

Psychosoziale Arbeit mit Suchtkranken

Die diesjährige Sozialtherapiewoche in Freiburg

Seit 1974 findet in Freiburg eine „Sozialtherapiewoche“ statt. Sie wird alljährlich veranstaltet vom Referat Gefährdeten- und Suchtkrankenhilfe des Deutschen Caritasverbandes – einem der größten Träger der Suchtkrankenarbeit in der Bundesrepublik. Die Sozialtherapiewoche hat sich zu einer wichtigen Fach- und Fortbildungstagung für Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte, Pädagogen, Arbeitstherapeuten und Krankenschwestern entwickelt. In diesem Jahr (3. bis 7. März) diente sie zum einen der Bilanzierung und der Standortbestimmung, zum anderen dem Blick auf die sich abzeichnenden Tendenzen und Perspektiven psychologischer Arbeit vor allem im Suchtbereich mit Schwerpunkt Alkoholismus.

Alkoholiker sind nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche psychische Störungen und/oder eine Beeinträchtigung ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit, ihrer mitmenschlichen Beziehungen, ihrer sozialen und wirtschaftlichen Funktionen erleiden“. Alkoholismus ist eine Krankheit – eine Krankheit, bei deren Entstehung individuelle Faktoren; Faktoren, die mit der Wirkung der Droge zusammenhängen, und soziale Faktoren aus der Umwelt zusammenwirken.

Psychosoziale Arbeit – ein breites Hilfeangebot

In der Bundesrepublik bedurfte es erst des Grundsatzurteils des Bundessozialgerichts von 1968, um dies endgültig festzustellen und gleichzeitig festzuschreiben, daß die Sucht an sich – mit „Kontrollverlust“ und „nicht mehr aufhören können“ die Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts darstellt und nicht erst die Zerrüttung der Gesundheit im Gefolge fortgeschrittener Sucht ... Heute gilt das für alle Formen der Drogenabhängigkeit, auch für die Abhängigkeit von Medikamenten und von illegalen Drogen. Doch nicht nur die psychischen, physischen und sozialen Folgen werden heute in den Blick genommen bei der Erklärung und Beschreibung von Suchtkranken, es gibt keinen Zweifel daran, daß auch die Ursachen (siehe oben) in allen drei Bereichen zu suchen sind und daß diese Ursachen niemals *allein* beim Suchtkranken, beim betroffenen Individuum, zu finden sind.

Im Begleittext zum Programm der „Freiburger Sozialtherapiewoche 1986“ hieß es denn auch folgerichtig:

„In der Beratung und Therapie Suchtkranker wurde vor nunmehr 20 Jahren der Begriff ‚psychosoziale Arbeit‘ eingeführt, mit dem auch ein *neues Verständnis des Hilfeansatzes* deutlich gemacht werden sollte. Die Wahrnehmung des suchtkranken Menschen als Individuum wurde erweitert durch das Begreifen seines Eingebundenseins

und gleichzeitig seines Handelns in den sozialen Bezügen von Partnerschaft, Familie und Gesellschaft. Die Umsetzung dieses Gedankens habe zu einem breitgefächerten interdisziplinären Hilfeangebot (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen und Mediziner) geführt, dessen Möglichkeiten weit über den engen Bereich der Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit hinausreichten.

Und in der Tat: In den ambulanten „Psychosozialen Beratungs- und Behandlungszentren“, die es heute – 560 an der Zahl – im ganzen Bundesgebiet gibt, wird Paar-, Familien- und Gruppentherapie betrieben, es wird *Angehörigen- und Selbsthilfearbeit* geleistet, es wird für Information und Vorbeugung gesorgt. Dort können auch andere Formen süchtigen Verhaltens wie Glücksspiel- und Automaten Spielsucht oder süchtige Eßstörungen angegangen werden. Und schließlich weiß man dort auch, mit den vielerlei anderen Lebensproblemen umzugehen, wie sie im Gefolge einer Sucht unweigerlich auftreten: Arbeitsplatzprobleme, materielle Not, Schulden, Partnerschaftskonflikte, Suizidgefährdung ... Diese breit angelegte Suchtkrankenhilfe geschieht im übrigen im Therapieverbund, in einer „therapeutischen Kette“, deren wichtigste Glieder die Beratungsstelle, die Fachklinik für stationäre Therapien und die Selbsthilfegruppe sind.

