V.*, 8. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern (2008), zitiert nach Soyka M., *Update Alkoholabhängigkeit*, Unimed Verlag, Bremen (2013)
- 9 Baumgärtner G., Soyka M., *DSM 5 – Was ändert sich für die Suchttherapie und -forschung?* Fortschr Neurol Psychiatr (2013); 81: 648-659; Heinz A., Friedel E., *DSM-5: Wichtige Änderungen im Bereich der Suchterkrankungen*, Nervenarzt (2014); 5: 571-577; APA 2013
- 10 Olds J., Milner P., Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain, *J Comp Physiol Psychol* (1954); 47: 419-27
- 11 Literatur: siehe Freye E., *Opiode in der Medizin*, 8. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg (2010); Iversen L., *Speed, Ecstasy, Ritalin. Amphetamine – Theorie und Praxis*, Hans Huber Hogrefe AG, Bern (2009); Soyka M., *Medikamentenabhängigkeit*, Schattauer Verlag, Stuttgart (2016); Lammel S., Lim B. K., Malenka R. C., *Reward and aversion in a heterogeneous midbrain dopamine system*, *Neuropharmacology* (2014); PT B: 351-359; Le Merrer J., Becker J. A., Befort K., Kieffer B. L., *Reward processing by the opioid system in the brain*, *Physiol Rev* (2009); 89: 1379-412; Olive M. F., Koenig H. N., Nannini M. A. et al., *Stimulation of endorphin neurotransmission in the nucleus accumbens by ethanol, cocaine and amphetamine*, *J Neurosci* (2001); 21: RC184; Spanagel R., Weiss F., *The dopamine line hypothesis of reward: past and current status*, *Trends Neurosci* (1999); 22: 521-7; Tan K. R., Brown M., Labouebe G., Yvon C., Creton C., Fritschy J.-M., Rudolph U., Lüscher C., *Neural bases for addictive properties of benzodiazepines*, *Nature* (2010); 463: 769-775;

- Volkow N. D., Fowler J. S., Wang G. J., Role of dopamine in drug reinforcement and addiction in humans' brain: results from imaging studies, *Behav Pharmacol* (2002); 13: 355-366; Wise R. A., Action of drugs of abuse on brain reward systems, *Pharmacology Biochemistry and Behaviour* (1980); 13 (Suppl. 1): 213-233
- 12 Soyka M., Preuss U., Hoch E., Cannabisinduzierte Störungen, *Nervenarzt* (2017a); 88: 311-325
 - 13 Zur pharmakologischen Behandlung von Entzugssymptomen siehe Diaper A., Law F., Melichar J., *Pharmacological strategies for detoxification*, *Br J Clin Pharmacol* (2013); 77: 302-314.
 - 14 Soyka M., siehe Ref. 11; Bühren A., Flenker I., Jacobowski C., Kunstmann W., Schwantes U., *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis*, Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.), Deutscher Ärzteverlag, Köln (2007); Casati A., Sedefov R., Pfeiffer-Gerschel T., *Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature*, *Eur Addict Res* (2012); 18: 228-245; Cooper R. J., *Over-the-counter medicine abuse – a review of the literature*, *J Subst Use* (2013); 18: 82-107; Freye E., siehe Ref. 11; Glaeske G., *Medikamente 2011 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential*, in: DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht*, Pabst Science Publishers, Lengerich (2013), S. 91-110; Hajak F. G., Müller W. E., Wittchen H. U., Pittrow D., Kirch W., *Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data*, *Addiction* (2003); 98: 1371-1378; Jacobi F., Höfler M., Strehle J., Mack S., Gerschler A., Scholl L., Busch M. A., Maske U., Hapke U., Gaebel W., Maier W., Wagner M., Zielasek J., Wittchen H.-U., *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung*, *Nervenarzt* (2014a); 85: 77-87; Jacobi F., Höfler M., Siegert J., Mack S., Gerschler A., Scholl L., Busch M. A., Hapke U., Maske U., Seifert I., Gaebel W., Maier W., Wagner M., Zielasek J., Wittchen H.-U., *Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and examination Survey for Adults (DEGS1-MH)*, *Int J Methods Psychiatry Res* (2014b), doi:10.1002/mpr.1439; Rösner S., Steiner S., Kraus L., *Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 [Use and misuse of prescription drugs. Results of the 2006 Epidemiological Survey of Substance Abuse]*, *Sucht* (2008); 54: 47-56; Soyka M., Queri S., Kufner H., Rosner S., *Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige?* *Nervenarzt* (2005); 76: 72-77
 - 15 Iversen L., siehe Ref. 11; Nissen C., Frase L., Hajak G., Wetter T. C., *Hypnotika – Stand der Forschung*, *Nervenarzt* (2014); 85: 67-76; Normann C., Berger M., *Neuroenhancement: status quo and perspectives*, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2008); 258 Suppl. 5: 110-4; Normann C., Boldt J., Maio G., Berger M., *Möglichkeiten und Grenzen des pharmakologischen Neuro-Enhancements*, *Nervenarzt* (2010); 81: 66-74
 - 16 Meermann R., *Missbrauch von Laxanzien*, in: Pöhlke T., Flenker I., Ricard M., Ricard T. H., Kremer G., Batra A. (Hrsg.), *Suchtmedizinische Versorgung*, Springer, Heidelberg/ New York (2010), S. 351-363; Roerig J. I., Steffen K. J., Mitchell J. E., Zunker C., *Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management*, *Drugs* (2010); 70: 1487-1503; Byrant-Waugh R., Turner H., East P., Gamble C., Mehta R., *Misuse of laxatives among adult outpatients with eating disorders: prevalence and profiles*, *Int J Eat Disord* (2006); 39: 404-409
 - 17 s. Soyka M., siehe Ref. 8
 - 18 s. Dutra L., Stathopoulou G., Basden S. L., Leyro T. M., Powers M. B., Otto M. W., *A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders*, *Am J Psychiatry* (2008); 165: 179-187; Berglund M., Thelander S., Jonsson E., *Treating Alcohol and Drug Abuse. An evidence based review*, Wiley, Weinheim (2003)
 - 19 Amato L., Minozzi S., Davoli M. et al., *Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification*, *Cochrane Database Syst Rev* (2011a); 9: CD005031; Amato L., Minozzi S., Davoli M. et al., *Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence*, *Cochrane Database Syst Rev* (2011b); 10: CD004147; Connock M., Juarez-Garcia A., Jowett S., Frew E., Liu Z., Taylor R. J., Fry-Smith A., Day E., Lintzeris N., Roberts T., Burls A., Taylor R. S., *Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: A systematic review and economic evaluation*, *Health Technol Assess* (2007); 11: 1-171, iii-iv; Soyka M., Kranzler H. R., van den Brink W., Krystal J., Moller H. J., Kasper S., *The world federation of societies of biological psychiatry (Wfsbp) guidelines for the biological treatment of substance use and related disorders. Part 2: Opioid dependence*, *World J Biol Psychiatry* (2011); 12: 160-187
 - 20 Soyka M., Strehle J., Rehm J., Bühringer G., Wittchen H. U., *Six-year outcome of opioid maintenance therapy in heroin-dependent patients: Results from a naturalistic study in a nationally representative sample*, *Eur Addict Res* (2017b); 23: 97-105; siehe auch Hser Y. I., Anglin D., Powers K., *A 24-year follow-up of California narcotics addicts*, *Arch Gen Psychiatry* (1993); 50: 577-584;

- Hser Y. I., Evans E., Huang D., Weiss R., Saxon A., Carroll K. M., Woody G., Liu D., Wakim P., Matthews A. G., Hatch-Maillette M., Jelstrom E., Wiest K, McLaughlin P., Ling W., *Long-term outcomes after randomization to buprenorphine/naloxone versus methadone in a multi-site trial*, *Addiction* (2016); 111: 695-705
- 21 Bjornaas M. A., Bekken A. S., Ojlert A., Haldorsen T., Jacobsen D., Rostrup M., Ekeberg O., *A 20-year prospective study of mortality and causes of death among hospitalized opioid addicts in oslo*, *BMC Psychiatry* (2008); 8: 8; Hser Y. I. et al. (2016), ebd.
- 22 Simpson D. D., Sells S. B., *Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP Research Program*, *Adv Alcohol Subst Abuse* (1982); 2:27-29; Simpson D. D., Sells S. B. (eds.) *Opioid Addiction and Treatment: A 12-year follow-up*, Krieger, Malabar/FL (1990)
- 23 Soyka M., siehe Ref. 8
- 24 Soyka M., siehe Ref. 11; Berglund M. et al., siehe Ref. 18; Dutra L. et al., siehe Ref. 18
- 25 Soyka M., siehe Ref. 8; Soyka M., siehe Ref. 11

Claudia Botschev

Suchtrehabilitation: Symptombewältigung und Sinnentdeckung im Leben

Rehabilitation of Addiction: Overcoming Symptoms and finding Meaning in Life

Zusammenfassung

Im deutschsprachigen Raum wurden persönliche Werte und spirituelle Themen in der Suchtrehabilitation meist ausgeklammert. Mit zunehmender Beachtung idiographischer Ansätze in Diagnostik und Therapie zeichnet sich in den letzten Jahren eine Wende ab, die inzwischen nicht nur Fachgesellschaften, sondern auch Kostenträger therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen berücksichtigen. Sinn- und Werteorientierung der Suchtrehabilitation in der Klientenzentrierten Problemlösung [(KPB) – Fachambulanz für Suchterkrankungen in Dachau und München] werden vorgestellt und eine zwischen 2007 und 2011 erfolgte Befragung von Rehabilitanden zu dieser Thematik wird diskutiert.

Schlüsselwörter: Suchterkrankung, Rehabilitation, persönliche Werte, Sinn im Leben

Abstract

In the German speaking area personal values and spiritual topics were mostly excluded from the rehabilitation of addiction. Together with the increasing attention to idiographic approaches to diagnosis and therapy a turning-point appeared in the last years that meanwhile is considered not only by expert companies but also health and rehabilitation insurances. The role of meaning and values in life during the rehabilitation of addiction in the Klientenzentrierte Problemlösung [(KPB) – institution for outpatient treatment of addiction in Dachau and Munich] is presented and the results of inquiries about this subjects from 2007 until 2011 are discussed.

Keywords: addiction, rehabilitation, personal values, meaning in life

Dr. Claudia Botschev
Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie
Ehem. ärztliche Leiterin der
KPB-Fachambulanzen in München und Dachau
Hangstraße 16, D-76228 Karlsruhe
c.botschev@gmx.de

1. Kurzer Exkurs in Vorgeschichte und Hintergründe der Sinn- und Werteorientierung in der Suchttherapie¹

Seit 1985, jenem Jahr, in dem die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)² eine Tagung unter das Motto „Sinnfrage und Suchtprobleme“ gestellt und deren Referate und Ergebnisse in ihrer Schriftenreihe veröffentlicht³ hat, gibt es nur spärliche deutschsprachige Publikationen zur Integration von Sinn- und Wertfragen oder auch Spiritualität in die Behandlung suchtkranker Menschen. So schrieb der Psychologe und Suchttherapeut Hans Watzl noch 20 Jahre später im Editorial der Zeitschrift „Sucht“, dass man in psychiatrischen Fachzeitschriften des deutschen Sprachraums vergebens nach Studien über die Verbindung von Glauben, Religion und Spiritualität mit körperlicher und seelischer Gesundheit sucht.⁴ Erst wieder 2010 griff der Fachverband Sucht in seinem jährlich stattfindenden Heidelberger Kongress die Integration der Spiritualität in die Suchtbehandlung als Gegenstand eines Forums auf.

So ist es auch nicht verwunderlich, dass deutschsprachige Therapiekonzepte existentielle und spirituelle Themen weitgehend ausgeklammert haben. Ausnahmen waren bislang die allerdings aus Nordamerika stammende Dialektisch-Behaviorale-Therapie Marsha Linehans und die Akzeptanz- und Commitment-Therapie Steven Hayes⁵, die inzwischen eine breite Anwendung gefunden haben und in AWMF-Leitlinien⁶ aufgenommen wurden. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass die achtsamkeitsbasierte Psychotherapie zwar der fernöstlichen Meditationskultur entstammt, jedoch das „von den führenden psychologischen Wissenschaftlern derzeit gestützte Konzept ... die spirituelle Komponente von Achtsamkeit (verwirft).“⁶ Die ebenfalls aus Nordamerika stammende „Existenzielle Psychotherapie“ Irvin Yalom⁷ widmet sich zwar auch ganz zentral Sinn- und Wertfragen, ist jedoch nach Angaben des Autors selbst keine eigenständige lehr- und lernbare Methode, sondern vielmehr eine therapeutische Haltung.⁷ Die sinn- und

werteorientierte Logotherapie Viktor Frankls und seiner Schüler sowie die Integrative Therapie Hilarion Petzolds, österreichischen und deutschen Ursprungs, hingegen, sind Ansätze, die in Laienkreisen, unter Sozialpädagogen und Theologen bekannt und verbreitet sind, von der akademischen Psychologie kaum und von Psychiatern so gut wie gar nicht beachtet wurden.

Andererseits waren die „Mäßigungs“- und Abstinenzbewegungen, die Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts entstanden sind, von humanistischer Einstellung und christlichem Glauben geprägt.⁸ Ferner spielten und spielen spirituelle Aspekte bei den Selbsthilfegruppen eine wichtige, bei den Anonymen Alkoholikern (AA) eine zentrale Rolle.⁹

Vor dem Hintergrund dieser Diskrepanz und der Individualisierung bzw. „Subjektzentrierung“ in Psychotherapie und Rehabilitation sah schließlich 2011 der gemeinsame Leitfaden der Deutschen Renten- und Gesetzlichen Krankenversicherung vor, dass die Klärung von Sinn- und Wertfragen in die Konzepte der medizinischen Rehabilitation aufgenommen wird,¹⁰ ohne jedoch das biopsychosoziale Krankheitsmodell um eine spirituelle Dimension zu erweitern. Dessen ungeachtet war dieser Leitfaden Ausdruck einer Wende, die auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) berücksichtigt hat. Mit der Gründung des Referats „Religiosität und Spiritualität“ im Jahr 2013 sollte diese Thematik einer professionellen Auseinandersetzung zugeführt und wissenschaftlich untersucht werden. So heißt es auf der Homepage dieses Referats, dass „in der deutschsprachigen Psychiatrie und Psychotherapie ... seit einigen Jahren ein »spiritual turn« zu beobachten (ist), nachdem die existentiellen Fragen des Menschseins in Verbindung mit Glaube, Religiosität und Spiritualität jahrzehntelang in beiden Fachdisziplinen vernachlässigt wurden ...“¹¹ Im Dezember 2016 gaben namhafte Forscher auf diesem Gebiet ein DGPPN-Positionspapier heraus mit „Empfehlungen zum Umgang

mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie“. Darin werden Religiosität und Spiritualität als identitätsbildende anthropologische Universalien angesehen, und es wird gefordert, dass sie als persönliches Sinnsystem und kulturbildende Einflussfaktoren in der Psychotherapie gewürdigt werden.¹²

2. Rehabilitation¹³ in der KPB

1990 wurde die abstinentenorientierte Klientenzentrierte Problemlösung (KPB) als Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige eröffnet und war damit die erste ambulante Rehabilitationseinrichtung für Suchtkranke in Deutschland. 1993 folgte die Ermächtigung zur Institutsambulanz. 2005 konnte die zweite Niederlassung in München mit ihrer Arbeit beginnen. 2008 wurde die KPB zur Rehabilitation Glücksspielabhängiger zugelassen. Die kontinuierliche Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München gewährleistete die wissenschaftliche Begleitforschung und führte zu wertvollen Impulsen sowie einem lebendigen Austausch zwischen wissenschaftlicher Theorie und therapeutischer Praxis. Die KPB befindet sich in privater Trägerschaft und ist von der deutschen Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigt, alkohol-, medikamenten- und glücksspielabhängige Patienten auf eine ambulante Entwöhnungstherapie vorzubereiten. Die sich nahtlos daran anschließende Rehabilitation ist von den Rentenversicherungsträgern, gesetzlichen Krankenkassen und Beihilfestellen anerkannt.

2.1 Sinn und Werte in Grundkonzept und Programm

Im Folgenden möchte ich aus meiner Sicht als ärztliche Leiterin der KPB in den Jahren 2007 bis 2016 ein Therapiekonzept für Patienten mit Suchterkrankungen darstellen, in das Sinn und Werte eingebunden worden sind.

Da Suchtkranke den körperlich Kranken nicht gleichgestellt waren und ihnen von Anfang an

die Schuld an ihrer Erkrankung direkt oder indirekt, offen oder insgeheim unterstellt wurde, legte die KPB großen Wert auf eine annehmende und wertschätzende Haltung der Therapeuten im Kontakt mit den „Klienten“ sowie eine nicht direktive Beratung.¹⁴ Die Einrichtungsbezeichnung „klientenzentrierte Problemlösung“ geht daher unmittelbar auf Carl Rogers und sein „Ideal der autonomen Persönlichkeit“ zurück, „die ihre Werte eigenständig wählen oder mit Hilfe einer klientenzentrierten Therapie finden kann.“¹⁵ Carl Rogers nannte „die Beratung Suchenden nicht mehr »Patienten«, sondern »Klienten«, um ihre aktive Auftraggeberrolle (in Anlehnung etwa an Anwaltsklienten) und die Fähigkeit und Notwendigkeit zu eigenen und selbstverantworteten Entscheidungen zu betonen.“¹⁶ In diesem Beitrag wird jedoch – wie im psychiatrischen Kontext üblich – durchgehend der Begriff „Patient“ verwendet.

Die nicht direktive Beratung in den ersten Kontakten erfolgt gemäß der in der Suchttherapie mittlerweile etablierten „Motivierenden Gesprächsführung“ nach William Miller und Stephan Rollnick, die ihrerseits auf die Gesprächsbedingungen von Rogers zurückgeht.¹⁷

Dem Modell der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn¹⁸ folgend, wurde die so genannte Sucht- und Sinngruppe ins therapeutische Konzept integriert, die Inhalte der Logotherapie Viktor Frankls aufgreift, wenngleich es sich nicht um Logotherapie im engeren Sinne handelt. Diese themenspezifische Gruppe ist fester Bestandteil der suchtmedizinischen Rehabilitation. Hier findet eine Auseinandersetzung mit wesentlichen Aspekten des menschlichen Lebens statt, die in Bezug auf süchtiges Verhalten einerseits und eine sinnvolle Lebensführung andererseits behandelt werden (s. Abschnitt 2.3.2.).

Die genannten Verfahren sind in die tiefenpsychologische Grundausrichtung eingefügt. Die übergeordneten Ziele bestehen – neben einer möglichst dauerhaften und zufriedenstellenden Abstinenz – im Erkennen der psychodynamischen

Zusammenhänge der Suchtentwicklung, in der Integration der Suchterkrankung in das Selbstbild, in der Zunahme an Freiheitsgraden im Erleben und Verhalten sowie der „Orientierung der Lebensperspektive an sinnstiftenden Werten“. Vor allem das letztgenannte Ziel hat Werner Eberwein in der Einleitung zu seiner Monografie über die Humanistische Psychotherapie als deren wesentliches Charakteristikum betont.¹⁹ Sowohl die Klientenzentrierte Psychotherapie, die Motivierende Gesprächsführung, die Themenzentrierte Interaktion wie auch die Logotherapie lassen sich der Humanistischen Psychotherapie zuordnen. Unabhängig vom gemeinsamen Menschenbild und der Integration kognitiv-verhaltenstherapeutischer Elemente blieb die Therapie in der KPB stets der Tiefenpsychologie als Basisausrichtung verpflichtet.

2.2 Therapiestruktur

Die Behandlung erfolgt im Wesentlichen in zwei Kernabschnitten: einer etwa zwei- bis dreimonatigen Motivations- und einer sechs- bis achtmonatigen Rehabilitationszeit. Wie bei jeder Suchtmittelentwöhnung ist eine Entgiftung vorgeschaltet, die bei Alkoholabhängigen unter bestimmten Voraussetzungen ambulant²⁰ erfolgen kann. Genauer gesagt handelt es sich dabei um einen sogenannten qualifizierten Entzug, d. h. die Bewältigung körperlicher und psychischer Entzugssymptome einerseits sowie die Motivation zu einer Verhaltensänderung andererseits. In dieser Zeit stehen übende Verfahren im Vordergrund der Therapie, während in der Rehabilitation der Schwerpunkt auf verstehenden Ansätzen liegt.

Bedeutsam für die Patienten ist der nahtlose Übergang innerhalb der sogenannten Behandlungskette, d. h. von der Beratung zum Entzug, vom Entzug in die Motivationsphase und von dort in die Entwöhnung, d. h. Rehabilitation. Der Suchtkranke erfährt eine stufenlose Behandlungskontinuität vertrauter Therapeuten unter einem Dach. Die Brüche des dualen Finanzierungssystems von Krankenkassen und Rentenversicherungen, von

akuter und postakuter Therapie seiner Erkrankung bleiben für ihn unbemerkt. Die Behandlungsstrukturen passen sich seinen Bedürfnissen an.

Während der Rehabilitation absolvieren die Patienten fünf Therapieeinheiten pro Woche, d. h. eine Einzeltherapieeinheit und zweimal zwei Gruppentherapieeinheiten. Bei den beiden wöchentlichen Gruppensitzungen handelt es sich jeweils um ein themenzentriertes und ein themenoffenes Angebot. Die themenzentrierten Gruppensitzungen bestehen im ersten Teil der Rehabilitation aus zwölf systematisch aufgebauten thematisch gegliederten Sucht-Informationsabschnitten, die klassisch psychoedukativ gestaltet sind, und im zweiten Teil aus zwölf „Sucht-und-Sinn“-Abschnitten, die ebenfalls thematisch gegliedert sind und, wie bereits erwähnt, nach dem Modell der Themenzentrierten Interaktion durchgeführt werden. Damit ist dieses Therapieprogramm erheblich dichter als die üblichen ambulanten Angebote in der Bundesrepublik Deutschland.

Zur Unterstützung des Therapieerfolgs werden die Angehörigen in Form von Paargesprächen und Paarseminaren sowie Einzelberatungen und Seminaren, letztere ohne Beisein der Patienten einbezogen.

