



10. Stillenberger Gespräche

Risikokonsum und Risikokompetenz

19. November 2003
Warstein

Kooperationsveranstaltung mit den Westfälischen
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
Warstein und Lippstadt
Abteilung Suchtrehabilitation Stillenberg

Forum Sucht
Sonderband
ISSN 0942-2382



Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung 50
Dezernent: Landesrat Hans Meyer

Koordinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch
Warendorfer Straße 27
48133 Münster

Redaktion: Doris Sarrazin
Bearbeitung: Elisabeth Rocklage

1. Auflage
1.-1.500

Münster 2005

Stillenberger Gespräche
Risikokonsum und Risikokompetenz

Fachtung

19. November 2003

Warstein

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
I. Suchtmittelkonsum – Risikokonsum – Risikokommunikation Peter Tossmann, Berlin	7
II. Forum 1: „Kontrolliertes Trinken = Kontrolliertes Risiko?“ Kontrolliertes Trinken: Grundlagen, Indikation und Wirksamkeit eines neuen Behandlungsansatzes Joachim Körkel, Nürnberg	13
Risikokonsum und Risikokompetenz Friedel Harnacke, Warstein	37
III. Forum 2: „Präventionsstrategien für Suchtmittelkonsumenten“ Präventionsstrategien zur Reduzierung alkoholbedingter Schädigungen Bernd Schneider, Andernach	41
Start up – ein Präventionsprojekt Beate Wolf, Werl	49
IV. Forum 3: „Von der Risikokompetenz zum Risikomanagement“ Risikokompetenz und Risikomanagement – zwei neue Begriffe aus der Managersprache Joachim Schuster, Warstein	55
V. „Was wäre Vernunft ohne das Wissen vom Rausch?“ Rausch und Risikokompetenz Thomas W. Heinz, Warstein	61

Vorwort

Alle, die sich mit der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen befassen, kennen diese Fakten:

Jährlich sterben ca. 42.000 Personen, deren Tod direkt oder indirekt in Verbindung mit Alkohol steht, hinzu kommen über 70.000 Todesfälle durch Alkoholkonsum allein oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol. Die Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden pro Jahr auf ca. 20,6 Mrd. € geschätzt.

Hinsichtlich der Konsummengen ist seit Jahren eine Stagnation des Pro-Kopf-Verbrauchs von Alkohol auf hohem Niveau zu erkennen. Speziell in den letzten 5 Jahren ist jedoch ein Anstieg im Bereich von riskantem Konsum (> 20 g pro Tag) zu registrieren. Besonders betroffen sind junge Frauen. Jugendliche im Alter von 16 – 17 Jahren sind am ehesten gefährdet, in riskanten Alkoholkonsum einzusteigen. Je nach Grenzziehung kann riskanter Konsum in Deutschland auf insgesamt 8 bis 9 Mio. Menschen hochgerechnet werden – also zirka 10% der Gesamtbevölkerung!

Eine Gesellschaft wie die unsrige, die aktuell die Kosten von Gesundheit intensiv diskutiert, sollte gerade im Vorfeld manifester Abhängigkeitser-

krankungen Anstrengungen unternehmen, um die absehbaren volkswirtschaftlichen Kosten zu minimieren. Aus riskantem Konsum entsteht nicht grundsätzlich eine Dependenz, aber die meisten Abhängigkeitssyndrome sind aus riskantem Konsum und Missbrauch hervorgegangen.

Die 10. Stillenberger Gespräche wandten sich diesem Thema zu. Verschiedene Ansätze wurden vorgestellt, wie mit riskantem Konsum – nicht nur von Alkohol – umgegangen werden kann.

Neben dem Risikokonsum steht auch die Risikokompetenz im Fokus der Aufmerksamkeit. Menschen haben sich immer schon riskant verhalten. Der adäquate Umgang mit Risiko ist eine wichtige Leistung von Persönlichkeitsreife: Nicht alle Risiken sind á priori verwerflich und zu meiden. Erklärungsmodelle und Strategien zur Erlangung von Risikokompetenz wurden diskutiert. Für beide Themenkomplexe boten zwei Grundsatzreferate sowie drei parallele Foren Gesprächsstoff zu kritischem und lebhaftem Diskurs.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Dr. Thomas W. Heinz
Chefarzt Stillenberg
Westf. Klinik Warstein

Wolfgang Rometsch
Leiter der Koordinationsstelle Sucht
Abteilung 50

Suchtmittelkonsum – Risikokonsum – Risikokommunikation

Peter Tossmann

delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung
und Projektentwicklung mbH
Berlin

Im nachfolgenden Überblick sollen Forschungsergebnisse zu Suchtmittelkonsum und Risikokonsum vorgestellt und daraus Entwürfe einer adäquaten Risikokommunikation entwickelt werden.

Der Suchtmittelkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen nimmt in Deutschland immer bedrohlichere Formen an: ¹

- 40-45% aller 16- bis 25-Jährigen sind Raucher/innen.
- 40-42% aller 16- bis 25-Jährigen trinken mindestens ein Mal pro Woche Alkohol.
- 48-50% aller 16- bis 25-Jährigen hatten im letzten Jahr einen Alkoholausgang.
- 29-35% aller 16- bis 25-Jährigen haben Erfahrung im Umgang mit illegalen Drogen.
- 15-20% aller 16- bis 25-Jährigen betreiben einen aktuellen Konsum illegaler Drogen.

Das Ausmaß des Risikokonsums von Substanzen kann an folgenden Parametern festgemacht werden:

- Hohe Konsumfrequenz
- Große Konsummenge
- Substanzabhängigkeit / -missbrauch / Schädlicher Gebrauch (DSM-IV, ICD-10)
- Vorliegen konsumassoziierter Störungen
- Substanzkonsum in unangemessenen Situationen
- Konsum spezifischer Substanzen

- Mischkonsum psychoaktiver Substanzen

Als exemplarisch für Risikokommunikation allgemein kann hier das Beispiel des Ecstasy-Konsums dienen:

- Um welche Zielgruppe handelt es sich?
- Welche Konsummuster hat diese Zielgruppe?
- Wie ist der Grad der Informiertheit?
- Wie vollzieht sich die Risikoeinschätzung?
- Welche Faktoren beeinflussen die Risikokommunikation?
- Welche Ziele werden verfolgt?
- Welche Methoden werden angewendet?

Risikokommunikation des Ecstasy-Konsums

Das nicht unerhebliche Risiko von Ecstasy kann über folgende Leitsätze kommuniziert werden:

1. **Information** >> über die Risiken des Ecstasy-Konsums
2. **Einstellung** >> „Ecstasy-Konsum ist gefährlich“
3. **Verhalten** >> Einstellung des Ecstasy-Konsums

Aktuelle Daten zeigen, welche Erfahrungen mit illegalen Drogen die 12- bis 25-Jährigen in Deutschland insgesamt haben: ²

- 27% kennen mindestens eine der folgenden Substanzen
- 26% Cannabis

¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland

² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, a.a.O.

- 4% Ecstasy
- 3% Amphetamine
- 2% Halluzinogene
- 2% Kokain
- < 1% Heroin

Die Jahresprävalenz des Ecstasy-Konsums in der Party-Szene wurde in drei Studien erhoben und ergab bei sehr unterschiedlichen Studien-Designs folgende Ergebnisse:

- 46% N=1.674
(Tossmann, Heckmann, 1997 ³)
- 45% N=447
(Künzel et al. 1997 ⁴)
- 32% N=3.503
(Tossmann et al., 2000 ⁵)

Ein besonderes Problem stellt der häufige - und zumeist völlig unkritische - Mischkonsum mit anderen psychoaktiven Substanzen dar.

Zusätzlicher Substanzkonsum unter aktuellen Ecstasy-Konsument/innen (N=941) ⁶

Monatsprävalenz:

- Cannabis 86%
- Alkohol 80%
- Zigaretten 76%
- Amphetamine 45%
- Halluzinogene 35%
- Kokain 37%
- Heroin 3%

Bei der Frage nach täglichem Konsum wurde benannt:

- Zigaretten 72%
- Cannabis 36%
- Alkohol 14%

Der Mischkonsum von Ecstasy konnte noch exakter eingegrenzt werden. Es zeigte sich, dass v.a. Cannabis in dieser Szene nahezu ubiquitär vorkommt:

6 Std. vor und/oder nach dem Konsum von Ecstasy konsumierten Drogenkonsument/innen (N=941) zusätzlich folgende Substanzen:

- Cannabis 71%
- Alkohol 66%
- Amphetamine 30%
- Kokain 25%
- LSD 12%
- Heroin 2%

In weiteren Studien wurde **das Verlaufsmuster** des Ecstasy-Konsums untersucht:

Längsschnittlich angelegte Studien zeigten, dass

>> der Ausstieg aus dem Konsum von Ecstasy wahrscheinlicher ist, als der „Umstieg“ auf andere Drogen ⁷,

³ Tossmann, H.P., Heckmann, W. (1997). Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln.

⁴ Künzel, J., Kröger, C., Bühringer, G., Tauscher, M., Walden, K. (1997). Repräsentative Befragung von Mitgliedern der Techno-Szene in Bayern. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln.

⁵ Tossmann, H.P., Boldt, S., Tensil, M. (2000). The use of drugs within the Techno party Scene in European metropolitan cities. European Addiction Research 7; 2-23.

⁶ Konsum im letzten Monat

⁷ von Sydow et al., 2002, Tossmann et al., 2000

>> vulnerable bzw. psychopathologisch auffällige Konsument/innen von Ecstasy den Substanzkonsum signifikant häufiger fortsetzen und häufiger substanzspezifische Störungen entwickeln ⁸.

In der Korrelation von Konsummuster (weich/hart) und subjektiver Informiertheit (schlecht/gut) konnte kein Zusammenhang zwischen Informiertheit und Konsummuster von Ecstasy gefunden werden ⁹.

Im nächsten Schritt nun zur Risikoeinschätzung des Ecstasy-Konsums

Durch den Konsum von Ecstasy besteht ein hohes Risiko...	Ecstasy-Unerfahrene (n=1.710)	Ecstasy-Konsumenten (n=941)
psychisch Schaden zu nehmen	57%	38%
weiß nicht	14%	3%
körperlich Schaden zu nehmen	61%	37%
weiß nicht	12%	2%

In der Zusammenfassung der Zielgruppenbeschreibung ergibt sich eindeutig, dass Ecstasy-Konsument/innen für die Prävention eine besonders heterogene Zielgruppe darstellen! Sie unterscheiden sich hinsichtlich

- des Substanzkonsumverhaltens,
- der psychosozialen und körperlichen Vulnerabilität,
- der gesundheitsbezogenen Einstellungen,
- der aktuellen Phase des Substanzkonsums.

Als Einflussfaktoren der **Informationsübermittlung** ist besonders zu berücksichtigen:

Gesundheitsbezogene Informationen (zum Ecstasy-Konsum) werden

- selektiv aufgenommen,
- entsprechend eigener Erfahrungen und Werte bewertet,
- in Abhängigkeit vom subjektiven Nutzen aufgenommen,
- v.a. im Hinblick auf ihre Glaubwürdigkeit bewertet!

Als Einflussfaktoren der **Risikoeinschätzung** sind bedeutsam:

- Prävalenzüberschätzung >> „Alle Leute, die Party machen, nehmen Drogen.“ ¹⁰
- Unrealistischer Optimismus >> „Mich trifft es nicht.“ ¹¹

⁸ von Sydow et al, 2002

⁹ Künzel et al., 1997

¹⁰ Leppin, 2001.

¹¹ Weinstein, 1982,1984

- Vergleich mit Risikostereotype >> „Andere Leute sind richtig hart drauf.“¹²
- Subjektive Kosten/Nutzen-Relation >> „Ich lass mir den Spaß heute nicht verderben, nur weil morgen vielleicht was passiert.“¹³

Einflussfaktoren der **Risikokommunikation** des Ecstasy-Konsums greifen an verschiedenen Punkten an. Wie bereits erwähnt sind die Eckpunkte

- Information (über die Risiken des Ecstasy-Konsums)
- Einstellung ("Ecstasy-Konsum ist gefährlich")
- Verhalten (Einstellung des Ecstasy-Konsums)

Bei dem Übergang von **Information** zur **Einstellung** spielen Erfahrungswissen, Motive, Werte und Soziales Milieu eine bedeutsame Rolle. Bei dem Übergang von **Einstellung** zum tatsächlichen **Verhalten** sind dies Persönlichkeit, Social skills, Motivation und Social support.

Unverzichtbare Bedingungen für eine wirksame Gesundheits- bzw. Risikokommunikation mit Ecstasy-Konsumenten sind:

- Diskursiver und partizipativer Kommunikationsstil
- Lebenswelt- und Zielgruppenorientierung
- Glaubwürdigkeit der Kommunikation

Forschungsergebnisse über **Gesundheitsrisiken** von Ecstasy lassen

sich in der **Risikokommunikation** bzw. Prävention wie folgt umsetzen:

1. mediale Kommunikation
2. personale Kommunikation
3. konzeptionelle und infrastrukturelle Weiterentwicklung.

1. Mediale Kommunikation in der Prävention des Ecstasy-Konsums

Massenmedien (Anzeigen, Flyer, Broschüren, etc.) haben in der Regel keinen Einfluss auf Einstellungen und Verhalten. Deren Stärken liegen in der "Thematisierungsfunktion"¹⁴. Der Einsatz von (Massen-)Medien im Zusammenhang mit der Vermittlung relevanter Informationen ist dennoch erforderlich! Die Informationsvermittlung ist dabei jedoch „nur“ eine notwendige, jedoch keine hinreichende Maßnahme in der Prävention des Ecstasy-Konsums. Massenmediale Maßnahmen müssen durch personalkommunikative Angebote ergänzt werden.

2. Personale Kommunikation in der Prävention des Ecstasy-Konsums

Personale Kommunikation sollte die (generelle) Risikoneigung der Zielgruppe berücksichtigen¹⁵. Personale Kommunikation sollte die motivationale Phase des Substanzkonsums berücksichtigen¹⁶. Personale Kommunikation sollte nicht nur die Risikowahrnehmung, sondern auch die Hand-

¹² Renner & Hahn, 1996

¹³ Leppin, 2001, Baumgärtner, 2003

¹⁴ Dearing & Rogers, 1996

¹⁵ Silbereisen, 1995

¹⁶ Prohaska et al., 1992

lungskompetenzen stärken ¹⁷. Personale Kommunikation sollte die Vulnerabilität bzw. Psychopathologie von Konsumenten berücksichtigen.

3. Konzeptionelle und infrastrukturelle Weiterentwicklung der Präventionsangebote bei Ecstasy-Konsum

- Entwicklung von Leitlinien bzw. Standards für die Sekundärprävention
- Empirische Überprüfung der sekundärpräventiven Konzepte
- Qualitative und quantitative Weiterentwicklung zielgruppennaher Kommunikations- und Beratungsmodule in der Szene, im Internet, in Beratungseinrichtungen, etc.
- Vernetzung und kontinuierlicher fachlicher Austausch.

LITERATUR

Baumgärtner, 2003.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland.

Dearing & Rogers, 1996.

Künzel, J., Kröger, C., Bühringer, G., Tauscher, M., Walden, K. (1997). Repräsentative Befragung von Mitgliedern der Techno-Szene in Bayern. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln.

Leppin, 2001.

Prohaska et al., 1992.

Renner & Hahn, 1996.

Silbereisen, 1995.

Tosmann, H.P., Heckmann, W. (1997). Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln.

Tossmann, H.P., Boldt, S., Tensil, M. (2000). The use of drugs within the Techno party Scene in European metropolitan cities. European Addiction Research7; 2-23.

von Sydow et al., 2002.

Weinstein, 1982,1984.

¹⁷ Leppin, 2001

Forum 1:

„Kontrolliertes Trinken = Kontrolliertes Risiko?“

Kontrolliertes Trinken: Grundlagen, Indikation und Wirksamkeit eines neuen Behandlungsansatzes

Joachim Körkel

Ev. Fachhochschule
Nürnberg

Einleitung

In der deutschen Alkoholismusbehandlung gilt im Hinblick auf den Umgang mit der „Problemdroge Alkohol“ fast ausnahmslos nur die lebenslange Abstinenz als legitimes Ziel (vgl. Kruse, Körkel & Schmalz, 2001, Kap. 3.1). In der Tat gibt es gute Gründe, Suchtmittelabstinenz als wertvolles Ziel zu betrachten und zu fördern. So werden bei Alkoholabhängigen, die nach einer stationären Therapie abstinent leben, die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben bzw. die Weiterführung der Erwerbstätigkeit gefördert (Hümmelink & Grünbeck, 2002) sowie ein Rückgang der Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage (Klein, Missel & Brauckmann, 1998) und der familiären Gewalt (O'Farrell & Murphy, 1995) erreicht.

Allerdings können bei einem Teil der Betroffenen „perfektionistische Sollforderungen als Seinsvermiesungen wirken“ (Marquard, 1986b, S. 50). Das heißt: Aus der Einengung von Behandlungsangeboten auf abstinenzorientierte können sich nachteilige Folgen für Menschen mit Alkoholproblemen, ihre Angehörigen, Behandler/innen und die Gesellschaft insgesamt ergeben. Deshalb erscheint es angeraten, im Gesundheits- und speziell im Suchthilfesystem offener als bislang mit Zielfragen umzugehen, Klient/innen nicht zur Abstinenz zwangszuverpflichten und neben Abstinenzangeboten auch solche zum kontrollierten Trinken in das Leistungsangebot aufzunehmen. Diese Überlegungen stehen im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen.

1 Argumente gegen das Abstinenzzielmonopol in der Suchtbehandlung

1.1 Gewährleistung ethischer Grundsätze (ethisches Argument)

Selbstbestimmungsrecht des Konsumenten

Das „Vorsetzen“ des Abstinenzziels in einer alkoholbezogenen Behandlung und die durch Machtmittel (z.B. Entscheidung über Verbleib in der Behandlung) mehr oder weniger gegen den Willen einer Person erzwungene Verpflichtung auf dieses Ziel verstößt gegen die grundlegende ethische Maxime, das Selbstbestimmungsrecht (Autonomie, Unverfügbarkeit) jedes Menschen zu respektieren, also nichts gegen den Willen eines Menschen zu tun (vgl. Kottje & Birnbacher, 1999; Körkel, 2000; Scharrer, 1995). Positiv formuliert: Es steht jedem Menschen zu, über seinen Umgang mit Alkohol frei zu entscheiden – und für manchen heißt dies: „Kein Alkohol ist auch keine Lösung“ (Tote Hosen, 2002).

„Sollen setzt Können voraus“

Gemäß einer weiteren ethischen Maxime sollte man Menschen nichts abverlangen, was zu erbringen sie nicht in der Lage sind. Das Abstinenzziel ist demgemäß nur dann ethisch zu rechtfertigen, wenn eine Person zu einer abstinenten Lebensweise zum gegebenen Zeitpunkt fähig ist. Dies ist zum Beispiel bei wohnungslosen, sozial entwurzelten, langzeitarbeitslosen Alkoholabhängigen häufig nicht gegeben. Realistischer kann bei diesem Personenkreis ein reduzierter, gesundheitliche und soziale Schäden minimierender Alkoholkonsum („harm

reduction“) sein (GK Quest Akademie, 2003; Malatt & Witkiewitz, 2002).