Von der Trinkerbetreuung zur psychosozialen Beratung

Betrachtet man die noch gar nicht so lange zurückliegenden Anfänge, dann ist es fast verwunderlich, daß die Bundesrepublik heute über ein relativ gut ausgebautes Netz von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe verfügt, das keinen internationalen Vergleich zu scheuen braucht. Denn der Nachholbedarf war groß.

Es waren die Kirchen, die – unter dem Eindruck des mit der Frühindustrialisierung einhergehenden „Elendsalkoholismus“ – gegen Ende des vorigen Jahrhunderts damit begannen, sich um die Not der Trinker und ihrer Familien zu kümmern. Aus dieser kirchlichen Fürsorgearbeit erwuchs schon damals die Erkenntnis, daß man es mit einer Krankheit besonderer Art zu tun habe, deren Behandlung ein hohes Maß an Einsatz, Beharrlichkeit und *Fachlichkeit* verlangte.

In seinem historischen Einführungsvortrag zur Sozialtherapiewoche verschwieg der Trierer Sozialarbeiter und Sozialtherapeut *Josef Hoffmann* nicht, daß am Ausgangspunkt kirchlicher Bemühungen eine Betrachtungsweise gestanden hatte, die Trunksucht einfach als Sünde, Laster und Teufelswerk brandmarkte oder in dem Süchtigen gar einen „vom Teufel Besessenen“ sah. Daß dieses Erbe auch heute noch nicht überwunden ist, das wird angesichts immer noch weitverbreiteter Vorurteile und mo-

ralisierender Bewertungen gegenüber Suchtkranken sehr deutlich. Aus der seelsorgerischen „Trinkerrettung“ wurde jedoch die „Trinkerversorge“ und schließlich die fachlich fundierte Suchtkrankenarbeit. Auf katholischer Seite (bei den Evangelischen gab es schon das „Blaue Kreuz“) begann es 1896 mit einem „Katholischen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke“, aus dem dann der „Kreuzbund“ hervorging – heute eine wichtige „Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft“ von Betroffenen und ihren Angehörigen. 1901 wurde die erste katholische „Trinkerheilanstalt“ gegründet und 1926 – vor 60 Jahren also – richtete der Caritasverband ein „Referat Trinkerversorge“ ein, das die Arbeit der örtlichen Caritasstellen auf diesem Gebiet betreute.

Der *Nationalsozialismus* warf alle Bemühungen um die Hilfe für Suchtkranke schwer zurück: Heilstätten wurden geräumt, enteignet und zweckentfremdet. Trinker (wenn sie nicht gerade Parteifunktionäre waren) galten als „Gesindel“ und wurden oft genug als „asoziale Elemente“ ins Konzentrationslager geworfen. Etwa 2000 Alkoholiker sollen dort zu Tode gekommen sein. Während zu jener Zeit in anderen Ländern wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse in der Suchtkrankentherapie gewonnen und umgesetzt wurden, handelten die Nationalsozialisten nach dem Motto, daß nicht sein kann, was nicht sein darf. Das hatte zur Folge, daß nach dem Zweiten Weltkrieg bei der Betreuung Suchtkranker wieder quasi am Punkt Null begonnen werden mußte. Doch Mitte bis Ende der fünfziger Jahre meldete sich das Vergessene und Verdrängte in anderer Form als ein neues Massenproblem, das alsbald mit einem Schlagwort belegt wurde: „Der Wohlstandsalkoholismus“ war ausgebrochen ... Ein neues Auffangnetz mußte geknüpft werden. Aus der „Fürsorge“ wurde die moderne Sozialarbeit. Im Bundessozialhilfegesetz von 1962 wurde auch für Alkoholabhängige ein Anspruch auf fachliche Hilfe verbrieft. In diese Zeit fallen die Anfänge der psychosozialen Arbeit mit Suchtkranken; die *Gruppenarbeit* wurde zur Methode der Wahl. Die Familien- und Angehörigenberatung begann allmählich.

