

## 4.1 | Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit

*Joachim Körkel, Matthias Nanz*

### **Zusammenfassung**

Das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit (ZOS) verbindet die Zieloptionen der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung und setzt in der Behandlung an den substanzspezifischen Zielintentionen der betroffenen Person an. Die Vorteile von ZOS reichen von der Erhöhung der Erreichungsquote suchtbelasteter Menschen über die Beachtung ethischer Maximen bis zur Verbesserung des Behandlungserfolgs. Implikationen des Paradigmas ZOS für unterschiedliche Arbeitsfelder und politische Akteure werden dargelegt.

### **Ziel- und Behandlungsspektrum der Suchthilfe**

Das Spektrum der Behandlungsziele bei Substanzkonsumstörungen ist vielfältig und umfasst – einzelfallspezifisch variierend – die Sicherung des Überlebens, körperliche und psychische Stabilisierung/Gesundung, Teilhabe am Leben der Gemeinschaft (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Neuausrichtung der sozialen Lebensbezüge), Erhöhung der Lebenszufriedenheit u.a.m. (Schwoon 2005). Dreh- und Angelpunkt des Zielespektrums bildet die nachhaltige Veränderung des Substanzkonsums, ohne die positive Entwicklungen in anderen Problembereichen unwahrscheinlich sind.

Bei der Veränderung des Substanzkonsums haben sich als zentrale Zielachsen lebenslange Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung herausgebildet.

### **Abstinenz als Behandlungsziel**

Die Palette von Behandlungsangeboten zum Erreichen und Stabilisieren einer abstinenten Lebensweise ist breit und reicht von Selbsthilfegruppen über ärztliche Kurzinterventionen bis zu ambulanten, teilstationären und stationären Maßnahmen der Beratung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge (Leune 2014). Abstinenz ist, so sie erreicht wird, bei vielen Menschen nachweislich mit einer Reihe positiver Folgen verbunden (Verbesserung des körperlichen und psychischen Zustandes, Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Rückgang von Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausaufentagen sowie familiärer Gewalt, Anstieg der Lebensqualität u.a.m.; Körkel 2014b). Abstinenzbehandlungen stellen deshalb mit Recht einen integralen Bestandteil des Suchtbehandlungssystems dar.

Problematisch ist, dass lebenslange Abstinenz im deutschen Suchthilfesystem (mit Ausnahme der niedrigschwelligen Suchthilfe, s.u.) als einzig legitimes (z.B. in der

medizinischen Rehabilitation und in Selbsthilfegruppen) oder zumindest ultimatives Ziel (wie vielfach in der Substitutionsbehandlung) gilt. Denn: Die meisten Menschen mit Substanzkonsumstörungen sind für ein gänzlich alkohol-, drogen- oder tabakfreies Leben und entsprechende Behandlungen nicht zu gewinnen, weil lebenslange Abstinenz ihren Lebensvorstellungen nicht entspricht, sie damit überfordert sind oder eine Karriere des Scheiterns mit Abstinenzbehandlungen hinter ihnen liegt (Körkel 2015). Wird – wie vielfach – eine Abstinenzbehandlung auf äußeren Druck hin begonnen, ist mit zielbedingtem Widerstand („Durchziehen“ der Behandlung ohne Abstinenzbereitschaft), Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen zu rechnen (a.a.O.).

### Ziel der Schadensminderung (Harm Reduction)

In der niedrigschwelligen, sich als akzeptanzorientiert und „suchtbegleitend“ verstehenden Drogenarbeit (in Form von Kontaktläden, Konsumräumen, Notschlafstellen etc.) werden Überlebenshilfen und schadensminimierende Angebote zur Verringerung gesundheitlicher Gefährdungen vorgehalten (z.B. Ausgabe von sterilem Injektionszubehör und Safer-Use-Informationen, Spritzenaustausch, medizinische Notfall- und Akutbehandlung u.a.m.). An einer Veränderung des Konsums in Richtung Konsumreduktion oder Abstinenz wird dabei i.d.R. nicht aktiv und systematisch gearbeitet.

