



Suderburg

**Fakultät Handel und Logistik und Soziale Arbeit**

---

Oliver Scholz, 70013670

# Ist Sucht gleich Sucht?

## – Wenn Crystal zu Alkohol wird –

### Eine Untersuchung der Rehabilitationsbehandlung Methamphetaminabhängiger nach deutschen Standards

Abschlussarbeit zur Erlangung des Hochschulgrades Bachelor of Arts  
im Studiengang Soziale Arbeit an der  
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften  
Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel

---

Erster Prüfer: Prof. Dr. Martin Wallroth  
Zweite Prüferin: Diplomsozialpädagogin Anja Fischer  
Eingereicht am: 08.02.2013

Salzgitter

Wolfenbüttel

Wolfsburg

---

## Inhalt

|  |    |
|--|----|
| 1. Einleitung.....   | 2  |
| 2. N-Methylamphetamin .....  | 4  |
| 2.1 Entstehung und Verwendung.....   | 4  |
| 2.2 Wirkungsweisen .....   | 6  |
| 2.3 Verbreitung.....   | 11 |
| 3. Die Rehabilitationsbehandlung methamphetaminabhängiger Menschen.....  | 15 |
| 3.1 Internationale Behandlungsansätze .....  | 15 |
| 3.2 Behandlungsansätze nach deutschen Standards .....  | 17 |
| 3.2.1 Kontakt und Motivationsphase.....  | 19 |
| 3.2.2 Entzugsphase.....  | 21 |
| 3.2.3 Entwöhnungsphase.....  | 22 |
| 3.2.4 Nachsorge.....   | 28 |
| 4. Die Rehabilitationsbehandlung alkoholkranker Menschen in Deutschland .....  | 31 |
| 4.1 Kontakt und Motivationsphase.....  | 32 |
| 4.2 Entzugsphase .....   | 33 |
| 4.3 Entwöhnungsphase .....   | 34 |
| 4.4 Nachsorge .....  | 36 |
| 5. Die gemeinsame Rehabilitationsbehandlung Methamphetaminabhängiger mit<br>alkoholkranken Menschen in Deutschland ..... | 36 |
| 5.1 Vorteile der gemeinsamen Behandlung.....   | 37 |
| 5.2 Nachteile der gemeinsamen Behandlung .....   | 39 |
| 6. Schlussfolgerung.....   | 40 |
| 7. Quellenverzeichnis.....   | 44 |
| Anhang .....   | 49 |

## 1. Einleitung

„Die gefährlichste Droge der Welt“ (Stern TV 2011), oder „Wenn aus Menschen Zombies werden“, so titelt der Stern. „Die am schnellsten abhängig machende Droge“, schreibt, die Süddeutsche. „Wahnsinnige Horror-Droge zerstört Mensch“ heißt es im Focus. Diese Überschriften wählen deutsche Printmedien, wenn es um die Beschreibung einer in Deutschland noch wenig verbreiteten Droge geht. „Crystal Meth“, „Speed Crystal“ oder „Ice“ sind dabei wohl die geläufigsten Bezeichnungen und Szenenamen für die weltweit bekannten Methamphetamine. Schätzungen zu Folge sind global 26 Mio. Menschen abhängig von der synthetischen Droge (vgl. Härtel-Petri 2012a, S.32). Damit sind die Methylamphetamine knapp hinter Cannabis auf dem zweiten Rang der weltweit am häufigsten konsumierten Drogen. Während die Droge vor allem Süd-Ost-Asien bereits vollkommen eingenommen hat und in den USA und Mexiko zu den beliebtesten illegalen Aufputzmitteln gehört, überrollt sie nun zunehmend das deutsche Bundesgebiet. Hergestellt in Tschechien und gehandelt in Plauen, Leipzig und Dresden, erreicht sie deutsche Drogenabhängige und nimmt dabei ganze Landstriche ein. Bereits jetzt ist sie die sächsische Hauptdroge und droht im Freistaat Bayern eine zweifelhafte Popularität zu erlangen (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Bundesministerium für Gesundheit 2012, S.30-31). Mit einer Wirkung von rund zwölf Stunden und der dreieinhalbfachen Wirkkraft von Kokain setzt der synthetische Stoff ungeahnte Emotionen im menschlichen Körper frei. In dem derzeit bekanntesten Aufklärungsfilm über Methamphetamine „Crystal Meth – Die gefährlichste Droge der Welt“ ist die Rede von einem Gefühl, welches einem zwölfstündigen Orgasmus gleichkäme (vgl. National Geographic 2012, Min. 27:27). Doch neben dem Rausch steht auch der Fall. Denn ebenso plötzlich und stark, wie die berausende Wirkung einsetzt, kommt es auch zum sogenannten „coming down“. Um dem entgegenzuwirken, wird die Droge wiederholt konsumiert und damit ein „Teufelskreis“ geschaffen.

Diese Arbeit soll sich eben mit dieser „Horror-Droge“ beschäftigen. Die Thematik entwickelte ich während meiner dreimonatigen Praxisphase in einer Adaptionseinrichtung. In dieser Zeit kam es vor, dass kontinuierlich

Methamphetaminpatienten<sup>1</sup> aufgenommen wurden, sodass sie temporär sogar die Hauptpatientengruppe der Einrichtung darstellten. Durch diesen Wandel stieß ich auf die in Deutschland noch weitestgehend unbekannteste Droge. Da das Thema noch kaum in der deutschen Literatur untersucht wurde, wurde mein Ehrgeiz zur Klärung der Frage, ob für eine neue Patientengruppe eine differenzierte Behandlung notwendig ist, geweckt. Auszugehen ist grundsätzlich davon, dass mit der steigenden Zahl an Konsumenten auch die Anzahl derer, welche sich für eine Rehabilitationsbehandlung entscheiden, steigt. Vorerst ist es unerheblich aus welchem Grund die Droge eingenommen wurde. Bereits jetzt weist Crystal die meisten Kontaktaufnahmen in sächsischen Drogenberatungsstellen auf (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Bundesministerium für Gesundheit 2012, S. 31). Doch auch wenn das deutsche Suchthilfesystem global als eines der besten gilt, stellt sich die Frage, ist es für die neue Droge gerüstet (vgl. Lindenmeyer 2001, S. 365)? Können Methamphetaminabhängige in einem für die deutsche Hauptdroge Alkohol ausgelegten Hilfesystem krankheitsgerecht behandelt werden? Dies soll in dieser Abschlussarbeit untersucht und dabei auf die folgenden Fragestellungen eingegangen werden:

1. Müssen Methamphetaminabhängige getrennt von Alkoholikern behandelt werden, um einen Behandlungserfolg zu erzielen?
2. Muss eine gänzlich neue Behandlungsstrategie gefunden werden, um Methamphetaminabhängige krankheitsgerecht therapieren zu können?

Um die Notwendigkeit der Behandlung und deren Methodik darstellen zu können, wird zuerst ein eingehender Blick auf die Droge geworfen. Anschließend wird die Rehabilitationsbehandlung von Methamphetaminabhängigen und von Alkoholabhängigen nach dem deutschen Standard aufgezeigt, um sie miteinander vergleichen zu können. Hier soll ein Fazit gezogen werden, welches beschreibt, welche die positiven und negativen Merkmale einer multispezifischen Suchtbehandlung für die beiden Vergleichsstoffe sind. Abschließend kommt es zu einer Einschätzung der Ergebnisse des Vergleichs. Dabei wird zur besseren Vergleichbarkeit eine komplette Suchtrehabilitation nach dem deutschen Suchtsystem beschrieben. Aus diversen, im

---

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit, wird auf die gendertypische Verwendung der weiblichen Form verzichtet, sofern nicht explizit nur weibliche Personen gemeint sind.

Verlauf der Arbeit beschrieben Gründen, wird dazu ausschließlich die vollstationäre Behandlung zum Vergleich gewählt.

## **2. N-Methylamphetamin**

### **2.1 Entstehung und Verwendung**

Die Geschichte von Methamphetaminen beginnt in den 1880er Jahren in Deutschland. Als Zugehörige der Obergruppe der Amphetamine genannt ATS<sup>2</sup> basiert es auf der Erfindung dieser Stimulanzien. Amphetamine oder heutzutage besser bekannt unter ihrem Straßennamen Speed, wurden kurze Zeit nach ihrer Entwicklung als Pharmakon gegen Allergien, Asthma und Erkältungen eingesetzt. Später kommen auch Arzneimittel gegen Narkolepsie und ADHS mit Amphetaminbasis auf dem pharmazeutischen Weltmarkt (vgl. Halkitis 2009, S. 8). Im Jahr 1937 wurde das erste deutsche Patent zur Herstellung von Methamphetaminen unter Verwendung des ca. 20 Jahre zuvor aufgeklärten Stoffes Ephedrin für die Temmler-Werke Berlin ausgestellt. Das weiße Pulver, welches erstmals unter dem Namen „Pervitin“ in Deutschland auf den Markt gebracht wurde, erlangte rasch an Beliebtheit. Weniger im Privaten als zu kriegstaktischen Zwecken wurde Pervitin 1939 und 1940 für die „Blitzkriege“ gegen Frankreich und Polen verwendet. Unter Betitelungen wie „Hitler-Speed“ oder „Panzerschokolade“ wurden die Methamphetamine im Überfluss an Soldaten vergeben. Wirkungsweisen, wie das Aussetzen von Hunger und Durst, das dauerhafte Wachbleiben sowie steigendes Aggressionspotenzial eigneten sich ideal für kriegerische Übernahmen, Nachtflugangriffe oder stundenlange Feuergefechte. Allein zwischen April und Juli 1940, so berichtet der Spiegel, seien 35 Millionen Pillen an die deutsche Wehrmacht ausgeliefert worden (vgl. Ulrich 2005). Bereits 1941 jedoch waren die verheerenden Wirkungen der Droge und seine zerstörerische Art bekannt, sodass es noch im selben Jahr unter das damalige Bundesbetäubungsmittelgesetz fiel (vgl. Härtel-Petri 2012b, S. 5). Laut einer Untersuchung der Krankenakten Adolf Hitlers, sei er selbst sogar pervitinabhängig gewesen. Auch nach dem Zweiten Weltkrieg wurden Methamphetamine zur Leistungssteigerung von militärischen Streitkräften genutzt. So sollen die japanischen Kamikazeflieger vor ihrem Flugantritt mit dem synthetischen Stoff versorgt worden sein (vgl. Ulrich 2005). Doch nicht nur

---

<sup>2</sup> Amphetamin-typ stimulants

zu militärischen Zwecken wurde die Droge eingesetzt. Seit den 50er Jahren ist sie auch ein beliebtes Dopingmittel für Sportler weltweit. So weisen z. B. Zeitungsartikel darauf hin, dass das in Deutschland als „das Wunder von Bern“ bekannte WM-Finale 1954 unter Pervitin gewonnen wurde (vgl. Zeit Online 2010). Ebenso habe der Ex-Tennisspieler Andre Agassi seit den 90er Jahren Crystal Meth konsumiert, um seine Leistung zu steigern. In Deutschland war Pervitin bis 1988 in Apotheken erhältlich (vgl. Ulrich 2005).

Anders als in Deutschland entwickelte sich die Geschichte der Methamphetamine in den USA eher pharmakologisch. In den 1950er Jahren wurde die Droge von einem Großteil der Bevölkerung als Aufputzmitteln eingenommen, vor allem von Studenten, Lastwagenfahrer, Hausfrauen oder Athleten. Gegen Ende der 50er Jahre entdeckten die amerikanischen Ärzte das weiße Pulver als vermeintliches Arzneimittel gegen Narkolepsie, Parkinson, ADHS, Adipositas sowie Depressionen und sogar Alkohol- und Heroinsucht. Etwa zehn Jahre später wurden erste illegale „Methlabore“ in den USA entdeckt. „Methlabore“ werden illegal selbst errichtete chemische Instrumentenvorrichtungen zur Synthetisierung von Methamphetaminen genannt. Diese befinden sich vor allem in Kellern oder Garagen von Privathäusern. In den 60er Jahren wurden die Labore hauptsächlich von Studenten, Motorradklubs wie den „Hell’s Angels“ oder Vietnam- und Koreaveteranen aufgebaut. Heutzutage werden Methamphetamine in den USA nur noch in Ausnahmefällen gegen ADHS verschrieben. Voraussetzung hierfür ist, dass keine der üblichen Behandlungsmethoden wie beispielsweise Ritalin anschlägt bzw. nicht mehr anschlägt (vgl. Halkitis 2009, S. 6-7).

Die Geschichte der Methamphetamine in Asien hat einen gänzlich differenzierten Ursprung. Die als „Yaba“ bekannt gewordenen orangen Pillen werden vorwiegend in Thailand konsumiert. Als Arbeiterdroge hat „Yaba“ schon lange illegale Drogen mit hohen Umschlagswerten wie Heroin oder Kokain abgelöst. Die meist mit Koffein oder anderen Drogen zugesetzte Pille erreichte eine hohe Beliebtheit unter der Arbeiterschicht. Durch das Methamphetamin können Schlaf-Wach-Rhythmen verzögert und dadurch Arbeitszeiten verlängert werden. „Yaba“ hat zu erheblichen Problemen in Thailand geführt. Szenarien, wie Entführungen oder Amokläufe standen an der Tagesordnung. Fast alle wurden unter der Wirkung von Methamphetaminen

durchgeführt oder waren eine Folge des Entzugssyndroms, welches die Abhängigen wahnsinnig werden ließ (vgl. National Geographic 2012, Min. 23:15).

Aber warum führt diese Droge zu solchen Problemen und wird so häufig und weltweit konsumiert? Grund hierfür ist die Wirkung, welche im nachfolgenden Punkt genauer beschrieben wird.

## 2.2 Wirkungsweisen

Die Wirkung von  $C_{10}H_{15}N$ , wie Methamphetamine in ihrer chemischen Summenformel bezeichnet werden, ist generell nicht unbekannt. Die synthetische Droge hat ähnliche Auswirkungen auf den menschlichen Organismus wie ihre Obergruppe, die Amphetamine. Beide greifen hauptsächlich auf die sich im Nucleus accumbens, dem basalen Vorderhirn, befindenden Katecholamine<sup>3</sup> zu. Die Katecholamine werden durch den synthetischen Stoff unmittelbar aktiviert oder deren Abbau gehemmt. Bei dem Neurotransmitter Serotonin kommt es sogar zu einer Hemmung der natürlichen Ausschüttung (vgl. Halkitis 2009, S. 28). Um nun die Auswirkung dieser Prozesse und damit die Wirkungsweise verstehen zu können, müssen die genannten Neurotransmitter unter Methamphetamineinfluss vorerst knapp erläutert werden.

Noradrenalin ist nur eingeschränkt vom Konsum der Droge betroffen. Dieser Neurotransmitter ist die Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit, Ruhe oder des Fluchtverhaltens sowie zuständig für die Ausschüttung von Adrenalin. Das bedeutet, dass sie nicht für die Freisetzung von Noradrenalin verantwortlich ist, jedoch für die Hemmung der Wiederaufnahme des Transmitters durch den Körper. Die Schlussfolgerung aus dieser Reaktion ist die dauerhafte Freisetzung von Adrenalin, daraus resultierend ein dauerhaftes Wachbleiben, da das Noradrenalin nicht wieder aufgenommen werden kann. Durch die kontinuierlich stattfindende Freigabe von Adrenalin kommt es unweigerlich zur Erhöhung der Herzschlagfrequenz und der Mobilisierung von Energiereserven, hervorgerufen durch eine erhöhte Lipolyse<sup>4</sup>. Der dadurch befreite Botenstoff Adrenalin legt sich in den synaptischen Spalt, welcher sich zwischen der Prä- und der Postsynapse befindet. In diesem Übertragungsraum für Neurotransmitter, welcher zum Aktivieren von Emotionen dient, entsteht ein erhöhtes

---

<sup>3</sup> Oberbegriff für die betroffenen Neurotransmitter Noradrenalin, Adrenalin, und Dopamin

<sup>4</sup> Fettabbau

Energiepotenzial. Ebenso wie bei Noradrenalin wird dabei gleichzeitig der Abbau des Botenstoffes gehemmt. Die Konsequenz dieser Reaktion ist das Gefühl, ungebändigte Energie zu besitzen (vgl. Halkitis 2009, S. 31). Tatsächlich kommt es durch die Einnahme der Droge auch zu einer Leistungssteigerung, weswegen sie bis in die 90er Jahre als Dopingmittel im Sport eingesetzt wurde. Des Weiteren hemmt das für die Zeit der Wirkung nichtabbaubare Adrenalin Emotionen, wie Übermüdung oder Erschöpfung, was den Konsumenten über lange Zeit wach halten kann.

Die Mehrzahl der „Methkonsumenten“, wie sie der Volksmund in den USA nennt, nimmt die Droge jedoch aus einem anderen Grund. Viel anregender als das dauerhafte Vorkommen von Adrenalin und Noradrenalin im Körper, scheint für die Meisten, die bis zu 1500-fache Ausschüttung des Neurotransmitters Dopamin (vgl. Halkitis 2009, S. 31). Dopamin wird im menschlichen Körper auch als „Glückshormon“ bezeichnet. Durch die Freisetzung dieses Botenstoffes werden im Gehirn positive Gefühle erzeugt. Als Resultat überlebenswichtiger Ereignisse, wie die Nahrungsaufnahme oder Fortpflanzung, wird Dopamin zur Belohnung dieses Verhaltens ausgeschüttet. Die Präsynapse wird durch die Droge zur Dopaminausschüttung angeregt. Nach der Freisetzung des Neurotransmitters wird das Dopamin folglich von der Postsynapse aufgenommen. Als Resultat entsteht im Hirn die Weitergabe einer Information, welche eine Emotion auslöst. Anschließend würde das restliche Dopamin in die Präsynapse zurücktransportiert werden, um die Übertragung und damit die Emotion zu beenden. Dieser Vorgang wird „reuptake“ genannt. Durch die Einnahme von Methamphetaminen wird jedoch exakt dieser „reuptake“ gehemmt (vgl. Halkitis 2009, S. 30). Das bedeutet, dass zum einen dauerhaft Dopamin aktiviert und durch die Postsynapse aufgenommen wird. Zum anderen aber, dass die Übertragung über die gesamte Wirkungsdauer der Droge durch den gehemmten „reuptake“ nicht beendet werden kann. Der Effekt dieses Phänomens ist ein andauerndes Glücksgefühl, was jedoch nie wieder so euphorisch wie beim Erstkonsum sein wird. Grund hierfür ist das Verkümmern der Rezeptoren, an denen das Dopamin ansetzt. Durch die Überproduktion und die damit verbundene, übernatürliche Aufnahme des Neurotransmitters, kommt es an den Rezeptoren zu einer Überlastung. Als Schutzreaktion des Körpers werden in Folge daraufhin die Rezeptoren abgeschaltet, bzw. verkümmern (vgl. Halkitis 2009, S. 28). Problematisch ist dabei aber nicht nur, dass Konsumenten stets dem ersten Rausch „hinterherjagen“, welcher aufgrund der immer begrenzteren Aufnahmemöglichkeit von Dopamin nicht mehr möglich sein



kann. Ihnen ist es dazu nicht mehr bzw. nur eingeschränkt möglich ohne die Droge ein ähnliches Glücksgefühl beim Geschlechtsverkehr oder der Nahrungsaufnahme zu empfinden, wie einem Nicht-Drogenkonsumenten. Diese beiden Erlebnisse sind in fast allen Fällen der Auslöser für ein Weiterkonsumieren, vor allem aber für eine Konsummengensteigerung.