2.3 Therapieinhalte

Im Sinne Viktor Frankls soll neben dem *Freiwerden von süchtigen Verhaltensweisen* ein *Freiwerden zum*²¹ Auffinden von Sinnmöglichkeiten in der abstinenten Neuorientierung bewirkt werden. Im Verlauf der Therapie verschiebt sich somit der Schwerpunkt von verhaltensmodifizierend-übenden über psychodynamisch-verstehende zu einstellungsmodulierend-sinnstiftenden Akzenten. Zunächst werden die in den Therapiesitzungen erarbeiteten Verhaltensmodifikationen in den Alltag übertragen und bis zur Gewöhnung eingeübt. Daraufhin wird die Suchtentwicklung mit der Lebensgeschichte verknüpft und deren Bedeutung für die Lebensgestaltung erarbeitet. Schließlich werden existenzielle Fragen aufgegriffen, Werte als wichtige

Determinanten des Sinnerlebens²² und „Kompass der Psychotherapie“²³ genauer untersucht sowie Zukunftsperspektiven entwickelt.

In diesem Prozess schreiben die Therapeuten keine Sichtweise vor, sondern laden dazu ein, neue Informationen zu berücksichtigen und die Perspektiven zu wechseln. Sie stehen den Patienten mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung zur Seite und fördern deren Selbständigkeit und Eigenverantwortung.

2.3.1 Symptombewältigung

Der Therapiebeginn ist geprägt von der Bewältigung körperlicher und psychischer Entzugssymptome und der Aufrechterhaltung der Abstinenz unter Alltagsbedingungen. Im Rahmen der begleitenden psychoedukativen Gruppensitzungen geht es um „die strukturierte Vermittlung ... behandlungsrelevanter Informationen und de(n) Einsatz behavioraler Elemente ... zur Umsetzung der vermittelten Inhalte in praktische Fertigkeiten ...“²⁴. Gedanken und Gefühle, die das Verlangen nach Suchtmitteln resp. süchtigem Verhalten hervorrufen, müssen erkannt und beachtet werden. Verführungssituationen sind zu umgehen oder zu verändern. Gegen die Rückfallgefahren werden individuelle Notfallpläne erstellt. Dabei gilt es auch, den Einfluss bedeutender Personen des sozialen Umfeldes zu berücksichtigen und diese möglichst frühzeitig in die therapeutischen Maßnahmen einzubeziehen. Ferner werden soziale Fertigkeiten erfasst, erweitert und trainiert. Parallel zu diesen Interventionen wird das Krankheitsverständnis erarbeitet.

Probleme, die sich aus dem süchtigen Verhalten ergeben haben, werden schrittweise gelöst und Fremdmotivation zur Abstinenz in Eigenmotivation umgewandelt. Im weiteren Therapieverlauf müssen die Notfallpläne die Probe aufs Exempel bestehen. Durch kontinuierliches Einüben alternativer Verhaltensweisen und dem damit verbundenen Erfolg wird das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt, das süchtige Verhalten

allmählich entbehrlich und so die Abstinenz gefestigt. Bei stabiler Abstinenz wird der Fokus auf die Einordnung der Suchtentwicklung in den biografischen Kontext und die Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge gelegt. Dadurch kann die Bedeutung der Erkrankung für die Lebensgestaltung erkannt, das Krankheitsverständnis vertieft, die Krankheitsakzeptanz gefördert und bei günstigem Verlauf die Suchterkrankung ins Selbstbild integriert werden.

2.3.2 Sinnentdeckung im Leben

„Sinn kann auf säkularen oder auf religiös-spirituellen Wegen gefunden werden.“²⁵ Als Psychiater und Psychotherapeuten sind wir an unser Methodenspektrum gebunden, das religiöse oder spirituelle Interventionen zwar aus-, Offenheit für religiöse und spirituelle Bedürfnisse der Patienten jedoch einschließt. Nicht zuletzt ist auch für Patienten ohne religiös-spirituelle Anbindung eine Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen relevant.²⁶ Entscheidend ist, dass letztere in einem „tabu- und doktrinfreien Untersuchungsraum“ stattfindet²⁷ und dass die unterschiedlichen Werte und Haltungen der einzelnen Gruppenmitglieder nicht als miteinander konkurrierend, sondern einander ergänzend angesehen werden.

Da „das, was unserem Leben Sinn und Bedeutung verleiht, in den seltensten Fällen bewusst ist“,²⁸ bedarf es der Brücken, der Vehikel, d. h. der Themen, die als Sinnquelle dienen können. So hat sich im Lauf der vielen Jahre, in denen die „Sucht- und Sinn-Gruppe“ abgehalten wurde, ein bestimmter Themenkanon herauskristallisiert. Dabei hatte ursprünglich der 1992 in der Zeitschrift „Sucht“ veröffentlichte Beitrag von Paul Kern, eines psychologischen Psychotherapeuten der Entwöhnungsklinik „Furth im Wald“, einen wesentlichen Einfluss.²⁹ Darin präsentierte er die Ergebnisse einer „Sinn-Gruppe“, die sich mit den Themen „Schicksal“, „Freiheit“, „Entscheidungen“, „Schuld“, „Scham“, „Werte“, „Sinn“ allgemein und „letzter Sinn“ speziell beschäftigte. Da es sich bei der Suchterkrankung um

eine Erkrankung der Person in ihrer Beziehung zu anderen Personen³⁰ handelt und folglich die Lebensgestaltung in der Auseinandersetzung mit anderen Menschen erfolgt,³¹ wurde das Angebot um zwischenmenschliche Beziehungen allgemein, wichtige Rollen innerhalb der Familie speziell sowie bedeutsame Gefühle erweitert. So entstanden die folgenden zwölf Themen:

- Schicksal und Freiheit
- Werte und Träume
- Gewissen, Schuld und Scham
- Ärger, Aggression und Gewalt
- Genuss und Lust
- Begegnungen und Freundschaften
- Liebe und Partnerschaft
- Erleben der Mutter und des eigenen Mutter- oder auch Nichtmutterseins
- Erleben des Vaters und des eigenen Vater- oder auch Nichtvaterseins
- Glaube und Spiritualität
- Tod und Trauer

In der Bearbeitung dieses Zyklus folgten wir nur in den ersten Jahren Kerns Beispiel, nach dem Positionen von Viktor Frankl zu den Themen vorgelegt und mit den Patienten diskutiert wurden. Die meisten unserer Patienten waren damit überfordert. So wurde schließlich weitgehend auf Definitionen und Positionen verzichtet. Da es darauf ankam, Sinn und Werte im Leben jedes Einzelnen zu erarbeiten, wurden Fallberichte, Geschichten, Märchen, Gedichte und Filme eingesetzt, die als deutungsoffenes Sinn- und Werteservoir zum Anlass von Diskussionen und Interpretationen genommen wurden. Körperliche und bildnerische Ausdrucksformen, Rollenspiele, Genuss- und Imaginationsübungen wurden zusätzlich integriert, um einen Zugang zu Gefühlen zu ermöglichen, der verbal oft versperrt blieb. Nicht zuletzt lenkten die Therapeuten mit Hilfe des „Sokratischen Dialogs“³² die Aufmerksamkeit der Patienten auf die oftmals nicht bewussten persönlichen Werte und halfen ihnen so beim Auffinden eigener Sinnmöglichkeiten.

2.3.3 Evaluation der »Sucht-und-Sinn-Gruppe«

Nach Abschluss der 12 Themenabende wurden Rückmeldebögen an die Patienten ausgegeben zur Erfassung von Wirkungsweise und Wirksamkeit der Gruppe. Der Aufbau dieser Bögen orientierte sich am Vier-Faktoren-Modell der themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn³³ und berücksichtigte die einzelnen Teilnehmer, die Gruppe, das Thema und die Leitung unabhängig voneinander wie auch in ihrer Interdependenz. Das Ausfüllen und Abgeben der Rückmeldebögen erfolgte freiwillig. Neben einer Benotung in Zahlenwerten konnte und sollte eine Begründung oder auch ein Kommentar mit eigenen Worten abgegeben werden.

Für diesen Beitrag wurden die Rückmeldebögen der Jahre 2007 bis 2011 berücksichtigt,³⁴ da in dieser Periode sowohl der Themenkanon und der jeweilige Bearbeitungsleitfaden als auch die Leitung durch ein Therapeutenpaar, d. h. einen Therapeuten und eine Therapeutin, unverändert blieben. In München und Dachau haben zu dieser Zeit 699 Patienten an der Sucht-und-Sinn-Gruppe teilgenommen. 450 Patienten haben einen ausgefüllten Rückmeldebogen abgegeben.

Das durchschnittliche Ergebnis der numerischen Bewertung auf einer Skala von 0 („hat mir nichts gebracht“) bis 10 („besser hätte es nicht sein können“) lag bei 8. Zudem zeigte sich ein Geschlechtsunterschied. Wenngleich die durchschnittlichen Bewertungen nicht sehr weit auseinander lagen – die Durchschnittsnote der Männer (n = 259) belief sich auf 7,7, die der Frauen (n = 91) auf 8,1 – so war der Unterschied doch hoch signifikant ($p < 0,001$). Bemerkenswert war ferner, dass die Skala zur Gänze ausgeschöpft wurde, d. h. die Angaben der Werte 0 wie auch 10 wurden nicht gescheut. Dies dürfte für die polarisierenden Eigenschaften der Inhalte sprechen, die sich auch in den heftigen Affekten widerspiegeln, die mitunter mobilisiert wurden.

Die meisten Patienten hatten sich bei den Themen engagiert und von den Inhalten profitiert. Die Leitung durch Vertreter beider Geschlech-

ter wurde besonders geschätzt. Die Dauer der Gruppensitzungen von zwei Gruppeneinheiten à 100 Minuten mit kurzer Pause wurde unterschiedlich bewertet. Einigen war sie zu lang, anderen wiederum viel zu kurz.

Den Freitextkommentaren war zu entnehmen, dass die Themen die wichtigsten Lebensbereiche abdeckten und viele Denkanstöße vermittelten. Immer wieder äußerten die Patienten, dass sie erkannt hätten, woran sie noch arbeiten müssten. Einige Patienten brachten die Wirkungsweise besonders anschaulich zum Ausdruck. Sie schrieben:

- *„Die Gruppe berührte Punkte, die im Verborgenen lagen.“*
- *„Mir ist eine Fülle von Werten bewusst geworden, die bisher unbeachtet geblieben sind.“*
- *„Die Gruppe war eine Entdeckungsreise zu den Wurzeln der Krankheit.“*
- *„Es gab kein Thema, das mich nicht interessiert hat; vor einigen hätte ich mich gerne gedrückt.“*
- *„Obwohl ich müde kam und glaubte »heute fesselt mich nichts«, war ich plötzlich mittendrin.“*
- *„Die Sucht-und-Sinn-Gruppe hat mich ermuntert, das zu zeigen, was in mir lebt.“*

Abgesehen davon, dass die meisten Patienten die meisten Themen positiv bewerteten, gaben die Patienten auf die Frage, von welchem Thema sie besonders profitiert und bei dem sie sich besonders engagiert hätten, das Thema „Tod und Trauer“ an. Das Thema, das ihnen am wenigsten gebracht habe, sei „Glaube und Spiritualität“ gewesen. Die übrigen Themen lagen breit gestreut zwischen diesen beiden.

2.3.4 Diskussion der Ergebnisse

Ungeachtet der wenigen Patienten, die keinen Bezug zu den Themen der Sucht-und-Sinn-Gruppe herstellen konnten und sie als irrelevant für ihre Ziele ansahen, zeigten die Teilnehmer unserer wie die von Paul Kerns Gruppe überwiegend großes Interesse an den Themen und waren überzeugt, dass ihnen die gemeinsame Bearbeitung bei der Bewältigung ihres weiteren Lebens helfen

würde. Vielen unserer Patienten war diese Gruppe „Themengenerator“ für nachfolgende Therapiesitzungen.

Die Ablehnung des Themas „Glaube und Spiritualität“ entsprach der häufig geäußerten Ablehnung der AA-Gruppen. Ganz besonders abgelehnt wurde der Glaube an eine „höhere Macht“ und einen „persönlichen Gott“ sowie die Ergebenheit und Demuthaltung, die in dem Zwölf-Schritte-Programm der AA zum Ausdruck kommt. In diesem Kontext ist der Kommentar, dass das Thema „Glaube und Spiritualität“ zu weit weg vom Alkohol sei, hervorzuheben, weil er die ursprüngliche Nähe zur Abstinenzbewegung in ihr Gegenteil verkehrt. Diese Haltung vieler unserer Patienten stimmt mit den Befunden der Übersichtsarbeit von Raphael Bonelli und Harald Koenig überein, die den Zusammenhang von Religion und Spiritualität mit psychischen Erkrankungen zwischen 1990 und 2010 untersucht haben. Sie fanden in sechs von neun Studien eine entgegengesetzte Beziehung von Religiosität und Substanzmissbrauch.³⁵ Andererseits gibt es Untersuchungsbefunde, die spirituelles Erleben in Zusammenhang mit der Therapie von Suchtkranken bringen.³⁶ Nicht zuletzt gilt den Anonymen Alkoholikern (AA) Spiritualität als Schlüssel zur Abstinenz.³⁷

Bei der Beurteilung von Nähe und Distanz zu Spiritualität muss einerseits die Entwicklung der Abhängigkeit von deren Therapie andererseits unterschieden werden. So kann es im Therapieverlauf durchaus zu einer Haltungsänderung kommen. Ferner muss religiöse von nicht religiöser Spiritualität unterschieden und berücksichtigt werden, dass das Verständnis von Spiritualität außerordentlich heterogen ist.³⁸ Nicht zuletzt könnte die Haltung der Gruppenleiter eine Rolle gespielt haben, wengleich sie nicht Gegenstand der Gruppensitzung zu diesem Thema war. Ungeachtet dessen hat Spiritualität im universellen Standardwerk zur deutschen Gegenwartssprache die Bedeutung von Geistigkeit im Gegensatz zur Materialität.³⁹

Vor dem Hintergrund der Ablehnung des The-

mas „Glaube und Spiritualität“ ist erwähnenswert, dass innerhalb des Lieblingsthemas „Tod und Trauer“ traditionelle christliche Begräbnisrituale gleichermaßen abgelehnt wurden wie das Thema „Glaube und Spiritualität“ selbst. Bekenntnisse zu einer bestimmten Religion und religiöse Praktiken kamen nahezu ausschließlich bei denen zum Islam vor. Hierbei handelte es sich in erster Linie um Migranten, die ihren Glauben bezeugten. Unsere Befunde konvergieren mit denen des Religionspsychologen Michael Utsch, der 2015 im Psychotherapeutenjournal konstatierte: „In Westeuropa fühlt sich nur noch eine Minderheit einer höheren Macht verpflichtet, die sie durch religiöse Praktiken und Rituale verehrt ...die überwiegende Mehrheit der Migranten und Flüchtlinge (ist hingegen) religiös geprägt.“⁴⁰ Selbst unter den Mitgliedern der AA ließ sich im Rahmen einer groß angelegten Befragung anlässlich eines deutschsprachigen Ländertreffens bereits im Jahr 1991 eine Abwendung vom Christentum feststellen. Während die „Höhere Macht“ von ca. 95 % (287 von 303 der Befragten) anerkannt wurde, bezog sie sich für die meisten von ihnen auf die Gemeinschaft der AA selbst, auf die „Kraft der Gruppe“, am wenigsten hingegen auf den christlichen Gott. Selbst der Gottesbegriff von Kirchenmitgliedern innerhalb der AA war vom Christentum losgelöst.⁴¹

Aus diesen Ergebnissen lässt sich jedoch keineswegs eine existentielle Indifferenz⁴² oder ein Desinteresse an spirituellen Fragen ableiten. Lediglich die Ausrichtung der Sinnsuche und Verwirklichung von Werten hat sich von einer religionsgebundenen zu einer säkularen verschoben. Ein Beispiel dafür ist auch die Bevorzugung des Themas „Tod und Trauer“ unserer Patienten. Diejenigen, die dieses Thema zu ihrem Lieblingsthema gewählt haben, erkannten und erlebten das hilfreiche Potential für das Hier und Jetzt, das in der Auseinandersetzung mit diesem Gegenstand steckt.

Der signifikante Geschlechtsunterschied in der Gesamtbeurteilung der Sucht-und-Sinn-Gruppe ist schwer zu interpretieren. Gab es ge-

schlechtsspezifische Aspekte, die entsprechend gewürdigt wurden? Sprechen Sinn- und Wertfragen Frauen eher an als Männer, oder handelt es sich lediglich um einen statistischen Effekt aufgrund der hohen Anzahl der Beteiligten? Diese Fragen lassen sich mit dem hier vorgestellten Material nicht beantworten. Dazu müsste eine gesonderte Untersuchung durchgeführt werden.

Die Paarkonstellation der therapeutischen Leitung, die von den Patienten sehr geschätzt wurde, hat auch Alfred Längle, der die Logotherapie Frankls maßgeblich weiterentwickelt⁴³ und existenzanalytische Gruppentherapien mit Suchtkranken durchgeführt hat,⁴⁴ als bedeutsam hervorgehoben. Ob sie der Leitung zweier Therapeuten oder Therapeutinnen überlegen ist, kann nur durch gezielte Vergleichsuntersuchungen bestätigt oder verworfen werden.

3. Fazit und Ausblick

Die Sucht-und-Sinn-Gruppe der KPB harmonierte von Anfang an gut mit der tiefenpsychologischen und humanistischen Grundorientierung der ambulanten Suchtrehabilitation. Allgemeine Therapieziele wie die dauerhafte zufriedenstellende Abstinenz, die Remission bzw. Verbesserung der körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, die Förderung der psychosozialen einschließlich der beruflichen Integration sowie ein selbstbestimmtes Leben wurden mit ganz persönlichen Zielen und Werten verknüpft. Die allgemeine Wirksamkeit der Rehabilitation in der KPB konnte in zahlreichen Studien und Katamnesen nachgewiesen werden.⁴⁵ Die Wirksamkeit der Sucht-und-Sinn-Gruppe hingegen kann mit der Auswertung von Rückmeldebögen, die vor mehr als fünf Jahren ausgefüllt wurden, nicht belegt werden. Dies war aber auch nicht Ziel der Auswertung. Andererseits ist mir seit der Veröffentlichung von Paul Kern im Jahr 1992 keine Publikation eines spezifischen Angebots zur Bearbeitung von Sinn- und Wertfragen in der Suchtrehabilitation des deutschen Sprachraums bekannt. Seine Schlussfolgerungen bezie-

hen sich zudem auf eine sehr kleine Gruppe von acht Patienten. Vor diesem Hintergrund dürfte die vorliegende Evaluation einer recht großen Stichprobe über einen Zeitraum von fünf Jahren durchaus heuristischen Wert besitzen. Es ging hierbei nicht um die Prüfung von Hypothesen, sondern um die Exploration der persönlichen Werte und Sinnentdeckung überwiegend Alkoholabhängiger im Zustand stabilisierter Abstinenz. Die Konvergenz mit den Befunden anderer Forschergruppen, die freilich keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit Alkoholabhängiger, geschweige denn Suchtkranker allgemein, erlauben, können dennoch relevante Ausgangshypothesen für Studien generieren, die den Anforderungen empirischer Forschung genügen.

So lautet meine Schlussfolgerung: Bei aller Vorläufigkeit lassen die Befunde erkennen, dass neben suchtspezifischen Parametern, soziodemografischen Daten und psychopathologischen Profilen, die Auseinandersetzung mit Sinn- und Wertfragen in der Rehabilitation Suchtkranker bedeutsam ist. Das Rehabilitationsziel der „gleichberechtigten, selbstbestimmten, dauerhaften Teilhabe am Leben in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ sollte daher ergänzt werden durch Sinnerfüllung in den jeweiligen Kontexten gemäß dem Rehabilitationsgrundsatz einer „Restitutio ad optimum“.⁴⁶

Referenzen

- Die Begriffe „Sucht“ und „Abhängigkeit“ werden in diesem Beitrag synonym gebraucht, obwohl die jeweiligen Konnotationen verschieden sind.
- Damals hieß sie noch Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Sinnfrage und Suchtprobleme. Menschenbild, Wertorientierung, Therapieziele*, Band 28 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Hoheneck Verlag, Hamm (1986)
- Watzl H., *Heilt Glauben? Zum Zusammenhang von Religiosität und Spiritualität mit Suchtverhalten und Gesundheit*, Sucht (2005); 51: 134-135
- AWMF steht für Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- Die Dialektisch- Behaviorale-Therapie wurde z.B. in die Leitlinie zur Emotional instabilen (Borderline-) Persönlichkeitsstörung und die Akzeptanz-Commitment-Therapie in die Leitlinien zur Unipolaren Depression und zu den Zwangsstörungen aufgenommen.
- Bohus M., *Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie*, Der Nervenarzt (2012); 11: 1479-1489
- Yalom I. D., *Existenzielle Psychotherapie*, 5. Auflage, EHP-Verlag Andreas Kohlhaage, Bergisch Gladbach (2010), S. 12
- Stimmer F. (Hrsg.), *Suchtlexikon*, R. Oldenbourg Verlag, München, Wien (2000), S. 3ff.
- Murken S., *Die Konzeptualisierung von Spiritualität und „Höherer Macht“ im Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker (AA)*, Archiv für Religionspsychologie (1994); 21: 141-152
- Deutsche Rentenversicherung, *Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztätig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker* vom 23. September 2011, S. 8, <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Wissenschaften > Reha-Konzepte > Konzepte Sucht und Rehabilitation (letzter Zugriff am 10.02.2017)
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.), *Religiosität und Spiritualität*, <https://www.dgppn.de> > Die DGPPN > Referate (letzter Zugriff am 10.02.2017)
- DGPPN, *Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie*, Positionspapier, 19.12.2016, <https://www.dgppn.de> > Presse > Stellungnahmen > Archiv > Stellungnahmen 2016 (letzter Zugriff am 10.02.2017)
- gleichbedeutend mit Entwöhnung
- Botschev C., *Der Patient in der Suchttherapie. Vom stigmatisierten zum respektierten Menschen?* Suchtmed (2010); 12: 287-291
- Pongratz L., *Geschichte der Psychotherapie*, in: Bastine et al. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*, edition psychologie, Weinheim, Deerfield Beach (Florida), Basel (1982), S. 127
- Frenzel P., Keil W. W., Schmid P. F., Stölzl N. (Hrsg.), *Klienten- / Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*, Facultas-Univ.-Verlag, Wien (2001), S. 18
- Miller W. R., Rollnick S., *Motivierende Gesprächsführung*, 3. Auflage, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau (2009), S. 21f.