Niedrigschwellige Drogenarbeit ist nachweislich wirksam – etwa in Form der Verhinderung injektionsbedingter Infektionen und überdosisbedingter Todesfälle sowie vermehrter Inanspruchnahme freiwilliger Bluttests und medizinischer wie auch sozialer Hilfen (Uchtenhagen 2005). Insbesondere für chronisch mehrfachabhängige, multipel geschädigte und sozial desintegrierte Drogen- und Alkoholkonsumierende bildet niedrigschwellige Suchtarbeit deshalb einen unverzichtbaren Bestandteil eines an ihren elementaren (Über-) Lebensbedürfnissen ansetzenden Gesundheits- und Suchthilfesystems. Angebote niedrigschwelliger Suchthilfe sind meist auf (größere) Städte beschränkt, was aus dem zuvor genannten Grund als Manko anzusehen ist.

Kritisch ist zu konstatieren, dass niedrigschwellige Suchtarbeit konzeptionell wie praktisch durch die ihr immanente Laissez-faire-Haltung und die Beschränkung auf Angebote der Schadensminderung „auf halber Strecke stecken bleibt“. Sie verkennt nämlich, dass Drogenabhängige ein eigenes Interesse an Konsumreduktion/-abstinenz haben – also bereits intrinsisch dazu motiviert sind, ihren Konsum zumindest bei einigen der von ihnen konsumierten Substanzen zu reduzieren oder ganz Abstand davon zu finden (Körkel et al. 2011; Körkel/Waldvogel 2008). Erforderlich ist deshalb, dass in der niedrigschwelligen Drogenarbeit der Konsum nicht nur mehr oder weniger („akzeptierend“) „hingenommen“, sondern systematisch erhoben und zum Gegenstand gezielter Interventionen (Richtung Reduktion oder Abstinenz) gemacht wird.

### Konsumreduktion als Behandlungsziel

Bereits seit Jahrzehnten gibt es Behandlungsansätze zur Reduktion des Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsums in Form verhaltenstherapeutischer Selbstkontrollprogramme, pharmakologischer Behandlungen und Selbsthilfegruppen (vgl. Körkel 2014b,

2015; Mann/ Körkel 2013); der Übergang zur Abstinenz wird in allen diesen Ansätzen ausdrücklich begrüßt und z.T. angebahnt. Reduktionsbehandlungen richten sich an Menschen, die änderungsbereit, aber zu einer abstinenten Lebensweise nicht in der Lage oder nicht willens sind. In verschiedenen Feldstudien, randomisierten Kontrollgruppenstudien und Metaanalysen konnte nachgewiesen werden, dass deutlich mehr Menschen zu einer Reduktion als zu Abstinenz bereit und Reduktionsbehandlungen bei Alkohol- (Körkel 2015; Walters 2000), Tabak- (Hughes 2000; Hughes/Carpenter 2005) und Drogenabhängigkeit (Körkel et al. 2011; Körkel/Verthein 2011) mindestens so effektiv wie abstinenzierte Behandlungen sind. Darüber hinaus bilden Reduktionsbehandlungen für 10-30% der Teilnehmenden die Brücke für den Übergang zur Abstinenz (vgl. Körkel et al. 2011; Körkel 2015).

Ein Versorgungsmanko besteht darin, dass Reduktionsbehandlungen trotz ihres offensichtlichen Potentials bislang nicht als Regelangebot in der Suchthilfe verankert sind (Unger 2014). In Behandlungsleitlinien werden sie zunehmend berücksichtigt (European Medicine Agency 2010; Mann et al. 2015).