Die Wirkung von Methamphetaminen auf den Serotoninhaushalt ist gänzlich anders als die auf Katecholamine. Serotonin als allgemein bekannter „Gegenspieler“ zu Dopamin ist zuständiger Neurotransmitter für Appetit, Stimmung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Körpertemperatur und das Sexualverhalten. Zuständig für die Regulation der genannten Körperfunktionen wird es bei der Einnahme der Droge gehemmt. Differenziert von der Wirkung auf Dopamin wird bei der Ausschüttung eine Reaktion nicht aktiviert, sondern reguliert. Als Folge dieser Hemmung empfindet der Konsument einen stark angeregten Appetit, welcher jedoch durch den gehemmten Adrenalinabbau und die damit einhergehende Lipolyse nicht weiter berücksichtigt wird (vgl. Halkitis 2009, S. 31). Die Folge ist, dass der Konsument zwar Appetit verspürt, aber keinen Hunger. Verstärkt wird dies durch die künstlich stattfindende Dopaminausschüttung, welche dem Konsumenten trotz nicht stattfindender Nahrungsaufnahme das Gefühl gibt, zufrieden und dafür belohnt zu sein. Des Weiteren verspüren die Verbraucher keine Müdigkeit mehr. Häufig wird davon berichtet, unter Einfluss der Droge tagelang wach bleiben zu können, weswegen Methamphetamine als Arbeiterdroge in Asien, wie bereits erwähnt, so beliebt sind (vgl. National Geographic 2012, Min. 21:20). Außerdem hat der verringerte Serotoninspiegel zur Folge, dass sich die Körpertemperatur verändert. Eine Untersuchung des pharmakologischen Institutes Kiel hat bei der Pervitin-Forschung an Mäusen ergeben, dass sich die Körpertemperatur je nach Raumtemperatur verändert. So hat eine geringe Raumtemperatur den Abfall der Körpertemperatur zur Folge, ebenso wie umgekehrt (vgl. Ohnesorge 1964). Fest steht jedoch, dass ein enormer Anstieg der Körpertemperatur ein Anzeichen für eine Überdosierung der Droge ist. Zusätzlich zu den genannten Auswirkungen der Serotoninhemmung kommt es zu einer extrem gesteigerten sexuellen Lust. Dieser Fakt macht die Droge speziell in der amerikanischen Homosexuellenszene zur enormen Gefahr. Bedingt durch das gesteigerte Lustempfinden, wird Methamphetamin zu einem der häufigsten Übertragungsrisiken von Geschlechtskrankheiten. So zeigen amerikanische Studien, dass homosexuelle Methamphetaminkonsumenten 18-mal häufiger ungeschützten

Analverkehr haben sowie weitaus extremere Sexpraktiken betreiben. Dadurch ist die Ansteckungsrate von sexuell übertragbaren Krankheiten, wie HIV und Hepatitis B imminently höher. „BUY CRYSTAL, get HIV free“(Halkitis 2012, S. 74) lautet dabei die Antwort des New Yorker City Department of Health and Mental Hygiene. Diese Kampagne konnte darüber hinaus jedoch nicht verhindern, dass die Synthetikdroge zur beliebtesten Droge im Zusammenhang mit überwiegend homosexuellem Geschlechtsverkehr aufgestiegen ist. Verbraucher der Droge berichten von längeren, häufigeren und gefühlsreicheren Sexualerfahrungen, ebenso wie von einer Senkung aller negativer Begleiterscheinungen von „One-Night-Stands“ (vgl. Halkitis, S. 74). Letztlich sind aber nicht nur Appetit, Schlaf-Wach-Rhythmus, Körpertemperatur und Sexualverhalten durch die Serotoninhemmung betroffen, sondern auch die Stimmungslage. So wird ein geringer Serotoninspiegel häufig mit Stimmungsschwankungen, Depressionen oder gar Halluzinationen in Verbindung gebracht. Dieser Umstand ist vorrangig für Menschen mit einem natürlich bedingten niedrigen Serotoninspiegel, welche dadurch eine gesteigerte Empfänglichkeit für Depressionskrankheiten aufweisen, enorm gefährlich. Wenn diese Personengruppe Methamphetamine zu sich nimmt und ihren Serotoninhaushalt künstlich senkt, können tief greifende starke Depressionen die Folge sein, welche schließlich im Suizid enden können.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Droge üblicherweise folgende sicht- und spürbare Wirkungsweisen beim Konsumenten hervorruft:

1. dauerhaftes Wachhalten
2. unterdrückter Hunger und Durst
3. stark erhöhter Bewegungsdrang bis hin zu Hyperaktivität
4. erhöhter Sexualtrieb
5. erhöhtes Aggressionspotenzial
6. überschwängliche Emotionen
7. manische Gefühlszustände
8. Veränderung der Körpertemperatur
9. Depressionen
10. Halluzinationen

Anhand der aufgezählten biologischen Wirkungsweisen im menschlichen Körper kann festgestellt werden, dass Methamphetamine den Amphetaminen stark ähneln. Sie

unterscheiden sich augenscheinlich nur durch den Wortanfang. „Meth“, was kurz für „Methyl“ steht und ausgeschrieben die chemische Bezeichnung Methylamphetamin ergibt. Dies ist tatsächlich der einzige Unterschied. Jedoch steht das Kürzel „Meth“ in diesem Fall für mehr als nur einen kleinen Zusatz. Doch neben dem typischen Erscheinungsbild von Methamphetaminkonsumenten, wie blutige Hautschädigungen durch einen scheinbaren Juckreiz sowie das Altern der Haut, bezeichnet „Meth“ noch einen weiteren Unterschied (vgl. National Geographic 2012, Min. 13:47). Es steht für eine bis zu fünffach längere, stärkere, wie auch schnellere Wirkung. Der Grund hierfür ist eben diese zusätzliche Methylgruppe, welche es der Droge erlaubt, die Blut-Hirn-Schranke erheblich schneller und zahlreicher zu überwinden. Dieser Fakt macht den synthetischen Stoff folgenswer gefährlicher als die Amphetamine (vgl. National Geographic 2012). Häufig wird davon berichtet, dass Amphetaminkonsumenten durch Unwissen bereits beim Erstkonsum der Methamphetamine eine ähnliche Menge konsumieren wie bei den gewohnten Amphetaminen. Dieses Verhalten ist nicht nur im Hinblick auf die enorm verstärkte Wirkung ein ungleiches Risiko, sondern auch bezogen auf den Reinheitsgrad der beiden Synthetikdrogen. Es wird davon ausgegangen, dass Speed mit einem ungefähren Reinheitsgrad von 1 – 29 % im Straßenverkauf gehandelt wird (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Sucht o.J., Seitenende). Crystal jedoch besitzt im Schnitt, selbst im Straßenverkauf, einen Reinheitsgrad von bis zu 90 %. Die Abb. 1 zeigt eine in den USA drastische Änderung im Vergleich Reinheit der Droge und Preis pro Gramm. Während zu Beginn der Aufzeichnungen im Jahr 2007 der Preis trotz sinkender Reinheit stieg, ist ab 2008 eine gänzlich umgekehrte Entwicklung zu erkennen. Bei einem Preis von ca. 100 \$ wird eine Droge mit einem unüblichen Reinheitsgrad von fast 90 % verkauft (vgl. Abb. 1). Das bedeutet, dass im Vergleich mit dem Konsum einer gleichen Menge von  $X^5$  Gramm, durch Methamphetamine eine etwa 8-fach verstärkte Wirkung erzielt wird als mit dem Vergleichsmittel.

Doch warum besitzen Methamphetamine im Straßenverkauf eine derart unübliche Reinheit im Vergleich zu anderen Drogen?

---

<sup>5</sup> unbestimmte Variable

## 2.3 Verbreitung

Der Grund für eine derart hohe Reinheit liegt in der Herstellung der Droge. Sie ist einfach, aber vor allem billig herzustellen. „If you can make chocolate chip cookies, you can cook methamphetamine.“ (National Geographic, 2012, Min. 33:13). Der synthetische Stoff wird aus alltäglichen Hausmitteln erstellt, bzw. gekocht. Zu den Zutaten gehören handelsübliche Erkältungstabletten, um die Wirkstoffe Pseudoephedrin und Ephedrin zu extrahieren, welche zu den Hauptbestandteilen der Droge zählen. Während in Tschechien und Großbritannien Erkältungsmittel mit diesen Wirkstoffen nur noch auf Rezept erhältlich sind sowie in den USA eine Einschränkung der Abgabe an Einzelpersonen eingeführt wurde (vgl. Halkitis 2009, S. 45), kann in Deutschland das Pseudoephedrin in frei verkäuflichen Kombipräparaten gefunden werden. Weiterhin zählen zu den Zutaten das Lithium aus Batterien, der Ether, welcher als Treibmittel in Spraydosen verwendet wird, wasserfreies Ammoniak, was als Düngemittel erhältlich ist sowie Frostschutzmittel, Lampenöl oder Abflussreiniger (vgl. Halkitis 2009, S. 39). Aus diesen Zutaten lässt sich zweifelsfrei die hoch toxische Zusammensetzung der Droge ableiten. Jede einzelne Komponente wirkt selbst ätzend, vergiftend oder gar tödlich, selbst in kleinsten Mengen. Methamphetamine können mit einem günstigen Wareneinsatz hergestellt werden. Außerdem ist es möglich den Stoff in kürzester Zeit in jeder Küche oder mit einfachen Campingkochern zu produzieren. Nicht einmal eine Stunde benötigt ein geübter „Crystalkoch“, um die Synthetikedroge herzustellen. Unter Einbezug der Warenkosten hat ein Konsument eine ganze Wochenration für rund 20 Euro selbst produziert (vgl. National Geographic 2009, Min. 36:18). Das Resultat der günstigen Herstellung ist am Ende eine Droge mit enorm hohem Reinheitsgrad, welche zur Gewinnbringung nicht weiter gestreckt werden muss. Die günstige und schnelle Herstellung der Droge macht sie zu einem immer populärer werdenden Rauschmittel. In Deutschland erlangt sie speziell in Sachsen immer größere Popularität (Abb. 2). Auf dem deutschen Drogenmarkt noch vor wenigen Jahren unbekannt, bzw. nicht nachgefragt, wird sie von Jahr zu Jahr gefragter. Methamphetamine werden von tschechischen „Methlaboren“ über die deutschen Grenzen transportiert und überfluten die sächsischen Grenzregionen Dresden, Leipzig und Plauen (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Bundesministerium für Gesundheit 2012, S.30). Auch in Bayern ist das Problem in den letzten Jahren exorbitant angestiegen. Der Drogenbericht 2011, herausgegeben durch die

Drogenbeauftragte der Bundesregierung, offenbart, dass Crystal bereits jetzt die sächsische Hauptdroge ist (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Bundesministerium für Gesundheit 2012, S.31). Die Drogenberatungsstellen der sächsischen Städte berichten von einem immer größer werdenden Andrang durch „Meth-Konsumenten“, welcher kaum noch zu bewältigen sei (vgl. Abb 3). Im gesamten deutschen Bundesgebiet ist laut Angaben des BKA<sup>6</sup> 2012 die dreifache Menge an Methamphetaminen beschlagnahmt wurden, im Vergleich zum Vorjahr. Ebenso berichtet das BKA, dass „Crystal“ oder „Ruppe“, welche die bekanntesten Straßennamen sind, bald nicht mehr nur in den östlichen Grenzgebieten konsumiert werden wird. Es sei davon auszugehen, dass immer größere Mengen der Droge versucht werden zu schmuggeln und sie bald auch andere deutsche Bundesländer erreichen wird (vgl. Deutschlandradio Wissen 2012). Bereits jetzt sind Methamphetamine die am meisten selbst hergestellten Drogen der ATS (Abb. 4). Letztlich lässt sich in der BRD ein klarer Wandel des Drogenmarktes erkennen. Während noch vor wenigen Jahren auf Cannabis aus den Niederlanden das Hauptaugenmerk der illegalen Importe lag, ergänzt durch kleinere Mengen Cannabis, Kokain, oder Heroin aus Tschechien, spaltet sich nun Schritt für Schritt die Aufmerksamkeit. Festzustellen ist, dass der tschechische Drogenmarkt explosionsartig expandiert und exponentiell steigende Mengen an Methamphetaminen und anderen Drogen auf den deutschen Markt spült.

Noch kritischer ist die Lage international. In den USA gilt die Droge schon seit den 50er Jahren als großes Problem. In den letzten 15 Jahren stieg nicht nur die Zahl der Erstkonsumenten an, sondern auch die der beschlagnahmten „Meth-Küchen“ und Superlabors. Im Vergleich der Jahre 1999, 2004 und 2011 ist eine deutliche Steigerung der durch die DEA<sup>7</sup> aufgenommenen „meth incidents“<sup>8</sup> zu erkennen (vgl. Abb. 5-7). Im Vergleich der drei Abbildungen verschiedener Jahre kann die Drogenpolitik der Vereinigten Staaten von Amerika sehr gut abgelesen werden. Zuerst einmal wird jedoch der Wandel des amerikanischen Methamphetaminmarktes gesehen. An den unter „Total“ stehenden Zahlen ist schnell eine große Fluktuation abzulesen. Im Jahr 1999 wurden demnach 7438 „Meth Incidents“ gemeldet (vgl. Abb. 5). 2004 waren es dem gegenüber schon 18091 (vgl. Abb. 6) und 2011 wiederum nur noch 10287 (vgl.

---

<sup>6</sup> Bundeskriminalamt

<sup>7</sup> Drug Enforcement Administration (amerikanische Drogenaufsichtsbehörde)

<sup>8</sup> bezeichnet beschlagnahmte „Meth-Küchen“, konfiszierte Müllhalden sowie eindeutige Chemikalien und chemische Glasinstrumente, die auf „Meth-Labore“ zurückgeführt werden können

Abb. 7). Daraus festgestellt werden kann ein enormer Wandel. Begründen ließe sich dies mit den folgenden Vorkommnissen. Zum Ersten durch ein gezielteres Vorgehen seit 2004 gegen die sogenannten „Meth-Labore“ (vgl. National Geographic 2012, Min. 32:49), zum Zweiten aber durch die 2006 erlassenen Bestimmungen zur Abgabe von Medikamenten, in denen der Wirkstoff Ephedrin oder Pseudoephedrin enthalten ist (vgl. Halkitis 2009, S. 45). Seit 2006 sind die amerikanischen Apotheken dazu verpflichtet, solche Medikamente hinter dem Bezahltesen oder in verschlossenen Schränken zu lagern. Jeder Käufer muss sich ausweisen können und sich dazu bereit erklären, sich in ein „Lockbuch“ einzutragen, in welchem Name und Adresse zwei Jahren lang gespeichert werden. Außerdem kann eine Packung dieser Medikamente nur alle 30 Tage käuflich erworben werden (vgl. Halkitis 2009, S. 45). Es kann deswegen davon ausgegangen werden, dass durch den erschwerten Erwerb der Grundstoffe Ephedrin und Pseudoephedrin, die illegale Produktion seit 2005 wieder gesunken ist. Drittens wird ein weiteres Problem als Anlass für die sinkenden Zahlen der „Crystal-Küchen“ in den USA gesehen. Im Vergleich der drei Abbildungen fällt auf, dass sich die Produktion, welche sich 1999 noch stark auf die Westküste der USA konzentrierte (Kalifornien 2579 „Meth Incidents“) im Laufe der Jahre immer mehr auf den Zentral- bis Ost-US-amerikanischen Raum konzentriert. Der deutlichste Anstieg ist im Staat Missouri erkennbar. Während im Jahr 1999 noch 439 „Meth-Vorkommnisse“ gezählt wurden, sind es 2006 bereits 2820. Kalifornien hingegen meldet 1999 noch 2579 „Meth-Küchen“, 2006 aber 789 und 2011 sogar nur noch 92 (vgl. Abb. 5-7). Zur Erklärung dieses Phänomens zählt der geschichtliche Wandel der Droge in den USA. Zu Beginn wurde die Droge erstmals durch die Motorradgang „Hell’s Angels“ illegal hergestellt und in ihren Motorgehäusen (engl. crankcase) geschmuggelt, woher der Straßename „Crank“ abzuleiten ist. Diese Motorradgang begrenzte sich Ende der 50er Jahre noch auf den kalifornischen Großraum, weswegen die Droge weitestgehend nur im Westen der USA bekannt war (vgl. Halkitis 2009, S. 8). Im Wandel der Zeit eroberten die kristallinen Methamphetamine immer weiter das Landesinnere, bis sie im Jahre 2006 auch die Großstadt New York erreicht hat. Dort vor allem verbreitet durch die Homosexuellenszene, ist das endgültige Ausmaß der Droge noch abzuwarten.

Beliebt sind Methamphetamine aber vor allem im asiatischen Raum (Abb. 8). Die unter „Yaba“, übersetzt „verrückte Medizin“, bekannte Arbeiterdroge, erlebt hier seit Jahren einen Boom. Die Einnahme der Droge zieht sich speziell in Thailand durch alle

Bevölkerungsschichten. Grund hierfür seien sinkende Löhne und steigende Lebenshaltungskosten. Um länger oder sogar tagelang arbeiten zu können, wird dazu die meist mit Koffein gestreckte Droge in Pillenform vorzugsweise geraucht. Im Jahr 2003 schätzte die thailändische Regierung die Anzahl der Yaba-Abhängigen auf ca. drei Millionen. Daraufhin reagierte die Exekutive mit verschärften Razzien, welche allein 2003 bis zu 2000 Tote forderten (vgl. National Geographic 2012, Min. 23:45). Dennoch wird die Droge sogar von Chefs an ihre Angestellten verteilt, um ein höheres Arbeitsergebnis zu erreichen. Im Rotlichtviertel der Großstädte, wie Bangkok, ist Yaba nicht mehr wegzudenken. Die meist vom Land stammenden jungen Frauen nehmen es, um mehr Geld verdienen zu können, was ihrer Familie zukommen soll. Hier beginnt jedoch ein „Teufelskreis“, da zwar tatsächlich mehr Geld verdient wird, es aber aufgrund der Methamphetaminabhängigkeit sofort wieder für die Beschaffung von Yaba ausgegeben wird (vgl. National Geographic 2012, Min. 25:52).