1.2 Geringer Erreichungsgrad von Problemkonsumenten (gesundheits-/versorgungspolitisches Argument)

Ziel einer am öffentlichen Gemeinwohl orientierten Gesundheitspolitik sollte sein, möglichst viele Menschen mit problematischem (riskantem, missbräuchlichem, abhängigem) Alkoholkonsum frühzeitig zu erkennen und qualifiziert dabei zu unterstützen, ihr Trinkverhalten zu ändern (Institute of Medicine, 1990; Tucker, Donovan & Marlatt, 1999; Wienberg, 2001b). Das hat das vorhandene Suchthilfesystem trotz seiner Verdienste bislang nicht erreicht. Die Sachlage stellt sich nämlich wie folgt dar:

10,5 Millionen (22%) der 18- bis 59-jährigen Deutschen weisen gemäß dem WHO-Diagnoseverfahren „AUDIT“ einen riskanten oder schädlichen (missbräuchlichen/abhängigen) Alkoholgebrauch auf (Kraus & Bauernfeind, 1998). Die Erreichungsquote dieses Personenkreises durch die Suchthilfe ist gering. Beschränkt man den Blick zunächst einmal nur auf die 2,0 Millionen Alkoholabhängigen, so werden nach Wienbergs (2001a) Berechnungen nur 7% durch Fachberatungsstellen, 1,7% durch Fachkliniken, 5,1% durch Sozialpsychiatrische Dienste und 3,7% durch Psychiatrische Krankenhäuser/Abteilungen erreicht (jeweils institutionelle 1-Jahres-Prävalenz an der Gesamtprävalenz der Alkoholabhängigen). Im medizinischen Behandlungssystem tauchen zwar deutlich mehr der Alkoholabhängigen auf (34,5% mindestens einmal jährlich in Allgemeinkrankenhäusern, 80% bei niedergelassenen Ärzt/innen;

a.a.O.). Allerdings werden gerade dort Alkoholprobleme i.d.R. nicht erkannt und/oder nicht thematisiert bzw. behandelt.

Bedenklicher noch: Die deutlich größere Zahl der Personen mit **riskantem** oder **missbräuchlichem** Konsum wird vom Suchthilfesystem so gut wie gar nicht erreicht, weshalb Wienberg (2001a) bei diesem Personenkreis (und den chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken) von der „vergessenen Mehrheit“ (S. 22) spricht.

Die Gründe für den geringen Erreichungsgrad der Menschen mit Alkoholproblemen liegen u.a. in der Befürchtung der Konsument/innen, in der bisherigen Suchthilfe als „Alkoholiker/innen“ etikettiert und auf das Abstinenzziel festgelegt zu werden; sowie im Mangel an Selbsthilfematerialien und Programmangeboten zum kontrollierten Trinken. Viele Länder der Welt sind seit langem vom „Abstinenzmonopolismus“ abgerückt. So werden zum Beispiel in Australien, Großbritannien, Norwegen und den USA seit Jahrzehnten auch Angebote zum kontrollierten Trinken vorgehalten (vgl. Körkel, 2002a).

1.3 Förderung des therapeutischen Prozesses (therapeutisches Argument)

Die Vorgabe der Abstinenz, zum Beispiel in einer Entwöhnungsbehandlung, birgt das Problem in sich, dass Menschen, die sich auf äußeren Druck hin in Behandlung begeben (z.B. als Auflage, um den Arbeitsplatz zu erhalten), obwohl sie gar keine Abstinenz anstreben möchten, „gute Miene zum bösen Spiel machen“: Ihr wahres Konsumziel (nämlich „kontrollierter“ oder

„reduzierter“ Konsum) halten sie geheim, um keine Zwangsentlassung mit ihren negativen Folgen (z.B. Arbeitsplatzverlust) zu riskieren. Dies läuft einer Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtproblematik entgegen, statt sie zu fördern. Statt dessen sollte man die Frage von Abstinenz oder kontrolliertem Trinken explizit und sanktionsfrei ins Gespräch bringen, das Für und Wider dieser Ziele mit den Klienten (und gegebenenfalls weiteren Beteiligten aus dem sozialen Umfeld) erörtern und das anzustrebende Ziel im Konsens festlegen. Ein solcher offener Zieldialog bringt eine Reihe therapeutischer Vorteile mit sich:

- Ehrliche Aussagen und Kooperativität werden gefördert (Sobell, Bogardis, Leo & Skinner, 1992).
- Die Konsumveränderung kann mit klaren und innerlich verbindlichen Zielvereinbarungen beginnen (Greve, 1993).
- Behandlungsabbrüche und andere Formen des Widerstands werden gemindert (Sobell et al., 1992).
- Therapeut/innen können sich wie Therapeut/innen statt wie Detektive oder Polizist/innen verhalten (Lieb, 1994).
- Klient/innen können aus eigener Erfahrung heraus Zielveränderungen vornehmen, zum Beispiel sich vom Ziel des kontrollierten Trinkens zu dem der Abstinenz ument scheiden (Greve, 1993; Hodgins, Leigh, Milne & Gernish, 1997).

1.4 Konkurrenzfähigkeit auf dem Suchthilfemarkt (ökonomisches Argument)

In Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen ringen viele Leistungserbringer im Suchthilfbereich um

ihren Fortbestand. Vor allem ambulante Suchtbehandlungsstellen sehen sich vermehrt vor die Aufgabe gestellt, ihren Etat durch selbst erwirtschaftete Mittel abzusichern. Ein Schritt in diese Richtung können zukünftig Angebote zum kontrollierten Trinken für Personen sein, die durch Abstinenzangebote nicht erreicht werden. Für diesen Personenkreis ist eine Kostenbeteiligung durch Kranken- und Rentenversicherung denkbar, ebenso eine finanzielle Eigenbeteiligung (ähnlich den Nachschulungskursen für alkoholauffällige Kraftfahrer).

Auch Entwöhnungseinrichtungen könnten ökonomisch vom Erschließen unversorgter Patientengruppen und ambulanter Angebote zum kontrollierten Trinken profitieren, u.a. durch eigene stationäre Angebote für „Alkoholmissbraucher“ und die Behandlung von Patienten, bei denen sich ambulante Programme zum kontrollierten Trinken als nicht ausreichend erweisen.

2 Kontrolliertes Trinken als Zieloption

Aus den unter 1 genannten Gründen sollte ein an ethischen Prinzipien, dem Hilfebedarf, therapeutischen Grundsätzen sowie ökonomischen Überlegungen ausgerichtetes Suchthilfesystem auch Angebote zum kontrollierten Trinken vorhalten. Was aber ist unter „kontrolliertem Trinken“ (kT) zu verstehen, wie lässt es sich erlernen und für wen kommt es in Frage? Auf diese Fragen wird im Folgenden eingegangen.

2.1 Begriff des kontrollierten Trinkens

Von „kontrolliertem Trinken“ wird gesprochen, wenn jemand sein Trink-

verhalten an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet. Zwei Dinge gilt es beim kontrollierten Trinken unter Kontrolle zu bringen: (a) Die Alkoholmenge/das Trinkmuster und (b) die Umstände des Konsums.

Ad (a). Praktisch bewährt hat sich eine wochenweise Vorabfestlegung der Trinkmenge, das heißt der maximalen täglichen und wöchentlichen Alkoholmenge, sowie der Anzahl alkoholfreier Tage (Sanchez-Craig, 1995); zu weiteren Differenzierungen vgl. Körkel, 2001. Bei der Mengenfestlegung ist die Orientierung am bisherigen Konsumniveau und somit an persönlich realistischen, motivierenden Zielen sinnvoll (Körkel & Veltrup, 2003). So kann zum Beispiel die Reduktion von täglich 7 auf 5 Flaschen Bier erfolgversprechender sein als die von 7 auf 2, obwohl auch 5 Flaschen Bier deutlich oberhalb des somatisch wenig riskanten Limits liegen (s.u.) und die Gefahr z.B. einer Leberzirrhoseerkrankung um ein Vielfaches erhöhen.

Ad (b). Neben der Alkoholmenge können die Rahmenbedingungen des Konsums individuell angepassten Festlegungen unterzogen werden. Dazu können gehören: Festlegungen der Trink-Zeit (z.B. erst nach der Arbeit ab 18 Uhr), des Trink-Ortes (z.B. nicht in dem Raum, in dem man bisher bevorzugt getrunken hat), des sozialen Umfelds (z.B. nicht alleine), der Getränke-Reihenfolge (z.B. vor jedem alkoholischen ein großes nichtalkoholisches Getränk konsumieren) und der Trink-Geschwindigkeit (z.B. nicht mehr als 8-10g pro Stunde, so dass sich Alkohol-Aufnahme und -Abbau die Waage halten). Entscheidend ist es, das richtige Maß an Trinkregeln herauszufinden: Nicht zu wenige, aber auch nicht zu viele Regeln!

In Abgrenzung zu kontrolliertem Trinken wird von „**normalem Trinken**“ gesprochen, wenn jemand ohne vorherigen Trinkplan aus der Situation heraus entscheidet, ob er Alkohol (weiter) trinkt oder nicht.

Als „**moderates Trinken**“ ist ein Alkoholkonsum zu bezeichnen, „der weder bei einem selbst noch in der Gesellschaft Probleme nach sich zieht“ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1992, S. 1). Zur Zeit werden als Grenzwerte für einen moderaten, körperlich nicht riskanten Konsum Obergrenzen von täglich 10g (bei Frauen) bzw. 20g Ethanol (bei Männern) diskutiert (vgl. Seitz, 2000; Singer & Teyssen, 2002; siehe auch Saunders & Lee 2000). Nullkonsum wird angeraten während der Schwangerschaft, beim Führen eines Kraftfahrzeugs oder bei der Einnahme von Medikamenten, die Wechselwirkungen mit Alkohol erzeugen.

2.2 Zugangswege zum kontrollierten Trinken

Zum Erwerb eines selbstkontrollierten Umgangs mit Alkohol stehen die folgenden vier Zugangswege zur Verfügung, die alle die Option, zu einer abstinenter Lebensweise überzuwechseln, einschließen.

Autodidaktisch zu bearbeitende Selbstkontrollbroschüren

In einer Reihe von Ländern (u.a. USA, Großbritannien, Deutschland) sind Materialien zur „Bibliotherapie“ erschienen, d.h. Anleitungen zur Selbstkontrolle des Trinkverhaltens, die ohne oder mit nur geringer therapeutischer Unterstützung umgesetzt werden können (vgl. Tabelle 1).

Name (Land)	Autoren (1. Auflage/ aktuelle Auflage)	Umfang
„How to control your drinking? A practical guide to responsible drinking“ (USA)	Miller & Munoz (1976/in press)	127 Seiten + 33 Seiten Anhang
„Drink wise. How to quit drinking or cut down? A self-help book“ (Kanada)	Sanchez-Caig (1993/1994)	79 Seiten + 14 Seiten Anhang
„So you want to cut down your drinking? A self-help guide to sensible drinking“ (Großbritannien)	Robertson & Heather (1991)	78 Seiten + 21 Seiten Anhang + 1 Flyer
„Let's drink to your health. A self-help guide to sensible drinking“ (Großbritannien)	Heather & Robertson (1986/1996)	127 Seiten + 24 Seiten Anhang
„Weniger Alkohol. Ein Programm zur Selbstkontrolle“ (Deutschland)	Heil & Jaensch (1978)	65 Seiten
„Alles klar? Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol“ (Deutschland)	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001)	61 Seiten + 5 Seiten Anhang + 1 Flyer
„Das 10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens“ (Deutschland/Schweiz/Österreich)	Körkel (2001/2003)	105 Seiten + 47 Seiten Anhang

Tabelle 1: Selbstkontrollbroschüren/ -manuale zum kontrollierten/moderaten Trinken (aus Körkel, 2002a)

Diese Programme sind nach dem Selbstkontrollmodell der Verhaltenstherapie ("Behavioral Self-Control Trainings", BSCT) aufgebaut und enthalten die in Abbildung 1 aufgeführten

Bestandteile, wie zum Beispiel Grundinformationen über Alkohol und Anleitungen zum Führen eines Trinktagebuchs.

1. Aneignung von Grundinformationen über Alkohol

(z.B. zu Maß der „Standardgetränkeeinheit“ und Alkoholgehalt typischer Getränke, Blutalkoholkonzentration usw.)

2. Beobachtung, Registrierung und Analyse des Trinkverhaltens

(Führen eines Trink-Tagebuchs zur Beobachtung, Registrierung und funktionalen Analyse des Verhaltens im Hinblick auf Zeit, Art, Menge, Ort, sozialem Umfeld, Auslösern und Konsequenzen des Konsums)

3. Stärkung der Veränderungsmotivation

(Abwägung der Vor- und Nachteile einer Veränderung des Trinkverhaltens, Stärkung der Motive pro Veränderung)

4. Festlegung von Konsumzielen

(Abwägung zwischen den Zielen der Abstinenz und des kT; im Falle von kT: zunächst kurz-, später langfristige Planung des Trinkverhaltens [Festlegung der Trinkmenge: z.B. maximale tägliche und wöchentliche Alkoholmenge, Anzahl alkoholfreier Tage pro Woche])

5. Auswahl von Strategien zur Konsumbegrenzung

(z.B. Abwechslung zwischen nichtalkoholischen und alkoholischen Getränken, Begrenzung der Trinkmenge pro Stunde, Trinkbeginn nie vor einer bestimmten Uhrzeit, Festlegung "alkoholfreier Zonen", klare Trink- bzw. Abstinenzvorsätze für gesellige Anlässe usw.)

6. Aufbau sozialer Kompetenzen

(Erwerb situationsangemessener Abgrenzungsstrategien [„nein sagen“]; Nutzung sozialer Unterstützungsressourcen)

7. Aufbau eines Belohnungssystems

(Selbstverstärkung von Fortschritten in materieller [z.B. sich ein besonderes Essen gönnen], mentaler [sich eigene Erfolge bewusst machen und genießen] oder sozialer Form [z.B. exklusiven Ausflug/Reise mit Partnerin unternehmen])

8. Aktivierung alkoholfreier Formen der Freizeitgestaltung

(z.B. Aktivierung früherer Hobbys)

9. Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung von Belastungen ohne Alkohol

(z.B. bei Stress, Einsamkeit, Ängsten usw.)

10. Umgang mit Ausrutschern und Rückfällen

(z.B. Reframing von Ausrutschern [„Entkatastrophierung“], Bewältigung von „Ausrutscher-Tagen“ usw.)

Abbildung 1: Komponenten verhaltenstherapeutischer Selbstkontrolltrainings zum kontrollierten Trinken

Ein Beispiel für ein derartiges Manual ist das „10-Schritte-Programm zur selbstständigen Reduktion des Alkoholkonsums“ (Körkel, 2003), das ca. 100 Seiten sowie einen Anhang mit Arbeits- und Informationsblättern umfasst. Zur Durcharbeitung und praktischen Umsetzung der 10 Schritte sind etwa drei Monate einzuplanen. Dieses Programm und das therapeutisch angeleitete AkT (s.u.) sind vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V als primärpräventive Programme anerkannt und können von der zuständigen BKK bezuschusst werden.

Therapeutisch angeleitete Programme

Die im Wesentlichen gleichen Inhalte wie in den Selbstkontrollmanualen werden in therapeutisch begleiteten Programmen vermittelt. Diese Programme umfassen in der Regel 6-12 strukturierte Sitzungen und werden entweder im Einzel- oder Gruppenformat durchgeführt. Ein Beispiel dafür ist das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (AkT; Körkel & Projektgruppe kT, 2001; Körkel, Langguth & Schellberg, 2001; Körkel, Schellberg, Haberacker, Langguth & Neu 2002; vgl. Abbildung 2).

- Gruppenprogramm für etwa 12 Teilnehmer/innen
- zieloffen: kontrolliertes Trinken oder Abstinenz möglich
- zeitlich limitiert: 10 wöchentliche Termine zu je 2 ¼ Stunden Dauer
- ausführliches Diagnostik- und Durchführungsmanual für die Gruppenleitung sowie Handbuch für die Teilnehmenden
- 1-2 vorgeschaltete diagnostische Einzelsitzungen
- humanistisch-psychologischer Menschenbildhintergrund
- Ablauf jeder Sitzung verhaltenstherapeutisch strukturiert: 50% der Zeit Vermittlung festgelegter Inhalte (z.B. zu Grundinformationen über Alkohol, Handhabung des Trink-Tagebuchs usw.), 50% Austausch von Erfahrungen und Erarbeitung individualisierter Veränderungspläne
- Fortschritte der Teilnehmer/innen stehen im Focus („lösungsorientiert“)
- Heranführung an weitergehende abstinenzenorientierte Suchthilfeangebote, falls die praktische Umsetzung des kontrollierten Trinkens nicht (zufriedenstellend) gelingt.

Abbildung 2: Charakteristika des „Ambulanten Gruppenprogramms zum kontrollierten Trinken“ (AkT)

Das AkT umfasst 1-2 diagnostische Einzelsitzungen und 10 wöchentliche, inhaltlich und didaktisch standardisierte Gruppentermine (max. 12-14 Teilnehmer/innen) á 2 1/4 Stunden, geleitet von ein bis zwei im AkT fortgebildeten Suchtfachkräften. Das AkT wird seit Oktober 1999 an der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke des Caritasverbandes Nürnberg durchgeführt. Seit April 2001 werden in Deutschland und der Schweiz durch die GK Quest Akademie 4-6-tägige Trainerkurse zum AkT durchgeführt, wozu ein umfangreiches AkT-Trainermanual mit Durchfüh-

runghinweisen und Zeitangaben für die einzelnen Abschnitte jeder Sitzung, Arbeits- und Informationsbögen sowie Beschreibungen der notwendigen Rahmenbedingungen für die Trainingsdurchführung (z.B. Visualisierungshilfen wie Overhead oder Flip-Chart) gehören (Körkel & Projektgruppe kT, 2001). Inzwischen haben etwa 270 Fachkräfte, vor allem aus Deutschland und der Schweiz, die Schulung abgeschlossen und das AkT wird in verschiedenen Städten beider Länder angeboten (Abbildung 3; detaillierte Übersicht unter www.kontrolliertes-trinken.de).



Abbildung 3: Verbreitung des „Ambulanten Gruppenprogramms zum kontrollierten Trinken“ (AkT) in Deutschland

Wienberg (2002) beziffert für Deutschland den Bedarf an Gruppenprogrammen wie etwa dem des AkT auf 60.000 (bzw. 75 je 100.000 Einwohner; zugrundegelegt: 10 Teilnehmer/innen pro Gruppe, jährliche Erreichungsquote von 10% [= 600.000] der 6 Millionen Personen mit riskantem oder missbräuchlichem Konsum).

Analog zum AkT steht seit 2003 das 10 Sitzungen à 50 Minuten umfassende „Ambulante Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken“ (EkT; Gehring & Projektgruppe kT, 2003) zur Verfügung. Modifizierte Fassungen des AkT und EkT werden inzwischen in größerem Umfang in der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe, vor allem den Einrichtungen des Katholischen Männerfürsorgevereins München, angeboten (GK Quest Akademie, 2003).

Selbsthilfegruppen mit dem Ziel des kontrollierten Trinkens

Audrey Kishline (1994) hat – von den Anonymen Alkoholikern kommend – unter dem Namen „Moderation Management“ (MM) eine Selbsthilfegruppe gegründet, in der in strukturierter Form („9-Schritte-Programm“) kT erlernt und unter Begleitung einer Gruppe stabilisiert werden kann. MM wendet sich an Menschen, denen Alkohol in irgendeiner Weise zum Problem geworden ist („Problemtrinker“), jedoch nicht an chronisch Alkoholabhängige oder „trockene Alkoholiker“. MM-Gruppen treffen sich üblicherweise einmal pro Woche für eine Stunde. Den Teilnehmenden wird zunächst eine regelmäßige wöchentliche Teilnahme über 3-12 Monate hinweg und anschließend eine monatliche Teilnahme empfohlen. Die Gruppentreffen stehen auch Freunden und Angehörigen von Menschen mit Alkoholproblemen offen.