## Fazit

Interventionen mit den Zielrichtungen Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung sind wirksam und haben allesamt ihre Berechtigung. Gegenwärtig besteht jedoch de facto ein „Abstinenzmonopolismus“ in der Versorgung, d.h. die vorhandenen Behandlungsangebote sind weitgehend auf Abstinenz ausgerichtet – was u.a. zu einer geringen Inanspruchnahme des Suchthilfesystems und weiteren abträglichen Konsequenzen führt (Verletzung ethischer Standards, geringe Compliance, hohe Abbruchquoten, mäßige Behandlungsergebnisse u.a.m.; vgl. Körkel 2015). Erforderlich ist es deshalb, Behandlungsmaßnahmen zum Erreichen von Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung im gesamten Suchthilfesystem und grundsätzlich auch *bei jeder einzelnen suchtblasteten Person* vorzuhalten (vgl. z.B. Körkel et al. 2011). Für diese Personen gilt nämlich:

Nahezu alle Menschen mit einer Substanzkonsumstörung weisen einen problematischen Konsum *mehrerer* psychotroper Substanzen auf (z.B. Alkohol *und* Zigaretten; Heroin *und* Alkohol *und* Zigaretten *und* Benzodiazepine; etc.).

Es kann bei den meisten Menschen zumindest bei einigen der konsumierten Substanzen von einer bereits vorhandenen („intrinsic“), von Außenstehenden oftmals unterschätzten Änderungsbereitschaft ausgegangen werden.

Die angestrebten Änderungsziele variieren substanzspezifisch und es ist nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich, dass mindestens zwei der drei Ziel- und Behandlungsrichtungen (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) bei einer Person von Relevanz sind. So kann z.B. ein Drogenkonsument bei Crack Abstinenz, bei Alkohol und Tabak Konsumreduktion (Kontrolliertes Trinken/Rauchen) und bei Heroin Schadensminderung (Injektion von ärztlich verschriebenem Diamorphin statt Straßenheroin) anstreben.

Als Folgerung ergibt sich: Bei suchtblasteten Menschen ist erstens eine Bestandsaufnahme der konsumierten Substanzen erforderlich, zweitens eine Abklärung der substanzbezogenen Änderungsziele und drittens das Vorhalten von Behandlungsangebo-

ten, die ihren Änderungszielen entsprechen. Der Ansatz der Zieloffenen Suchtarbeit greift diese Desiderata auf.

## Zieloffene Suchtarbeit

### Begriffsklärung

*Zieloffene Suchtarbeit (ZOS)* bedeutet, „mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen“ (Körkel 2014a: 167). ZOS bezieht sich grundsätzlich auf alle Arbeitsfelder, in denen sich Menschen mit Substanzkonsumstörungen befinden – neben der Suchthilfe im engeren Sinne auch auf das medizinische und psychotherapeutische Versorgungssystem, die Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe, (Sozial-) psychiatrische Einrichtungen u.a.m.

In allen diesen Arbeitsfeldern schlägt sich ZOS im praktischen Handeln wie folgt nieder (vgl. a.a.O.):

Die *Thematisierung des Suchtmittelkonsums* wird von der Fachkraft als Bestandteil des eigenen Arbeitsauftrags verstanden. Beispiel: Die Mitarbeiterin im Betreuten Wohnen und die Kollegin im Kontakcafé für Drogenabhängige verstehen es als ihre Aufgabe, auch den Tabakkonsum der Klientel (zum geeigneten Zeitpunkt) anzusprechen. Die gegenteilige Haltung wäre, den Konsum einfach hinzunehmen, etwa aus der Haltung heraus, dass man nicht für Suchtarbeit zuständig sei (Betreutes Wohnen) oder nur suchtbegleitend arbeite und niemandem „in sein Leben hineinreden wolle“ (Kontaktcafé).

Die Fachkraft sieht es – weitergehend – als ihre Aufgabe an, den Konsum nicht nur zu thematisieren, sondern mit der betroffenen Person „*am problematischen Konsum zu arbeiten*“ – also Gespräche zu führen, in denen der Konsum im Mittelpunkt steht, über Interventionen (Behandlungen, Programme) zur Konsumänderung zu informieren und diese sodann durchzuführen bzw. Erfolg versprechend zu überweisen. Ex negativo stellen z.B. die klassischen Angebote niedrigschwelliger Drogenarbeit (Ausgabe von sterilem Injektionszubehör, Bereitstellung eines Konsumraums etc.) noch keine „Arbeit am Konsum“ dar.