Die, auf Europa reduzierte Betrachtung, lässt erkennen, dass, wenn es ein „Methland“ gäbe, es eindeutig Tschechien wäre. Die Abbildung 5 zeigt die durch Europol im Jahre 2008 aufgefunden illegalen „Amphetaminküchen“. Mit 458 Funden ist Tschechien unangefochtener Marktführer. Weit dahinter kommt auf Rang zwei der deutsche Freistaat Sachsen mit sieben illegalen Privatmanufakturen. In Tschechien, wie in Sachsen werden ausschließlich Methamphetamine hergestellt (vgl. Abb. 9).

Die Produktion von Methamphetaminen ist demnach nun auch in Europa angekommen. Letztlich bedarf es nur noch der Verbreitung. Während ost- und nordeuropäische Länder wie Estland, Lettland, Tschechien oder Norwegen bereits gut mit der Synthetikdroge vertraut sind und sich ein Markt dafür entwickelt hat, sind mittel- und westeuropäische Länder, wie Deutschland, Frankreich, Spanien oder die Schweiz nur wenig von Methamphetaminen erschlossen. Die Abbildung 8 zeigt jedoch einen eindeutigen Trend der Droge. Zu sehen sind die in Europa beschlagnahmten Methamphetamine von 2005-2009 in kg (vgl. Abb. 10). Sollte dieser Trend weiterverfolgt werden, ist es demnach nur noch eine Frage der Zeit, bis sich die Methamphetamine auch über ganz Europa ausgebreitet haben.

### **3. Die Rehabilitationsbehandlung methamphetaminabhängiger Menschen**

#### **3.1 Internationale Behandlungsansätze**

International und dabei besonders die Länder betrachtet, welche schon weitaus mehr Erfahrungen mit Methamphetaminen haben als Deutschland, wie beispielsweise die USA, gibt es deutlich differenzierte Behandlungsansätze für eine Rehabilitationsbehandlung. Der Grund hierfür liegt vorwiegend in den unterschiedlichen Kulturen anderer Länder und die damit verbundene Notwendigkeit nach anderen Behandlungsmöglichkeiten zu suchen. Das dabei bekannteste Model zur Behandlung methamphetaminabhängiger Menschen ist das „12-Step-Programm“. Entwickelt wurde dieses Programm ursprünglich durch die Anonymen Alkoholiker zur Eigenbehandlung durch eine Gemeinschaft oder Gruppe. Die zwölf Schritte (siehe Anhang) sollen dabei bei dem Klienten helfen, erfolgreich rehabilitiert zu werden. Dieses Konzept wird auch heute noch im Kreise der Crystal-Meth-Anonymous angewandt. Ziel ist es, durch den Zusammenhalt einer Gruppe und dem zwölfteiligen „Therapieplan“ sich die Sucht einzugestehen, eine feste Glaubensbindung zu Gott aufzubauen und eigenes Fehlverhalten zu erkennen sowie zu beseitigen. Unter dem Grundgedanken, dass die Abhängigkeit als Folge einer biologischen und psychischen Verletzbarkeit heraus resultiert, soll vor allem der Einbezug eines stabilen sozialen Umfeldes erreicht werden. Auffällig ist jedoch, dass das Personal, welches auf dieses Programm geschult wurde, oftmals davon berichtet mit Methamphetaminabhängigen überfordert zu sein (vgl. Halkitis 2009, S. 115). Die Rehabilitationszentren der USA werben mittlerweile häufig bereits auf ihrer Homepage damit, dass es bei ihnen kein „12-Step-Programm“ gäbe. Sie weisen darauf hin, eine Alternative zum üblichen Programm gefunden zu haben (Bsp. St. Jude Retreats, Amsterdam, NY). Diese Alternative ist in den meisten Fällen das sogenannte „Matrix-Modell“. Dieses in den 80er Jahren für Kokain entwickelte Modell vereint das 12-Step-Programm mit Grundlagen des aus der amerikanischen Kokainrehabilitation bekannten CBT<sup>9</sup> sowie eine individuelle Psychotherapie. Aufgebaut auf die vier folgenden Grundsätze, ist dieses Modell, das bisher angesehenste von allen:

---

<sup>9</sup> Cognitive-Behavioral Approaches



- a. Beendigung der Drogeneinnahme
- b. kritische Aspekte über die Sucht und den Rückfall lernen
- c. Fortbildung von Familienangehörigen über die Sucht und den Rückfall
- d. monatlicher Drogentest

Aufgeteilt ist die Behandlung nach diesem Modell in eine 16-wöchige Behandlungsdauer, welche sich in 48 Sitzungen aufgliedert. Das manualisierte Programm versucht mit Hilfe von Psychoedukation für den Klienten und Familienangehörige, die Droge und deren Wirkung verständlich zu machen. Neben der professionellen Hilfestellung herrscht bei dieser Methode eine Selbsthilfegruppenpflicht, was den Patienten bestärken soll, eigenständig tätig zu werden. Bei dem Matrix-Modell geht es demnach in erster Linie darum durch spirituelle, verbunden mit therapeutischen Methoden, die Abstinenz zu erreichen und halten zu können. Außerdem wird versucht, durch verstärkt kognitive Maßnahmen eine grundlegende und gesellschaftsintegrierende Verhaltensänderung zu erzielen (vgl. Halkitis 2009, S. 111). Dieses Modell ist bereits in Deutschland angekommen und wird in einigen überwiegend ambulanten Kliniken angewandt (Beispiel: Bezirksklinik Hochstadt). Fraglich ist jedoch, ob sich dieses Therapiemodell gänzlich für Deutschland empfehlen kann, da durch die hohe religiöse Anlehnung die Patienten nicht flächendeckend angesprochen werden. Ebenso religiös ist die Behandlung in Thailand. Die Behandlung in Thailand liegt fast ausnahmslos in staatlicher Hand. Sie umfasst strengste Regeln und ist stark spirituell ausgelegt. Im asiatischen Raum wird oftmals strikt zwischen Mann und Frau getrennt. Die Aufnahmen erfolgen in Klöstern oder für den deutschen Standard enorm unterentwickelte Einrichtungen. Die Methoden zielen darauf ab, die Rehabilitanden in einfachsten Verhältnissen und ohne jegliche Konsumgüter auf den Pfad Buddhas zu bringen und mit Hilfe der Spiritualität auf sich selbst und die Lehren Buddhas zu besinnen. Die Behandlung ist weniger auf psychologischer Basis, als auf medizinischer. Meist bekommen Ankömmlinge eine Kräuterkur, welche zu bis zu fünf Tagen andauerndem Erbrechen führt, um den Körper zu entgiften. Dies dient der Entgiftung des Körpers. Anschließend wird mit gemeinnütziger Arbeit versucht das Sozialgefühl zu stärken. Strenge Regeln leiten die Behandlung, z. B. Aufstehen gegen fünf Uhr, kein Ausgang, schlafen mit bis zu 30 Personen in einem Raum oder Kontaktsperre. Nach den ersten, im Schnitt 21 Tagen, wird der Rehabilitand in ein Kloster gebracht, in dem die Behandlung in wiederum 21

Tagen beendet wird. Dabei wird der normale Klosteralltag gelebt. (vgl. Thamkrabok Independent Information Network, o.J.)

### **3.2 Behandlungsansätze nach deutschen Standards**

Die deutschen Rehabilitationsbehandlungen verfolgen in fast allen Fällen eine integrative, also verfahrensübergreifende Therapie, da sich monomethodische Therapieansätze in Deutschland bis jetzt nicht durchsetzen konnten. So werden beispielsweise die Psychotherapie und die Soziotherapie zur psychosozialen Behandlung zusammengefasst (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2012, S. 215). Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Rehabilitationsbehandlung Methamphetaminabhängiger in Deutschland nach den gleichen suchtsystematischen Abläufen wie die der Alkoholabhängigen abläuft. Das heißt, dass es hier zu einer Kontakt- und Motivationsphase, einer Entzugsphase, einer Entwöhnungsphase und einer Nachsorge kommt. Auch die darin gefassten Ansätze und Angebote sind fast identisch zu dem der Alkoholiker. Dabei kann die Rehabilitationsbehandlung in ambulante und stationäre Betreuung unterteilt werden. In dieser Arbeit soll allerdings nur die stationäre Behandlung betrachtet werden, da die ambulante Behandlung für Abhängige illegaler Drogen stets umstritten ist. Manche Quellen nennen diese Form als gerade richtig, um die Rehabilitanden nicht aus dem gewohnten sozialen Umfeld zu reißen. Andere hingegen gehen davon aus, dass nur ein stationärer Aufenthalt die gewünschte Wirkungsweise der Abstinenz, nach dem das deutsche Suchtsystem ausgelegt ist, erzielen kann (vgl. Loviscach 1996, S. 247). Grundsätzlich kann aber gesagt werden, dass Methamphetaminkonsumenten einen anderen Bedarf als Alkoholiker an der Verteilung der angebotenen Maßnahmen haben. Dies beginnt schon bei den meist stark ausgebildeten komorbiden Störungsbildern sowie schlicht bei den bedeutend differenzierten Wirkungsweisen der Drogen und den damit verbundenen Folgen.

Bei crystalabhängigen Rehabilitanden sind im Gegensatz zu Alkoholkranken folgende Auswirkungen besonders zu berücksichtigen. Aufgrund der immensen psychischen Abhängigkeit ist ein differenziertes „Craving“<sup>10</sup> zu beachten. Die psychoaktive Wirkungsweise der Droge erhält ebenfalls eine große Bedeutung, wenn es um Emotionsvermittlung oder –verarbeitung geht. Meist ist dabei eine hohe emotionale

---

<sup>10</sup> Suchtdruck

Gereiztheit und Instabilität zu beobachten. Darüber hinaus fällt häufig eine Anhedonie<sup>11</sup> bei dieser Patientengruppe auf (vgl. Härtel-Petri 2012a, S. 131). Das Auftreten dieses Störungsbildes ist auf die Schädigung der Neurotransmitter und der damit einhergehenden Störung des Neurotransmitterhaushalts zurückzuführen. Gerade durch die entstandene Unfähigkeit Dopamin in den üblichen Dosen aufzunehmen, entstehen Negativ- bzw. keine Emotionen. Entgegengewirkt wird dem mit einer dauerhaften Psychoedukation und vermehrtem kognitiven Training. Hier wird immer wieder über den Entzug und die Folgen aufgeklärt und auf das Remodelling der Dopamintransmission eingegangen (vgl. Härtel-Petri 2012a, S. 131). Dies geschieht zwar auch bei anderen Drogenpatienten, wie z. B. Amphetaminabhängigen, jedoch ist bei der beschriebenen Patientengruppe eine größere Auswirkung des Problems zu erwarten, da durch die vervielfachte Ausschüttung von Dopamin eine stärkere Schädigung des Neurotransmitters und seiner Aufnahme die Folge ist. Ebenso bekannt durch andere Drogen sind Drogenträume, welche bei Alkoholiker so nicht vorkommen. Die Folgen sind hohes Schlafbedürfnis und ein unerholsamer Schlaf (vgl. Härtel-Petri 2012a, S. 130). Dem kann mit individuellen Einschlafhilfen entgegengewirkt werden. Gleichmaßen vorhanden sind bei beiden, Methamphetaminabhängigen wie Alkoholabhängigen, zwar auch die Schlafstörungen, jedoch sind diese nicht mit den Drogenträumen zu vergleichen. Wie aus dem Wort bereits abzuleiten ist, handelt es sich dabei um einen Traum, welcher in seiner häufigsten Form eine Konsumsituation beinhaltet. Ebenso zu erwarten sind erheblich verminderter Antrieb, chaotisches, unkoordiniertes Auftreten und eine fehlende Belastbarkeit. Darüber hinaus vereint beide das häufige Auftreten von Depressionen, Angstzuständen, Suizidalität und ggf. auch Schizophrenien oder Psychosen (vgl. Härtel-Petri 2012a, S. 130).

Wie bereits erwähnt durchlaufen Crystalpatienten die gleichen Schritte durch die Suchtbehandlung wie Alkoholkranke. Gegliedert sind sie dabei in die vier Teile des deutschen Suchtsystems. Hierbei handelt es sich um a.) Kontakt- und Motivationsphase b.) Entzugsphase c.) Entwöhnungsphase und d.) Nachsorgephase.

---

<sup>11</sup> Unfähigkeit Lust oder Freude zu empfinden

### 3.2.1 Kontakt und Motivationsphase

In dieser, der ersten Phase, geht es darum, eine Methamphetaminabhängigkeit festzustellen und den Betroffenen zu motivieren, sich in Behandlung zu geben. Diese Phase findet hauptsächlich in einer Beratungsstelle statt (vgl. Loviscach 1996, S: 177). Als besonders wichtig wird dabei der Erstkontakt angesehen, welcher häufig davon abhängt, ob ein Patient sich überhaupt in Behandlung begibt oder nicht. Für den Berater oder Therapeuten ist demnach davon auszugehen, erhebliche Motivationsarbeit leisten zu müssen (Lindenmeyer 2001, S. 366). Die bekannteste Methode hierfür, ist das 1991 entwickelte „Motivational Interviewing“<sup>12</sup>. Definiert wird das MI wie folgt: „Motivational Interviewing ist ein sowohl klientenzentrierter als auch direkter Ansatz der Gesprächsführung zur Erhöhung der Eigenmotivation von Menschen, ein problematisches Verhalten zu ändern.“ (Lüdecke et al. 2010, S. 160). Diese Methode ist durchgehend in alle Phasen des Suchtsystems integriert und ein wesentlicher Bestandteil. Die Ziele sind in zwei Teile eingeteilt. Die erste Phase beschreibt den Aufbau und die Förderung der Veränderungsmotivation sowie die Stärkung der Veränderungsbereitschaft. Die zweite Phase beschreibt darauf aufbauend die Erarbeitung von Veränderungszielen, Aufbau eines Veränderungswegs und das Erstellen eines konkreten Veränderungsplans. Dabei wird durch diverse Techniken und Methoden der Wandel hin zur Selbstmotivation gestaltet (Lindenmeyer 2001, S. 366). Letztlich festgehalten werden kann, dass eine Rehabilitationsbehandlung nur erfolgreich sein kann, wenn der Patient selbst dafür bereit ist. Die Methoden zur Behandlung eines Klienten sollten im Interesse des Behandlungserfolgs im Rahmen der Compliance<sup>13</sup> des Patienten angepasst sein (vgl. Loviscach 1996, S. 255). Durch die Compliance bestimmen sich die Therapieziele. Hauptsächlich dabei, ob die Abstinenz oder eine Abstinenzphase das Ziel ist. Die Motivationsarbeit wird zu dem wesentlichsten Bestandteil dieser Phase. Durch das überwiegend sehr junge Alter der Klienten besteht das Gefühl, durch die Therapie keine Gewinne für das eigene Leben erzielen zu können (vgl. Tretter 2000, S. 149). Ohne die nötige Motivation, gerade bei Drogenabhängigen, ist die Behandlung nur begrenzt ansprechend. Noch vor 30 Jahren wurde davon ausgegangen, dass ohne Motivation keine Rehabilitation möglich ist und der Klient wurde nicht weitervermittelt. Heute wird jedoch davon ausgegangen, dass die Herstellung der Eigenmotivation Ziel der Behandlung ist. Der dazu benötigte

---

<sup>12</sup> kurz: MI

<sup>13</sup> Verhalten im Rahmen der Therapie, „Behandlungstreue“

Vorgang wird Volition<sup>14</sup> genannt, welcher direkt mit der Motivation einhergeht. Dabei soll erreicht werden, dass „der Rubikon überschritten wird“<sup>15</sup>. Ab dem Eintreten dieser Wende wird angenommen, dass eine ausreichend positive Motivation vorhanden ist. Diese muss jedoch aufrechterhalten werden (Vollmer & Krauth 2001, S. 399-400). Verbunden damit geht es darum, den Betroffenen aufzuklären, welche Hilfen ihm offen stehen und darum gezielte Informationen über den angehenden Rehabilitanden zu sammeln. Das Gespräch wird dabei nach Lindenmeyer (2001, S. 366) üblicherweise in zwei Teile eingeteilt. Der erste Teil soll dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung dienen. Dieser Abschnitt sollte geprägt sein durch Empathie und therapeutische Kompetenzvermittlung, primär jedoch durch die Vermittlung der Versorgungsnotwendigkeit für den Klienten. Im zweiten Teil des Gespräches sollte es um die Informationsgewinnung gehen. Hier sind im Wesentlichen folgende Informationen von Bedeutung:

- a.) Konsumverhalten und psychische sowie soziale Folgen
- b.) psychische Störungen
- c.) Abhängigkeitssyndrom
- d.) bevorzugte Drogenwirkung
- e.) Abstinenzversuche und –versuche
- f.) körperliche Beschwerden
- g.) andere Abhängigkeiten
- h.) soziales Umfeld
- i.) Konsumsituation und Auslöser

Nachdem der Erstkontakt erfolgreich abgeschlossen wurde, wird anschließend ein individueller Therapieplan auf Grundlage der Diagnosen und den zuvor erhobenen Informationen durch den Therapeuten und Betroffenen entwickelt. Die nach ICD<sup>16</sup>-10 getroffene Diagnose der Abhängigkeit ist dabei jedoch weniger von Bedeutung als die der komorbiden Störungsbilder. Anschließend wird der Patient befragt, was nach der Suchterkrankung, die für ihn wichtigsten Problematiken sind, an denen er mit Hilfe des Therapeuten arbeiten möchte. Im Folgenden kann aus den gesammelten Angaben eine Übersicht mit absteigend Ober- und Unterzielen gefertigt werden, die dem

---

<sup>14</sup> Prozess der Willensbildung zur Überwindung von Handlungsbarrieren

<sup>15</sup> Wendepunkt nachdem durch Eigendynamik weitere Therapieziele und –Ereignisse mit Sachlogik voran gehen; beendet Abwägung hin zur Absicht

<sup>16</sup> International Classification of Diseases

Rehabilitanden als Orientierung hilft. So können Oberziele z. B. Abstinenz, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Aufrechterhaltung der Ehe o. ä. sein. Beispiele für Unterziele wären etwa Erwerb oder Rückerhalt des Führerscheins, Jobfindung oder Reintegration in einen Verein. Grundsätzlich jedoch, fern der Wünsche des Klienten, läuft die Rehabilitation stets unter folgenden Zielen ab: „Sicherung des Überlebens, gesundheitliche Stabilisierung, Reduktion und Einstellen des Beigebrauchs“ (Tretter 2000, S. 148), Totalabstinenz und „zufriedene Lebensführung in Abstinenz“ (Tretter 2000, S. 148). Wichtig ist dabei, dass Abstinenz und soziales Umfeld ganz oben stehen, um eine erfolgreiche Rehabilitation erreichen zu können. Ist diese Phase abgeschlossen, geht der Patient in die qualifizierte Entgiftung über.

