

Alkohol – Freund oder Feind des Menschen?

ANTONIN 03

Seminarhotel Binder Seminare Catering Partyservice

Der „Grüne Kreis – Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen“ stellt für suchtkranke Frauen und weibliche Jugendliche in Mönchkirchen am Wechsel, mitten im Herzen der „Buckligen Welt“, eine Therapieeinrichtung zur Verfügung, die in einem ehemaligen Kurhotel der Jahrhundertwende, dem Hotel Binder, untergebracht ist. Das Haus wird von den Patientinnen nicht nur bewohnt, sondern auch als Seminarzentrum betrieben. Herrlich gelegen an der Wechspanoramastraße bietet es den idealen Rahmen für Ihre Seminare, Tagungen und Veranstaltungen.

Zu Ihrer
stehen 13

Verfügung
Doppel-
zimmer,
1 Einzel-
zimmer für
die Seminar-
leitung, anspre-
chend eingerichtet,
mit Dusche und WC,
ebenso 2 Seminarräume
mit Platz für bis zu 120 Per-
sonen



und modernster Ausstattung (DVD-Anlage, Großbildleinwand, Video, Musikanlage u.v.m.). Ein schattiger Gastgarten lädt zum Verweilen ein.

Individuelle Menügestaltung sowie vegetarische Gerichte sind selbstverständlich möglich.

Viele zufriedene Stammgäste, die nicht nur die außergewöhnliche Lage des Seminarhotels Binder sondern vor allem die Gastlichkeit schätzen, bestärken unsere Bemühungen. So entstand auch die Idee des Partyservice und Cateringbetriebs.

Sind Sie neugierig geworden und haben Sie Fragen zu unseren Angeboten, besuchen Sie uns im Internet unter www.gruenerkreis.at > Seminarbetrieb oder kontaktieren Sie uns unter hotel.binder@gruenerkreis.at.

Catering und Partyservice

Von Hausmannskost bis zum exklusiven Fischbuffet, vom Fingerfood bis zum sechsgängigen Galamenu, Ihre kulinarischen Wünsche werden erfüllt mit einem reichhaltigen Angebot an Menü- und Buffetvorschlägen.

Von der Seminarorganisation über das Hochzeitsbankett bis zum Kinderfest oder zur Vernissage, Sie erhalten von uns für jede Gelegenheit die passende Ausstattung: Geschirr, Gläser, Tischwäsche, Servietten, Tischdekoration, Getränke mit Kühlmöglichkeiten ... jeder noch so kleine Wunsch wird von unserem Team beachtet.



Für einen optimalen Ablauf Ihrer Veranstaltung sorgt unser bestens geschultes und freundliches Serviceteam mit langjähriger Erfahrung in der Gästebetreuung.

Gerne beraten wir Sie im Rahmen eines persönlichen Gesprächs unter Berücksichtigung:

- Ihres Anlasses
- der geplanten Örtlichkeiten
- Ihres Images
- und natürlich der Kosten

und erstellen ein individuelles Angebot für Ihre erfolgreiche Veranstaltung.

Wir freuen uns auf Ihren Auftrag!

Für ein persönliches Beratungsgespräch steht Ihnen Herr Mario Glatz, Leiter des Seminarhotels Binder und des Catering-services, unter (664) 101 30 02 gerne zur Verfügung.

Seminarhotel Binder

A-2872 Mönchkirchen 99
Tel.: (664) 101 30 02
Fax: (2649) 83 07
hotel.binder@gruenerkreis.at
www.gruenerkreis.at



Fotos: Berith Schistek



Inhalt

Ausgabe Nr. 45



10



15



U2



22



14



24

Reportage

- 4 Alkoholbehandlung im „Grünen Kreis“
 6 Zum Thema Alkohol
 10 Johnsdorf – die neue Betreuungseinrichtung
 11 Mein Freund Alkohol?
 12 Meine Sucht
 13 Gedanken zur Therapie
 14 Selbsthilfe – die Anonymen Alkoholiker
 20 Mein Besuch im „Grünen Kreis“
 U3 Eröffnung des Beratungszentrums Klagenfurt

Wissenschaft

- 8 Depressionen wegen Alkohol – Alkohol wegen Depressionen
 15 World Forum Montreal – Schwerpunkt Nikotin
 16 EuroTC-Fachtagung Berlin 2002: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
 17 ICAA Conference Brazil
 18 Neues über Hepatitis
 19 Rückfall in der Suchtarbeit

Ankündigung

- U2 Seminarhotel Binder – Seminare, Catering, Partyservice
 3 Veranstaltungshinweise

Sport

- 22 Auf einen Kaffee nach Salzburg – zum Marathon nach Monaco
 23 Resümee des RLV Sparkasse Aspang

Kreativität

- 14 Alkoholtherapie – ein Comic
 14 Dank an Bel Etage Kunsthandel
 21 Prävention im „Grünen Kreis“ – Kreativmärkte und Informationsstände
 21 Entdeckungen – ein Fotolabor in der Villa

Kolumne

- 2 Editorial
 7 Anerkennung des „Grünen Kreises“ durch FSW-Fonds Soziales Wien
 13 Leserbrief
 24 Der Geier fragt den Schluckspecht: „Was wird dir denn gerecht?“

Der „Grüne Kreis“ dankt seinen Förderern:



Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.06.1981: Das Aufgabengebiet des „MAGAZIN Grüner Kreis“ bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins „Grüner Kreis“. Das „MAGAZIN Grüner Kreis“ erscheint viermal jährlich.

Medieninhaber: „Grüner Kreis“, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen

Herausgeber: Vorstand des Vereins „Grüner Kreis“

Mitglieder des Vorstandes: Brigitte Pösdensek, Dr. Erhard Docekal, Alfred Rohrhofer, Ernst Steurer

Mitglieder des Aufsichtsrates:

Mag. Dr. Rüdiger Wolf, Dr. Michael Schwarz, Dr. Ewald Schwarz, Doz. Prim. Dr. Peter Porpaczy

Kaufmännischer Direktor: Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dr. Thomas Legl, Alfred Rohrhofer, Dr. Brigitte Wimmer (CvD)
Eigenverlag: „Grüner Kreis“, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen

Alle: Hermannsgasse 12, A-1070 Wien, Tel.: (1) 526 94 89, Fax: (1) 526 94 89-4

Inserate: Werbepartner Marketing GmbH, Oberfeldstraße 10a, A-4020 Linz, Tel.: (732) 34 30 98, Fax: (732) 34 30 98-333

Layout: KONTEXT kommunikation. Kaiser & Partner KEG, Rahlgasse 1, A-1060 Wien, Tel.: (1) 319 52 62, www.kontext.at

Belichtung und Druck: Ueberreuter Print und Digimedia GmbH, Industriestraße 1, A-2100 Korneuburg, Tel.: (2262) 789-0
Titelbild: Antonin Kuba
Auflage: 60.000

Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von: Wolfgang Bauer, Joachim Berthold, Josef Bieber, Drogenhilfe Tannenhof Berlin, Antonin Kuba, Leonidas Lemonis, Susanne Lentner, Willi Maca, Oliver Pernhaupt, Lothar Schäfer, Berith Schistek, Mario Schlehlmair, Harald W. Schober, Klaus Tockner, Akos Topolanszky, Gebhard Franz Winkler, Magdalena Zuber



Dr. Thomas Legl ist Sozialpsychologischer Leiter im „Grünen Kreis“.

Liebe Leserinnen! Liebe Leser!

„Die Zahlen sprechen für sich. Zwischen 81 und 83% der Zwölf- bis Vierzehnjährigen haben bereits Erfahrungen mit Alkoholkonsum gemacht. Bei den Fünfzehn- bis Sechzehnjährigen sind es über 90%. Dabei gibt es keinen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen.“ Diese Fakten, zitiert aus einem Referat der deutschen Drogenbeauftragten Marion Casper-Merk, zeigen, wo die Hauptsuchtgefährdung Jugendlicher liegt. Neben erster Abhängigkeit von der Einstiegsdroge Nikotin steigt das Risiko mit frühen Alkoholerfahrungen, die zunächst meist im Familienkreis gemacht werden. Vierzehnjährige sind nur mehr zu 10% alkoholunfähig. Die Konsumgewohnheiten Jugendlicher zeigen eine Zunahme des „binge drinking“ – Rauschtrinken, welches an Wochenenden gruppenspezifisch bedeutende Ausmaße annimmt. Probiervverhalten wird immer öfters zur risikoreichen Konsumpraxis.

In Österreich sind 1,2 Millionen Menschen alkoholgefährdet, 8000 sterben jedes Jahr an den Folgen des Alkoholkonsums. 260000 Männer sind schwere Alkoholiker. Schwere

»Bei Frauen liegt die Grenze zum Alkoholmissbrauch bei einem halben Liter Wein, bei Männern bei 3 Vierteln.«

Alkoholiker trinken bis zu 3 Liter Wein oder 2 Flaschen Schnaps am Tag. Laut WHO sollte man nicht mehr als einen halben Liter Wein oder eine Flasche Bier am Tag

trinken und zumindest zwei alkoholfreie Tage pro Woche einlegen. Würden sich die ÖsterreicherInnen an diese Regel halten, würde das eine Reduktion des Alkoholkonsums um zwei Drittel bedeuten.

El botelon, frei übersetzt das „große Saufen“, so war auch der Vortrag von Tomeu Catalá bei der EURO-TC Fachtagung in Berlin betitelt. Catalá bezieht sich auf den wachsenden Trend Jugendlicher, mit billigem Supermarktalkohol, meist harten Getränken, die mit Limonaden gemischt konsumiert werden, auf öffentlichen Plätzen Partys zu feiern.

Die Alkoholkrankheit führt sehr spät und hauptsächlich in Extremfällen zu sozialer

Ausgrenzung der Betroffenen. Die Probleme können meist lange verdeckt und verdrängt werden. Die Umwelt spielt bei Verharmlosung und Vertuschung nur allzu gerne mit. Wenn dieses zuhelfende System dann einmal umkippt, sind die Folgen bereits enorm. Während die bewährten Kurzzeitmaßnahmen für Alkoholiker dort gut greifen, wo das soziale Netz aufrecht ist und der/die Patient/in zum Kreis der typischen SpiegeltrinkerInnen gehört, ist für die integrierten schweren AlkoholikerInnen auch eine Langzeittherapie indiziert.

Interessanterweise gibt es für Alkoholiker auch keine Substitutions- oder Erhaltungstherapie, sehr wohl aber die neuerweckte Idee des kontrollierten Trinkens wie auch die stark von der Präventivarbeit der Alkoholindustrie getragene Mäßigkeitsbewegung (www.educalcoool.qc.ca), die – durchaus sinnvoll – bei den bereits suchtkranken KonsumentInnen generell ihre Wirkung verfehlt, da diese die Kontrollfähigkeit bereits verloren haben. Auch bei der gefährdeten Gruppe jugendlicher PartytrinkerInnen, wo es nur um den Rausch und keinesfalls um den Genuss geht, kann die Mäßigkeitstheorie wenig greifen.

Im „Grünen Kreis“ ist diese Entwicklung, welche größere Probleme mit Alkoholikerkrankungen impliziert, spürbar. Der Anteil behandelter Personen mit Hauptdroge Alkohol ist auf etwa 20% gestiegen. Einerseits handelt es sich hier um eine Population sehr junger, exzessiver Rauschtrinker, teilweise schwer comorbid, meist mit Borderlinestörungen, andererseits werden vermehrt ältere AlkoholikerInnen nach mehreren erfolglosen Therapieversuchen in die Langzeittherapie übernommen.

Der Schwerpunkt der Alkoholbehandlung im „Grünen Kreis“ soll nun in die „Grüne Mark“ nach Johnsdorf in die Steiermark übersiedeln. Das Bildungshaus Johnsdorf war im Besitz des Salesianerordens Don Bosco. Bekanntlich nimmt sich dieser Orden hauptsächlich um Kinder und Jugendliche an, die Schutz benötigen, arbeitet aber auch präventiv über Bildung und Seminare. Dieser soziale Aspekt wird in

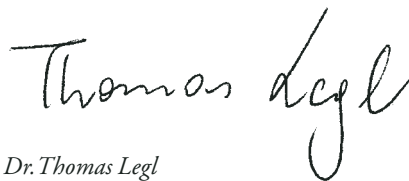
Johnsdorf erhalten bleiben. 80 Therapiebetten sind nun bewilligt. Diese Betten sollen in kleinere Wohngruppeneinheiten gegliederte, unterschiedliche, sehr spezifische Therapieprogramme bieten. AlkoholikerInnenbehandlung in Form von Langzeittherapie sowie einer sechsmonatigen Kurzzeittherapie stehen im Zentrum des Angebots, allerdings soll es weitere Einheiten für Polytoxikomane und auch DoppeldiagnosepatientInnen geben.

Konzeptionell sollen die erfolgreich bewährten und umfassend evaluierten, bestehenden Programme auch in dieser Einrichtung umgesetzt werden, wobei das von den Salesianern adaptierte Bildungshaus ideale Wohnbedingungen stellt. Die naturbelassene Umgebung wird hoffentlich bald so manche/n Trinker/in nicht mehr auf der Suche nach der Flasche durch Park und Wiesen laufen sehen, sondern zu rein gesunder Aktivität motivieren. Für das Land Steiermark wird die neue Einrichtung ein Novum sein, bis dato existierte keine spezifische Einrichtung zur stationären Behandlung Suchtkranker.

Der „Grüne Kreis“ freut sich, in diese Richtung innovativ sein zu können. Graz als europäische Kulturhauptstadt soll Ansporn sein, auch im therapeutischen Bereich Neues zu präsentieren. Kreativität und Kultur sind ja eine von mehreren Spezialitäten der breiten Palette im Behandlungsangebot. Bald wird auch die Rehabilitationseinrichtung Johnsdorf kreativ erblühen und die neuen BewohnerInnen werden entdecken, dass ihr Geist nicht in der Flasche stecken muss.

Eines ist auffällig am neuen Projekt: Die Bevölkerung stand der Idee von Anfang an positiv gegenüber. Keine der üblichen Vorurteile kamen zum Tragen. Bei substanzgebundenen Suchterkrankungen wird noch immer oftmals zwischen Alkohol und „Drogen“ unterschieden, als ob Alkohol keine Droge wäre. Dies führt auch zur Fehleinschätzung wie Abwehr und Projektion der hohen Gefährdung durch Alkohol auf das Gebiet illegalen Konsums. Für die Behandlung ist die Frage nach legalem oder illegalem Konsum nicht von besonderer Bedeutung. Durch die Legalität und die gesellschaftliche Norm des Alkoholkonsums ist diese legale Droge im Rückfallgeschehen für ehemals Opiatsüchtige wie den/die Alkoholiker/in selbst, der/die es schwer hat, dem normativen, sozialen Druck zu entkommen, von hohem Stellenwert. Interessanterweise, obwohl dies nur wenige glauben, gibt es auch ein erfülltes Leben ohne Alkohol.

Diese Message, hört man von erfolgreich Behandelten, wird von den Anonymen Alkoholikern hochgehalten. Sie sind vielleicht gesellschaftliche Außenseiter, jedoch insgeheim manchmal auch offen Bewunderte.



