

Nicht aufgeben! Es gibt immer wieder noch bessere Lösungen

Werner Schütze

Gedanken eines Psychiaters zum Leben und Wirken von Chaim Jellinek, der am 27. Mai 2017 verstarb.

Zusammenfassung

In diesem Artikel beschreibt der Autor die beruflichen Schnittstellen zur Arbeit von Chaim Jellinek und trägt dann Überlegungen zur Weiterentwicklung des Hilfesystems vor. Dazu wird das Vorgehen im Ansatz des Open Dialogue beschrieben und die Anwendbarkeit auch im Suchthilfesystem überprüft. Dazu wird der Gedanke der sozialen und politischen Verantwortung der im Hilfesystem tätigen Menschen am Beispiel der psychiatrischen Versorgungsregion Triest in Italien entwickelt.

Es sind viele Jahre vergangen, in denen ich Chaim Jellinek nicht mehr begegnen konnte, da sich unsere beruflichen Wege und Interessen anders entwickelt haben. Wir teilen Erfahrungen aus den 1990er Jahren, einer Zeit des „Aufbruchs“ in Berlin, als die Methadon-Substitution für Drogenabhängige und der methadongestützte Entzug gegen Widerstände aus der Zukunft der Psychiater etabliert wurden und gleichzeitig „Therapie sofort“ von sich reden machte – damals mit einem Standort im Krankenhaus am Urban in Berlin, in dem sich ein Brennpunkt für die medizinische Behandlung illegale Drogen konsumierender Patienten gebildet hatte. Wir teilen Erfahrungen aus unserer gemeinsamen Zeit in der Ethikkommission der Ärztekammer, als er in der damaligen Clearingstelle zusammen mit Constanze Jacobowski die Zulassungsbedingungen organisierte; und wir teilen Erfahrungen aus der Zeit, in der ich die Kollegen der A.I.D. Kreuzberg in ihrer harten Arbeit als Supervisor über viele Jahre begleiten durfte.

Gudrun Mörchen und Michael Janßen haben in ihrem Nachruf in den „Berliner Ärzten“ 10/2017 seinen Lebensweg und sein berufliches Engagement gewürdigt. Ich treffe mich mit ihm in den Aussagen, dass es wichtig ist,

„die Würde seiner Patienten“ gewahrt zu wissen. Aufgeben sei seine „Sache nicht gewesen“. Drogenabhängige seien für ihn „wahre Überlebenskünstler“ gewesen, ich habe sie für mich „Veteranen eines scheinbar oft aussichtslosen Kampfes“ genannt. Auch das Bekenntnis dazu, dass Alkohol und Drogen zeitweilig Gefühle von „Leichtigkeit, Freiheit und Autonomie“ ermöglichen sowie die Bemerkung, dass es Menschen gab, die an ihn glaubten sowie günstige Umstände, die es ihm ermöglichten, sich zu befreien, treffen sich mit meinen Erfahrungen aus anderen Umständen oder Kontexten.

Meine Erfahrungen mit Drogenabhängigen stammen aus der Zeit, als ich als Oberarzt der psychiatrischen Klinik im Krankenhaus am Urban für die Station zuständig war, in der wir mehr und mehr Drogenabhängige betreuten. Es fiel in die Zeit, in der es auch in der internistischen Abteilung des Hauses mit Michael de Ridder einen Arzt gab, der sich der medizinischen Versorgung dieser als Außenseiter und Störenfriede bezeichneten Patientengruppe annahm. Wir machten damals mit Jürgen Rittweger und Bernhard Wegner eine Untersuchung zur Lebensgeschichte von Menschen mit Drogenerfahrungen, die wir im Entzug mit Methadon unterstützten. Diese Untersuchung öffnete uns die Augen über das „früh an Leib und Seele beschädigte Leben“ dieser Patienten, um es ernst zu nehmen. Neben der Anerkennung der frühen Traumatisierungen sind es dann weitere Erfahrungen und Überlegungen, die ich anstellte, um Verbesserungen im Feld psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen zu ermöglichen. Wir als Psychiater näherten uns einem besseren Verständnis der Geschichten hinter dem Drogenkonsum des Einzelnen über die Diagnose der Persönlichkeitsstörungen, allen voran die der emotionalen Instabilität. Das traf im Bereich der Abhängigen und ihrer Helfer nicht auf Gegenliebe, sahen die schon früh wenig Aussicht und Unterstützung durch solche Klassifizierung und fürchteten im Gegenteil eine zusätzliche Stigmatisierung. Und sie behielten Recht.

Diese und andere Überlegungen führten in dem damaligen noch unübersichtlichen, nicht widerspruchsfreien Gebiet dazu, dass ich mich wieder intensiver mit Menschen befasste, die Erfahrungen mit psychotischen Erlebnisformen haben. Auch in diesem Bereich können wir inzwischen feststellen, dass es sich ebenfalls „um früh an Leib und Seele beschädigtes Leben“ handelt, wenn auch in etwas unterschiedlicher Weise. Beiden Gruppen dieser schwerwiegend beeinträchtigten Menschen ist gemeinsam, dass die bisherigen Behandlungsansätze keine zufriedenstellende Angebote zur Verfügung stellen, die nachhaltig zu einer verbesserten Lebensqualität beizutragen in der Lage sind. Das zeigen uns alle Untersuchungen, die diese Menschen über viele Jahre begleitet haben. Da hat auch die Deklaration von „Doppeldiagnosen“ neben der intensiveren Beschäftigung und dem Versuch, diese besonders „gezeichneten“ Menschen nicht mehr zwischen den Zuständigkeitsbereichen „Psyche“ oder „Sucht“ hin- und herzuschieben, nicht wesentlich beitragen können. Vielleicht ist die Zweigleisigkeit unseres Ausbildungs- und Behandlungssystems allzu fest in all unseren Köpfen verankert. Erst als sich Robert Whitacker (2010, 2015), ein amerikanischer Wissenschaftsjournalist, aufmachte, sich der bekannten Studien zu Langzeitverlaufsbeobachtungen vorzunehmen, begriffen wir nach und nach, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit unser Behandlungssystem in der Lage ist, einen Beitrag zu der allseits beklagten Chronifizierung zu leisten, die bisher der Krankheit und der Non-Compliance in die Schuhe geschoben wurde. Das alles wird wie immer in diesem Bereich unterschiedlichste Ursachen haben. Einer davon mag sein, dass wir als Psychiater zu sehr darauf gesetzt haben, dass Symptome wesentlich in der Biologie des Menschen verankert seien und mit Diagnosen „markiert“ und evaluiert werden könnten. Viel zu leichtgläubig und leichtsinnig sind wir mit den zur Verfügung stehenden Medikamenten umgegangen (Moncrieff, 2008). Sprach man von „Behandlung“, war vorrangig die medikamentöse gemeint, selbst wenn man darauf angesprochen schnell versicherte, dass man selbstverständlich auch andere Behandlungsstrategien anwandte. Ein weiterer Grund könnte die in der Psychotherapie vorherrschende Idee der individuellen Bearbeitung innerer Gestimmtheiten sein, die mit einer Entsozialisierung und einer Entpolitisierung von Erlebnisumständen einhergeht, genauso wie es vielleicht (trotz der Beschwörung einer patientenorientierten Medizin) in der Psychiatrie aufgrund eines mangelnden Verständnisses für die tatsächlichen Folgen und zusätzlicher ökonomischer Zwänge nicht