In einigen Städten Deutschlands haben sich inzwischen Selbsthilfegruppen ehemaliger AkT-Teilnehmer/innen gebildet, so u.a. in Nürnberg, Duisburg, Frankfurt, München und Nürtingen. Diese Gruppen (wie auch die des MM) stehen auch Menschen offen, die sich vom Ziel des kontrollierten Trinkens zu dem der Abstinenz umentscheiden. Die Erfahrungen mit diesen gemischten Zielgruppen sind durchgängig positiv und zeigen, dass die Abstinenz auch bei Personen, die kontrolliert Alkohol konsumieren, als Ziel nicht verloren ist, sondern durchaus geschätzt (wenn auch nicht unbedingt aktuell persönlich erreicht) wird.

Ärztliche Kurzinterventionen

Unter dem Stichwort „Kurzintervention“ werden neuerdings vor allem für die Anwendung im (haus-)ärztlichen Bereich Programme empfohlen, die eine kurze Durchlaufsdauer haben (in der Regel maximal 60 Minuten, verteilt auf mehrere Sitzungen) und sich vor allem an „Viel-trinker“, Alkoholmissbraucher und leicht Alkoholabhängige richten. Neben der Ausrichtung an Prinzipien motivierender Gesprächsführung (vgl. Körkel & Veltrup, 2003) ist ein Charakteristikum von Kurzinterventionen die Zieloffenheit und Nutzung von Anleitungen zum kontrollierten Trinken. Beispielsweise sehen sowohl die großen US-amerikanischen Modellprogramme TrEAT (Flemming; Barry, Manwell, Johnson & London, 1997) und Health (Ockene, Wheeler, Adams, Hurley & Hebert, 1997) als auch das britische DRAMS-Programm (Heather, Campion, Neville und MacCape, 1987) den Einsatz ausgewählter kT-Elemente vor, wie z.B. die Nutzung von Trink-Tage-

büchern und Checklisten für Risikosituationen des Zuviel-Trinkens.

2.3 Wirksamkeit von Programmen zum kontrollierten Trinken

Die zuvor aufgezeigten Zugangswege zum kontrollierten Trinken sind unterschiedlich gut erforscht. Wissenschaftliche Studien zu den Erfolgen von **Selbsthilfegruppen** zum kT liegen bislang nicht vor. Demgegenüber ist durch eine Reihe von Untersuchungen belegt, dass **ärztliche Kurzinterventionen** eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums (vgl. Miller & Wilbourne, 2002; Moyer, Finney, Swearingen & Vergun, 2002) und eine Einsparung von Behandlungskosten (French, 2000) nach sich ziehen.

Die Mehrzahl empirischer Evidenzen liegt allerdings zur Wirksamkeit von **Selbstkontrollmanualen** und therapeutischen **Einzel-/Gruppenprogrammen** vor. Nach den vorliegenden narrativen (Hester, 2003; Miller, 1983; Rosenberg, 1993) und statistischen Metaanalysen (Walters, 2000) eignen sich diese Zugangswege zum kT zur nachhaltigen Trinkmengenreduktion bzw. Förderung der Abstinenz, Verminderung alkoholassoziierter Probleme und Steigerung der Lebensqualität (Übersicht: Körkel, 2002a). Im Einzelnen:

- Miller (1983) kommt in seiner Übersicht über vorwiegend US-amerikanische kT-Programme, an der auch die heutige Befundlage nichts ändert, für unterschiedliche Nacherhebungszeiträume und Stichproben auf durchschnittlich 65% kontrolliert Trinkende (Variation je nach Studie von 25-90%). Die Trinkmengenreduktion beträgt im Mittel etwa 50% (vgl. Heather & Robert-

son, 1983; Miller, 1983; Beispiel: Hester & Delaney, 1997).

- Mit kontrolliertem Trinken – ebenso wie mit Abstinenz – gehen eine Reduzierung der Angst- und Depressionssymptomatik; sowie ein Anstieg des Selbstwertgefühls und der Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation einher (Polich, Armor & Braiker, 1981; Shaw, Waller, Latham, Dunn & Thomson, 1998).
- Mittlerweile wurden 22 methodisch anspruchsvolle klinische Kontrollstudien zur Effektivitätsprüfung von Selbstkontrollmanualen durchgeführt und in einer Metaanalyse im Hinblick auf ihre Ergebnisse zusammengefasst (Apodaca & Miller, 2003). Gemäß dieser Analyse sind Selbsthilfemanuale zur Veränderung des Trinkverhaltens wirksam. Intensivere Interventionen (Einzel- oder Gruppentherapie) erweisen sich den Selbstmanagementmanualen als nicht generell überlegen (z.B. Miller & Baca, 1983).
- Der Einwand, kT gelinge - falls überhaupt - immer nur kurzfristig und werde von Rückfällen in das alte Konsumverhalten abgelöst, ist empirisch durch diverse Einzelstudien (z.B. Miller & Baca, 1983) und Metaanalysen (Rosenberg, 1993; Walters, 2000) widerlegt: „There is no evidence in the current meta-analysis to support the claim of opponents of controlled drinking that the effects of behavioral self-control training are temporary, transient, or unstable“ (Walters, 2000, S. 146). In diesem wie in anderen Aspekten sind kT-Programme abstinentbezogenen Programmen mindestens ebenbürtig, längerfristig tendenziell sogar über-

legen: „The results of this meta-analysis denote that, at the very least, behavioral self-control training is equivalent to abstinence-oriented forms of intervention in terms of overall effectiveness, stability of outcomes, and potential clientele“ (a.a.O., S. 146).

- Das erste Jahr erfolgreichen kontrollierten Trinkens ist - wie im Falle der Abstinenz - höchst prädiktiv für die Beibehaltung dieses Verhaltens über die folgenden acht Jahre (Miller, Leckmann, Delany & Tinkom, 1992), und Auffrischsitzungen (booster sessions) können - genauso wie nach Abstinenztherapie - die Erfolgsrate erhöhen (Booth, Dale, Slade & Dewey, 1992).
- Der zusätzliche Konsum anderer psychotroper Substanzen (v.a. Cannabis, Kokain und Amphetamine) wirkt sich gemäß der Studie von Hester und Delaney (1997) nicht auf den Erfolg eines kT-Programms aus.
- Positiv zu vermerken ist weiterhin, dass sich manche der Teilnehmenden während eines laufenden kT-Programms auf Abstinenz „umstellen“ und andere im Anschluss daran eine abstinentenorientierte Behandlung beginnen (Hodgins et al., 1997; Körkel et al., 2002). Kontrollierter Alkoholkonsum kann sich somit als sinnvolles Zwischenstadium für weitergehende Veränderungsprozesse erweisen.

Die zuvor referierten internationalen Befunde lassen sich auch für das **„Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“** belegen und spezifizieren. Ergebnisse zum AkT liegen bislang aus fünf in Nürnberg durchgeführten Gruppen vor, an denen insgesamt 58 Personen (23 Frau-

en und 35 Männer) mit einem Durchschnittsalter von 48 Jahren teilgenommen haben. 21 Personen waren als „Alkoholmissbraucher“, 36 als „Alkoholabhängige“ einzustufen (nach ICD-10; 1 Teilnehmer ohne Klassifizierung). Als erster Erfolg ist zu werten, dass viele Personen ohne bisherige Suchthilfekontakte (zwei Drittel der Teilnehmenden) für die AkT-Teilnahme gewonnen werden konnten. Ebenfalls positiv zu verbuchen ist, dass nur fünf Personen die Gruppe vorzeitig beendeten, zwei davon wegen Wechsel in eine Abstinenztherapie. Auch die positiven informellen und formellen Rückmeldungen (anhand eines „Stundenbeurteilungsbogens“ am Ende jeder Gruppensitzung) sind ein Indiz für die Adäquatheit der Programminhalte und -gestaltung.

Von 44 der 53 Personen, die das AkT vollständig absolviert haben, liegen Alkoholkonsumdaten von vier Zeitpunkten vor (vor und unmittelbar nach dem AkT sowie 6 und 12 Monate nach dessen Abschluss; persönliche Befragung, in der Regel in der Caritas Beratungsstelle, vereinzelt telefonisch). Die vorliegende 1-Jahres-Katamnese weist für 58% der AkT-Teilnehmer/innen einen deutlichen Erfolg auf (Körkel, Schellberg, Langguth & Drinkmann, in Vorb.).

Im Einzelnen ergeben sich folgende Ergebnisse:

- 8% der Teilnehmer/innen lebten am **Ende des Katamnesejahres** abstinent, 50% hatten ihren Alkoholkonsum deutlich reduziert (25% um mehr als 50% ihrer zu Beginn des AkT konsumierten Trinkmenge, 19% wiesen eine Trinkmengenreduktion zwischen 30% und 50% und 6% zwischen 10% und 30% auf).

- Die in einer Woche konsumierte Alkoholmenge (in Standardeinheiten [SE]; 1 SE = 20g = 1 Flasche Bier) reduzierte sich bei Männern wie bei Frauen durch Teilnahme am AkT signifikant ($p < .01$) um knapp 50%: bei **Männern** von 30,8 auf 16,7, bei **Frauen** von 20,1

auf 11,3 SE. Bei Männern blieb die Reduktion 6 und 12 Monate nach Ende des AkT signifikant ($p < .01$) gegenüber dem Ausgangsniveau, bei Frauen glichen sich die Konsumwerte den Ausgangswerten an ($p > .05$; vgl. Abbildung 4).

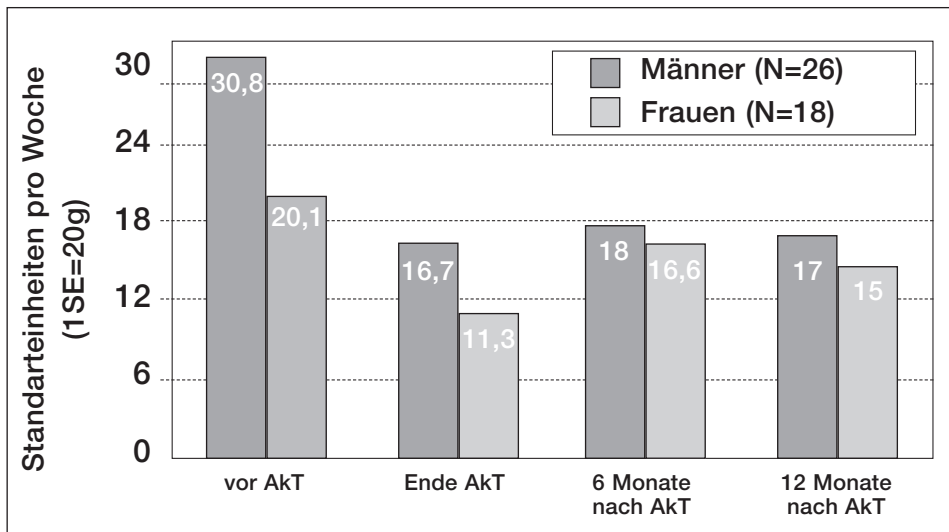


Abbildung 4: Wöchentlicher Alkoholkonsum vor und nach dem AkT, getrennt für Männer und Frauen

Bei **Alkoholabhängigen** und bei **Alkoholmissbrauchern** nahm der wöchentliche Alkoholkonsum in Folge des AkT bedeutsam ab: bei Abhängigen von 29,9 auf 15,8, bei Missbraucher/innen von 21,1 auf 12,0. Die Reduktion blieb bei Alkoholabhängigen ein halbes und ein Jahr nach AkT-Ende unterhalb des Ausgangsniveaus ($p < .01$), bei Missbraucher/innen blieb die Reduktion nach einem halben ($p < .05$), nicht aber nach einem Jahr ($p > .05$) signifikant (vgl. Abbildung 5). Diese und sehr ähnliche Ergebnisse anderer Studien (z.B. Heather, Brodie, Wale, Wilkinson, Luce, Webb,

McCarthy, 2000; Heather, Robertson, MacPherson, Allsop & Fulton, 1987; zusammenfassend: Walters, 2000) widersprechen der zuweilen formulierten Behauptung, Alkoholabhängigen sei nur Abstinenz, nicht aber kT möglich.

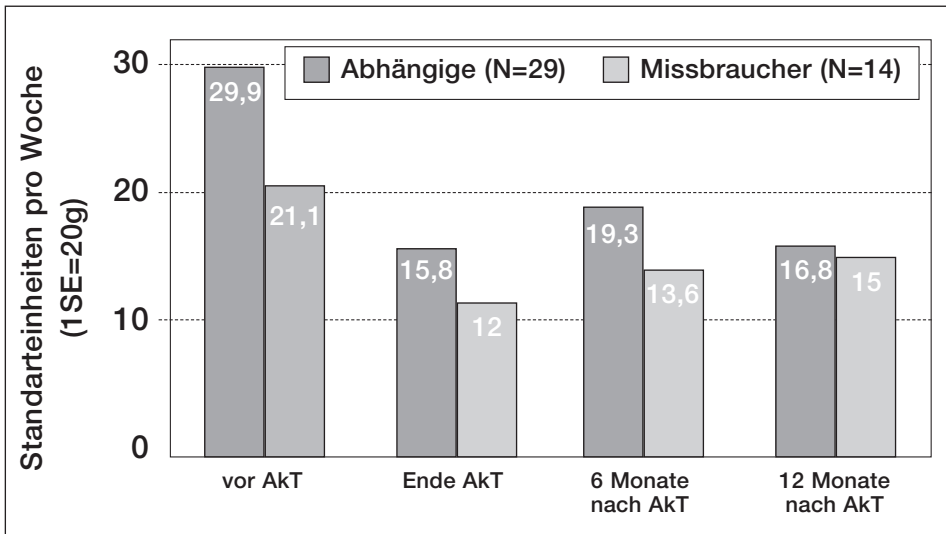


Abbildung 5: Wöchentlicher Alkoholkonsum vor und nach dem Akt, getrennt für Alkoholabhängige und Alkoholmissbraucher

Am meisten profitieren vom Akt Menschen mit einer **Ausgangstrinkmenge von mehr als 800g Alkohol pro Woche** (vgl. Abbildung 6). Ihre durchschnittliche wöchentliche Trinkmenge von 50,3 SE vor dem Akt konnten sie

auf 21 SE ein Jahr nach Ende des Akt reduzieren ($p < .01$). Aber auch Personen mit einem geringeren Eingangskonsum (19,6 SE/Woche) wiesen auch noch ein Jahr nach dem Akt eine signifikante Reduktion auf ($p < .05$).

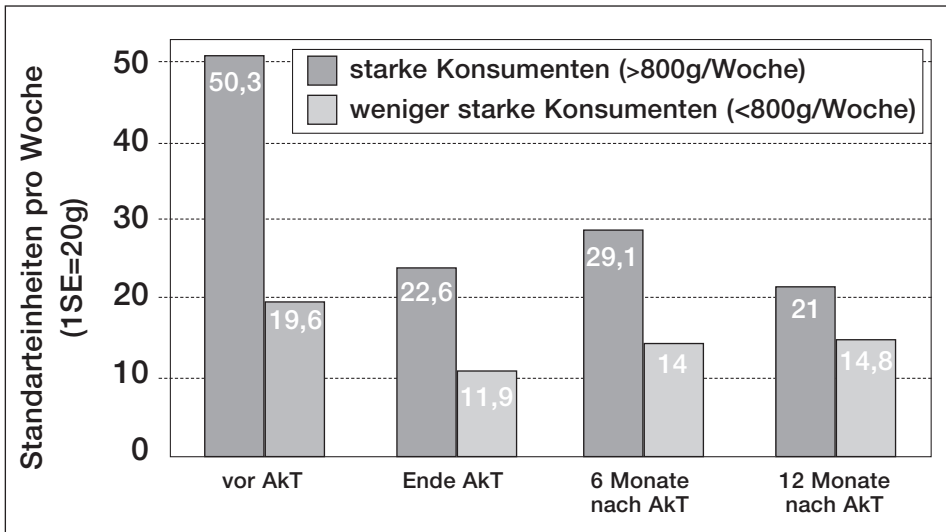


Abbildung 6: Wöchentlicher Alkoholkonsum vor und nach dem Akt, getrennt für Personen mit einem sehr hohen (>800g/Woche) oder geringeren (<800g/Woche) Eingangskonsum.

- Aus den AkT-Kursen ist eine **Selbsthilfegruppe** hervorgegangen, die sich ein Mal im Monat trifft. Sie begünstigt nach bisherigen Erfahrungen (Laufzeit etwa 30 Monate) eine Stabilisierung der erzielten Erfolge.
- Auch die Tatsache, dass knapp die Hälfte der Teilnehmer/innen nach Beendigung der AkT-Gruppe ein **weiteres Suchthilfeangebot** (Selbsthilfegruppe, ambulante Beratung, abstinenzorientierte Therapie, Entspannungsgruppe etc.) in Anspruch nahm, werten wir als Erfolg. Offensichtlich konnte die Bereitschaft, aktiv an der Veränderung der eigenen Alkoholproblematik weiterzuarbeiten, gefördert werden.

Zusammengefasst weisen die bisherigen Befunde das AkT als ein in mehrfacher Hinsicht attraktives und erfolgversprechendes Angebot für Menschen mit unterschiedlichen Schweregraden an Alkoholproblemen aus.

2.4 Indikation zum kontrollierten Trinken

Angebote zum Erlernen des kT sind indiziert, wenn dem Konsumenten alkoholbedingte Probleme (körperlicher, beruflicher, familiärer, juristischer oder anderer Art) entstanden sind (schädigender Konsum) oder zu entstehen drohen (riskanter Konsum) und die Person zu Alkoholabstinenz nicht motiviert und auch nicht motivierbar ist (Abbildung 7; vgl. auch Sonderheimer, 2000).

Indikation für kontrolliertes Trinken

- Die Patientin/der Patient praktiziert einen risikoreichen oder bereits schädlichen Alkoholkonsum.
- Sie/er wünscht sich als Ziel einen weniger starken Alkoholkonsum.
- Ihr/sein Trinkverhalten ist zu „eingefahren“, als dass eine einfache Empfehlung zur Reduktion des überhöhten Alkoholkonsums umgesetzt werden könnte.
- Sie/er ist zur völligen Alkoholabstinenz nicht motivierbar bzw. nicht in der Lage.

Absolute Kontraindikationen

- Bereits erreichte Abstinenz
- fester Entschluss zur Abstinenz

Relative Kontraindikationen

- Schwangerschaft/Stillzeit
- körperliche Vorschädigungen, wie Leberzirrhose (dekompensiert / Aszites), Varizenblutungen, chronischer Pankreatitis (v. a. bei gleichzeitigem Diabetes Mellitus), Kardiomyopathie oder Hirnschädigung
- alkoholsensible Medikation (unerwünschte Interaktionen zwischen Alkohol und Medikamenten)
- wiederholte Gesetzesverstöße, Gewalttätigkeiten oder andere negative soziale Folgen des Alkoholkonsums (z.B. als Folge eines pathologischen Rauschs)

Abbildung 7: Indikations- und Kontraindikationskriterien für kontrolliertes Trinken

Einigkeit besteht in Forscher- und Behandelndenkreisen darin, dass eine absolute Kontraindikation für kT bei Personen mit bereits erreichter und/oder dauerhaft angestrebter Abstinenz vorliegt. Darüber hinaus ist eine abstinenten Lebensweise zu präferieren, wenn jeglicher Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit negativer Konsumfolgen erhöht, wie etwa bei Schwangerschaft/Stillzeit oder körperlichen Vorschädigungen (Abbildung 7).

Die letztgenannten Kontraindikationen sind allerdings nur relative. Sollte nämlich (a) Abstinenz ausdrücklich abgelehnt und eine Konsumreduktion gewünscht werden und (b) die Unmöglichkeit, Abstinenz anzustreben oder einzuhalten, zu wahrscheinlich mehr negativen Folgen führen als kT, ist trotzdem eine Trinkmengenreduktion als sinnvoll anzusehen.

3 Folgerungen

Abschließend seien drei Folgerungen aus den vorherigen Ausführungen abgeleitet.