Dr. Thomas Legl
marienhof@gruenerkreis.at

Veranstaltungstipps

Anwendung ganzheitlicher Therapien im Bereich von Abhängigkeiten

2.–3. Mai 2003
Assisi, Italien
Information:
Claudia Wittmann
ERIT-Italia
I-06069 Tuoro s.T./PG
Palazzola 9
Tel.: +39 (329) 104 68 04
(9.00–13.00 und 17.00–20.00)
Fax: +39 (75) 829 60 61
eMail: claudia.w@libero.it

10. Basler Psychotherapietage – Keine Zukunft ohne Drogen ...

29.–31. Mai 2003
Basel, Schweiz
Information:
perspectiva
CH-4125 Riehen 1
Bahnhofstrasse 63
Tel.: +41 (0) 61 641 64 85
Fax: +41 (0) 61 641 64 87
eMail: info@perspectiva.ch
Web: www.perspectiva.ch

Spendenliste

Herzlichen Dank an alle angeführten SpenderInnen, die den „Grünen Kreis“ und dessen Tätigkeit unterstützen:

ALTENDORFER Johannes	Dr. DARINGER Franz
BERGER Apollonia	Dr. FAST
BLATTERER Alwine	Dr. FEUCHTENHOFER Johann
DI MIRWALD Johann	Dr. FREYUND Otto K.
DI DR. OBERGRUBER Gerold	Dr. GRÖSSWANG Friedrich
DI PLEITL Georg	Dr. HALMDIENST Lieselotte
DI Kfm. Ing. BAUMGARTNER Günter	Dr. HOELLEBRAND Ernst
Dr. AICHMAIR Maria	Dr. HOLLERER Eva- Maria
Dr. BUCHER Heike und Gerhard	Dr. JAKSE Robert
Dr. DANHORN Helga	Dr. JUNKER Ermar
Dr. DANILOVATZ Gertrude	Dr. KAISER Rudolf
Dr. DERNDARSKY Georg	Dr. KELZ Willibald
	Dr. KIEHAS Reinhard

Dr. LACKNER Wolfgang	EXLER Wolfgang
Dr. LATZENHOFER Helmut	FÖRSTER M. und G. Gasthaus ÜBLEIS Gasthof Johann BIRG- MAYR-LECHNER
Dr. LEEB Alois	GREINECKER Maria
Dr. LUKACS Peter	GREITLER J.
Dr. MOSER Gert	HINTERSTEINER Silvia
Dr. ROTTENSTEINER Katharina	HOLZER E.
Dr. STEINHAUER Rudolf	HORN Johann
Dr. STÖGER Annemarie	ILG Alexander
Dr. STÖGER Franz	Ing. SCHOBER Harald
Dr. THIER Barbara	KLAUSHOFER Margret
Dr. TITZE-EHR Friedrich	KIRCHMAYER Familie
Dr. TOCKNER Elmar	LERNET Stefanie
Dr. VOCK Wilmar G.	Mag. LUKAS Annemarie
Dr. WERNER Wolfgang	Mag. PFLUGT Helmut
Dr. WINTER Peter	Mag. SCHWARZL Johann
Dr. ZRUNEK Michael	Mag. WERNER Andrea
EIDENBERGER Willi	

Marktgemeinde KALSDORF bei Graz	SMICKA Eva
MATHIS Emmi	SOLER Liselotte
NEUWIRT Renate	STATZINGER Josef
PERZ Franz	STEJSKAL Ute
PFEIFFER R.	STICH Elisabeth
PINNER Erika	TANZLER Franziska
POPP-WESTPHAL Christiane	WAGNER Elsa
POSCH Karoline	WAGNER H.
PUFFER Silvia	WIEDERMANN Eva
RADER E.	WOLF Ursula
REIFETZHAMMER Silvia	ZEMSTHALER Margarete
RINDER Karl	ZIMMERMANN jun.
ROCK Ilse	
ROSENAUER Eva	Der „Grüne Kreis“ dankt auch seinen zahlreichen anonymen SpenderInnen.
RUTKOWSKI und Partner GmbH	Aus Datenschutzgründen erfolgen die Namensnennungen ohne Adresse.
SALOMON Christiane	
SCHNEIDER Beatrix	
SILLER Johann	
SIMA Walpurga sen.	
SLUGA Maria	

Alkoholbehandlung im „Grünen Kreis“

Durch die Verstärkung des polytoxikomanen Charakters der Suchterkrankung sind auch Alkoholprobleme in der Langzeittherapie einer Gruppe vorwiegend Opiatabhängiger in den Vordergrund gerückt. Wir haben es teilweise mit einer schnellen Suchtverlagerung vom Opiat zum Alkohol zu tun und werden des Öfteren von ehemals Opiatabhängigen neuerlich und diesmal mit einem Alkoholproblem kontaktiert.

Wo in früheren Jahren der Wechsel zur einfachen und problemlos zu beschaffenden Legaldroge Alkohol als Resignationsphase im Suchtverlauf zu betrachten war, hat Alkohol nun als beliebte Droge zum Beikonsum an Bedeutung gewonnen und das auch in der Substitutionsbehandlung. Suchtbehandlung im Rahmen der Langzeittherapie ist daher immer auch Alkoholbehandlung, die spätere Alkoholabstinenz ist für das Gros der Behandelten eine Notwendigkeit.

Bei vielen Abhängigen mit der Hauptdroge Heroin wird das Rückfallgeschehen nach abgeschlossener Behandlung wiederum mit Alkohol eingeleitet, wobei längere Phasen kontrollierten Konsums sehr oft zu einem trügerischen Gefühl der Überwindung der Suchtproblematik führen und dadurch in exzessive Konsummuster übergehen. Zusätzlich existiert auch ein wachsender Personenkreis mit der Hauptdroge Alkohol, der zur Erreichung der Abstinenz Langzeittherapie benötigt. Steigende Aufnahmezahlen belegen diese Entwicklung.

Da die Behandlung in der therapeutischen Gemeinschaft nicht am Symptom ansetzt, ist die substanzbezogene Ausprägung der Erkrankung sowie die Präferenzdroge zwar nicht unwichtig, für die Einbindung ins Behandlungsprogramm aber nicht von besonderer Bedeutung. Viel wichtiger ist in diese Richtung die psychische und soziale Komponente, wobei festzustellen ist, dass schwere

AlkoholikerInnen im Langzeitprogramm bezüglich Devianz und Kriminalität wenig Unterschied zur illegale Drogen konsumierenden Population zeigen. Ein Nachteil für sie, da es für AlkoholikerInnen natürlich den Tatbestand der Beschaffungskriminalität nicht gibt und daher auch keine „Therapie statt Strafe“ Maßnahme, was schon dazu geführt hat, dass PatientInnen nach abgeschlossener Therapie Haftstrafen absitzen mussten.

Generell ist die Behandlung unterschiedlicher Suchtpopulationen und auch Generationen – die behandelten Alkoholkranken sind öfters bereits älter – im selben Setting belebend und hilft auch, die Verfestigung von destruktiven, szenebезogenen Verhaltensweisen einer homogenen Gruppe aufzuweichen. Starke Projektionsflächen werden aufgetan: So kann etwa ein/eine junge/r Partydrogenkonsument/in im älteren Alkoholiker seinen/ihren alkoholabhängigen, vernachlässigenden oder übergriffigen Vater erkennen, während dieser Alkoholkranke sich mit seinen Vorwürfen gegen „asoziale Giftler“ konfrontiert sieht. Diese Konfliktebenen sind psychotherapeutisch gut nutz- und aufarbeitbar. Sie verhindern auch eine schwierig zu bearbeitende Abwehr innerhalb der PatientInnengruppe über gemeinsame Identifizierung und Aufbau einer geheimen Strukturebene gegenüber dem Behandlungsteam.

Während der/die Opiatabhängige üblicherweise seine/ihre Reibungsflächen mit dem Behandlungsteam findet

und offen wie manipulativ versucht, die Struktur aufzuweichen, wirkt der/die Alkoholkranke meist überangepasst. In typischer Identifikation mit der Autoritätsperson ist es ihm/ihr besonders wichtig, zu gefallen, gelobt zu werden und er/sie neigt dazu, Idealisierungen aufzubauen: Er/Sie sei äußerst glücklich und froh, nun endlich den richtigen Platz gefunden zu haben, mit großem Optimismus begibt er/sie sich in die Hände der TherapeutInnen.

Die typische Suchtverlagerung läuft in Richtung Arbeitssucht, Arbeitsplatz und Werkzeuge werden gerne regelrecht vereinnahmt. Ein besonders hohes Bedürfnis nach Anerkennung über die Arbeitstätigkeit birgt die Gefahr tiefer Kränkung, falls die übertriebenen Bemühungen nicht gewürdigt oder gar kritisch betrachtet werden. Diese Haltung löst in der Gruppe der illegalen KonsumentInnen große Skepsis aus, versuchen diese doch der Arbeit soweit als möglich zu entgehen und ständig neue Gründe zur schnellen Unterbrechung einer begonnenen Tätigkeit zu erfinden. Für Konfliktstoff wie Kränkung von dieser Seite ist also gesorgt und diese Tatsache kann für die Behandlung wichtig sein.

Im Hintergrund der Scheinanpassung der Alkoholkranken steht eine hohe Konfliktscheu und Aggressionshemmung, ständiges „Schlucken“ kann zu längeren Phasen „zur Schau getragenen Grants“ wie auch zum dumpfen Rückzug führen. In dieser Art und Weise werden aggressive Emotionen lange Zeit

Die stationären Betreuungseinrichtungen des „Grünen Kreises“ (v.l.n.r.): Waldheimat, Ettlhof, Meierhof, Treinthof, Königsberghof



(v.l.n.r.) Binder, Frankenau, Villa, Johnsdorf, Marienhof



aufgestaut, so lange, bis diese in Form des „gunny sackings“ platzen und es zu plötzlichen, übersteigerten Impulsausbrüchen kommt. Bei sehr langem Aufstauen und Zurückhalten der Emotionen sind spontan Therapieabbrüche an der Tagesordnung, vorgetragen in sturem Trotz. Zur „Entladung“ kommt es dann häufig erst im Rückfall.

Die Idealisierung der therapeutischen Kompetenz ist tiefer Enttäuschung gewichen. Der ursprüngliche Status Quo kann allerdings jederzeit wiederhergestellt werden, falls es zur nötigen Aufmerksamkeit kommt. Schnell wird die Schuld wieder auf die eigene Schwäche rückverlagert, wobei sich der/die Betroffene diesen Schuldgefühlen gerne ausgiebig hingibt.

Die Abwehr des/der Alkoholkranken ist gegenüber wichtigen Therapieinhalten und Veränderung über sozial angepasstes Verhalten sehr perfekt wie rigid aufgebaut und schwierig aufzulösen. Er/Sie klebt am Symptom, die tiefere Aufarbeitung gestaltet sich zäh. Konfliktbearbeitung innerhalb der therapeutischen Wohngemeinschaft sowie das Lernen, Hilfe von anderen anzunehmen, sind von wesentlicher Bedeutung für das Ingangsetzen von Änderungsprozessen.

Natürlich ist die dargestellte Dynamik nicht zu verallgemeinern, etwas vereinfacht soll sie helfen, typische themenbezogene Prozesse in der Langzeittherapie aufzuzeigen.

Wichtige Voraussetzungen:

- Die alleinige Suche nach Anerkennung über Arbeit und Leistung muss durch neue Alternativen erweitert werden.
- Die Vermeidung von Beziehung über Scheinanpassung wird durchschaut und immer wieder offen thematisiert.
- Es stehen zahlreiche Möglichkeiten sinnvoller Freizeitgestaltung zur Verfügung, ein Rückzug der Alkoholkranken wird durch verbindliche Teilnahme daran verhindert.

Zusätzlich ist hervorzuheben, dass Alkoholkranken meist in einem besonders co-abhängigen Familiensystem eingebettet sind – und regelmäßige Angehörigenarbeit wesentlich zum Erfolg beiträgt. Dem wird durch das Therapiekonzept des „Grünen Kreises“ generell Rechnung getragen.

Das Langzeitkonzept ist auf die drei Säulen der Psychotherapie, der Arbeitstherapie und der aktiven Freizeit im erlebnispädagogischen Sinn aufgebaut. Auf Grund vermehrter gesundheitlicher Probleme bei langjährig chronisch Alkoholkranken ist auch die medizinische Behandlung der Folgeerkrankungen bedeutend.

Das übliche Ausmaß psychotherapeutischer Behandlung umfasst wöchentliche Einzel- und Gruppentherapie. Zusätzlich wirkt die regelmäßige Angehörigenarbeit durch im Dreimonatsrhythmus stattfindende Therapiewochenenden. Bei Bedarf wird Paartherapie angeboten. Im Falle psychogener Co-

morbidität steht auch das Therapieprogramm für die Doppeldiagnosegruppe zur Verfügung. Verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenarbeit nach dem Linehan-Konzept wird zusätzlich durch Mal- und Gestaltungstherapie sowie Entspannungstechniken ergänzt.

Generell wird nach verschiedenen anerkannten therapeutischen Schulen gearbeitet, wobei ein gewisses Schwergewicht im systemischen Ansatz liegt. Die Arbeit an der Loslösung aus dem co-abhängigen Bezugssystem mit erhöhter Individuation ist eine wichtige Zielsetzung. Die schwer aufzulösende, durch scheinbare soziale Anpassung aufrechterhaltene Abwehr ist besonders über die gruppentherapeutische Arbeit effizient aufzuweichen.



Text: Dr. Thomas Legl
Fotos: Berith Schistek

Zum Thema

Alkohol

*DSA Ilse Wagner, OA Dr. Josef Bieber,
Mag. Robert Müller, Stationspfleger Josef Leitner*



Dr. med. Leonidas K. Lemonis, ärztlicher Leiter des „Grünen Kreises“ im Gespräch mit Dr. Josef Bieber, leitender Oberarzt der Therapiestation für Alkoholranke in der Niederösterreichischen Landesnervenklinik Mauer.

L. Lemonis: Der Anteil der Alkoholkranken, die bereit sind, eine Kurz- bzw. Langzeittherapie in einer unserer Therapieeinrichtungen in Anspruch zu nehmen, wird ständig größer. Dabei ist die stationäre Kurzzeittherapie im „Grünen Kreis“ mit einer Dauer von 6 Monaten mindestens doppelt so lang wie die Entwöhnungsbehandlungen der Psychiatrischen Kliniken. Seit 20 Jahren behandelst du nun Alkoholranke und giltst als Experte auf deinem Gebiet. Welche Programme bietet deine Station an?

J. Bieber: Die Therapiestation für Alkoholranke in der LNK Mauer besteht seit 1966 mit einer Kapazität für 28 Patienten. Wir bieten hier die klassische Alkoholentwöhnungsbehandlung an, d.h. eine 6- bis 8-wöchige Entwöhnung, die im Idealfall in Vorbetreuung und anschließende Nachbetreuung eingebettet ist. Die wesentlichen Säulen sind die medizinische Behandlung von Entzugsbeschwerden und Folgekrankheiten, die psychologische Behandlung, insbesondere in Form von Gruppentherapie, Einzel-, Paar- und Familiengesprächen,

die sozialarbeiterische Tätigkeit, die bei uns sehr ausführlich durchgeführt wird, und eine pflegerische Tätigkeit. Der Behandlungszeitraum muss dem Zustand und den Bedürfnissen der Patienten immer wieder angepasst werden. Als Beispiel möchte ich hier nennen, dass es nach wie vor notwendig sein kann, den Aufenthaltszeitraum zu verkürzen, wenn Patienten durch die übliche Aufenthaltsdauer von 6 bis 8 Wochen ihren Arbeitsplatz verlieren würden.

L. Lemonis: Während meiner Tätigkeit in der LNK Mauer machte ich die Erfahrung, dass einige Patienten wiederholt eine Entwöhnungsbehandlung in der Dauer von bis zu drei Monaten benötigten. Ab wann ist deiner Meinung nach eine längere Therapie sinnvoll bzw. erforderlich?

J. Bieber: Meines Erachtens steht die Notwendigkeit für längerfristige Therapien in engem Zusammenhang mit Ausmaß und Dauer der sozialen Desintegration. Heutzutage gibt es diesbezüglich ein breites Therapieangebot.

L. Lemonis: Die Medien berichten ständig über veränderte Trinkmuster, vor allem bei den Jugendlichen. Es wird behauptet, dass immer früher übermäßig Alkohol konsumiert wird. Wie sind deine Beobachtungen diesbezüglich?