### **3.2.2 Entzugsphase**

Nach abgeschlossener Kontakt- und Motivationsphase wird der Patienten in eine qualifizierte Entgiftung überführt. In dieser zweiten Phase geht es vordergründig darum, die Intoxikation des Körpers zu beheben, erste Komorbiditäten zu diagnostizieren und sie zu behandeln. Dieser Schritt besitzt besondere Wichtigkeit, da bei jeder Droge die Behandlung der weiteren Störungsbilder ausschlaggebend für den Erfolg ist. Gerade bei Drogenabhängigen und hier speziell bei Methamphetaminabhängigen ist durch die Häufigkeit auftretender somatischer oder psychischer Störungen ein umfassender Gesundheitsabgleich unabdingbar. Oftmals verbunden ist dieser Schritt mit einer medikamentösen Behandlung durch atypische Neuroleptika, um Psychosen oder durch den Entzug verursachte Halluzinationen zu mildern. Des Weiteren kann es unterstützend zum Einsatz von Antidepressiva oder Benzodiazepinen kommen (Meinhardt 2012, S. 17). Deren Verabreichung ist jedoch bei Drogenabhängigen generell fraglich. Grund dafür ist die hohe Gefahr einer Suchtverlagerung auf Medikamente. Gerade bei einer Hauptdiagnose, welcher eine illegale Droge betrifft, liegt die Rate polyvalenter Konsumenten bei ca. 43 % aller Klienten (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2012, S. 215). Das Hauptaugenmerk neben der Entgiftung des Körpers liegt im Beginnen von psychotherapeutischen Einheiten. Hierdurch sollen alle anfallenden psychischen Störungsbilder anfänglich behandelt werden. Besondere Wichtigkeit besteht in der psychologischen Betreuung darin, erste Cravings und mögliche Suizidgedanken schnellstmöglich zu behandeln. Durch Psychoedukation wird über die Gefahren des Konsums, Symptome, Verhaltensweisen und Vorkommnisse während des Entzugs aufgeklärt. Weitergehend soll durch Ergotherapien der Anreiz zur Beschäftigungssuche gegeben und die

Lustlosigkeit behoben werden. Durch Sport werden die Belastbarkeit sowie die Schädigungen an den Neurotransmittern verbessert. Unterstützend dabei hilft kognitives Training, was zusätzlich zur Belastbarkeit der Hirnleistung und der Reversion des Gedächtnisses dient. Diese Methoden werden unter dem Punkt Entwöhnung noch einmal genauer betrachtet. Die Dauer der Entzugsphase beträgt ca. eine bis vier Wochen, ausgeschlossen Therapieabbrechende. Mittlerweile beginnt sich jedoch auch die ambulante Entgiftung zu entwickeln, welche jedoch nur bei leichten Fällen genutzt wird. Qualifizierte Entgiftungen finden unabhängig von ihrer Form grundsätzlich nur in anerkannten psychosozialen Beratungsstellen, Tageskliniken, spezialisierten Fachkliniken oder psychiatrische Krankenhäuser mit Entwöhnungsstation statt. Letztlich entscheidet der behandelnde Arzt aufgrund der medizinischen Ergebnisse über eine Entlassung oder Weiterleitung an eine Entwöhnungsklinik.

### **3.2.3 Entwöhnungsphase**

In diesem Abschnitt des Suchthilfesystems kommt es erstmals zu einem ganzheitlichen Behandlungsansatz. Das bedeutet, dass nicht nur Krankheiten, sondern auch soziale Missstände, finanzielle Nöte, Kommunikationsstörungen, etc. behandelt werden. Grundsätzlich ist diese Phase in ganz Deutschland in ihren Grundzügen ähnlich gestaltet. Das Angebot kann ambulant wie auch stationär wahrgenommen werden. Des Weiteren wird diese Phase in Kurzzeit- und Langzeitbehandlung unterschieden, wobei eine Kurzzeitbehandlung ca. acht bis zwölf Wochen beträgt, eine Langzeittherapie hingegen zwölf bis 16 Wochen. Beide können nach Bedarf und Kostenzusage des Kostenträgers verlängert werden. Zu den typischerweise in Deutschland verwendeten Therapiebereichen zählen die medizinische, Psycho-, Arbeits-, und Sporttherapie sowie soziale Hilfestellungen. Diese Bereiche wurden durch einen Vergleich einiger Leitbilder deutscher Entwöhnungseinrichtungen erstellt (Bsp. Krankenhaus St. Antonius GmbH).

Im medizinischen Bereich wird zu Beginn der Behandlung eine erneute Untersuchung des Rehabilitanden vorgenommen, um alle Erkrankungen diagnostizieren und einschätzen zu können. Auf Grundlage dieser Untersuchung kann anschließend ein individuelles medizinisches Konzept für den Verlauf der Behandlung festgelegt werden. Die somatische Behandlung besitzt vorerst eine geminderte Bedeutung im Vergleich zu derer Alkoholabhängiger es sei denn, es treten die folgenden

akutmedizinischen Fälle ein: Hyperthermie<sup>17</sup>, Herzrhythmusstörungen, Apoplexie<sup>18</sup> oder epileptische Anfälle und HIV und Hepatitis (Härtel-Petri 2012a, S. 87). Diese Störungsbilder benötigen eine umgehende medizinische Versorgung. Besonders zu nennen ist dabei der oft auftretende „Meth-Mund“. So wird das Verfaulen der Zähne durch den Konsum von Crystal-Meth genannt. Bedingt durch die chemische Zusammensetzung der Droge, welche den Speichelfluss unterdrückt, vermehren sich die Bakterien im Mund und zerstören somit die Zähne und das Zahnfleisch. Erschwerend kommt die wegfallende Zahnpflege hinzu, da die finanziellen Mittel für den Konsum benötigt werden (National Geographic 2012, Min. 13:52). Dieser Umstand bedarf einer dringenden zahnärztlichen Betreuung und kann bzw. sollte bereits schon bei der Entgiftung begonnen werden. Gesamt betrachtet kann die medizinische Behandlung von krankengymnastischen Einheiten über Akkupunktur bis hin zu Drugscreenings reichen.

Die psychologische Arbeit knüpft an die der Entgiftung an und wird dabei sogar gesteigert. In Einzel- und Gruppengesprächen, die durchschnittlich 50 und 100 Minuten dauern, werden die psychotherapeutischen Ansätze vermittelt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2012, S. 217). Laut Angaben der DHS<sup>19</sup> umfasst die Gruppenstärke dabei durchschnittlich sechs bis acht Patienten (2012, S.217). Diese Behandlung wird gestützt durch das „Bezugsgruppenprinzip“ (Vollmer & Krauth 2001, S. 425). Dabei ist ein Psychologe oder Suchttherapeut für eine Gruppe in Gruppen-, wie auch Einzelgesprächen zuständig und stetiger Ansprechpartner. Dies ermöglicht eine therapeutische Bindung und erzielt eine Vertrauensbasis sowie die schnellere Öffnung des Patienten gegenüber der Therapie, aufgrund der Bindung an eine Person. Die Gruppenarbeit dient dabei vor allem zur gegenseitigen Unterstützung, um individuelle Therapieziele bekannt zu geben und sich damit verbindlich der Gruppe gegenüber zu verpflichten, um die eigene Umsetzung zu fördern. Weiterhin zählt sie als wesentlicher Lehrbereich für Empathie sowie der Aufarbeitung von Rückfällen, wozu gemeinsam reflektiert wird (Lindenmeyer 2001, S. 378-381). Zusätzlich empfiehlt sich die Unterbringung in „Indikativgruppen“. Hierbei handelt es sich um eine Gruppenzusammenkunft zu einem bestimmten Thema, unter das mehrere Patienten fallen, z. B. HIV, Schulden, Eltern und so weiter (Vollmer & Krauth 2001, S. 429). Dies dient dem gemeinsamen Austauschen von Erfahrungen sowie der

---

<sup>17</sup> Temperaturerhöhung des Körpers

<sup>18</sup> Durchblutungsstörungen

<sup>19</sup> Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen



Selbstfindung in einem Problem. Außerdem können hier auch dienliche Differenzierungen getroffen werden, z. B. männlich-weiblich. Für Frauengruppen spricht vor allem, dass Suchterkrankungen bei Frauen häufig mit erlebter sexueller Gewalt oder sexuellem Missbrauch in der Biografie der Patientinnen einhergehen. Ebenso haben weibliche Klienten oftmals andere Beweggründe für eine Rehabilitation. Diese Umstände stören generell den Behandlungserfolg und sprechen für differenzierte Angebote für Männer und Frauen (Vollmer & Krauth 2001, S. 426). Die wohl häufigste Gruppe in deutschen Rehabilitationszentren ist neben der Frauengruppe, die der Raucherentwöhnung. Ob fakultativ oder obligatorisch hat diese Gruppe als wesentliches Mittel dem Patienten ein durchweg suchtfreies Leben zu ermöglichen. Als weiteres wichtiges Instrument der psychologischen Betreuung zählt, wie auch schon in der Entgiftung, die Psychoedukation. Durch die Einführung in Indikativgruppen und Psychoedukation wird der Eigenantrieb des Patienten, sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen, gestärkt, alte Handlungsmuster erkannt und damit ein Rückfall präveniert (Härtel-Petri 2012a, S. 131). Durch das Wissen über die Krankheit und typische Verhaltensweisen kann der Patient eine Rückfallsituation rechtzeitig erkennen und dieser ausweichen. Weiterhin wird in der psychosozialen Behandlung nach tiefenpsychologischen Bedingungen für den Konsum gesucht. Diese werden gemeinsam mit dem Rehabilitanden auf den Suchtverlauf bezogen und Erklärungen dafür gesucht. Damit verbunden ist die Suche nach individuellen „Triggern“<sup>20</sup> (vgl. Loviscach 1996, S. 245). Dies ermöglicht dem Patienten solche Situationen rechtzeitig zu erkennen und zu umgehen. Für den Fall doch an einen Trigger zu geraten, werden geeignete und individualisierte Alternativen gesucht. Beispielsweise wird ein bestimmter Ort, an dem früher konsumiert wurde und welcher nun auf einem Arbeitsweg liegt, ab sofort weiträumig umgangen. Empfehlenswert sind dabei mehrere Alternativen, falls eine Alternative blockiert, nicht nutzbar o. ä. ist. Schwieriger ist es mit Emotionen als Trigger umzugehen. Sie tauchen plötzlich auf und hängen nicht immer von einer auslösenden Situation ab. Dabei müssen individualisierte Lösungen gefunden werden, da die auslösenden Emotionen von Patient zu Patient stark verschieden sind. Sie können vom sofortigen Verlassen des Aufenthaltsorts bis hin zur Erarbeitung von Ablenkungsstrategien reichen. Hinzu kommen die Entwicklung und die Aufklärung über einen Rückfall, Strategien zur Bewältigung und deren Bedeutung. Ein Rückfall gehört zum Wesen der

---

<sup>20</sup> Auslöser, hier zum Konsum verleitende Situation, Ort, Emotion etc.

Abhängigkeitserkrankung, auf den jedoch umgehend reagiert werden muss (vgl. Loviscach 1996, S. 245). Laut den Vorgaben des Leitfadens der DRV<sup>21</sup>, welche 2011 85 % aller Rehabilitationsbehandlungen finanziell getragen hat, muss ein umfassendes Rückfallmanagement zwingend in jeder Einrichtung integriert sein (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2012, S. 217). Zumeist geschieht dies durch eine individuelle Verarbeitung der Gründe, Emotionen und Gedanken. Während noch in den 70er Jahren angenommen wurde, dass der Rückfall ein erneuter Ausbruch der Krankheit und damit nicht mehr zu stoppen ist, gilt heutzutage, dass es ebenso gut bei einem episodischen Ereignis bleiben kann (vgl. Loviscach 1996, S. 245-246). Dabei gilt, dass jede drogenfreie Zeit für den Patienten als positiv gewertet werden, letztlich die disziplinarische Entlassung aber dennoch Folge häufiger, harter und in kurzen Abständen auftretender Rückfälle während der Therapie sein muss. Gleiches gilt bei Unwilligkeit, den Rückfall zu bearbeiten. Außerdem wird in der psychologischen Behandlung Bezug auf das häufig unterentwickelte Sozialverhalten genommen und sämtliche psychische komorbide Störungen, wie Depression o. ä. behandelt. Methamphetaminabhängige leiden häufig darunter, im Alter des beginnenden abhängigen Konsumverhaltens in der Ausbildung von sozialem Verhalten und geistiger Entwicklung stehen zu bleiben. Aufgrund der Vielzahl sehr junger Konsumenten (ca. 12-16 Jahre) sind dadurch häufig die gesamte Entwicklung des Hirns und die damit verbundenen Eigenschaften beeinträchtigt. Bei ihnen treten Entwicklungs- und Sozialisationsdefizite, eine frühe soziale Ausgrenzung, die Fixierung auf Subgruppen und eine gestörte Identitätsbildung auf. Sie besitzen schwache soziale Netzwerke, gestörte Familienbeziehungen und häufige Persönlichkeitsstörungen (Vollmer & Krauth 2001, S. 396). Als Folge dessen besteht ein erhöhter Bedarf an Unterstützung und Trainings im Bereich sozialer Kontakte, wie bei der Kommunikation oder dem Empfinden von Empathie, allgemeinem Verhalten und Integration in Gruppen sowie feste Regeln und Abläufe. Dabei greifen die Einrichtungen auf Prinzipien der TG<sup>22</sup> zurück, welche vor allem die Einhaltung bestimmter Hausregeln, Verfahren zur Abstinenzunterstützung und das Neustrukturieren des Alltags sind (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2012, S. 215). Letzteres ist gerade bei Methamphetaminabhängigen von immenser Bedeutung. Aufgrund der früheren Tagesplanung, welche einzig zugunsten der Drogen ausfiel,

---

<sup>21</sup> Deutsche Rentenversicherung

<sup>22</sup> Die Therapeutische Gemeinschaft

bzw. durch die lang andauernde Wirkung des Stoffs schlicht nicht stattfand, sollen die Rehabilitanden dazu befähigt, werden den Alltag sinnvoll zu strukturieren. Hier liegt therapeutisch das größte Problem, um einen Rückfall nicht zu begünstigen. Schafft es der Abhängige nicht seinen Alltag zu restrukturieren, besteht ein erhöhtes Risiko zum Rückfall. Letztlich können ebenso durch die psychologische Betreuung initiierte Entspannungsübungen angeboten werden, um in Stresssituationen nicht rückfällig zu werden und den Körper wieder zu Ruhe zu bringen. Vor allem hilfreich sind Entspannungsübungen bei plötzlichen Cravings oder nach Drogenträumen, um den gestressten Körper erneut zu beruhigen (vgl. Loviscach 1996, S. 245). Dies kann jedoch unterschiedlich auch in den Bereich der Ergotherapie fallen. Methoden zur Entspannung können beispielsweise autogenes Training oder Klangtherapien sein.

Neben der psychologischen Betreuung spielt auch die Unterstützung durch Sozialarbeiter eine Rolle, z. B. bei Ämtergängen, die gemeinsam geplant werden oder bei Antragsverfahren zur Lebenssicherung. Da Drogenabhängige zu ca. 41 % im Zusammenhang mit der Droge straffällig geworden sind, bedarf es darüber hinaus der Beihilfe im Umgang mit Gerichten oder Staatsanwaltschaften (vgl. Institut für Therapieforschung 2012, S. 173). Dies gilt speziell für den Ansatz „Therapie statt Strafe“ nach § 35 BtMG<sup>23</sup>. Dazu wird eine besondere Kommunikation zwischen Einrichtung und Behörde zwecks Therapieverlauf, Erfolgsaussichten, Interkurrenzmeldungen und Behandlungsdauern benötigt. Außerdem halten die Sozialarbeiter die Korrespondenz zur DRV oder anderen Kostenträgern, beantragen Verlängerungen o. ä. Ebenfalls wird mit dem Patienten bei Bedarf die Wohnsituation geklärt. Des Weiteren kann im sozialen Bereich auf Schulden- oder generelle Lebensprobleme eingegangen und eine individuelle Lösung gefunden werden, z. B. Hilfe bei der Wohnungssuche o. ä. (vgl. Krankenhaus St. Antonius GmbH 2011, S. 9). Ebenso kann ein Feld der sozialen Hilfestellung die Arbeit mit Angehörigen sein. Dies ist jedoch je nach Einrichtung unterschiedlich. Die Angehörigenarbeit kann ebenso Teil der psychologischen Betreuung sein. Ungleich, in welchem Bereich es von der jeweiligen Einrichtung angesiedelt wird, ist dieser Bereich, auch wenn er nicht direkt am Patienten stattfindet, ein eminent wichtiger Schritt zum Leben ohne Sucht. Häufig kann diese Arbeit jedoch nicht geleistet werden, da Methamphetaminabhängige,

---

<sup>23</sup> Betäubungsmittelgesetz

ebenso wie generell Drogenabhängige über schlechte soziale Ressourcen verfügen (Vollmer & Krauth 2001, S.396).

Als weiterer imminenter Therapieansatz wird die Arbeitstherapie bei Drogenabhängigen, hier speziell Methamphetamine, gesehen. Die Arbeitstherapie wird unterstützt durch Psycho- und Sozialtherapie. Oftmals wird ebenfalls eine Ergotherapie integriert<sup>24</sup>. Dabei geht es um die Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Methoden zum Erreichen der Ziele sind häufig: kognitives Training, wie z. B. Hirnleistungstraining, auch Cogpack genannt, Alltagsgestaltungshilfen, Unterstützung durch Reflexion und das Erarbeiten von Bewältigungsstrategien durch Sozial- und Psychotherapie sowie Arbeiten in unterschiedlichen, meist handwerklichen Bereichen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2012, S. 218). Häufig bieten sich dabei direkt die Gartenarbeiten oder Hauswirtschaftsarbeiten auf dem Grundstück der Einrichtung an. Dies gilt als äußerst wichtig, da Methamphetaminabhängige aufgrund ihres Lebenslaufs und der verheerenden Wirkung der Droge weder Berufserfahrungen noch Berufsabschluss vorliegen haben (Vollmer & Krauth 2001, S. 396). Aus diesem Grund muss dabei erneut besondere Motivationsarbeit geleistet werden. Im Hinblick auf die Vorgaben des Kostenträgers eine erneute Erwerbsfähigkeit herzustellen, ist hier erhöhter Handlungsbedarf zu sehen. Die Arbeit und die damit verbundenen Wissenssteigerungen korrelieren direkt mit dem allgemeinen Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit. Bezüglich des enormen volkswirtschaftlichen Beitrags durch einen erfolgreich rehabilitierten Patienten und den nur schwachen Kenntnissen der Methamphetaminabhängigen im Bereich Erwerbstätigkeit, ist diese Behandlung unabdingbar. Ebenfalls werden Bewerbungstrainings angeboten, um eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen, dazu zählen auch EDV-Schulungen oder „Brainjogging“. Anschließend kann das erlernte Wissen in einem Bewerbungsgespräch für interne Arbeitsbereiche angewandt werden (Vollmer & Krauth 2001, S. 416). Die Arbeitsbereiche sind dabei institutionell und regional abhängig und können von Holzarbeit über Landwirtschaft bis hin zur Gartenarbeit reichen. In diesem Bereich der Therapie werden teils soziale Faktoren, wie das Auftreten im Umgang mit Vorgesetzten, teils aber auch kognitive Faktoren, wie das Verbessern von Gedächtnisstörungen durch Hirnleistungstraining sowie die für alle

---

<sup>24</sup> Die Ergotherapie wird auch in dieser Arbeit in die Arbeitstherapie integriert.