gelingen ist, eine in Folge der Diskussion um „totale Institutionen“ notwendige Durchführung einer umfassenden Deinstitutionalisierung im Zuge der Psychiatriereform nach der Enquete in den 1980er Jahren umzusetzen. Man hat zwar die Betten in Großkrankenhäusern reduziert, Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet und regionale Zuständigkeiten etabliert, aber auch diese sind Institutionen geblieben. Im ambulanten Bereich wurden neue Großorganisationen geschaffen, die ihre eigenen Spielregeln entwickelten, denen sich die Betreuten anzupassen haben. Diese Diskussion hatte im Bereich *Sucht* so gut wie nicht stattgefunden. Mir schien im Gegenteil die Ideologie sich zeitweise dahin zu verfestigen, dass es vorrangig um Unterwerfung unter das Behandlungsregime ging, um der Droge nicht länger ausgeliefert zu sein. Damit gab man sich weitgehend zufrieden und setzte alles auf diese Karte. Also musste die Suche weitergehen.

Ich habe es einem glücklichen Umstand zu verdanken, mit zwei Alternativen in Kontakt gekommen zu sein, die beide von unterschiedlichen Quellen und Ideologien herkommend, sich eine konsequente Ambulantisierung in der Behandlung von Menschen in Krisen zum Ziel gesetzt haben.

Dabei handelt es sich zum einen um ein Modell zur Behandlung von psychotischen Erkrankungen, das sich in Finnland entwickelt hat, und zum anderen um die Versorgungsregion in Trieste, in der in Folge der italienischen Psychiatriereform ein Betreuungsmodell verwirklicht werden musste, was ohne psychiatrische Klinikbetten auskommen sollte.

In Finnland hat sich in der Region West-Lappland ein Behandlungsmodell für psychotische Erkrankungen entwickeln können, was in dieser Form in keiner anderen Region der Welt zu finden ist, aber deren Langzeitbehandlungsergebnisse die besten sind, die auf der Welt bekannt sind. Es stützt sich dabei auf Vorarbeiten einer anderen finnischen Arbeitsgruppe, die sich vor allem auf systemische Therapieansätze bezog und die bedürfnisangepasste Behandlung entwickelte, die im englischen Sprachraum auch als *Need Adapted Treatment* bekannt wurde. In dieser Therapieform wurden konsequent die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien zur Leitlinie des therapeutischen Vorgehens. Ergänzt durch Ideen zu einer dialogischen Gesprächsführung und bereichert durch Ideen zur Nutzung reflexiver Prozesse in der Entwicklung und in der Lehre entwickelte sich ein umfassendes therapeutisches Behandlungssystem unter dem Namen des *Open Dialogue*. In diesem wurden konsequent die Ideen

aus den organisatorischen Empfehlungen der bedürfnisangepassten Behandlung umgesetzt, die in sich schon eine große Herausforderung darstellen, da sie unser übliches Behandlungsmodell vom Kopf auf die Füße stellt (Seikkula & Arnkil, 2007; Schütze, 2018). Es beginnt damit, dass Menschen in Krisen unmittelbar Hilfe angeboten werden sollte und nicht erst in Wochen oder nach Vorleistungen. Da kein Mensch eine „Insel“ ist, wird von Anbeginn an eine Netzwerkperspektive eingenommen, um zu erfahren, wer sich aus der Umgebung des Patienten hilfreich einbringen könnte. Jemand in Not sollte nicht weiter verwiesen werden, selbst wenn wir keine spezielle Expertise auf einem Gebiet haben, erst einmal ist der Krisendienst zuständig. Flexibilität und Mobilität in Bezug auf Zeit, Ort und Beweglichkeit müssen ermöglicht werden. Die psychologische Kontinuität der Betreuer für einen längeren Zeitraum wird für unbedingt erforderlich gehalten, wenn es geht, auch über Jahre. Hier handelt es sich um Erwägungen, die jedem in diesem Feld Tätigen unmittelbar einleuchten, sind also nichts Neues, aber auch keine „alten Hüte“, es wurde bisher nur nicht mehr in diesem Zusammenhang gedacht. Die organisatorischen Erfordernisse, die in diesen Regeln aufgestellt werden, mögen anfangs als unerreichbar imponieren, das darf nicht übersehen, aber auch nicht verabsolutiert („Das geht bei uns nie“!) werden.

Getragen werden sollen diese organisatorischen Voraussetzungen von einer Haltung, die an die persönliche Entwicklung von uns allen große Anforderungen stellt. Es beginnt damit, dass wir uns nicht mehr als „Besserwisser“ oder Experten für das Leben anderer Menschen verstehen sollen, sondern anerkennen, dass jeder Mensch ein Experte seines eigenen Lebens ist. Wir streben keine Lösungen an, sondern stellen unser Wissen und unsere Erfahrung zur Verfügung, woraus sich der andere bedienen kann, aber nicht muss. Wir möchten Sicherheit, Vertrauen und so etwas wie Gemeinschaft wieder etablieren, auf die wir alle angewiesen sind und woraus sich dann eigene Lösungen ergeben können. Therapie verstehen wir als Unterstützung bei der Findung eigener Lösungen für die erlebten Dilemmata.