J. Bieber: Da unsere Station der Behandlung Erwachsener gewidmet ist, d.h. Patienten über 18 Jahre aufgenommen werden, kann ich wenig dazu sagen. Aus Kontakten mit Lehrern, mit Personen, die in der Jugendarbeit tätig und direkt

damit konfrontiert sind, erfahre ich aber immer wieder, dass es nicht leicht ist, an die speziell gefährdeten Jugendlichen heranzukommen. Noch schwerer ist es offenbar, an die Eltern heranzutreten.

L. Lemonis: Seitdem ich, im Zuge meiner Tätigkeit in der Kurzzeittherapiestation des „Grünen Kreises“, regelmäßig Gruppen mit medizinischem Schwerpunkt abhalte, werde ich mit den folgenden drei Fragen immer wieder konfrontiert. Wo ist die Grenze zu ziehen zwischen dem regelmäßigen Konsum größerer Alkoholmengen bzw. häufigem Alkoholmissbrauch und der eigentlichen Alkoholkrankheit. Ab wann ist also jemand alkoholkrank?

J. Bieber: Ich glaube, bei der Beantwortung dieser Frage ist zu unterscheiden, wer sie stellt und zu welchem Zweck sie jemand stellt. Ist es eine reine Wissensfrage, dann kann man sich auf bekannte statistische Erhebungen über schädliche bzw. harmlose Alkoholmengen beziehen oder die Kriterien der Abhängigkeit und des Missbrauchs nach ICD 10 oder DSM IV besprechen. Stellt die Frage jemand, der vom Alkohol selbst betroffen ist, dann ist sie Anlass für ein längeres Gespräch. Ein Betroffener wird ermutigt, durch von uns gestellte Fragen seine bisherigen Erfahrungen zu reflektieren. Beim Thema Alkoholkrankheit sprechen wir dann gerne darüber, dass diese verschiedene Ebenen umfasst. Als klassisches Beispiel möchte ich erwähnen, dass jemand wohl offensichtlich deutlich Alkoholprobleme hat, wenn er

ANERKENNUNG

des
Vereins „Grüner Kreis“

gemäß den Förderrichtlinien des
Fonds Soziales Wien

Der Verein „Grüne Kreis“ erfüllt die Voraussetzungen im Sinne der spezifischen Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien und wird gemäß Beschluss des Kuratoriums vom 17. Juli 2002 als Einrichtung für stationäre Behandlung, Betreuung und Rehabilitation anerkannt.

Für Ihre Arbeit wünschen wir viel Erfolg.

[Signature]
SR Dr. Hans Serban
Vorsitzender des Präsidiums

[Signature]
Peter Hacker
Geschäftsführer

Wien, im Dezember 2002

Im Rahmen der letzten Wiener Drogenbeiratsitzung überreichte Gesundheitsstadträtin Prim. Dr. Elisabeth Pittermann-Höcker eine Anerkennungsurkunde an Dir. Alfred Rohrhofer, der diese für den „Grünen Kreis“ entgegennahm. Der Drogenbeirat unter dem Vorsitz der Gesundheitsstadträtin ist das wichtigste drogenpolitische Gremium der Stadt Wien. Der „Grüne Kreis“ freut sich, diese Urkunde als Anerkennung gemäß der speziellen Förderrichtlinien des FSW-Fonds Soziales Wien verliehen bekommen zu haben. Die stationäre Therapie stellt einen wesentlichen Baustein der Wiener Sucht-

krankenhilfe dar. Der FSW hat entsprechend hohe Qualitätsstandards dafür entwickelt. Mit dieser Urkunde soll die Leistung der Einrichtungen des „Grünen Kreises“ in diesem Sinne herausgestrichen werden.

Weitere Informationen unter www.drogenhilfe.at.

mehrfach in alkoholisiertem Zustand den Führerschein verliert, die Leberwerte aber normal sind. Auf der anderen Seite müssten wir medizinisch jemanden als alkoholkrank bezeichnen, der alkoholverursacht Leberschäden aufweist. Wir sprechen dann auch gerne darüber, dass Alkoholkrankheit, wie eben jede Krankheit, verschiedene Stadien haben kann, sodass es immer darum geht, welche Schwierigkeiten der Mensch hat, in welchem Zustand er sich befindet und welche Hilfe er benötigt. Immer noch ist es wichtig, zu besprechen, was die eventuelle Diagnose Alkoholkrankheit für den Menschen selbst bedeutet und welche Konsequenzen er daraus zieht.

L. Lemonis: Greifen vorwiegend psychisch labile bzw. kranke Menschen verstärkt zur Flasche und werden dadurch abhängig oder entwickelt sich in der Regel erst durch massiven Alkoholkonsum die eine oder andere Störung oder psychische Erkrankung?

J. Bieber: Hier ist uns ja bekannt, dass länger dauernder Alkoholgebrauch zu verschiedensten schweren psychiatrischen Störungen führt. Psychische Störungen, z.B. Angststörungen, können andererseits ein Hintergrund für vermehrten Alkoholgebrauch bis hin zur Abhängigkeit sein. Allerdings können

auch Menschen ohne jegliche primäre psychiatrische Störungen alkoholabhängig werden, sehr wohl aber dann psychiatrische Folgeerkrankungen im Zusammenhang mit der Alkoholkrankheit entwickeln. Bei längeren Krankheitsverläufen ist es zumeist nicht mehr möglich, zu differenzieren, was primär und was sekundär war, sondern es liegen, vereinfacht gesagt, zwei Krankheiten vor. Beide sind behandlungsbedürftig.

L. Lemonis: In welchem Maße ist die Alkoholkrankheit genetisch bedingt und in welchem Ausmaß entsteht sie durch äußere Einflüsse im Laufe des Lebens?

J. Bieber: Wir wissen heute, dass für Entwicklungen von Alkoholkrankheit wie auch für andere Erkrankungen genetische Faktoren eine Rolle spielen – im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität für eine Erkrankung. Allerdings wäre es ein Fehler, Alkoholkrankheit als eine Erbkrankheit darzustellen. Nach wie vor gilt, dass für die Entwicklung von Alkoholkrankheit das Zusammenspiel von der Persönlichkeit des Menschen mit Biologie und Psychologie, der Wirkung des Alkohols und den Einwirkungen der Umwelt verantwortlich ist.

L. Lemonis: Als letztes möchte ich deine Prognose über die Behandlungs-



Landesnervenklinik Mauer

möglichkeiten von Alkoholkranken in der Zukunft wissen. Rechnest du mit nennenswerten Veränderungen pharmakotherapeutisch oder sonst bedingt?

J. Bieber: Die Behandlungsmöglichkeiten durch die neuen Medikamente haben sich erweitert, insbesondere haben Medikamente wie Campral und Revia auch dazu beigetragen, dass vermehrt Ärzte im niedergelassenen Bereich Alkoholranke behandeln. Die Behandlung mit diesen Medikamenten soll selbstverständlich in einem Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein.

L. Lemonis: Vielen Dank für deine Bereitschaft zu diesem Interview.

Fotos: **Dr. Josef Bieber**

Depressionen wegen Alkohol – Alkohol wegen Depressionen



Alkohol stellt als legale Droge Nummer 1 im Suchtbereich eine ernste volksgesundheitliche Gefährdung dar, aber auch geschätzte 20 % aller Österreicher laufen Gefahr, im Laufe ihres Lebens an einer depressiven Episode zu erkranken mit den entsprechenden Folgen im emotionalen, somatischen und kognitiven Bereich.

Wir wissen um 1,2 Mio. Alkoholranke und Alkoholmissbraucher, davon sind 270000 Frauen betroffen, also ca. ein Fünftel. Im Detail gesehen teilt sich dies in 330000 Alkoholranke, davon 65000 betroffene Frauen, und 870000 Missbraucher, davon 205000 Frauen. Es handelt sich hier um jene Missbraucher, die Gefahr laufen, im Laufe ihres Lebens krank zu werden – das wären somit 10 % aller Österreicher, wobei 5 % bereits manifest alkoholkrank sind.

Bei der Ätiologie der Sucht zeigt sich das ewige Wechselspiel eines Interaktionsmodells zwischen einer Substanz, sprich Droge, mit spezifischer Wirksamkeit und entsprechenden physikalischen und chemischen Merkmalen auf eine bestimmte Person mit entsprechender psychischer, physischer und genetischer Disposition. Cloninger stellte als Erster eine Querverbindung zwischen jenen psychischen Merkmalen wie Neugierde, Belohnungsabhängigkeit und Belastungsvermeidung mit der entsprechenden Störung im Neurotransmittersystem her. Umweltfaktoren, soziokulturelle Faktoren, spezifische Rollenbilder in Bezug auf Verhalten und Konsum wirken prägend auf die Einstellung zur konsumierten Droge, sprich Alkohol, wie auch zur konsumierenden Person.

Nicht nur die Suchterkrankung stellt somit ein multifaktorielles Geschehen mit prozesshaftem Verlauf dar, wo neben einer erhöhten Vulnerabilität im Neurotransmittersystem Co-Morbidität, psychodynamische Faktoren und Milieueinflüsse zum Tragen kommen, auch bei den depressiven Krankheitsbildern ist das Vorhandensein und das Zusammenwirken von biologischen und psychosozialen Variablen neben einer entsprechenden Disposition für die Entstehung kennzeichnend.

Bei der Ätiologie der Depression zeigt sich, dass genetische Disposition, Persönlichkeitsfaktoren wie Angstneigung und Introversion, aktuelle psychosoziale Belastungen wie Krankheit und Verlust, belastende oder traumatische Erfahrungen wie eine broken home Situation, negative kognitive Schemata oder depressive Neurosenstruktur neben einer entsprechenden Disposition wie genetische Vulnerabilität oder Cerebralschaden in einer gemeinsamen Endstrecke enden mit einer Veränderung der in der Pathogenese wichtigen Neurotransmittersysteme. Es kommt hierbei zu Störungen im Neurotransmitterhaushalt, zu Rezeptorenveränderungen, zu Fehlen der Modulation der Neuropeptide und zur Ausbildung der depressiven Symptomatik, die sich äußert im emotionalen, kognitiven und somatischen Bereich.

Nicht zu vergessen ist die tiefenpsychologische Sichtweise der Sucht wie auch der Depression. Versagung oder extreme Verwöhnung sind der Entstehungshintergrund für süchtiges Verhalten, womit sich drei zentrale Funktionen beim Suchtgeschehen herauskristallisieren:

- Sucht im Dienste der Befriedigung des narzisstischen Wohlbefindens
- Sucht im Dienste der Abwehr von Ängsten und Depressionen
- Sucht im Dienste der Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen

Alle diese Symptome sind auch beim depressiven Geschehen feststellbar, wie Angst, Schuldgefühle, mangelndes Selbstvertrauen bei gleichzeitigem übersteigerten Wunsch nach Selbstbestätigung und Anerkennung.

Das Bedingungsgefüge der Suchtentwicklung ist prinzipiell für Männer und Frauen gleich. Unterscheidungen ergeben sich in Ursache, Verlauf und Folgen und das in Bezug



Prim. Dr. Susanne Lentner ist stellvertretende Leiterin des Anton-Proksch-Instituts, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin und gerichtlich beeidete Sachverständige.

auf Alter, auf die Dauer und Häufigkeit des Konsummusters, auf die Folgeschäden aber auch auf das Abstinenzverhalten, auf die Co-Morbidität und auf den Metabolismus.

Kurz zusammengefasst findet sich bei der Frau aufgrund der geringen sozialen Akzeptanz und des veränderten Rollenbildes, der entsprechenden Angstsymptomatik und Doppelbelastung ein späterer Einstieg in das Suchtgeschehen, eine raschere Entwicklung, eine geringere Verträglichkeit sowie gravierendere Entzugsprobleme. Von der Co-Morbidität her findet sich mehr das depressiv-ängstliche Zustandsbild, während sich bei den Männern ein früherer Erstkontakt mit einem niedrigeren Einstiegsalter manifestiert mit dem Konsum größerer Trinkmengen. Von der Co-Morbidität her lassen sich bei Männern mehr antisoziale Persönlichkeiten finden, darunter bei den Jugendlichen vor allem die sensation seekers. Auch die unterschiedliche Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze des täglichen Alkoholkonsums ist geschlechtsspezifisch festgelegt durch geringeres Körpergewicht der Frau bei einem höheren Körperfettanteil und hormonell bedingten langsameren Abbauprozessen.

Das Konzept des Anton-Proksch-Instituts trägt dem mit einem entsprechenden 4-Säulen-Programm Rechnung. Auf die Phase der Entgiftung mit der entsprechenden Behandlung des akuten Abstinenzsymptoms, der Diagnoseerstellung der internistischen Folgeerkrankungen, erfolgt in der zweiten Phase die Erstellung eines individuellen Therapieplanes unter Berücksichtigung der Aufarbeitung von akuten und chronischen Konfliktsituationen, der Bearbeitung der familiären Problematik und der Aktivierung vorhandener körperlicher und psychischer Ressourcen. In der dritten Phase erfolgt die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen, die Arbeit an der Beziehungsfähigkeit, die Entwicklung von Team- und Gruppenfähigkeit sowie die Abklärung und Stabilisierung der sozialen und rechtlichen Situation zwecks beruflicher und sozialer Reintegration. Auch in der vierten Phase, der ambulanten Nachbetreuung, steht das Konzept des Wieder-Lebenlernens im Vordergrund.

In der Suchtbehandlung haben die depressiven Erkrankungen deswegen eine so wichtige Bedeutung, weil bis dato noch immer nicht klar festgelegt werden kann, ob sie Ursache oder Folge des Suchtgeschehens sind.

Die psychodynamischen Erklärungsansätze für die Depression sprechen von einem depressiven Grundkonflikt, begründet in der scheinbaren Unverträglichkeit zweier Wünsche. Einerseits will der Depressive sein Gegenüber nicht verlieren, will aber auch seine aggressiven Regungen ausleben. Zentrale Grundlage der Psychodynamik bei Depressiven ist also der Drang und Wunsch nach idealisierten Objektbeziehungen mit einem damit einhergehenden, unbewussten Ambivalenzkonflikt und einer Wendung der Aggression gegen das Selbst. Die Verarbeitung depressiver Grundkonflikte besteht in der altruistischen Abtretung, sprich Lebensabkehr, in der Pseudoautonomie und idealisierender Abhängigkeit mit der Vermeidung von Eigenständigkeit und konstruktiver Aggression; ein Bild, das der Psychopathologie des Süchtigen sehr ähnlich ist.

Die Therapie der depressiven Störungen sowie die Therapie der Sucht bedürfen also der Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes, einer klaren diagnostischen Abgrenzung zu Begleiterkrankungen wie den Angsterkrankungen, der Demenz oder organisch bedingten Depressionen, wie sie durch Anamnese, Labor, EEG und Computertomographie erfolgt. Dieser Gesamtbehandlungsplan, bestehend aus Akutphase, Stabilisierungsphase und Präventivphase, muss sich an dem klinischen Bild und der wahrscheinlichen Ätiologie orientieren. Auch bei der Auswahl einer entsprechenden medikamentösen Therapie für den Süchtigen wie für den Depressiven stellt sich die Frage in erster Linie nach dem klinischen Erscheinungsbild sowie nach dem Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil des einzusetzenden Präparates. Von weiterer wesentlicher Bedeutung sind vorhandene Kontraindikationen, die Wechselwirkung mit anderen notwendigen Medikamenten, eine eventuell vorhandene Suizidalität sowie vor allem die Compliance des Patienten, die ausschlaggebend ist für die Art der therapeutischen Intervention, ob diese ambulant oder stationär stattfindet, sowie natürlich auch für die Applikationsform des notwendigen Medikamentes. All dies entscheidet das Wohl und Wehe jeder psychotherapeutischen Maßnahme, die manchmal ohne den Brückenschlag des Medikamentes nicht auskommen kann.