Drogenabhängigen enorm wichtigen Alltagsgestaltungshilfen gelehrt (vgl. Krankenhaus St. Antonius GmbH 2011, S. 7). Grundsätzlich kann in der Therapieform der Arbeitstherapie eine gute körperliche und seelische Belastbarkeit hergestellt werden. Ausnahmen bilden mit Hepatitis oder HIV infizierte Rehabilitanden, welche durch ihre Krankheit weiter eingeschränkt bleiben. Darüber hinaus muss der Patient dazu befähigt werden kognitiv zur Erwerbstätigkeit in der Lage zu sein und motivationshemmende Gedankengänge, wie beispielsweise, dass der Drogenhandel mehr Geld bringen könnte als eine Handwerksarbeit, ausblenden zu können (Vollmer & Krauth 2001, S. 416 f.).

Ein weiterer Baustein der weitergehend standardisierten Rehabilitationsbehandlung in Deutschland ist die Sporttherapie. Für methamphetaminabhängige Patienten wird sie überwiegend für die Herstellung der Fitness und der Rekonstruktion der Nerven- und Hirnschädigung genutzt. Typischerweise ist diese Klientel nicht von adipösem Verhalten betroffen, da der Konsum der Droge das Hungergefühl unterdrückt und die Nahrungsaufnahme, speziell aufgrund finanzieller Not durch die Drogenbeschaffung, in den Hintergrund rückt. Zumeist werden im Rahmen dieser Therapie die folgenden Angebote bereitgestellt: Schwimmen, Wassergymnastik und sonstige im Wasser stattfindende Sportmöglichkeiten, Fitnesstraining, Wandern, Jogging, Rückenschule, Physiotherapie oder auch Yoga (AHG Tönisstein o.J.). Die Sporttherapie wird darüber hinaus als geeigneter Weg gesehen, den Patienten eine Möglichkeit zur individuellen Tagesplanung aufzuzeigen.

### **3.2.4 Nachsorge**

Nachsorgeangebote gibt es reichlich in Deutschland und sie werden als äußerst wichtige Übergangsphase aus der Entwöhnung zurück ins alltägliche Leben angesehen. Die Nachsorge ist grundsätzlich für jeden Abhängigkeitspatienten sehr empfehlenswert, wenn auch freiwillig. Hier wird sichergestellt, dass der Patienten nicht schlagartig nach umfassender therapeutischer Betreuung „allein da steht“ und in ein häufig beschriebenes „Gefühlsloch“ fällt. Zu den bekanntesten, hier erklärten Nachsorgemöglichkeiten gehören neben stationären Einrichtungen zur Nachsorge, wie eine Adaption auch ambulante Hilfen, wie Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen und Wohngruppen, zum deutschen Hilfesystem. Dabei empfiehlt sich die Aufnahme in eine Adaptionseinrichtung besonders für Patienten, welche sich in ihrer Abstinenz noch nicht sicher fühlen, ihre Wohnsituation nicht lösen konnten oder noch weitere Hilfen zur Behandlung von Störungsbildern, der Strukturierung des Alltags oder zur

Reintegration auf den ersten Arbeitsmarkt benötigen. Üblicherweise eignet sich eine solche Behandlung fast ausschließlich für voll arbeitsfähige Rehabilitanden, da hier vor allem die Erprobung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund steht (Suchthilfe in Thüringen gGmbH o.J.). Der Klient wird in der Adaption eher teilstationär betreut. Das heißt, dass er zwar im Gebäude der Adaption lebt und ihm hier rund um die Uhr Betreuung zusteht, er dennoch in seinen „eigenen“ Räumlichkeiten wohnt, sich selbst verpflegt und die Freizeit selbst gestaltet sowie sich eigenständig ein Praktikum, Arbeit oder Wohnraum sucht. Hierbei wird der Klient in der individuellen Lebenslage unterstützt und durch gruppen- und einzeltherapeutische Einheiten sowie Ergo- und Psychotherapien betreut. Eine umfassende medizinische Betreuung ist ebenfalls deutschlandweit in den Adaptionseinrichtungen sichergestellt. Die durchschnittlich dreimonatige Behandlung kann ebenso wie die Entwöhnungsbehandlung auf maximal 24 Wochen verlängert werden. Anschließend oder auch ohne eine Adaptionsbehandlung können dann die zahlreichen Angebote der ambulanten Nachsorge wahrgenommen werden.

Die wahrscheinlich populärste Form der Nachsorge sind die Selbsthilfegruppen. In Deutschland gibt es Schätzungen zufolge ca. 7000 Selbsthilfegruppen mit 120000 Mitgliedern für Abhängige und/oder deren Angehörige (vgl. BZgA o.J.). Hierbei geht es vor allem um den Austausch unter Gleichgesinnten, was zur gegenseitigen Ermutigung und Motivation sowie dem Erfahrungsaustausch dienen soll. Dieses Angebot der Nachsorge ist gerade durch die hohe Anzahl und die damit verbundene Nähe zum Klienten beliebt. So befindet sich in fast jeder größeren Stadt mindestens eine Selbsthilfegruppe, welche durch öffentlich-rechtliche Träger, wie beispielsweise die Diakonie, private Träger wie z. B. die JES<sup>25</sup> oder gar in selbstständig und privat entwickelte Gruppen geleitet oder bereitgestellt werden (vgl. Loviscach 1996, S. 239).

Als weitere Möglichkeit der Nachsorge zählt die ambulante Betreuung in Suchtberatungsstellen. Hier wird der Klient demnach nicht nur auf eine Entzugstherapie vorbereitet oder vermittelt, sondern auch nachbetreut. Die dabei in Deutschland typische Vorgehensweise ist so strukturiert, dass der Rehabilitand durch einzeltherapeutische Sitzungen in seiner Abstinenz unterstützt wird (vgl. Drogenberatungsstelle Dortmund o.J.). Meist wird diese Art der Nachsorge hauptsächlich durch Sozialarbeiter mit oder ohne besondere Zusatzqualifikationen

---

<sup>25</sup> „Junkies, Ex-User, Substituierte“

übernommen. Dieses Angebot ist ebenfalls weitverbreitet und kann flächendeckend wahrgenommen werden. Suchtberatungsstellen sind flächendeckend in fast jeder deutschen Stadt zu finden.

Die letzte hier beispielhaft dargestellte Form der Nachsorge ist das betreute Wohnen. Diese Ambulanz eignet sich gerade für Rehabilitanden, welche sich noch immer unsicher in ihrer Abstinenz sind oder weiterhin Unterstützung im selbstständigen Wohnen oder anderen existenzrelevanten Bereichen benötigen. Im ambulant betreuten Wohnen kann der Klient ein Zimmer in einer Wohngemeinschaft oder sogar eine eigene Wohnung beziehen, für die er selbstständig Sorge zu tragen hat. Dies wird kontrolliert und unterstützt durch die leitende Einrichtung. Hinzu kommt die mögliche Unterstützung bei Behördengängen und den dazu benötigten Formularen, Arztbesuchen, Rückfallprophylaxe, Resozialisierungshilfen, o. ä. (vgl. Caritas Ennepe-Ruhr o.J.). Einrichtungen wie diese sind nicht so weit verbreitet wie die der Selbsthilfegruppen oder Suchtberatungsstellen, jedoch besitzen viele der deutschen Institutionen, welche eine Entwöhnung anbieten, häufig auch eine Adaption und oder ein betreutes Wohnen für Suchtmittelabhängige.

Zusammenfassend soll das Zitat von Vollmer & Krauth die Unterschiede zwischen der Behandlung Alkoholabhängiger und der Drogenabhängiger, zu welchen Methamphetaminpatienten gehören, beschreiben.

*„Dazu gehören neben Intensität und Dauer der Behandlung eine umfangreiche Diagnostik der Motivation/Volition und deren Einflussfaktoren (Motive, Lebensraum etc.), ein flexibler Umgang mit Rückfällen, eine besondere Betonung der Arbeitstherapie und der Therapeutischen Gemeinschaft als Rahmenbedingungen und als Intervention, eine Vielzahl von Gruppenangeboten, einschließlich frauen- und mänderspezifischen Gruppen und ein flexibles, individuelles, internes Qualitätsmanagement.“ (2001, S. 396).*

Grundsätzlich verlaufen die beiden Behandlungen jedoch gleich, bis auf die höhere Gewichtung einzelner Einheiten (vgl. Vollmer & Krauth 2001, S. 396).

## **4. Die Rehabilitationsbehandlung alkoholkranker Menschen in Deutschland**

Als Vergleichstherapie zur üblichen Rehabilitationsbehandlung Methamphetaminabhängiger wird in dieser Arbeit, dem Thema entsprechend die Behandlung alkoholabhängiger Menschen betrachtet. Im Jahr 2011 begaben sich insgesamt 115242 Menschen in Deutschland in eine ambulante oder stationäre Behandlung, wobei Alkohol die Droge mit den meisten Rehabilitanden darstellt (vgl. Deutsche Suchthilfestatistik 2011, S. 42). Um die Therapie genauer zu erläutern, bedarf es vorerst der kurzen Darstellung der Krankheit. Eine Alkoholabhängigkeit ist wie bei Methamphetaminen eine stoffbezogene Abhängigkeitserkrankung, welche sich durch eine psychische, körperliche und soziale Symptomatik äußert. Sie wird ebenfalls wie eine Methamphetaminabhängigkeit durch das ICD und hierbei das Kürzel X.2 Abhängigkeitssyndrom, in der Sparte „F-10“ – „F-19“ (Beispiel: ICD-10-F10.2) festgestellt. Hierbei werden dieselben Anhaltspunkte wie bei den Stimulanzien kontrolliert und nach einer Manifestierung dreier von sechs möglichen Anzeichen, welche insgesamt mindestens ein Jahr vorliegen müssen, ein Alkoholabhängigkeitssyndrom diagnostiziert (World Health Organization 2010). Neben den durch das ICD-10 festgehaltenen Kriterien können auch körperliche Symptome auf eine Abhängigkeit von Alkohol schließen lassen, zu den gehören z. B. ein reduzierter Allgemeinzustand, Schlafstörungen, vermehrte Schweißneigung, Gewichtsverlust, gerötete Gesichtshaut oder Appetitmangel (vgl. Erven & Schoppenmeyer 2005, S. 2). Des Weiteren kann eine Alkoholkrankheit vor allem durch Entzugerscheinungen erkannt werden, wie ein Delirium, Koordinationsstörungen, Kopfschmerzen, innere Unruhe, Missempfindungen, Gedächtnisstörungen oder Angstzustände und Depressionen. Außerdem können Folgeerkrankungen durch einen zu hohen Alkoholkonsum, wie Leberschäden, Erkrankungen an Magen, Darm oder Bauchspeicheldrüse oder gar Blutarmut und Herzrhythmusstörungen auf einen schädlichen Gebrauch der legalen Droge aufmerksam machen (vgl. Erven & Schoppenmeyer 2005, S. 2 f.). Ebenso treten häufig soziale Missstände, nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für sein soziales Umfeld auf.



Besonders auffällig bei dieser Krankheit ist das Phänomen der Co-Abhängigkeit. Co-Abhängige sind zu meist die nächsten Verwandten oder Bekannten des Betroffenen. Diese sind zwar selbst nicht abhängig, jedoch zeigen sie ähnliche Symptome, die den Konsumenten indirekt in seiner Sucht unterstützen, sei es durch das strikte Verbot Alkohol zu konsumieren, was den Alkoholkranken üblicherweise regelrecht zum Trinken animiert, oder das Decken und Entschuldigen von Verhaltensweisen des beispielsweise kranken Partners. Durch das Auftreten dieses Phänomens wird es für die Behandlung als überaus vorteilhaft angesehen das nahe soziale Umfeld, sofern nicht selbst abhängig, mit in die Rehabilitation einzubeziehen (Blaues Kreuz o.J., S. 1 f.).

Schätzungen zufolge bedürfen in Deutschland ca. 1,3 Mio. Menschen einer Alkoholentzugsbehandlung. Von den 1,3 Mio. begeben sich jedoch nur jährlich etwa 10 % in Behandlung. Für diese 10 % gliedert sich die stationäre Therapie im Normalfall in dieselben vier Teile auf, wie bei Methamphetaminabhängigen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2012).

#### **4.1 Kontakt und Motivationsphase**

In dieser, der ersten Phase, geht es darum, eine Alkoholabhängigkeit festzustellen und den Betroffenen zu motivieren, sich in Behandlung zu begeben. Als besonders wichtig wird auch hier dabei der Erstkontakt angesehen, welcher häufig davon abhängt, ob ein Patient sich überhaupt in Behandlung begibt. Lindenmeyer sagt dazu:

*„Alkoholabhängige suchen in der Regel nicht aus eigener Motivation Hilfe. Meist treiben sie körperliche Probleme oder erheblicher Außendruck durch die Arbeitgeber oder Bezugspersonen.“(2001, S. 366)*

Grundlegend ist die Behandlungs- und Beratungsform dabei dieselbe wie bei Methamphetamin- oder anderen Drogenabhängigen. Auch die Therapieplanung wird nach den Folgeerkrankungen des Klienten entwickelt. Da diese meist andere sind als in der Vergleichsgruppe der Methamphetamine, treten dabei erstmals Unterschiede im geplanten Therapieablauf auf. Aber auch bei der Abhängigkeitsanalyse, welche letztlich die Behandlungsziele beeinflusst, sind nach Lindenmeyer gerade bei Alkoholiker folgende Fragen „...erforderlich:

- Welches waren die häufigsten Trinksituationen in der Vergangenheit? [...]
- Welche Situationsmerkmale (sog. Trigger) sind besonders eng mit dem Wunsch bzw. Verlangen nach Alkohol verknüpft?
- Welche Gefühle, Gedanken und Wirkungserwartungen gehen dem Trinken von Alkohol typischer Weise voraus?
- Worin besteht die kurzfristig angenehme Wirkung des Alkohols?“ (2001, S. 374)

Die für den Patienten durchaus schmerzhaften Fragen bilden neben einer Analyse eines nassen Tages und der „Time-Line Follow Back“, welcher Zyklen und Schwankungen von nassen und trockenen Phasen, bezogen auf die Lebenszeit, anzeigt, das Grundgerüst zur Behandlung (vgl. Lindenmeyer 2001, S. 374-375). Diese Methoden werden üblicherweise in jedem Schritt des Suchtsystems wiederholt.

Nach denselben Grundzügen aufgebaut wie in Punkt 3.2.2 Entzugsphase, wird der Alkoholiker nun in die Entzugsphase überführt.

## **4.2 Entzugsphase**

Alkohol als stark reaktives Nervengift, was es biologisch betrachtet ist, muss gänzlich aus dem Körper entzogen werden, um eine Rehabilitationsbehandlung erfolgreich starten zu können. Hierzu ist es in schwerwiegenden Fällen unabdingbar den Patienten stationär zu behandeln. Grund dafür ist die hohe Gefahr eines Deliriums oder anderer Entzugserscheinungen, welche ggf. einer medikamentösen Behandlung bedürfen (vgl. DG Sucht 2003, S. 18). Immer häufiger aber wird gerade bei leichteren Fällen der Alkoholabhängigkeit der ambulante Entzug gewählt. Ebenso wie bei Methamphetaminen beginnt die Behandlung mit einer Gesamtuntersuchung des Patienten, um alle anliegenden Krankheiten diagnostizieren und anfänglich behandeln zu können. Hauptaugenmerk neben der Entgiftung des Körpers liegt auf der Psychoedukation, um den Patienten besser verstehen zu lassen, in welcher Lage er sich befindet sowie die Förderung der Motivation zu einer Weiterbehandlung. Durch diesen Ansatz unterscheidet sich die einfache Entgiftung von der qualifizierten Entgiftung (vgl. Loviscach 1996, S. 248). Neben der Psychoedukation werden in manchen Einrichtungen auch Sport- und Ergotherapie sowie Entspannungsübungen angeboten (vgl. AHG Klinik Lübeck o.J.). Die Dauer der Entzugsphase beträgt wie bei allen Suchtentzügen ca. ein bis vier Wochen, dies kann jedoch auch deutlich länger dauern.

Anschließend geht der Patient, sofern er das Suchthilfesystem nicht verlässt, in die Entwöhnungsphase über. Die Entwöhnungsphase wird dabei, wie schon die Methamphetaminabhängiger, lediglich als stationäre Behandlung vorgestellt, um einen gezielteren Vergleich zu ermöglichen.

### **4.3 Entwöhnungsphase**

In der Entwöhnungsphase beginnt nun die tiefgreifende Arbeit an entstandenen Problemen des Patienten und der Abstinenz. Medizinisch gesehen müssen, im Gegensatz zur Vergleichsgruppe, vorerst somatische Abhängigkeitssymptome und Folgeschäden behandelt werden. Durch auftretende Leberschädigungen, Schäden am Herz-Kreislaufsystem oder am Nervensystem und deren lebensbedrohlichen Auswirkungen besteht zumeist vorrangig Handlungsbedarf auf dieser Ebene. Ausgenommen sind akute Störungen im psychischen Bereich, wie beispielsweise Suizidgedanken oder Halluzinationen (vgl. Erven & Schoppenmeyer 2005, S. 2 f.).