Das Ziel der „Arbeit am Konsum“ ist eine *Veränderung des Konsums*. Die Veränderung kann in einer Aufgabe (Abstinenz) oder Reduktion des Konsums oder im Wechsel zu einem für sich selbst oder andere weniger schädlichen Konsum ohne Veränderung der Konsummenge bestehen („harm reduction“; Heather 2006).

Das *Ziel der Veränderung legt der Klient/ die Klientin fest*: Er bzw. sie bestimmt, ob bzw. bei welcher Substanz eine Veränderung gewünscht ist und auf welches Ziel hin diese erfolgen soll (Abstinenz, Reduktion, „harm reduction“).

### Komponenten zieloffenen Arbeitens

Die Komponenten zieloffenen Arbeitens sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

Zieloffene Suchtarbeit im zuvor skizzierten Sinne ist an zwei Voraussetzungen seitens der Fachkraft gebunden, *bevor* die Arbeit mit Klient\_innen überhaupt beginnt (in Abbildung 1 unterhalb der gestrichelten Linie dargestellt):

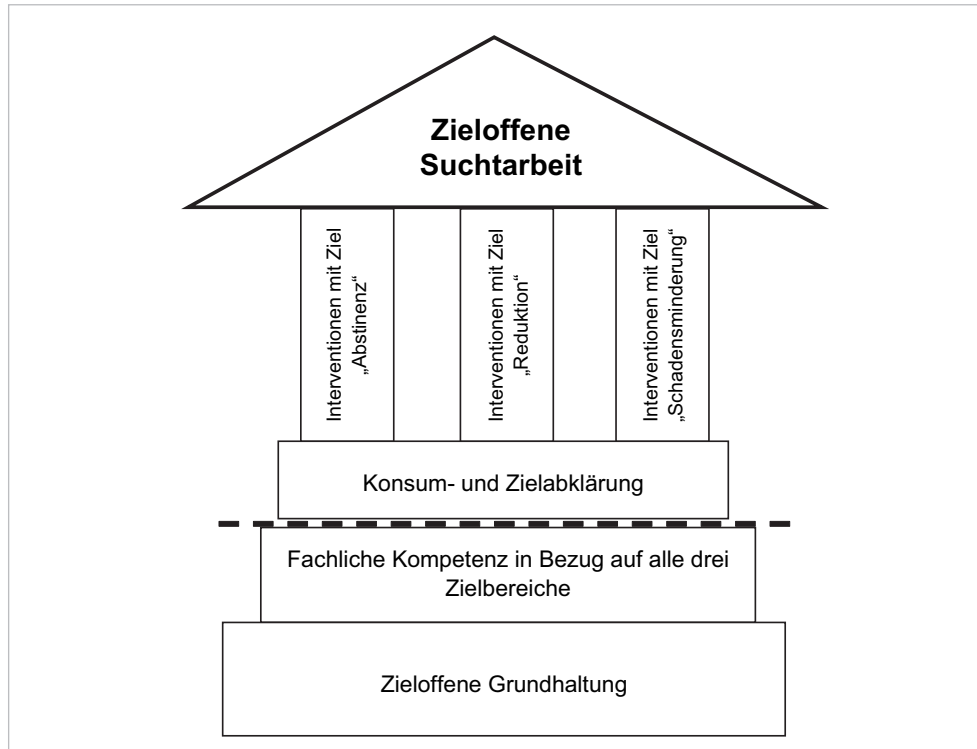


Abbildung 1: Zieloffene Suchtarbeit

Eine *zieloffene Grundhaltung*, die sich durch Offenheit für die Konsumvorstellungen und -ziele der Klient\_innen und kein Vorab-Festgelegtsein auf ein bestimmtes Ziel (wie Abstinenz) auszeichnet.