3.1 Stärkung von Maßnahmen zum gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol

Hauptzielsetzung eines am Gemeinwohl orientierten Suchthilfesystems sollte sein, „möglichst viele Menschen mit riskantem und schädlichem Gebrauch möglichst frühzeitig zu erreichen und qualifiziert dabei zu unterstützen, ihr Trinkverhalten zu ändern“ (Wienberg, 2001b, S. 328). Das bedeutet u.a., dass wirksame Programme zum moderaten/ kontrollierten Trinken gleichberechtigt neben Abstinenzprogrammen in die Versorgung eingebunden werden sollten. Ansätze zum kontrollierten Konsum sind -

neben Abstinenzansätzen – u.a. in den folgenden Anwendungsfeldern sinnvoll nutzbar:

- traditionelle Suchthilfe (Bereich Alkohol)
- traditionelle Suchthilfe (illegale Drogen)
- medizinische Grundversorgung
- Kurse für alkoholauffällige Kraftfahrer/innen
- betriebliche Suchtarbeit
- Bewährungshilfe, JVA
- Allgemeiner Sozialer Dienst
- Psychotherapie, Psychosomatik usw.
- Arbeit mit mehrfachgeschädigten chronisch Alkoholabhängigen (z.B. in der Wohnungslosenhilfe)
- Forensische Psychiatrie.

Ein Beispiel (vgl. Körkel, 2002b): Eine beachtliche Zahl Heroinabhängiger – nicht zuletzt derer in Substitutions- bzw. Originalstoffprogrammen - weist schwere, behandlungsbedürftige Alkoholprobleme auf. Diese Gruppe von Drogenabhängigen setzt sich nicht nur den generellen Gefahren überhöhten Alkoholkonsums aus. Bei ihnen ist das Mortalitätsrisiko durch den gleichzeitigen Gebrauch von Alkohol und illegalen Drogen zusätzlich deutlich erhöht, und die pharmakologische Behandlung von HIV kann bei hohem Alkoholkonsum unwirksam werden. Trotz aller dieser Fakten streben selbst von den in stationären Abstinenztherapien befindlichen Drogenabhängigen fast 90% keine Alkoholabstinenz an (vgl. Feder, 2003), so dass zumindest Konsumreduktionen als Maßnahmen der Konsumminderung in Betracht zu ziehen sind.

Die Blickfelderweiterung in Richtung fachlich begleiteter Angebote zum

kontrollierten Konsum impliziert, dass sich Suchthilfeanbieter (z.B. Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen) „weiterentwickeln zu integrierten „Dienstleistungszentren für Menschen mit Substanzproblemen““ (Wienberg, 2001b, S. 331).

Für abstinenzbezogene Behandlungen ergeben sich als Desiderata, dass Ziele offen und sanktionsfrei thematisiert werden und das Thema des kT in der Therapie differenziert behandelt wird (vgl. etwa Module 2 und 9 im "Strukturierten Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention", S.T.A.R.; Körkel & Schindler, 2003).

3.2 Theoriebezogene Weiterentwicklungen

Die Befunde zum kT und weitere Forschungsergebnisse bieten reichlich Anlass, das in Deutschland vorherrschende Alkoholismusverständnis einer Revision zu unterziehen (vgl. Finigarette, 1988; Miller, 1993; Schake, 1991):

Uniformitätsmythos von „der“ Alkoholikerin / „dem“ Alkoholiker

Der Uniformitätsmythos von „der Alkoholikerin“ bzw. „dem Alkoholiker“ besagt, dass es „den“ typischen Alkoholabhängigen gebe, der eine spezifische genetische Disposition („Kontrollverlust-Gen“?), typische Krankheitsmanifestationen und einen bestimmten Krankheitsverlauf aufweise. Bereits Jellinek (1960) hat jedoch darauf hingewiesen, dass es sehr unterschiedliche Untergruppen Alkoholabhängiger gibt, und die Forschung der letzten Jahrzehnte unterstreicht, dass die körperlichen, psychischen und sozialen Manifestationen sowie sozialen Begleiterscheinungen einer Alkoholabhängigkeit zu heterogen sind,

um von „der“ Alkoholikerin / „dem“ Alkoholiker sprechen zu können (vgl. Humphreys & Tucker, 2002).

Entweder-oder-Konzeptualisierung von „Kontrollverlust“

Im populären Denken gilt „der“ Kontrollverlust als definitorisches Merkmal von „Alkoholiker/innen“: entweder „man hat ihn“ (und ist somit „Alkoholiker/in“) oder „man hat ihn nicht“ (und ist keiner). Verminderte Kontrollfähigkeit“ (wohlgemerkt nicht „Kontrollverlust“) stellt in der psychiatrischen Diagnostik (ICD, F10.2, bzw. DSM-IV, 303.90) jedoch nur eines unter mehreren definitorischen Kriterien für eine Abhängigkeitsdiagnose dar und muss für diese eben nicht erfüllt sein (Uchtenhagen, 2002). Zudem zeigt sich bei genauerer Betrachtung, dass das Konstrukt des Kontrollverlusts in der Regel unscharf verwendet wird. Das heißt, es bleibt unklar, was jemand genau tun oder unterlassen muss, um ihm „Kontrollverlust“ zu attestieren. Deshalb führt die Gleichsetzung von Abhängigkeit mit Kontrollverlust schnell in die Sackgasse unbelegbarer Behauptungen. Sinnvoller und empirisch fruchtbar erscheint auch in puncto Kontrollverlust ein Abrücken von einer Dichotomisierung (man hat ihn oder man hat ihn nicht) und die Konzipierung von Kontrollfähigkeit als quantitative Größe („impaired control“; Heather, Tebutt, Mattik, & Zamir, 1993).

Dichotomisierung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Wissenschaftlich gibt es keine überzeugenden Gründe, die in Deutschland (und manchen anderen Ländern) finanzierungstechnisch relevante Grenzsetzung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit hochzuhalten (vgl. Insti-

tute of Medicine, 1990). Der Übergang zwischen Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ist vielmehr fließend, das heißt ab dem Erreichen von drei ICD-10-Kriterien für Abhängigkeit tritt – empirisch betrachtet – kein qualitativ neuer Zustand ein, der eine neue Krankheitsentität rechtfertigte (vgl. Miller, 1996; vgl. Kruse et al., 2001, S. 46f.).

Die Irreversibilitätsannahme

Gemäß der Irreversibilitätsannahme kann eine alkoholabhängige Person ihre Alkoholkrankung nur durch lebenslange Abstinenz zum Stillstand bringen, nicht aber rückgängig machen oder geheilt werden („einmal Alkoholiker/in immer Alkoholiker/in“). Dies impliziert: Für Alkoholabhängige bleibt es – diesem Denken zufolge – unmöglich, jemals wieder auf unschädliche Weise mit Alkohol umzugehen. Die mit diesem Denken inkompatiblen Forschungsergebnisse sind allerdings umfangreich (vgl. Heather & Robertson, 1983), und in nahezu allen Katamnese Studien finden sich auch nach Abstinenzbehandlungen Alkoholabhängige – selbst schwer Abhängige – die als kontrolliert Trinkende zu klassifizieren sind (z.B. Shaw et al., 1998; Sieber, 2000; s.o. Abschnitt 2.3).

Summa summarum: Das vorherrschende Krankheitsmodell von Alkoholismus „is simply inadequate for the task of describing, understanding, and addressing alcohol problems in society“ (Miller, 1993, S. 135). Ansatzpunkte für wissenschaftlich profunde Weiterentwicklungen sind in vielfacher Weise erkennbar und bedürfen zukünftig der intensiveren Rezeption.

3.3 Abstinenzgefährdung „trockener Alkoholiker“?

Manche „trockene Alkoholiker“ befürchten, dass die Aussage, **einem Teil** der Alkoholabhängigen sei kT möglich, von „ungefestigten“ abstinenten Alkoholabhängigen missverstanden werden und im erneuten Trinken enden könnte („Das scheint ja zu gehen – also auch bei mir!“). Was lässt sich dazu sagen?

- Autodidaktischen kT-Programmen (wie dem „10-Schritte-Programm“, s.o.) ist ein **Diagnosefragebogen vorgeschaltet**, in dem Menschen, die bereits abstinent leben oder diesen Vorsatz haben, sowie auch Menschen, die sich oder andere durch Alkohol gefährden, ausdrücklich zur Abstinenz geraten wird (vgl. www.kontrolliertes-trinken.de; dort unter „10-Schritte-Programm“, „Alkohol-Selbsttest“). In therapeutisch begleiteten kT-Programmen (wie „EkT“ und „AkT“, s.o.) findet ein Ausschluss Abstinenter und Abstinenzwilliger bereits in der Anmeldephase zu einem Programm oder spätestens im Rahmen der diagnostischen Vorgespräche statt.
- Gleichwohl: Jede Information über kT kann missverstanden werden oder missverstanden werden wollen. Allerdings werden Versuche, seinen Konsum in Grenzen zu halten (meist mit der Absicht „normal zu trinken wie andere auch“ – also nicht kontrolliert zu trinken!), nicht erst seit dem bekannt werden deutscher kT-Programme praktiziert – derartige mehr oder weniger planvolle „Austestversuche“ gehören vielmehr zur „Karriere“ Alkoholabhängiger dazu (vgl. King & Tucker, 2000: durchschnittlich 41 Re-

duktionsversuche bei später Abstinenz und 5 bei später kontrolliert Trinkenden).

- Steigt eine „nasse“ alkoholabhängige Person in eines der kT-Programme (z.B. AkT) ein, so kann sie dort in kürzester Zeit (10 Einheiten in ca. 3 1/2 Monaten) mit fachlicher und methodischer Unterstützung (z.B. Nutzung eines Trink-Tagebuches) erproben, ob bei ihr kT möglich ist oder nicht – und dabei aus **eigener Erkenntnis** zur Folgerung gelangen, Alkohol besser ganz zu lassen. Mit unbestimmter „Erfahrungsdauer“, ohne die fachliche Begleitung eines kT-Programms und bestenfalls in wohlwollender Haltung, vollzieht sich dieser Prozess, wenn jemand in der Absicht, Alkohol weiter zu konsumieren, eine Abstinenzgruppe aufsucht. Möglicherweise wird dort die Konsum-Intention aber auch zynisch kommentiert („Du musst halt noch weitersaufen, bis Du kapiertest, dass Du mit Alkohol nicht umgehen kannst!“), was die Chance eines Wiedersehens drastisch reduziert. Vom Ziel her – Erkenntnis der eigenen Kontrollmöglichkeiten – sind kT-Programme und Abstinenzgruppen also durchaus vergleichbar, von der inneren Haltung und methodischen Vorgehensweise aber verschieden.
- Der aktuelle wissenschaftliche Stand der Erkenntnis zum kontrollierten Trinken sollte zumindest den Menschen, die sich einer Alkoholismusbehandlung unterzogen haben, vertraut sein. Wie könnte sie dann die jetzige Debatte um das kontrollierte Trinken verunsichern – die Forschungsergebnisse und die daraus zu ziehenden richtigen und

falschen Schlussfolgerungen sollten ihnen doch bekannt sein?! Im Klartext: Die neuerdings aufgekommene Irritation um das kontrollierte Trinken dürfte auch etwas zu tun haben mit der unzureichenden fachkundigen Einbeziehung dieses Themas in Alkoholismusbehandlungen.

- Man sollte die Beeinflussungsmacht öffentlicher Debatten, Meinungsbildner und Therapeut/innen nicht überschätzen. Gerade im Hinblick auf die angestrebten Konsumziele lehren verschiedene Studien, dass Alkoholabhängige ihre Ziele recht unabhängig vom therapeutisch Vermittelten oder für gut Befundenen wählen (z.B. Sanchez- Craig & Lei, 1986; Öjehagen & Berglund, 1989).
- Es ist das Mögliche zu tun, um keine falschen oder verkürzten Darstellungen zum kontrollierten Trinken zu kolportieren. Das bedeutet u.a., stets deutlich zu machen, dass die Forschung nicht besagt, **alle** Alkoholabhängigen könnten (oder gar: sollten) kontrolliert trinken, und dass „trockene Alkoholiker/innen“ es vernünftigerweise beim Abstinenzziel belassen und kein „Spiel mit dem Feuer“ riskieren sollten. Ein Aufbruch zu neuen Ufern zieloffener Suchthilfeangebote schmälert den Wert der Abstinenz und abstinenzorientierter Angebote also nicht: Diese sollten fester Bestandteil des Suchthilfe-systems bleiben.

Die Vernunft als „der Verzicht auf die Anstrengung, dumm zu bleiben“ (Marquard, 1986a, S. 10) gebietet es, auch in der Frage der Therapieziel-Auslotung das Maß des Menschlichen zu wahren. Denn „wer nur jene perfek-

te Weltverbesserung zulässt, die ...die absolut gute Welt ...herbeiführt und vom Bestmöglichen und Nächstbesten nichts wissen will, infernalisiert das wirklich Mögliche und das Wirkliche. ...Aber diese Negativierung des Zugänglichen, diese Schlechtmachung jenes Guten, das auch noch im vorhandenen Unvollkommenen steckt, können wir uns nicht leisten: endliche Wesen haben nicht so viele Eisen im Feuer, dass sie auf irgendeines verzichten könnten“ (Marquard, 1986 b, S. 51).

LITERATUR

Apodaca, T.R. & Miller, W.R. (2003). Meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 289-304.

Booth, P.G., Dale, B., Slade, P.D. & Dewey, M.E. (1992). A follow-up study of problem drinkers offered a goal choice option. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 594-600.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). Alles klar? Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Köln: BzgA.

Feder, S. (2003). Konsumziele von Klienten in stationärer Drogentherapie. Unveröff. Diplomarbeit, Ev. Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen.

Fingarette, H. (1988). *Alcoholism as a disease*. Berkeley: University of California Press.

Fleming, M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K. & London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1039-1045.

French, M.T. (2000). Economic evaluation of alcohol treatment services. *Evaluation & Program Planning*, 23, 28-40.

Gehring, U. & Projektgruppe kT (2003). *Trainer-Manual für das „Ambulante Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken (EkT)“*. Heidelberg: GK Quest Akademie (info@gk-quest.de).

- GK Quest Akademie (2003). Einführung von Programmen zum kontrollierten Trinken in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe: Unterstützung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger im Katholischen Männerfürsorgeverein München e.V. (Projektskizze). Heidelberg: GK Quest Akademie (info@gk-quest.de).
- Greve, W. (1993). Ziele therapeutischer Intervention: Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung, Möglichkeiten der Begründung und Kritik. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 347-373.
- Heather, N., Brodie, J., Wale, S., Wilkinson, G., Luce, A., Webb, E. & McCarthy, S. (2000). A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 561-570.
- Heather, N., Champion, P.D., Neville, R.G. & Mac Cabe, D. (1987). Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37, 358-363.
- Heather, N. & Robertson, I. (1983). *Controlled drinking* (revised edition). London: Methuen.
- Heather, N. & Robertson, I. (1996). *Let's drink to your health. A self-help guide to sensible drinking*. Leicester: The British Psychological Society.
- Heather, N., Robertson, I., MacPherson B., Allsop, S. & Fulton, A. (1987). Effectiveness of a controlled drinking self-help manual: One-year follow-up results. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 279-287.
- Heather, N., Tebutt, J.S., Mattick, R.P. & Zamir, R. (1993). Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption. A preliminary report. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 700-709.
- Heil, K.D. & Jaensch, H.U. (1978). *Weniger Alkohol. Ein Programm zur Selbstkontrolle*. Frankfurt: Fischer.
- Hester, R.K. (2003). Self-control training. In: R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd edition). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hester, R.K. & Delaney, H.D. (1997). Behavioral self-control program for windows: Results of a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 686-693.
- Hodgins, D.C., Leigh, G., Milne, R. & Gerrish, R. (1997). Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 22, S. 247-255.
- Hümmelink, R. & Grünbeck, P. (2002). Sozialmedizinische Prognose nach stationärer Sucht-Rehabilitation – aktuelle Auswertungen von Routinedaten der BfA. *Sucht aktuell*, 9, 26-30.
- Humphreys, K. & Tucker, J.A. (2002). Editorial: Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction*, 97, 126-132.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, Connecticut.
- King, M.P. & Tucker, J.A. (2000). Behavior change patterns and strategies distinguishing moderation drink-

king and abstinence during the natural resolution of alcohol problems without treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 48-55.

Kishline, A. (1994). *Moderate drinking. The Moderation Mangement guide for people who want to reduce their drinking*. New York.

Klein, W., Missel P. & Braukmann, W. (1998). Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg nach stationärer Abhängigkeitsrehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, 44-50.

Körkel, J. (2000). Vom Sollen zum Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe. *Abhängigkeiten*, 6, 5-25.

Körkel, J. (2001). Kontrolliertes Trinken: Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung. *Sucht aktuell*, 8, 16-23.

Körkel, J. (2002a). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 3, 87-96.

Körkel, J. (2002b). Controlled drinking as a treatment goal in Germany. *Journal of Drug Issues*, 32, 667-688.

Körkel, J. (2003). Das 10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens. (2. Auflage) (unter: www.kontrolliertes-trinken.de).

Körkel J., Langguth, W. & Schellberg, W. (2001). Jenseits des Abstinenzdogmatismus: Das "Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken" (AkT). In: G. Wienberg & M. Driessen (Hrsg.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen* (S. 92-116). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Körkel, J. & Projektgruppe kT (2001). *Trainer-Manual für das „Ambulante*

Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)“. Heidelberg: GK Quest Akademie (info@gk-quest.de).

Körkel, J., Schellberg, B., Haberacker K., Langguth, W. & Neu, B. (2002). Das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)“. *Suchttherapie*, 3, 112-116.

Körkel, J., Schellberg, B., Langguth, W. & Drinkmann, A. (in Vorb.). Das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)“: 1-Jahres-Katamnese.

Körkel, J. & Schindler, Ch. (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.. Berlin: Springer.

Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115-124.

Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1999). Ethik in der Psychotherapie. In W. Tress & M. Langenbach (Hrsg.), *Ethik in der Psychotherapie* (S. 36-49). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44, Sonderheft 1, 3-82.

Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz U. (2001). *Alkoholismus erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen*. (2. Aufl.) Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Lieb, H. (1994). Abstinenz: Freiheit oder Bürde? In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Therapieziele im Wandel* (S. 103-119). Geesthacht: Neuland.

Marlatt, G.A. & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867-886.

- Marquard, O. (1986a). Skeptiker. Dankrede. In: O. Marquard, Apologie des Zufälligen (S. 6-10). Stuttgart: Reclam.
- Marquard, O. (1986b). Zur Diätetik der Sinnerwartung. Philosophische Bemerkungen. In: O. Marquard, Apologie des Zufälligen (S. 33-53). Stuttgart: Reclam.
- Miller, W.R. (1983). Controlled drinking: A history and critical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 68-83.
- Miller, W.R. (1993). Alcoholism: Toward a better disease model. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 129-136.
- Miller, W.R. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*, 91(Supplement), S15-S28.
- Miller, W.R. & Baca, L.M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441-448.
- Miller, W.R., Leckmann, A.L., Delaney, H.D. & Tinkom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control-training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249-261.
- Miller, W.R. & Munoz, R.F. (in press). How to control your drinking. A practical guide to responsible drinking. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E. & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (1992). Moderate drinking. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (Alcohol alert No. 16-1992).
- Ockene, J.K., Wheeler, E.V., Adams, A., Hurley, T.G. & Hebert, J. (1997). Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2334-2341.
- O'Farrell, T.J. & Murphy, C.M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 256-262.
- Öjehagen, A., & Berglund, M. (1989). Changes of drinking goals in a two-year out-patient alcoholic treatment program. *Addictive Behaviors*, 14, 1-9.
- Polich, J.M., Armor, D.J. & Braiker, H.B. (1981). The course of alcoholism: Four years after treatment. New York: Wiley.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129-139.
- Sanchez-Craig, M. (1994). Drink wise. How to quit drinking or cut down. A self-help book. (Second edition, revised). Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sanchez-Craig, M. & Lei, H. (1986). Disadvantages to imposing the goal of

abstinence on problem drinkers: An empirical study. *British Journal of Addiction*, 81, 1-8.