- 18 Schulz von Thun F., *Themenzentrierte Interaktion*, in: Bastine R. et al. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*, edition psychologie, Weinheim, Deerfield Beach (Florida), Basel (1982), S. 409f.
- 19 Eberwein W., *Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2009), S. IX
- 20 Wenn keine schweren Begleit- und Folgeerkrankungen vorliegen, es zu keinem Delir oder epileptischen Anfall in der Vorgeschichte gekommen ist und vor allem während der Nacht eine Bezugsperson anwesend ist, kann der Entzug ambulant erfolgen.
- 21 Dieser Doppelaspekt der Freiheit geht nicht auf Frankl zurück. Er hat ihn lediglich als bedeutsam für sein Menschenbild aufgegriffen.
- 22 Schnell T., *Psychologie des Lebenssinns*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg (2016), S. 26
- 23 Flassbeck C., Keßler B. H., *Werte als Kompass der Psychotherapie*, in: Senf W., Broda M., Wilms B. (Hrsg.), *Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2013), S. 24-28
- 24 Hornung W. P., Feldmann R., *Psychoedukative Verfahren und Angehörigenarbeit*, in: Möller H.-J. (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen*, 3. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2006), S. 146
- 25 Utsch M., *Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus? Umgang mit religiös-spirituellen Ressourcen und Bedürfnissen – Teil I*, Psychotherapeutenjournal (2015); 4: 347-351
- 26 DGPPN, siehe Ref. 12
- 27 Utsch M., siehe Ref. 25, S. 348
- 28 Schnell T., siehe Ref. 22, S. 12
- 29 Kern P., *Eine „Sinn-Gruppe“ als Zusatzangebot bei der stationären Behandlung von Suchtkranken*, Sucht (1992); 38: 173-179
- 30 analog Thomas Fuchs' Definition der psychischen Erkrankung in seinem Buch: *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan*, 4. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart (2013), S. 279
- 31 Flassbeck C., Keßler B. H., siehe Ref. 23, S. 27
- 32 Schischkoff G., *Philosophisches Wörterbuch*, 21. Auflage, Alfred Kröner Verlag, Stuttgart (1982), S. 425
- 33 Rubner A., *Ruth Cohn zum 100. Geburtstag – ihr Leben und ihr Werk*, Psychotherapeutenjournal (2012); 1: 4-9
- 34 Die Ergebnisse hat die Verf. bereits in zwei Vorträgen auf dem 23. und 25. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht im Juni 2010 und 2012 präsentiert.
- 35 Bonelli R. M., Koenig H. G., *Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review*, J Relig Health (2013); 52: 657-673
- 36 Engelhardt A., *Die Suche nach dem Sinn bei Suchtkranken. Zusammenfassung verschiedener Studien*, <http://www.sinnforschung.org/> > Archive > Juni 2010 (letzter Zugriff am 29.06.2017)
- 37 Murken S., *Das Konzept der Zwölf Schritte und der „Höheren Macht“*. Zum Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker, prävention (2008); 2: 57-60
- 38 Steinmann R. M., *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit. Eine Einführung aus der Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention*, 3. Auflage, Lit Verlag, Wien (2015), S. 111 ff.
- 39 Wahrig-Burfeind R., *Deutsches Wörterbuch*, 8. Auflage, Wissen Media Verlag GmbH, Gütersloh, München (2006), S. 1389
- 40 Utsch M., siehe Ref. 25, S. 348
- 41 Murken S., siehe Ref. 9, S. 146
- 42 Die Sinnforscherin Tatjana Schnell hat mit ihren Arbeitsgruppen in zahlreichen Studien erstmals eine sogenannte existentielle Indifferenz quantitativ herausgearbeitet, einen Zustand geringer Sinnerfüllung, der nicht mit einer Sinnkrise einhergeht. In ihrer Monografie „Psychologie des Lebenssinns“ hat sie dieser Thematik ein eigenes Kapitel gewidmet. (siehe Ref. 22, S. 85 ff). Viktor Frankl hingegen ging davon aus, dass der Mensch grundsätzlich nach Sinn in seinem Leben strebt, dass er ein „um Werteverwirklichung und Sinnerfüllung ... ringendes Wesen“ ist. (zit. in Riemeyer J., *Die Logotherapie Viktor Franks und ihre Weiterentwicklungen. Eine Einführung in die sinnorientierte Psychotherapie*, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern (2007), S. 177)
- 43 ebd., S. 378 ff.
- 44 Längle A., *Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung*, in: Längle A., Probst C. (Hrsg.), *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten*, Facultas Universitätsverlag, Wien (1997), S. 155
- 45 Auswahl: Bottlender M., Soyka M., *Outpatient alcoholism treatment. Predictors of outcome after three years*, Drug and Alcohol Dependence (2005); 80: 83-89; Soyka M., Löhnert B., Bottlender M., *Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation am Beispiel der Fachambulanz für Suchterkrankungen „Klientenzentrierte Problemlösung“ in Dachau*, Sucht Aktuell (2006); 13: 76-81; Schmidt P., Kufner H., Löhnert B., Kolb W., Zemlin U., Soyka M., *Effizienz der ambulanten und stationären Alkoholentwöhnung – Prädiktoren für den Behandlungserfolg*, Fortschritts Neurol Psychiatr (2009); 77: 451-456
- 46 Diehl R., Gebauer E., Groner A. (Hrsg.), *Kursbuch Sozialmedizin. Lehrbuch zum Curriculum der Bundesärztekammer*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2014), S. 322 f.

Dominik Batthyány

Drogenprävention: Sucht und Bindung

Drug Prevention: Addiction and Attachment

Zusammenfassung

Kinder brauchen bestimmte Erfahrungen und Verhaltensweisen ihrer Bezugspersonen, um sich gesund entfalten und zu einer reifen Person entwickeln zu können. Die ersten Beziehungen eines Kindes formen nicht nur sein Urvertrauen und seine Beziehung zum eigenen Leben, sondern haben große suchtpreventive Bedeutung. Positive Bindungserfahrungen innerhalb der Familie sind entscheidend für das seelische Wohlbefinden und die Entwicklung von Lebenskompetenzen. Substanzmissbrauch kann dagegen als Versuch verstanden werden, im Sinne einer „Selbstmedikation“ unzureichende Bindungsstrategien zu ersetzen. Konsum von Suchtmitteln kann als eine Art Bewältigungsstrategie und Versuch gesehen werden, einen Ersatz für echte, tiefe Beziehung zu finden.

Schlüsselwörter: Suchtprävention, Drogen, Bindung, Kinder, Jugendliche

Abstract

Children are in need of persons who are able to guide them for the development of a mature personality. Early relations are important for the formation of a basic trust and an individual pattern of life, but also as prevention of addiction. Positive relationships within the family are of importance for psychic comfort and formation of competencies in living. Drug abuse, on the other hand, is understood as a substitute for relationships by this form of self-medication, in order to cope with a lack of profound interpersonal relations.

Keywords: prevention of addiction, drugs, relations, children, adolescence

Dr. Dominik Batthyány
Habsburgergasse 6-8, A-1010 Wien
dominik.batthyany@sfu.ac.at

Die vielfältigen Ursachen von Suchtverhalten

Die Gründe, warum ein Mensch süchtig wird, sind vielfältig und komplex. Süchtiges Verhalten ist nie auf einen einzigen nachweisbaren Grund zurückzuführen – und dementsprechend vielfältig muss Suchtprävention vorgehen, um wirkungsvoll zu sein. Ursachen von Sucht liegen unter anderem in der Persönlichkeit eines Menschen, in seinem Umfeld, in seiner Lebensgeschichte, in Schicksalsschlägen, in persönlichen oder auch beruflichen Belastungen, aber auch in Unwissenheit und Naivität im Umgang mit Sucht- und Genussmitteln. Suchtprävention muss also, wenn sie wirksam sein möchte, an diesen Punkten ansetzen – in der Familie, in der Gesellschaft, in der Schule und am Arbeitsplatz.

Sucht hat oftmals eine lange Entwicklungsgeschichte, sie entsteht nicht von heute auf morgen. Die Übergänge von einem „Normalkonsum“ über den Missbrauch zur Sucht erfolgen oft fließend und scheinbar unbemerkt. Dies ist vielen Menschen nicht bewusst und erschwert die Krankheitseinsicht – nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für Angehörige und Umfeld. Ein wichtiger Baustein von Suchtprävention liegt aus diesem Grund in der Sensibilisierung und Enttabuisierung dieser Problematik. Die Scheu davor hinzusehen, muss verringert und das Wissen, wie eine Suchtentwicklung überhaupt frühzeitig wahrgenommen wird, vermittelt werden. Dies impliziert ein Verständnis davon, was Sucht überhaupt bedeutet, wie sie entsteht – und eröffnet dadurch mehr Klarheit sowohl über Risiko- als auch über Schutzfaktoren.

Suchtprävention – die Entwicklung eines Konzeptes

In der „Drogenaufklärung“ früherer Jahre ging es hauptsächlich um Informationen über Gefahren von Substanzen. Es wurde davon ausgegangen, dass Wissen allein genügt, um Verhalten zu bestimmen und gegebenenfalls zu verändern. Man arbeitete mit der einfachen Kette „Wissen-

Einstellungen-Verhalten“ und nahm an, dass psychoaktive Substanzen zwar wegen der positiven Effekte konsumiert werden, aber letztlich nur deswegen, weil sachliche oder auch abschreckende Informationen über ihre negativen Wirkungen fehlen. Die Annahme war: Einstellungen verändern sich durch Informationsvermittlung – und als Folge auch das Verhalten.¹

In den 1980er-Jahren wurde deutlich, dass die Reduktion des Drogenkonsums durch Aufklärung und Wissen allein nicht zu steuern ist. Affektive statt kognitive Prozesse traten in den Vordergrund des theoretischen Interesses und führten in den Methoden der Suchtprävention zu einer entsprechenden Akzentverschiebung hin zu den Ursachen süchtigen Verhaltens. Orientiert an der Philosophie der Gesundheitsförderung gewannen Schutzfaktoren in Form von psychischen und sozialen Ressourcen zunehmend an Gewicht.²

Suchtprävention geht, wenn sie das Ziel nicht verfehlen will, paradoxerweise über die unmittelbare Prävention von Sucht hinaus. Sie umfasst ein ganzes Bündel von Maßnahmen, die auf den ersten Blick scheinbar wenig mit Sucht oder Drogen zu tun haben. Die moderne Prävention legt ihr Schwergewicht auf die Stärkung der Menschen in Einstellungen und Verhaltensweisen, die sie vor einer Suchtentwicklung schützen. Dabei geht es u. a. um Persönlichkeitsentwicklung und Stärkung von sogenannten allgemeinen Lebenskompetenzen wie Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, Autonomie und Selbstbestimmung als Stärkung der Standfestigkeit gegen soziale Einflüsse, Genussfähigkeit, Selbstwert und Selbstkompetenz. Es geht aber auch um den Umgang mit Konflikten, Aggressionen und Frustrationen. Der Abbau von Stress und Spannungen muss ebenso erlernt werden wie der sorgsame Umgang mit dem eigenen Körper. Moderne Prävention wird einerseits begründet durch Beobachtungen in der Therapie Suchtkranker – also insgesamt von einem Mangel an diesen „Lebenskompetenzen“; andererseits wird mit der physiologischen Wirkungsweise psychoaktiver

Substanzen argumentiert bzw. damit, dass eine dauerhafte Frustrierung von menschlichen Grundbedürfnissen die Bereitschaft zur Ersatzbefriedigung über Suchtmittel (stoffliche und nichtstoffliche) steigere. Kompetenzförderungsprogramme setzen daher auf die Förderung des Bewusstseins eigener Kompetenz und auf die Erfüllung der Grundbedürfnisse – ohne den Umweg über Ersatzbefriedigungen gehen zu müssen.³ Suchtprävention meint auch die Förderung von Lebens- und Arbeitsbedingungen, die ein Suchtrisiko zu verringern helfen. Der Blick richtet sich in diesem Zusammenhang konkret auf die alltäglichen Lebensräume von Familie, Freizeit und Arbeit.

Effektive suchtpräventive Maßnahmen können auch mit dem Modell der Risiko- und Schutzfaktoren beschrieben werden. Liegen Risikofaktoren vor, so bedeutet das gleichzeitige Vorhandensein von Schutzfaktoren eine niedrigere Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums. Vor diesem Hintergrund geht ein Interventionsmodell davon aus, dass durch die suchtpräventive Maßnahme Risikofaktoren geschwächt und Schutzfaktoren gefördert werden, um letztlich Substanzmissbrauch zu verhindern.

Die Resilienzperspektive schließlich ist dem Modell der Risiko- und Schutzfaktoren sehr verwandt, hat aber ihren Fokus auf stark gefährdete Personen.⁴ Das Konstrukt Resilienz beschreibt die Prozesse, durch die sich ein Individuum, eine Familie oder eine Community angesichts von starker Beeinträchtigung oder Risiko dennoch gut adaptieren oder funktionieren kann.⁵

Auf der Grundlage dieser Theorien findet Suchtprävention zielgruppenspezifisch im Rahmen von familienorientierten und schulsystembezogenen, massenmedialen, systemübergreifenden bzw. communitybezogenen und gesetzlichen Maßnahmen statt. Denn der Ort, an dem Sucht grundgelegt werden kann, ist der Alltag – das Familienleben, Freizeit, Schule und Arbeitswelt. Hier also hat Suchtprävention auch zu geschehen.

Ein zentrales Anliegen spezifisch schulischer

Suchtprävention besteht darin, junge Menschen in die Lage zu versetzen, die Chancen und Gefahren des Lebens zu erkennen, um dann entsprechend kompetent darauf reagieren zu können. Das heißt, schulische Suchtprävention will nicht Informationen über legale und illegale Suchtmittel oder Suchtverhalten vermitteln, sondern mit-helfen, die Lebens- und Handlungskompetenzen von jungen Menschen zu stärken und zu fördern (z. B. im Umgang mit Gruppendruck, mit Frustrationen, in der Wahrnehmung von eigenem Suchtpotential, in der Auseinandersetzung mit Medien und Werbung, etc.)⁶

Suchtprävention in Betrieben und Unternehmen wiederum bietet einen wirksamen Weg, die erwachsene Bevölkerung mit suchtvorbeugenden Maßnahmen zu erreichen. Unternehmen haben eine Schlüsselrolle in Bezug auf Möglichkeiten der Einflussnahme sowohl auf gesundheitsfördernde als auch auf gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zudem liegt es auf der Hand, dass Suchtprobleme von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Betriebsklima beeinflussen, die Sicherheit gefährden, Arbeitsabläufe erschweren und die Produktivität eines Unternehmens reduzieren.⁷

Frühkindliche Bindungserfahrungen

Menschen werden durch viele Sozialisationsorte geprägt. Der wichtigste Lebens- und Erfahrungsraum ist jedoch zunächst die Familie. Sie bietet für Kinder und Jugendliche eine Vielzahl von Schutzfaktoren gegen eine spätere Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. Gleichzeitig ist sie auch der Ort, an dem sich Risikofaktoren ausbilden können.⁸ Denn das eigentlich Prägendste für den Menschen ist von Anfang an der Mit-Mensch. „Die Hölle, das sind die Anderen!“ formulierte der Philosoph Jean-Paul Sartre.⁹ Hier ist der Mitmensch das Andere, die Grenze, das Gegenüber, der Widerstand, das Fremde. Eine andere Blickrichtung zeigt uns den Menschen hingehen als Beziehungswesen.

Der kleine Mensch, das Kind, braucht die Erfahrung menschlicher Nähe, um sich gesund entfalten und zu einer reifen Person entwickeln zu können. Beim Menschen zeigt sich ein Beziehungsstreben vom Moment seiner Geburt. Indem das Kind sucht, schaut und berührt, offenbart es sein Streben, mit der Welt in Beziehung zu treten. Die ersten Beziehungen eines Kindes formen nicht nur seine späteren Beziehungen, sondern sein Urvertrauen und seine Beziehung: zum eigenen Leben, aber auch zum Leben an sich, zur Welt. Dies hat zutiefst suchtpräventive Bedeutung. – „Der Mensch wird am Du zum Ich“, formulierte es der österreichisch-israelische Religionsphilosoph Martin Buber (1984).¹⁰ Beziehungen sind Grundlage und Bedingung menschlicher Entfaltung – und können Orte der Heilung und des Wachstums sein.

Der Mensch braucht und sucht als Kind ganz bestimmte Erfahrungen und Verhaltensweisen seiner Bezugspersonen. Werden diese Bedürfnisse nicht ausreichend erfüllt, erlebt das Kind emotionalen Schmerz und innere Spannung. Es entwickelt Schutzmechanismen und Strategien, um damit zurecht zu kommen, um zu überleben und um nicht mit seinem Schmerz in Berührung zu kommen. Das Kind lebt mit den Schutzmechanismen, die es sich angeeignet hat, um auszuhalten, dass seine Bedürfnisse nur teilweise gestillt werden konnten und seine Sozialisierung schmerzlich war. Damit verliert der Mensch die innere Verbindung zu seiner ursprünglichen Ganzheit. Er baut eine Mauer, eine individuelle, exakt auf die erste kindliche Beziehungs- und Lebenslandschaft angepasste Mauer. Diese schützt ihn, besteht aber aus Mustern, die sich in den Lebensvollzug einprägen. Im späteren Leben erfinden diese Schutzmuster oft jene angeblichen Gefahren, vor denen sie schützen sollten, die Schutzmechanismen rufen wiederum Abwehrmechanismen bei anderen Menschen hervor. Diese schmerzen und verletzen erneut und bestätigen bzw. verfestigen damit wiederum die Muster, die eigentlich schützen sollten.

Substanzmissbrauch als Ersatz für Bindung

Wenn ein Kind beim Zusammensein mit seinen Bezugspersonen auf Ablehnung stößt, kann es keine sichere Bindung entwickeln. Das gilt auch, wenn die Reaktionen der Bezugspersonen keiner Verlässlichkeit unterliegen. Wird das Kind mit seinen Bindungsbedürfnissen ständig frustriert, entstehen Misstrauen, Zweifel und Resignation, was letztlich das Grundvertrauen des jungen Menschen schwächt.¹¹ Die Art, wie ein Mensch seinen Mitmenschen, dem Leben, sich selbst, der Gesellschaft etc. begegnet, erzählt verschlüsselt von diesen seinen Kindheitsverletzungen und Sehnsüchten. Er bringt seine unerfüllten Kindheitsbedürfnisse in sein Erwachsenenleben ein und versucht auf unterschiedliche Weise das zu bekommen, was er von seinen Bezugspersonen nicht bekommen hat. Konsum von Suchtmitteln ist eine Art Bewältigungsstrategie und der Versuch, einen Ersatz für echte, tiefe Beziehung zu finden.

Vor diesem Hintergrund geschieht eigentliche und grundlegende Suchtprävention zualtererst und wesentlich im alltäglichen Umgang der Menschen miteinander – und bereits in der frühen Beziehung der Eltern zu ihren 0 bis 6 Jahre alten Kindern. Für die Entwicklung von Bindung, Exploration, Identität und Kompetenz ist die Interaktion mit Eltern und Bezugspersonen essentiell. Jugendliche, die sich ihrer Beziehung zu den Eltern sicher sind, haben größeres Vertrauen in sich selbst und in ihre Fähigkeit, das eigene Leben zu gestalten und zu meistern. Jugendliche, die ein problematisches Verhältnis zu ihren Eltern aufweisen, haben häufig eine geringere Selbstachtung und konsumieren tendenziell mehr Alkohol, Nikotin oder illegale Drogen.¹²

Das System der Nähe- und Distanzregulation zwischen Eltern und Kind beschreibt ein Wechselspiel von Bindung und Exploration. Wahrgenommene Gefahr, Angst, Müdigkeit oder Unwohlsein aktivieren das Bindungssystem.¹³ Das Kind ist darauf bedacht, sich nur so weit zu entfernen, dass es sich bei Gefahr in den Schutz der Bezugspersonen

begeben kann. Bei wahrgenommener Gefahr wird vom Kind der „sichere Hafen“, die Nähe der Eltern, gesucht. Sie beruhigen das Kind und geben ihm ein Gefühl von Sicherheit, es findet Schutz, Geborgenheit, Trost, Beruhigung.¹⁴ Sofern ein subjektives Gefühl von Sicherheit entsteht, wird das Bindungssystem deaktiviert. Ist das der Fall, kann sich das Kind wieder entfernen und sich der Exploration zuwenden. Was hier geschieht, ist eine Affektregulation, sodass das Kind von dieser „sicheren Basis“ aus seine Umwelt weiter explorieren und seine innere Welt mentalisieren, d. h. reflektieren bzw. betrachten kann.

Bindungsmuster basieren auf spezifischen Bindungserfahrungen eines Menschen. Sie umfassen ein bestimmtes Maß an Bindungssicherheit, einen Bewältigungsstil und ein System der Affekt- und Beziehungsregulation. Eine unsichere Bindung bedeutet daher auch keine hinreichend „sichere Basis“ und keine hinreichende Affektregulation mithilfe der Bindungsfigur. In klinischen Studien zeigt sich auch deutlich ein Zusammenhang zwischen „unsicherer“ Bindung und dem Risiko einer psychischen Erkrankung. Da Suchtverhalten als Ersatz, als „Selbstmedikation“, zur Affektregulation bzw. als Problemlösungsstrategie betrachtet werden kann, überrascht es nicht, dass „Unsichere Bindung“ mit Substanzmissbrauch und Abhängigkeit zusammen hängt.¹⁵ Schindler konnte zeigen, dass für eine Gruppe von Drogenabhängigen die einzig verbleibende „Strategie“, um mit negativen Erfahrungen umzugehen, das Vermeiden von Beziehungen und das Betäuben mit dem Suchtmittel zu sein erscheint.¹⁶ Tatsächlich ähnelt die Opiatwirkung dem Erleben der „sicheren Basis“ bzw. besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Heroinabhängigkeit und ängstlich-vermeidender Bindung.¹⁷ Substanzmissbrauch kann als Versuch verstanden werden – im Sinne einer „Selbstmedikation“ –, unzureichende Bindungsstrategien zu ersetzen und die Mentalisierung unerträglicher Affektzustände zu unterbinden. Die Folge ist, dass dadurch die Erfahrung der Exploration, die Men-

talisierung und die Bindungsfähigkeit bei Betroffenen und ihren Kindern auch weiter beeinträchtigt werden können.

Beziehungserfahrungen werden vermieden, und Substanzmissbrauch fungiert als Ersatz und fortwirkendes Hindernis für Bindung.