Im Bereich der Psychotherapie werden ebenfalls dieselben Angebote wie bei der Vergleichstherapie bereitgestellt. Aufgeteilt in einzel- und gruppentherapeutische Sitzungen finden sich wesentliche Unterschiede im Normalfall lediglich in der Verteilung der Verfahren und deren Intensität bzw. Anpassung an den Patienten. Üblicherweise treten ähnliche Störungsbilder bei beiden Klientelgruppen auf. Zu den Häufigsten zählen: Depressionen, Schlafstörungen, Suizidgedanken, Gedächtnisstörungen, Unruhe, Aufmerksamkeitsstörungen, Konzentrationsstörungen und ggf. Psychosen (vgl. Erven & Schoppenmeyer 2005, S. 2). Alle können mit identischen Verfahren behandelt werden, müssen aber von Patient zu Patient differenziert strukturiert werden, um eine individuell angepasste Therapie gewährleisten zu können. Eine besondere Aufmerksamkeit aber wird bei Alkoholikern auf das Ablehnungstraining gelegt. Die Notwendigkeit des Trainings liegt in der gesellschaftlichen Akzeptanz von Alkohol bei jeglichen Anlässen, aber auch des Vorkommens in Medikamenten. Durch den Alkoholkonsum Anderer fühlen sich Alkoholiker dazu gedrängt mitzutrinken oder kaufen aus Gewohnheit ein Medikament mit Alkohol. Um diesem Verlangen jedoch zu widerstehen zu können, ohne sich auf Diskussionen einzulassen o. ä., bedarf es häufig Ablehnungstrainings. Dazu werden realistische Momente in einem Rollenspiel nachgestellt. Fiktive Settings könnten dabei u.a. eine Familienfeier, der Besuch einer Apotheke usw. sein (vgl. Lindenmeyer 2001,

S. 383). Darüber hinaus eignen sich Expositionsübungen zur Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit. Hierbei geht es darum, bezüglich des Suchtgedächtnisses, Verführungsmomente bzw. Trigger herbeizuführen und dabei die Motivation der Abstinenz und Bewältigungsstrategien zu festigen. Szenarien hierfür könnten das Alkoholregal im Supermarkt oder der Besuch einer Kneipe sein. Meist aber reicht schon das einfache Zeigen einer Flasche der ehemals bevorzugten Alkoholika in einem geschützten Setting der Einrichtung. Hierzu kann versucht werden den Patienten in rückfallkritische Stimmung zu versetzen, z. B. Trauer, Langeweile oder Angst. Dadurch steigt das Verlangen nach früheren Verhaltensmustern, die Emotionen durch Alkohol zu verdrängen. Durch das Auslösen der Emotionen und dem daraus entstehenden Verhalten können anschließend mittels einer Analyse des Geschehens Bewältigungsstrategien entwickelt werden (vgl. Lindenmeyer 2001, S. 384-385).

Die Arbeits- und Ergotherapie läuft im Vergleich ebenfalls identisch ab. Sie zielt auf die Stärkung bzw. Wiederherstellung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden ab. Erreicht wird dies ebenfalls durch kognitive Trainings, wie beispielsweise das Cogpack. Die Methoden im arbeitstherapeutischen Bereich haben häufig eine geringere Bedeutung als bei Methamphetaminabhängigen. Grund dafür ist die höhere Integration in die soziale Umwelt sowie das Arbeitsleben. Bedingt durch die schwächere psychische Wirkung von Alkohol, einem höherem Alter der Klientel, dem später einsetzenden abhängigen Konsum und die häufig dadurch bereits erreichte abgeschlossene Berufsausbildung sowie Berufserfahrung ist eine Rückführung und keine Einführung, auf den Arbeitsmarkt nötig (vgl. Vollmer & Krauth 2001, S. 416).

In dem sozialen Bereich besteht durch das zahlreiche Auftreten der sogenannten Co-Abhängigkeit Bedarf zur Behandlung. Die Ziele sind dabei:

- „Enttabuisierung des Rückfalls,
- frühzeitiges Erkennen von Risikosituationen,
- gemeinsame Bewältigung von Risikosituationen,
- gemeinsame Bewältigung von Rückfällen.“ (Lindenmeyer 2001, S. 390)

Zur Erreichung der Ziele werden gemeinsame Angebote erstellt. Es werden durch den Patienten und seine Angehörigen Rückfälle und Trigger analysiert. Anschließend kann nach Auswegen gesucht werden, um Trigger zu umgehen, bevor am partnerlichen Umgang und der Aufstellung eines Notfallplans bei einem Rückfall gearbeitet werden

kann. Dabei, aber auch bereits vorher, wird versucht die Kommunikation und Konfliktlösestrategie, vor allem in einer Partnerschaft, zu verbessern und die positiven Ereignisse hervorzuheben. Diese Therapie soll letztlich den Partnern die Krankheit und krankheitsbedingte Verhaltensweisen nahelegen und sie durch das erlangte Wissen dazu befähigen weg von der Co-Abhängigkeit hin zum unterstützenden und in Notfällen reagierenden Teil zu werden (vgl. Lindenmeyer 2001, S. 390-391).

#### **4.4 Nachsorge**

Für Alkoholiker werden die gleichen Angebote bereitgestellt wie bereits zuvor in Punkt 3.2.4. Nachsorge für Methamphetaminabhängige beschrieben. Zu erwähnen bleibt lediglich, dass Alkoholiker aufgrund der Vielzahl an Abhängigen und der länger etablierten Behandlung der Krankheit auf eine größere Auswahl der Angebote zurückgreifen könnten.

Damit kann die Untersuchung der Behandlungen abgeschlossen werden und zur Findung positiver und negativer Faktoren zur gemeinsamen Behandlung übergegangen werden.

### **5. Die gemeinsame Rehabilitationsbehandlung Methamphetaminabhängiger mit alkoholkranken Menschen in Deutschland**

In Deutschland hat sich bis heute weitestgehend das System durchgesetzt, Süchtige, unabhängig vom konsumierten Stoff oder einer nichtstoffgebundenen Sucht, gemeinsam zu behandeln. Ausnahmen sind dabei überwiegend in der Differenzierung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen zu Drogenabhängigen. Im gesamtdeutschen Bundesgebiet stehen derzeit ca. 13200 Plätze für eine vollstationäre Behandlung zur Verfügung, davon sind rund 4000 auch für Drogenabhängige vorgesehen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2012, S. 210). Der erhebliche Unterschied entsteht dabei durch die wesentlich höhere Zahl an alkoholabhängigen Rehabilitanden. Grundsätzlich wird versucht die meisten Patienten - und damit kann dabei vom deutschen Standard gesprochen werden - durch die Methoden einer integrativen, verfahrensübergreifenden psychosoziale Behandlung zu rehabilitieren.

Die Ausnahmen hierbei sind eine geringe Anzahl an vorwiegend Privatkliniken, welche beispielsweise ausschließlich das amerikanische Matrixmodell zur Behandlung vorziehen (Bsp. Bezirksklinik Hochstadt) und natürlich die AA<sup>26</sup> oder NA<sup>27</sup>, welche das 12-Step-Programm bevorzugen. Aufgrund der Häufigkeit der gemeinsamen Behandlung können nun Vergleiche zur Sinnhaftigkeit und Effizienz gezogen werden. Diese soll hier auf die Art und Weise der Behandlung und die Notwendigkeit aufgrund des konsumierten Stoffes bzw. der Folgen des Konsums bezogen werden. Dementsprechend gibt es Vor- und Nachteile bei einer gemeinsamen Behandlung, welche an dieser Stelle erläutert werden sollen. Der nachfolgende Vergleich beruht weitestgehend auf meinen persönlichen Kenntnissen und Einschätzungen, da es speziell zu dem Bezug der beiden Gruppen aufeinander keinerlei Literatur gibt.

### **5.1 Vorteile der gemeinsamen Behandlung**

Die Vorteile einer gemeinsamen Behandlung von alkoholabhängigen Menschen und Suchtkranken mit dem Hauptsuchtmittel Methamphetamin sind in den Fachkliniken und Adaptionen, welche diese Rehabilitation anbieten durchaus bekannt. Der wohl bekannteste positive Effekt für Methamphetaminabhängige, vor allem aber für die Therapeuten, ist die Kontrolle der Gruppe durch Alkoholiker. Aus eigenen Erfahrungen in einer Adaptionseinrichtung kann ich sagen, dass Crystalabhängige durch ein überwiegend unreifes Verhalten, aber speziell durch ihre gesteigerte innere Unruhe und Aggression auffallen. Ihnen ist es im Hintergrund der Rehabilitation, kaum möglich sich über längere Zeit mit ebenfalls Betroffenen zu beschäftigen und stillsitzend eine Aufgabe zu übernehmen, oder anderen zu folgen. Hinzu kommt das überwiegend sehr junge Alter der Patienten, welches kaum über 30 Jahren liegt (vgl. Vollmer & Krauth 2001, S. 416). Wird die Gruppe jedoch durch lebenserfahrene Alkoholiker „aufgestockt“, kommt es zu einem verblüffenden Wandel in der Gruppendynamik. Die Alkoholiker stehen an der Gruppenspitze und scheinen diese zu leiten. Sie bringen neben Ruhe auch Stabilität in die Gruppe. Dies ermöglicht dem Therapeuten ein effektiveres Arbeiten. Die Gründe hierfür sind meines Erachtens das zu meist höhere Alter der alkoholkranken Patienten. So war es dem Alkoholiker vor oder während seiner Krankheit oftmals möglich Ämtergänge zu erledigen, soziale Kontakte aufzubauen und aufrechtzuerhalten, eine Berufsausbildung zu absolvieren

---

<sup>26</sup> Anonyme Alkoholiker

<sup>27</sup> Narcotics anonymous

oder ggf. sogar erwerbstätig zu sein. Der Methamphetaminkonsument hingegen hat durchschnittlich im frühen Alter von ca. 14 Jahren den Erstkonsum der Droge erlebt und ist rasch abhängig geworden (vgl. Meinhardt 2012, S. 27). Danach kam es zum Schulabbruch, die sozialen Kontakte beschränkten sich auf Co-Konsumenten und das Leben war meist einzig und allein auf Konsum und Beschaffung der Droge ausgerichtet. Aus diesem Grund, beruhend auf Durchschnittswerten, können dem Alkoholabhängigen mehr Kompetenzen sowie ein ressourcenorientierteres Handeln unterstellt werden. Dies ermöglicht ihnen die Gruppe beispielsweise erfolgreich zur Ruhe aufzufordern, die Leitung an sich zu nehmen oder als Vermittler zu agieren.

Ebenso als positiv gelten diese Eigenschaften für die Rolle des „Erziehers“ oder „Vorbilds“. Da, wie beschrieben, der Alkoholiker meist mehr Lebenserfahrung besitzt, gilt er häufig als „stilles Vorbild“. Gerade aber im häuslichen Zusammenleben zwischen den beiden Indikationsgruppen empfiehlt sich der Zusammenschluss. Zum Ersten, um von Erfahreneren die Haushaltsführung lernen und übernehmen zu können. Zum Zweiten aber, um den Umgang mit anderen sozialen Gruppen zu trainieren. Gerade das starke Zuwenden zu einer Subkultur von Drogenabhängigen lässt diesen Vorteil als äußerst positiv erscheinen. Die Patienten lernen andere menschliche Werte als in ihrer Subkultur kennen. Sie erlernen durch das gemeinsame Leben Emotionen wie Empathie oder ihre Situation und sich selbst durch das Aufeinandertreffen anderer individueller Werdegänge zu reflektieren. Die Zusammenbehandlung fördert demnach die soziale Offenheit und Integration und entfernt sich vom Rückzug in Subkulturen.

Jedoch können nicht nur Crystalkonsumenten von alkoholkranken Patienten profitieren, sondern auch umgekehrt. Da die häufigsten Gründe die Droge zu nehmen der Effekt der Müdigkeitsunterdrückung, das Ausbleiben des Hungergefühls und der gesteigerte Bewegungsdrang sind, sind Methamphetaminrehabilitanden oftmals sportlicher als die Vergleichsgruppe. So können die Alkoholpatienten von ihren crystalabhängigen Mitrehabilitanden animiert werden, Sport zu treiben oder sie im Rahmen einer Adaptionsbehandlung z. B. mit in ein nahe gelegenes Fitnessstudio nehmen.

Weiterhin positiv für Alkoholiker kann es sein, wenn durch die Anwesenheit Drogenabhängiger eine Diskussion zum Thema Alkohol entsteht. Da bei Drogenkranken eine zusätzliche Alkoholabhängigkeit nur selten der Fall ist, sehen

diese das Nervengift häufig als Genussmittel. Diese Kontroverse kann für die Selbstreflexion der Patienten äußerst dienlich sein. Aber auch umgekehrt ist in einer polyindikativaufnehmenden Einrichtung ein Vorteil zu sehen. Denn ebenso können auch die Methamphetaminrehabilitanden eine Einschätzung zum eigenen Lebensstil von der Vergleichsgruppe bekommen, um selbst zu reflektieren.

## **5.2 Nachteile der gemeinsamen Behandlung**

Die Nachteile der gemeinsamen Behandlung liegen meines Erachtens gerade in den differenzierten Pathogenesen. Während die Alkoholsucht eine psychische, wie auch physische Abhängigkeit zur Folge hat, beschränkt sich Methamphetaminsucht auf eine gesteigerte psychische Abhängigkeit. Die Folge aus dieser Differenz sind abweichende Behandlungsauslegungen, welche ein Auseinanderziehen einer stoffübergreifenden Gruppe bedeutet. Während Alkoholiker weniger sportlich aktiv waren, hingegen jedoch häufig wesentlich mehr Erfahrung im Bereich Beschäftigung haben, hatten Crystalkonsumenten einen erhöhten Bewegungsdrang und durch die lange Wirkungsdauer und hohe psychische Abhängigkeit eine sehr schlechte berufliche Eingliederung. Die Differenzierung kann zu Entfernungen und dadurch zu Streitigkeiten und Stigmatisierungen kommen. Da kann es positiv sein, wenn versucht wird die Patienten so zu lenken, dass sich die beiden Gruppen gegenseitig unterstützen. Dies könnte beispielsweise durch Bezugspatienten geregelt werden. Hier können Patienten, welche sich bereits länger in der Einrichtung befinden, mit einem Neuankömmling zusammengeführt werden, um ihn alles zu zeigen und zu erklären. Dabei könnten gerade Rehabilitanden mit unterschiedlichen Lebensläufen und Abhängigkeiten zusammengeführt werden, um den Austausch von Beginn an anzuregen.

Ein weiterer Nachteil kann sein, wenn von einer Patientengruppe nur sehr wenige Rehabilitanden der Indikation illegale Drogen oder Alkohol sind. Der Riss aus dem früheren sozialen Umfeld (Co-Konsumenten) kann Einsamkeit aufkommen lassen. Ist eine Einrichtung nun beispielsweise mit 40 Alkoholkranken und nur mit zwei Methamphetaminabhängigen belegt, können Einsamkeit und das Gefühl zu speziell zu sein, aufkommen und einen Abbruch oder Rückfall begünstigen. In solchen Fällen muss unbedingt die Integration in eine Gruppe gefördert werden. Die Entstehung von Subgruppen kann zwar dienlich im Hinblick auf kontroverse Diskussionen und zur



Sozialisierung mit mehreren stark unterschiedlichen Menschen sein, kann aber wie bereits erwähnt jederzeit ins Negative umschlagen.

Die zuvor positiv beschriebene Rolle des „stillen Vorbilds“ von Alkoholikern kann allerdings auch ins Negative verfallen. Dies geschieht, wenn sie diese Position zu ihren eigenen Gunsten ausnutzen. So ist die beruhigende Wirkung auf die Gruppe zwar wünschenswert, jeder Manipulationsversuch dieser jedoch nicht. Der Alkoholpatient könnte versuchen, die Gruppe im Sinne einer „heimlichen Leitung“ zu seinen Gunsten zu steuern. Dies würde bedeuten, dass dem Therapeuten die Leitung zu Teilen entzogen wird. Um dies zu verhindern, bedarf es eines sensiblen Umgangs mit der Gruppe und deren eigener Dynamik.

Nachteilig für die Einrichtung kann gesehen werden, dass durch die gesteigerte Intensität und Länge der Therapie auch die Kosten steigen können. Da Methamphetaminabhängige mehr Einheiten bestimmter Angebote benötigen, ist es denkbar, dass mehr Psychologen oder Sozialtherapeuten eingestellt werden müssen. Das kann die Einrichtung vor ein Problem stellen, da trotz höherer Personalkosten die Zahlung des Kostenträgers pro Patient nicht steigt, da es sich um Pauschalen handelt. Das heißt, dass die Einrichtungen ebenso viele finanzielle Mittel für einen Alkoholiker wie für einen Drogenabhängigen bekommt. Da der Drogenabhängige nun aber mehr Bedarf hat, ohne mehr Einnahmen zu bringen, kann hier eine Differenz entstehen.

## **6. Schlussfolgerung**

Abschließend kann durch die herausgearbeiteten Punkte dieser Arbeit Folgendes festgehalten werden. Methamphetamine werden derzeit gerade in den Medien als die gefährlichste Droge der Welt gehandelt. Aufgrund der einfachen Herstellung, der schnell eintretenden Abhängigkeit und ihrer zerstörenden Wirkung ist die aus dem Zweiten Weltkrieg bekannt gewordene Droge weltweit gefürchtet. Auf Rang zwei der am häufigsten global illegal konsumierten Stoffe befindlich, kann bei Methamphetaminen davonausgegangen werden, dass es zu einer Weiterverbreitung auf dem Globus kommen wird. Unweigerlich komme ich deshalb zu dem Schluss, dass, wie bereits durch das BKA vermutet, Methamphetamine eine zunehmende Rolle in der deutschen Drogenszene und damit auch in den Rehabilitationszentren spielen werden.