Saunders, J.B. & Lee, N.K. (2000). Hazardous alcohol use: Its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 95-103.

Schake, J. (1991). Suchtkrankenhilfe. Aufbruch zu neuen Ufern. In T. Bock & H. Weigand (Hrsg.), *Hand-werksbuch Psychiatrie* (S. 348-369). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Scharrer, S. (1995). Was kann Ethik in der Medizin leisten? *Hamburger Ärzteblatt*, 49, 9-13.

Seitz, H.K. (2000). Wie viel Alkohol macht krank? *Deutsches Ärzteblatt*, 97, C1169 - C1172.

Shaw, G.K., Waller, S., Latham, C.J., Dunn, D. und Thomson, A.D. (1998). The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome. *Alcohol & Alcoholism*, 33, 291-303.

Sieber, M. (2000). Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung. Ergebnisse aus den Katamnesen der Forel Klinik. *Bulletin der Forel-Klinik*, 1 (Teil 1), 45-50.

Singer, M.V. & Theyssen, S. (2002). Moderater Alkoholkonsum: Gesundheitsförderlich oder schädlich? *Deutsches Ärzteblatt*, 99(16), A1103 - A1106.

Sobell, M. B., Sobell, L. C., Bogardis, J., Leo, G. & W. Skinner (1992). Problem drinkers' perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist selected. *Behavior Therapy*, 23, 43-52.

Sondheimer, G. (2000). Kontrolliertes Trinken als Therapiewunsch vieler Menschen mit Alkoholproblemen. *Bulletin Nr. 1/2000 (Teil 1) der Forel-Klinik*, 65-80.

Tote Hosen (2002). *Auswärtsspiel (CD)*.

Tucker, J.A., Donovan, D.M. & Marlatt, G.A. (Eds.) (1999). *Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies*. New York: Guilford.

Uchtenhagen, A. (2002). Kontrollverlust – Eine sinnvolle diagnostische Kategorie? Stellenwert für die Therapie? Vortrag gehalten auf den Suchttherapietagen Hamburg 2002.

Walters, G.D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31, 135-149.

Wienberg, G. (2001a). Die „vergesse- ne Mehrheit“ heute. Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In G. Wienberg & M. Driessen (Hrsg.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Wienberg, G. (2001b). Die „vergesse- ne Mehrheit“ heute. Teil V: Bilanz und Perspektiven. In G. Wienberg & M. Driessen (Hrsg.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Wienberg, G. (2002). Menschen mit Alkoholproblemen und das Hilfesystem – Was wird benötigt, was wird geboten und welche Konzepte führen weiter? Vortrag gehalten auf den Suchttherapietagen Hamburg 2002.

Forum 1:

„Kontrolliertes Trinken = Kontrolliertes Risiko?“

Risikokonsum und Risikokompetenz

Friedel Harnacke

Warstein

Suchtfachpfleger

Öffentlichkeitsbeauftragter – Sucht

WKPP Warstein und Lippstadt

Gestatten Sie mir zunächst eine kurze Vorbemerkung. Mein Beitrag ist sicherlich nicht nur geprägt durch meine berufliche Erfahrung hier in der Klinik Warstein, sondern auch durch meine eigenen Erfahrungen als Betroffener. In diesem Zusammenhang konnte ich auch im Lauf von weit über 20 Jahren viele Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen zu diesem Thema führen. Dabei verstehen Sie diesen Beitrag bitte nicht als Stellungnahme von Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen.

Damit uns noch ausreichend Zeit zu Gespräch und Diskussion verbleibt, werde ich mich im Folgenden auf einige wenige, aber m. E. wesentliche Punkte beschränken.

Nicht jeder Mensch, der viel und/oder regelmäßig Alkohol trinkt, ist abhängig. Aber sicherlich besteht für jede/n das Risiko, abhängig zu werden. Abgesehen davon ist der Alkoholverbrauch in Deutschland sehr hoch. Er stagniert zwar seit einigen Jahren, aber eben auf sehr hohem Niveau. So besteht für viele Menschen nicht nur das Risiko einer späteren Abhängigkeit, sondern auch ein erhebliches allgemeines Gesundheitsrisiko. Konkrete Zahlen hat Herr Prof. Körkel ja bereits genannt, so dass ich sie an dieser Stelle nicht wiederholen muss.

Darüber hinaus erscheint mir allerdings noch eine Zahl wichtig:

Laut Umfragen schätzen ca. 6,6 Millionen Bundesbürger ihren Alkoholkonsum selbst als zu hoch bzw. problematisch ein.

Darunter sind viele Menschen, die weder abhängig noch explizit gefährdet sind, aber aus unterschiedlichsten Gründen ihren Alkoholkonsum reduzieren wollen, sollen oder müssen. Für

diese Menschen gibt es bisher, zumindest im deutschsprachigen Raum, keine konkreten Hilfsangebote. Das bedeutet, dass sie bei dem Versuch, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren, ganz auf sich allein gestellt sind. Nicht wenige fühlen sich an dieser Stelle überfordert. Häufig schlagen ihre Versuche fehl.

Für diese „Gruppe“ kann das Angebot von Herrn Prof. Körkel, „Kontrolliertes Trinken“ zu erlernen, m. E. durchaus eine große Hilfe sein.

Allerdings gilt das nicht für Menschen, die einen massiven, schädlichen Gebrauch betreiben und ganz sicher nicht bei einer vorliegenden Suchterkrankung / Abhängigkeit. Hier ist das „Kontrollierte Trinken“ absolut keine Alternative zur Abstinenz.

Es ist richtig, dass die bestehenden Angebote unseres Suchthilfesystems viele Betroffene nicht erreichen. Nicht zuletzt dadurch, dass die „Hürde der Abstinenz“ von den Betroffenen als sehr hoch empfunden wird. Dabei ist die Angst vor lebenslangem Verzicht („Nie wieder einen Tropfen Alkohol!“) durchaus nachvollziehbar. Gleichzeitig stellen sich häufig Ängste ein, die den sozialen Druck betreffen, der unweigerlich befürchtet wird. Da eigentlich jeder (fast) täglich mit Alkohol mehr oder weniger massiv konfrontiert wird, erscheint auch diese Angst zunächst einmal durchaus nicht unbegründet.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht erst in der Behandlungssituation von Abhängigen, sondern bereits in den ersten Beratungs- bzw. Informationsgesprächen unerlässlich, auf diese Ängste näher einzugehen. Gerade in der Behandlung bzw. Therapie von Alkoholabhängigen gilt es, diese Ängste mit gezielten Maßnahmen abzu-

bauen und Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Das heißt, die/der Betroffene muss und kann lernen, sich Wohlfühl-, Wohlbefinden und Zufriedenheit zu verschaffen, ohne auf Suchtmittel zurückzugreifen. Gleichzeitig gilt es aber auch, den Betroffenen zu befähigen, dem sozialen Druck, der in der Realität meist nicht so stark ist wie zunächst befürchtet, durch entsprechend klare Aussagen und unmissverständliches Verhalten zu begegnen.

Ich möchte nun vier aus meiner Sicht wesentliche Punkte benennen, die deutlich machen, dass kontrolliertes Trinken bei Abhängigen nicht funktionieren kann:

➤ **Suchtdruck (Craving):**

Der Suchtdruck, von dem Betroffene immer wieder berichten, kann sowohl während der "nassen Phase" auftreten, unabhängig von Menge und Häufigkeit des Trinkens, als auch zumindest in der ersten Zeit der Abstinenz. Suchtdruck ist sicherlich auch ein subjektives Empfinden, welches noch nicht eindeutig messbar bzw. objektivierbar ist. Somit ist Suchtdruck für eine/n nicht Betroffene/n wahrscheinlich nur schwer nachvollziehbar.

➤ **Unwiderstehliches Verlangen weiter zu trinken:**

Abhängige erleben immer wieder, allerdings nicht zwangsläufig, dass sie, nachdem sie geringe Mengen Alkohol getrunken haben, ein „unwiderstehliches Verlangen“ spüren, weiter zu trinken. In den meisten Fällen führt es dann dazu, dass vorgekommene Trinkmengen nicht eingehalten werden können. Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, dass dieses unwiderstehliche Verlangen nicht zwangsläufig bei jedem Konsum auftreten muss.

➤ **Entzugerscheinungen:**

Neben den körperlichen Entzugerscheinungen, die weitestgehend entweder messbar (z.B. Vitalwerte) oder aber zumindest von Außen sichtbar sind, werden die psychischen Entzugerscheinungen von den Betroffenen als besonders quälend empfunden. Gerade diese psychischen Entzugerscheinungen wie Unruhe, Getriebenheit, Gereiztheit, innere Zerrissenheit und Affektlabilität, vielleicht noch verbunden mit kognitiven Ausfällen, führen sehr häufig dazu, dass der Betroffene entweder Medikamente einsetzt oder eben erneut Alkohol trinkt; denn er weiß aus Erfahrung, dass er diese Entzugerscheinungen so nicht nur mildern und damit erträglich machen kann, sondern er kann sie (zunächst) gänzlich beseitigen.

➤ **Physiologische Wirkung von kleinen Mengen Alkohol:**

Dass bereits kleine Mengen Alkohol auch Auswirkungen auf die Physis der betroffenen Person haben, ist schon allein durch die Vitalwerte belegbar.

Darüber hinaus haben Wissenschaftler in den USA vor einigen Jahren herausgefunden, dass bereits ganz geringe Mengen Alkohol einen messbaren Einfluss auf Botenstoffe (im Gehirn), ganz speziell das Dopamin haben. Dopamin ist u.a. (mit-)verantwortlich für die Stimmung / die Stimmungslage. Das bedeutet: ein niedriger Dopaminspiegel führt zu gedrückter Stimmungslage, depressiven Verstimmungen bis hin zu Depressionen. Wenn jemand nun kleine Mengen Alkohol trinkt, wird der Dopaminspiegel angehoben. Dabei verändert sich die Stimmung der Person im positiven Sinne, d.h. sie/er fühlt sich wohler, weniger gedrückt, vielleicht sogar ausgeglichener und zufriedener. Problematisch

hierbei ist, dass man weder die Alkoholmenge noch Grenzen genau definieren kann. Ebenso problematisch ist es, dass bei weiterem Alkoholkonsum die eben genannte Wirkung umgekehrt wird. Der Dopaminspiegel sinkt wieder ab und die gedrückte Stimmungslage setzt wieder ein.

In weiteren Untersuchungen wurde zudem noch festgestellt, dass signifikant viele Alkoholabhängige über einen relativ niedrigen Dopaminspiegel verfügen und auch anamnestisch über depressive Verstimmungszustände bis hin zu Depressionen bereits vor der Suchterkrankung berichten konnten.

Zusammenfassend möchte ich feststellen:

Selbst kleine Mengen Alkohol zeigen bei dem Abhängigen sowohl psychische als auch physische Auswirkungen. Verkompliziert wird die Angelegenheit dadurch, dass diese Auswirkungen nicht zwangsläufig bei jedem Alkoholkonsum direkt auftreten müssen. Es ist also möglich, dass die betroffene Person mehrfach kleine Mengen Alkohol trinkt, ohne Suchtdruck zu verspüren, ohne das Bedürfnis zu haben, weiter zu trinken und auch ohne dass im Nachhinein Entzugsserscheinungen auftreten. Die Betroffenen werten gerade diese Tatsache als deutliches Zeichen, dass sie nicht abhängig sind. In der Praxis bedeutet das häufig, sie trinken auch weiterhin Alkohol, in der Überzeugung, jederzeit Trinkmenge und Trinkzeitpunkt selbst frei bestimmen zu können. Hierbei handelt es sich allerdings um eine Fehleinschätzung, die die/der Betroffene in aller Regel erst dann wahrnimmt, wenn es bereits wieder zu „negativen Konsequenzen“ gekommen ist.

Für mich stellt gerade dieses Erleben eine Form der intermittierenden Verstärkung dar, welches die Suchterkrankung weiter manifestiert und erhebliche Gesundheitsrisiken birgt.

Abschließend **meine Antwort** auf das heutige Thema:

„Kontrolliertes Trinken = kontrolliertes Risiko?“:

Für Menschen, die nicht abhängig sind und aus welchen Gründen auch immer, ihren Alkoholkonsum reduzieren wollen, sollen oder müssen, ist das Angebot „Kontrolliertes Trinken“ zu erlernen, sicherlich eine große Hilfe und ein durchaus kontrolliertes (kontrollierbares) Risiko.

Für Abhängige dagegen stellt „Kontrolliertes Trinken“ ein unkontrollierbares und unkalkulierbares Risiko dar. Es besteht die Gefahr erheblicher Gesundheitsschäden, bis hin zur Lebensgefahr.

„Kontrolliertes Trinken“ ist keine Alternative zur Abstinenz und somit auch nicht der "zweitbeste Weg".

Forum 2:

„Präventionsstrategien für Suchtmittelkonsumenten“

Präventionsstrategien zur Reduzierung alkoholbedingter Schädigungen

Bernd Schneider

Fachklinik Bad Tönisstein
56626 Andernach

Einleitung

Dieser Beitrag bezieht sich vorwiegend auf Maßnahmen zur Reduzierung von alkoholbedingten Schädigungen. Ausgangspunkt ist die Beschreibung des generellen Alkoholkonsums, wie er sich für die gesamte Bevölkerung darstellt, bis hin zu Risikogruppen und Konsument/innen mit schädlichem und abhängigem Gebrauch. Dabei wird deutlich, dass bereits bei normalem Konsum alkoholbedingte Schädigungen und Kosten auftreten können. Abgeleitet aus diesen allgemeinen Überlegungen werden Präventionsstrategien für zwei unterschiedliche Gruppen beschrieben: Ein settingbezogener Ansatz beschäftigt sich mit Alkoholpräventions- und Interventionsmaßnahmen in Betrieben und ein zielgruppenbezogener Ansatz beschäftigt sich mit Interventionsstrategien bei Patient/innen mit schädigenden, aber noch nicht abhängigen Konsummustern.

1 Alkoholkonsum und die damit verbundenen Kosten

Wie Abbildung 1 zeigt, konsumieren etwa 5% der Bevölkerung keinen oder nur sehr selten Alkohol. Der Großteil der Bevölkerung, nämlich etwa 80% trinken Alkohol in "normalem Maße". Hier findet der Alkoholkonsum unsystematisch statt, folgt gesellschaftlichen Regeln und überschreitet nur selten die aus gesundheitlicher Sicht kritischen Grenzen von 30 – 40 g Alkohol/Tag bei Männern bzw. 15 – 20 g/Tag bei Frauen. Bekanntermaßen sind die Alkoholkonsummengen der Gesamtbevölkerung auch abhängig vom Lebensalter. So finden sich die höchsten Konsummengen bei männlichen Personen zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr. Die Übergänge zwischen normalem und riskantem Konsum sind fließend und es dürfte eine Reihe von sogenannten "Normalkonsument/innen" geben, die auch zu riskantem Konsum und dem damit verbundenen Risikoverhalten neigen.

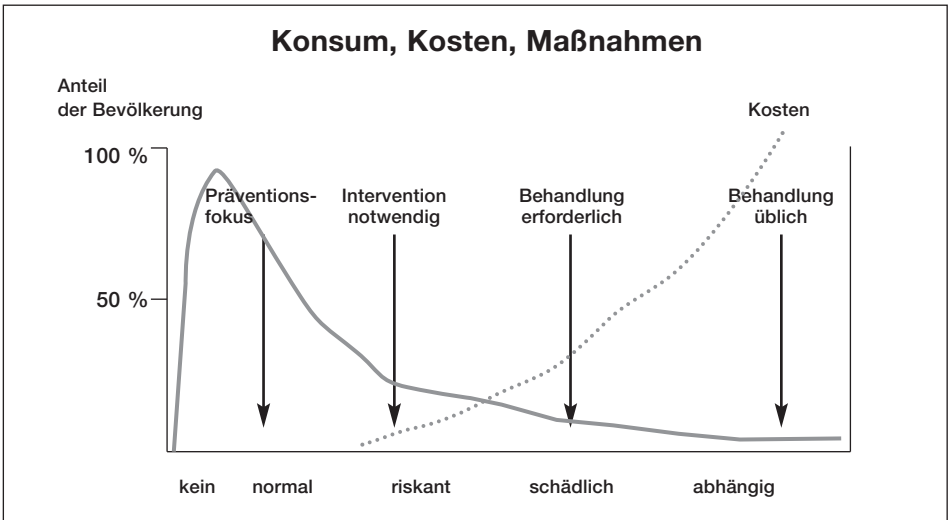


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum, seinen Kosten und möglichen Maßnahmen

Wie Repräsentativerhebungen zeigen, praktizieren ca. 15% der männlichen Bevölkerung und ca. 8% der weiblichen Bevölkerung ein riskantes und damit in vielerlei Hinsicht gefährliches Trinkverhalten. Durch den Alkoholkonsum kommt es z.B. zu Verkehrsunfällen, Stürzen und Alkoholvergiftungen mit massiven körperlichen Reaktionen. Die mangelnde Verhaltenskontrolle unter Alkoholeinfluss führt auch zu aggressiven Verhaltensweisen, die z. B. in massiven familiären Konflikten zum Ausdruck kommen oder als Schlägereien und Prügeleien aktenkundig werden.

Die Gruppe der schädlich konsumierenden Alkoholkonsument/innen wird auf 5% der Gesamtbevölkerung geschätzt. Bei dieser Gruppe sind alkoholbedingt tatsächliche gesundheitliche Schädigungen im Sinne von Erkrankungen eingetreten, wie sie im ICD-10 unter dem Begriff schädlicher Gebrauch definiert sind. Die Liste alkoholbedingter Erkrankungen reicht von Bluthochdruck bis zu Diabetes mellitus (vgl. 3.1). Allgemein wird beklagt, dass bei der Behandlung der vielfältigen möglichen Erkrankungen die pathogene Wirkung des Alkoholkonsums nicht erkannt bzw. nicht berücksichtigt wird. Dadurch können zwar kurzfristige Behandlungserfolge erzielt werden, der fortgesetzte Alkoholkonsum verhindert oder verringert aber die Heilungschancen beträchtlich.

Bei weiteren 2% der Bevölkerung muss von einer Alkoholabhängigkeit ausgegangen werden, die sich über den unkontrollierten Alkoholkonsum hinaus in vielfältiger Weise in den unterschiedlichen Lebensbereichen des Menschen manifestiert und als chronische Erkrankung die Person in

ihrer Gesundheit und sozialen und wirtschaftlichen Bezügen elementar gefährdet. Auf die letztgenannte Personengruppe zielen die allermeisten Maßnahmen unseres Hilfesystems. Mit den Maßnahmen wird zwar nur ein kleiner Teil der Betroffenen erreicht, die Maßnahmen selber sind aber weit entwickelt und führen auch im internationalen Vergleich zu beachtlichen Erfolgen.

In den Überlegungen zu Präventionsstrategien ist es notwendig, das gesamte Spektrum des Alkoholkonsums zu berücksichtigen. Und hier wird aus den oben gemachten Ausführungen (vgl. auch Abbildung 1) deutlich, dass die Kosten des Alkoholkonsums spätestens im Bereich des riskanten Konsums beginnen und folglich spätestens hier interveniert werden muss. Darüber hinaus gilt es natürlich, das riskante Konsummuster nicht nur einzudämmen, sondern sein Auftreten grundsätzlich zu verhindern. Eine sicherlich sehr lohnenswerte Zielgruppe bilden hier Kinder aus suchtkranken Familien. Von diesen Kindern wissen wir, dass sie in besonderem Maße gefährdet sind, in ihrem späteren Leben kritische Konsummuster zu entwickeln und offensichtlich auch eine höhere Vulnerabilität für andere psychische Erkrankungen aufweisen.