Wir begreifen das gelebte Leben als in einem ständigen dialogischen Bezug der einzelnen Teile zueinander stehend, alles ist mit allem verbunden, eine Weisheit, die in unserer Wissenschaftsgeschichte verloren zu gehen droht. Es soll nicht die Menge an Wissen sein, die Bedeutung hat, sondern mehr die Frage, wie wir mit dem, was wir wissen, umgehen. Dieser Dialog ist ständig in Bewegung und wir bewegen uns in einem zu findenden Rhythmus mit. Die

Begegnung zwischen Menschen lässt sich so mit Metaphern wie einem Tanz oder etwas wie Musik beschreiben. Wir betonen unsere Körperlichkeit und die Weisheit des Organismus, der nichts vergisst und alles merkt.

Wir halten nicht viel von absoluten Wahrheiten oder zu viel Objektivität, diese ändern sich zu schnell und zu häufig im Verlauf der Jahre. Gegenwärtige „Wahrheiten“ verstehen wir als etwas, was wir Anwesenden gemeinsam im Dialog erschaffen. Viele Perspektiven helfen uns, sich den jeweiligen Wahrheiten am ehesten anzunähern.

Dieser Ansatz speist sich aus einem psychotherapeutischen Verständnis von Symptomen, die eine psychiatrische Diagnose bilden. Das ist für uns aber lediglich eine mögliche Hypothese, die nicht sonderlich handlungsrelevant wird. Uns interessiert die Geschichte dieser Symptome und wie es passieren konnte, dass sie schließlich zur bestmöglichen Lösung wurden.

Das trifft sich mit dem von Klein und Schmidt (2017) beschriebenen Ansatz zur systemischen Behandlung von Alkoholabhängigkeit, bei dem es nicht mehr um „den“ Kranken geht oder „diese“ spezielle Familie, wo es nicht mehr um Diagnosen und Objektivität geht, sondern um ein gemeinsames Konstruieren von Wirklichkeit durch Verhandeln auf Augenhöhe. „Der Vorgang des Beobachtens lässt sich nicht länger als das passive Aufnehmen von objektiven Außenreizen verstehen [...]. Was ein zu behandelndes Problem ist, und welches Ziel in der Therapie angestrebt werden soll, muss mit den Klienten und dem relevanten Bezugssystem (Netzwerk!) abgesprochen werden“ (S. 54).

Nach meinem Verständnis laufen diese beiden sehr offenen Ansätze Gefahr, bei der Beschäftigung mit menschlichen Krisen die sozialen und politischen Aspekte vieler Lebensbedingungen aus dem Auge zu verlieren.

Da wurde die Beschäftigung mit dem Phänomen Triest in Norditalien von besonderer Bedeutung. Wie auch das finnische Modell zielte die italienische Psychiatriereform mit dem Paragraphen 180 auf eine radikale Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung, nachdem die Unterbringung in gefängnisartigen Asylen von den Reformern als menschenunwürdig gegeißelt wurde. Franco Basaglia (1964) setzte sich mit den Erkenntnissen zu den Wirkungen solcher totalen Institutionen (Goffman) auseinander und erweiterte die Erkenntnisse in einen größeren gesellschaftlichen Kontext hinein. Das führte ihn zu der Erkenntnis, dass Menschen in Organisationen und Institutionen, die nicht in der Lage sind, ihre Individualität in ausreichendem Maße zu gewährleisten, nicht

gedeihen können. Hieraus entwickelte er die Notwendigkeit der Deinstitutionalisierung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich und setzte sich für die entsprechende Gesetzesvorlage ein. Den italienischen Reformern ging es vordringlich um die Wiederherstellung der Würde der Patienten. Das soll darüber erreicht werden, dass ihnen wieder Menschen- und Bürgerrechte zugesichert werden. Auch dieses italienische Experiment ist einmalig auf der Welt und in den verschiedenen Regionen Italiens natürlich in unterschiedlichsten Formen umgesetzt worden. Triest ist zu einem WHO-Referenzzentrum geworden und damit zu einer Drehscheibe von Ideen um Deinstitutionalisierung, Normalisierung und Teilhabe in der Gemeinde. Die Stadt wurde in übersichtliche Bezirke eingeteilt und die eingerichteten Gesundheitszentren versorgen die Patienten wohnortnah in Einrichtungen, die sich an der Normalität in der jeweiligen Region ausrichten.

Beide Ansätze verfolgen im Prinzip mit der Netzwerkbezogenheit des *Open Dialogue* (Finnland) und der Wohnortbezogenheit des *Triester Modells*, den Menschen in seinen Beziehungen in dem ihm zugewachsenen Umfeld zu unterstützen. So können beide Ansätze auch voneinander profitieren. Franco Basaglia (1964) forderte die Psychiater genauso auf, sich als Bürger zu verstehen, die sich einbringen müssen in ihrer Gemeinde, weil diese uns alle braucht, und sich nicht auf einen Expertenstatus zurückziehen, der ein Engagement nicht vorsieht. „In unserer Gesellschaft exponiert sich der Psychiater stärker als andere Individuen, weil er mit einem System von Gewalt, Unterdrückung und Übergriffen unmittelbar in Berührung kommt und folglich gegenüber dem Gesamtsystem, dass sie hervorbringt und zulässt, Gewalt aufwenden muss: Der Psychiater macht sich entweder mitschuldig, oder er entschließt sich zur Tat und zerstört.“

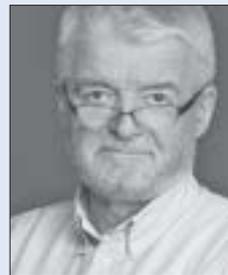
„Aufgeben war seine Sache nicht“, den „Patienten sollte ihre Würde erhalten/wieder gegeben werden“, trifft sich mit einer Haltung, die überzeugt ist, dass es keinen Grund gibt, die Hoffnung aufzugeben und der Vorstellung zu erliegen, dass nur unter „normalen“ Bedin-

gungen in unserer Gesellschaft die Würde des Menschen gewahrt bleiben kann. Eine große Aufgabe, die wohl nur im Zusammenspiel von allen Beteiligten und Verantwortlichen umgesetzt werden kann.

Ob diese Ansätze Chaim Jellinek herausgefordert, ja vielleicht sogar seinen Zuspruch gefunden hätten? Ich bin mir sicher.