Durch die Bedeutung des Stoffes auf dem weltweiten Drogenmarkt und die steigende Herstellungsrate in Europa werden sich Methamphetamine vermutlich weiter in Deutschland ausbreiten. Unter Berücksichtigung der zuvor genannten Faktoren, ist es meiner Meinung nach nur noch eine Frage der Zeit, bis auch Methamphetamine nicht mehr unter „andere Stimulanzien“ fallen, sondern als eigenständiger Stoff im ICD zu finden sein werden. Die einfache Herstellung und dabei starke Wirkung von Crystal wird mit hoher Wahrscheinlichkeit bald auch noch nicht betroffene Bundesländer vor ein neues Problem stellen. Mit dem damit steigenden Aufwand für die Polizei illegale Drogenlabore auszuheben, steigt auch die Anforderung an das deutsche Suchtsystem und dabei vor allem an die Entwöhnungskliniken. Durch die unvorstellbare Wirkungsweise, welche vor allem das Gehirn extrem schädigt und die verheerende Wirkungen in Subkulturen, wie beispielsweise der Homosexuellenszene, in der sich Geschlechtskrankheiten um ein vielfaches häufiger durch den Konsum der Drogen verbreiten, gelangt das Suchtsystem zwar nicht an neue, aber an nun umfassendere Problemstellungen. Da also bei Methamphetaminabhängigen Intensität und Länge der ganzheitlichen Angebote steigen, bedarf es einer umfassenderen Betreuung. Dabei gilt das deutsche Suchtsystem aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes, welcher eben nicht einheitlich ist oder einen religiösen Grundsatz hat, als eines der effektivsten weltweit. Das Grundgerüst der Behandlung kann natürlich bei Bedarf mit religiösen, sportlichen o.a. Methoden aufgestockt werden und damit zur Individualität der Behandlung beitragen, ist aber nicht zwingen notwendig. Bei den in den USA entwickelten Systemen, wie dem 12-Step-Programm oder dem Matrixmodell wird jeweils nur eine bestimmte Konsumentengruppe erreicht werden. Dem deutschen Suchtsystem gelingt es jedoch, aufgrund der Vielzahl an Methoden alle Patientengruppen vereinbaren zu können. Somit lautet die Antwort auf die im Titel der Arbeit gestellten Frage: „Ist Sucht gleich Sucht?“, auf den individuellen Rehabilitanden gesehen nein. Im Sinne der Behandlung mehrerer Süchte in einer Einrichtung kann die Frage jedoch mit Ja beantwortet werden. Grund dafür ist, dass vordergründig nicht der Stoff, welcher eine Abhängigkeitserkrankung hervorbrachte, sondern das Individuum mit seinen psychologischen, medizinischen oder sozialen Folgen als Ansatzpunkt der Behandlung gilt. Unter dieser Betrachtungsweise ist Sucht gleich Sucht, da die Behandlung nur untergeordnet vom konsumierten Stoff abhängt. So weist jede Droge zwar typische Konsumfolgen auf, häufig sind diese aber teilweise ähnlich und können alle in einer Einrichtung nach dem deutschen Standard behandelt werden. Hierzu muss aber

sichergestellt werden, dass das Behandlungsangebot weitreichend ist und auf jeden Patienten individuell reagiert werden kann. Als Mittel eignet sich dabei vor allem die einzeltherapeutischen Einheiten, in der der Therapeut auf die jeweilige Droge, deren Konsumfolgen und den Patienten zielgerichtet eingeht. Die zuvor in der Einleitung aufgestellten Fragestellungen können aus den Ausführungen der Arbeit fast zweifelsfrei beantwortet werden. Die erste Frage: „Müssen Methamphetaminabhängige getrennt von Alkoholikern behandelt werden, um einen Behandlungserfolg zu erzielen?“ kann ich hierbei mit nein beantworten. Sie müssen nicht getrennt voneinander behandelt werden. Mit einem Behandlungserfolg ist immer eine längst mögliche Drogenabstinenz gemeint. Diese ist jedoch nicht von der Behandlung mit oder ohne Alkoholkranken abhängig. Hierbei spielen viel wesentlichere Faktoren eine Rolle, wie die Therapie an sich, das soziale Umfeld, wie sich der Patient selbst verändert hat, die Motivation etc. Es ist also weitestgehend irrelevant für den Behandlungserfolg, ob der Patient in einer multispezifischen Einrichtung oder nicht behandelt wurde. Als Beleg dient allein die Gegebenheit, dass beiden Patientengruppen nach dem gleichen Rehabilitationsmodell behandelt werden. Die zweite Frage zu dieser Arbeit: „Muss eine gänzlich neue Behandlungsstrategie gefunden werden, um Methamphetaminabhängige krankheitsgerecht therapieren zu können?“, kann ebenfalls mit Nein beantwortet werden. Der Grund ist das deutsche Suchthilfesystem. Aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes kann jede Suchtmittelabhängigkeit therapiert werden. Während in den USA bereits versucht wurde das Matrixmodell oder das 12-Step-Programm an Methamphetamine anzupassen, kann der Abhängige in Deutschland problemlos in das deutsche System einsteigen und wird in der Regel krankheitsgerecht betreut, da nicht die Droge die entscheidende Rolle spielt, sondern die daraus entstandenen Folgen. Die Einteilung dieser Folgen spiegelt sich exakt im Standard der deutschen Suchteinrichtungen wider. Sie sind medizinisch, psychologisch und sozial. Durch die Eigenständigkeit, aber eben auch durch die Kooperation der verschiedenen Bereiche, gelingt eine ganzheitliche Betrachtung und Hilfe. Sicherlich ist es aber auch möglich, dass in Zukunft eine noch anspruchreichere Therapieform oder zumindest Therapiebausteine für diese spezielle Gruppe der Methamphetaminabhängigen gefunden wird.

Letztlich kann ich für mich sagen, dass gerade aus Sicht der Methamphetaminrehabilitanden, die Zusammenbehandlung von Vorteil ist und gefördert werden sollte. Durch Behandlungen mit ebenfalls schwach sozialisierten

Mitpatienten können besonders im sozialen Bereich keine größeren Fortschritte gemacht werden. Allein deswegen ist es empfehlenswert eine, wie aufgezeigt funktionierende, gemeinsame Behandlung anzustreben. Durch die in jedem Fall vorhandenen Maßnahmen im medizinischen und psychologischen Bereich ist die gemeinsame Behandlung möglich und wie bereits erwähnt schlichtweg gut geeignet. Darüber hinaus hat diese Arbeit aufgezeigt, dass die Rehabilitationsbehandlung Methamphetaminabhängiger nach deutschen Standards aufgrund des bereits vorhandenen Suchtsystems, in welche die Behandlung eingegliedert ist, als besonders ansprechend gerade auch für die genannte Patientengruppe bezeichnet werden kann und die krankheitsgerechte Rehabilitation definitiv gegeben ist.

## 7. Quellenverzeichnis

**AHG Klinik Lübeck:** Qualifizierter Entzug (Entgiftung) (o.J.), URL: [http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Luebeck\\_Klinik/Klinik/Wie\\_behandeln\\_wir/03Entzug/index.html](http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Luebeck_Klinik/Klinik/Wie_behandeln_wir/03Entzug/index.html) (Zugriff: 03.01.2013)

**AHG Tönisstein:** Therapiekonzept. Konzept der Kurzzeittherapie der AHG Klinik Tönisstein. Psychotherapeutisch-educative Angebote (o.J.), URL: [http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Toenisstein/Klinik/Wie\\_behandeln\\_wir/Therapiekonzept/index.html](http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Toenisstein/Klinik/Wie_behandeln_wir/Therapiekonzept/index.html) (Zugriff: 15.01.2013)

**Blaues Kreuz 2007<sup>3</sup>:** Co-Abhängigkeit. Informationen, Kontaktadressen, Literatur. o.O.

**Bundesministerium für Gesundheit 2012:** Glossarabgriff. Alkohol (19.09.2012), URL: <http://www.bmg.bund.de/glossarabgriffe/a/alkohol.html> (Zugriff: 03.01.2013)

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:** Nachsorge. Selbsthilfe (o.J.), URL: <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/nachsorge-und-selbsthilfe/> (Zugriff: 30.12.2012)

**Caritas Ennepe-Ruhr im Bistum Essen:** Ambulant Betreutes Wohnen für chronisch suchtkranke Menschen (o.J.), URL: <http://www.caritas-hattingen.de/index.php?id=114> (Zugriff: 31.12.2012)

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2012:** Stationäre Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland. In: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht & Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen Drogensituation 2011/2012, o.O., S. 203-236

**Deutsche Suchthilfestatistik 2011:** Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2010. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), o.O.

**Deutschlandradio:** Crystal Meth. Der Stoff aus Sachsen (28.03.2012), URL: [http://wissen.dradio.de/crystal-meth-der-stoff-aus-sachsen.39.de.html?dram:article\\_id=15768](http://wissen.dradio.de/crystal-meth-der-stoff-aus-sachsen.39.de.html?dram:article_id=15768) (Zugriff: 14.12.2012)

**Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie** 2003: SUCHT 49(3) : 147-167 (2003). Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen, o.O.

**Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Bundesministerium für Gesundheit** 2012: Drogen- und Suchtbericht. Mai 2012. Berlin

**Drogenberatungsstelle Dortmund:** Ambulante Nachsorge (o.J.), URL: <http://www.drobs-dortmund.de/psychosoziale-beratung-und-betreuung/ambulante-nachsorge.html> (Zugriff: 30.12.2012)

**Erven, O. & Schoppenmeyer, M.-A.** 2005: Was ist eine Alkoholabhängigkeit?. In: Techniker Krankenkasse: Was ist eine Alkoholabhängigkeit?. o.O.

**Focus:** Wahnsinnige Horror-Droge zerstört Mensch. So grausam sehen Crystal-Meth-Zombies aus (14.12.2012), URL: [http://www.focus.de/panorama/welt/wahnsinnige-horror-droge-zerstoert-mensch-so-grausam-sehen-die-crystal-meth-zombies-aus\\_did\\_42623.html](http://www.focus.de/panorama/welt/wahnsinnige-horror-droge-zerstoert-mensch-so-grausam-sehen-die-crystal-meth-zombies-aus_did_42623.html) (03.01.2013)

**Halkitis, P., N.** 2009: Methamphetamine Addiction. Biological Foundations, Psychological Factors, and Social Consequences. American Psychological Association (Hrsg). Washington D.C.

**Haus Niedersachsen gGmbH** 2011: Qualitätsbericht der Fachklinik Oerrel Haus Niedersachsen gGmbH, Dedelstorf. Instituts-Nr.: 510 310 016; für das Jahr 2010, Dedelstorf

**Härtel-Petri, R.** 2012a: Akutbehandlung „Amphetaminartige Substanzen=ATS“ „Niedrigschwelliger“ Methamphetaminentzug (27.11.2012), URL: <http://www.bezirkskliniken->

oberfranken.de/pdf/bayreuth/veranstaltungen/2012/crystal\_meth\_kongress\_vortraege/2012.11.27\_akutbehandlung\_ats\_haertel.pdf (Zugriff: 14.12.2012)

**Härtel-Petri, R.** 2012b: Crystalspeed-Crystal-Meth - Kristallines N-Methamphetamin Eine kurze Einführung (27.11.2012), URL: [http://www.bezirkskliniken-oberfranken.de/pdf/bayreuth/veranstaltungen/2012/crystal\\_meth\\_kongress\\_vortraege/2012.11.27\\_crystalspeed\\_einfuehrung\\_haertel.pdf](http://www.bezirkskliniken-oberfranken.de/pdf/bayreuth/veranstaltungen/2012/crystal_meth_kongress_vortraege/2012.11.27_crystalspeed_einfuehrung_haertel.pdf) (Zugriff: 14.12.2012)

**Institut für Therapieforschung** 2012: Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis, In: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht & Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen Drogensituation 2011/2012, o.O., S. 176-185

**Krankenhaus St. Antonius GmbH** 2011: Strukturierter Qualitätsbericht. gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über das Berichtsjahr 2010, o.O.

**Lindenmeyer, J.** 2001: Therapie Alkoholabhängiger. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. u.a. Göttingen: Hogrefe, S. 365 – 435

**Loviscach, P.** 1996<sup>6</sup>: Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus

**Lüdecke, C. & Faure, H. & Sachsse, U.** 2010: Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext, Stuttgart

**Meinhardt, R.:** Ambulante Behandlung von Methamphetaminabhängigen (09.05.2012), URL: [http://www.bezirkskliniken-oberfranken.de/pdf/hochstadt/infomaterial/12hochstadter\\_gespraech/Meinhardt\\_Ambulante\\_Behandlung.pdf](http://www.bezirkskliniken-oberfranken.de/pdf/hochstadt/infomaterial/12hochstadter_gespraech/Meinhardt_Ambulante_Behandlung.pdf) (Zugriff: 03.11.2012)

**National Geographic:** Die gefährlichste Droge der Welt (20.03.12), URL: <http://www.youtube.com/watch?v=Rsp6PasNoro> (Zugriff: 07.11.2012)

**New York Crystal Meth Anonymous:** The Twelve Steps of Crystal Meth Anonymous (o.J.), URL: <http://www.nycma.org/steps.html> (Zugriff: 17.12.2012)

**Ohnesorge, F. K.:** Der Einfluß der Umgebungstemperatur auf Motilität, Körpertemperatur und Sauerstoffverbrauch von normalen und Pervitin-behandelten Mäusen (09.01.1964). In: Springer Link, URL: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01610042> (Zugriff: 27.11.2012)

**Stern TV:** Die gefährlichste Droge der Welt. Wie Crystal Meth den Körper schädigt (16.05.2012), URL: <http://www.stern.de/tv/sterntv/die-gefaehrlichste-droge-der-welt-wie-crystal-meth-den-koerper-schaedigt-1827783.html> (Zugriff: 03.01.2013)

**Spiegel Online:** Crystal Meth. Andre Agassi gibt Drogenkonsum zu (28.10.2009), URL: <http://www.spiegel.de/panorama/leute/crystal-meth-andre-agassi-gibt-drogenkonsum-zu-a-657795.html> (Zugriff: 13.11.2012)

**Stern:** Partydroge Crystal Meth. Wenn aus Menschen Zombies werden (28.12.12), URL: <http://mobil.stern.de/wissen/mensch/partydroge-crystal-meth-wenn-aus-menschen-zombies-werden-1940159.html> (Zugriff: 03.01.2013)

**Suchthilfe in Thüringen gGmbH:** Adaption. Was heißt Adaption? (o.J.), URL: <http://www.sit-online.org/was-ist-adaption.html> (Zugriff: 29.10.2012)

**Süddeutsche:** Die am schnellsten abhängig machende Droge der Welt (27.02.2012), URL: <http://www.sueddeutsche.de/bayern/abhaengig-von-crystal-speed-high-bis-zum-koerperlichen-verfall-1.1293850-2> (Zugriff: 03.01.2013)

**Tretter, F. 2000:** Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer

**Thamkrabok Independent Information Network:** Important Information for Addicts (o.J.), URL: <http://www.thamkrabok.net/html/information.html> (18.12.2012)



**Ulrich, A.:** The Nazi Death Machine Hitler's Drugged Soldiers (06.05.2005). In: Spiegel Online International, URL: <http://www.spiegel.de/international/the-nazi-death-machine-hitler-s-drugged-soldiers-a-354606.html> (Zugriff 12.11.2012)

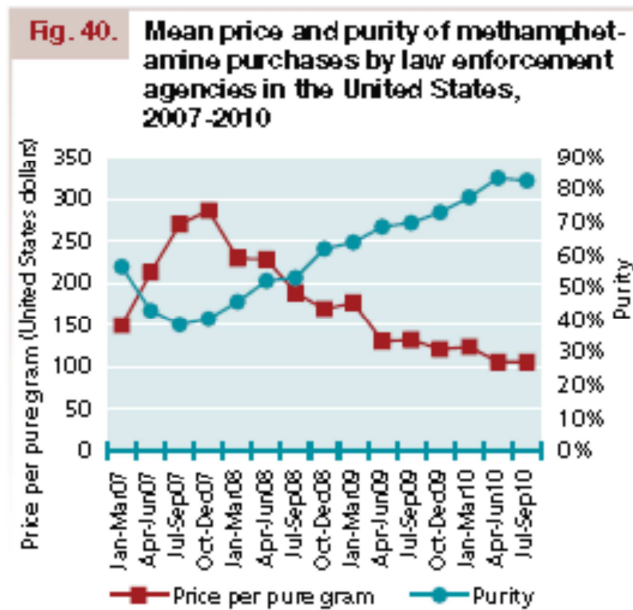
**Vollmer, H.C. & Krauth, J.** 2001: Therapie der Drogenabhängigen. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. u.a. Göttingen: Hogrefe, S. 396-429

**World Health Organization:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010. Chapter V Mental and behavioural disorders (F00-F99). Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19) (2010). URL: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#> (Zugriff: 27.11.2012)

**Zeit Online:** Das Pervitin-Wunder von Bern? (26.10.2010), URL: <http://www.zeit.de/sport/2010-10/bisp-doping-bern-1954> (Zugriff: 13.11.2012)

## Anhang

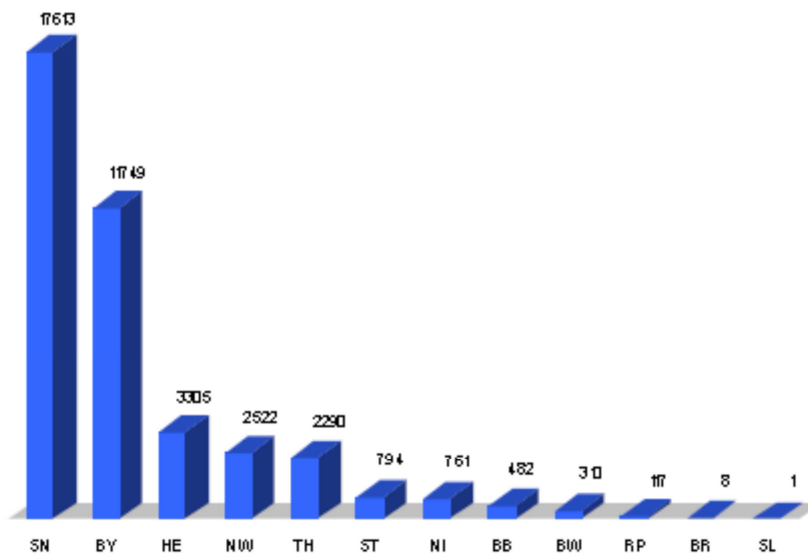
Abb. 1



Quelle: United Nations Office on Drugs and Crime: Recent Statistics And Trend Analysis Of Illicit Drug Markets (26.06.2012), URL: [www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Chapter1.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Chapter1.pdf) (Zugriff: 10.11.2012)

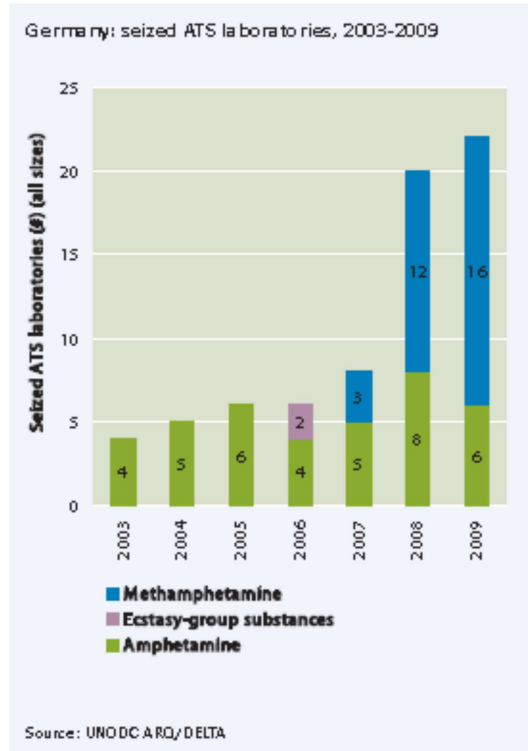
Abb. 2

Crystal-Sicherstellungsmengen in Gramm nach Bundesländern (FDR)