In dem vorliegenden Beitrag werden **erstens** Präventionsstrategien beschrieben, die sich auf die Mitarbeiter/innen von Betrieben richten. Mit diesem settingbezogenen Ansatz werden alle Mitarbeiter/innen, unabhängig von ihrem Alkoholkonsummuster, angesprochen. **Zweitens** werden Präventionsstrategien für eine Risikogruppe, die im Gesundheitssystem bereits durch schädigenden Gebrauch auffällig geworden ist, beschrieben. Bei bei-

den Ansätzen wird zunächst ausgeführt, warum genau diese Personengruppen angesprochen werden, und es werden mögliche Maßnahmen entsprechend ihrer Inhalte, ihrer institutionellen Verankerungen und ihrer Finanzierung diskutiert. Abschließend wird auf die Effekte der Maßnahmen und die notwendige, aber häufig nicht geleistete, Evaluation verwiesen.

2 Alkoholpräventionsmaßnahmen in Unternehmen

2.1 Zielgruppe

Alkoholpräventionsmaßnahmen in Betrieben sind notwendig, da - unabhängig vom Unternehmen und den jeweiligen Arbeitsbedingungen - entsprechend der Konsumgewohnheiten in der Bevölkerung zu erwarten ist, dass die Mitarbeiter/innen des Unternehmens Alkohol konsumieren und der Alkoholkonsum Auswirkungen auf das Arbeitsverhalten der Mitarbeiter/innen hat. Dabei muss aufgrund der spezifischen Wirkung von Alkohol auf den menschlichen Organismus davon ausgegangen werden, dass die Leistungsfähigkeit (Konzentration, Reaktion) vermindert und gleichzeitig, wie vielfach belegt, das Unfallrisiko erhöht ist. Daher ist grundsätzlich festzuhalten, dass Alkoholkonsum und Arbeit von einander zu trennen sind. Wichtig ist, dass es hierbei nicht um eine grundsätzliche Ablehnung von Alkoholkonsum im allgemeinen geht, sondern aufgrund der negativen Wirkung von Alkohol auf die Arbeitshaltung und Arbeitsleistung situationspezifischer Konsum abgelehnt wird. Bezogen auf die spezielle Situation wird daher auch nicht der Terminus Abstinenz, sondern Punktnüchternheit verwandt.

Wie die Erfahrung mit Alkoholpräventionsprogrammen zeigt, ist es auch unabdingbar, generelle Präventionsmaßnahmen und das Postulat der Punktnüchternheit nicht nur auf die in Punkt 2 genannten konsumspezifischen Risikogruppen zu übertragen, sondern auf alle Arbeitnehmer/innen, unabhängig von Hierarchie und unabhängig vom Gefährdungspotential ihrer Tätigkeit. D. h. in die Alkoholpräventionsmaßnahmen sind Vorstände genauso einbezogen wie ihre nachgeordneten Mitarbeiter/innen und Alkoholpräventionsmaßnahmen gelten im gleichen Maße für die Sachbearbeiterin / den Sachbearbeiter am Schreibtisch, wie für den Maschinenführer im gewerblichen Bereich. Wenn die Verbindlichkeit der Maßnahmen nicht für alle Mitarbeiter/innen umgesetzt wird, entstehen Akzeptanz- und Abgrenzungsprobleme, die den Erfolg der Maßnahmen elementar gefährden.

2.2 Maßnahmen

Alkoholpräventionsprogramme sind Maßnahmen der Personalentwicklung und Gesundheitsvorsorge und als solche Bestandteil der Unternehmenskultur. Oberste Zielsetzung der Alkoholprävention ist die Aufrechterhaltung und Steigerung der Leistungsfähigkeit. Damit ordnen sie sich dem zentralen Unternehmenszweck der Gewinnerzielung unter. Eingebunden in das generelle Gesundheitsmanagement des Unternehmens unterstützen diese Maßnahmen natürlich auch die gesetzlich vorgegebenen Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge sowie die ethisch-moralischen Grundsätze der Unternehmensführung zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter/innen.

Durch die spezifische Anwendung von Alkoholpräventionsmaßnahmen in Un-

ternehmen unterscheiden sich diese Maßnahmen von allgemein gesundheitspolitisch ausgerichteten Maßnahmen, wie sie z. B. durch ein Gesundheitsamt eingeleitet werden. Während bei den letztgenannten Maßnahmen die Gesundheit der einzelnen Person und deren Bewahrung im Mittelpunkt stehen, ist in betrieblichen Präventionsmaßnahmen die Gesundheit eher Mittel zur Erhaltung und Steigerung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen.

Auf die Darstellung des breiten Spektrums einzelner Maßnahmen kann in diesem Zusammenhang verzichtet werden, da viele dieser Maßnahmen bekannt sind und es eine entsprechende Flut von Veröffentlichungen dazu gibt. Ein ausdrücklicher Hinweis auf die Notwendigkeit eines grundsätzlichen Alkoholverbotes in Unternehmen sei erlaubt. Dies kann im Wesentlichen aus 3 Überlegungen abgeleitet werden:

- 1) Zur Erreichung der Unternehmensziele besteht in der Regel keine Veranlassung, Alkohol während der Arbeitszeit zu konsumieren.
- 2) Ist Alkohol nicht grundsätzlich verboten, fällt es im Einzelfall schwer, normalen und unschädlichen Konsum von schädlichem zu unterscheiden.
- 3) Durch ein Alkoholverbot sind Risikokonsument/innen, die es unabhängig vom Unternehmen und den Arbeitsbedingungen ab einer bestimmten Größe in jedem Unternehmen gibt, leichter zu identifizieren und es können unmittelbar Maßnahmen zum Schutz des Unternehmens und der Mitarbeiter/innen ergriffen werden.

Ein grundsätzliches Alkoholverbot bietet selbstverständlich auch die Möglichkeit, genau definierte und begrenzte Ausnahmeregelungen zu definieren. Unabhängig von der jeweiligen Regelung erscheint es jedoch notwendig, dass in Bezug auf das Alkoholverbot eine verbindliche und gelebte Unternehmenskultur geschaffen wird. Die Kommunikation und Durchsetzung der Unternehmensregeln muss dabei als zentrale Führungsaufgabe wahrgenommen werden. Das Postulat der zentralen Führungsaufgabe beinhaltet an dieser Stelle auch, dass die Qualität der Führungskraft an ihrer Kompetenz im Umgang mit gesundheitlichen Maßnahmen gemessen wird.

In vielen Unternehmen werden Führungskräfte erfolgreich in ihren Aufgaben zum Gesundheitsmanagement durch Arbeitskreise und Gesundheitszirkel unterstützt. Die sehr gute Aufbauarbeit dieser Gremien in den vergangenen Jahren kann sicherlich dahingehend weiterentwickelt werden, dass die in der Regel auf abhängige Mitarbeiter/innen zugeschnittenen Stufenpläne der Unternehmensleitlinien oder Betriebsvereinbarungen hin zu einer generellen Präventionsstrategie erweitert werden. In diesem Sinne ist es auch wünschenswert, dass Unternehmen sich die jeweilig aktuellen Erkenntnisse des Gesundheitsmanagements zu eigen machen.

Eine so konzipierte Suchtprävention ist keine Sozialromantik, sondern ureigenste Unternehmensaufgabe und im Rahmen der Personalentwicklung und Gesundheitsförderung vom Unternehmen umzusetzen. Über den § 20 des SGB V bietet sich die Möglichkeit, Krankenkassen an der Erledigung dieser Aufgabe finanziell zu beteiligen.

Es darf davon ausgegangen werden, dass Maßnahmen zur Alkoholprävention gerade in Unternehmen hohe Erfolgsaussichten haben. Dies ergibt sich einmal aus der Tatsache, dass formale Unternehmensregeln eine hohe Verbindlichkeit haben und ihre Nichtbeachtung unmittelbare, auch arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können. Damit kann auf unerwünschtes Verhalten, wie eine Alkoholfahne, unmittelbar reagiert werden. Darüber hinaus strahlen die formalen Regeln auch in die sozialen und informellen Normen der Mitarbeiter/innen hinein. In dieser Atmosphäre ergibt sich die Möglichkeit, die positiv überhöhten gesellschaftlichen Normen zum Alkoholkonsum zu relativieren und auf die kritischen Seiten des Alkoholkonsums hinzuweisen.

2.3 Effekte

Entsprechend den Vorgaben und der Zielsetzung alkoholpräventiver Strategien muss auch bei der Evaluation ihrer Effekte die Arbeitsleistung im Mittelpunkt stehen. Diese kann erfasst werden über die Kontrolle der Leistungserbringung oder auch über Indizes wie Abwesenheiten, Gesundheitstage, Selbst- und Fremdbeurteilungen des Leistungsvermögens und der entsprechenden Entwicklungsmöglichkeiten. Notwendig erscheint aber darüber hinaus, dass die Programme eine hohe Akzeptanz, bezogen auf die Zielsetzung und deren Erreichbarkeit, genießen und somit auch zur generellen Zufriedenheit von Führungskräften und Mitarbeiter/innen beitragen. Daher ist es ratsam, neben den objektivierbaren Indizes auch die subjektiven Bewertungen der Beteiligten zu erfassen.

Die Praxis alkoholpräventiver Programme zeigt allerdings, dass Unter-

nehmen erstaunlicherweise zwar bereit sind, einzelne Maßnahmen zu finanzieren, bei der Untersuchung der Effekte der durchgeführten Maßnahmen große Zurückhaltung an den Tag legen. Offensichtlich besteht hier noch Entwicklungspotential.

3 Zielgruppenbezogener Ansatz für Patienten mit schädlichem Gebrauch

3.1 Zielgruppe

Wie in Abbildung 1 verdeutlicht und unter Punkt 2 ausgeführt, muss bei etwa 5% der Bevölkerung von einem schädlichen Gebrauch von Alkohol ausgegangen werden. Schädlicher Gebrauch ist, wie oben bereits ausgeführt, nach ICD-10 definiert als Alkoholkonsum, der bereits zu gesundheitlichen Schädigungen geführt hat. Damit steht der Alkoholkonsum in direktem, ursächlichem Zusammenhang mit Erkrankungen, beeinflusst den Krankheits- und Heilungsprozess negativ und/oder verhindert eine wirkungsvolle Behandlung. Infrage kommende Krankheitsbilder beziehen sich auf Stoffwechselstörungen, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Blutbildveränderungen, Hauterkrankungen, neurologische Erkrankungen sowie psychische Störungen. Es versteht sich, dass der Prozentsatz von Patient/innen, die schädlichen Gebrauch betreiben, in der Subpopulation der Krankenhauspatient/innen deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung ist. Hier muss davon ausgegangen werden, dass 17–25 % der Krankenhauspatient/innen, insbesondere aus dem internistischen Bereich, auch schädigenden Alkoholkonsum betreiben. Wie bereits unter 2 ausge-

führt, wird der schädigende Alkoholkonsum in vielen Fällen nicht erkannt und selbst wenn er erkannt wird, wird er nicht systematisch psychotherapeutisch behandelt.

3.2 Maßnahmen

Die Behandlung der somatischen oder psychischen Erkrankungen von Patient/innen mit schädlichem Alkoholgebrauch muss aber auch die Modifikation des Alkoholkonsumverhaltens beinhalten. Um entsprechende Maßnahmen für diese Patient/innen zu etablieren, ist daher eine umfassende, auch den Alkoholkonsum beinhalten- de Diagnostik notwendig. Wie eindrucksvoll gezeigt wurde, ist es bereits mit Screeningverfahren, die 4 – 5 Fragen beinhalten, möglich, einen Teil dieser Patient/innen herauszufiltern und spätestens in der Anamnese, die auch den Alkoholkonsum dezidiert erfasst, können Patient/innen mit schädlichem Gebrauch trotz der bekannten Verleugnungstendenzen identifiziert werden. Eine mögliche Behandlung für diese Patient/innen bezieht sich auf die Veränderung des Trinkverhaltens, die allerdings nicht durch eine Verhaltensvorschrift erzielt werden kann. Vielmehr muss gerade bei diesen Patient/innen auch die Funktionalität des Alkoholkonsums und die damit verbundene positive psychische Wirkung beachtet werden. Daher bietet sich für die Behandlung dieser Patient/innen ein ähnlich multimodales Vorgehen an, wie dies aus dem Bereich der Abhängigkeit bekannt ist. Differenzierungen ergeben sich für das Behandlungsziel. Hier ist Abstinenz möglich, aber nicht in jedem Fall erforderlich. Gute Chancen bieten auch Programme zur nachhaltigen und situationsspezifischen Reduktion des Konsums.

Während sich die inhaltlichen Schwerpunkte einer Behandlung für Patient/innen mit schädlichem Gebrauch leicht ableiten und entwickeln lassen, ergeben sich innerhalb des bestehenden Suchthilfesystems formale und rechtliche Probleme der Behandlung. Das Behandlungssystem der Suchtkrankenhilfe ist sehr stark auf die Intervention bei bestehender Abhängigkeit und dann zu Lasten der Rentenversicherungsträger ausgerichtet. Behandlungen zu Lasten der Krankenkassen beziehen sich vorwiegend auf die akute, kurzfristige Entgiftung. Formal gesehen ist für die Behandlung des schädlichen Gebrauchs die Krankenkasse zuständig, die aber aufgrund der Verlagerung der Entwöhnung in die Rentenversicherung keine entsprechende Strukturen und Finanzierungsmodelle vorhält. Offensichtlich fürchten die Kassen auch, hier neue Behandlungsformen schaffen zu müssen, die die knapp bemessenen Budgets weiter belasten. Übersehen wird dabei allerdings, dass die Kosten für die Nichtbehandlung die möglichen Behandlungskosten bei weitem überschreiten.

Auf die Frage nach Behandlungsmöglichkeiten verweisen die Kassen auf die „vorhandenen Strukturen bei Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten, Psychotherapeut/innen, Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen.“ Wie die Erfahrung der Vergangenheit zeigt, finden Patient/innen mit schädlichem Gebrauch genau an den genannten Stellen kein adäquates Behandlungsangebot. Es muss darüber hinaus befürchtet werden, dass dieses in den genannten Settings auch nicht herstellbar ist. Dies hat zur Konsequenz, dass die durch den Alkoholkonsum entstehenden somatischen und psychischen Erkrankungen nicht

wirksam behandelt werden und zudem aus dem schädlichen Gebrauch eine Abhängigkeit werden kann.

3.3 Effekt

Der Ruf nach rechtzeitigen Behandlungsmaßnahmen ist weit verbreitet und Bestandteil der Forderungskataloge aller am Gesundheitssystem Beteiligten, einschließlich der Krankenkassen. Bezogen auf die Behandlung von Patient/innen mit schädlichem Gebrauch, findet man aber noch keine praktische Umsetzung. Die damit verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Einzelnen / des Einzelnen und die gesellschaftlichen Kosten bleiben erhalten, da es offensichtlich innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems keine Behandlungsstruktur gibt, die dem Problem adäquat begegnet.

4 Zusammenfassung

Vorgelegt wurden zwei Ansätze, die, abgeleitet von generellen Überlegungen zum Konsumverhalten, unterschieden werden können nach einem settingbezogenen Ansatz und einem zielgruppenspezifischen. Der settingbezogene Ansatz in der Alkoholprävention in Unternehmen ist ansatzweise umgesetzt und hat gute Chancen auf Weiterentwicklung. Beim zielgruppenspezifischen Ansatz für Patient/innen mit schädlichem Gebrauch sprechen die derzeit vorzufindenden strukturellen und finanziellen Randbedingungen gegen eine ausreichende und adäquate Behandlung.

Forum 2:
*„Präventionsstrategien für Sucht-
mittelkonsumenten“*

Start up – ein Präventionsprojekt

Beate Wolf

Suchtberatungsstelle Werl
Diakonie Hochsauerlandkreis Soest e.V.

Stark für andere

Start up

Diakonie
Hochsauerland Soest e.V.

Beate Wolf
19. November 2003

Start up

Diakonie
Hochsauerland Soest e.V.

Stark für andere

Start up, Dipl. Päd. Beate Wolf, 19.11.2003

Seite 2

Start up

Diakonie
Hochsauerland Soest e.V.

1. Was ist Start up?

- Ein Angebot der Suchtberatungsstellen der Diakonie Hochsauerland - Soest e.V.
- für jugendliche Konsumenten legaler / illegaler Drogen
- Hilfe auf dem Weg in ein suchtmittelfreies Leben

Stark für andere

Start up, Dipl. Päd. Beate Wolf, 19.11.2003

Seite 3

2. Konzeptionelle Grundlagen

2.1. Organisatorische Rahmenbedingungen

Durchführende Institution und Mitarbeiter

- Start up wird angeboten von den vier Suchtberatungsstellen der Diakonie Hochsauerland Soeste e.V. (Lippstadt, Soest, Werl, Warstein)
- Der Kurs wird von zwei Mitarbeitern der Suchtberatung geleitet.
- Die Leitung ist heterogen zusammengesetzt, um sowohl männlichen als auch weiblichen Kursteilnehmern gerecht zu werden.

2. Konzeptionelle Grundlagen

2.1. Organisatorische Rahmenbedingungen

Kursgröße und Zeitaufwand

- Die Anzahl der Teilnehmer ist auf 6 - 10 Teilnehmer begrenzt.
- Der Kurs erstreckt sich über 8 Gruppensitzungen á 120 Minuten, und
- eine erlebnispädagogische Einheit von ca. 6 Std.
- Hinzu kommen Vor- und Abschlusssprache.

2. Konzeptionelle Grundlagen

2.2. Rechtliche Rahmenbedingungen

- Start up kann als Ergänzung zu anderen Sanktionen durch das Jugendgericht auferlegt werden.
- Start up ist eine Alternative zu konventionellen Sanktionen.
- Start up arbeitet mit den Jugendlichen tatorientiert.
- Die Teilnahme an Start up ist verbindlich. Versäumnisse der Vorgespräche führen zu veränderten Auflagen.

2. Konzeptionelle Grundlagen

2.3. Zielgruppe

- Jugendliche, die unter Alkoholeinfluss oder im Rahmen des BtmG straffällig geworden sind
- Jugendliche, die durch den Konsum legaler / illegaler Drogen anderweitig auffällig geworden sind
- Jugendliche, die aus eigenen Beweggründen den Konsum reduzieren und / oder ganz einstellen möchten

2. Konzeptionelle Grundlagen

2.4. Zielsetzung

- Eine positive Veränderung der Jugendlichen bzgl. ihres Konsums von legalen und illegalen Drogen.
- Verhinderung einer erneuten Straffälligkeit
- Vorbeugung eines Suchtverhalten
- Stärkung der Persönlichkeit

3. Durchführung

3.1. Einzelgespräche vor Kursbeginn

- Zeitrahmen: ca. 30 Min.
- Das Einzelgespräch dient dem Kennenlernen von Kursleitung und -teilnehmern.
- Die Erfahrungen der Jugendlichen bzgl. ihres Konsums werden erfasst.
- Grundsätzliche Notwendigkeiten (z.B. Mitarbeit, Schweigepflicht) werden verdeutlicht.

3. Durchführung

3.2. Der Kurs

- Start up findet nahe der Wohnorte der Kursteilnehmer, in den zur Verfügung stehenden Gruppenräumen statt
- Gruppenregeln werden erstellt und die Konsequenzen durch Verstöße werden besprochen durch
- Die Themen werden zum Teil durch die Leitung vorgegeben, orientieren sich ebenfalls an den mitgebrachten Erfahrungen der Jugendlichen.