Heilende Beziehungen als Schlüssel der Prävention

Positive Bindungserfahrungen innerhalb der Familie sind entscheidend für das seelische Wohlbefinden von Kindern und die Entwicklung ihrer persönlichen Kompetenzen. Eine so genannte „sichere Bindung“ zu den nahen Bezugspersonen erfüllt nicht nur das menschliche Bedürfnis nach Geborgenheit und Nähe. Es bildet auch die Basis für die Entwicklung von Autonomie im Sinne eines sicheren Bezugspunktes, von dem aus die Welt erkundet werden kann. Es geschieht die früheste mögliche – und vielleicht wichtigste – Form der Suchtprävention, wenn ein Kind die Erfahrung machen kann: „Es ist gut, dass Du da bist“ und selbst spürt: „Ich bin sicher.“ Für das Kind geht es aber auch darum, die Erfahrung zu machen: „Es ist gut zu erforschen“ und selbst spüren zu können: „Ich bin getrennt (von meinen Eltern) und dabei sicher.“ Es geht darum, die Erfahrung zu machen: „Es ist gut, dass Du DU bist“ und selbst spüren zu können: „Ich bin ich.“ Es geht darum, die Erfahrung zu machen: „Es ist gut, stark zu sein“ und selbst spüren zu können: „Ich bin kompetent. Ich kann das.“¹⁸

Die humorvolle Feststellung von Karl Valentin „Wir brauchen unsere Kinder nicht erziehen, sie machen uns sowieso alles nach“, drückt eine tiefe Wahrheit aus. Um ein gutes Beispiel sein zu können, genügt es nicht, nur das eigene äußere Verhalten zu korrigieren oder „gut erscheinen“ zu lassen. Es erfordert die Arbeit an den eigenen, innersten Haltungen gegenüber dem Leben, dem Mitmenschen und sich selbst gegenüber. Es gibt kaum einen zwischenmenschlichen Raum, der einen Menschen mehr mit sich selbst konfrontiert als eine

partnerschaftliche Liebesbeziehung. Eine heilende Beziehung verlangt von Menschen Überschreitung der eigenen Schutzmuster und Bewusstheit über Projektionen, ein Loslassen von Erwartungen und Wünschen, die auf andere projiziert werden. Der Schlüssel liegt darin, in Verbindung zu kommen mit dem Innersten des eigenen und anderen Selbst, das (verletzte) innere Kind im Nächsten und in uns selbst zu berühren. Tiefe Verbundenheit und Kontakt zweier Menschen erzeugt eine neue Dimension von Beziehung, die das meint, was im tiefsten Inneren des Menschen lebendig ist.

Studien zur Wirkung von Partnerschaften im Erwachsenenalter weisen darauf hin, dass unsicher gebundene Menschen tendenziell auch eher unsicher gebundene Partner wählen, die Wahl eines Partners aber dennoch die Chance bietet, den Kreislauf der Weitergabe unsicherer Bindung zu durchbrechen.¹⁹ Nicht nur die Wahl eines Partners, sondern auch die Qualität einer Partnerschaft fundiert Weiterentwicklung und Weitergabe von Bindungsstilen.²⁰ Eine gute Partnerschaft kann sich positiv auf die Bindungssicherheit des Kindes auswirken, wie umgekehrt eine konfliktreiche Partnerschaft der Eltern einen Risikofaktor für eine unsichere Bindung des Kindes darstellen kann.

Kinder brauchen ein Klima, das ihnen Wachstum und Entfaltung ermöglicht. Dieses Klima wiederum braucht Eltern, die in der Lage sind, die Bedürfnisse ihrer Kinder wahrzunehmen und sich auf sie einzulassen. Dafür wiederum brauchen Eltern Unterstützung und u. a. ein gesellschaftliches Klima, das den Ort „Familie“ als ersten wichtigsten Beziehungsort anerkennt und wertschätzt. Dabei geht es darum, das menschliche Leben in seiner Sehnsucht nach Verbundenheit zu begreifen, dem familiären und kindlichen Leben den notwendigen Raum zu geben und Beziehung zu ermöglichen, die Kindern das geben können, was sie brauchen.

Kinder benötigen Selbstvertrauen, sodass sie sagen können: „Ich kann das. Ich versuche es, ich bin mutig. Ich darf Fehler machen und werde trotzdem geliebt.“ Dafür muss Kindern das nötige

Vertrauen geschenkt werden, dass sie so angenommen werden, wie sie sind, mit ihren Schwächen und Stärken. Lob und Anerkennung ermutigen zur Übernahme von Eigenverantwortung und stärken das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten – dies schützt davor, vor Herausforderungen in Suchtverhalten zu flüchten. Eltern und Bezugspersonen sollen den Kindern mitgeben: „Du bist eine wertvolle Person. Egal, ob Du gute oder schlechte Noten hast, alt oder jung bist, erfolgreich bist oder versagst.“ Selbstwert ist das innere Wissen und Erleben des eigenen uneingeschränkten menschlichen Werts: „Ich bin wertvoll, genau wie ich bin, unabhängig von Leistung, Aussehen oder anderen Bedingungen.“ Die Gewissheit über den eigenen Wert wirkt sich positiv auf die psychosoziale Gesundheit aus, sie fördert und erleichtert die Ausbildung vielfältiger anderer Kompetenzen, denen die Suchtforschung suchtpreventive Wirkung zuschreibt.

Kinder müssen auch lernen, mit Enttäuschungen und Misserfolg umzugehen, sodass sie sagen können: „Ich bin nicht perfekt, Fehler und Misserfolge gehören auch zu mir.“ Und: „Ich spüre, Fehler und Misserfolge gehören auch zum Leben meiner Eltern...“ Misserfolge gehören zum täglichen Leben, nicht alles im Leben gelingt. Kinder, die erleben dürfen, dass ihre Erziehenden verständnisvoll auf Misserfolge und Fehler reagieren und selbst nicht perfekt sind, gestehen sich selbst auch Fehler zu. Erziehende, die Kindern und Jugendlichen nicht alle Schwierigkeiten aus dem Weg räumen, ermöglichen ihnen letztendlich wichtige Erfahrungen und vermitteln, dass Misserfolge und Fehler manchmal auch auszuhalten sind.

Selbstvertrauen bedeutet nicht nur, sich selbst, sondern auch den eigenen Wahrnehmungen, den eigenen Gefühlen, der eigenen Denkfähigkeit, dem eigenen Können zu vertrauen. Die Entwicklung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens wächst mit der Spiegelung durch wichtige Bezugspersonen. Werden die Wahrnehmungen und Gefühle des Kindes durch die Eltern bestätigt, erfährt sich das Kind als „richtig“. Das innere Erle-

ben stimmt mit der äußeren Welt überein. Erhält das Kind jedoch regelmäßig Botschaften, die seine eigenen Wahrnehmungen in Frage stellen, seine Gefühle herabwürdigen („das tut doch nicht weh“) oder seine Denkfähigkeit gering schätzen, beginnt es, an sich selbst, an seinem Denken, Fühlen, Spüren und Wahrnehmungen zu zweifeln und sich selbst zu misstrauen.²¹

Lehren und lernen, am Leben zu reifen statt zu flüchten

Kinder brauchen Verantwortung und Verpflichtungen, sodass sie sagen können: „Ich bin wichtig und werde ernst genommen und ich bin für etwas gut.“ Wichtig ist also nicht nur die Erfahrung „mir geht es gut“, sondern auch: „ich bin für etwas gut.“

Kinder brauchen aber auch Grenzen und Regeln, sodass sie sagen können: „Ich bin frei und darf an Grenzen gehen, und bin dabei sicher und geschützt.“ Zu weite oder zu enge Grenzen fördern Einsamkeit, Überforderung bzw. Grenzverletzungen und Widerstände. Bezugspersonen, die ihren Kindern, ohne sie zu über- oder unterfordern, angemessene Freiheit innerhalb sicherer Grenzen geben können, helfen ihnen, mit Verantwortung umgehen zu lernen und sich in ihrem sozialen Umfeld als gebraucht und ernst genommen zu erleben.

Kinder brauchen Konflikte. Sie müssen lernen, Konflikte als nicht bedrohlich, verletzend oder abwertend zu erfahren, als etwas, das man prinzipiell vermeiden oder vor dem man flüchten muss. Eltern, die ihren Kindern einen konstruktiven, lösungsorientierten Umgang mit Krisen vorleben, geben ihnen die Chance, am Modell zu lernen, Streit nicht auszuweichen, Harmonie nicht vorzutäuschen, sondern sich Problemen zu stellen. Wenn Kinder Konflikte primär als bedrohlich empfinden, werden sie versuchen, sie zu vermeiden und vor ihnen zu flüchten – womöglich auch in ein Suchtverhalten.

Die subjektive Einschätzung, Probleme des Lebens meistern zu können, fördert die seelische Gesundheit. Sie ist verbunden mit einer erhöhten Handlungs- und Bewältigungskompetenz,

einer verbesserten Widerstandsfähigkeit gegenüber sozialem Druck und beeinflusst, wie lange an einer Aufgabe festgehalten wird, sich jemand für etwas anstrengt, und wie emotional reagiert wird, während eine bestimmte Situation erwartet oder erlebt wird. Dieses Gefühl persönlicher Selbstwirksamkeit hat seine Wurzeln in den frühen Interaktionsbeziehungen zwischen Säugling und wichtigen Bezugspersonen. Erlebt der Säugling, dass er mit seinem Handeln etwas bewirken und die Bezugsperson emotional erreichen kann, so erwächst in ihm das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit und Gestaltungskraft. Hingegen erfährt sich der Säugling ohnmächtig und ausgeliefert, wenn sein Handeln regelmäßig ohne Antwort und Reaktion bleibt. Je öfter ein Mensch die Erfahrung macht, dass er mit seinen Handlungen konstruktiv und effektiv etwas verändern kann, desto fester kann sich die Überzeugung seiner eigenen Wirksamkeit verankern.²² Die Wahrscheinlichkeit, psychotrope Substanzen oder suchtartige Verhaltensweisen zur Problembewältigung einzusetzen, geht zurück.

Kinder haben ein Recht auf ihre Gefühle und Bedürfnisse, sodass sie sagen können: „Ich habe Gefühle, und ich darf sie spüren und ausdrücken; ich muss mich ihrer nicht schämen oder Angst vor ihnen haben“ – „so wie auch meine Eltern ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse ernst nehmen und ausdrücken.“ Kinder brauchen Kreativität und Fantasie, sodass sie sagen können: „Ich kann mit meiner Zeit etwas Gutes, Sinnvolles, Schönes anfangen und meine Freizeit abwechslungsreich gestalten. Ich darf neue Wege gehen und lebendig sein. Einfache, alltägliche Dinge können zum Spielzeug werden und mir Freude bereiten.“ Auch die Pflege von Kreativität und Fantasie hat wichtigen suchtpreventiven Charakter.

Aus diesen kurzen Beispielen lässt sich zeigen: Suchtprävention geschieht im täglichen Umgang miteinander. Bezugspersonen leisten dazu – unbewusst oder bewusst, und ob sie wollen oder nicht – ihren „alltäglichen“ Beitrag.

Leben wir den Kindern vor, dass man miteinander Lachen, Spielen, Lesen, Reden, Diskutieren und Sichtrösten kann. Wenn wir Kindern etwas schenken möchten, dann am besten „Zeit“. Was aber benötigen heute Väter und Mütter um sowohl Möglichkeit als auch Freude daran zu haben, ihren Kindern Zeit und Aufmerksamkeit zu schenken? – Dies sind grundlegende Fragen, gesellschaftliche Fragen, die hier nur angedeutet werden können, aber tief in die Suchtprävention reichen. Es sind Fragen, die im öffentlichen Diskurs bisher allzu unbeachtet geblieben sind.

Referenzen

- 1 Riemann K., *Evaluation von Suchtprävention – Überlegungen zur Messbarkeit und ihren Voraussetzungen* (Vortrag auf der Fachtagung „Suchtprävention - was ist wirksam?“ der Senatsverwaltung für Jugend, Bildung und Sport am 24. Mai 2002), GESOMED, Freiburg (2002)
- 2 Schmidt B., *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlagen und Konzeption* (24), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln (2004)
- 3 Riemann K., siehe Ref. 1
- 4 Schmidt B., siehe Ref. 2
- 5 Luthar S., Cicchetti D., Becker B., *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*, *Child Development* (2000); 71: 543-562
- 6 BMUKK – Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, *Suchtprävention in der Schule. Informationsmaterialien für die Schulgemeinschaft*, erstellt vom Institut Suchtprävention, Linz, 4. überarbeitete Auflage, Wien (2012)
- 7 DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., *Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen* (2005)
- 8 Institut für Suchtprävention, *fortyfour : das Präventionsmagazin Nr. 9: Schutzfaktor Familie*, Linz (2007)
- 9 Sartre J.-P., *Geschlossene Gesellschaft*, Rowohlt Taschenbuchverlag, Hamburg (1991), S. 59
- 10 Buber M., *Das dialogische Prinzip*, Lambert Schneider, Heidelberg (1984), S. 31
- 11 Institut für Suchtprävention, siehe Ref. 8
- 12 ebd.
- 13 Schindler A., *Bindung und Sucht – über den Unterschied zwischen Kaiserpinguinen und Suppenschildkröten*, POOL
- 7, Grüner Kreis, Wien, 17.12.15
- 14 Bowlby J., *A Secure Base*, Routledge, London (1988)
- 15 Schindler A., Thomasius R., Sack P.-M., Gemeinhardt B., Küstner U., Eckert J., *Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug-dependent adolescents*, *Attachment & Human Development* (2005); 7(3): 207-228; Mikulincer M., Shaver P. R., *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*, Guilford Press, New York (2007)
- 16 Thomasius R., Gemeinhardt B., Schindler A., *Familientherapie und systemische Therapie bei Suchterkrankungen*, in: Thomasius R. (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen. Reihe Lindauer Psychotherapie-Module*, Thieme, Stuttgart (2000), S. 122-146
- 17 Schindler A. et al., siehe Ref. 15; Schindler A., Thomasius R., Petersen K. U., Sack P.-M., *Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers*, *Attachment & Human Development* (2009); 11(3): 307-330
- 18 Hendrix H., Hunt H., *So viel Liebe wie mein Kind braucht: Der gemeinsame Weg in ein erfülltes Leben*, Renate Götz Verlag, Dörfles (2008)
- 19 van Ijzendoorn M. H., Bakermans-Kranenburg M. J., *Attachment Representations in Mothers, Fathers, Adolescents and Clinical Groups: A Meta-Analytic Search for Normative Data*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1996); 64/1: 8-21
- 20 Cowan P. A., Cohn D. A., Pape Cowan C., Pearson J. L., *Parents' Attachment Histories and Children's Externalizing and Internalizing Behaviors: Exploring Family Systems Models of Linkage*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1996); 64/1: 53-63
- 21 Institut für Suchtprävention, siehe Ref. 8
- 22 ebd.

Weiterführende Literatur

- Fonagy P., *Bindungstheorie und Psychoanalyse*, Klett-Cotta, Stuttgart (2003)
- Schindler A., *Bindungsstile in den Familien Drogenabhängiger*, Kovac, Hamburg (2001)

Reimer Gronemeyer

Die soziale Seite der Demenz. Was die Pathologisierung der Demenz verdeckt

The Social Aspect of Dementia. What can be hidden behind Pathologising of Dementia?

Die alten Rhythmen des Lebens sind zum Schweigen gebracht. Die Hilflosigkeit des Kindes und die Hilflosigkeit des Greises, Werden und Vergehen, wurden ehemals als etwas betrachtet, das zum menschlichen Leben gehört. Heute sind der Anfang des Lebens und das Ende zu medizinischen Projekten geworden. Dem Zwang zur Vorsorgeuntersuchung bei der Schwangeren entspricht der wachsende Druck zur Demenz-Diagnose beim Alten. Die Gesundheitsindustrie kontrolliert den Anfang und das Ende – und die Zeit dazwischen sowieso. Im Grunde fühlt man sich nicht in erster Linie jung, erwachsen oder alt, sondern krank oder nicht krank. Medizinische Diagnose und Betreuung sind an die Stelle der Rhythmisierung des Lebens getreten, und deshalb ist man nicht mehr in erster Linie Jüngling oder Greis, sondern Kranker oder Nichtkranke. Die Diagnose „Alzheimer“ wird über die wachsende Gruppe Verwirrter gelegt, dadurch kann das beunruhigende Phänomen als medizinisch-pflegerische Aufgabe geortet und zur Behandlung freigegeben werden. Dass Verwirrung zum Alter gehören kann, wussten die Menschen immer. Die Wörter dafür waren vielfältig – diskriminierend, verständnisvoll, zärtlich oder grob: ‚Umnachtung‘, ‚tüttelig‘, ‚kindisch‘, ‚Schwachsinn‘ – ‚der spinnt‘.

Die Demenz darf aber keine Alterserscheinung mehr sein, sondern bekommt das Etikett „Krankheit“, weil die Frage nach den gesellschaftlichen Voraussetzungen und Folgen dann in den Hintergrund treten kann. Wenn es eine Krankheit ist, dann gibt es für die Demenz eine diagnostizierbare Ursache, eine Behandlung und das – leider, leider – vorläufig uneingelöste Versprechen einer Heilung. Es arbeiten ja weltweit ca. 25.000 Demenz-Forscher an der Lösung des Problems. Der Begriff Krankheit

verspricht somit Einordnung, Bändigung und Ordnung des Chaos, der Angst und der Unsicherheit, die sonst zu befürchten wäre.

In der medizinischen Disziplin gibt es inzwischen soliden Widerspruch gegen die Behauptung, Demenz sei eine Krankheit, und es finden sich empirische Belege, die an der Krankheitsthese zweifeln lassen.¹ Es soll auch nicht bestritten werden, dass es Demenzen gibt, die in Folge von Krankheiten auftreten – und die man deshalb auch durchaus als Krankheit bezeichnen kann. Doch das Demenzdach, das über eine Fülle unterschiedlicher Phänomene gedeckt worden ist, macht die Vielfalt einer Erscheinung unerkennbar, in der Krankheitsfolgen, Alterserscheinungen und gewissermaßen „natürliche“ Verwirrtheiten zu einem diagnostizierbaren und dann behandelbaren medizinischen Arbeitsgebiet umdefiniert werden. Einer offenen Debatte steht die Tatsache entgegen, dass der Alzheimer-Komplex zu einer medizinischen Goldgrube geworden ist, von der man sich nicht verabschieden möchte. Und das, obwohl zugegeben wird, dass es zwar eine Diagnose, aber keine Therapie gibt – und auch in absehbarer Zeit nicht geben wird. Dennoch wird die Präventionspropaganda („Frühdiagnose“) vehement betrieben, weil es natürlich gute Gründe dafür gibt, die Klientengruppe zu vergrößern.

Hohe Summen werden in die Alzheimerforschung investiert, besonders in die Früherkennung, obwohl es keine Heilungschancen gibt und die Behauptung, man könne den Verlauf verzögern, auf sehr wackligen Füßen steht.

Die Früherkennungsindustrie arbeitet mit den Ängsten der Menschen. Etwa zwei Drittel der heute durchgeführten Tests lassen Menschen machen, die keine Symptome haben. Allerdings gehen sie

auch von der irrtümlichen Annahme aus, dass es wirksame Medikamente gäbe.

Die konsequente Medikalisierung der Demenz sorgt dafür, dass Gelder von der Biomedizin aufgesaugt werden können, und gleichzeitig der Frage nach den sozialen Dimensionen der Demenz weiterhin keine Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Der immer kräftiger werdende Ausbau eines biomedizinisch-industriellen Demenzkomplexes ermöglicht eine profitable Ökonomisierung des Demenzthemas: Im Grunde ist es der Gipfelpunkt einer absurden Entwicklung, die nach dem Muster verfährt: Drohung (Demenz wird immer mehr), darum Forderung nach Forschungsgeldern (Spiel mit der Angst) – und im Kleingedruckten kann man lesen, dass eine Heilung der Demenz gar nicht in Aussicht ist, sondern es allenfalls eine Verlängerung der Demenzphase gibt, die ihrerseits vor allem eine Möglichkeit bietet: die Einnahmen durch Behandlung zu erhöhen.

Demenz: Die Medizin erklärt ihren Bankrott

Seit den 1980er Jahren bekommen verschiedene Phänomene, die mit Gedächtnisverlust und Verwirrheitszuständen zusammenhängen, das diagnostische Dach „Demenz“. Seitdem wird die Demenz zählbar, und seitdem nimmt sie zu. Das diagnostische Instrumentarium wird immer häufiger verwendet und immer mehr verfeinert, die Frühdiagnose wird propagiert: Es ist kein Wunder, dass die Zahl der „Demenzkranken“ entsprechend wächst. Es wäre zu prüfen, wie viel Demenzwachstum eigentlich den neuen Erfassungsformen zu verdanken ist. Dass es da eine reale Zunahme des Phänomens „Demenz“ gibt, muss nicht bestritten werden, aber in einer schwer durchschaubaren Mischung aus neuen Erfassungsinstrumenten, Orientierung an früher Hilfe und Interesse an wachsenden Patientenzahlen ist kaum noch erkennbar, was wirklich Sache ist. In die Beschreibung des Phänomens und seines Wachstums geht auch nicht ein, dass die eingenommenen Medikamente Nebenwirkungen

haben, die als dramatisch beschrieben werden, vor allem, weil sie zum Beispiel angesichts ihrer sedierenden Wirkungen Verwirrheitszustände verstärken können. Wie viel Demenz als Nebenwirkung etwa durch die Einnahme blutdrucksenkender Mittel erst entsteht, ist ebenfalls unklar. Wer auf die Beipackzettel solcher Medikamente schaut, die besonders Menschen im Vierten Lebensalter einnehmen, kann sich kaum wundern, dass die Demenzen zunehmen.² Die Diagnose – das darf nicht übersehen werden – hat verhängnisvolle Folgen für die Betroffenen.

Der Druck auf Frühdiagnose steigt, jeder ältere Mensch soll sich als ein potenziell Betroffener verstehen, jeder soll ein besorgter Gesunder sein. Was aber hat die Diagnose zur Folge, wenn sie mit keinen Heilungschancen verbunden ist? Zwei Drittel der Diagnostizierten werden noch im Jahr der Diagnose pflegebedürftig. Was also produziert die Diagnose eigentlich? Ist sie hilfreich oder schafft sie vor allem Schrecken? Dement – so wird gesagt – sei bei den über 90-Jährigen jeder Dritte, mit 100 Jahren steige das Risiko in Richtung 100 Prozent (z.B. Hamburg 2011³). Was ist das eigentlich für ein Phänomen, für eine „Krankheit“, die jeder kriegt, wenn er nur alt genug ist? Wird nicht spätestens da der Begriff der Krankheit ad absurdum geführt? Ebenso sicher wie der Tod – so wird uns gesagt – sei uns also die Demenz. Der Tod gerät wie die Verwirrtheit am Lebensende unter das Diktat medizinischer Diagnose und Kontrolle, statt daran zu erinnern, dass Sterben und Altersschwäche zur *conditio humana* gehören, zu dem also, was das Leben des Menschen nun einmal ausmacht.