Alkohol und Depression stehen in engem Zusammenhang und führen zu sehr ähnlichen sozialen Folgen und Problemen. Besonders bei Frauen findet sich häufig ein depressiv-ängstliches Zustandsbild neben der Alkoholproblematik. Diese Tatsache impliziert die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes, der auf beide Komponenten Rücksicht nimmt. Die psychotherapeutische Intervention wie auch die nötige medikamentöse Behandlung müssen sorgsam auf das gesamte klinische Zustandsbild abgestimmt sein.



Text und Foto: **Prim. Dr. Susanne Lentner**

Johnsdorf

– die neue stationäre
Betreuungseinrichtung
des Vereins
„Grüner Kreis“ in der
Steiermark



Das Bildungshaus Johnsdorf liegt auf einer kleinen Anhöhe im Gemeindegebiet von Johnsdorf/Brunn im Bezirk Feldbach in der Steiermark. Ab 1954 befand es sich im Besitz der Salesianer Don Boscos, der drittgrößten religiösen Gemeinschaft der katholischen Kirche. Die Salesianer ermöglichten Gruppierungen kirchlicher Verbände, aber auch nichtkirchlichen Institutionen, Tagungen, Seminare und Fortbildungskurse in Johnsdorf abzuhalten. Das Bildungshaus und Jugendzentrum bot 120 Gästen Platz. Für den Seminarbetrieb standen unzählige kleine und große Räume zur Verfügung. Sogar eine Kirche, eine Kapelle, ein Meditationsraum und ein kleiner Sportplatz befinden sich auf dem Gelände, das von einem großen Park mit weitläufigen Wiesen, dichtem waldähnlichen Baumbestand und zahlreichen Äckern umgeben ist.

Bei der Suche des „Grünen Kreises“ nach neuen Räumlichkeiten zur stationären Betreuung Suchtkranker, und hier vor allem Alkoholabhängiger, erstmals auch in der Steiermark, in der bis dato keine speziellen Rehabilitationseinrichtungen für Suchtmittelabhängige existierten, waren dies wichtige Voraussetzungen, die für das Bildungshaus



Johnsdorf sprachen. Genauso entscheidend für die Auswahl waren jedoch auch zahlreiche positive Reaktionen von Johnsdorfer BürgerInnen, aber auch von EinwohnerInnen der umliegenden Gemeinden. Ihr Interesse an einer guten Zusammenarbeit und ihre Akzeptanz dieses Projektes sind erforderlich, um suchtkranken PatientInnen das ruhige und heilsame Umfeld bieten zu können, um wieder gesund zu werden.

In den Sommermonaten 2001 wurde um die Einleitung eines Bewilligungsverfahrens für den Betrieb von Johnsdorf als Sozialhilfeeinrichtung bei den zuständigen Gremien der steiermärkischen Landesregierung angesucht.

Mittlerweile laufen die Vorbereitungsarbeiten, wie Adaptionen an die Erfordernisse des „Grünen Kreises“, MitarbeiterInnenauswahl u.v.m., auf Hochtouren. Nach monatelanger Planung ist es nun soweit – die spannende Zeit der Umsetzung folgt. Intensive Arbeitsstunden vieler engagierter MitarbeiterInnen des „Grünen Kreises“, vor allem von Karin Petrovic, Psychotherapeutin im Verein, stecken in diesem neuem Projekt.

Fünf therapeutische Gruppen mit je 16 PatientInnen sollen in Zukunft im Rehabilitationszentrum Johnsdorf stationär betreut werden. Lang- und Kurzzeittherapie mit dem Schwerpunkt Alkoholabhängigkeit und die Behandlung psychogener Multimorbidität werden suchtkranken Frauen und Männern im Alter von 18 bis 60 Jahren angeboten. Das vom „Grünen Kreis“ entwickelte ganzheitliche Konzept der Behandlung in der therapeutischen Gemeinschaft

kommt auch im Betreuungshaus Johnsdorf zur Anwendung. Dies involviert den Selbsthilfegedanken in der Suchttherapie. Die PatientInnen als Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft sollen aktiv an ihrer Persönlichkeitsfindung mitarbeiten und, je nach individueller Möglichkeit, mehr und mehr Verantwortung für sich und für die soziale Gemeinschaft übernehmen. Suchtmittelabstinentz und Gewaltlosigkeit nehmen dabei den höchsten Stellenwert ein.

Die Grundlagen des Behandlungssystems des „Grünen Kreises“, die medizinische, die psychotherapeutische, die arbeitstherapeutische Betreuung und die aktive Freizeitgestaltung/Erlebnispädagogik, stehen in enger dynamischer Wechselwirkung und ermöglichen Soziales Lernen in intensiver Form. MitarbeiterInnen aus den Bereichen Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeit, Sport und Kreativität sowie gelernte ArbeitsanleiterInnen stehen auch für die PatientInnen in Johnsdorf zur Verfügung. Die KlientInnen sind in verschiedenen Arbeitsbereichen, wie z.B. Landwirtschaft, Gartenarbeit, Tischlerei, Umbau- und Renovierungsarbeiten, Kreativbereich, Küche, Einkauf, Lager und Sekretariat, beschäftigt. Die Gewöhnung an ein abstinent zu führendes, geregeltes Arbeitsleben in sozialem Kontext und das Finden und die Förderung von Ressourcen sind zentrale Therapieziele.

Aufgrund der Dauer von 12 bis 18 Monaten und der Intensität der **Langzeitbehandlung** ist sie vor allem bei Personen mit Persönlichkeits- und/oder

Sozialisationsstörungen, psychischen und physischen Folgeerkrankungen, psychosozialen Auffälligkeiten und geringer Therapiemotivation sehr geeignet. Neben der Psychotherapie und dem Arbeitstraining zählt die aktive Freizeitgestaltung mit verschiedensten Möglichkeiten auf dem Sektor Sport, Kunst und Kultur sowie Abenteuer- und Erlebnispädagogik zu einem Schwerpunkt der Betreuungsarbeit. Durch dieses Angebot sollen Interessen geweckt und Hobbies gefunden werden, sodass nach Therapie eine sinnvolle Freizeitgestaltung möglich und die Gefahr von Rückfällen verringert wird.

Für erwachsene Alkoholranke, auch Paare, deren soziale Integration grundsätzlich gegeben ist, die aber aufgrund einer akuten Krisensituation Stabilisierung benötigen, ist die **Kurzzeittherapie** in Johnsdorf vorgesehen. Das Hauptaugenmerk im Kurzzeitprogramm wird auf die rasche Reintegration in die Arbeitswelt und ins soziale Umfeld gelegt. Körperlich und psychisch sind hier keine langfristigen Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Ein entsprechendes Ausmaß

an Motivation und Eigenverantwortung seitens der PatientInnen muss jedoch gegeben sein. Aufgrund der kurzen Therapiedauer von ein bis sechs Monaten liegt der Fokus auf intensiver Psychotherapie und Auseinandersetzung mit dem Wesen der Suchtkrankheit, wie auch auf Erarbeitung von individuellen Problemlösungsstrategien bei größtmöglicher Einhaltung des Außenkontaktes.

Einen weiteren Schwerpunkt der Einrichtung Johnsdorf stellt die **Behandlung psychogener Multimorbidität** dar, d.h. die Behandlung von therapie-motivierten Personen, bei denen neben ihrer Substanzabhängigkeit gleichzeitig auch Symptome einer weiteren behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung bestehen. Man spricht in diesem Fall von der sogenannten „Komorbidität“ oder „Doppeldiagnose“, meist handelt es sich hier um Symptome einer affektiven oder schizophrenen Psychose, einer Angststörung oder einer Persönlichkeitsstörung. Eine Stabilisierung der Person mit dem Ziel der größtmöglichen eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung auf der Basis von

Abstinenz steht im Zentrum des mindestens 18 Monate dauernden Spezialprogramms der Langzeitbehandlung.

Erfolgreiche Rehabilitation und Integration der PatientInnen ist das wichtigste Ziel dieser unterschiedlichen Behandlungsformen. Flexibilität in der Behandlung der Suchterkrankung ist notwendig, wobei die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen im Vordergrund stehen. Mit viel Engagement wird Suchtkranken der Weg zurück in ein drogenfreies Leben ermöglicht. Zu wünschen bleibt, dass suchtkranke Menschen ihren – ganz eigenen, selbstbestimmten – Platz in der Gesellschaft finden können und neue Lebensperspektiven erhalten, um den eingeschlagenen Weg der Abstinenz beizubehalten.

Bildungshaus Johnsdorf

A-8350 Brunn 94
Tel.: (3155) 519 79
Fax: (3155) 519 89

Text: **Dr. Brigitte Wimmer**
Fotos: **Bildungshaus Johnsdorf**

Mein Freund Alkohol?



In Knittelfeld bei meinen Eltern wuchs ich auf. Da sich meine Eltern aus finanziellen Gründen und aus Mangel an Liebe nicht um mich gekümmert hatten, wurde ich von der Fürsorge zur Adoption freigegeben. Ich bekam schnell einen Pflegeplatz in der Steiermark. Bei meinen Pflegeeltern genoss ich eine gute Kindheit.

Während meiner Zeit beim Bundesheer wurde mir klar, dass meine Pflegeeltern nicht immer Recht hatten. So kam es, dass ich mich gegen sie auflehnte. Die Folge davon war, dass ich zum Einzeltäter wurde. Ich distanzierte mich so

weit, dass ich im Druck, den ich mir selbst auferlegt hatte, zum Alkohol griff. Ich bemerkte schnell, dass die Wirkung von Alkohol Entspannung von Stress und Sorgen herbeiführte. „Er“ verstand meinen Kummer, meine Trauer und Schmerzen. Es kam so weit, dass ich jede Arbeitsstelle, die ich gefunden hatte, nach einiger Zeit wieder verlor, ich aus meinem Elternhaus rausflog und auf der Straße stand. Noch immer nicht bemerkte ich, dass ich suchtkrank war. Ich redete mir ein, dass es schon irgendwie weitergehen würde – mit meinem Freund Alkohol.

Mein auswegsloser Versuch, ein schöneres Leben zu führen, endete im Obdachlosenheim, wo mir erst klar wurde, wie groß meine Probleme waren. Es gab immer mehr Streitereien mit meiner Familie und der Umwelt, einzig mein Freund Alkohol verstand mich.

Ein Entzugsversuch endete erfolglos. Es kam die Zeit, eine Entscheidung zu treffen – zwischen meinem Sandlerdasein und dem Tod. Ich entschied mich für den Tod. Glück im Unglück, mein Suizidversuch misslang und ich wurde von der Polizei in die Landesnervenklinik Graz eingeliefert. Das Erste, was mich der Arzt fragte, war: „Wollen Sie leben oder sterben?“

Nach wochenlangem Überlegen entschied ich mich für das Leben und zur Langzeittherapie, da ich ohne echten Neustart keine Chance sehe und nicht mehr ein Sandlerleben führen kann.

Text und Foto: **Mario Schlehmayr**

Meine Sucht

Die Auslöser meiner Suchterkrankung liegen in meiner Kindheit. Ich wuchs am Lande auf. Meine Hauptbezugspersonen waren meine Mutter, mein Vater, meine Oma väterlicherseits, mein Bruder und meine Schwester. Das Leben in unserer Familie prägte mich. Ich hörte, sah, wie alle gegeneinander kämpften. Ich fühlte Aggression, Neid und Hass. Streit, Missgunst, Eifersucht und Tyrannei waren alltäglich. Meine Mutter zeigte sich mir schwach, hilflos und kränklich. Sie war depressiv, so übernahm ich die Sorge, den Schutz und die Verantwortung für sie. Ich trug sie auf Händen, betete sie an. Ich war in sie verliebt, sie war mein Ein und Alles. Ich vermisste Zuspruch und Förderung. Liebe, Wärme, Sicherheit und Lob kannte ich nicht. Stattdessen bekam ich Kälte und Zurückweisung. Stumm rannte ich immer wieder gegen eine Mauer, bis ich, vor lauter Schmerzen, Zweifel und Verwirrung, nicht mehr konnte. Ich war gebrochen, zerbrochen, mein Lebenswille war zerstört. Mit etwa 9 Jahren begann ich, mich zu zu machen. Ich zog mich zurück und ließ nichts und niemanden zu mir durch. Ich kaute Nägel, riss mir die Haare vom Kopf, alles in meinem Leben war ein einziger Schmerz geworden.

Ein Lichtblick in meinem Leben war das Erlebnis, als ich in einem See beim Baden beinahe ertrunken wäre. Ich hatte mich mit der Luftmatratze zu weit hinausgewagt, wurde von einem Boot gerammt, fiel ins Wasser und schwebte, sah Luftblasen aufsteigen. Die Sonne schien hell durch das Wasser. Es war ein tolles Gefühl von Freiheit, losgelöst, leicht und warm. Ich empfand es sehr schön und erhebend. Das abrupte Ende führte mein Vater herbei, indem er mich am Schopf packte und aus dem Wasser auf das sichere Land setzte. Meine Mutter war wie immer hysterisch, panisch und aufgelöst, mein Vater der Held, der seinen Sohn gerettet hatte.

Einige Jahre später, ich war um die 11 oder 12 Jahre alt, hatte ich einen Mostrausch. Die Verbindung zum Ertrinken bestand in ähnlich angenehmen, positiven Gefühlen wie damals am See. Trotzdem hatte ich eine negative Einstel-

lung zum Alkohol, da mein Vater Alkoholiker war. Zwar war ich in meiner frühen Jugend schon einige Male besoffen, so dass ich mich auch übergeben musste. Nach diesen Saufereien hatte ich jedoch starke Schuldgefühle, fühlte mich schmutzig und schämte mich. Das schlechte Gewissen redete mir ein, ich sei nichts wert.

Ich hielt es nirgendwo lange aus, lief davon und dachte, woanders wäre es besser. Ich schluckte und schluckte und schluckte. Meine Kontakte zu Frauen waren rein sexuell. Mit 24 Jahren war ich durch die harten Arbeitsbedingungen auf einem Passagierschiff, auf dem ich als Kellner arbeitete, besonders überfordert und fühlte mich todmüde. Mein Geist war aber hellwach, rotierte, trieb mich an, kontrollierte und zwang mich, weiter zu machen: „Du musst rennen, ja nicht loslassen, alles oder nichts und weiter.“ So trieb ich mich mit starkem Zwang. Das machte mich nervös, angespannt. Dann sah ich Leute trinken und dachte: „Versuche es, trinke doch ein Bier!“ Ich trank schnell und hastig. Ich spürte die Entspannung, ein erhebendes Gefühl. Der Geist verstummte, er hielt die Schnauze. Ich hatte das Mittel gefunden, das mir all das gab, was ich in meinem Leben vermisste, wonach mich dürstete.

Ich besoff mich von nun an täglich bis zur Besinnungslosigkeit und jeder Tag war wie der davor oder danach. Auf den Rausch folgten nach kurzen Nächten – 4 bis 5 Stunden Stillstand – die quälenden Gedanken von Schuld, Scham, Schmutz und Schande. Oft wusste ich nicht mehr, was passiert war. Ich konnte niemanden mehr in die Augen sehen, wich aus, verschwieg, log und betrog, bestahl, war verschlagen und hasserfüllt. Ein Kreislauf, eine Tretmühle, die immer schneller und schneller wurde. Ich kam unter diese Räder. Ich richtete mich selbst, das Urteil: Tod. Aber einen Funken Hoffnung hatte ich noch in mir. Ich lief wieder weg, irrte umher und irgendwie keimte der Gedanke in mir, etwas in meinem Leben zu verändern.