Legale Alltagsdrogen als Hauptproblem

Das Urteil des Bundessozialgerichts von 1968 war sozusagen überfällig geworden. Für die Fachleute aus der sozialen Arbeit bestätigte es nur etwas längst Selbstverständliches. Doch es „verurteilte“ – wie das der heutige Leiter des Caritas-Referats Suchtkrankenhilfe, *Bernhard Schmidtbreick*, formulierte – „auch die Gesellschaft und die Ärzte dazu, Alkoholismus als Krankheit zur Kenntnis zu nehmen und als Krankheit anzuerkennen!“ Ein übriges tat dann die „Drogenwelle“ der siebziger Jahre. Da sich gerade auch die „Kinder aus gutem Hause“ als anfällig erwiesen gegenüber den Verlockungen einer neuen Subkultur, in der illegale Drogen eine große Rolle spielten, ging jetzt auch von bürgerlichen

Kreisen ein starker politischer Druck aus. Sehr rasch und in großem Umfang wurden neue ambulante und stationäre Einrichtungen für Suchtkranke geschaffen.

Und – so merkwürdig das klingt: Nachdem die erste Phase der Erregung über Haschisch und Heroin (beides wurde ungeachtet der großen Unterschiede in einen Topf geworfen) abgeklungen war, trug diese „Drogenwelle“ nicht unwesentlich dazu bei, daß die Öffentlichkeit das gesamte Problem von Mißbrauch, Abhängigkeit und Sucht nach und nach etwas sachlicher und differenzierter ins Bewußtsein bekam. Dabei wurde dann immer deutlicher, daß die legalen Alltagsdrogen – Nikotin, Alkohol, Medikamente – das eigentliche (Massen-)Problem in unserer Gesellschaft sind und nicht die illegalen Drogen exotischer Herkunft. Es wurde außerdem klar, daß das Mißbrauchs- und Abhängigkeitsproblem weit mehr ein Problem der Erwachsenen war als das der Jugend.

Heute stellt sich das „sozialmedizinische Problem Nr. 1“ nach den verschiedenen Aussagen auf der Caritas-Therapiewoche wie folgt dar: Nachdem *Alkohol-Konsum* von den fünfziger Jahren bis 1980 in einem geradezu erschreckenden und für die Volksgesundheit folgenschweren Maße angestiegen ist, kann seit etwa fünf Jahren eine Stagnation auf hohem Niveau beobachtet werden. Die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen (80% Männer, 20% Frauen) wird nach wie vor auf 1,5 bis 2 Millionen geschätzt. Für das Suchtproblem Nr. 2 nach dem Alkohol sorgen die Art und Weise, wie in unserer Gesellschaft mit *Medikamenten*, vor allem mit „Psychopharmaka“, mit Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln, umgegangen wird: 500 000 bis 800 000 Menschen (70% Frauen) sind medikamentenabhängig. Das Problem der *illegalen Drogen* nimmt sich dagegen von den Zahlen her verhältnismäßig gering aus: Mit rund 50 000 Heroinsüchtigen zeichnet sich jetzt sogar ein leichter Rückgang ab. Immer mehr junge Menschen erkennen das Trügerische der Droge. Und noch ein Zahlenvergleich, der in der Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen wird: An den Folgen des Heroins sterben einige hundert Menschen pro Jahr, an den Folgen von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit rund 20 000 bis 40 000 Menschen jährlich.

Daß 18 bis 20 Millionen Menschen in der Bundesrepublik – trotz reichlichen Wissens um die Folgen – rauchen, muß der Vollständigkeit halber erwähnt werden. Ebenso sind anzuführen die neuen Suchtformen, die unsere Gesellschaft hervorgebracht hat: Süchtiges Spielen an Geldspielautomaten und süchtige Eßstörungen.