Also: Es gibt keine wirksamen Medikamente gegen Alzheimer. Es gibt keine effektive Therapie und erst recht keine Chancen auf Heilung. Außerhalb des biomedizinischen Ghettos wachsen die Zweifel an einer molekular orientierten Alzheimerforschung. „Die bemerkenswerteste Eigenschaft der klinischen Medikamentenstudien ist ihr wiederholtes Scheitern darin, irgendeine wirksame Therapie zu finden“, sagt der amerikanische

Arzt und Demenzforscher Peter Whitehouse.⁴ Und Konrad Beyreuther, Experte in Sachen Alzheimerforschung, sagt: „Es gibt keine einzige klinische Studie, die Erfolg gebracht hat. Dabei dachten wir anfangs, wenn wir den molekularen Schurken finden, haben wir die Krankheit im Griff.“⁵

Die Demenzindustrie wird das Problem nicht lösen

Der Demenzkomplex – Arztpraxen, Apotheken, pharmazeutische Industrie, Pflegedienste, Heime, Demenzwohngruppen, Selbsthilfegruppen –, das Instrumentarium zur Unterstützung, Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz, hat sich in den letzten Jahren differenziert. Von Missständen und Gewalt gegen Menschen mit Demenz wird nach wie vor berichtet, aber die Zahl der gelungenen Beispiele für gute Pflege und beste Versorgung wächst offensichtlich auch. Es sieht indessen so aus, als wenn die Versorgungsapparate mit der Entwicklung nicht mehr Schritt halten können. Es gibt da eine beunruhigende Parallele: Kleinbäuerliche Landwirtschaft, die heute in Ländern mit wachsender Armut noch Familien vor extremem Hunger bewahrt, wird systematisch ausgerottet und muss einer Agroindustrie weichen, die mit immer mehr Energie, immer mehr Pestiziden, immer mehr Gentechnologie immer bessere Geschäfte macht und den Boden ruiniert. Der Hunger wächst im gleichen Maß unter dem Dach der Propaganda, die behauptet, nur Agroindustrie könne den Hunger erfolgreich bekämpfen.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass in den Arealen des Vierten Lebensalters ähnliche Prozesse im Gang sind. Die Gesundheits- und Pflegeindustrie bekommt Züge, die sie der Agrarindustrie ähnlicher werden lassen. Das Eigene, das Kleinbäuerliche gewissermaßen, gerät immer mehr in Bedrängnis, gerät in Verdacht, wird von qualitätskontrollierten Pflegemaschinen abgelöst, die mit der Behauptung auftreten, nur sie könnten dem Hunger nach mehr Versor-

gung entsprechen. Die Angehörigen, die noch die meiste Arbeit leisten, kommen in eine ähnliche Lage wie die Kleinbauern: Sie wenden zwar die Pflegekatastrophe ab, stehen aber unter Verdacht: Eigentlich könnten Experten es besser. So wie den Kleinbauern optimiertes (gentechnologisch manipuliertes) Saatgut angeboten wird, so halten zertifizierte, qualitätskontrollierte Dienstleistungen Einzug in die Demenzfamilie und suggerieren, dass diese zwar hilfreich und notwendig, aber nicht wirklich kompetent ist.

Die indische Wissenschaftlerin Vandana Shiva spricht von einer Monokultur des Denkens, die alternative Denkformen diskriminiert und an den Rand drängt.⁶ Man kann sich des Verdachts nicht erwehren, dass wir auf dem Weg zu einer Monokultur der Pflege sind, in der immer größere Einheiten mit immer mehr kontrollierten, automatisierten, zertifizierten und professionalisierten Instrumenten das Demenzproblem in den Griff zu bekommen versuchen.

Im Pflege- und Demenzbereich tut man immer noch so, als wenn das Wachstum des Dienstleistungsbereiches unbegrenzt sein könnte. Das ist eine gefährliche Illusion. Im Gesundheitsbereich sehen wir jetzt schon, dass grenzenloses Wachstum Deckelung und Rationierung als unausweichliche Konsequenz nach sich zieht.

Zu suchen ist nach neuen Wegen des Sorgens im Umgang mit Demenz

Das Ausmaß, in dem Nahrung und Luft von chemischen Stoffen durchsetzt sind und unser Alltag elektronisch verseucht ist, können wir als Laien nur erahnen. Ob Demenz eine Vergiftungserscheinung sein könnte – das werden wir entweder nie oder erst zu spät erfahren. Es würde darauf verweisen, dass unsere Lebensbedingungen unkontrollierbar und unnachweisbar einen ruinösen Charakter tragen, der schwere physische oder psychische Schäden zur Folge haben könnte. Es wäre eine besondere Variante der gesellschaftlichen Verursachung von Demenz.

Was wir gegenwärtig bereits identifizieren können, ist eine Art Verarmung der Lebenswelt, in der wir uns befinden, eine Verarmung, die zumindest dazu führt, dass das Leben mit Demenz schwieriger wird. Dazu gehört vor allem die Vereinsamung (s. o.), dazu gehört die architektonische und kommunikative Verwüstung unserer Städte und Dörfer, dazu gehört die Erosion sozialer Milieus.

Was wir benötigen, ist demnach eine neue Kultur des Helfens, die sowohl aus dem medizinischen als auch aus dem dienstleistenden Ghetto ausbricht. Diese Versorgungsinstrumente werden zwar gebraucht, aber sie werden nicht dazu imstande sein, die kommenden Probleme zu bewältigen. Es geht um nicht weniger als um die Neuerfindung einer wärmenden, einer nachbarschaftlichen Gesellschaft. Sie wird die Breschen, die in den Sozialstaat geschlagen werden, zu überbrücken versuchen. Sie wird von Gastfreundschaft und nicht von Inklusion reden. Inklusion, das Modekonzept der Sozialadministration, will zwar nicht das gleiche Elend für alle, aber sie beabsichtigt eben die „Einschließung“, das heißt ja Inklusion. Es ist ein Begriff, der aus der Idee des Systems erwächst, das kein Außen dulden kann, das alles in sich hineinfressen muss. Inklusion kann auch gerade darauf zielen, die Hilfsbedürftigen an isolierten Orten einzuschließen, weil sie da am besten gesellschaftlich inkludiert seien. Der Begriff Inklusion schützt vor nichts, erlaubt aber die Gleichschaltung.

Stattdessen wird hier für eine neue Gastfreundschaft plädiert, die nicht von oben herab ein paar demente Zauseln mit am Tisch sitzen lässt, womit gewissermaßen die Idee der „Tafel“ auf soziale Belange übertragen würde. Inklusion – das ist das Konzept einer sesshaften Gesellschaft, die ihre Stadttore öffnet, um die Landstreicher und Obdachlosen einzulassen, um sie dann zu integrieren. Inklusion ist der Weihnachtsmann, der seinen Sack aufmacht, nicht um Geschenke zu verteilen, sondern um alle hineinzustecken. Was da als Einladung ausgegeben wird, ist in Wirk-

lichkeit der Versuch, letzte Widerstände, Dickköpfigkeiten, symbolische Alternativen auszurotten. Und das mit einem freundlichen Lächeln. Inklusion ist der moderne Name für Prokrustes, den antiken Systemtheoretiker, der jeden Vorbeikommenden auf das Körpermaß zurückschnitt oder verlängerte, das sein Bett als Norm vorsah. Ein griechisch-antiker Vorschein der Qualitätskontrolle. Bei Prokrustes allerdings lag das Quälen noch offen zutage.

Bei der Gastfreundschaft geht es um einen Kontrapunkt. Es geht nämlich um jene radikale Gastfreundschaft, die den aufnimmt, der vorbeikommt und an die Tür klopft, wer immer es auch ist. Die globalisierte, flexibilisierte, mobilisierte Weltgesellschaft ist bemüht, alle denselben Maßstäben, Normen und Verfahren zu unterwerfen, sie also zu inkludieren. Die Aufgabe besteht aber gerade darin, dieser normierten, organisierten Gleichschaltung zu entkommen. Die persönliche Begegnung, das persönliche Wagnis, die persönlich erfahrene Liebe und Zuwendung zu suchen, um sich so aus der verordneten, administrativ organisierten Inklusion herauszuretten.

Eine Dienstleistungsmaschine, die ihre Ankömmlinge, ihre „Gäste“ – so werden sie ja jetzt gern genannt – aufnimmt und verarbeitet, inkludiert, in Verfahren integriert, standardisierten Behandlungen unterzieht, ihnen Lebensqualität verkauft – die ist das Gegenteil von Gastfreundschaft.

Vor unseren Augen wird das Vierte Lebensalter ein Lebensabschnitt, der von beliefierungsbedürftigen Mängelwesen bewohnt wird. Man könnte hinzufügen: Mängelwesen, die der Inklusion bedürfen.

Die Entmündigung des Alters, der Ruin eigenmächtiger Lebensbedingungen ist nur bei höchster Aufmerksamkeit wahrzunehmen.

Die Verkrankung des Alters, für die die Demenz das wohl wichtigste Beispiel ist, ist uns so selbstverständlich geworden, dass ein anderes Verständnis kaum noch möglich ist.

Die ge.kränkten' Alten

Demenz – keine Krankheit? Wieso keine Krankheit? Sie sind doch überall, es sind doch Hunderttausende, 1,2 Millionen allein in Deutschland!

Das Vierte Lebensalter kann uns mit Weisheit und Rüstigkeit beschenken, es kann uns aber auch zum Pflegefall machen. Sind alle diese Bettlägerigen, sind die Rollstuhlfahrer, sind diejenigen, die nicht mehr allein duschen oder essen können – krank? Sie sind alt, manche sehr alt, aber sind sie krank? Sie sind hilfsbedürftig, manche haben auch Krankheiten, aber zunächst einmal sind sie alt. Augen, Ohren, Hüften, Zähne, Haare haben unter dem Prozess des Alterns gelitten. Doch die Tatsache, dass ich eine Brille brauche, ein Hörgerät trage und mit Implantaten kaue, veranlasst mich ja nicht, mich als *krank* zu verstehen.

Die Demenz ist vor allem eine Alterserscheinung. So wie die Augen, die Ohren, die Hüften altern, kann auch das Gehirn altern. Bei Hüftleiden nahm man früher einen Stock in die Hand. Das Hörrohr verstärkte die Sprache. Zum Greis gehörte die Zahnücke und seit uralten Zeiten das Risiko, im Alter verwirrt zu sein. Am Anfang die Windel und am Ende die Windel. Am Anfang das Füttern und am Ende das Füttern. Am Anfang die Sprachlosigkeit und am Ende. Das kann so geschehen. Es muss nicht.

Leiden im Alter ist bei uns nicht vorgesehen. Obwohl es Hunderttausende Pflegebedürftige gibt: Wir setzen uns damit nicht auseinander, sondern orientieren uns lieber an Johannes Heesters, der mit 106 noch auf der Bühne gestanden hat, oder an dem 93-jährigen Yogi, der noch täglich seinen Kopfstand macht. Beliebte sind auch Berichte über 80-jährige Marathonläufer. Die Botschaft: Das Alter gibt es eigentlich gar nicht. Und wer doch da landet, hat etwas falsch gemacht. Gleichzeitig wird uns vorgerechnet, dass im hohen Alter die Demenz fast unvermeidlich ist.

Es gibt auch jüngere Demente, ja. Doch die Demenz ist vor allem ein Phänomen des Vierten Lebensalters. Je älter einer wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich Verwirrtheit zeigt.

Demenz – das ist das Alter, nicht eine Epidemie. Man muss es noch einmal sagen: „Jeder Dritte ist bei den über 90-Jährigen betroffen, mit 100 Jahren steigt das Risiko in Richtung 100 Prozent an.“⁷

Wir reden also von einer Krankheit, die jeder kriegt, wenn er nur alt genug wird. Löst sich der Begriff der Krankheit da nicht auf? Wir sterben auch alle, aber ist der Tod eine Krankheit? Wir werden alle geboren, können als Neugeborene noch nicht laufen und sprechen. Ist das eine Krankheit? Wahrscheinlich wird aus zwei Gründen von Krankheit geredet: Die Gesundheitsindustrie kriegt sie auf diese Weise im Grunde alle. Am Ende sind alle krank. Und wenn man dieses Elend, das alle, die lang genug leben, irgendwann erfasst, „Krankheit“ nennen kann, dann beruhigt das. Es gehört dann eben nicht zum normalen Leben, sondern in den Bereich Behandlungsbedürftigkeit. Das suggeriert Heilungsmöglichkeit. Das Alter ist eine Krankheit, die im Prinzip geheilt werden könnte...

Marcel Proust, der sein Bett eigentlich nicht mehr verlassen hat, um sich so ganz konzentriert der *Erinnerung* widmen zu können („Auf der Suche nach der verlorenen Zeit“), ist ja gewissermaßen der Kontrastteilige der dementen Gesellschaft, in der wir leben: Bettlägerig – aber der ganze Mensch Gedächtnis. Wir gehen auf das Gegenteil zu. Bettlägerig – aber der ganze Mensch ohne Erinnerung. Aus dieser seiner Bettperspektive hat Proust das Thema Krankheit und Medizin erläutert und eigentlich eine scharfsichtige Analyse des Themas Demenz und Medizin vorweggenommen: „Die Natur scheint kaum befähigt zu sein, etwas anderes als verhältnismäßig kurze Krankheiten hervorzubringen. Aber die Medizin hat die Kunst erworben, sie in die Länge zu ziehen. Die Heilmittel, die Lindern, die sie verschaffen, das Unbehagen, welches sich einstellt, wenn man in ihrem Gebrauch nachlässig wird, bringen eine Kopie der Krankheit zustande, welcher die Gewöhnung des Patienten eine gewisse Festigkeit und Form verleiht ... Dann wirken die Mittel weniger, man steigert die Dosis, man erreicht nichts Gutes mehr damit, sondern in

Gestalt jener nun Dauer gewordenen Indisposition vielmehr etwas Schlechtes. Die Natur hätte diesen Zuständen eine so lange Dauer nicht zugestanden. Es ist ein großes Wunder, dass die Medizin, die hierin der Natur gleichkommt, uns zwingen kann, das Bett zu hüten und bei Todesstrafe den Gebrauch eines Medikaments unbedingt fortzusetzen.

Von da an schlägt die künstlich aufgepfropfte Krankheit Wurzeln und ist zu einer sekundären, doch wirklichen Krankheit geworden mit dem einzigen Unterschied, dass die natürlichen Krankheiten heilen, aber niemals die, welche die Medizin hervorbringt, denn das Geheimnis der Heilung ist ihr nicht bekannt.⁴⁸

Immer wieder lese ich den Aufsatz des Pathologen Jürgen R. E. Bohl, der seine Begegnung mit Dementen auf dem Seziertisch beschreibt. „Ich halte ein kleines Hirn in meiner Hand; kaum 1000 Gramm schwer. Schmale Windungen und erweiterte Furchen erinnern an geschälte Walnusskerne. Und ich weiß nicht, was ich tun oder lassen muss, um nicht in gleicher Weise zerebral zu schrumpfen. Noch vermag ich meiner Vision eines weisen Alten anzuhängen, bis auch diese Fähigkeit des Gehirns in Folge einer altersbedingten Degeneration aufgegeben werden muss.“⁴⁹

Was ist die Ursache für diese schleichende Zerstörung jener Fähigkeiten, die uns zu Menschen machen? Der Abbauprozess zur Demenz muss – so Bohl – einen tieferen Sinn haben, denn nichts geschieht ohne Sinn.

Welch' ein Satz! Welch' eine Herausforderung für unsere Zeitgenossen, gilt doch die Demenz als das Sinnlose schlechthin. Der gnadenlos wachsende Schwachsinn hat einen Grund, darauf beharrt der Pathologe. Die geschrumpfte Leber weist auf Alkoholmissbrauch, die Arteriosklerose auf einen ungesunden Lebensstil, zu wenig Bewegung, zu viel falsches Essen. Verweist die Demenz auf einen Hirnmissbrauch – *brain abuse*? „Wehrt sich dieses wundervolle Organ auf seine Weise gegen ein Übermaß an Unrat, Unglück und Sinnlosigkeit?“⁴⁰ Die Ursache der Demenz sagt Bohl – das ist der Schwachsinn.¹¹

Bohl vertritt die Meinung, dass der Mensch, der in einem Labyrinth voll quälender Konflikte steckt, eine Harmonie wiederherzustellen versucht, der ihn in einen Zustand traumhafter Glückseligkeit zurückführt. Die Welt wird dann so harmonisiert, dass die inneren und die äußeren Welten wieder zusammenpassen. „Es gibt den Weg der Erschaffung eigener Welten, wobei die mühevollere Rücksichtnahme auf abweichende Bilder und störende Ereignisse mehr und mehr aufgegeben werden kann. ... In den Augen anderer kann das wie Schwachsinn aussehen; für den Betroffenen ist es die Lösung; die Erlösung schlechthin.“¹²

Wir wissen vom Gefühls- und Gedankenleben eines Menschen mit Demenz sehr wenig. Eine Sprache, die es uns erlauben würde, mit ihnen zu kommunizieren, gibt es eigentlich nicht. Vielleicht manchmal die Musik. Wenn Bohl Recht hat, dann sind für den Menschen mit Demenz viele seiner Probleme gelöst. Wenn ein Dementer stirbt, ist er nicht von seinen Leiden erlöst, sondern wir sind es, wir, die wir Probleme mit ihm hatten. Aber erwächst daraus nicht der Wunsch, dem Leben mit schwerer Demenz ein Ende zu bereiten? Damit ich nicht meiner Familie oder der Gesellschaft zur Last falle? „Darf ich diesem Menschen die Gnade eines Todes vor der Zeit gewähren? Muss ich diesen sinnlos Leidenden nicht von seiner Qual erlösen, erst recht, wenn er es selber will?“ Bohl kommt zu einem strikten Nein. Er erinnert an den von Adolf Hitler unterzeichneten Erlass vom 1. September 1939, der vorsah, „die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“⁴³ In Deutschland ist die Mehrheit der Bevölkerung für ärztlich begleitete Sterbehilfe, in den Niederlanden sind seit 2012 mobile Euthanasie-Teams unterwegs.

Bohl vertritt die Auffassung, dass das Leben heilig sei, ein Töten immer frevelhaft. Ein solches Denken stellt sich nicht die Frage: Darf ich diesem Menschen die Gnade eines Todes vor der Zeit ge-

währen? Muss ich diesen sinnlos Leidenden nicht von seiner Qual erlösen? „Wir verstehen unter Lebensqualität eigentlich nur die Genussfähigkeit, mehr nicht, wobei wir sehr vordergründige Genüsse im Auge haben, wenn wir diese Fähigkeit einem anderen absprechen. Wer kann wissen, ob ein Komatöser nicht auch etwas genießt?“¹⁴

Und so entwirft der Pathologe Bohl aus seinen Erfahrungen heraus eine Theorie der Demenz; er identifiziert die krankmachenden Bedingungen des alltäglichen Lebens, beschreibt die Risikofaktoren für die Entstehung der Alzheimer'schen Krankheit und zählt auf: Verlust von Kreativität, Schwund authentischer Erfahrungen, Niedergang religiöser Lebensbereiche, generelle Anomie, Fehlen eines tragfähigen Sinns, egoistische und anthropozentrische Verhaltensweisen, Vernachlässigung altruistischen Handelns und Denkens, Ausgrenzung des Todes, des Alters und der Leiden aus dem alltäglichen Erfahrungsbereich, wahnhaftes Streben nach Sicherheit („erst der Schwachsinn festigt die Sicherheit vor dem Leben“), die Angst vor dem Leben, die Angst vor dem Tod, das Verlangen nach Dauer, Wiederholung und Ewigkeit, das Fehlen jeglicher Transzendenz, die Flucht vor den existenziellen Fragen in die Illusion des Ich, die Scheu sich zu erinnern.¹⁵

Es ist – so könnte man sagen – leichtfertig, das Phänomen Demenz mit dem Stempel „Krankheit“ zu versehen. Im wahrsten Sinne des Wortes: leicht, fertig. Hat man die Demenz in die Krankheitsecke geschoben, dann hat man sie als ein gesellschaftlich, sozial und kulturell verankertes Phänomen entschärft. Die Entgleisung irgendwelcher Hirnzellen führt eben zu dem rasant wachsenden Phänomen, basta! Dann folgt logischerweise der Ausbau der Diagnostik, und abgeleitet davon wird auch der Blick auf die sozialen Konsequenzen der Demenz geworfen. Die Gesellschaft, in der wir leben, scheint sich immer häufiger des Instrumentes der Diagnose zu bedienen, um Probleme unschädlich zu machen, um ihnen nicht auf den Grund gehen zu müssen. Der Liverpool Care Pathway, der die Be-

treuung Sterbender organisiert, hat erreicht, was viele schon lange wollten: Sterben ist zu einer Diagnose geworden, die konsequent den Leitfaden für die Sterbebegleitung nach sich zieht: Punkt 6 des LCP heißt: „Religiöse und spirituelle Bedürfnisse sind erfasst.“ Das klingt nach Abhaken, und so ist es auch gedacht. Ist der Tod erst einmal in eine Diagnose, einen Leitfaden und einen Fragebogen für die Erfassung religiöser Bedürfnisse eingebracht – dann ist das Sterben eigentlich zur Abwicklung durch die medizinische Treuhand heruntergekommen. Mit der Demenz soll es – so muss man fürchten – möglichst ähnlich laufen.

Referenzen

- 1 Jett K. E., *Mind-loss in the African American community: Dementia as a normal part of aging*. Journal of Aging Studies (2006); 20: 1-10; Whitehouse P. J., George D., *Mythos Alzheimer. Was Sie schon immer über Alzheimer wissen wollten, Ihnen aber nicht gesagt wurde*, Bern (2009); Wißmann P., Gronemeyer R., *Demenz und Zivilgesellschaft*, Mabuse, Frankfurt am Main (2009); Stolze C., *Vergiss Alzheimer! Die Wahrheit über eine Krankheit, die keine ist*, Köln (2011); Gronemeyer 2014
- 2 Alzheimer's Disease International, *Dementia: a public health priority*. WHO Dementia Report, <http://www.alz.co.uk/WHO-dementia-report>, letzter Zugriff am 07.03.2017
- 3 Hamborg M., *Der demenzkranke Mensch im Beziehungsvieleck zwischen Familie, Heim und Gesellschaft*, in: Familiendynamik (2011); Heft 4, S. 2 ff.
- 4 Whitehouse P. J., George D., siehe Ref. 1
- 5 Blawat K., *Das Scheitern der Alzheimer-Forschung*, in: Süddeutsche Zeitung vom 21.7.2011
- 6 Shiva V., *Die Krise wird uns zur ökologischen Landwirtschaft zwingen*, in: von Lüpke G. (Hrsg.), *Zukunft entsteht aus der Krise*, Riemann, München (2009)
- 7 Hamborg M., siehe Ref. 3
- 8 Proust M., *Die Gefangenen. Fünfter Band des Werkes „Auf der Suche nach der verlorenen Zeit“*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (2003)
- 9 Bohl J. R. E., *Vom Schwachsinn erlöst: Späte Begegnung mit Dementen*, in: Bochnik H. J., Oehl W., (Hrsg.), *Begegnungen mit psychisch Kranken*, Sternenfels (2000), S. 275
- 10 ebd., S. 276
- 11 ebd., S. 277
- 12 ebd.