*Kenntnisse* über die diversen evidenzbasierten Interventionen (Kurzinterventionen, Selbsthilfemanuale, Einzel- und Gruppenbehandlungen) zum Erreichen von Alkohol-, Tabak- und Drogenabstinenz resp. Konsumreduktion oder Schadensminderung – und die *Fähigkeit*, diese Interventionen *umsetzen zu können*.

In der praktischen Umsetzung erfordert Zieloffene Suchtarbeit zwei Handlungsschritte (Abbildung 1, oberhalb der gestrichelten Linie):

Gemeinsam mit dem Klienten/ der Klientin wird in einem partnerschaftlichen, „entlockenden“ und an seiner/ ihrer Sichtweise interessierten Gesprächsstil („Motivierende Gesprächsführung“, „Motivational Interviewing“; Miller/Rollnick 2013) eine *Zielabklärung* vorgenommen. Dabei wird a) zunächst ein Überblick verschafft, welche Substanzen die Person konsumiert. Anschließend wird b) erkundet, wie die Person sich den weiteren Konsum „ihrer“ Substanzen vorstellt („ganz aufhören“, „für einige Monate aufhören und dann weitersehen“, „reduzieren“, „nichts verändern“, „weiß es nicht“ usw.).

Im nächsten Schritt werden substanzweise ziel-entsprechende Behandlungen durchgeführt:

- a) Dem Klienten /der Klientin werden in Art eines Menüs alle *evidenzbasierten Interventionen unterschiedlicher Intensität* (von Kurzintervention bis zu stationärer Therapie) vorgestellt, die sich bei „seinen/ ihren“ Substanzen zum Erreichen der eigenen Ziele eignen: Abstinenzinterventionen, falls Abstinenz bei einer Substanz gewünscht ist, Reduktionsinterventionen beim Ziel einer Konsumreduktion sowie Harm-Reduction-Angebote beim Wunsch einer Schadensminderung.
- b) Anschließend werden die gewünschten Interventionen durchgeführt – z.B. eine ambulante Einzelbehandlung zum Kontrollierten Trinken (bei Wunsch nach Alkoholreduktion) und gleichzeitig ein Einzelprogramm für Tabakabstinenz (bei Wunsch nach Rauchstopp). Um „Schnittstellenverluste“ zu vermeiden, werden die Behandlungen idealerweise von einer Person bzw. zumindest in einer Einrichtung angeboten; falls das nicht möglich ist, wird eine gelingende Weitervermittlung an eine kooperierende Einrichtung angestrebt.

## Implikationen einer zieloffenen Behandlungsausrichtung

### Folgen für unterschiedliche Arbeitsfelder

Die Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit stellt *alle* Arbeitsfelder vor die Herausforderung,

- ihre Haltung und ihr Menschenbild in Bezug auf ihre Klientel sowie ihr Suchtselbstverständnis zu reflektieren (z.B. die Annahme, Abhängige könnten nicht kontrolliert konsumieren) – auch im Lichte des aktuellen Forschungsstandes
- von einem Multisubstanzkonsum der Klientel auszugehen und sich für diesen als zuständig zu betrachten
- die konsumierten Substanzen und Änderungswünsche systematisch abzuklären
- Abstinenz- und Reduktionsbehandlungen wie auch schadensminimierende Angebote für die Palette der verschiedenen Problemsubstanzen vorzuhalten.

Arbeitsfeldspezifisch ergeben sich die folgenden „Haupt Herausforderungen“:

#### *Ambulante Suchthilfe (Suchtbehandlungsstellen, Fachambulanzen etc.)*

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

#### *(Teil-)Stationäre Suchtbehandlung (in Fachkliniken, Adaptionseinrichtungen etc.)*

(Teil-)Stationären Einrichtungen stellt sich die Herausforderung, ein sanktionsfreies Setting zu schaffen, um Patient\_innen zu freier Bekundung ihrer Ziele für alle von ihnen konsumierten Substanzen einzuladen und mit Interesse diese Zielvorstellungen zu erkunden.