Literatur

- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. New York: Broadway Paperbacks.
- Whitaker, R. & Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence*. Basingstoke: Palgrave-Macmillan.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2007). *Dialogue im Netzwerk*. Neumünster: Paranus.
- Schütze, W. (2018). *Eine Reise auf das offene Meer – dialogisch*. Norderstedt: Books on Demand (BoD).
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure*. Basingstoke: Palgrave-Macmillan.
- Basaglia, F. (1964). *The destruction of the mental hospital as a place of institutionalisation*. Paper delivered at the 1. International Congress of Social Psychiatry, London 1964.
- Klein, R. & Schmidt, G. (2017). *Alkoholabhängigkeit*. Heidelberg: Auer.



Dr. med. Werner Schütze

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Kinder- und Jugendpsychiater, Familien-
therapeut, Open-Dialogue-Trainer
Kastanienallee 39
D-14050 Berlin
dialogischepraxis@gmx.de

„Einfach ganz pragmatisch – aber dann schlüssig!“

Werthaltungen im Umgang mit Menschen von illegalem Substanzkonsum. Ein sozialetischer Blick in die Schweiz

Thomas Wallimann-Sasaki

Einleitung

Nirgends wird an Wochenenden mehr Kokain konsumiert als in Zürich – so die Ergebnisse einer Abwasserstudie in 56 Städten verteilt auf 19 europäische Länder. Während der Woche schafft es Zürich nach Barcelona immer noch auf Platz zwei (Lahrtz, 2018). Auch St. Gallen, Genf, Basel und Bern gehören zu den Top Ten in der Städte-Rangliste des Kokain-Konsums. Dies lässt den Schluss zu, dass dieser (zusammen mit dem Handel) zumindest für das innerstädtische Leben in der Schweiz ziemlich normal und alltäglich sein muss.

Warum aber hören wir so wenig davon im Alltag? Wo und wie es der Staat aktiv? Wer kümmert sich um Sucht und die davon betroffenen Menschen? Und es lässt sich aus sozial-ethischer Perspektive fragen: Welche Wertvorstellungen stehen hinter dem Umgang mit der drogenpolitischen Situation wie auch mit den davon betroffenen Menschen?

Dieser letzten Frage will ich mich etwas annähern und fragen, wie der Umgang auf gesellschaftlicher, politischer Ebene sowie in Institutionen der Drogenhilfe aussieht und mit welchen Wertvorstellungen diese zusammenhängen.

Der Umgang mit Substanzen und Konsumierenden in der Schweiz

Wer durch die Schweiz reist, in den Städten die Sehenswürdigkeiten besucht oder im Bahnhof umsteigen muss, sieht sie nicht. Man muss schon wissen, wo sich die Treffpunkte, die kontrollierte Heroinabgabe oder die Gassenküche befinden, um zu sehen, dass es die Menschen immer noch gibt, die von illegalen Substanzen abhängig sind und die sich ohne die Substanz auf der einen Seite bzw. wegen des Konsums auf der andern Seite im Alltag des geschäftigen Lebens nicht zurechtfinden oder ihre Abhän-

gigkeit so gut verdecken können, dass sie kaum sichtbar ist. Auch die Konsumierenden von Kokain fallen nicht auf, wenn man die einschlägigen Orte und Treffpunkte nicht kennt. Schnell kann man darum den Eindruck bekommen, dass die illegalen Substanzen und die davon abhängigen Menschen in der Schweiz vielleicht irgendwo existieren, aber gewiss kein gesellschaftliches Problem mehr darstellen. Anders ist dies mit Cannabis. Gekifft wird inzwischen an vielen Orten. Menschen jeden Alters rümpfen ab und zu die Nase oder sie schmunzeln, wenn sie den Duft von gerauchtem Cannabis riechen. Die Ächtung scheint zurückzugehen. Dass es legales und illegales Kiffen gibt, wissen viele dabei gar nicht.

„Aus den Augen, aus dem Sinn“ kommt einem darum im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen unweigerlich in den Sinn. Dies bestätigt auch das alljährlich von der Großbank Credit Suisse in Auftrag gegebene Sorgenbarometer. Drogen und Alkohol rangierten in den 1990er Jahren auf den ersten Plätzen. Heute sind sie lediglich für elf Prozent der befragten Stimmberechtigten eines der fünf wichtigsten Probleme in der Schweiz und die Tendenz ist seit Jahren abnehmend (Credit Suisse, 2017). Ob die Problematik dabei mehr vom legalen Alkohol oder von den illegalen Drogen ausgeht, kann dem Schlussbericht leider nicht entnommen werden. In meiner Wahrnehmung tendiere ich zu ersterem.

Gleichwohl bleiben die illegalen Substanzen ein öffentliches Thema. Es scheint, dass 25 Jahre nach der Schließung der offenen Szenen in Zürich (Platzspitz, Letten) und anderen Städten wieder vermehrt Berichte erscheinen, die darauf hinweisen, dass weiterhin konsumiert und gedealt wird. So widmete die Neue Zürcher Zeitung (NZZ) im Juli 2017 die monatliche Ausgabe des „Folio“ dem Thema Cannabis und die Wochenzeitung (WOZ) publizierte Anfang Februar 2018 den „Zürcher Kokain-Report“. Ebenfalls im Februar 2018 überwies der Stände-

rat eine Motion, die im Betäubungsmittelgesetz die Grundlage für Experimente mit Cannabis schaffen soll, damit auch das „Genuss-Konsumieren“ untersucht werden kann.

Der Konsum

Ein Blick auf die Angaben zur Häufigkeit des Konsums zeigt, dass die beiden legalen Substanzen Alkohol und Tabak weiterhin mit Abstand am meisten konsumiert werden. So konsumieren gemäß der zugrunde gelegten Telefonbefragung 89 Prozent der Bevölkerung (15 Jahre und älter; ca. 7.14 Mio. Einwohner der Schweiz) im Jahre 2016 regelmäßig Alkohol. 4,3 Prozent zeigen dabei einen risikoreichen Konsum, der vorrangig Personen zu Beginn des Rentenalters betrifft.

Tabak rauchen 25,3 Prozent der Schweizer Bevölkerung. Dabei stellt die Untersuchung fest, dass 2016 weniger Personen als bisher Pläne haben, damit aufzuhören. Gut 30 Prozent aller Rauchenden verbrauchen mindestens eine Packung pro Tag und 18 Prozent der täglich Rauchenden zeigen Merkmale einer Nikotin-Abhängigkeit.