Dem steht gegenüber ein flächendeckendes Angebot an Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im stationären Bereich kann es als ausreichend bezeichnet werden, weil vieles jetzt schon auf dem ambulanten Sektor aufgefangen werden kann. Was fehlt, sind Nachsorge- und Langzeiteinrichtungen mit Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten. Im Bereich der Ambulanz, bei den Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen, stößt man jetzt deutlich

an die Grenzen der Belastbarkeit, wenn hier nicht für einen weiteren Ausbau und für eine gerechtere Verteilung der Kosten gesorgt wird. Trotz Anerkennung der Suchtkrankheiten ist es immer noch so, daß die Krankenkassen (von einem winzigen Modellversuch mit den Ersatzkassen abgesehen) nichts zur Finanzierung der psychosozialen Therapien in den ambulanten Behandlungsstellen beitragen. Diese werden nach wie vor von den Ländern, den Kommunen und den kirchlichen Wohlfahrtsverbänden finanziert. Diese aber verweisen schon seit einiger Zeit auf ihre knappen Kassen.

Bemerkenswerte Erfolge im ambulanten Bereich

Die bei wachsender Akzeptanz kontinuierlich angestiegenen Klientenzahlen, die Ausweitung der Aufgaben und die qualitative Verbesserung der therapeutischen Arbeit haben diese ambulanten Einrichtungen inzwischen einem großen und zum Teil schon unzumutbaren und schädlichen Druck ausgesetzt. Denn der Auf- und Ausbau des flächendeckenden Netzes in den vergangenen 15 Jahren hat nicht mehr als die erste Grundversorgung sichergestellt. Für die Beratungsstellen bedeutete dies lediglich eine Mindestausstattung mit Personal. Manchenorts stellt sich jetzt schon die Frage nach „Wartelisten“. Das aber heißt, daß Rat- und Hilfesuchende um eine Chance gebracht werden. Die Beratungsstellen, wenn sie nicht „verstopft“ sind, können in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen viele Patienten in einem Stadium auffangen, in dem es noch nicht zum totalen Absturz gekommen ist.

In einer Pressemitteilung des Caritasverbandes zur Sozialtherapiewoche hieß es dazu:

„War es früher beim Suchtkranken üblich, eine mehrmonatige stationäre Entwöhnungsbehandlung vorzunehmen, so können heute dank der Fortentwicklung psychosozialer Behandlungsmethoden in weitaus größerer Zahl *wirksame ambulante Hilfen* geleistet werden. Das hat für den Suchtkranken den unschätzbaren Vorteil, daß er in seinem sozialen Lebensumfeld und an seinem Arbeitsplatz (sofern noch vorhanden oder überhaupt vorhanden) bleiben kann. Hier ist ‚Feierabend-Therapie‘ möglich. Neben einer erheblichen Kosteneinsparung kann damit auch die belastende Stigmatisierung, die oft mit einer langfristigen Behandlung im stationären Bereich verbunden ist, verhindert werden.“

Die Rechnung, die dazu in Freiburg der Psychologe *Engelbert Fuchtmann*, Leiter einer Psychosozialen Behandlungsstelle in Augsburg, aufmachte, läßt an Deutlichkeit und Überzeugungskraft nichts zu wünschen übrig: 25 000 bis 40 000 Mark kostet eine stationäre Therapie, 4000 bis 5000 Mark eine ambulante!

Die *gemeindenah* organisierte Suchtkrankenhilfe mit ihren Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen („Anonyme Alkoholiker“, Blaukreuz, Guttempler, Freundeskreise,

Kreuzbund) „vor Ort“ könnte und sollte – gerade auch mit ihrem sozial orientierten Verständnis von Krankheit – eine Modell- und Vorbildfunktion erfüllen für andere Bereiche des Gesundheitswesens und der Krankenversorgung; zum Beispiel für eine Gemeindepsychiatrie (lange gefordert, nie verwirklicht) oder für die Betreuung alter oder chronisch kranker Menschen. Das gilt besonders auch für die Art und Weise, auf die in der Suchtkrankenarbeit professionelle Helfer und Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten. Jedoch: Die psychosoziale Hilfe für Suchtkranke – auch das klang während der Freiburger Sozialtherapiewoche immer wieder an – könnte noch weit erfolgreicher sein, wenn Ärzte, Geistliche, Lehrer, Vereinsvorsitzende usw. sich zu einer besseren und engeren Zusammenarbeit bereitfinden. Gerade die Kirchengemeinden, so wurde unterstrichen, könnten Bedeutsames beitragen zum Abbau von Vorurteilen, von Abgrenzungs- und Aussonderungstendenzen ... Da fehle es in vielen Gemeinden noch sehr an Offenheit und Bereitschaft.