Der erste Entzug in der Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz dauerte 7 Wochen. Der Alkohol wurde durch



Psychopharmaka ersetzt: ein letztes Aufbäumen bevor mich der Nebel einhüllte. In Watte gedämpft und ruhig gestellt, ging es die nächsten Jahre dahin. Eine Frau trat in mein Leben. Die Therapie wurde unwichtig, wichtig war nur der Sex. Langsam fühlte ich mich in den Mühlen der Psychiatrie gefangen. Chronischer Alkoholiker, manisch depressiv, Schizophrenie, Psychose, Borderlineerkrankung, psychotisch und sonst noch ein paar Neurosen – ich war eine einzige Diagnose der Ärzte. Ich konnte und wollte so nicht mehr leben und versuchte, mir drei Mal das Leben zu nehmen. Ich verwehrte zusehends, wurde fett, wusch mich oft wochenlang nicht. Wenn ich versuchte, mir die Zähne zu putzen, musste ich mich oft übergeben, pinkelte mit 37 Jahren ins Bett, ließ mich gehen. Mir war alles egal, die meiste Zeit lag ich herum. Ich hatte Angst, fürchtete mich so allein. In den kurzen Momenten, in denen ich aufwachte, war mir klar, dass ich eine Langzeittherapie benötige.

Ich schaffte die notwendigen Schritte und kam auf den Marienhof. Ich brauche eine Langzeittherapie, weil ich schwer suchtkrank bin. Ich finde hier, was ich brauche, Struktur, Kontinuität, ein geregeltes Leben und Verständnis in der Gemeinschaft. Ich brauche Zeit, um mich wirklich kennen zu lernen, mir selbst ein Freund zu sein. Es ist mir bewusst, dass ich gegenüber meiner Suchterkrankung machtlos bin. Auf dem Weg der Genesung brauche ich Führung und Unterstützung. Ich bin bereit, Verantwortung für mich zu übernehmen. Ich möchte mich wahrnehmen, mich spüren, Freude haben, will leben. Der Glaube, die Hoffnung und Zuversicht, zu überleben, ist mir sehr wichtig. Die höhere Macht führt uns. Ich muss meines zum Gelingen meines Lebens und zur Überwindung meiner Suchterkrankung beitragen.



Text und Foto: **Gebhard Franz Winkler**

Gedanken zur Therapie von Abhängigkeitsprozessen im stationären Ambiente



Der erste Grundgedanke der Überlegungen ist, dass es sich bei Abhängigkeitsprozessen um lebensbegleitende dynamische Geschehen handelt, die im engeren Sinne auch nicht heilbar sind.

Zweiter Grundgedanke ist, dass die Symptome, die von PatientInnen geboten werden, Teil einer Überlebensstrategie sind, die erst sekundär Krankheitswert erhalten.

Dritter Grundgedanke: Entscheidend für Veränderungen ist der Mut und die Bereitschaft des/der Patienten/in, überhaupt etwas verändern zu wollen. D.h., letztendlich geht es auch immer um eine Bilanz und um eine Sinnfrage.

Wenn der/die Patient/in mit einem Krankenhaus in Kontakt tritt, läuft der Abhängigkeitsprozess bereits schon viele Jahre, ja hat oft sogar den Höhepunkt erreicht oder überschritten. Die Begegnung im Krankenhaus ist zeitlich gesehen aber eher punktuell. D.h., eine sinnvolle Therapie muss auf Therapie im eigentlichen Sinn, d.h. Begleitung, ausgerichtet sein. Letztendlich geht es darum, dem/der Patienten/in Mut zu machen, eine Änderung, vor der er/sie nicht ohne guten Grund in seinem/ihrer Leben bisher immer wieder zurückgeschreckt ist, tatsächlich vorzunehmen und sich um mögliche Unterstützung umzusehen – wobei die Sichtweise des/der Patienten/in nicht auf einen einzelnen Aufenthalt beschränkt sein darf.

So gesehen ist jeder Anstaltsaufenthalt eine Chance, in einen laufenden Prozess einzusteigen, Ressourcen zu mobilisieren und attraktive und verführerische Lebensstiländerungsszenarien zu vermitteln.

Diese therapeutische Ideallinie wird im Konzept der Landesnervenklinik Sigmund Freud, Primariat für Abhängigkeitserkrankungen, so umgesetzt, dass für jede Phase des Suchtprozesses ein passendes Therapie-modul angeboten wird. Bei der Erstbegegnung werden die Achsen „Körperliche, geistige, seelische und soziale Gesundheit“

erfasst und eventuelle Defizite festgestellt. Daraus entsteht ein Vorschlag zur Änderung, ein Therapiekonzept.

Mit dem/der Patienten/in, der/die naturgemäß meist andere Vorstellungen hat, wird versucht, einen gemeinsamen Nenner zu finden. Dies reicht von der stationären Krisenintervention, wo das Therapieziel oft nur das somatische oder psychische Überleben ist, über Motivations- und Sensibilisierungsversuche bis zum qualifizierten Entzug, der ca. drei Wochen dauert, aber auch bis zum acht- bis zwölf Wochen dauernden Entwöhnungstherapiebaustein. Verbunden durch prä- bzw. poststationäre Ambulanzangebote sowie Vernetzung mit Beratungsstellen, niedergelassenen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und analog

arbeitenden Institutionen gelingt es oft, ein hilfreiches Netzwerk für den Trapezakt des Abschiednehmens vom Suchtmittel zu knüpfen.

Dass wir dieses Idealbild sehr selten erreichen, ist klar. Aber gleichzeitig sehen wir, dass mit der zunehmenden Berufserfahrung des Teams auch ein stetiger Optimierungsprozess läuft, dass unsere Therapieangebote als positiv dynamisierend erlebt werden und der stetig steigende Anteil derer, die bewusst auch stationäre Therapiemodule in Anspruch nehmen, bestärkt uns in der Ansicht, dass für manche Prozessverläufe auch die stationären Angebote ihren Platz haben müssen.

Text und Foto: **Prim. Dr. Joachim Berthold, Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz**

Landesnervenklinik Sigmund Freud, Primariatf. Abhängigkeitserkrankungen
Wagner-Jauregg-Platz 1, A-8053 Graz
Tel.: (316) 21 91-2235
eMail: sekretariatahe@lsf-graz.at

Gründung der Abteilung: 1986

Umfang der Abteilung: 134 Betten, 72 Diplomierte GesundheitskrankenschwesterInnen, 13 ÄrztInnen (meist auch PsychotherapeutInnen), 3 PsychologInnen

nen (auch PsychotherapeutInnen), 4 SozialarbeiterInnen (davon eine Psychotherapeutin), 1 Ergotherapeutin, 5 BeschäftigungstherapeutInnen sowie anteilig Leistungen der LSF, wie z.B. Röntgen, CT, Labor, Physiotherapie, Sporttherapie etc..

PatientInnenanzahl: Pro Jahr ca. 3000 stationär, ca. 1000 ambulant, Ambulanzfrequenz über 10000.

LESERBRIEF

Zum Artikel „Die Überschreitung“, Dr. Thomas Legl, Magazin Nr. 43, Seite 19

Leider „stürzen“ im täglichen Leben, sowohl in der Stadt wie auch am Land, immer mehr Mitmenschen ab, weil sie Drogen, legale oder illegale, konsumieren.

Jamling Tenzing Norgay, der Sohn des Mount Everest Erstbesteigers, schreibt in seinem Buch über seinen Everest Gipfelsieg: „In den Bergen lässt man weltliche Bindung zurück, und, da materielle Ablenkung fehlt, ist man hier für spirituelles Denken offen. Beim Bergsteigen sorgt die Geistesgegenwart, die in gefährlichen Situationen vorha-

den ist, wie von selbst dafür, dass wir nicht zerstreut sind, und diese Konzentration erzeugt Achtsamkeit und das Gefühl, vollkommen lebendig zu sein.“

Dieses „Lebendigkeit“ ist ein hauptsächliches Ziel in der Suchttherapie und wird bei längeren Bergtouren von selbst erreicht. Gerade am Berg, in schwierigen Situationen, entsteht das Bewusstsein, „nicht abstürzen“ zu wollen. Eine klare Entscheidung zum Leben ohne Drogen – nicht nur im Jahr 2002, dem „Jahr der Berge“.

Ing. Harald W. Schober
Franz-Bruckner-Straße 28/2, 8160 Weiz



Selbsthilfe – Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker

AA entstand 1935 in Akron, Ohio, aus einem Zusammentreffen von Bill W., einem Börsenmakler, mit Dr. Bob S., einem Chirurgen. Beide waren hoffnungslose Trinker.

Bill wurde durch den Einfluss der „Oxford Gruppe“, die danach trachtete, spezielle Werte im täglichen Leben umzusetzen, trocken. Er war es, der seinem Freund, dem Arzt, klarmachte, dass Alkoholismus eine geistige, körperliche und seelische Krankheit sei. Durch seine überzeugend vorgetragenen Gedanken ließ auch Bob bald vom Alkohol, er trank nie mehr. Der Grundstein für AA war gelegt.

Das regelmäßige Treffen zu Gruppen und das Gefühl der Freundschaft in regelmäßigem Kontakt können den Zwang zum Konsum durchbrechen. Es ist nicht nötig, sich vorzunehmen, „nie mehr zu trinken“ – für die meisten eine unvorstellbare Aufgabe. Ziel ist, immer für einen Tag nüchtern zu bleiben. Die ersten kleinen Erfolge helfen, sein Leben

zu überdenken. Die Anonymen Alkoholiker bieten für den Hilfesuchenden ein 12 Schritte Programm, welches Stütze und Notwendigkeit für den Weg aus der Sucht sein soll. Sie sehen Alkoholismus als chronische, unheilbare Krankheit, die aber durch einfache Regeln und die Hilfe der Gemeinschaft zum Stillstand gebracht werden kann.

Im deutschsprachigen Raum stehen jedem Alkoholiker, der den Wunsch hat, mit dem Trinken aufzuhören, rund 2200 AA-Gruppen offen. In Krankenhäusern und Kliniken gibt es über 230 AA-Gruppen und Kontakte. Auch in Justizanstalten bestehen einschließlich der Kontaktmöglichkeiten nahezu 70 Gruppen. Diese Selbsthilfebewegung

stellt die ideale Nachbetreuung nach der stationären Therapie dar.

Die Langfristigkeit des Engagements in den Gruppen, für viele eine lebenslange Unterstützung in einer Gruppe Gleichgesinnter, hilft, die Tatsache des Suchtproblems nicht zu vergessen oder zu verharmlosen. Zweifelsohne haben die AA tausenden Menschen geholfen, trocken zu werden und zu bleiben.

Zentrale Kontaktstelle Wien

A-1030 Wien, Barthgasse 5
Tel.: (1) 799 55 99
Öffnungszeiten: tägl. 18.00–21.00 Uhr
info@anonyme-alkoholiker.at
www.anonyme-alkoholiker.at



Text: **Dr. Thomas Legl**



Comic: **Antonin Kuba**



Frühjahr 2003 Seite 14

Der „Grüne Kreis“ dankt Wolfgang Bauer von der Bel Etage Kunsthandel GmbH.

Seit mehr als 25 Jahren ist es das Anliegen Wolfgang Bauers, mit der Galerie Bel Etage dem Kunstsammler und Liebhaber erstklassigen Jugendstils dauerhafte Freude zu bereiten. Mit seiner Idee – anlässlich seines 50. Geburtstags – , das Eltern-Kind-Haus des „Grünen Kreises“ finanziell zu unterstützen, hilft er nun Kindern suchtkranker Eltern: Statt Geburtstagsgeschenken wünschte er sich Spenden zugunsten dieses sozialen Anliegens. Für seinen Beitrag zur Arbeit des „Grünen Kreises“ bedankt sich der Verein im



Namen seiner jüngsten PatientInnen herzlich!

Bel Etage Kunsthandel GmbH

Wolfgang Bauer
Mahlerstraße 15
1010 Wien
Tel.: (1) 512 23 79
Fax: (1) 512 23 79-99
office@beletage.com
www.beletage.com



Text: **Dr. Brigitte Wimmer**
Foto: **Bel Etage**



World Forum Montreal

Schwerpunkt Nikotin

Das World Forum 2002 in Montreal verstand sich als einzigartiges Ereignis, als Veranstaltung mit über 700 renommierten RednerInnen aus 60 verschiedenen Ländern und mehr als 3000 TeilnehmerInnen, das die gesamte Thematik legalen wie illegalen Substanzmissbrauchs sowie die Probleme der Spielsucht abzudecken versuchte. Über diese Großveranstaltung wurde in der letzten Ausgabe des Magazins bereits berichtet, nun aber wird der Artikel mit dem Fokus auf die interessanten Beiträge über Nikotinsucht fortgesetzt.

Breiter Raum wurde dem Tabakproblem eingeräumt. Mit etwa 1,1 Billionen Nikotinabhängigen und 4 Millionen Menschen, die jährlich an den Folgen dieser Sucht sterben, ist Tabakmissbrauch sicherlich das Weltgesundheitsproblem Nummer 1. In den Strategien gegen die Ausbreitung dieser Sucht wird immer restriktiver, allerdings mit Erfolg vorgegangen.

Am Beispiel des Bundesstaates VICTORIA in Australien, wo die australische „smoke free legislation“ konsequent umgesetzt werden konnte, stellten Lloyd Carr (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission) und Paul McDonald (Departement of Human Services Victoria) Prinzipien und Ergebnisse vor. In Viktorien wurde das Rauchen in allen gastronomischen Lokalen verboten. Eine Nachuntersuchung nach 15 Monaten zeigt, dass die sehr hohe Zustimmung nach der Einführung um weitere 9% gestiegen ist. Restaurants berichten über eine 8%ige Geschäftssteigerung.

Ein „Enforcement Team“ zur Bekämpfung des verbotenen Verkaufs von Tabakwaren an Minderjährige, verbunden mit einer Strafe von umgerechnet EUR 5.000,— bei Missachtung, hat zu einer hoch signifikanten Reduktion des Verkaufs geführt. Jegliche Werbung, auch in Trafiken, auf Schildern oder Kartonboxen, wurde eingestellt. Ebenso gibt es genaue Richtlinien,

wie Tabakwaren auszustellen und Preisangaben zu setzen sind. Die Industrie reagiert wie immer schnell und geschickt und ersetzt die großen Markenschriftzüge durch Symbole wie brennende Zündhölzer oder Feuerzeuge, die ebenfalls geeignet sind, als Suchtauslöser zu dienen.

Generell zeigen sich in den entwickelten Ländern Trends wie in Viktorien. Derzeit geht der Prozentsatz der Abhängigen um 1% jährlich zurück, während er in Entwicklungsländern um 2% steigt – besonders da die Tabakindustrie ihre Strategien nun in die Dritte Welt verlagert hat, wo sie uneingeschränkt ihr süchtig machendes Produkt bewerben kann. Luise da Costa Silva sagt vorher, dass 2020 einer von acht Todesfällen der Nikotinsucht zuzuschreiben sein wird, wobei 70% dieser Todesfälle in den Entwicklungsländern zu verzeichnen sein werden.

Jack Henningfield zeigte die skrupellosen Vertriebsmuster der Tabakindustrie auf, die jeden Ansatz zur Harmreduktion boykottiert und ausschließlich daran interessiert ist, ihr Klientel hochgradig suchtkrank zu halten. Es ist wenig bekannt, dass gerade in diesem Bereich enorme gesundheitliche Verbesserungen für Betroffene durch Minimierung der toxischen Stoffe erreicht werden können. Die Behandlung der Nikotinsucht, ein noch blindes Auge bei vielen HelferInnen im Suchtbereich, wird sicherlich ein wichtiges Zukunftsthema im therapeutisch-medizinischen Bereich.