- 13 Euthanasie-Erlass vom 1. September 1939 im Bundesarchiv Koblenz 22, Nr. 4209 zit. Bohl J. R. E., siehe Ref. 9, S. 290
- 14 Bohl J. R. E., siehe Ref. 9, S. 284
- 15 ebd., S. 286; siehe auch Gronemeyer R., Jurk Ch. (Hrsg.), *Entprofessionalisieren wir uns! Über die Sprache der Versorgungsindustrie: Wie Plastikwörter die Sorge um andere infizieren und warum wir uns davon befreien müssen*, Transkript, Bielefeld (2017)

Univ.-Prof. DDr. Reimer Gronemeyer
Institut für Soziologie
Justus-Liebig-Universität Gießen
Karl-Glöckner-Str. 21E, D-35394 Gießen
reimer.gronemeyer@sowi.uni-giessen.de

US-Studie: Schwangere konsumieren Marihuana trotz Gefahren

Studien zeigen, dass Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft das Cannabisprodukt Marihuana konsumiert haben, häufiger kognitive Nachteile haben und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Doch schwangere Frauen scheinen sich dieses Problems kaum bewusst zu sein und stufen den Drogenkonsum als harmlos ein. Auf diese Gefahr weist nun eine aktuelle in *JAMA* publizierte Studie hin.

In zahlreichen US-Bundesstaaten wurde das Cannabisprodukt legalisiert, womit offenbar auch die Hemmschwelle zum Konsum gesenkt wurde. Zwischen 2001 und 2013 verdoppelte sich die Zahl der 18 bis 44-Jährigen, die Marihuana konsumierten.

In der aktuellen Studie analysierten die Public Health-Forscher die jährlichen Umfragedaten von rund 200.000 Frauen im Alter zwischen 18 und 44 Jahren aus den Jahren 2002 bis 2014. 5 Prozent von ihnen waren schwanger. Insbesondere bei jüngeren Frauen ist ein bedenklicher Trend zum Marihuanakonsum festzustellen: 7,5 Prozent der Schwangeren zwischen 18 und 25 Jahren hatten angegeben, die Droge im vergangenen Monat geraucht zu haben. Sie hielten den Konsum – etwa zur Dämpfung von morgendlicher Übelkeit – für risikolos.

Diese Ergebnisse würden einen wichtigen Schritt zum Verständnis der Trends bei der Verwendung von Marihuana bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter darstellen. Studienleiterin und Epidemiologin Deborah Hasin und Kollegen von der *School of Public Health der Columbia University* fordern für jene Frauen, die eine Schwangerschaft in Betracht ziehen, und für Schwangere eine klare ärztliche Aufklärung über die Risiken des Konsums von Marihuana.

JAMA (2017); 317(2): 207-209, Doi: 10.1001/jama.2016.17383

Studie: Locked-in Patienten fühlen sich glücklich

Das Schicksal von Patienten mit dem seltenen Locked-In-Syndrom (LIS) erscheint extrem schwer zu ertragen: Sie sind praktisch vollständig gelähmt, verfügen aber gleichzeitig über einen wachen, voll funktionsfähigen Geist. Aktuelle Studien bestätigen nun, was Expertenkreise schon länger betonten: LIS-Patienten sind durchaus glücklich und schätzen trotz schwieriger Lebensumstände ihre Lebensqualität als überwiegend gut ein – jedenfalls besser, als ihre Angehörigen glauben.

In einer Studie wurden 30 Patienten aus ganz Ostdeutschland, die an einer unaufhaltsam fortschreitenden neurologischen Erkrankung, der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) litten, darum gebeten, ihre eige-

ne Lebensqualität in einer Werteskala zwischen 0 und 100 Prozent einzuschätzen. Wegen des fortgeschrittenen Stadiums der ALS-Erkrankung, die nach und nach zu Muskelschwund und Lähmungen führt, litten sie bereits unter dem sogenannten Locked-in-Syndrom (LIS). Die Wissenschaftler nutzten für ihre Studie moderne Systeme zur Augensteuerung von Computern. Dank moderner sogenannter Remote-Eyetracker, die auch für Computerspiele eingesetzt werden, haben diese Patienten die Möglichkeit, mit der Bewegung ihrer Augen Computer zu steuern und auf diese Weise zu kommunizieren.

Das Ergebnis war überraschend klar: Die Patienten schätzen ihre Lebensqualität mit 80 Prozent deutlich besser ein als ihre Familienangehörigen. Diese bewerteten die Lebensqualität der ihnen nahestehenden Betroffenen lediglich mit 50 Prozent. Weitere Auswertungen zeigten, dass sich die LIS-Patienten mit der eigenen Situation arrangiert haben. Sie akzeptieren, dass sie an einer schweren Krankheit leiden, bei den Angehörigen stand dagegen das Verlustdenken im Vordergrund.

„Das bedeutet, dass selbst die nächststehenden Angehörigen die eigentlichen Gefühle und Meinungen der Patienten falsch einschätzen“, erklärt Studienleiter Andreas Hermann, Neurologe am *Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*. Er folgert daraus, dass Ärzte bei lebenserhaltenden oder -verlängernden Maßnahmen die Patienten selbst befragen sollten – statt sich bloß auf die Angaben zum mutmaßlichen Willen durch die Angehörigen zu verlassen. Die Studie zeigt laut den Forschern außerdem, dass neuartige Kommunikationstechnologien wie das Eyetracking viel zu spät verordnet würden. Damit hätten die Patienten keine Chance, sich frühzeitig daran zu gewöhnen und damit eventuell Entscheidungen für lebensverlängernde Maßnahmen zu treffen.

Erst kürzlich zeigte eine ähnliche, im *Plos Biology* (Jan 31, 2017) veröffentlichte Studie, dass komplett gelähmte Patienten auf die Frage „Sind Sie glücklich?“ über Wochen hinweg konstant mit „Ja“ antworteten. Alle vier Patienten hatten sich für ihre künstliche Beatmung als lebenserhaltende Maßnahme ausgesprochen und sich damit, so Studienleiter Nils Birnbaumer, „auf eine Weise schon entschieden zu leben“.

Annals of Neurology (2017); doi: 10.1002/ana.24871
APA Science, 1.2.2017 (online)

Down-Syndrom: Bluttests sind keine medizinische Leistung, sondern Mittel zur Selektion

In Großbritannien wehren sich Interessensverbände gegen die Empfehlung des *National Health Service*,

Bluttests auf Down-Syndrom als Kassenleistung zu bezahlen. Bereits jetzt werden 90 Prozent der Kinder mit Down-Syndrom abgetrieben. Durch ein staatlich finanziertes Screening würden Behinderte diskriminiert und Mütter würden sich kaum mehr dazu entschließen, ein Down-Syndrom-Kind zur Welt zu bringen, betont die britische Behinderten-Plattform *Don't Screen us*.

In Deutschland warnen Mediziner angesichts der jüngsten Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik (PID) und der Methoden der sogenannten nicht-invasiven pränatalen Tests (NIPT), die derzeit auf den Markt drängen, vor einem „starken neo-eugenischen Impuls“, der „in diametralem Widerspruch zur hippokratischen Tradition“ steht. Nach Ansicht von Behindertenverbänden verstoße der Bluttest auf Down-Syndrom der Firma *LifeCodexx* und anderer Anbieter gegen die UN-Behindertenrechtskonvention.

Auch das *Gen-ethische Netzwerk* hatte erneut verlangt, dass der Test nicht in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden dürfe. Dies wird in Deutschland seit August 2016 offiziell geprüft. Kathrin Braun vom *Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien* kritisiert dieses Vorgehen scharf. Die Feststellung einer Trisomie sei „kein medizinischer Zweck“, dies gelte gleichermaßen für NIPT-Verfahren wie für die heute gängige Methode der Amniozentese. „Auch deren Zweck ist nicht die Heilung oder Gesundheitsverbesserung“, sondern die Selektion. Wenn nun für die nicht-invasiven pränatalen Tests (NIPT) geworben wird mit dem Argument, sie seien schonender und sicherer für die Frauen, berufe man sich nach Bauer „lediglich auf die normative Kraft des Faktischen“ und vermeide es, „ethische und gesellschaftliche Implikationen dieser Praxis zu hinterfragen“.

Der deutsche Moralthologe Franz-Josef Bormann, Mitglied des *Nationalen Ethikrates*, betont, dass der sog. *PraenaTest* von seiner Zielsetzung darauf aus sei, „Individuen mit einer ganz bestimmten genetischen Veränderung zu identifizieren, um sie dann möglichst zu eliminieren. Deswegen ist dieser Test nicht irgendwie ein moralisch neutrales Instrument, sondern er ist eine Innovation, die außerordentlich negative Konsequenzen zeitigt“, so Bormann.

In Großbritannien plant das *National Health Service* ab 2018 ein kassenfinanziertes Screening auf Trisomie 21 anzubieten, bislang mussten Frauen den 600 Euro teuren Bluttest selbst bezahlen. Nun werden Befürchtungen laut, Frauen könnten auch unerlaubter Weise ein gesamtes Genscreening vornehmen lassen oder das Geschlecht des Kindes bestimmen. Der *Nuffield Council on Bioethics* in London fordert ein Verbot derartiger

Praktiken, schon jetzt ist allerdings klar, dass dies kaum umsetzbar ist.

Dtsch. Ärztbl. 2017; 114(6): A 255-7

Gen-Ethisches Netzwerk, Februar 2017 (online)

BBC News, 1.3.2017 (online)

Deutschlandfunk, 31.1.2017 (online)

Patientenorganisationen: Enge Beziehungen zur Industrie, aber wenig Transparenz

Patienten- und Selbsthilfegruppen haben eine wichtige Aufgabe, wenn es um Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen, aber auch die Interessensvertretung von Menschen mit bestimmten Krankheiten geht. Patientenorganisationen betreiben nicht selten auch Lobbyarbeit hinsichtlich Forschung oder der Art der Medikamentenfinanzierung. Allerdings: Sie sind selbst oft säumig, wenn es um die Offenlegung potenzieller Interessenskonflikte geht, die sich aus der Finanzierung durch die Pharmaindustrie und MedizinproduktHersteller ergeben. Dies zeigt eine aktuelle, im *New England Journal of Medicine* publizierte Studie. Die Organisationen sollten ihre finanziellen Verflechtungen zur Industrie in gleicher Weise veröffentlichen, wie dies derzeit von Ärzten und anderen Institutionen gefordert wird, betonen die Studienautoren der *Perelman School of Medicine* an der *University of Pennsylvania*.

In der neuen Studie untersuchten die Medizinethiker Webseiten und Jahresberichte von 104 US-amerikanischen Patientenorganisationen mit einem Jahresumsatz von 7,5 Millionen US-Dollar oder mehr. Die Ergebnisse zeigten, dass die allermeisten industrie-finanziert waren, mehr als 80 Prozent der Organisationen hatten dies auch ausdrücklich gemeldet. Die restlichen stellten keine Informationen über finanzielle Zuwendungen zur Verfügung. Nur eine einzige der 104 erklärte explizit, dass sie keine Finanzierung seitens der Industrie angenommen habe.

Die Studienautoren kritisieren, dass die Gelder, die die Patientenorganisationen angenommen hatten, entweder nur in Summe dargestellt wurden oder gar nicht veröffentlicht wurden. Von den 59 Organisationen, die Spendenbeträge veröffentlichten, berichteten 23, dass sie mindestens 1 Million Dollar jährlich erhielten.

Die Studie zeigte auch auf, dass 37 der 104 überprüften Gruppen ein oder mehrere Vorstandsmitglieder hatten, die auch Führungskräfte bei Pharma-, Biotech- oder Medizinprodukte-Unternehmen waren. Trotz dieser offenbar üblichen Verbindungen hatten nur 12 der Patientenorganisationen Richtlinien veröffentlicht, wie mit solchen institutionellen Interessenkonflikten umzugehen ist.

In den USA gilt seit 2010 der sog. *Physician Payments Sunshine Act*. Pharmafirmen sind dadurch verpflichtet, alle Zuwendungen an Ärzte, andere Gesundheitsberufe und Lehrkrankenhäuser ab einem Wert von 10 Dollar zu melden. Die Medizinethiker fordern nun einen neuen Sunshine Act, der auch finanzielle Zuwendungen an Patientenorganisationen enthält. Europaweit wurde 2013 der sog. *Transparenzkodex* des europäischen Dachverbands der forschenden Pharmafirmen EFPIA verabschiedet, wonach Zuwendungen seitens der Pharmafirmen an Ärzte, Fachkreise und Organisationen des Gesundheitswesens offengelegt werden müssen.

In Österreich sponserte die Pharmaindustrie Patientenorganisationen im Jahr 2014 mit mehr als einer Million Euro. Das meiste Geld ging an die *Österreichische Multiple Sklerose Gesellschaft*, gefolgt von der *Österreichischen Hämophilie-Gesellschaft* und der *Parkinson Selbsthilfe Österreich*. Laut einer im Herbst 2015 publizierten Studie des *Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment* sorgen die Patientenorganisationen auch hierzulande noch für wenig Transparenz. Viele würden zwar die Logos ihrer Partner und Sponsoren auf der Website führen, kaum eine Patienteninitiative weise aber aus, wie viel Geld sie von wem erhalten hat und wofür es verwendet wurde. Hier gebe es noch großen Nachholbedarf in Sachen Transparenz.

NEJM (2017); 376: 880-885, DOI: 10.1056/NEJMSr1610625

Schweden: Keine Gewissensfreiheit für medizinisches Personal

Medizinisches Personal ist in Schweden gezwungen, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken, auch gegen das eigene Gewissen. Wer sich weigert und sich dabei auf die Gewissensfreiheit beruft, kann vom Krankenhaus entlassen oder erst gar nicht angestellt werden. Das entschied kürzlich das schwedische Arbeitsgericht. Anlass war der Fall der schwedischen Hebamme Ellinor Grimmark. Sie hatte sich aus Gewissensgründen geweigert, an Abtreibungen mitzuwirken und wurde entlassen. Trotz ihrer fachlichen Kompetenz wurde eine Anstellung als Hebamme von drei weiteren schwedischen Krankenhäusern abgelehnt. Laut Krankenhausmanagement hätte sie akzeptieren müssen, dass die Teilnahme an Abtreibungen Teil ihrer Arbeit sei.

Grimmark, die inzwischen nach Norwegen emigriert ist, um arbeiten zu können, klagte auf Diskriminierung. Die Klage wurde 2015 zunächst vom Bezirksgericht abgelehnt – und nun auch in zweiter Instanz vom schwedischen Arbeitsgericht. Der Arbeitgeber habe das Recht, zu verlangen, dass alle Hebammen alle ihre

Pflichten erfüllen, einschließlich Abtreibungen, so die Begründung der Richter. Grimmark will sich nun an den *Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte* wenden, da das Urteil (*Grimmark vs Landstinget i Jönköpings Län*) dem Völkerrecht widerspreche. Laut Artikel 9 der *Europäischen Menschenrechtskonvention*, die auch in Schweden gilt, müssen Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit für jedermann gewährleistet sein. Das *Europäische Parlament* hatte 2010 eigens in einer Resolution die Garantie auf Gewissensfreiheit im medizinischen Sektor festgehalten.

„Die Pflicht, an Abtreibungen teilzunehmen, kann kein Lackmustest für die Anstellung einer Hebamme oder eines Krankenpflegers sein. Eine Hebamme ist verantwortlich für die Pflege der Mutter und des Kindes vor, während und nach der Geburt“, betont Grimmarks Anwältin Ruth Nordström. Zudem schreibe das schwedische Anti-Diskriminierungsgesetz Arbeitgebern vor, die Rechte und Chancen ihrer Angestellten im Berufsleben zu wahren, unabhängig von deren Religion oder Weltanschauung, betont die Präsidentin der *Scandinavian Human Rights Lawyers*.

„Die jüngsten Tendenzen, den Gewissensvorbehalt am Gesundheitssektor einzuschränken, sind bedenklich. In diesem Kontext wird die mit so viel Anstrengung im Rahmen der Menschenrechtsdebatte erkämpfte Anerkennung der Gewissensfreiheit nun quasi als Bedrohung für den Rechtsstaat dargestellt“, erklärt die Bioethikerin Susanne Kummer. „Wenn Töten als medizinische Versorgungsleistung umdefiniert wird, darf man sich nicht wundern, dass es beim Personal zu Gewissenskonflikten kommt“, so die IMABE-Geschäftsführerin. Ein liberal-demokratischer Staat tue gut daran, die Menschenrechte zu achten und seinen Bürgern in diesen Fällen eine Opt-Out-Möglichkeit aus Gewissensgründen zu gewährleisten – ohne Bevormundung oder nachträgliche Bestrafung durch ein Berufsverbot, wie dies nun in Schweden passiert ist, betont Kummer.

Die Aushöhlung des Gewissensvorbehalts spielt auch bei Fragen am Lebensende eine Rolle: In der 14 Millionen Einwohner zählende Provinz Ontario/Kanada etwa sollen Ärzte verpflichtet werden, Suizidwillige an Kollegen weiterzuvermitteln, wenn sie selbst aus Gewissensgründen keine Tötung auf Verlangen oder assistierten Suizid durchführen wollen. So lautet die Weisung des *College of Physicians and Surgeons of Ontario* (CPSO). Dagegen wehrt sich nun die Plattform *Coalition for HealthCARE and Conscience*, die für 5.000 kanadische Ärzte und 110 medizinische Einrichtungen steht: Sie will das CPSO klagen: Die Weisung sei nicht verfassungskonform und untergrabe die Gewissensfreiheit

der Ärzte. Auch in Belgien und Großbritannien mehren sich Fälle von Protest gegen die Einschränkung der Gewissensfreiheit.

Foxnews, 24.4.2017 (online)

Genome Editing: Embryonenschutz wird weiter ausgehöhlt

Die Forschung an menschlichen Embryonen ist in Deutschland explizit durch das Embryonenschutzgesetz verboten, denn: Jede Forschung am Embryo bedeutete zugleich dessen Vernichtung. Das sollte nun geändert werden, befindet eine Gruppe von Experten der *Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina* in einem nun veröffentlichten Diskussionspapier. Für „hochrangige Forschungsziele“ sollten sog. „frühe Embryonen“, die „keine faktische Entwicklungschance“ hätten, im Zuge der Forschung auch vernichtet werden dürfen, schreiben die Autoren, unter ihnen der frühere Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der Genforscher Ernst-Ludwig Winnacker, der Mannheimer Jurist Jochen Taupitz, der Heidelberger evangelische Theologe Klaus Tanner und die Münsteraner Medizinerin Bettina Schöne-Seifert.

De facto zielt das Papier darauf, dass sogenannte „überzählige“ Embryonen für die Forschung freigegeben werden. Gemeint sind all jene Embryonen, die im Zuge des Verfahrens der künstlichen Befruchtung hergestellt und danach eingefroren wurden, dann aber für keine weitere IVF-Versuche benötigt wurden.

Dass nun auch in den USA eine Debatte über die Aufhebung der 14-Tage-Regelung geführt werde – wonach der Embryo nur bis zum 14. Tag für Forschungszwecke verbraucht werden darf –, ist absehbar gewesen. Eine Gruppe von Wissenschaftlern der *Universität Harvard* forderte kürzlich die komplette Freigabe der Embryonenforschung, wie der *Scientific American* berichtet.

In Österreich dürfen Embryonen nur im Zuge der künstlichen Befruchtung erzeugt und auch nur für die künstliche Befruchtung eingesetzt werden. Daraus ergibt sich ein umfassendes Forschungsverbot an Embryonen.

Der CDU-Bundestagsabgeordnete und Gesundheitspolitiker Hubert Hüppe kritisiert in einer Aussendung das Pathos, mit der die Gruppe der Leopoldina mit teils „phantastischen Heilungsphantasien“ eine Legalisierung der verbrauchenden Forschung an menschlichen Embryonen fordert, etwa wenn sie von „völlig neuen Behandlungsmöglichkeiten genetischer Erkrankungen“ spricht. Vor einigen Jahren habe man den Staat unter den Vorzeichen einer „Ethik des Heilens“ zur Legalisierung von Embryonenverbrauch geradezu ethisch

verpflichten wollen. Inzwischen sei es jedoch, so Hüppe, „völlig ruhig um embryonale Stammzellen geworden, mit ihnen geheilte Patienten sind bisher nicht in Erscheinung getreten“. Das Verbot der verbrauchenden Embryonenforschung habe sich im deutschen Recht bewährt und werde von keiner ernst zu nehmenden politischen Kraft in Frage gestellt.