Bei Cannabis zeigen sich stabile Zahlen. Etwa 7,3 Prozent der Bevölkerung konsumierten mindestens einmal im Jahr Cannabis. Dabei handelt es sich eher um jüngere Bevölkerungskreise (Gmel et al., 2017; Sucht Schweiz, 2018). Beim Kokain kann man eine leichte Zunahme von 0,5 auf 0,7 Prozent jener verzeichnen, die innerhalb des letzten Jahres mindestens ein Mal Kokain konsumiert haben. Dies betrifft dreimal so viele Männer wie Frauen. Und angesichts der Städtestudie (vgl. Einleitung) darf angenommen werden, dass sich der überwiegende Teil in den Städten befindet. Schließlich sind die Zahlen beim Heroinkonsum am unsichersten. Dies – so die Studie – hängt damit zusammen, dass Heroin weiterhin am meisten geächtet wird, und darum Aussagen bei einer Telefonbefragung mit Vorsicht zu genießen sind. Hier kann man festhalten, dass die Konsumierenden immer älter werden und wenig junge Menschen neu Heroin konsumieren (alle Angaben: Gmel et al., 2017).

Schweizerische Drogenpolitik

Grundlage für die Schweizerische Drogenpolitik ist die sogenannte Vier-Säulen-Politik (vgl. BAG, 2016). Die vier Säulen umfassen die Elemente Prävention (1. Säule), Therapie und Wiedereingliederung (2. Säule), Schadensverminderung und Überlebenshilfe (3. Säule) sowie

Repression und Kontrolle (4. Säule). „Um der Tatsache Rechnung tragen, dass je nach Art der Substanz und Intensität des Drogenkonsums unterschiedliche Massnahmen angezeigt sind, wurde das Viersäulenmodell zu einem Würfelmodell weiterentwickelt. Es bezieht nicht nur Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression, sondern auch die jeweilige Substanz und das Konsummuster mit ein. Dieses Schema erlaubt einen sehr differenzierten, umfassenden Umgang mit unterschiedlichsten Problemlagen“ (Steber-Büchli, 2016). Die Entwicklung dieser Strategie ist eng mit der Erfahrung der offenen Drogenszene Anfang der 1990er Jahre verbunden und wurde 1994 offiziell auf Bundesebene eingeführt, nachdem schon vorher Städte und Kantone diesen Weg zu gehen begannen.

Nebst der Verringerung des Konsums illegaler Drogen wegen der Gefahr für Gesundheit und Lebensqualität der Konsumierenden, hat diese Politik zum Ziel, auch die negativen Folgen für die Gesellschaft (in erster Linie Kosten und Sichtbarkeit des Konsums) zu verringern.

Gesetzliche Grundlage bietet dabei das Betäubungsmittelgesetz (BetmG). Dort ist diese Vier-Säulen-Politik zusammen mit der kontrollierten Heroinabgabe seit 2008 dank einer Volksabstimmung festgeschrieben. Interessant ist zu sehen, dass das BetmG auf Art. 118 der Bundesverfassung gründet. Dort wird festgelegt, dass Bund und Kantone die Komplementärmedizin sowie die Forschung am Menschen regeln.

Die jüngsten Entwicklungen auf Gesetzesebene betreffen in erster Linie Cannabis. Durch die Präsenz von legalem wie illegalem Cannabis sowie medizinischer und genussorientierten Anwendungen kommt das Betäubungsmittelgesetz an seine Grenzen. So erteilte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wegen mangelnder Gesetzesgrundlage keine Bewilligung für eine Cannabis-Studie, die die Legalisierung von Cannabis und deren Folgen auf Konsumierende und Markt untersuchen wollte. Im März 2018 überwies nun der Ständerat eine Motion, die einen entsprechenden Zusatz im BetmG verlangt. Auch im Nationalrat sind mehrere Vorstöße zu diesem Thema hängig. Damit wird die Diskussion um die Legalisierung von Cannabis erneut angestoßen. Ein Blick in die Alkoholpolitik zeigt, dass Alkohol in Zukunft auch in Autobahnraststätten ausgeschenkt werden soll, wenn es nach dem Eidgenössischen Parlament geht und damit dort das Konsumverbot aufgehoben werden soll. Der Bundesrat muss also einen Gesetzesentwurf erarbeiten.

Arbeit auf und neben der Gasse

Wenn ein Großteil der Bevölkerung kein Drogenproblem (mehr) wahrnimmt, aber gleichwohl viele Menschen von Sucht und illegalen Substanzen und ihren negativen Wirkungen betroffen sind, dann muss es Menschen und Institutionen geben, die mit diesen Menschen im Kontakt sind.

Diese Anlaufstellen sind in vielen Fällen im Rahmen der Vier-Säulen-Politik und der heroingestützten Behandlung tätig. Sie decken dabei vor allem die Säulen Schadensverminderung/Überlebenshilfe sowie Therapie/Wiedereingliederung ab. Doch sie bilden auch jenen Ort, wo Menschen sich mit vielfältigen Fragen treffen können, die nicht nur ihren illegalen Substanzkonsum betreffen. Schon allein dadurch, dass sie den Menschen und seine Sucht- bzw. Konsum- und Lebensrealität vorrangig akzeptieren, bringt sie in Spannung zwischen der Schadensverminderung bezogen auf das Individuum und die sog. Entlastung des öffentlichen Raumes. Gleichzeitig machen sie aber auch die Erfahrung, dass sichere Konsumverhältnisse zeigen, dass (auch illegale) Substanzen selbst im Zustand der Sucht so konsumiert werden können, dass ein gesellschaftlich einigermaßen konformes „Funktionieren“ möglich ist (Gassenarbeit, 2018). So können auch Wohnungen gefunden werden, weil die „Drogen- und Suchthilfe“ nicht bei den Substanzen stehenbleibt, sondern Menschen mit Suchtproblemen auch bei der Verwaltung von Löhnen und Hilfgeldern, dem Bezahlen von Rechnungen oder auch Steuern hilft. Auf diese Weise gelingt es, die betroffenen Frauen und Männer auch als Personen mit ihren staatsbürgerlichen Rechten und Pflichten zu respektieren und sie nicht auf ihre Droge bzw. Sucht zu reduzieren.