Streben Patient\_innen für die Zeit nach der Entlassung keine Abstinenz, sondern Konsumreduktion (z. B. von Alkohol) an, ist Abstinenz aber während der Behandlung vorgeschrieben, ergibt sich der Bedarf, an Inhalte und Aufbau der Programme zum Kontrollierten Konsum in Form von „Trockenübungen“ (im Beispiel ohne tatsächlichen Alkoholkonsum) und eine anschließende ambulante Reduktionsbehandlung heranzuführen (Modell „Kombibehandlung“). Auf diese Weise können Patient\_innen z. B. die Selbstkontrollbestandteile „Trinktagebuch“, „Standardkonsumeinheiten“, „Tages- und Wochenzielfestlegung“ und „Bilanzziehen“ erlernen und somit genauer verstehen, was (Selbst-) Kontrollierter Konsum bedeutet und wie er ambulant umgesetzt werden kann.

Für in der Einrichtung tolerierte Suchtsubstanzen (v. a. Tabak) ergibt sich der Bedarf, neben Abstinenzzielbehandlungen auch Reduktionsbehandlungen (z.B. mit dem Ziel des selbstkontrollierten Rauchens) und schadensminimierende Maßnahmen (z.B. Umstieg auf E-Zigarette) vorzuhalten.

### *Niedrigschwellige Suchthilfe*

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

### *Sozialpsychiatrische Hilfen, Wohnungslosenhilfe, Straffälligenhilfe u.a.*

Für die nicht primär suchtbezogenen Arbeitsfelder bestehen die zentralen Herausforderungen darin,

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

### **Folgen für die Transformation der Suchthilfe**

Zur Umsetzung von ZOS ist träger- und einrichtungsbezogen eine systematische *Implementierung* von ZOS erforderlich, d.h. ein professionell begleiteter Prozess der Team- und Organisationsentwicklung, der unter Einbindung der Entscheidungsträger\_innen und Mitarbeiter\_innenschaft auf strukturelle Veränderungen abzielt und deutlich über Mitarbeiter\_innenfortbildungen hinausgeht (vgl. Nanz 2015).

Dieser erfahrungsgemäß mehrjährige, u. a. vom Caritasverband für Stuttgart e. V. begangene Transformationsprozess (vgl. Bühler 2015) beinhaltet u. a. die folgenden Komponenten:

- Auseinandersetzung mit dem einrichtungsinternen Suchtverständnis



- Personalentwicklung (Mitarbeiter\_innenschulungen) zur Aneignung von Behandlungskompetenzen in allen drei Zielarmen (Abstinenz- und Konsumreduktionsbehandlungen sowie schadensmindernde Interventionen)
- Überarbeitung von Behandlungskonzepten
- Veränderung von Arbeitsprozessen (z. B. Vorhalten einer zieloffenen Diagnostik)
- Erweiterung der Behandlungsoptionen (Vorhalten unterschiedlich intensiver Interventionen zur Erreichung von Abstinenz, Reduktion oder Schadensminderung)
- Darstellung des zieloffenen Arbeitsansatzes in der (Fach-) Öffentlichkeit

## Politische Implikationen

Um einen Transformationsprozess in Richtung ZOS erfolgreich durchzuführen, bedarf es der Überwindung von Vorbehalten auf unterschiedlichen Ebenen (Politik, Verwaltung, Suchtforschung, Träger, Einrichtungen, Mitarbeiter\_innenschaft, Selbsthilfeverbände etc.) und einer Regelfinanzierung auch von Behandlungsangeboten zur Konsumreduktion/Schadensminderung (vgl. Körkel 2015). Im Detail bedeutet dies:

In der *Suchtforschung* sollten die Forschungsergebnisse zu alternativen Veränderungszielen als dem der Abstinenz rezipiert und frei von Ideologien aufbereitet werden.