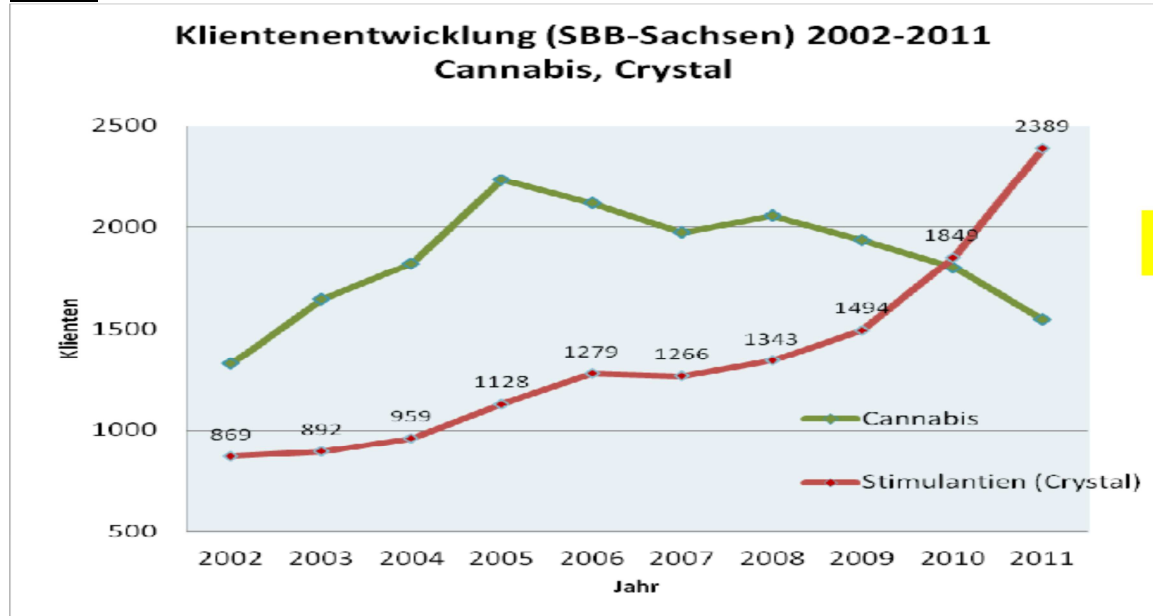
Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.: Verbreitung und Konsumententwicklung von Crystal in Sachsen (2012), URL: [http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53\\_gesundheitsamt/drogenreferat/dr.\\_rilke.pdf](http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53_gesundheitsamt/drogenreferat/dr._rilke.pdf) (Zugriff: 10.11.2012)

Abb. 3



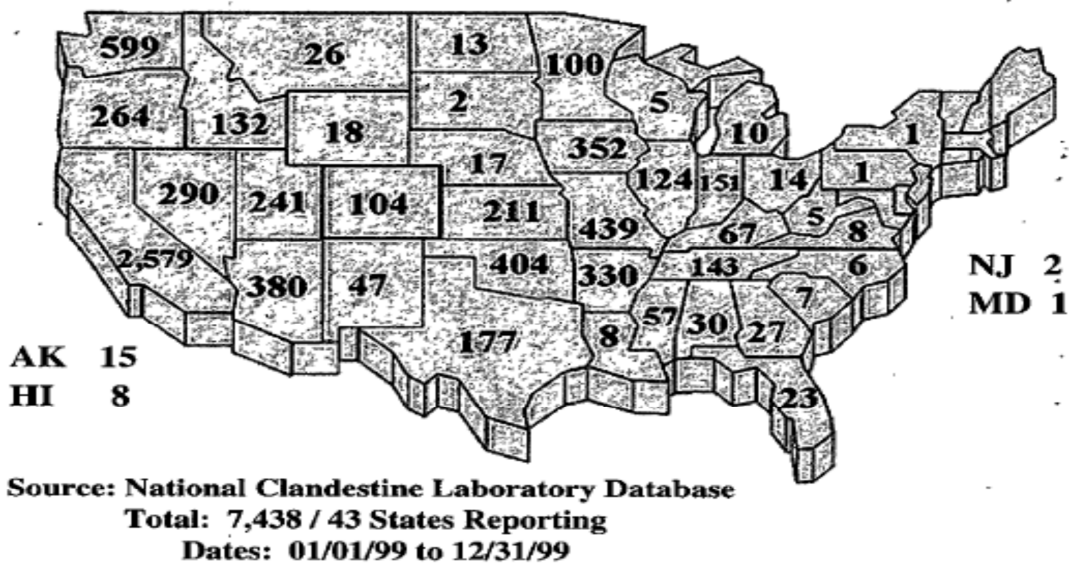
Quelle: United Nations Office on Drugs and Crime: Amphetamines and Ecstasy. 2011 Global ATS Assesment, o.O. 2012, S. 56

Abb. 4



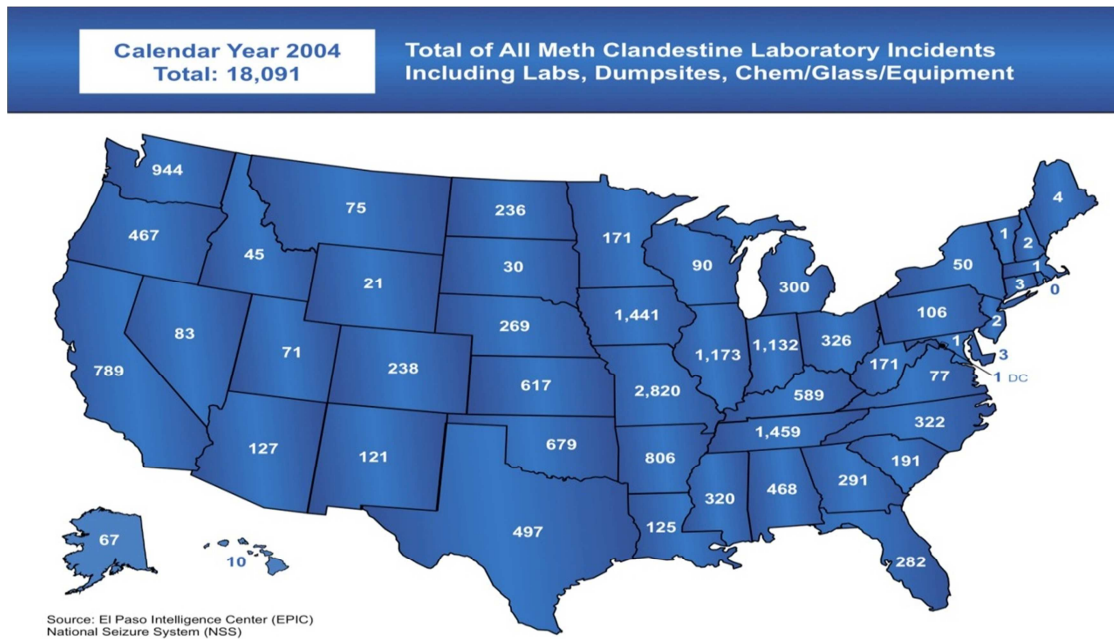
Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.: Verbreitung und Konsumententwicklung von Crystal in Sachsen (2012), URL: [http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53\\_gesundheitsamt/drogenreferat/dr.\\_rilke.pdf](http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53_gesundheitsamt/drogenreferat/dr._rilke.pdf) (Zugriff: 10.11.2012)

Abb. 5



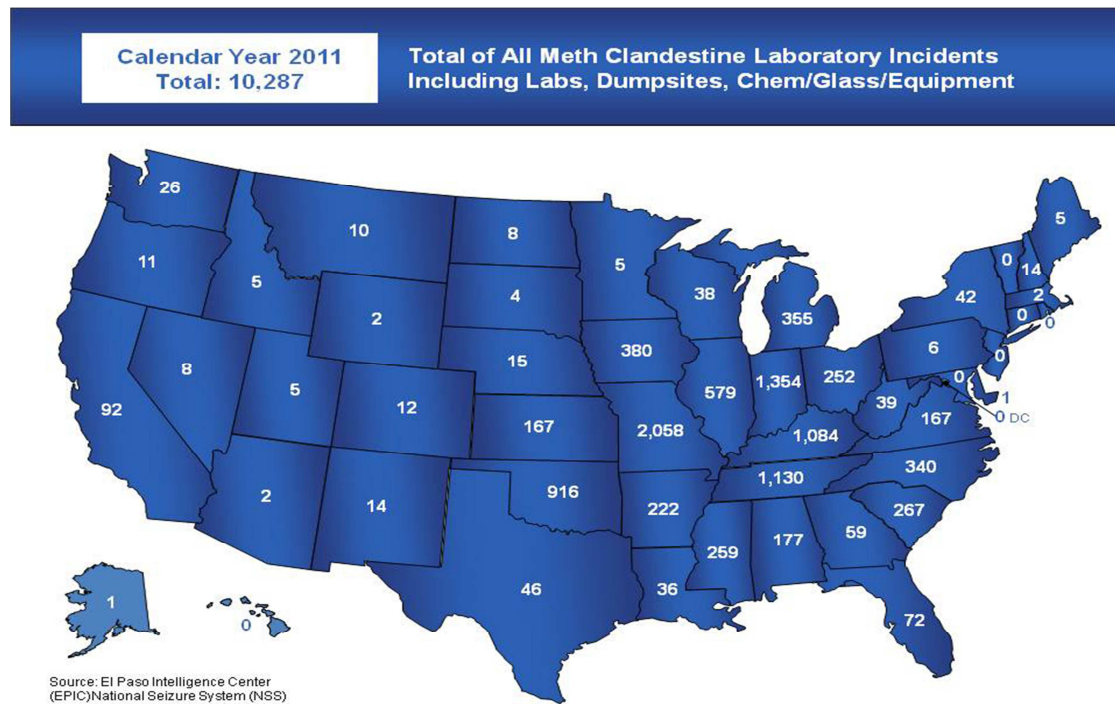
Quelle: Halkitis, P., N.: Methamphetamine Addiction. Biological Foundations, Psychological Factors, and Social Consequences. American Psychological Association (Hrsg.). Washington D.C. 2009

Abb. 6



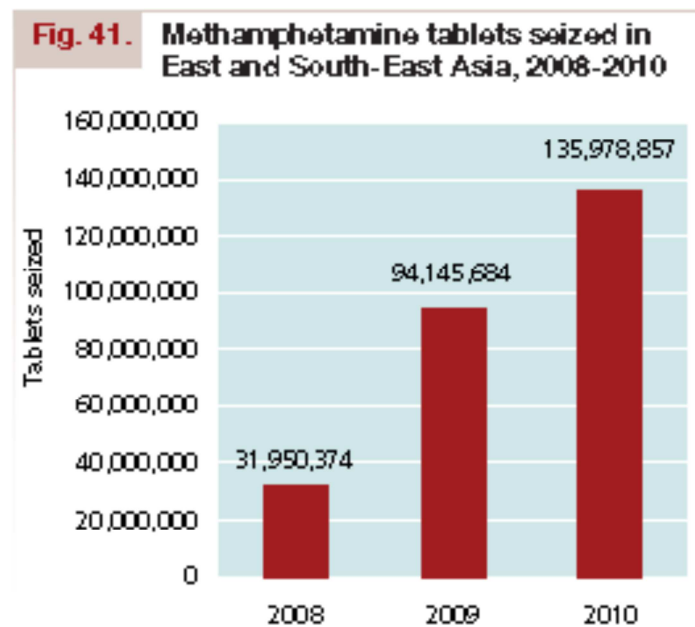
Quelle: U.S. Drug Enforcement Administration: Methamphetamine Lab Incidents, 2004-2011 (2011), URL: <http://www.justice.gov/dea/resource-center/meth-lab-maps.shtml> (Zugriff: 19.11.2012)

Abb. 7



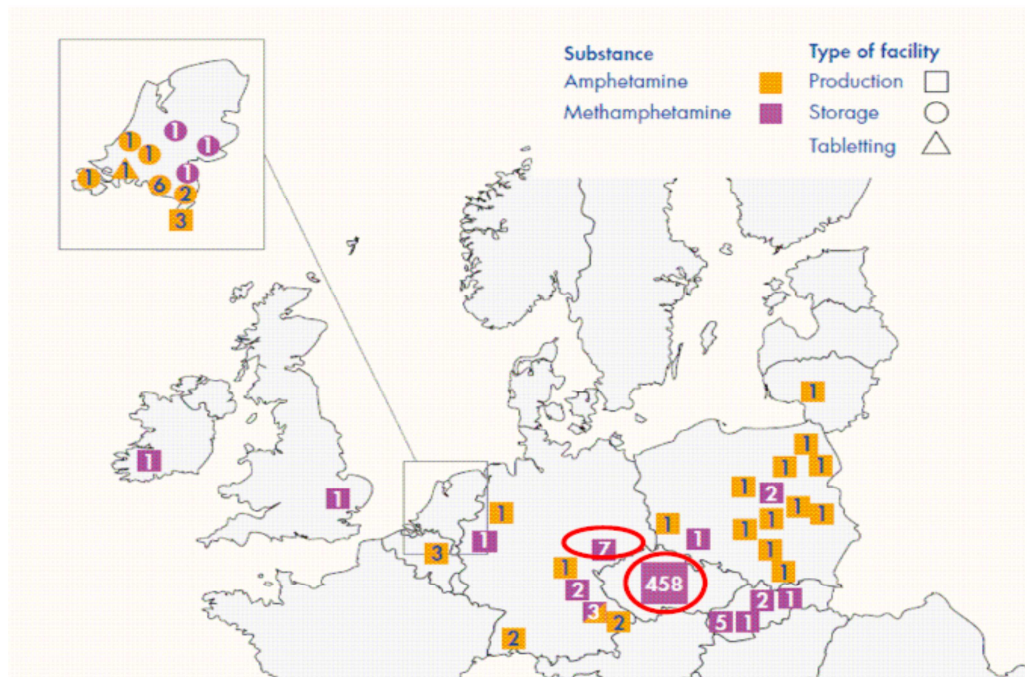
Quelle: U.S. Drug Enforcement Administration: Methamphetamine Lab Incidents, 2004-2011 (2011), URL: <http://www.justice.gov/dea/resource-center/meth-lab-maps.shtml> (Zugriff: 19.11.2012)

Abb. 8



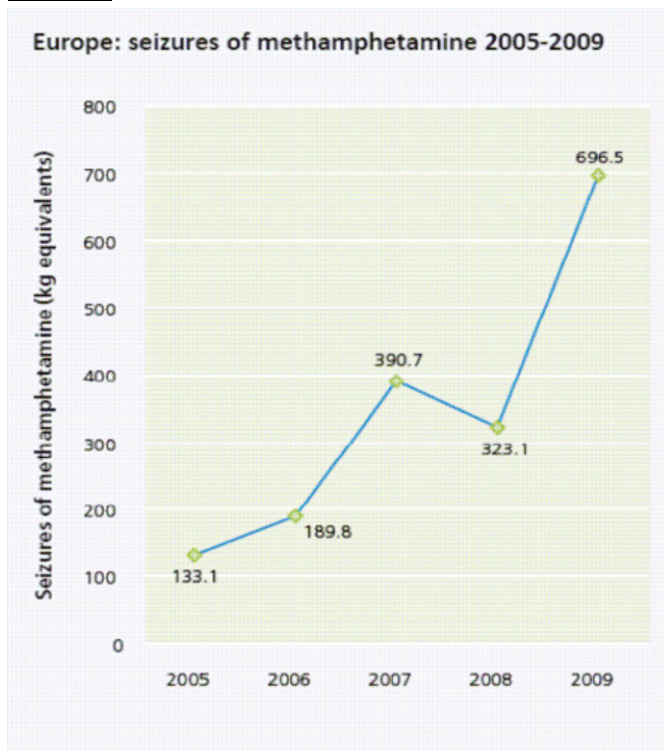
Quelle: United Nations Office on Drugs and Crime: Recent Statistics And Trend Analysis Of Illicit Drug Markets (26.06.2012), URL: [www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Chapter1.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Chapter1.pdf) (Zugriff: 10.11.2012)

Abb. 9



Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.: Verbreitung und Konsumententwicklung von Crystal in Sachsen (2012), URL: [http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53\\_gesundheitsamt/drogenreferat/dr.\\_rilke.pdf](http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53_gesundheitsamt/drogenreferat/dr._rilke.pdf) (Zugriff: 10.11.2012)

Abb. 10



Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.: Verbreitung und Konsumententwicklung von Crystal in Sachsen (2012), URL: [http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53\\_gesundheitsamt/drogenreferat/dr.\\_rilke.pdf](http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53_gesundheitsamt/drogenreferat/dr._rilke.pdf) (Zugriff: 10.11.2012)

### 12-Step-Programm

1. Wir geben zu, dass wir machtlos gegenüber Crystal Meth sind und unsere Leben nicht mehr zu bewältigen sind.
2. Zum Glauben kommen, dass nur eine Macht, die größer als man selbst ist, die eigene geistige Gesundheit wiederherstellen kann
3. Den Entschluss fassen, seinen Willen und sein Leben der Sorge Gottes, wie ihn jeder für sich versteht, anzuvertrauen
4. Eine gründliche und furchtlose Inventur von sich selbst machen
5. Vor sich selbst und einem anderen Menschen gegenüber sein begangenes Fehlverhalten eingestehen
6. Wir sind bereit die defekten Verhaltensweisen, die das Leben behindern, von Gott entfernen zu lassen
7. Demütig darum bitten, dass Gott sämtliche persönliche „chronische das Leben behindernde Verhaltensweisen“ beseitigt
8. Auflistung aller Personen, denen man Unrecht getan und Schaden zugefügt hat und die Bereitschaft und den Willen zur Wiedergutmachung entwickeln
9. Wo immer möglich, die Menschen entschädigen, außer, wenn sie oder andere dadurch verletzt werden
10. Die „Innere Inventur“ fortsetzen und zugeben, wenn man im Unrecht ist
11. Durch „Gebet und Besinnung“ versuchen, eine tiefe bewusste Beziehung zu Gott, wie ihn jeder für sich selbst versteht, zu verbessern und um die Erkenntnis beten, seinen Willen zu sehen und die Kraft, ihn umzusetzen
12. Nach der nun erfahrenen „spirituellen Erweckung“ versuchen, die Botschaft an andere Betroffene weiterzugeben und seinen Alltag nach den Grundsätzen der jeweiligen Zwölf-Schritte-Gruppe auszurichten. (vgl. New York Crystal Meth Anonymous, o.J.)

## **Plagiatserklärung**

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit mit dem Titel  
*„Ist Sucht gleich Sucht? – Wenn Crystal zu Alkohol wird – Eine Untersuchung der  
Rehabilitationsbehandlung Methamphetaminabhängiger nach deutschen Standards“*  
selbstständig verfasst worden ist, dass keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die  
angegebenen benutzt worden sind und dass die Stellen der Arbeit, die anderen Werken  
– auch elektronischen Medien – dem Wortlaut oder Sinn nach entnommen wurden, auf  
jeden Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht worden sind.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)