Die Arbeit mit und für Menschen mit Suchtproblemen ist jedoch keine Einbahnstraße. So sehr eine gelingende Arbeit für sie bedeutet, weiterhin respektierter Teil der Gesellschaft zu sein, so sehr lernen auch das gesellschaftliche Umfeld, Quartiere, Arbeitsplätze und politische Verantwortliche, kompetent mit der Vielfalt von Lebensentwürfen und den Herausforderungen des Lebens umzugehen. Bestes Zeichen für solche Entwicklungen ist z.B. die große Auflage der Gassenzeitung in Luzern.

Zwischenhalt

Was „die Gesellschaft“ nicht sieht, ist für sie kaum ein Problem, mit dem sie sich näher auseinandersetzen muss. Vieles kann darum toleriert werden. Der Staat sieht die Sorgen und

Nöte, orientiert sich aber bei seinem Handeln in erster Linie am Gesetz. Im Kern ist dieses noch immer am Verbot orientiert und die Drogenpolitik muss letztlich die „TäterInnen“ erwischen. Anders die Institutionen der Begleitung und Hilfe auf, neben und im Anschluss an die Gasse. Dort richtet sich der Blick auf die Menschen selber, die in irgendeiner Form in Not sind.

Der Umgang mit dem Phänomen des Konsums illegaler Substanzen zeigt also ganz unterschiedliche Facetten. Welche Wertvorstellungen zeigen sich hier aus einer sozialetischen Perspektive?

Hinter die Realität geblickt

„Bevor Du Deinem Leben sagst, nach welchen Wahrheiten und Werten Du entschieden hast zu leben, lass Dein Leben Dir sagen, welche Wahrheiten und Werte Du verkörperst“ (Palmer, 1999, S. 3). Könnte, was der amerikanische Theologe Parker Palmer zum Prozess der Sinnfindung im persönlichen Leben sagt, übertragen auch für eine Gesellschaft gelten? Könnte damit diese Wertefrage nicht nur individualetisch im Hinblick auf das gute Leben des einzelnen Menschen innerhalb gegebener Strukturen, sondern auch als Frage nach den leitenden Werten für die Vorstellung einer gerechten Gesellschaft und damit strukturell gestellt werden? Ich denke, dass der Umgang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen in der Schweiz bzw. mit den Konsumierenden Grundhaltungen widerspiegelt, die in der Schweizer Gesellschaft weit über die „Drogenfrage“ hinaus leitend sind.

Solange der Konsum illegaler Substanzen nicht auffällt, wird er weitgehend toleriert. Störend ist dabei am ehesten das „sichtbar Andere“ vor allem, wenn es schmutzig, bettelnd oder herumhängend daherkommt.

Für den Staat gilt das Gesetz. Wo die gesetzliche Grundlage die Möglichkeiten bietet, wird allerdings durchaus von der Verbotshaltung Abstand genommen. Da das BetmG zwar eidgenössisch erlassen ist, von den Kantonen aber umgesetzt wird, und die Kantone das sehr unterschiedlich tun, ergeben sich immer wieder spürbare Unterschiede im Umgang mit den gleichen strafrechtlichen Übertretungen.

Im direkten Kontakt mit konsumierenden Frauen und Männern haben es die Institutionen der Hilfe und Unterstützung in erster Linie mit jenen zu tun, die ihre Konsummuster und ihre Sucht nicht mehr selber steuern und kontrollieren können. Aus dieser Perspektive der Menschenzentriertheit, ob man sie nun als Kunden,

Klienten, Patienten oder anders bezeichnet, ergibt sich das konkrete Handeln.

Diese unterschiedlichen Zugangsweisen bringen Grundhaltungen im Sinne von ethischen Werten zum Ausdruck. Den ethischen Wert bestimme ich dabei als Motivation und Zielsetzung, an der sich Menschen und Strukturen ausrichten, die aus dem Innern heraus zum (konkreten) Handeln drängen und dabei den handelnden Menschen „gut“ bzw. Strukturen „gerecht“ machen. Im Umgang mit der Drogenproblematik glaube ich (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) im schweizerischen Kontext Werte wie Freiheit, Pragmatismus, Leistung, Gesundheit und Respekt zu erkennen.

Achtung Werte!

„Freiheit“ gehört zu den Kernwerten des gesellschaftlichen Selbstverständnisses in der Schweiz. Dabei handelt es sich nicht so sehr um einen ausgeklügelten philosophischen Freiheitsbegriff, sondern vielmehr um eine Interpretation von Freiheit als „Freiheit von“ (auch als negative Freiheit bestimmt). Im schweizerischen System äußert sich diese Freiheit nicht zuletzt im föderalen System und den jeweiligen gemeindlichen und kantonalen Hoheiten. Diese nach unten delegierte Machtzuordnung führt dazu, dass in vielen Fragen die Selbstverantwortung des Einzelnen recht hoch angerechnet wird – solange kein Dritter übermäßig belastet wird: „Solange dein Koksen oder Kiffen niemandem schadet und die Öffentlichkeit nicht stört, lasse ich es dir.“

Diese Freiheitsorientierung wird sehr „pragmatisch“ gehandhabt. *Pragmatismus* steht dabei für eine Haltung, die lokal und situationsbedingt handelt. Dieser Spielraum führt gleichzeitig dazu, dass von den 1990er Jahren bis heute z.B. der Cannabiskonsum nicht nur wegen der Auslegung des BetmG kantonal unterschiedlich geahndet wird. Pragmatismus zeigt sich auch in den jüngsten Vorstößen im Parlament: Weil das Bundesamt die Bewilligung für Versuche auf Grund des Betäubungsmittelgesetzes nicht geben kann, erfolgen in kürzester Zeit die entsprechenden parlamentarischen Anträge.