In der *Sucht- und Drogenpolitik* sollten Konsumreduktion und Schadensminderung als zur Abstinenz gleichwertige Behandlungsziele eingestuft werden.

Die *Kosten- und Leistungsträger*, von Rentenversicherung über Krankenkassen bis zu Bezirken und Kommunen, sollten sich gegenüber Konsumreduktionsbehandlungen öffnen und diese ebenso regelfinanzieren wie Abstinenzbehandlungen.

Die *Träger und Einrichtungen der Suchthilfe* sollten sich mit den aktuellen Forschungsergebnissen zu Konsumreduktions- und schadensmindernden Ansätzen auseinandersetzen und ihre oftmals abstinentzentrierte Grundausrichtung hinterfragen und eine systematische Weiterentwicklung ihrer Hilfen in Richtung ZOS vornehmen.

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

## Literatur

- Bühler, S. (2015): Verabschiedung von der Abstinenz als Königsweg. Eine empirische Studie über den Organisationsentwicklungsprozess zur Implementierung Zieloffener Suchtarbeit beim Caritasverband für Stuttgart e.V., Freiburg i. Br.
- European Medicine Agency (2010): Guidelines of the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence, London.
- Heather, N. (2006): Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems, in: *Addiction Research & Theory* 2006, 14: 7-18.
- Hughes, J. R. (2000): Reduced smoking: An introduction and review of the evidence, in: *Addiction* 95: (Suppl. 1), S3-S7.
- Hughes, J. R./ Carpenter, M. J. (2005): The feasibility of smoking reduction: an update, in: *Addiction* 100: 1074–1089.



- Körkel, J. (2014a): Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder, in: Suchttherapie 15: 4, 165–173.
- Körkel, J. (2014b): Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzparadigma zu einer patientengerechten Zielbestimmung, in: Suchtmedizin 16: 5, 211–222.
- Körkel, J. (2015): Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht, in: Sucht 61: 3, 147–174.
- Körkel, J./ Becker, G./ Happel, V. (2011): Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigrschwelligen Drogenhilfe. Abschlussbericht für das Drogenreferat der Stadt Frankfurt a. M., Frankfurt a. M.
- Körkel, J./ Verthein, U. (2010): Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain, in: Suchttherapie, 11: 31-34.
- Körkel, J./ Waldvogel, D. (2008): What shall we do with the drunken drug addict? Eine Studie zum Alkoholkonsum Drogenabhängiger, in: Suchttherapie, 9: 72-79.
- Leune J. (2014): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014, Lengerich
- Mann, K./ Hoch, E./ Batra, A. (Hrsg.) (2015): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Heidelberg.
- Mann, K./ Körkel, J. (2013): Trinkmengenreduktion: ein ergänzendes Therapieziel bei Alkoholabhängigen?, in: Psychopharmakotherapie, 20: 193-198.
- Miller, W. R./ Rollnick, S. (2013): Motivational interviewing. Helping people change, New York.
- Nanz, M. (2015): Die Umsetzung von Sozialen Innovationen in der Praxis am Beispiel der Implementierung Zieloffener Suchtarbeit, Nürnberg.
- Schwoon, D. (2005): Umgang mit alkoholabhängigen Patienten (3. Aufl.), Bonn.
- Uchtenhagen, A. (2005): Risiko- und Schadensminimierung – wie wirksam sind sie?, in: Suchttherapie, 6: 52-59.
- Unger, S. (2014): Die Implementierung Zieloffener Suchtarbeit. Eine Studie am Beispiel der Konsumreduktionsprogramme KISS und KT, Darmstadt.
- Walters, G. D. (2000): Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies, in: Behavior Therapy 31: 1, 135–149.

---

*akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hrsg.)*

---

# 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016



PABST SCIENCE PUBLISHERS · Lengerich