3. Durchführung

3.3. Abschließende Einzelgespräche

- zeitlicher Rahmen ca. 30 Min.
- Die abschließenden Einzelgespräche bieten den Jugendlichen die Chance, unbeeinflusst durch andere Kursteilnehmern ein persönliches Resümee zu ziehen.
- Nach Abschluß von Start up erhalten die Jugendlichen wie auch die zuständigen Jugendrichter, Jugendgerichtshilfen, der das Jugendamt eine Teilnahmebestätigung.

4. Daten und Veränderungen

4.1. Beginn von Start up und erreichte Teilnehmer im Jahr 2002

- Mit dem ersten Kurs starteten wir im Frühjahr 2002.
- 24 durchgeführte Vorgespräche
- 15 Teilnehmer beendeten Start up
- 9 Jugendliche haben Start up nicht begonnen oder sind von der Teilnahme ausgeschlossen worden.

4. Daten und Veränderungen

4.2. Veränderungen nach ersten Erfahrungswerten

- Der zeitlich Rahmen wurde von ursprünglich 90 auf 120 Min. erweitert.
- Veränderte Auflagen seitens des Jugendgerichtes bei nicht erscheinen zu den Vorgesprächen.
- Erweiterung des Kursangebots auf das Thema Alkohol.

4. Daten und Veränderungen

4.3. Erreichte Teilnehmer im Jahr 2003

- 23 durchgeführte Vorgespräche
- 11 Teilnehmer beendeten Start up bis heute, der 3. Kurs findet zur Zeit mit 7 Teilnehmern noch statt
- 5 Jugendliche haben Start up nicht begonnen

5. Resümee

- Wir beurteilen unsere Start up Arbeit als erfolgreich.
- Unsere Kooperationspartner (Jugendgericht, -gerichtshilfe und Jugendamt) schätzen das sekundärpräventive Programm als Zugewinn.
- geplante Datenerhebung
- Die ersten Nachgespräche (1 und 2 Jahre nach Kursabschluß) stehen bevor.
- Einholung weiterer Daten von Kooperationspartnern

Forum 3:
*„Von der Risikokompetenz zum
Risikomanagement“*

**Risikokompetenz und Risikomanagement – zwei
neue Begriffe aus der Managersprache**

Joachim Schuster

Westfälische Kliniken Warstein und Lippstadt
Franz-Hegemann-Straße 23
59578 Warstein

Risikokompetenz und Risikomanagement aus Sicht der Suchtprävention

Ein neuer präventiver Diskurs fügt sich neuerdings demjenigen des „Sucht verhüten“ an. Der Begriff des Risikos tritt in die Arena der Drogenprobleme. Jugendliche, die über den Durst trinken, gewohnheitsmäßig kiffen, Ecstasy und andere Party-Designerdrogen schlucken etc. werden zu „Risikojugendlichen“. Alkoholkonsum im Übermaß und schädigender Gebrauch illegaler Drogen gelten als jugendliches Risikoverhalten, das über neue Formen der Risikoprävention zu verhüten sei. Ähnlich der Suchtprävention setzt auch die Risikoprävention substanz- und verhaltensunspezifisch an. Gelernt werden soll der kalkulierte Umgang mit Risiken generell. Aus der dabei erworbenen Risikokompetenz können dann auch die Regeln für Rausche abgeleitet werden. „Risiken managen“ – besonders im Umgang mit Drogen – lautet die neue Zauberformel des Präventionsdiskurses in fortschrittlichen Präventionskreisen.

Eine erhöhte Risikokompetenz ist durch Erwerb folgender Fertigkeiten zu erlangen:

- Kenntnisse über die Stoffe,
- Erwerb von Erfahrungen und Entscheidungs-/Handlungskompetenz im Umgang mit Drogen,
- Fähigkeiten zur Verhinderung eines längerfristigen Missbrauchsverhaltens,
- Beschränkung des Missbrauchs auf einen experimentellen Probierkonsum,
- Genuss-Orientierung,
- Fähigkeiten zur Verhinderung von Abhängigkeit,

- Entwicklung eines kontrollierten Konsums (Selbstkontrolle von Wirkungen und Schädigungen),
- sensibles Eingehen von Risiken (sensitive risk-taking).

Risikokompetenz und Risikomanagement aus Sicht des „Unternehmensmanagements“

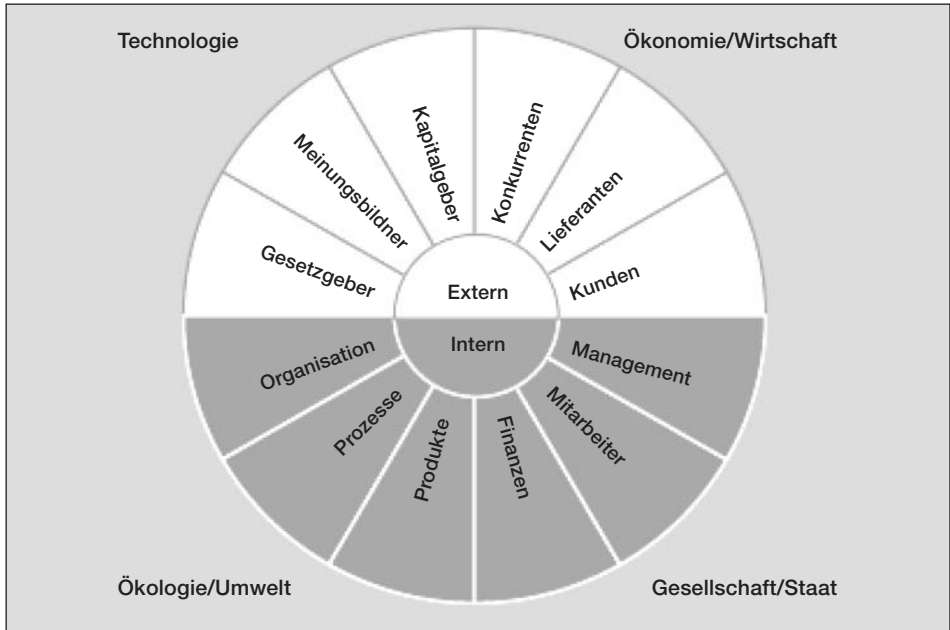
„Das Risiko ist die Bugwelle des Erfolgs“. Wer in einem immer härteren Wettbewerb Chancen nutzen will, wird tendenziell auch mit mehr Risiken konfrontiert. Für die Sicherung des zukünftigen Erfolgs ist es daher entscheidend, dass Chancen und Risiken rechtzeitig erkannt, ganzheitlich analysiert und wirkungsvoll gemanagt werden. Auch gilt es, Grundsätze, Methoden und Instrumente zur risikobewussten Unternehmensführung zu kennen und unternehmensintern intensiv zu diskutieren.

Risikokompetenz und Risikomanagement aus Sicht der Suchtkrankenhilfe

In der Suchtkrankenhilfe sind auch die Mitarbeiter/innen schon immer Risiken ausgesetzt. Trotz steigender Kompetenz scheinen die Risiken immer schwieriger zu managen zu sein. Dies ist auch nicht verwunderlich, wenn man sich einmal die unterschiedlichen Risikofaktoren anschaut.

Jeder einzelne Risikofaktor scheint an Bedeutung zuzunehmen. Die Strategien des Risikomanagements scheinen zur Bewältigung dieser immer weiter steigenden Anforderungen ein geeignetes Instrument zu sein.

Interne und externe Risikofaktoren



Quelle: UBS Outlook

Inwiefern sind die folgenden Thesen des Risikomanagements in Unternehmen auf Gesundheitseinrichtungen übertragbar?

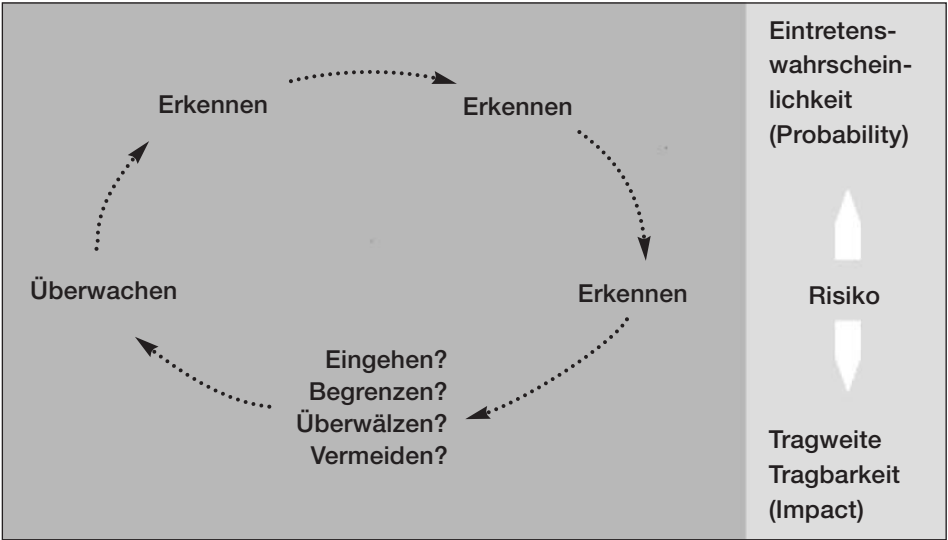
Thesen des Risikomanagements:

- Unsicherheiten und Komplexitäten als Herausforderung annehmen,
- Sicherheits- und Risikobilanz aufeinander abstimmen,
- Risiken ganzheitlich managen,
- Handlungsfreiraum durch Früherkennung erweitern,
- risikoorientiert planen,
- Controlling risikoadäquat gestalten,
- eine risikofähige Unternehmenskultur schaffen,
- eine risikogerechte Finanzierung sicherstellen,

- Kunden- und Lieferantenbeziehungen risikobewusst gestalten,
- nicht tragbare Risiken versichern,
- Währungs- und Zinsrisiken absichern,
- Umweltrisiken chancenorientiert angehen,
- Risikokompetenz in Verwaltungsrat und Management erhöhen,
- durch Risikotransparenz Vertrauen schaffen.

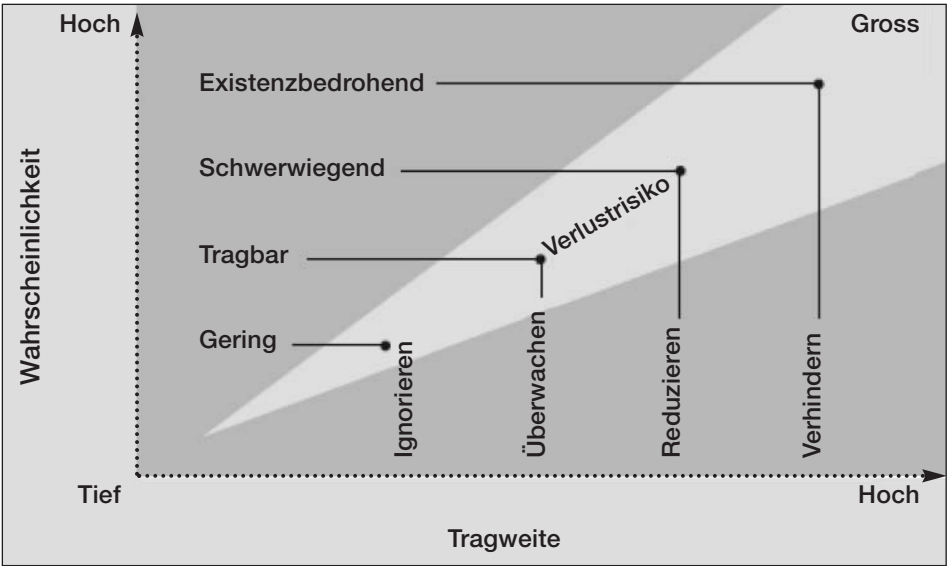
Diese Thesen sind in die Arbeit der Suchtkrankenhilfe sicherlich nicht vollständig übertragbar, können jedoch auch dort als Basis für das Risikomanagement gelten.

**Risikomanagement:
Bewusster und systematischer Umgang mit Risiken**



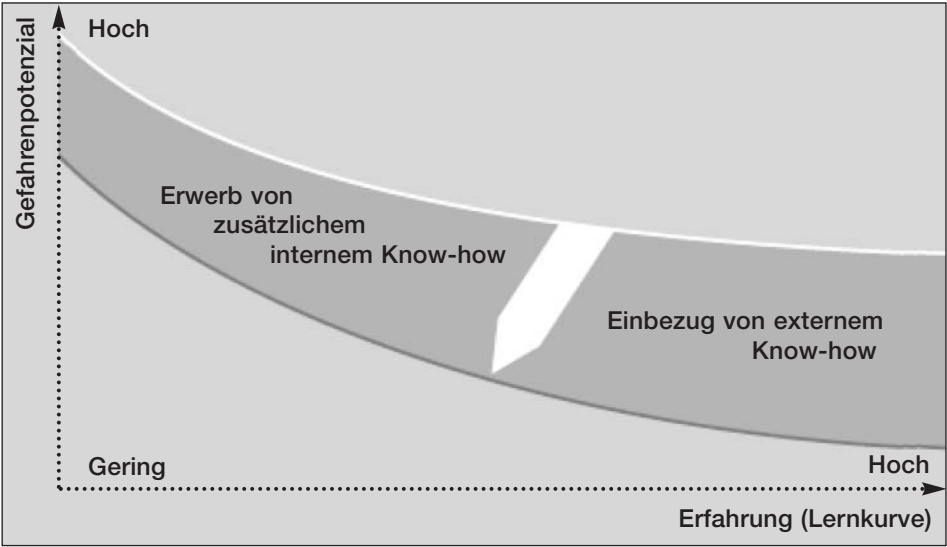
Quelle: UBS Outlook

Wahrscheinlichkeit und Tragweite von Risiken



Quelle: UBS Outlook

**Know-how und Erfahrung
können das Gefahrenpotential entschärfen**



Quelle: UBS Outlook

„Was wäre Vernunft ohne das Wissen vom Rausch?“

Rausch und Risikokompetenz

Thomas W. Heinz

West. Kliniken Warstein und Lippstadt
Abteilung Suchtrehabilitation Stillenberg
59578 Warstein

Einleitung

Wie kommt der Chefarzt einer Abteilung für Sucht-Rehabilitation zu dem Thema „Risikokompetenz“ im Zusammenhang mit Suchterkrankungen? In den letzten Jahren meiner Arbeit mit Abhängigkeitskranken hat der Aspekt „Umgang mit Risiken“ immer eine bedeutsame Rolle gespielt. Gerade in der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen begegnet einem das Versuchen, Probieren und Ausprobieren von Grenzsituationen immer wieder. Trotz der intensiven Bemühungen um Präventionsstrategien berichten insbesondere junge Patient/innen von mangelndem Risikobewusstsein, von Experimenten mit unbekannten Substanzen und unklaren Dosierungen. Bei älteren Patient/innen bzw. Klient/innen kommt es immer wieder zu dem Schritt vom missbräuchlichen hin zum abhängigen Konsummuster. Somit ist dies auch **für die Rehabilitation von Suchtkranken** ein wichtiges Thema, geht es doch auch für abstinentwillige Abhängigkeitskranke immer wieder um die Frage nach tragfähiger Krankheitsakzeptanz, realistischer Risikoeinschätzung und stabiler Abstinenzfähigkeit.

Ich möchte diesen Vortrag nutzen, um mit Ihnen drei Facetten von Rausch und Risiko zu beleuchten:

Welche Rolle spielen Rauschmittel (und dazu gehören alle bewusstseinsverändernden Substanzen, inklusive Alkohol, Nikotin und Medikamente) in unserer Gesellschaft? Braucht unsere Gesellschaft den Rausch?

Welche Strategien gibt es und braucht es, um mit Rausch und Risiken umzugehen?

Was ist Risikokompetenz, und wie erwerben wir so etwas Komplexes?

„**Rausch**“ meint im Kontext dieses Vortrages ganz allgemein die Veränderung der Wahrnehmung von Erlebnissen, Gefühlen, Grenzen und Konventionen in einem außeralltäglichen Bewusstseinszustand. Den Rausch, an den wir alle sofort denken, den Vollrausch, meine ich nur am Rande!

Unter „**Risiko**“ verstehe ich die Verbindung von Ungewissheit und Bedeutsamkeit, die mit einem Ereignis oder Verhalten einhergehen.

1 Braucht unsere Gesellschaft den Rausch?

Neben vielen anderen hat sich auch der Dichter Hermann Hesse mit dem Thema „Rausch“ befasst. Zwei Stellen möchte ich in diesem Vortrag zitieren. An einer Stelle schreibt Hesse:

„...Was wäre Vernunft und Nüchternheit ohne das Wissen vom Rausch,

was wäre Sinneslust, wenn nicht der Tod hinter ihr stünde,

und was wäre Liebe ohne die ewige Todfeindschaft der Geschlechter?“

Das Augenmerk an dieser Stelle gerichtet auf den provokanten Aspekt von Vernunft und Rausch: Zwei in unserer Gesellschaft höchst ambivalent gebrauchte Begriffe. Der moralische Zeigefinger der Gesundheitspädagogik auf der einen Seite – die Sehnsucht des Menschen nach außergewöhnlichen Erfahrungen auf der anderen. Und dann noch der Spaß-Faktor, der zunehmend Freizeit und Arbeitsleben beeinflusst.

Als im Jahre 1337 der Dichter Petrarca die Besteigung des Mont Ventoux plante, wurde er von seinen Landsleu-

ten als Wunderling angesehen. Wie konnte ein erwachsener Mann, nur um Körper- und Willenskraft zu testen, einen fast 2000 m hohen Berg erklimmen? Das tägliche Leben war anstrengend genug, sich zusätzlich zu fordern, erschien den Meisten als vollkommen unsinnig. Was würden wohl diese Menschen von Freeclimbing, Drachenfliegen, Bungeejumping und anderen Extremsportarten halten, und von einer Freizeitindustrie, die immer neue Trends setzt, Nervenkitzel inklusive? Sportliches Klettern im Gebirge war wahrscheinlich die erste Extremsportart überhaupt. Englische Reisende begannen vor ca. 200 Jahren in den Alpen damit – seinerzeit als romantisch-idealistischer Ausdruck der Ablehnung einer zunehmenden Industrialisierung mit verrauchten, engen und stickigen Städten. Sich mit vollem Körpereinsatz die erhabene, unberührte Klarheit der Natur zu erschließen war das Ziel. Viele Menschen fühlen sich bei der Abgleichung der widersprüchlichen Botschaften („Lebe vernünftig“, und das in einer „No risk – no fun“ - Gesellschaft) allein gelassen. Das existente Bedürfnis nach Risikosituationen und rauschhaften Erfahrungen ist im Menschen fest verankert und bedarf einer ernsthaften Auseinandersetzung und Kultivierung. Ver-teufelung führt zu keinem sinnvollen Ergebnis.

Wie kann man die **Grundlagen** verstehen? Ich möchte versuchen, drei Antworten auf diese sehr komplexe Fragestellung zu geben:

Der Mensch ist das Ergebnis eines Millionen Jahre zurückreichenden Evolutionsprozesses. In unseren instinkthaf gespeicherten Bedürfnissen unterscheiden wir uns im Kern wenig von unseren mehr schlecht als recht aufrecht gehenden Urahnen. Die Ab-

läufe in unseren Gehirnen sind nicht alle synchronisiert, laufen nicht nach einem durchgängig harmonischen Programm ab. Im Verlauf der Evolution haben wir sehr differente Prägungen erhalten, die oftmals mehr oder weniger parallel nebeneinander stehen. Da gibt es ein Programm, das uns wünschen lässt, mit anderen Menschen zusammen zu sein, ein anderes ermutigt uns, allein und ungebunden zu leben; es gibt Programme, die auf Promiskuität und andere, die auf Treue und Sorge um die Nachkommen angelegt sind. Es gibt welche, die auf Ruhe und Kräfteersparnis ausgerichtet sind, andere lassen uns die Welt erforschen, neue Wege ausprobieren, Risiken in Kauf nehmen. Die Gattung Mensch hat überlebt, gerade weil beides vorliegt: Ohne Pausen würden wir uns körperlich ruinieren, ohne Innovationen jedoch aufhören, uns fortzuentwickeln, uns keine neuen Lebensräume erschließen. Wünschenswert wäre, wenn wir solche Programme bewusster steuern könnten, dies ist zumeist eher nicht der Fall: Mal folgen wir den Anweisungen des seit Reptilienzeiten nahezu unveränderten Stammhirns, dann richten wir uns nach den 10 Geboten der Bibel...