Ethische und rechtliche Beurteilung des genome editing in der Forschung an humanen Zellen, März 2017

Scientific American, 21.3.2017 (online)

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
 24. Jahrgang, Heft 3, 2017
 Wilhelm Bergthaler, Eva Schulev-Steindl, Ferdinand Kerschner:
 Editorial: Alternative Rechte?
 Schwerpunkt:
 Martin Donat, Tom Hansmann, Esther Kasper, Johannes Kostenzer, Katharina Lins, Ute Pöllinger, Andrea Schnattinger, Wolfgang Wiener, Werner Zechmeister, Krnt Naturschutzbeirat: Stellungnahme zum Urteil des BVwG zur dritten Piste;
 Gottfried Kirchengast, Verena Madner, Eva Schulev-Steindl, Karl Steininger, Birgit Hollaus, Miriam Karl: Flughäfen Wien: Untersuchung der dritten Piste durch das BVwG.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
 Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
 Band 29, Heft 2, 2017
 Editorial: Bettina Schöne-Seifert: Genscheren-Forschung an der menschlichen Keimbahn: Plädoyer für eine neue Debatte in Deutschland;
 Originalarbeiten:
 Peter Schaber: Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid;
 Birgitt Opfermann; Annemarie Heberlein: Leistungsrechtliche Konsequenzen einer Behandlungsablehnung bei untergebrachten Patienten - Chancen und Risiken einer Vorausverfügung in der Psychiatrie;
 Daniela Ringelkamp: Demenz, Personalität und praktische Selbstverhältnisse. Eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen der Patientenautonomie Demenzbetroffener;
 Christine Bally-Zenger; Lisa Eckenwiler, Verina Wild: „Alt werden im Paradies“ - Die ethischen Aspekte

der Migration von pflegebedürftigen Menschen.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
 25. Jahrgang, Heft 2, 2017
 Leitartikel:
 Dagmar Fenner: Ist das gegenwärtige Schönheitshandeln auch gut? Eine kritische Analyse der ethischen Argumente pro und contra Schönheitsoperationen;
 Martin M. Lintner: Die Gewissensproblematik zwischen Arzt, Patient und Apotheker;
 Zofia Schnellbach: Bedeutung und Gestaltung der unmittelbaren Zeit nach der stillen Geburt;
 Günter Wilhelm; Helge Wulsdorf: Digitale Transformation. Sozialethische Überlegungen zu einem „Zeichen der Zeit“.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch
 63, 2/2017
 Abhandlungen:
 Ingo Pof: Zur Sinnfrage in der Langzeitpflege;
 Andreas Trampota: Die Medizinethik: ein Sonderfall der Ethik?
 Stephanie Höllinger, Sigrid Müller: Sexualität im Alter als ethische Herausforderung;
 Orsolya Friedrich, Johannes Pömsl: Autonomieverbesserung durch kognitives Neuro-Enhancement;
 Ursula Frede: Schmerztherapeutische Konzepte und ihre möglichen Folgen.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
 24. Jahrgang, Heft 1, 2017
 Susanna Eberhartinger: Handlungsbedarf im UVP-G 2000 aufgrund der RL 2014/752/EU;
 Gottfried Holzer: Eigentumsbeschränkungen und Entschädigung im Spannungsfeld von Natura 2000

und Land- und Forstwirtschaft (Teil 1);
 Felix Holzmannhofer: Kritische Anmerkungen zur geplanten Änderung von anlagenrechtlichen Teilen der Gewerbeordnung aus der Vollzugspraxis.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch
 16. Jahrgang, Heft 4, 2016
 Articles:
 Graciela Ortíz: The Ethics of Voluntarily Stopping Eating and Drinking;
 Katharina Lee: Ethical Implications of Permitting Mitochondrial Replacement;
 Gerard V. Bradley: The Future of Abortion Law in the United States.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch
 16. Jahrgang, Heft 2, 2016
 Articles:
 Ann M. Heath: Advance Directives to Withhold. Oral Food and Water in Dementia. A Surrogate's Moral Obligations;
 Barbara Golder, MD, E. Wesley Ely, MD, John Raphael, Ashley K. Fernandes, MD, Annemarie Hosie, RN: Assisted Nutrition and Hydration as Supportive Care during Illness.
 Janet H. Smith, John S. Grabowski, J. Budziszewski, Maria Fedoryka: Self-Gift: The Heart of Humanae vitae.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
 25. Jahrgang, Heft 1, 2017
 Leitartikel:
 Hans Friesen: Architekturtheorie als Architekturoethik zwischen angewandter und allgemeiner Ethik;

Hans J. Münk: Fische. Vorstellung eines ungewöhnlichen Kommissionsberichts zum ethischen Umgang mit Fischen;
Günther Ropohl: Verblendung der Ökonomik;
Hanspeter Schmitt: Theologische Ethik und Öffentlichkeit.

Anthropotes

Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien
Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch
Anno XXXII, n. 2 – 2016

Articoli:

S. Kompowski: Verso una „pastorale del vincolo“: le sfide odierne alla famiglia e la risposta di *Amoris laetitia*;

W. Abi Zeid: Regarding grace and intrinsically evil acts. In response to Prof. Kompowski;

J. Granados: Dopo *Amoris laetitia* i cammini del matrimonio e della famiglia;

T. Rowland: Towards a sacramental vision of reality. In response to Prof. Granados;

J. J. Pérez-Soba: *Amoris laetitia* una nueva pastoral: el amor verdadero como respuesta a los deseos humanos;

J. Merecki: Nota su alcune interpretazioni di *Amoris laetitia*;

C. Granados García: El uso de la Sagrada Escritura en *Amoris laetitia*.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

24. Jahrgang, Heft 1, 2017

Felix Karl Vogl: Heliskiing von Landeshauptmanns Gnaden?

Öffentliche Interessen und verfassungsrechtlicher Gleichheitssatz am Beispiel des (Vor)Arlberger Heliskiings;

Angelika Götzl: Natura-2000,

Vertragsverletzung... Lutra lutra

quo vadis?

Acta Philosophica

Rom, Italien

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 26 (2017), fasc. I

Studi:

Gaia Bagnati: Il politico deve contemplare il cosmo? Politica e cosmologia in Aristotele;

Constantino Esposito: Heidegger e il nihilismo europeo;

Ignatio Yarza: Ma in che modo si dice il bene? Sull'omonimia - analogia del bene in EN 1,4.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

63, 1/2017

Abhandlungen:

Hermann Brandenburg/Heike Baranzke: Editorial; Personifizierte Langzeitpflege - Herausforderungen und Perspektiven;

Erika Sirsch: Herausforderungen an die qualifizierte Versorgung in der stationären Altenhilfe - am Beispiel des Schmerzmanagements;

Helen Günther: Anerkennung in der partnerschaftlichen Pflege mit (pflegenden) Angehörigen älterer Menschen;

Renate Adam-Paffrath: Resilienz als Schutz der Würde für professionell ambulante Pflegenden- (K)ein Thema?

Dominic Depner/Manfred Hülsen-Giesler: Robotik in der Pflege

- Eckpunkte für eine prospektive ethische Bewertung in der Langzeitpflege.

Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis

Caroline Welsh, Christoph Ostgathe, Andreas Frewer, Heiner Bielefeldt (Hrsg.)
transcript-Verlag Bielefeld 2017
253 Seiten
ISBN 978-3-8376-3746-5

Die menschenwürdige Gestaltung des Lebensendes zählt gegenwärtig zu den wichtigen Fragen der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik. Es geht dabei um die Betreuung, Pflege und Versorgung von Menschen mit einer Krankheit zum Tode, aber auch mit Demenz, Altersgebrechlichkeit, um Pflegebedürftige zu Hause oder in der Palliativversorgung in Institutionen.

Wie kann eine Kultur des Respekts der Würde und der Selbstbestimmung am Lebensende aussehen? Welche Menschenrechte sind in der letzten Lebensphase besonders gefährdet und welche Konzepte für Autonomie bieten sich als praxistauglich an? Welche Verpflichtungen kommen dem Staat in dieser sensiblen Lebensphase zu – etwa im zügigen Aufbau und Ausbau von Strukturen der palliativen Versorgung? Allesamt Fragen, die eines multi- und interdisziplinären Zugangs bedürfen, wofür der vorliegende Band dezidiert einen Beitrag leisten möchte. Die Verschränkung von Autonomie und Menschenwürde, so das Anliegen der Herausgeber, soll den Autonomie-Begriff, der in der Debatte rund ums Sterben gerne verkürzt in Zusammenhang mit dem „Recht auf Tötung“ oder „Selbsttötung“ in Verbindung gebracht wird, in neuer Weise „fruchtbar“ machen.

Jan P. Beckmann (Institut für Philosophie Fernuni Hagen) unterscheidet Autonomie, Subjektsein und Selbstbestimmung als drei verschiedene Kategorien: Autonomie definiert er als eine Verfasstheit, Subjektsein als eine anthropologisch-ethische Bestimmung und Selbstbestimmung als ein Recht. Verletzt werde der Respekt vor der Würde des Menschen, wenn einer oder mehrere dieser drei Aspekte nicht geachtet wer-

den. Das Verdienst der Palliativmedizin sieht Beckmann darin, dass sie eine „die Endlichkeit des Menschen hinnehmende und seine Freiheit zur Selbstbestimmung stärkende Medizin“ sei. Es würde gegen die Würde des Menschen verstoßen, wenn er am Lebensende bevormundet oder gar dazu gezwungen werde, eine Lebensverlängerung durch die moderne Medizin auf sich zu nehmen oder wenn man ihn daran hinderte, auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten.

Heiner Bielefeldt (Lehrstuhl für Menschenrechte und Menschenrechtspolitik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, FAU) erteilt der Auffassung, wonach Würde als eine individuelle Leistung gilt, die erbracht werden muss, eine klare Absage. Würde sei keine Eigenschaft, die es erfolgreich zu managen gilt. Er betont den Rang der menschlichen Würde als „unbedingtem Grund der Menschenrechte“ besonders in Hinblick auf die letzte Lebensphase und das hohe Alter, wo im gegenwärtigen Diskurs nicht selten von einem „entwürdigenden Zustand“ (sukzessiver Kontrollverlust wie Demenz, Inkontinenz usw.) die Rede ist. Würde ist dem Menschen inhärent, sie ist nicht erwerbbar, noch kann sie aufgekündigt werden. Sie ist strikt bei jedem Menschen vorzusetzen.

Die UN-Konvention für Behindertenrechte (2006) hat den Begriff eines „Sense of Dignity“ eingeführt und damit gefordert, das Bewusstsein um die inhärente Würde aller menschlichen Wesen dauerhaft zu festigen. Statt eines neoliberalen Autonomiebegriffs, in dem das Individuum ganz auf sich selbst zurückgeworfen ist, verdanken wir der Behindertenrechtskonvention, ihn als einen humanistischen Beziehungsbegriff zurück gewonnen zu haben, betont Bielefeldt, denn: Autonomie ist keine Einbahnstraße. Fürsorge gehört immer schon zum Menschsein dazu, Autonomie ist immer schon relational. Der Menschenrechtsexperte kritisiert, dass die lange geforderte internationale Konvention zu den Rechten älterer Menschen immer noch auf Eis liegt.

Oliver Tolmein, Jurist und Fachanwalt für Medizinrecht (Kanzlei Menschen und Rechte, Hamburg), analysiert, wie – nicht zuletzt durch falsche Anreizsysteme – hohe Geldflüsse in Krankenhäuser fließen, während die Ausgaben für Pflege komplett unterdotiert sind. Ein Selbstbestimmungsrecht könne nicht losgelöst von ökonomischen und gesundheitspolitischen Bedingungen betrachtet werden. Die Diskussion über Leistungsbegrenzungen finde nicht offen statt, dennoch gäbe es derer faktisch vielfältige. Im Bereich der Palliativmedizin beklagt der Jurist die Schwierigkeit, off-label-Medikamente mit nachweislichem Nutzen (z. B. THC-haltige Rezepturen) verfügbar zu machen. Auch kritisiert er, dass bestimmte Versorgungsstrukturen wie ambulante und stationäre Hospize (insbesondere für Kinder) sowie multiprofessionelle Palliativstationen an Zahl und Kapazität nur schleppend im Steigen begriffen seien. Wenn die aufwändige Pflege zu Hause durch die Familie kaum mehr tragbar ist, könne sich klammheimlich eine Neigung zu „Tötung auf Verlangen“ einschleichen – was in öffentlichen Debatten kaum verbalisiert werde, warnt Tolmein.

Der Kardiologe und Ethiker Klaus Gahl (Braunschweig) sieht das Verschwinden von Sterben und Tod aus der Öffentlichkeit. Die Hospitalisierung am Lebensende führe zur Desozialisierung, verbunden mit Selbstwertverlust und sozialem Rückzug bis zur Infantilisierung. Die Technik und Hektik des modernen Spitalsbetriebes führe auch zu einer emotionalen und sprachlichen Verarmung, die eine humane Sterbebegleitung erschwere. Die „Grenzerfahrung“ des Arztes im Umgang mit Sterbenden schließt die eigene Endlichkeit und Sterblichkeit mit ein und schafft eine „existenzielle Solidarisation“ zwischen Ärzten und Sterbenden.

Die Pflegeethikerin Marianne Rabe (Gesundheitsakademie Berliner Charité) setzt auf die Realisierbarkeit einer würdevollenden Pflege. Für die Pflegenden gehe es nicht um die Beseitigung von Krankheit, sondern um das Begleiten von Menschen unter Wahrung ihrer Autonomie und Würde; aber

ist dies in der pflegerischen Praxis realistisch? Ja, sagt Rabe, deren Überlegungen von großer Erfahrung und Menschenliebe geprägt sind. Für sie ist die „Orientierung an der Personalität des Kranken“ der Schlüssel. Sie unterstreicht die Sensibilität für den Empfang von Signalen der Bedürftigen, ihre oft versteckten Nöte in der Bewältigung von Krisen und Rückschlägen, aber auch die technische Schulung, mit medizinischen Behelfen oder die Ermutigung für die weitere Lebensgestaltung. Freilich ist eine solche „Personorientierung“ abhängig von einem „organisationalen Rahmen“: Würdevollende Pflege muss vom Träger der Anstalt gewollt sein, der nicht nur Raum und Personal, sondern auch Fortbildung und Qualitätssicherung im Auge hat.

Christoph Ostgathe (Lehrstuhl für Palliativmedizin, FAU) behandelt in seinem Beitrag den sog. ärztlich assistierten Suizid. Die Begriffsverwirrung sei inzwischen soweit, dass selbst Richter den Verzicht auf künstliche Beatmung als „aktive Sterbehilfe“ einordnen würden – weshalb Ostgathe eine hilfreiche Tabelle der verschiedenen Handlungen „mit Todesfolgen“ bietet, in der auch ethisch differenziert wird. Das Sterben zuzulassen ist rechtlich möglich, dennoch herrsche offenbar Unsicherheit unter den Ärzten, was zu unnötiger Verzögerung des Sterbeprozesses – und damit einer Leidensverlängerung – führt. Auch eine Lebensverkürzung als nicht intendierte Nebenwirkung, also eine bloß in Kauf genommene Folge eines primär positiven Effekts – nämlich Symptomlinderung –, stehen klar im Einklang mit Recht und ärztlichem Ethos. Ostgathe sieht in der Palliativversorgung die Möglichkeit, „Menschen im Sterben mehr Leben zu geben und gleichzeitig das Sterben nicht aufzuhalten, sich somit dem Sterbenwollen nicht entgegenzustellen.“

Die Rechtsmedizinerin Christine Bartsch (Universität Zürich) befasst sich mit der bereits weitgehend etablierten Option auf ein „selbstgewolltes Lebensende“. Sie zählt aktuell 51 Sterbehilfeorganisationen in 23 Ländern – darunter in der Schweiz –, die sich für ein Recht auf Assistenz beim Suizid

einsetzen. Im Jargon dieser Vereine heißt dies auch „Freitodbegleitung“ (FTB). Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat es bisher strikte abgelehnt, die Assistenz beim Suizid als Menschenrecht zu qualifizieren. Christine Bartsch führt in ihrem Beitrag Beispiele von „FTB“ an, bei denen mannigfaltige Probleme zu registrieren waren (z. B. Mängel in der Todesfeststellung, der Identität, der Todeszeitschätzung, der Todesart- und -ursachenbestimmung, wie auch Widersprüche in den vorgelegten medizinischen Dokumenten). Besonders heikel sind Fälle, bei denen die Urteilsfähigkeit der Sterbewilligen zweifelhaft erschien. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2013 Richtlinien zur „Betreuung am Lebensende“ formuliert, wobei keine Beihilfe zum Suizid angeboten werden sollte.

Christine Bartsch ist federführend beim Schweizer National Research Programme NRP67 (End of Life), das in den letzten 30 Jahren 3.666 Schweizer Fälle von assistiertem Suizid analysierte. Die Zahl der gemeldeten Fälle habe sich in den letzten zehn Jahren verdreifacht, wobei nahezu die Hälfte der Patienten aus dem Ausland anreiste („Sterbetourismus“). Die meisten litten an einer malignen Tumorerkrankung, gleich darnach wurde aber „Altersschwäche“ als Motiv angegeben.

Die Sozialwissenschaftlerin Marianne Hirschberg (Universität Bremen) argumentiert mit Rückgriff auf die Disability Studies, wonach generell von der Fragilität des menschlichen Lebens auszugehen sei. Beeinträchtigungen im Laufe des Lebens seien nicht Ausnahme, sondern gehören zur *conditio humana*. Der eingeführte Begriff der „persönlichen Assistenz“ statt „Betreuung“ von Menschen mit Behinderung illustriert deutlich, wie beeinträchtigte Menschen, die Pflege erhalten, nun nicht mehr als Objekte, sondern als Subjekte wahrgenommen werden. Das Buch schließt mit einem versöhnlichen Interview mit der deutschen Rollstuhlaktivistin Dinah Radtke.

Ein Buch voll von Daten, wertvollen Analysen und Ausblicken zum Thema Lebensende, basie-

rend auf viel praktischer Erfahrung mit Menschen in Grenzsituationen am Lebensende.

F. Kummer

Homo sapiens: die Krone der Schöpfung. Herausforderungen der Evolutionstheorie und die Antwort der Philosophie

Martin Rhonheimer

Verlag Springer VS, Wiesbaden 2016

286 Seiten

ISBN 978-3-658-12074-0

Gibt es gute Gründe, die Entstehung des Menschen im Erklärungsrahmen der Evolutionstheorie zu erklären? Auf diese heute durchaus strittige Frage antwortet Martin Rhonheimer mit einem uneingeschränkten und klaren ‚Ja‘: Es gibt dafür gute Gründe. Aber steht die Evolutionstheorie, wie häufig behauptet wird, nicht tatsächlich im Widerspruch zu jenem Menschenbild, das im *Homo sapiens* zugleich die Krone der Schöpfung erblickt? Kann man annehmen, dass der Mensch Höhepunkt und Ziel der Entwicklungsgeschichte ist, wenn man diese evolutionstheoretisch begreift? Kann das widerspruchlos zusammen gedacht werden? Lässt sich ein Einklang finden zwischen dem Naturalismus der darwinschen Evolutionstheorie einerseits und der Anthropologie der biblischen Genesis andererseits? Oder zeigt sich hier am Ende doch ein unüberbrückbarer Gegensatz, der es erforderlich macht, sich entweder auf die eine oder aber auf die andere Seite zu schlagen? Wie also ist mit der Herausforderung des Theismus durch die Evolutionstheorie umzugehen?

Rhonheimer baut eine kluge, durchdachte Argumentation auf, die diese scheinbare Alternative zwischen szientifischem und religiösem Denken überwindet – und führt für die Überwindung dieser angeblichen Alternative die besten Gründe ins Feld. Ausgehend von der Feststellung, dass der Mensch gleichermaßen Höhepunkt und Ziel der Entwicklungsgeschichte der Natur ist, widmet sich Rhonheimer zunächst den Gründen, die ihn zu dieser Feststellung führen, sodann den philo-

sophischen wie theologischen Schlussfolgerungen dieser These – und nicht zuletzt der politischen Brisanz, die ihr schon auf den ersten Blick zu eigen ist. Denn „Menschenbild und Politik“, so schreibt er in seinem Vorwort, „stehen in einem engen Zusammenhang“. Mit guten Gründen ist deshalb Rhonheimers Buch auch in der vom Springer Verlag Wiesbaden betreuten Reihe *Das Bild vom Menschen und die Ordnung der Gesellschaft* erschienen.

Der Verfasser fährt unterdessen, nachdem er auf den Zusammenhang von Anthropologie und Politik aufmerksam gemacht hat, erläuternd fort: „Eine aus einer verfehlten Interpretation der Evolutionsbiologie hervorgehende Anthropologie, die auch zu den reduktionistischen Positionen vieler heutiger Neurobiologen führt oder zur Rechtfertigung solcher Positionen herbeigezogen wird, kann dazu verleiten, das menschliche Individuum selbst – in einem kaum merkbaren, schleichenden Prozess – als zunehmend manipulierbar und Gegenstand gesellschaftlicher und letztlich staatlicher Bevormundung werden zu lassen. Das Bild des Menschen als ‚Krone der Schöpfung‘ zu verteidigen heißt auch, die Würde des Menschen und ganz besonders: seine Freiheit als Individuum und eigenverantwortliche Person zu verteidigen.“ (S. V) Diese Verteidigung begreift sich nun allerdings selbst nicht in Frontstellung zur Evolutionstheorie, sondern vollzieht sich durchaus in Anerkennung ihrer naturwissenschaftlichen Substanz, die allerdings – und hier liegt der Hase im Pfeffer – von anderen, „darüber hinausgehenden und zumeist ideologisch oder weltanschaulich bestimmten Vereinnahmungen für materialistische und atheistische Positionen zu unterscheiden ist.“ (ebd.)

Es geht mithin um die philosophische Interpretation der Evolutionstheorie und ihrer im beschriebenen Sinne politischen Konsequenzen – mit dem Ziel, naturwissenschaftliche, metaphysische, anthropologische und religionsphilosophische Gesichtspunkte kohärent zusammenzudenken. Dabei gelingt es Rhonheimer in nicht anders als glänzend zu nennender Weise, den unzulässigen

Kurzschluss jenes Reduktionismus, der Erkenntnis allein im szientifischen Denken gelten lassen will, aufzudecken, indem er zeigt, dass die evolutionsbiologischen Forschungsergebnisse keinesfalls in einen kruden Physikalismus führen. Eher ist das Gegenteil der Fall! Rhonheimer fragt, ob uns nicht gerade die heutige Wissenschaft zu einem Bild der Natur verhilft, welches ganz unabhängig von Glaube und Offenbarung die Existenz einer transzendenten schöpferischen Ursache dieser Natur als die vernünftigste aller möglichen, bloße Naturwissenschaft übersteigenden Letzterklärungen erscheinen lässt. Die heutige Evolutionstheorie zeichnet jedenfalls ein Bild, das jenem Evolutionismus widerspricht, der den Menschen als das Produkt blinder Naturmechanismen – wie sie von der Evolutionstheorie beispielsweise in den Gesetzmäßigkeiten von Variation und Selektion beschrieben werden – und des bloßen Zufalls reduktionistisch verkürzt. Im Ergebnis wendet sich Rhonheimer gleichermaßen gegen die Annahmen des biblizistischen Kreationismus wie jene des neurobiologischen Materialismus, er widerstreitet allerdings zugleich auch der Theorie des ‚Intelligent Design‘ – und zwar aus innerwissenschaftlichen Gründen.