Schließlich zeigt die Handhabung der illegalen Suchtmittel auch eine gesellschaftliche Orientierung an *Leistung*. Wer in der Arbeitswelt – und vor allem dort – die vorgegebenen Ziele erfüllt, sich anstrengt und leistet, gilt als anerkannt. Vor diesem Hintergrund kann etwa die gegenwärtige Entwicklung bei Kokain gesehen werden, wobei dort auch die finanzielle Gesamtsituation in der Schweiz eine Rolle

spielt (WoZ, 2018; Lahrtz, 2018, S. 17). Leistung ist dabei eng mit *Gesundheit* und Funktionieren verbunden. In diesem Sinne ist zu sehen, dass Cannabis als Medikament große gesellschaftliche Akzeptanz genießt, hingegen dort verbannt wird, wo man es als „vernebelnd“ und leistungseinschränkend wahrnimmt. Auch lässt sich dies durch die nach wie vor herrschende „Geringschätzung“ des Heroin(konsum)s unterstreichen. Das „Wegdröhnen“ und „Ausklinken“ kommt gesellschaftlich nicht an erster Stelle.

Werte in Spannung

Auch wenn die staatliche Drogenpolitik der Schweiz vier Säulen umfasst, so bestimmt nach wie vor der Verbotsansatz die grundsätzliche Richtung. Darauf weisen die wenigen Hinweise auf die Verteilung der Kosten innerhalb der vier Säulen hin. Die Datenlage ist äußerst dünn, doch gehen die Autoren einer Studie aus dem Jahre 2013 davon aus, dass gut zwei Drittel der Kosten für die Säule „Repression“ verwendet werden. Der Verbotsansatz wird ideell zwar durch die in den ersten drei Säulen betonte Hilfeorientierung gedämpft, bleibt aber trotzdem leitend. Insbesondere steht diese an Schutz orientierte Verbotspolitik in Spannung zum Pragmatismus vieler Schweizerischer Handlungsmodelle, der sich auch im Betäubungsmittelgesetz zeigt.

Die Betonung der „Gesundheit“ (durch deren Schutz) steht auch in Spannung zum Wissen über die Substanzen und ihrem Funktionieren wie auch zum Wissen über die negativen Effekte der Illegalität. Nicht zuletzt aus diesem Grund bekommen drogenpolitische Maßnahmen leicht den Hauch des Moralisierens. Dabei werden Wertvorstellungen losgelöst von relevanten Fakten verkündet. Dieser Vorwurf ist angesichts der (moralischen) Werthaltung der Ziele der schweizerischen Drogenpolitik nicht ganz von der Hand zu weisen. Entgegen schweizerischem Pragmatismus und Zumutung individueller Freiheit zeigen die Folgen der verbotsorientierten Drogenpolitik bis heute, dass die Ziele des Gesundheitsschutzes wie auch der Gesellschaft vor den negativen Wirkungen der Drogenproblematik nicht eingelöst werden können (vgl. WOZ, 2018).

Menschennah trotz allem

Der Blick auf verschiedene Institutionen in der Suchthilfe zeigt, dass hier weder Gesundheit noch Freiheit leitend sind, sondern die Offen-

heit und der *Respekt*, dem wirklichen Menschen, der vor einem steht, zu begegnen. Diese Menschenzentriertheit gilt vorrangig, bedeutet aber nicht, nur einfach diesen individuellen Ansprüchen, seien sie nun als Freiheitsansprüche oder Suchtwänge sichtbar, unkritisch Folge zu leisten. Vielmehr zeigt sich, wie alle Menschen in einer Gesellschaft eine Balance zwischen eigenen Ansprüchen und jener der anderen wie auch der Gesellschaft einüben müssen. Dies bedeutet noch lange nicht, dass sich die einen nur anzupassen und die anderen nur zu bestimmen haben. Vielmehr zeigen diese Institutionen auch, wie gegenseitiger Respekt konkret aussieht. Drogenabhängige Menschen werden in diesem Kontext zu Menschen, die wie andere auch mit Problemen kämpfen, Sorgen haben, lieben, empfinden und arbeiten. Gerade dass viele Menschen, die bei der Gassenarbeit ein- und ausgehen, im Stadtleben nicht auffallen, unterstreicht, welche Provokation sie für die immer noch verbotsorientierte drogenpolitische Großwetterlage sind. Wer denn, wenn nicht diese Menschen, rufen die Mitmenschen, ob Nachbarn, Arbeitskollegen, Politiker oder Polizisten, heraus aus den „gewohnten“ Denk- und Vorstellungsmuster und erinnern daran, welche Werte wirklich leitend sind.

Schluss

Der Konsum und Handel von illegalen Substanzen und der Umgang mit davon betroffenen Menschen mag in der Schweiz in Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung und auch statistisch zu einem gesellschaftlichen Randphänomen geworden sein. Gleichwohl bleibt ein sachgerechter gesellschaftlicher Umgang damit schwierig und die Unterschiede und Widersprüche in der Behandlung der illegalen Substanzen gegenüber den legalen Alkohol und Nikotin weisen darauf hin, dass einer nüchternen, sachlichen Drogenpolitik weiterhin starke Winde entgegenwehen. Diese haben auch mit Wertvorstellungen zu tun, die sich im Handeln der verschiedenen Akteure und der ganzen Gesellschaft zeigen. Freiheit und Pragmatismus stehen dabei durchaus in einem Spannungsverhältnis, wenn nicht gar im Widerspruch zur Sorge um die Gesundheit für einzelne, aber auch zur Gesundheitsvorsorge für eine ganze Gesellschaft, wenn man die Folgen der Prohibitionspolitik betrachtet. Für eine auch sozialethisch konsistente Arbeit angesichts von Substanz- und Suchtproblemen gilt es weniger die verkündeten Werte anzupassen, als zuerst hinzuschauen, welche Werte hinter dem gegenwärtigen Handeln stehen. Sind diese einmal

auf dem Tisch, kann nach Wegen gesucht werden, wie diese konsistent und auch konsequent umgesetzt werden können.