Für Informationshungrige hat Montreal 2002 sicher vieles gebracht, falls sie einmal die Hürde der programmevidenten Reizüberflutung genommen haben.



v.l.n.r.: Thomas Legl,
Britta Mühlbach, Frank
Tims



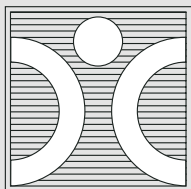
Frank Tims



v.l.n.r.: Thomas Legl,
Akos Topolanszky, Agnes
Freck, Peter Vamos



Text: **Dr. Thomas Legl**
Fotos: **Akos Topolanszky**
Foto oben: **Antonin Kuba**



EURO-TC Fachtagung Berlin 2002: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom – der Beginn von Drogenkarrieren?



Dr. Manfred Novak



José Civeira



Helga Schallenberg



Zahlreiche TeilnehmerInnen zeigten besonderes Interesse am Thema „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“.

Am 22. November 2002 hielt EURO-TC (European Treatment Centers for Drug Addiction) eine international gut besetzte Fachtagung in Berlin ab, welche die Konsequenzen aktueller Entwicklungen für die Behandlung Suchtkranker zum Thema hatte.

Sehr interessant waren dazu die Beiträge von Karin Wied über körperliche Entzugsbehandlung bei Jugendlichen wie auch von Wolfgang Heckmann, der veränderte Konsummuster in den neuen deutschen Bundesländern aufzeigte. Der Trend: Jugendliche Mädchen ziehen im Sucht- sowie kriminellen Verhalten mit den Burschen gleich. An dieser Stelle soll aber besonders über das Thema „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom: Der Beginn von Drogenkarrieren?“ berichtet werden. Diese Frage stellte Manfred Novak und zeigte einen bedeutenden Zusammenhang auf. Novak verwies auf die unbedingte Notwendigkeit medikamentöser Behandlung bei spezifischen Fällen und konnte die Dynamik anhand von Einzelfallstudien eindrucksvoll präsentieren. Unbehandelte Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome wie z.B. Hyperaktivität stellen oft den Hintergrund der Rückfälle nach oder auch während einer stationären Langzeitmaßnahme dar. Zu oft müssen wir erkennen, dass der/die psychotherapeutisch intensiv betreute Patient/in weiter durch impulsive Reaktionen Jobs verliert, Beziehungen abbricht oder seinen/ihren Vor- und Zielsetzungen nicht nachkommen kann.

Auch Manfred Novak stellt in diese Richtung die Notwendigkeit einer professionellen Untersuchung auf Merkmale von ADHS (Attention Deficit Hyperactive Syndrom) fest. Der Umgang mit den Problemen sowie spezielle therapeutische und medizinische Hilfestellung sollte für Betroffene auch in Suchteinrichtungen vorhanden sein. Dies impliziert den wohl überlegten, gut überwachten Einsatz von Medikamenten. Im Rahmen der Suchtambulanz seiner Fachklinik behandelt Novak auch Kinder mit ADHS mittels Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie und medikamentöser Behandlung. „Untersuchungen bei suchtkranken Personen zeigen, dass ein hoher Prozentsatz in der Kindheit unter ADHS

Symptomatik litt, dass Teilleistungsstörungen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, aber auch soziale Auffälligkeiten aufgrund bestehender Hyper- oder Hypoaktivität früh zu Ausgrenzung und zu Störung der sozioemotionalen Entwicklung und der Selbstwertentwicklung führten.“, so Novak. Die vorliegenden Daten sprechen von einer Prävalenz vorausgegangener ADHS Symptomatik bei Suchtkranken von 20 bis 30%.

Jose Civeira stellte eine Studie über die Auswirkungen von Sucht und ADD (Attention Deficit Disorders) bei Jugendlichen dar.

In einer Stichprobe von 60 Kindern drogensüchtiger Eltern bei einer Altersstreuung von 12 bis 21 Jahren konnte ein extrem überhöhter Konsum von Stimulanzien festgestellt werden, wenn bei den Eltern zusätzlich ADD diagnostiziert wurde. 80% dieser Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumierten regelmäßig Stimulanzien, bei 92% aus dieser Gruppe wurden ebenfalls die Kriterien für ADD erkannt.

Civeira konnte den Erfolg des Präventions- und Behandlungsprogramms, „TARAVIDAN“ beschreiben, welches den betroffenen Jugendlichen neben Beratung und Gruppenarbeit im Aufbau eines sozialen Selbsthilfenetzes und sinnvoller Freizeitaktivitäten half. 75% der Jugendlichen aus der Untersuchung wurden zur Teilnahme an diesem Programm motiviert, die meisten konnten ihren Drogenkonsum einstellen.

Die lokale Bedeutung dieser Tagung wurde durch die Teilnahme von Helga Schallenberg unterstrichen, die auch als Gastgeberin fungierte. Tagungsort war das Konferenzzentrum der Bundesversicherungsanstalt hoch über den Dächern Berlins. Die Übersiedlung der EURO-TC Verwaltung in den Tannenhof Berlin und die Ernennung von Horst Brömer zum ehrenamtlichen Geschäftsführer haben sicher eine neue Ära in der Arbeit dieses europäischen Netzwerkes eingeleitet. Die Qualität der Veranstaltung in Berlin trägt seinen Stempel und setzt die erfolgreiche Tagungstradition fort.



Text: Dr. Thomas Legl
Fotos: Drogenhilfe
Tannenhof Berlin e.V.



Politics, Legislations and Drug Policy Congruence or Divergence. ICAA Conference Brazil, 2002

Vom 8. bis 13. Dezember 2002 war Brasilien Schauplatz einer ICAA Konferenz. Unter vielen TeilnehmerInnen nahmen aus Österreich der Bundesdrogenkoordinator des Gesundheitsministeriums Dr. Franz Pietsch und für den „Grünen Kreis“ Dir. Alfred Rohrhofer und ich teil. Nachdem die ursprüngliche Planung einer Tagung in Bermuda kurzfristig abgesagt werden musste, fand die jährliche Konferenz des International Council of Alcohol and Addiction stattdessen gleich in zwei Städten statt – ein wirkliches Novum. Sie wurde nämlich zwischen Sao Paulo und Rio de Janeiro gesplittet und so lernten die TeilnehmerInnen nicht nur Neues aus der Welt der Suchtarbeit und -forschung, sondern auch die Tücken des brasilianischen Transportsystems kennen. Auf Grund angeblicher neuer Transportbestimmungen und einem daraus resultierenden, unkontrollierbaren Chaos bei der Aufteilung der TeilnehmerInnen in die bereitstehenden Busse verweigerte die Transportfirma stundenlang die Abfahrt, um nach etlichen Konflikten dann unter Polizeieskorte abends nach Rio aufzubrechen. Statt früh abends trafen die TeilnehmerInnen mitten in der Nacht an der Copacabana ein. Übernachtigkeit am nächsten Tag war daher keinesfalls auf den Genuss des brasilianischen Nachtlebens zurückzuführen. Beim Abschlussessen bekamen die Veranstalter auch prompt einen Miniaturautobus geschenkt.

Die Präsidenten der Konferenz, Arthur Guerra de Andrade und Erling Pedersen, hatten ein dichtes Programm, welches sehr auf den lokalen und südamerikanischen Kontext Bezug nahm, erarbeitet. Die Themen der Plenarsitzungen waren:

- Politik, Gesetzgebung und Drogenpolitik
- Ethnische Dimensionen
- Suchtmedizin
- Prävention – Neue Trends
- Kinder und Drogen
- Geschlechtsspezifische Anliegen
- Alkoholpolitik in Lateinamerika
- Tabak und Glücksspiel

Zusätzlich gab es ein spezielles „Business and Industry Event“ mit dem Blickpunkt auf „Drogen

am lateinamerikanischen Arbeitsplatz: Aufdeckung, Evaluierung und Behandlungsalternativen“.

Bei seinen Kongressen schafft ICAA ein internationales Forum für all jene, die mit Prävention und Harmreduction bei Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen beschäftigt sind. Über die Expertisen der über die gesamte Welt verteilten Mitglieder wird versucht, angemessene Antworten auf Suchtprobleme zu entwickeln und zu verbessern und über diese Kontakte Rat, Unterstützung und Anleitung in der Entwicklung relevanter Strategien, Programme, Forschung wie Politik zu bieten. Im reichhaltigen Themenspektrum, besonders der wichtigen und meist hochqualitativen Workshops am Nachmittag, die ein echtes Diskussionsforum darstellten, wurden diese Grundsätze bei der Brasilienkonferenz verwirklicht.



Text und Fotos: **Dr. Thomas Legl**

Brasilianische Spontanität mit konsequenter norwegischer Hilfe: Arthur Guerra de Andrade (r.) und Erling Pedersen (l.) von der Bergenklinik haben in kurzer Zeit den Brasilien-Kongress 2002 des ICAA möglich gemacht. Kleine Organisationspannen gehörten natürlich dazu und taten der hohen Qualität vor allem der Workshops keinen Abbruch.

Die beiden Partner leisteten einen hohen persönlichen sowie materiellen Aufwand, wobei generell die Unterstützung der Bergenklinik bemerkenswert war. Umso glücklicher waren beide, als ihre Arbeit erfolgreich abgeschlossen war.



Susanne Lentner (l.) fand sich in einer interessanten plenary session mit Kari Lossius und Silvia Brasiliano (r.) zum Thema geschlechtsspezifischer Arbeit. Ihre diesbezügliche Tätigkeit im Anton Proksch Institut besitzt internationalen Modellcharakter. Die von Peter Vamos (Portage, Canada) geleitete session war hochinteressant und bot vor allem einen eindringlichen Vergleich zwischen der Situation in Europa und Lateinamerika. In diese Richtung ist auch die intensive Zusammenarbeit zwischen Portage und europäischen Partnern hervorzuheben, die über den intensiven Fachaustausch zur Optimierung von Programmen führt.



Suchtmedizin

Neues über Hepatitis



*Dr. Leonidas K. Lemonis
ist ärztlicher Leiter des
„Grünen Kreises“.*

Vom 8. bis 10. November 2002 fand in Berlin der 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin statt. Diskutiert wurde vor allem über die professionellen Standards und Leitlinien in der Suchtmedizin. Nachdem das „National Institute of Health“ der Vereinigten Staaten seine Guidelines zur Behandlung der Hepatitis C bei drogengebrauchenden PatientInnen insofern verändert hatte, als diese PatientInnengruppe nicht mehr von der antiviralen Therapie ausgeschlossen wird, ging es darum, diese Veränderungen auch in den deutschsprachigen Raum zu übertragen.

Am 9. November nahm ich am Arbeitskreis „Hepatitis Infektion und somatische Komplikationen“ teil. Die Tendenz in Deutschland, den Suchtkranken bezüglich Hepatitis C als nicht antiviral behandelbar einzustufen, ist im Vergleich zum Vorjahr stark fallend.

Leitlinienmäßig wurde beschlossen, folgende Punkte in die Praxis umzusetzen:

- Jedem/Jeder drogenabhängigen Patienten/in wird ein Hepatitis Screening (AK-Test) angeboten.
- Bei negativem Ergebnis wird die Testung alle 6 bis 12 Monate wiederholt, um im Falle einer „frischen“ HCV-Infektion sofort therapieren zu können.
- Aufklärung darüber, wie eine Infektion verhindert werden kann, ist notwendig.
- Wenn Hepatitis A und/oder B negativ sind, soll entsprechend geimpft werden.
- Ist Anti-HCV positiv, dann soll eine Bestätigungsdagnostik und PCR Bestimmung erfolgen.
- Sollten Bestätigungstest und PCR positiv sein, dann sind Viruslast und Genotypbestimmung erforderlich (Der Genotyp hat Einfluss auf die Progression und den Therapieerfolg. Die besten Ergebnisse sind beim Genotyp 2 und 3 zu erwarten.).

Als Standardtherapie der chronischen Hepatitis C gilt die Kombination aus pegyliertem Interferon und Ribavirin. Die Pegylierung trägt zur Optimierung der Pharmakokinetik des Interferons bei und das Resultat ist ein über 7 Tage weitgehend konstanter Serumspiegel, einhergehend mit einer verbesserten Interfe-



Tagungsort war das Ludwig Erhart Haus in Berlin.

ron Aktivität und geringeren Ausprägung der grippeähnlichen Nebenwirkungen.

- FachexpertInnen vertreten die Meinung, dass
- Methadonbehandlung keine Kontraindikation für die Interferontherapie darstellt.
 - auch aktive DrogengebraucherInnen erfolgreich behandelt werden können.
 - Alkoholkonsum die Progression der Hepatitis C stark beschleunigt.

Eine gründliche psychiatrische Exploration vor Therapiebeginn ist unbedingt erforderlich, um mögliche Risikofaktoren zu eruieren und die Persönlichkeitsstruktur des/der Patienten/in vor Beginn der Interferontherapie kennen zu lernen. In einer Studie bei PatientInnen mit Hepatitis C wurde vor Therapiebeginn bei 4,5% eine Major-Depression festgestellt, nach 6 Therapiemonaten lag die Häufigkeit bei 27%. In den meisten Fällen jedoch sind die psychiatrischen Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, Melancholie vorübergehend und verschwinden oft nach einigen Wochen auch ohne Gabe von Psychopharmaka. Interessant sind die Erfahrungswerte, wonach für Interferon bedingte depressive Symptomatik des Öfteren die Gabe eines Viertels der sonst üblichen Antidepressivumdosis genügt, um eine Besserung zu erreichen.

Ich freue mich auf den nächsten Austausch über internationale und fachbezogene Trends in der Suchtmedizin, der vom 7. bis 9. November 2003 im Rahmen des 12. Kongresses in Berlin vorgesehen ist.

Text und Fotos:
**Dr. med. Leonidas K.
Lemonis**

Rückfall in der Suchtarbeit Behandlungsende oder Behandlungsimpuls?

Im November des Jahres 2002 veranstalteten das STZ Sozialtherapeutische Zentrum für Suchtkranke (Martha-Stiftung), „therapiehilfe e.v.“ (Suchthilfeträger) und NADA (National Acupuncture Detoxification Association) in Hamburg eine regionale Fachtagung zum Thema „Rückfall in der Suchtarbeit“.

Der Rückfall gehört zwangsläufig zum Krankheitsbild bei Suchtmittelabhängigkeit. Doch der Umgang damit ist in Zeiten immer knapper werdender Mittel für Leistungsträger und Leistungserbringer schwierig. Im Rahmen der Fachtagung „Rückfall in der Suchtarbeit – Behandlungsende oder Behandlungsimpuls?“ wurde auf die Rückfallsproblematik in der Entgiftung, in ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitation eingegangen. Ziel ist, durch das Vermitteln von Erfahrungen die Akzeptanz gegenüber dem Rückfall als Chance für einen längerfristigen Genesungsprozess zu erhöhen. Seine Behandlung ist ein „Muss“ auf dem Weg zu Gesundheit und Abstinenz.

Wolfgang Weidig („therapiehilfe e.v.“, Entzugsabteilung, Fachklinik Bokholt) charakterisierte Suchtmittelabhängigkeit als eine chronische Erkrankung, die einen rezidivierenden Verlauf nimmt. Rückfälle gehören also zum Krankheitsbild. Soll eine rückfallsbedingte (Entzugs-)Behandlung allen Beteiligten gerecht werden, muss sie zeitlich ausreichend – eine nicht ausreichende Behandlungsdauer stellt bewiesenermaßen einen Risikofaktor in der Suchtrehabilitation dar, ganzheitlich – unter Einbeziehung somatischer, psychischer und sozialer Aspekte, lösungsorientiert und kostensparend sein.

Prof. Wulf-Volker Lindner (Professor für praktische Theologie, Universität Hamburg, Psychoanalytiker) brachte in seinem Vortrag den Rückfall mit dem Scheitern im Leben als gesellschaftliches Tabu-Thema in Zusammenhang.

Unsere „Wir haben alles im Griff“-Ideologie tabuisiert Scheitern, weil es Angst und Scham auslöst.