Wenn es um das Verständnis von Naturphänomenen geht, hängt alles davon ab, die Erklärungsreichweite der Naturwissenschaft nicht zu überdehnen: Naturwissenschaft kann die Existenz Gottes weder beweisen noch widerlegen. „Das Verständnis der Natur muss die wissenschaftliche Vernunft aus eigener Kraft und den ihr eigenen und nur ihr zugänglichen Quellen der Erkenntnis gewinnen.“ (S. VIII) Diese Erkenntnisse können Philosophie, Theologie und Religion nur bereichern, auch dann, wenn sie zunächst als Herausforderung erscheinen. Die Naturwissenschaft überschreitet jedoch dann ihre Möglichkeiten, wenn sie ihre Erkenntnisse propagandistisch missbraucht und Schlussfolgerungen zieht, die sich mit den ihr eigenen Erkenntnismitteln – Experiment und Empirie – niemals begründen lassen. Aus diesem Grund empfiehlt Rhonheimer der Naturwissen-

schaft eine metaphysische Selbstbescheidung. (ebd.) Physik und Metaphysik bedienen sich nicht nur unterschiedlicher Erkenntnismittel, sondern haben auch gegeneinander abgegrenzte Zuständigkeiten und Zielsetzungen. Die alte, aber keinesfalls überholte Unterscheidung zwischen Erklären und Verstehen leuchtet hier auf: Einen Sachverhalt kausal erklären zu können, heißt noch lange nicht, ihn teleologisch zu verstehen. So bleibt als Resümee: „Wer behauptet, das Universum und das Leben seien letztlich ohne Sinn und Ziel, der Mensch ein bloßes Neben- und Zufallsprodukt blinder Naturkräfte und ein Gott, auf den alles zurückzuführen ist, existiere nicht, kam wohl kaum durch naturwissenschaftliche Forschung zu dieser Überzeugung, sondern meint dies, aus welchen Gründen auch immer, ganz unabhängig davon ... Beide, Gläubige und Ungläubige, interpretieren ganz einfach das von den Naturwissenschaften gebotene Bild des Universums und der Natur auf verschiedene Weise.“ (S. VIII f.) Die einen deuten es als Beweis für die Gott- und Sinnlosigkeit der Welt, die anderen als einen unmissverständlichen Hinweis auf die Notwendigkeit der Existenz eines Schöpfers – und damit als eine Bestätigung für die Sinnhaftigkeit des menschlichen Daseins. „Die Frage ist nur, welche der beiden Interpretationen der Naturwissenschaft und ihres ‚Weltbildes‘ – die atheistische und damit immer auch in irgendeiner Form materialistische oder aber die theistische, die auf dem Wesensunterschied zwischen Geist und Materie nicht verzichten kann – sich als für die Vernunft plausiblere und kohärentere zu erweisen vermag.“ (S. IX)

An dieser Stelle liegt es nahe, an eine 2015 im Verlag Philipp Reclam unter dem Titel *Gott denken. Ein Versuch über rationale Theologie* erschienene kleine und kluge Schrift des Berliner Wissenschaftstheoretikers Holm Tetens zu erinnern; Tetens kommt dort zu dem Schluss: Der „Satz, ‚Menschen sind nichts anderes als ein Stück kompliziert organisierter Materie in einer rein materiellen Welt‘ ist ... kühn, um nicht zu sagen,

tollkühn, ist unbewiesen und unbeweisbar, ist existenziell betrachtet absurd, bereitet allergrößte Schwierigkeiten, uns in seinem Lichte wirklich als vernünftige Personen begreifen zu können. Seine Botschaft ist durch und durch trostlos. Zugegeben, der Satz könnte am Ende trotz allem wahr sein.“ (S. 89 f.) Ob er nun letztendlich wahr oder falsch ist, kann die Naturwissenschaft nicht entscheiden, geschweige denn beweisen. Aber die Behauptung dieses Satzes kann auf den Prüfstand der Vernunft gestellt werden. Und dann gilt – nach Tetens: „Es sprechen keineswegs die besten Gründe für die Wahrheit des Naturalismus und gegen den Theismus.“ (S. 79) Oder, wie Tetens kürzlich auf einer Konferenz von Religionsphilosophen an der Hochschule Heiligenkreuz/Wien am Ende seines Vortrages schlussfolgerte: „Statt als Atheist das Dasein Gottes für das eigene Leben auszuschließen, ist es vernünftiger, in seinem Leben auf Gott zu hoffen.“ Tetens ist Wissenschaftstheoretiker. Rhonheimer, der wie Tetens zu den führenden deutschsprachigen Philosophen zählt, hat mit dem vorliegenden Buch nicht nur eine kenntnisreiche philosophische Auseinandersetzung mit zeitgenössischen evolutionsbiologischen Befunden geschrieben, sondern zugleich auch ein sehr wichtiges Buch zum Gegenstandsbereich der Wissenschaftstheorie vorgelegt. In einer Zeit, in der naturwissenschaftliche Forschungsergebnisse so gern und so oft als Keule zur Durchsetzung weltanschaulicher Bekenntnisse missbraucht werden, kann diese wissenschaftstheoretische ‚Zurechtweisung‘ Rhonheimers gar nicht bedeutsam genug veranschlagt werden. Die Frage nach Gott ist nur für den mit den Mitteln eines experimentellen Empirismus zu beantworten, der diese Frage gar nicht verstanden hat. Und das ist, alles in allem, ein mehr als trostreicher Befund.

So lautet denn auch Rhonheimers Resümee: Auf Gott wird die Evolutionsbiologie im Fortgang der Erforschung der natürlichen Trieb- und Gestaltungskräfte der Menschheitsentwicklung niemals stoßen. „Wohl aber, so denke ich, wird sie

uns zunehmend ein Universum und eine Naturgeschichte des Lebens präsentieren, die uns mit immer größerer Plausibilität auf eine transzendente, schöpferische Intelligenz verweist und damit der zum Glauben führenden und diesen bestärkenden Vernunft zwar keine stringenten Beweise, aber doch immer bessere Argumente zu liefern vermag.“ (S. 259)

Rhonheimers Buch ist nicht zuletzt eine gelungene Rehabilitation der Metaphysik, deren Maßstab die philosophische Vernunft ist. Eben deshalb, weil die Vernunft der Maßstab ist, muss jeder Versuch, wie ihn beispielsweise Richard Dawkins unternimmt, die natürliche Selektion oder das Zufallsmoment zu einem metaphysischen Prinzip zu stilisieren, scheitern. Der Zufallscharakter der Evolution besitzt keinen eigenen und selbständigen Erklärungswert und wird von der zeitgenössischen Evolutionsbiologie auch in seiner Bedeutung eher gemindert. Er erklärt allein, weshalb die Evolution so viel Zeit brauchte. Die Macht des Zufalls zu einem unumstößlichen Glaubenssatz machen zu wollen, ist alles andere als vernünftig. Im Gegenteil: Auch in Naturprozessen zeigt sich eine Zweckmäßigkeit, und deshalb kann die Zielgerichtetheit von Naturprozessen nicht bloß eine ‚scheinbare‘ sein. Sie ist, so der Verfasser, „ein unausweichlich existierendes Phänomen der Natur und bedarf deshalb einer Erklärung“ (S. 25) – eine Erklärung, die seitens der Naturwissenschaft selbst nicht zu leisten ist.

Wer immer an der Frage nach dem Menschen interessiert ist, dem kann man Rhonheimers Buch mit großem Nachdruck empfehlen. Es ist so geschrieben, dass auch der evolutionsbiologisch nicht mit besonders vertieften Kenntnissen ausgestattete Laie bei der Lektüre dieses Buches nie über Unverständlichkeiten stolpert. Ganz im Gegenteil: Rhonheimer schreibt anschaulich und schildert die wissenschaftlichen Befunde auf eine ebenso verständliche wie nachvollziehbare Weise. Unter allen Neuerscheinungen zum Bereich der Anthropologie zeichnet sich Rhonheimers Schrift durch besondere Klarheit und gedankliche Schär-

fe aus – so, wie es seine Leser von ihm seit vielen Jahren gewohnt sind.

C. Böhr

Gender-Mainstreaming in Deutschland. Konsequenz für Staat, Gesellschaft und Kirchen

Manfred Spieker

Ferdinand Schöningh, Paderborn 2015

106 Seiten

ISBN 978-3-506-78386-7

Während bis vor kurzem Gender-Mainstreaming kaum öffentlich kritisiert wurde, wächst inzwischen das Unbehagen. Selbst in Medien ist es nicht mehr verpönt, Gender-Mainstreaming kritisch zu hinterfragen. Das vorliegende Buch bietet Hintergründe aus philosophischer und politischer Perspektive und reiht sich in jene Publikationen ein, die Gender nicht bloß als Fortführung eines Feminismusprojekts sehen, sondern den Schlüsselbegriff des Geschlechts als „sozialer Konstruktion“ selbst als Konstruktion begreift.

Das Projekt Gender geht nach dem Autor, dem deutschen Sozialwissenschaftler Manfred Spieker, weit über das klassische Feminismuskonzept der Gleichberechtigung hinaus, weil das Geschlecht per se als Konstrukt konstruiert wird. Es duldet dann keine Vorgabe durch Natur oder Biologie, die geschlechtliche Identität des Menschen soll zum verfügbaren Projekt des Einzelnen gemacht werden, beliebig konstruierbar und damit als Vorgabe aufgelöst.

In den 1990er Jahren hatte sich unter Antrieb des Dekonstruktivismus (Judith Butler, Jaques Derrida u. a.) Gender-Mainstreaming als politische Umsetzungsstrategie eines sog. neuen Feminismus entwickelt. Traditionelle Anliegen des Feminismus waren die Gleichstellung der Geschlechter und der Abbau von Diskriminierungen. Gender-Mainstreaming hat sich mehr zum Ziel gemacht als eine Strategie der Durchsetzung der Gleichberechtigung in den Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung.

Der Begriff Gender dient der Dekonstruktion der Geschlechterpolarität und damit einer Auf-

lösung des Geschlechtes selbst. Nichts ist mehr Natur, alles Konstrukt. Diese These kann durchaus skurrile Formen annehmen, wenn etwa gefordert wird, die Begriffe Vater und Mutter in standesamtlichen Dokumenten durch die Begriffe „Elter 1“ und „Elter 2“ oder „Progenitor A“ und „Progenitor B“ zu ersetzen (S. 15).

Gender-Mainstreaming dient damit auch als Strategie zur Relativierung der Heterosexualität mit tiefgreifenden Folgen für das Verständnis von Familie, Staat und Gesellschaft.

Im ersten Kapitel beschreibt Spieker die rasante politische Karriere des Begriffs. Knapp vier Jahre, nachdem die Weltfrauenkonferenz der UNO in Peking 1995 die Gender Agenda als internationales Ziel offiziell verabschiedet hatte, begannen dutzende europäische Staaten, die Agenda in nationalstaatliche Gesetze umzugießen. Auch in Deutschland wurden 1999 alle Ministerien auf das Leitprinzip der „Geschlechtergerechtigkeit“ verpflichtet. Damit sollten sämtliche Entscheidungsprozesse von nun an nach dem Prinzip des Gender-Mainstreaming gestaltet werden. Gender-Mainstreaming ist in der Folge rasch in sämtlichen öffentlichen Institutionen präsent geworden. An den Universitäten setzte z. B. ein Boom an Instituten und Professuren für Gender-Studies an. Ende 2014 gab es in Deutschland rund 190 derartige Einrichtungen, die zu 95 Prozent mit Frauen besetzt waren (S. 11).

Der Autor zeigt im zweiten Kapitel, dass die Implementierung des Gender-Mainstreamings in der deutschen Politik der letzten 15 Jahre drei Meilensteine setzte: zunächst die Legalisierung der gleichgeschlechtlichen Partnerschaften (2001). Dann kam der 7. Familienbericht der Bundesregierung (2006), der die „serielle Monogamie“ zum Leitbild der Familienpolitik erklärte. Auch Familie wird damit letztlich als soziale Konstruktion betrachtet, die dekonstruiert werden müsse. Der Wechsel vom Idealmodell der lebenslangen Ehe zu einem Modell der „seriellen Monogamie“ repräsentiert nach Spieker eine grundlegende Veränderung unserer Gesellschaft (S. 23). Den dritten Meilen-

stein sieht der Sozialwissenschaftler in der neuen Sexualpädagogik der Vielfalt, zu der alle Schulen verpflichtet werden sollen (2013). „Zwangsheterosexualität“ soll in Frage gestellt und alle sexuellen Orientierungen und Praktiken als normal und gleichwertig präsentiert werden (S. 26). Die Implementierung des Gender-Mainstreaming scheint also weitgehend gelungen, wenngleich inzwischen Eltern, Lehrer und NGO's sich in Bürgerprotesten kritisch gegen diese Weisen der Ideologisierung durchaus lautstark zu Wort melden.

Im dritten Kapitel des Buches führt der Autor die Kritik des Gender-Mainstreamings seitens der katholischen Kirche aus. Vor allem Papst Benedikt XVI. und Papst Franziskus haben dazu reichlich Stellung genommen und die Schwächen und Gefahren dieser neuen Strömung klar dargelegt. Aber auch katholische Philosophen und Theologen wie etwa Robert Spaemann oder die Religionsphilosophin Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz u. a. haben sich mit dem neuen Phänomen kritisch auseinandergesetzt. Spieker lässt nicht unerwähnt, dass es in deutschen katholischen Verbänden, Diözesen und Theologischen Diskursen Anpassungen an das Gender-Mainstreaming gegeben hat. Auch in der Evangelischen Kirche ist eine unkritische Übernahme des Gedankenguts festzustellen.

Spieker will es nicht mit der bloßen Kritik bewenden lassen, sondern bietet positive Alternativzugänge in zwei aufschlussreichen Reflexionen. Die erste widmet sich der Ehe und Familie als Ressource der Gesellschaft. Diese bilde eine einzigartige Funktion im Aufbau der Gesellschaft, als vorstaatlicher Institution, die zu schützen der Staat verpflichtet ist. Die zweite Reflexion fokussiert auf die Frage, wie Sexualität menschenwürdig gelingt. Der Autor entdeckt dabei u. a. auch neue, positive Perspektiven in der Enzyklika *Humanae Vitae* von Paul VI. (1968), wo es ihm gelingt, die Schablone der „Pillen-Enzyklika“ zu durchbrechen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Spieker fundiert aufzeigt, dass die Dualität und die Generativität der Geschlechter weder plumpen

Biologismus noch essentialistische Geschlechteranthropologie bedeuten, sondern ein Faktum menschlicher Existenz zu allen Zeiten und in allen Kulturen darstellt. Dieses Faktum als Vorgabe und damit als Aufgabe positiv anzuerkennen, sei Bedingung für die Kultivierung der Sexualität und die Humanisierung menschlicher Beziehungen.

E. Prat

Symposium: Dem Sterbenden begegnen. Herausforderungen an Medizin und Pflege

10. November 2017, Raiffeisen Forum, Friedrich-Wilhelm-Raiffeisen-Platz 1, 1020 Wien

Sterben und Tod sind immer noch ein Tabuthema. Über die letzte Lebensphase und Wünsche zu sprechen, wird von Schwerkranken und Angehörigen gemieden. Auch Ärzte und Pflegenden fühlen sich häufig unsicher und überfordert. In ihrer Rolle als „Überlebende“ trennt sie eine existentielle Kluft vom Sterbenden (Diversität).

Was brauchen Menschen, die in ihren letzten Tagen mit ihrer Endlichkeit unmittelbar konfrontiert sind – und was brauchen jene, die sie begleiten? Welche Kompetenzen sind unter Ärzten, Pflegenden und Therapeuten nötig, um dem Sterbenden in seinen physischen und spirituellen Nöten und Ängsten zu begegnen? Welcher organisationale Rahmen ist dafür nötig? Welche Rolle können Angehörige dabei spielen?

Wer Menschen das Sterben erleichtern will, muss die Grenzen des Lebens anerkennen. Therapeutischer Übereifer und ein „qualitätsgesichertes Sterben“, bei dem „alles getan“ wurde, verdecken nicht selten die uneingestandene Ratlosigkeit oder Angst vor der (eigenen) Endlichkeit. Worin besteht die Kunst des Sterbenlassens? Wie lassen sich ethische Konflikte im Bereich von palliativer Sedierung und freiwilligem Nahrungsvorzicht auflösen?

Es ist Zeit, im medizinischen Hochleistungsbetrieb eine Sprache humaner Sterbebegleitung wiederzugewinnen, die von professioneller Kompetenz, Zuwendung, Fürsorge und Wahrhaftigkeit getragen ist.

Veranstalter

IMABE

Mitveranstalter

Österreichische Ärztekammer
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Programm

- 08.30 Registrierung
- 09.00 Begrüßung

Session I

Moderation: Mag. Susanne Kummer, IMABE, Wien

- 09.15 **Sterben als gesellschaftliches Tabu**
Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland, Wien
- 09.45 **Dem Sterbenden begegnen: Ansätze zur Überbrückung der Diversität**
Univ. Prof. Dr. Martin W. Schnell, Witten-Herdecke
- 10.15 Pause
- 10.45 **Über die Kunst des Sterbenlassens**
Univ.-Prof. Dr. Günther Gastl, Innsbruck
- 11.15 **Spiritualität am Ende des Lebens: Gespräche über das Sterben**
Univ.-Prof. DDr. Reimer Gronemeyer, Gießen
- 11.45 **Diskussion**
- 12.30 Mittagssbuffet

Session II

Moderation: Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak,
IMABE, Wien

- 13.30 **Palliative Sedierung: Richtlinien und Grauzonen**
OA Dr. Dietmar Weixler, Horn-Allentsteig
- 13.45 **Sorge bis zuletzt: die Perspektive der Organisationsethik**
Dr. Markus Schwarz, MBA, Wien
- 14.00 **Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit - was tun?**
Angelika Feichtner, MSc (Palliative Care)
- 14.15 Pause

Session III

Moderation: Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak,
IMABE, Wien

- 14.30 **Wie Angehörige häusliche Palliativsituationen stabilisieren. Präsentation einer Studie**
Irena Schreyer, MScN, Witten-Herdecke
- 14.45 **Zuhause sterben: Herausforderungen für mobile Palliativteams**
Hilde Kössler, MMSc.
- 15.00 **Abschlussdiskussion**
- 16.00 Ende

Anmeldung

Mittels Onlineformular (www.imabe.org) bis 27. Oktober 2017.

Die Tagungsgebühr beträgt 50 Euro.

Weitere Informationen sowie das Onlineformular und das Programm finden Sie unter www.imabe.org.

Fortbildungsdiplome

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen: 7 Fortbildungseinheiten
Österreichische Ärztekammer: 7 sonstige DFP-Punkte
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband: 6 Fortbildungspunkte

Sponsoren

SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsgmbH
Raiffeisen. Meine Bank
Industriellenvereinigung Wien
ALLIN Diätetik GmbH

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor IMABE das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 – 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 700 Zeichen inkl. Leerzeichen) und 3 – 5 Schlüsselwörter je auf Deutsch und Englisch

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Dateiformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher

Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

3. Literatur

Die Zitierung erfolgt in Form von Endnoten, wobei die Nummerierung fortlaufend und die Zitierungszahlen hochgestellt sein sollen.

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen oder erster Autorennamen und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. abgekürzter Titel der Zeitschrift nach den internationalen Regeln (Index Medicus)
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort(e)
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

1. General information

Submission of an article for publication implies the transfer of the author's comprehensive copyright to IMABE as publisher, including the unlimited right of reproduction and the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

When submitting manuscripts, the following guidelines should be respected.

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF).

2. Design/ formatting of Manuscripts

Length/scale: 25,000 – 35,000 characters (including blank spaces)

The first page should include:

1. A short title in English and German
2. Name of the author/authors
3. Contact details
4. Abstract of the article (maximum 700 characters including blank spaces) and 3-5 keywords in English and German. (These can be provided by the editor.)

Manuscript pages (including the bibliography) should be numbered. Acknowledgements should be made between end of the main text and before citations or references. Automated footnotes should be used. Tables and figures should be inserted at the appropriate places in the text. All graphics and illustrations need to be in print quality (high resolution). The author will receive copies of the publication once the issue is published.

For the sake of readability, dispense with the simultaneous use of both male and female forms of speech. All

personal descriptions apply to both sexes.

3. References

Citations should be in the form of endnotes with consecutive numbering. Citation numbers in the text should be in superscript.

Articles from journals should be cited in the following manner:

1. Author's name -- or first author's name followed by "et al" -- followed by initials of first name in uppercase letters
2. Title of article
3. Journal in standard abbreviation according to international rules (Index Medicus)
4. Year of publication in parentheses followed by semicolon
5. Volume number followed by colon
6. Pages in which article appeared (first to last page number)

Example: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Citation of monographs and books should include:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Name of publishing company
4. Location(s) of publishing company
5. Year of publication in parentheses followed by a comma
6. Pages in which work cited appeared (first to last page number)

Example: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

IMABE-Info (www.imabe.org)

AIDS 1: Die Infektion und ihre Verbreitung
AIDS 2: Prävention und Therapie
Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Burnout
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Assistierter Suizid und Euthanasie aus ethischer Sicht
Katholische Kirche zu Sterbehilfe und Euthanasie
Familie und Krankheit
Fehlerkultur in der Medizin
Gender
Gentechnik in der Humanmedizin
Grenzen der Sozialmedizin
Hirntod
In-Vitro-Fertilisation
Kardinaltugenden und ärztliche Praxis
Klonen
Kommunikation und Vertrauen
Lebensqualität in der Medizin
Mifegyne. Die Abtreibungspille RU 486
Mitleid: Mitleiden und Mitleben
Neurowissenschaft
Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva
Ökonomie und Gesundheitswesen
Organtransplantation
Palliativmedizin
Der ethische Ruf der Pharmaindustrie
Pille danach
Pille versus Natürliche Empfängnisregelung

Placebo
Post-Abortion-Syndrom (PAS)
Präimplantationsdiagnostik
Pränatale Diagnostik
Pränatalmedizin
Prävention als moralische Tugend des Lebensstils
Reduktion von Therapie bei Terminalpatienten
Ethik in der Schönheitsmedizin
Schmerz
Schwangerschaftsabbruch in Österreich
Sinnorientierte Medizin
Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen
Risiken der späten Schwangerschaft
Stammzellen
Sucht und Alkohol
Tabakrauchen
Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten
Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht
Viagra. Medikament oder Lustpille?

Stellungnahmen (www.imabe.org)

24. 11. 2014: Stellungnahme zur Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
16. 10. 2014: Stellungnahme „Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung - Für eine Kultur des Beistandes“
13. 02. 2013: Stellungnahme zur Diskussion über die Wirkungsweise der „Pille danach“
24. 04. 2012: Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
04. 02. 2011: Stellungnahme zur „Kind als Schaden“-Judikatur

Vorschau

Imago Hominis · Band 24 · Heft 3/2017
Schwerpunkt: Ärzte in der Defensive

Editorial	95	
Current Issues	98	Stephanie Merckens Are there still Legal Limitations of International Surrogacy Arrangements?
Focus	105	Monika Feuchtner Illicit Substances: Facts and Debates – an Overview
	115	Michael Soyka Once addicted – forever addicted? Recent Results from Therapeutic Research
	125	Claudia Botschev Rehabilitation of Addiction: Overcoming Symptoms and finding Meaning in Life
	135	Dominik Batthyány Drug Prevention: Addiction and Attachment
Article	143	Reimer Gronemeyer The Social Aspect of Dementia. What can be hidden behind Pathologising of Dementia?
News	151	
Journal Review	155	
Book Reviews	157	
Announcement	165	Symposium: Encounter with a Dying Person. Challenges for Medicine and Care