Ein Beispiel dafür, wie es gehen könnte, hat gerade erst die „Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenhilfe und Jugendschutz in der Erzdiözese Freiburg“ vorgelegt. In einer Informationsschrift: „Suchtkranke in der Gemeinde“ wird nach Abhandlung des Themas „Suchtkrank – was ist das eigentlich?“ auch die Frage aufgeworfen: „Wie können wir in einer Gemeinde helfen? Die Anregungen für konkrete und leicht realisierbare Schritte werden mitgeliefert: Gottesdienste, Jugendgottesdienste zum Thema, Predigtvorlagen, „Selbstbetroffene berichten“ usw.

Neue Belastungen durch AIDS

Ein anderes, besonders brennendes und aktuelles Thema riß in Freiburg der Kölner Theologe und Drogenberater *Wolfgang Scheiblich* an – und auch er wies darauf hin, wie hilfreich hier Gemeinschaft und Gemeinde sein könnten: Das nach wie vor mit zu viel Angst, ja mit Hysterie besetzte Thema „AIDS“. Scheiblich: „Das hat für die ohnehin so schwierige und hindernisreiche Arbeit mit den jungen Heroin-Abhängigen noch zusätzliche schwerste Belastungen gebracht.“ Natürlich seien „Fixer“ mit unsauberen Spritzen eine der Hauptrisikogruppen für AIDS, und natürlich gebe es unter ihnen einen hohen Anteil von Infizierten. Aber: „Auch Infizierte können voll integriert werden in die Therapieprogramme der Drogenkliniken.“ Es müßten freilich einige relativ einfache Hygiene-Vorkehrungen eingehalten werden. Nur ein Bruchteil der verbreiteten AIDS-Ängste, das wurde auch hier klar, hat eine reale Berechtigung. Erst bei manifester Erkrankung könne auch eine Suchtklinik nicht mehr helfen, weil ihr die medizinische Ausstattung zur Behandlung der am „Vollbild AIDS“ Erkrankten fehle. Doch auch hier ein Aber. Scheiblich: „Mir ist kein Fall einer manifesten Erkrankung *während* einer Drogen-therapie bekannt!“

Scheiblichs Mahnung gilt indessen nicht nur für AIDS-Infizierte, sondern für alle Suchtkranken. Süchtige, Abhängige – das ist ein Stück ihrer Krankheit – haben ohnehin an einem hohen Maß an Entfremdung – an der Kälte, die wir Alltagsrealität nennen – zu leiden. Wenn

wir sie aus dem sozialen Leben aussondern und ausstoßen, treiben wir sie in einen „sozialen Tod“ und in die Selbstaufgabe. Auch dieses Ausgestoßensein trägt viel dazu bei, daß Suchtkrankheiten so häufig tödlich verlaufen.

Andreas Lehmann

Christus und der Teufel auf der Bühne

Rainer Kunads Oper „Der Meister und Margarita“

In Karlsruhe kam es am 9. März zu einer Opern-Uraufführung, die keine sein durfte, die aber mehr noch als durch ihre künstlerische Eigenart und die Verquickung religiöser Themen mit politischer Unterdrückung durch das Schicksal von Autor, Komponist und Regisseur selbst zu einer Symbolhandlung ost-westlichen Schicksals geworden ist. Renate Braunschweig-Ullmann berichtet darüber.

Man glaubt seinen Augen nicht zu trauen, wenn sich der Vorhang öffnet. In der Mitte der grauen Betonmauer mit ihren Graffiti, die den Zuschauer sofort an die Berliner Mauer denken läßt, steht ein dunkles hohes Kreuz. Davor ein Mensch. Christus auf der modernen Opernbühne, als stummer Schatten im schwach beleuchteten Hintergrund, der der Handlung eine neue Dimension hinzufügt. Wenn er dann über die Bühne geht und ins Licht tritt, um mit Pilatus zu sprechen, der in einem vergoldeten und verschnörkelten Bilderrahmen sichtbar wird, erklingen psalmodierende, mit gregorianischen Klängen versetzte Melodien, begleitet von einem E-Piano aus dem Orchester, das an die Orgelbegleitung in Bachs Passions-Rezitativen denken läßt. Zum Schluß, als alles mit einer großen Erlösung endet, wobei der Teufel und eine Dame namens Margarita, alias Margarethe oder Gretchen, eine entscheidende Rolle spielen, spricht auch Christus zu Pilatus das erlösende Wort. Auf die Frage, ob der Prozeß, ob die Hinrichtung in Jerusalem wirklich stattgefunden hat, singt dieser Christus: „Es war nur ein Traum“.