Ulrich Bloemeke (STZ Fachklinik) und Beatrice Havenstein („therapiehilfe e.v.“, Do it!, Stationäre Langzeittherapie) zeigten in ihren Praxisberichten, dass rückfällige PatientInnen nicht prinzipiell entlassen werden, sondern dass „mit ihrem Rückfall gearbeitet“ wird. Alle Rückfallskonzepte weisen Kriterien für die Maßnahmen auf. Detaillierte und differenzierte Vorgehenspläne geben PatientInnen und MitarbeiterInnen einen klaren Orientierungsrahmen, sodass Rückfälle nicht als „plötzliche Katastrophen“ hereinbrechen. Es ist wichtig, diese Rückfallspläne nicht nur zu haben, sondern sie in den Behandlungsalltag zu integrieren, damit die Teams im Krisenfall – und jeder Rückfall stellt eine solche dar – eine selbstverständliche Verhaltenssicherheit aufweisen.

Um den Rückfall als „hilfreichen“ Impuls in der Behandlungskette nutzen zu können, forderte Dr. Johannes Feldkamp (STZ Beratungsstelle „Die Hummel“) u.a. von den Kostenträgern, den Rückfall auch als Krankheitssymptom zu sehen. Nicht die Zahl der Rückfälle, sondern der differenzierte und offene Umgang der Behandlungseinrichtungen damit sollte ein maßgebliches Kriterium sein. Durch einen qualifizierten Umgang damit ist mit einer Reduktion der Gesamtbehandlungskosten zu rechnen. Besonders die Frage der Kostenübernahme im Rahmen der Rückfallsbehandlung wurde auf Grund von weiteren geplanten Einsparungen in der Suchtkrankenhilfe diskutiert. Der Dialog mit Leistungs- und Kostenträgern über die sich aus den Kürzungen ergebenden Praxisprobleme der Suchteinrichtungen beweist sich hier als guter Ausweg.



Text: **Dr. Brigitte Wimmer**



Sozialtherapeutisches
Zentrum für Suchtkranke



therapiehilfe e.v.



Mein Besuch im „Grünen Kreis“

von Lothar Schäfer



Im Herbst letzten Jahres weilte ich im „Grünen Kreis“ und durfte die Gastfreundschaft der Waldheimat genießen. Ich wurde nicht nur vorzüglich bewirtet sondern erlebte auch schöne Begegnungen und interessante Gespräche. Dafür möchte ich mich bei den BewohnerInnen und MitarbeiterInnen ganz herzlich bedanken.

Aber ich stellte auch fest, dass sich viele fragten, was ich eigentlich im „Grünen Kreis“ mache. Während meines Heimfluges in die Schweiz nahm ich mir vor, dieses „Warum?“ und „Wer bin ich?“ in der nächsten Ausgabe des Magazins zu beantworten.

Nach meinem Studium der Heilpädagogik in Zürich und einem Nachdiplomstudium in Sozialtherapie bei Prof. Livergood in Utrecht in den Niederlanden arbeitete ich eineinhalb Jahre als Lehrbeauftragter des deutschen Arbeitgeberverbandes in Bochum. 1971 zog ich wieder in die Schweiz und arbeitete als Heilpädagoge. In diese Zeit fiel die Planung für ein neues Projekt – eine Institution, in welcher alle Randgruppen Aufnahme finden sollten. 1973 war es endlich so weit und wir, sechs Männer und eine Frau, setzten unser Projekt um. Es war eine spannende Zeit, doch leider mussten wir sehr schnell feststellen, dass wir Drogen im Haus hatten und mehr oder weniger gar nicht wussten, wie wir mit solchen Dingen umgehen sollten.

So entschloss ich mich 1976, gemeinsam mit fünf jungen Leuten eine Wohngemeinschaft zu gründen. Zu dieser Zeit war ich noch Leiter der 1973 gegründeten Institution Bad Heustrich. Bei meiner Heimkehr von der Arbeit musste

ich immer wieder auf den Polizeiposten! So konnte es auf keinen Fall weitergehen und ich stellte ein Ultimatum: Entweder wir finden genügend Raum und schaffen ein gewisses Maß an Strukturen oder wir lösen unsere WG auf. Am darauf folgenden Wochenende fanden wir ein leeres Sommerschloss oberhalb des Thunersees und am Montag konnten wir bereits einziehen.

Bald gründeten wir den Verein „Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft Rüdli“ und im Laufe der Zeit entwickelten sich aus der anfänglich kleinen Wohngemeinschaft die verschiedenen Angebote der „Sozialtherapeutischen Gemeinschaften Rüdli“, in welchen ich bis im Jahr 2000 als Geschäftsführer und Gesamtleiter tätig war. Aus der Chaoszeit heraus entstanden strukturierte therapeutische Angebote, so z.B. die erste Wohngemeinschaft für Frauen mit Kindern in der Schweiz und in Europa, mit klarem therapeutischen Auftrag an den Mütterbereich und den professionell geführten Kinderbereich.

Damals schon beschäftigte ich mich mit dem Gedanken, Non Profit Einrichtungen beim Aufbau klarer Managementstrukturen zu unterstützen. So beendete ich nochmals eine Ausbildung an der Universität Freiburg in der Schweiz und beschäftige mich heute vor allem mit dem Qualitätsmanagement sozialer Institutionen, aber auch mit Projekt- und Konzeptentwicklung von sozialtherapeutischen Einrichtungen – so z.B. gegenwärtig in Argentinien, im „Grünen Kreis“ für das neue Alkoholkonzept sowie in Bosnien für

Gesundheitskonzepte der Organisation Heimatgarten, Bremen – Sanski Most.

Die Qualität einer Gemeinschaft drückt sich nicht nur durch gute Strukturen und professionelles Management aus, sondern auch dadurch, dass alle Menschen, die dort leben, das Leitbild kennen und jeden Tag neu danach leben. Nur so ist es möglich, dass Reflektionen auf das Leitbild stattfinden können und, dass von Zeit zu Zeit mit allen Beteiligten das Leitbild der neuen und veränderten Situation angepasst werden kann.

Das Zusammenleben von Menschen ist ja nicht nur eine Frage der Organisation, sondern auch sehr stark eine philosophische Frage. Denn unsere Arbeit mit Menschen soll sich nach einem humanistischen Menschenbild (Herder, Humanitas) richten und so müssen wir oft und immer wieder all unsere Tätigkeiten hinterfragen. Wir sollen überlegen, was Arbeit, was Sozialität innerhalb einer Gemeinschaft bedeutet und wie wir unseren Mitmenschen begegnen.

Diese und noch viele andere Fragen stellten sich mir bei verschiedenen Begegnungen in der Waldheimat, auf dem Königsberghof und vor allem in einigen so wertvollen und verständlichen Gesprächen. Ich freue mich, weiterhin mit allen Beteiligten vom „Grünen Kreis“ an der Zukunft der Institution, an neuen Projekten und an der Qualität des gesamten Angebots arbeiten zu dürfen und erwarte mit Spannung die nächsten Begegnungen. Bis dahin grüße ich alle ganz herzlich aus dem Berner Oberland in der Schweiz.



Text und Foto: **Lothar Schäfer**

Prävention im „Grünen Kreis“

Kreativmärkte und Informationsstände

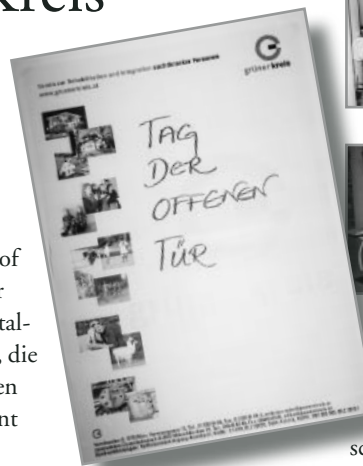
Um wirksam Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, ist der direkte Kontakt zu Menschen unabdingbar. Da wir im Verein eine große Palette an Kreativzeugnissen herstellen und diese auch vermarkten, schlagen wir hier – sozusagen – zwei Fliegen mit einer Klappe. In Aspang und Umgebung ist der „Grüne Kreis“ mittlerweile schon auf fast jedem öffentlichen Ereignis oder Markt mit einem Stand vertreten und somit wird für Information über den Verein, aber auch für eine gute Vermarktung unserer Produkte gesorgt.

Diese Veranstaltungen sind sehr vielschichtig und breit gefächert, wie z.B. der Aspanger Adventmarkt, Adventzauber im Krumbacher Museumsdorf oder der fast schon traditionelle Tag der offenen Türe in der Villa, der zwei Mal jährlich stattfindet. Aber nicht nur zur Weihnachtszeit (... nein, auch im Sommer, wenn es NICHT schneit!) gibt es zahlreiche Orte,

wo wir mit Markt- und Informationsständen zu finden sind. Beim „Schmankerlmarkt“ am Hauptplatz in Aspang, wo Königsberger Apfelsaft und Pflanzen vom Meierhof auf reges Interesse stoßen, aber auch bei der jährlichen Veranstaltung „Aspang live“ im Schloss, die mehr auf künstlerische Arbeiten ausgerichtet ist, sind wir präsent und gern gesehene Aussteller.

2002 war wieder ein gutes und veranstaltungsreiches Jahr. Die Aktivitäten reichten von Informations- und Präventionsarbeit auf der Visionale in Wien über sämtliche Advent- und Weihnachtsmärkte in der Buckligen Welt bis hin zu einem Verkaufsstand im Sozialministerium.

Hat man die Verpflichtung, Aufklärungsarbeit zu leisten – die speziell im Suchtbereich immer wichtiger wird



– und dabei aber auch die Möglichkeit, interessierten Menschen unsere Arbeit

„begreiflich“ machen zu können, ist das von doppeltem Wert. Wie sagte Exupery's „Kleiner Prinz“ so treffend: „Man sieht nur mit dem Herzen gut, das Wesentliche ist für die Augen unsichtbar ...!“

... und wie könnte man für Therapiearbeit besser werben als mit einem liebevoll gestalteten Produkt aus der eigenen Werkstätte?



Text und Fotos: **Antonin Kuba**

Entdeckungen

... ein Fotolabor in der Villa

Das Projekt, ein Fotolabor im Betreuungshaus Villa einzurichten, war schon länger im Gespräch. Wegen der zahlreichen Umbau- und Renovierungsarbeiten kam es aber nicht zur Realisation. Dann aber, im Herbst 2002, war es endlich soweit: Michi Dietrich, unser Tischler, zauberte die Einrichtung in einen kleinen Nebenraum. Einige halfen mit, diesen Raum zu verputzen, auszumalen und staubfrei zu bekommen. Eine Bekannte unserer Hausleiterin Petra Scheide, die freiberufliche Fotografin Burgi Mauve, lieferte die nötige Ausstattung und – last but not least – auch das nötige Know How. Sie leistete „Entwicklungshilfe“ in den ersten Stunden. An einem Wochenende zeigte sie uns die grundlegenden Techniken der Fotoausarbeitung.

Was so einfach aussieht, wenn man ein fertiges Foto in Händen hält, ist eigentlich Präzisionsarbeit – angefangen beim

Auseinanderhalten der verschiedenen Chemikalien wie Entwicklerflüssigkeit, Fixierbad bis zum Einhalten von Belichtungszeiten ... Es bedarf auch einiger Übung und Fingerfertigkeit, verschiedene Handgriffe in absoluter Dunkelheit auszuführen. (Versuchen Sie einmal, eine Filmrolle zu öffnen, dann auf eine Spule aufzuwickeln und diese anschließend in ein Gefäß mit Entwicklerflüssigkeit zu stecken, ohne dass Sie die eigene Hand vor Augen sehen ... viel Spaß – oder viel Film ... !) Aber, wenn man einmal Entwicklerflüssigkeit „gerochen“ hat, kommt man davon nur mehr schwer los. Denn: die Möglichkeiten, die sich in einem Labor bieten, sind schier unbegrenzt – „Bild in Bild“-Technik, Bearbeitung mit verschiedenen Lichteffekten, Retuschieren unerwünschter oder erwünschter Bildelemente sind nur einige davon. Suchfaktor hoch! Spaßfaktor noch höher!



Antonin Kuba beim Fotoentwickeln

Auf jeden Fall hat sich für uns „Villa“, die ja bekannt für ihre Kreativität sind, ein neues, interessantes Betätigungsfeld aufgetan, wo wir Einfallsreichtum und Produktivität auf einem neuen Gebiet verschmelzen lassen können.

An dieser Stelle möchten wir uns noch einmal recht herzlich bei unserer Entwicklungshelferin Burgi Mauve bedanken, die uns nach wie vor mit Rat und Tat zur Seite steht.



Text und Foto: **Klaus Tockner**

Auf einen Kaffee nach Salzburg

... zu fahren, ist für viele Österreicher der Inbegriff von Dekadenz. Für das Laufteam des „Grünen Kreises“ ist das aber noch nicht genug. Wir fahren über's Wochenende nach Monaco. Um Marathon zu laufen.

Alle Jahre wieder versuchen wir, unsere Läuferinnen und Läufer, die das ganze Jahr über fleißig und konsequent trainiert haben, mit der Teilnahme an einem Auslandsmarathon zu belohnen. Berlin, Venedig, Florenz, Lissabon und sogar Honolulu waren bisher unsere Ziele. Auf der Suche nach Neuem stolperte ich über den „Marathon de Monaco et des Riviera“. Dieser Lauf hat Start und Ziel in Monaco, führt dann entlang der Côte d'Azur nach Menton in Frankreich, weiter nach Ventimiglia in Italien und wieder zurück. Eine wunderschöne Strecke, möchte man meinen, bei näherer Betrachtung schleichen sich allerdings



leise Zweifel ein. Die Côte d'Azur ist dort, wo die Alpen ins Meer stürzen, also ist beim Lauf mit einigen Steigungen zu rechnen. Außerdem ist es am Meer oft windig, beides ist für den Marathonläufer unangenehm.

Bevor wir uns aber über Wetter und Streckenbeschaffenheit den Kopf zerbrechen mussten, galt es, unsere Teilnahme zu organisieren. Bisher wurden unsere Auslandsfahrten hauptsächlich durch das Entgegenkommen von Veranstaltern und befreundeten Therapieeinrichtungen – sie boten oft billige Quartiere – ermöglicht. Auch diesmal, und da war ich wirklich überrascht, boten uns die Organisatoren des Marathons auf unsere Anfrage die kostenlose Teilnahme am Lauf an, wieder ein Zeichen dafür, dass unser Konzept, den (Lauf-)Sport in der Suchttherapie einzusetzen, international beachtet und unterstützt wird. Auch am Campingplatz in Ventimiglia, den wir zur Übernachtung auserkoren hatten, bekamen wir Sonderkonditionen.

Die Anreise per Auto war sehr mühsam und verstärkte meine Bedenken hinsichtlich der Wetterverhältnisse am Meer. Am selben Tag, an dem Föhnstürme in Österreich Millionenschäden verursachten, bahnten wir uns mit zwei Kleinbussen den Weg nach Süden. Es stürmte und der Regen war von Saharasand braun gefärbt. Keine schöne Vorstellung, bei



diesem Wetter zu laufen! Nach vierzehn Stunden Fahrt endlich die Ankunft. Eine Regenspauze erlaubte uns einen einigermaßen entspannten Zeltaufbau, in der Nacht begann es wieder zu regnen.

Am Samstag, dem Tag vor dem Lauf, schüttete es in Strömen. Wir verbrachten den Vormittag frühstückenderweise in einem kleinen Café. Gegen Mittag beruhigte sich das Wetter und wir brachen zur Startnummernabholung auf. Zum ersten Mal konnten wir die Strecke besichtigen. Hohe Wellen spritzten in Menton bis auf die Hafepromenade, wo am nächsten Tag die Marathons entlang laufen sollten. Dann der Berg. Über das Cape St. Martin sind über 80 Höhenmeter zu bewältigen. Beim Marathon zuerst nach zehn, dann ein zweites Mal nach über dreißig Kilometern. Beim ersten Blick auf Monaco das erste Gruppenfoto. Jetzt sind wir wirklich da.