Literatur

- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2016). *Schweizer Drogenpolitik*. Bern. Download: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/int/drogen-politik.pdf.download.pdf/schweizer-drogenpolitik.pdf> am 22.03.2018.
- Credit Suisse Schweiz (2017). 41. *Credit Suisse Sorgenbarometer*. Durchgeführt von gfs.bern. Bern. Download: <http://www.gfsbern.ch/Desktop-Modules/EasyDNNNews/DocumentDownload.ashx?portalid=0&moduleid=677&articleid=1513&documentid=1380> am 22. März 2018.
- Gassenarbeit Luzern (2018). *Notizen eines Gesprächs mit Fridolin Wyss und Mathias Arbogast von der Gassenarbeit Luzern*, 21. Februar 2018.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, C. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*. Sucht Schweiz, Lausanne. Download: http://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch/docs/library/gmel_ingiyqayzn2q.pdf am 22.03.2018.
- Infodrog. Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht: Infoset (online): Download: <https://www.infoset.ch/de/drogenpolitik-schweiz-betaeubungsmittelgesetz.html> am 22. 03.2018.
- Lahrtz, S. (2018). Zürich ist eine Kokainhochburg. *NZZ (Neue Zürcher Zeitung)*, 10.03.2018, 17.
- Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NAS-CPA) (2013). *Marktregulierung in der Drogenpolitik (Grundposition der NAS-CPA)* (S. 4). Basel. Download: http://www.ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2015/BAU_1_6392435.pdf am 22.03.2018.
- Neue Zürcher Zeitung (NZZ) (2017). Folio, Ist Marihuana marktreif? Wie eine Droge den Alltag erobert. *NZZ Folio*, Nr. 312.
- Palmer, P. (1999). *Let your life speak: listening for the voice of vocation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- sda – Schweizerische Depeschagentur (2018). Der Ständerat will Cannabis-Projekte ermöglichen. *NZZ online*, 15. März 2018. Download: <https://www.nzz.ch/schweiz/der-staenderat-will-cannabis-projekte-ermoeglichen-ld.1366297> am 22.03.2018.
- Steber-Büchli, D. (2016). Die nationale und internationale Drogenpolitik der Schweiz. *spectra online* (7. März). Download: <http://www.spectra-online.ch/spectra/themen/die-nationale-und-internationale-drogenpolitik-der-schweiz-492-10.html> am 22.03.018.
- Sucht Schweiz (2018). *Schweizer Suchtpanorama 2018, Mediendossier*. Download: <http://www.suchtschweiz.ch/medien-dossier>

suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2018_SUCHTPANORAMA_DE.pdf am 22.03.2018.

WOZ Die Wochenzeitung (2018). *1,7 Kilo pro Tag – Der Zürcher Kokain-Report*. Zürich, 22. Februar 2018 (Beilage zur WOZ Nr. 8).



Dr. theol. Thomas Wallimann-Sasaki
Theologe und Sozialethiker,
Leiter ethik22 – Institut für Sozialethik, Leiter
Sozialinstitut Katholische ArbeitnehmerInnen-Bewegung (KAB) Zürich, Präsident a.i.
der Nationalkommission Justitia et Pax der
Schweizer Bischofskonferenz
Ausstellungsstrasse 21
CH-8005 Zürich
thwallimann@ethik22.ch

NACHRICHT

Raucher ernähren sich ungesund

Die Umstellung auf weniger kalorienreiche Nahrung könnte nicht nur eine Gewichtszunahme nach einer Entwöhnung verhindern, sondern auch eine dauerhafte Entwöhnung erleichtern

Fairfield (USA) – Raucher schaden ihrer Gesundheit nicht nur durch den Tabakkonsum. Sie ernähren sich auch ungesünder als Nichtraucher, indem sie kalorienreichere Lebensmittel bevorzugen und weniger Obst und Gemüse essen. Über einen engen Zusammenhang zwischen Zigarettenkonsum und Qualität der Nahrung berichten jetzt amerikanische Forscher im Fachblatt „BMC Public Health“. Möglicherweise ließe sich eine oft beobachtete Gewichtszunahme nach einer Nikotinentwöhnung dadurch verhindern, dass gleichzeitig die Ernährung umgestellt wird. Ob so auch die Erfolgsaussichten steigen, dauerhaft mit dem Rauchen aufzuhören, lässt sich aufgrund dieser Studie nicht mit Sicherheit sagen

„Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Energiedichte der Nahrung von Rauchern ein geeigneter Ansatzpunkt für begleitende Maßnahmen während einer Raucherentwöhnung sein könnte“, sagt Jacqueline Vernarelli von der Fairfield University. Die Energiedichte gibt an, wie viele Kalorien ein Gramm

eines Lebensmittels enthält. Dieser Wert ist für Obst, Gemüse, Salat oder Reis gering, für Pommes frites, Kuchen oder Weißbrot dagegen deutlich höher. Daher diene den Forschern die in ihrer Studie ermittelte Energiedichte als Maß für die Qualität der Ernährung eines Menschen. Die Wissenschaftler werteten Daten einer repräsentativen Stichprobe von 5.293 erwachsenen US-Amerikanern aus, die an einer größeren nationalen Studie teilnahmen. Mittels Fragebögen gaben die Probanden Auskunft über ihren Tabakkonsum und die am Vortag konsumierten Speisen. Das ermöglichte die Berechnung der mittleren Energiedichten für die Nahrung von Rauchern, ehemaligen Rauchern und Nichtrauchern.

Es stellte sich heraus, dass Raucher zwar geringere Mengen an Lebensmitteln aßen, aber wegen des höheren Kaloriengehalts der Speisen pro Tag im Schnitt 200 Kalorien mehr konsumierten als Nichtraucher. Bei Menschen, die täglich rauchten, waren die Energiedichten ihrer Nahrung elf Prozent

höher als bei Nichtrauchern. Die Werte von ehemaligen Rauchern und Menschen, die nicht täglich rauchten, lagen dazwischen. Demnach besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Tabakkonsum und der Qualität der Ernährung. Für die statistische Auswertung wurden zusätzliche Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen und körperliche Aktivität berücksichtigt.

Dass Raucher trotz kalorienreicherer Ernährung ein geringeres Risiko für Fettleibigkeit haben, könnte an der pharmakologischen Wirkung des Nikotins liegen, erklären die Forscher. Wer mit dem Rauchen aufhört, ohne seine Essgewohnheiten zu ändern, könnte also wegen des fehlenden Nikotineffekts zunehmen. Um das zu verhindern, sollte ein Entwöhnungsprogramm mit einer Ernährungsumstellung verbunden werden, empfehlen die Autoren. Das könnte möglicherweise sogar die Erfolgsaussicht einer dauerhaften Entwöhnung steigern. Zudem würde es wohl bei vielen die Bereitschaft vergrößern, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, wenn keine Gewichtszunahme zu befürchten wäre. Allerdings erlaubt diese Beobachtungsstudie keine Aussagen darüber, ob eine ursächliche Beziehung zwischen Rauchen und Ernährungsweise vorliegt. 