„Manuskripte brennen nicht“

Bei alledem handelt es sich keineswegs um eine neue Bearbeitung von Goethes Faust für das Musiktheater, wengleich thematische Parallelen und Hinweise auf diesen Stoff durchaus sichtbar und hörbar sind. Rainer Kunads neue Oper „Der Meister und Margarita“, die eigentlich in Weimar uraufgeführt werden sollte, nun aber erstmals in Karlsruhe zur Eröffnung der 4. Europäischen Kulturtage im Badischen Staatstheater inszeniert wurde, hat als Grundlage den gleichnamigen Roman des russischen Schriftstellers Michail Bulgakow, der erst dreißig Jahre nach dem Tod des Autors erscheinen durfte. Grund für das Publikationsverbot des 1940 geschriebenen Romans, der erst 1966 in gekürzter Fassung bekannt und dann auf Anhieb zu einem in viele Sprachen über-

setzten Erfolgsbuch wurde, war seine religiöse Thematik, mehr noch als die satirischen Anspielungen auf die Kulturbürokratie und die Machtmechanismen eines östlichen Staates. Wobei die gefährlichste Parallelsetzung wohl darin liegt, daß die Methoden, die Pilatus anwendet, wenn er Jesus oder Jeschua verhört, an die Schikannen erinnert, die man sich in den totalitären Systemen ausgedacht hat, um unbequeme Künstler „fertigzumachen“ und sie ins Irrenhaus zu bringen. Seltsamerweise ist es der Teufel selbst, der im Roman und auch in der Oper in Erscheinung treten muß, um die Existenz Christi zu beweisen, den Meister, hinter dem sich der Dichter Bulgakow verbirgt, aus dem Irrenhaus zu befreien, und dem es auch gelingt, dem Pilatus-Roman zur Geltung zu verhelfen. Freilich hat er vorher dem systemtreuen Kritiker mit dem beziehungsreichen Namen Berlioz, der die Existenz der Überirdischen leugnet und die Diffamierungskampagne gegen den Dichter auf dem Gewissen hat, von einer Straßenbahn den Kopf abtrennen lassen, wie er ihm kurz zuvor vorausgesagt hatte.

„Manuskripte brennen nicht“ lautet einer der zentralen Sätze des Buches, das mittlerweile im Osten als Werk eines Klassikers in der Nachfolge Gogols geschätzt wird und im Westen als romantisch-geistreiche Variante der phantastischen Literatur. Bei diesem Satz, so erinnert sich heute der russische Meisterregisseur Jurij Ljubimow, der im Jahr 1977 als erster gewagt hatte, in dem von ihm geleiteten Theater an der Tanganka in Moskau eine Dramatisierung des Werkes auf die Bühne zu bringen, sei es plötzlich still geworden. Das Moskauer Publikum reagierte voller Betroffenheit. Man erhob sich und blieb stumm vor der offenen Bühne stehen.

„Ich glaube, es war Breschnjew“

„Ich weiß auch nicht, wer erlaubt hat, daß Christus in Moskau ungehindert über die Bühne wandeln konnte“, sagt der Regisseur, der seit seiner Ausbürgerung vor einigen Jahren im Westen arbeitet und wegen seines starken thematischen Interesses für die Inszenierung der neuen Oper in Karlsruhe gewonnen wurde. „Ich glaube, es war Breschnjew.“ Er sagt das temperamentvoll und mit einer gewissen Ironie. Er deutet an, daß man ihn, der auch zur Zeit seiner großen Erfolge als Avantgarde-Regisseur und als Theaterpädagoge immer schon zu den religiösen und