Bei der Startnummernausgabe und dem anschließenden Stadtbummel erfüllen sich Bubenträume. Man fotografiert





sich gegenseitig an der Startlinie zum Formel 1 Grand Prix, posiert neben Ferraris, ist fassungslos angesichts des Reichtums, der hier allgegenwärtig ist. Groß ist das Abenteuer vor allem für die, deren erste Auslandsreise es ist. Und man spürt die Freude, sich diese Erfahrung durch Konsequenz in Training und Therapie erarbeitet zu haben. Auf der Pasta-Party werden Gruppenfotos mit der hübschen Kellnerin gemacht. Nach erfolgreicher Befreiung unserer Autos, die auf einem bewachten Parkplatz eingesperrt waren, fahren wir zum Campingplatz, um die ersten Eindrücke und die Pasta zu verdauen. In der Nacht beginnt es wieder zu regnen, die Furcht vor schlechtem Wetter wächst.

Am Morgen des Renntages ist es kühl, aber wolkenlos und windstill. Die Nervosität vor dem großen Lauf ist spürbar. Während der Fahrt nach Monaco wird taktiert, geschmiert und sonst noch alles Mögliche unternommen, um die Furcht vor dem Untier Marathon zu bekämpfen. Im Verkehrschaos am Start lassen wir die Läufer aussteigen. „Alles Gute, viel Glück!“ Jetzt ist jeder auf sich allein gestellt.

Michi und ich machen uns auf den Weg durch das hochschaubahnähnliche Straßengewirr zurück nach Ventimiglia, wo wir beim Wendepunkt unsere Läufer mit Bananen, Mandarinen und guten Worten erwarten. Kurz nach der Grenze zu Italien halten uns eine Polizistin und ihr Kollege an. Sind wir in der Hektik des Rennens zu schnell gefahren? „Buon giorno!“ Ob wir österreichische Euromünzen zum Tauschen für ihn haben, will der Beamte wissen. Mit 20 Cent können wir dienen. „Gute Fahrt!“ und weiter geht's.

Bei der Wende sind alle guter Dinge, die Strecke sei schön, aber anspruchsvoll. Einer hat Knieschmerzen, will es aber



weiter versuchen. Mandarinen und Bananen werden gerne genommen, die Kekse essen wir selber. Nach unserem letzten Läufer beeilen wir uns, wieder nach Monaco zu kommen, um den Zieleinlauf unseres Ersten nicht zu versäumen, der Zeitunterschied war beträchtlich.

Im Stadion Louis II sicherten wir uns einen guten Platz in der Sonne und mussten gar nicht lange warten. Mario beendete seinen ersten Marathon nach etwa 3 Stunden 45 Minuten. Nach und nach trudelten dann alle ein: Ibrahim, Richard, Harry, Christian und Manuel, die gemeinsam liefen, Norbert, Daniel, Stefan M., Stefan J. und Thomas, ebenfalls ein Neuling. Für alle war es ein harter Kampf, nicht nur mit der großen Distanz oder den Steigungen, sondern auch mit den hohen Temperaturen, mit denen niemand gerechnet hatte.

Während wir auf Antonin, unseren Läufer mit den Knieproblemen warteten, sorgte Harry für Aufregung, indem er sich von der Massage weg ins Krankenrevier „verhaften“ ließ, wo er mit Infusionen behängt wurde. Das Warten auf Antonin wurde zur Suche, indem wir alle Krankenschwestern, Organisatoren, Polizisten und sonstige Offizielle nach seinem möglichen Verbleib fragten. Schließlich beschloss wir, die Läufer nach Ventimiglia zu bringen und unsere Suche nachher fortzusetzen. Als wir gerade losfahren wollten, war er dann plötzlich da. Er hatte sich geweigert, das Rennen aufzugeben, und war trotz Schmerzen nicht in eines der Rettungsautos gestiegen. Etwas zu spät für die Wertung zwar, aber immerhin zu Fuß, kam er bis ins Ziel. Bravo für so viel Kampfgeist!

Am Abend wurde beim feierlichen Essen in Ventimiglia erzählt, geschildert, rekapituliert. Jeder war stolz auf seine eigene Leistung und die der Teamka-



meraden. Am nächsten Morgen traten wir dann die Heimreise an, wieder 14 Stunden Autofahrt, wieder Sturm und Regen. Die meisten allerdings schliefen tief und liefen im Traum noch einmal durch Monaco.



Text und Fotos: **Willi Maca**

In einem Rundschreiben zieht Anton Haindl im Namen des Vorstandes des **RLV Sparkasse Aspang** Resümee über das abgelaufene Jahr 2002:

„... Gesellschaftlich war sicher das „Wechselkaiser“-Marathon Wochenende im Juli das größte Ereignis für den Verein. Aber auch die Gemeinde Aspang und die gesamte Region konnten davon profitieren. Dies ist aber nicht der Verdienst des RLV Sparkasse Aspang allein, nein auch die vielen freiwilligen Helfer, Sponsoren und Gönner tragen wesentlich dazu bei. Einen Riesenanteil aber trägt der „Grüne Kreis“ dazu bei – sei es die Herstellung der Ehrenpreise, die Hilfe beim Herrichten der Strecke oder das Betreuen der Labstellen. Also herzlichen Dank für die gute Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren und gleichzeitig die Bitte für die Kommenden. ...“

Der „Grüne Kreis“ freut sich, auch bei zukünftigen Veranstaltungen seinen Beitrag leisten und mit dabei sein zu können.

Der Geier fragt den Schluckspecht: „Was wird dir denn gerecht?“

oder „Ein wenig beten wär' nicht schlecht“



Text: **Der Geier (alias Oliver Pernhaupt)**



Die Sucht, die kommt von Suche,
schlag' nach im Wörterbuche.
Das ist kein Rauschgiftmonopol,
es gilt auch für den Alkohol.

Was sucht die trock'ne Seele denn?
Wir sind ja reich, zumindest doch „Top ten“!
Der Geier meint, es sei die Quelle,
die wirklich echt - spirituelle.

So viele Leiden kann nur lindern
(man sieht es noch bei manchen Indern)
das Wissen um den Großen Geist,
es scheint verloren heut' zumeist.

Angeblich unsichtbar,
d'rum nicht mehr wunderbar.
Wohin nur ist er denn verschwunden?
(In keiner Flasche wurd' er je gefunden.)

Wohl von der Ratio ganz verschluckt
(obwohl ja eh schon recht geduckt).
Dies hilft jedoch oft gar nicht sehr,
wenn trägt die Seele sorgenschwer.

Man sieht 's bei Inuit und Indianer,
Syndrom der letzten Mohikaner:
Verlust vom „Spirit“ ist der Grund –
Spirituosen in den Schlund.

Der Vollrausch gaukelt Lösung vor,
vermauert jedoch Himmelstor.
Macht ganze Völker krank
und dann noch der Gestank!

Bei uns gibt's auch dieselb' Tendenz
mit fast genauso großer Vehemenz.
500000 sagt die Dunkelziffer,
da staunen selbst die zahlreich' Kiffer.

Die Todesfälle „lateral“
sind außerdem ganz schlicht brutal.
Das Geld sei 'mal dahingestellt,
obwohl die Wirtschaft stolz geschwellt.

Und eine Tradition beschützt dies' „Hobby“
(das Trinken braucht sehr wenig Lobby).
So süffig: Der Konsumreaktor!
(Ein Wirtschaftsfaktor wie ein Traktor.)

Tourismus ohne geistiges Getränk
wär zusätzlich nicht auszudenk' .
Im Urlaub ganz legal enthemmt,
weil sonst im Leben sehr verklemmt.

Der Auswuchs dieser alten „Blüte“
(der Geier kramt in seiner Tüte),
man lese ihn nur weiterhin
in diesem flotten Magazin.

Mit Wissenschaft und Empirie
wir basteln an der Therapie.
Jahrzehnte schon – vielleicht seit Babylon –
auch plus „High Tech“ ein ewig Marathon.

So manche „Anstalt“ nur verwahrt
(die Schande trägt bereits 'nen Bart).
Betrügt gesellschaftlich' Gewissen
mit miesem, teurem Ruhekissen.

Woanders kommt man oft recht weit
mit mehr Verhältnismäßigkeit.
Soziales - oder Psychodefizit
wird aufgemöbelt explizit.

Modern' Behandlung geht schon tief,
ist sukzessive konstruktiv.
Und trotzdem scheint 's gelegentlich
zuwenig, also: lediglich.

Den Kopfkonzerten fehlt die Kraft
des Großen Geistes kräftig' Saft,
promillefrei und auf Abruf da,
solang' die Demut man bejah' .

Die Anonymen Alkoholiker
ganz ohne Profitaktiker
sind sehr erfolgreich im Vergleich,
weil im Kontakt mi'm Himmelsreich.

(v.o.n.u.) Das neue „Grüner Kreis“ Zentrum in Klagenfurt; Dir. Alfred Rohrhofer; Landeshauptmann Dr. Jörg Haider; Landeshauptmann-Stellvertreter Dr. Peter Ambrozy; Landesrätin Dr. Gabriele Schaunig-Kandut; Stadtrat Christian Scheider; Stadträtin Sieglinde Lesjak; Generalvikar Dr. Colleros-Geldern; Das Veranstaltungsteam des „Grünen Kreises“ (v.l.n.r., u.a.): Mag. Magdalena Zuber, Dr. Brigitte Wimmer, MMag. Astrid Imre, Mario Glatz, Dir. Alfred Rohrhofer, Karin Petrovic

Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum Klagenfurt

Die Eröffnung

Am 7. November 2002 fand um 17 Uhr die offizielle Eröffnung der neu adaptierten Räumlichkeiten des „Grünen Kreises“ in Klagenfurt statt. Zuvor schon gab es einen „Tag der offenen Tür“, der von zahlreichen behördlichen, sozialen Einrichtungen zum Anlass genommen wurde, Informationen über Art und Umfang der Angebote zu erhalten.

Der Einladung zur Eröffnungsfeierlichkeit kamen alle geladenen PolitikerInnen des Landes Kärnten und der Stadt Klagenfurt nach. Der ORF und das Privatfernsehen „KT 1“ brachten Bildberichte.

Gelungen führte Radio- und Fernsehsprecherin Gabriela Zaucher die Moderation beim offiziellen Teil der Feier. Geschäftsführer Dir. Alfred Rohrhofer stellte in seiner Eröffnungsansprache den „Grünen Kreis“ allen Gästen überaus informativ vor. Nach Begrüßungsansprachen von StadtpolitikerInnen und Landesrätin Dr. Gabriele Schaunig-Kandut unterstrich Landeshauptmann-

Stellvertreter Dr. Peter Ambrozy die Bedeutung anerkannter Einrichtungen gemäß § 15 SMG. Landeshauptmann Dr. Jörg Haider wies in seiner Festrede darauf hin, dass sowohl das ambulante, aber vor allem auch das stationäre Therapieprogramm des „Grünen Kreises“ allen Betroffenen eine realistische Chance bieten, neue Lebensperspektiven zu entdecken und einen Weg ebnen, der nach abgeschlossener Therapie ein drogenfreies Leben ermöglicht. Generalvikar Dr. Colleros-Geldern vom Bischöflichen Ordinariat und Dompfarrer Monsignore Rauter weihten und segneten die Räumlichkeiten.

Beratungs- und Betreuungszentrum
Feldmarschall Konrad-Platz 3
A-9020 Klagenfurt

Tel.: (463) 59 01 26
Fax: (463) 59 01 27
ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at
www.gruenerkreis.at

Öffnungszeiten:

Montag, Dienstag und Donnerstag von 10.00–16.00 Uhr
und nach telefonischer Vereinbarung

Angebote:

Das ambulante Zentrum dient als Informationsstelle und Präventionseinrichtung, der Vorbetreuung, aber auch der ambulanten Psychotherapie sowie der Nachbetreuung stationärer PatientInnen aus der Lang- und Kurzzeitbehandlung nach abgeschlossener Thera-

Bei einem ausgezeichneten Buffet, das von MitarbeiterInnen des „Grünen Kreises“ hervorragend präsentiert wurde, fanden anschließend Fachgespräche im kleinen und größeren Kreis statt, die ebenfalls zum gelungenen Ablauf der Feier und zum angenehmen Ausklang des Abends beitrugen.

Das Team der Ambulanten Betreuungseinrichtung Klagenfurt bedankt sich bei allen Gästen recht herzlich für ihre Glückwünsche und ihr Kommen, aber vor allem für das an den Tag gelegte Interesse an der Arbeit des „Grünen Kreises“.

Text: **Mag. Magdalena Zuber**
Fotos: **Berith Schistek**

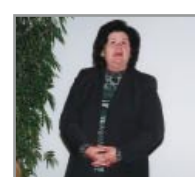
Die Betreuung von ratsuchenden Eltern und Angehörigen gehört ebenso zum Aufgabengebiet wie die Förderung der PatientInnen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

Team:

Karin Petrovic
Psychotherapeutin, Aufbau Ambulantes Zentrum Klagenfurt, Leitung Ambulantes Zentrum Graz
Mobiltel.: (664) 384 08 26

Mag. Magdalena Zuber
Psychotherapeutin, Leitung Ambulantes Zentrum Klagenfurt
Vorbetreuung Kärnten
Mobiltel.: (664) 384 02 80

MMag. Astrid Imre
Psychologin
Vorbetreuung Kärnten
Mobiltel.: (664) 384 02 84



Erste Hilfe

Kontakt

Zentralbüro

A-2872 Mönichkirchen 25
Tel.: (2649) 83 06 · Fax: (2649) 83 07
eMail: office@gruenerkreis.at
Web: www.gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum

A-1070 Wien, Hermannsgasse 12
Tel.: (1) 526 94 89 oder (1) 522 15 10
Fax: (1) 526 94 89-4

eMail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum

A-8020 Graz, Hans-Resel-Gasse 18
Tel., Fax: (316) 76 01 96

eMail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum

A-9020 Klagenfurt,

Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: (463) 59 01 26 · Fax: (463) 59 01 27
eMail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Walter Clementi

Wien, NÖ und Burgenland

AKH Drogenambulanz:

Mo., Mi. 12.00—14.00 Uhr

Tel.: (1) 40 400-34 98

Psych. KH Baumgartner Höhe:

Di., Do. 9.00—13.00 Uhr (Steinhof)

Tel.: (1) 910 60-213 41

Mobiltel.: (664) 384 08 27

eMail: walter.clementi@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Werner Braun

Wien, NÖ, OÖ, Salzburg,

Tirol und Vorarlberg

Mobiltel.: (664) 230 53 12

eMail: werner.braun@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Emmelite Braun-Dallio

Wien und NÖ, Justizanstalten Wien und NÖ
Mobiltel.: (664) 384 08 25

eMail: emmelite.braun-dallio@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch Johannes Breitegger

Steiermark

Mobiltel.: (664) 524 79 91

Vorbereitung durch Ute Ira Sattmann

Steiermark

Mobiltel.: (664) 173 02 65

Vorbereitung durch Christian Rath

Vorarlberg und Tirol

Mobiltel.: (664) 310 94 37

eMail: christian.rath@gruenerkreis.at

Vorbereitung durch MMag. Astrid Imre

Kärnten

Mobiltel.: (664) 384 02 84

Vorbereitung durch Mag. Magdalena Zuber

Kärnten

Mobiltel.: (664) 384 02 80

Pressekontakte durch Dr. Thomas Legl

Mobiltel.: (664) 130 21 12

eMail: marienhof@gruenerkreis.at

Öffentlichkeitsarbeit durch

Dr. Brigitte Wimmer

Mobiltel.: (664) 210 33 69

eMail: brigitte.wimmer@gruenerkreis.at