Bei verschiedenen Menschen sind die soeben dargelegten genetisch gespeicherten Programme verschieden stark ausgeprägt. Es gibt z. B. Menschen, die eine sehr niedrige Toleranzschwelle für Langeweile haben, die ein sehr hohes Maß an Stimulation benötigen, um nicht der Langeweile anheim zu fallen. Solche „Sensation-seeker“ sind es, die besonders zu riskanten Verhaltensweisen neigen. Im pathologischen Fall kann dies bis zur Ausprägung einer besonderen Form von Persönlichkeitsstörung gehen.

Evolution hat im zentralen Nervensystem zwei unterschiedliche Motivatoren angelegt. **Lust** als Wohlgefühl, das wir bei Essen, Entspannung, Sexualität spüren und **Freude** als beflügelndes Empfinden, über die alltäglichen Erfordernisse des Überlebens hinaus gekommen zu sein. Lust ist ein großer Motivator - wir alle kennen ihre Power - aber sie verändert nichts, ist eine erstaunlich konservative Kraft. Das Erlebnis von Freude kann körperlich schmerzhaft sein, eine auch psychische Strapaze. Verbindet sie sich mit dem Triumph über die Kräfte der Stagnation und des Verfalls, kann sie eine bereichernde Erfahrung sein, die Mut für Herausforderungen mit der Zukunft geben kann. Eine solch tief empfundene Freude kann die Grenze zwischen Ich und Umgebung, zwischen Denken und Handeln zeitweilig auflösen, den Eindruck vermitteln, zwischen dem was jemand kann und dem, was in der Situation gefordert wird, stelle sich ein Gleichgewicht ein.

Der letztgenannte Zustand kann bis zur Ekstase gehen, kann über die damit einhergehenden körpereigenen Opioide – Endorphine genannt – auch im Stoffwechsel dingfest gemacht werden ¹⁸. Wie bei allen Dingen gilt auch hier der berühmte Satz des Paracelsus, dass letztlich die Menge das Gift mache. Man kann auch von der Ausschüttung an Endorphinen abhängig werden (immer wieder wird dies von Triathleten berichtet); die nicht nur wortgemäße Parallele zwischen Ekstase und der Droge Ecstasy sei hier nur am Rande erwähnt.

Geht man auf der Grundlage der gemachten evolutionsbiologischen

Fakten noch einen Schritt weiter, könnte man folgende Hypothese postulieren: Leben wir in einer Gesellschaft, die ohne Droge gar nicht mehr existieren kann? Die provokanten Aussagen von Günter Amendt erscheinen letztlich sehr luzide, wenn er die These aufstellt, dass Menschen im Anpassungsprozess an die sich immer weiter beschleunigenden technischen Vorgaben, zur Erlangung eines inneren Gleichgewichtes, auf psychoaktive Substanzen schlichtweg angewiesen sind und Missbrauch, Abhängigkeit und Drogenhandel systemimmanente Aspekte sind ¹⁹.

Ist es abwegig, zu konstatieren, dass ein zunehmend umfassenderer Zustand der Überforderung und Überreizung, mit dem körpereigene Ressourcen nicht mehr Schritt halten können, um uns psychisch und physisch an die Taktraten von Maschinen und Prozessoren anzupassen, die Erwartungen an Hilfsmittel fördert? Es ist sehr interessant, sich vor Augen zu halten, dass die Anpassungsprozesse immer auch mit der Entwicklung von Hilfsmitteln einher gingen: In den sechziger Jahren feierten Tranquillizer wie Valium einen weltweiten Siegeszug, Alkohol war schon lange vorher ein beliebtes Mittel, um beispielsweise Bergleuten die schwere Arbeit zu „versüßen“... In den siebziger Jahren brachte die Protestbewegung eine kritische Diskussion um Medikamente und Alkohol in Gang, doch - ganz Kinder ihrer Eltern - propagierte die Protestgeneration nicht etwa den Verzicht auf Psychostimulanzien, sondern suchte nach eigenen Stimulanzien, die die Abgrenzung von der Elterngenera-

¹⁸ Zehentbauer, Josef (1993). Körpereigene Drogen. Artemis und Winkler Verlag

¹⁹ Amendt, Günter (2003). No drugs; no future. Europa Verlag

tion erleichtern sollten: Haschisch, Marihuana, LSD, dann kamen Heroin und Kokain mit dazu. Wieder zehn Jahre später vereinnahmte die Techno-Generation synthetische Drogen, die - wenig erstaunlich - eine chemische Wurzel bei den stärksten Aufputschmitteln, den Amphetaminen haben. Diese Substanzen ermöglichen das synthetisch erzeugte Erleben von Freude und Ekstase. Viele dieser Szene sehen dies als so genannte kleine Wochenend-Fluchten, um sich dann in der Woche den Erfordernissen des Alltags wieder stellen zu können. Wobei die Untersuchung von Dauerkonsument/innen z. B. von Ecstasy (MDMA ²⁰) zeigten, dass dies ein trügerischer, ja sogar höchst gefährlicher Fluchtweg ist, da fortgesetzter Konsum in höheren Dosen neurotoxische Folgen im ZNS hervorrufen kann.

Der Markt für so genannte Lifestyle-Medikamente wie Viagra und das Antidepressivum Prozac ²¹, für Appetitzügler und anderes mehr hat eine sehr große ökonomische Bedeutung erlangt. Menschen übernehmen mehr und mehr die Vorstellung, sich selbst neu gestalten zu können, den oftmals per Marketingstrategien erzeugten Vorgaben gerecht zu werden. Von Bodyforming, Bodybuilding (inklusive Dopingdebatte!!) Schönheitsoperationen (mittlerweile auch vor laufender Kamera) ganz abgesehen. Alle großen Pharma- und Chemiefirmen haben mittlerweile eigene Abteilungen, die sich mit Life-Sciences befassen; dies umfasst neben Pharmaka auch den Bereich der gestylten Lebensmittel. Das Ergebnis dieser Umwälzungen - der Persönlichkeitstypus, der gegenü-

ber all den genannten Erfordernissen bestehen kann - ist noch nicht klar zu erkennen, eher schon das gesellschaftliche und ökonomische Fundament, denn das ist längst gegossen. Die kulturell bislang gültigen Rahmenbedingungen sind insgesamt zur Diskussion gestellt: Sowohl Arbeitszeit, Arbeitsort, Sicherung des Arbeitsplatzes, soziale Verantwortung stehen zur Disposition. Die freien Finanzströme fragen nicht nach Traditionen und Werten, wohl aber nach Wertzuwachs und Profit (Shareholder value!). Flexibilität und Mobilität der Finanzflüsse haben eine psychische Entsprechung, insbesondere Mobilität wird von uns allen zunehmend erwartet. Als Psychiater und Psychotherapeut erlaube ich mir die Frage: Wie beweglich und biegsam sind wir, was geschieht mit denen, die aus diesem Erwartungsraster herausfallen, die bei extremen Gefühls- und Stimmungsschwankungen zur Selbstmanipulation mit Suchtmitteln und Psychopharmaka greifen? Unsere Gesellschaft hängt an einer gemeinsamen Illusion: Der von dauerhafter Leistung und dauerhaftem Fortschritt. Dieser kollektive Traum wird „Realität“ und „Normalität“ genannt. Eine desillusionierte Gesellschaft nennt ihre Rausch- und Risikosehnsüchte nicht mehr beim Namen und verbietet, dies zu tun.

Doch von diesem Exkurs zurück zu Rausch und Risiko: Der bekannte Suchtforscher Ambros Uchtenhagen bringt es treffend auf den Punkt: Um mit den Anforderungen des Alltags besser zurechtzukommen, wird der Gebrauch von abhängig machenden

²⁰ Methylenldimethoxymetamphetamin (Wirkstoff des - chemisch reinen - Ecstasy)

²¹ In Deutschland unter dem Namen Fluctin im Handel

Substanzen im Sinne einer sozialen Indikation zunehmen. Und Wolfgang Schivelbusch formulierte schon vor 20 Jahren in seinem Buch zur Geschichte der Rauschmittel: „So wie im 17. Jhd. Kaffee- und Tabakverbote Rückzugsgefechte mittelalterlicher Weltanschauung waren, so lassen sich die heute noch geltenden Verbote der Rauschdrogen interpretieren als Rückzugsgefechte bürgerlicher Rationalität und Selbstdisziplin“²².

Wer kennt nicht die Situation, am Nachmittag den Kick eines Espresso oder einer schnellen Pepsi-Light zu nutzen, um in die zweite oder dritte Arbeits-Runde schalten zu können?

2 Welche Strategien gibt es und braucht es, um mit Rausch und Risiken umzugehen?

Der Grund, warum Menschen zunehmend zu Extremsportarten oder zu bewusstseinsalterierenden Substanzen greifen ist der gleiche, wie schon seit Jahrhunderten: Der Wunsch, die Grenzen des Alltäglichen zu überwinden. Es kann auch als Suchbewegung nach Sinn, Eingebundensein, Nervenzitzel verstanden werden. Ich bin der Überzeugung, dass unsere Gesellschaft zunehmend verlernt, mit Risiko und Rausch **bewusst** umzugehen. Folgen wir den Thesen des vorherigen Kapitels, so geht es aber **nicht um die Ausmerzung von Rausch und Risiko, sondern um die bewusste Integration in unseren Werte-Kanon**. Wie lernen wir, mit solchen „außergewöhnlichen“ Situationen umzugehen?

Schon in den frühesten menschlichen Kulturen gab es ritualisierte Formen, um mit Rausch umzugehen. Das Risiko war durch ein klares Regelwerk festgelegt; weibliche oder männliche Schamanen waren es, die das Zeremoniell leiteten. Rausch in diesem Kontext war – und ist es bei einigen indigenen Völkern noch heute – nie ein Selbstzweck. Es ging/geht um den Zugang zu anderen Sphären durch Pforten der Wahrnehmung, um Übergänge zu anderen Entwicklungsphasen, um Initiation, d.h. Einweisung in spirituelle Praktiken und Wurzeln der jeweiligen Kultur. Der sichere Grund war dabei immer die Religion, die Rückbindung im eigentlichen Sinne. Auch wenn einige das nicht gern hören: Die offiziellen westlichen Religionen haben in der Rezeption von Jugendlichen und jungen Erwachsenen viel von ihrer Funktion und Kraft zu einer solchen Rückbindung verloren. Sinnzusammenhänge gehen verloren, und neue Ausdrucksformen werden gesucht, um ein kulturelles Zusammengehörigkeitsgefühl zu erleben. Nicht das Verlangen nach Sinn oder Rückbesinnung ist pathologisch, sondern die kritiklose Bereitstellung von den dargestellten Kompensationsformen. Nicht der Suchende handelt in perverser Weise, sondern pervers ist die expandierende Entkopplung von spirituellen Inhalten und pseudospirituellen Formen des Ausagierens. Selbst in einem Bestseller wie Harry Potter geht es u.a. um die richtige Verwendung von bestimmten außergewöhnlichen Kräften: Die Profanisierung solcher Kräfte hat immer wieder zu sehr großen Problemen geführt. Hier muss insbesondere an

²² Schivelbusch, Wolfgang (1980). Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Hanser Verlag

die Profanisierung im Umgang mit zum Teil sehr potenten Drogen erinnert werden, zu denen auch Alkohol, Nikotin und Medikamente zu rechnen sind!

Gemeinsam betrachtet, kann man aber auch zu folgendem Schluss kommen: Nicht Rausch und Risiko sind das Problem, sondern die Starrheit in der Auseinandersetzung mit ihnen. Dies entspricht aber nicht den damit verzahnten Begriffen „Lebendigkeit“ und „Veränderung“.

Prävention, die ihre alleinige Funktion in der Einschränkung der Negativ-Wirkungen dieser Sehnsüchte sieht, steckt in einem Dilemma: Im Kampf gegen problematische Auswirkungen werden auch die Urphänomene als solche problematisiert. Mit dem Versuch, Risiko- und Rauschsituationen zu vermeiden, wird Prävention von den Zielgruppen als eher weltfremd erlebt. Pädagogik, die Rausch und Risiko ausschließlich mit Gefahr und Tod assoziiert, hilft Menschen nicht, Kommunikation zwischen ihrem Lebensalltag und ihren außeralltäglichen Sehnsüchten und Erfahrungen aufzubauen – sie spaltet vielmehr in zwei Bewusstseinsbereiche. Für den mit Schuldgefühlen behafteten Bereich wird dann letztlich keine Verantwortung mehr übernommen („Ich weiß von nichts, ich war betrunken“).

Das in den Niederlanden entwickelte Konzept der „Harm reduction“ ist ein pragmatischer und an den tatsächlichen Gegebenheiten orientierter Ansatz. Die heute vorgestellten Präventionsstrategien gehen in eine ähnliche Richtung. Nur wer die Sprache der Zielgruppen spricht, fair und kompetent „herüberkommt“, wird auch kritische Inhalte vermitteln können. Ich gebe Günter Amendt an einem ent-

scheidenden Punkt Recht: Der Krieg gegen Drogen ist längst verloren, ist ein lebensfremdes Scheingefecht mit einem ganz eigenen Beigeschmack von Fundamentalismus.... In unseren Arbeitsbereichen haben wir mit den Menschen zu tun, die offensichtlich von den Programmen und Projekten nicht erreicht wurden. Wer von den hier anwesenden Suchtexpert/innen hat übrigens eine kleine rechteckige Schachtel in der Tasche, auf der in markigen Worten vor den (leider sehr realen!) Todesgefahren durch Tabak gewarnt wird?

Es ist keine Kapitulation vor den Suchtmitteln, wenn gefordert wird, Anstrengungen zu unternehmen, Rausch- und Risikoerfahrungen nicht zu minimieren, sondern zu **optimieren**. Ein Beispiel für einen solchen Ansatz ist die Veranstaltung der Koordinationsstelle Sucht mit Gerald Koller aus Österreich, der dort seit Jahren Konzepte für einen solchen Zugang anbietet („Ris-flecting“). Sicher gibt es vieles an seiner Haltung zu kritisieren, aber, ähnlich wie er, bin ich der Überzeugung, dass es gilt, Rausch- und Risikokompetenz zu fördern, eine kommunikative Brücke zwischen alltäglicher Vernunft und dem Risikobereich herzustellen. Durch den Transfer zwischen Alltagsbewusstsein und außeralltäglichen Erfahrungen können beide für den weiteren Alltag nutzbar gemacht werden. Ein optimaler Umgang mit Rausch und Risiko wird nicht durch die alleinige Warnung vor den Gefahren, sondern durch den Aufbau einer Risiko-Kompetenz gesichert. Gesellschaften, die Risiko- und Rauscherfahrungen integrieren, können diese Erfahrungen für das Individuum und die Gesellschaft nutzen.

3 Was ist Risikokompetenz und wie erwerben wir so etwas Komplexes?

3.1 Vorstellungen über Gefährdung und unrealistisch optimistische Risikoeinschätzungen

Menschen haben die Tendenz, ihr persönliches Risiko, Opfer von negativen Ereignissen zu werden, als unterdurchschnittlich einzuschätzen. Für diese positive Sicht der eigenen Zukunft, die als unrealistischer Optimismus bezeichnet wird, finden sich verschiedene Erklärungsansätze. Diese haben eine gemeinsame Basis: Menschen meinen, Wissen über risikorelevante Faktoren zu haben.

Dieses Wissen scheint in Form einer impliziten Risikofaktorentheorie organisiert zu sein, wobei auch stereotype Vorstellungen über gefährdete Personen, sogenannte Risikostereotype, Teil dieser Theorie sind. Ein Risikostereotyp umfasst dabei Vorstellungen über verschiedene qualitative Risikofaktoren (z.B. Rauchen) als auch Vorstellungen über die quantitative Ausprägung eines jeden Risikofaktors (Dauer, Frequenz, Intensität). Diese stereotypen Vorstellungen werden als Referenzpunkte für die Einschätzung des eigenen relativen Risikos genutzt. Konkret wird angenommen, dass die Einschätzung des eigenen relativen Risikos umso höher ausfällt, je ähnlicher die eigene Person der stereotypen Vorstellung über eine gefährdete Person ist. In einer explorativen Studie schätzten 72 Raucher/innen, 39 Ex-Raucher/innen und 40 Nichtraucher/innen ihre relative Gefährdung in Bezug auf Lungenkrebs und Raucherhusten ein. Die Befragten schätzten ihr Risiko im Mittel als unterdurchschnittlich ein. Raucher/innen berücksich-

sichtigten ihr risikorelevantes Verhalten, schätzten sich aber dennoch lediglich als durchschnittlich gefährdet ein. Weiterhin zeigte sich, dass Raucher/innen ihr Erkrankungsrisiko umso höher einschätzten, je ähnlicher ihr Verhalten dem einer ihrer Ansicht nach gefährdeten Person ist. Es wurde genau dann ein durchschnittliches Risiko wahrgenommen, wenn das eigene Rauchverhalten mit dem des Risikostereotypen übereinstimmte.

3.2 Risikowahrnehmung und unrealistischer Optimismus

Die Risikowahrnehmung wird in den meisten Gesundheitsverhaltenstheorien als eine zentrale Ursache für gesundheitsbezogenes Verhalten konzipiert. Diese Modelle nehmen an, dass die beiden Kognitionen „Gefährdung“ und „Schweregrad“ in ein bestimmtes Ausmaß an wahrgenommener Bedrohung münden, die die notwendige Motivation für die Aufnahme von protektivem Verhalten schafft. In diesem Kontext wird Gefährdung im Allgemeinen definiert als die subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, Opfer z. B. einer Krankheit zu werden. In verschiedenen Arbeiten konnte zwar ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Risikowahrnehmung und protektivem Verhalten gezeigt werden, der Effekt der Risikowahrnehmung ist jedoch eher als schwach zu bezeichnen. Als eine zentrale Ursache dieser schwachen Ausprägung wurden in neuerer Zeit systematische Verzerrungen in der Wahrnehmung des eigenen Risikos angesehen. So zeigt sich, dass Personen dazu neigen, im Mittel ihr Risiko als unterdurchschnittlich einzuschätzen. Diese positive Sichtweise der eigenen Zukunft und Gefährdung wird in der Literatur als

„unrealistischer Optimismus“ oder als „einzigartige Unverwundbarkeit“ bezeichnet. Demonstriert wird dies, indem Personen aufgefordert werden, eine Einschätzung ihrer persönlichen Gefährdung im Vergleich zu einer durchschnittlichen Person gleichen Alters und Geschlechts vorzunehmen. Entscheidend für den Nachweis einer verzerrt optimistischen Einschätzung ist, dass sich die Befragten im Mittel für unterdurchschnittlich gefährdet halten.

Der „unrealistische Optimismus“ als optimistischer Fehlschluss korrumpiert das wahrgenommene persönliche Risiko, so dass dies für Vorsatzbildung und tatsächliches Verhalten häufig nicht ausreicht.

3.3 Erklärungsansätze des optimistischen Fehlschlusses

Zur Erklärung des optimistischen Fehlschlusses finden sich eine Reihe von Arbeitshypothesen. Diese fokussieren entweder auf selbstwerterhaltende Funktionen, oder auf fehlerhafte Urteilsstrategien.

Erstere nehmen entweder an, dass der optimistische Fehlschluss auf (illusionäre) Kontrollüberzeugungen in Bezug auf den Ereigniseintritt zurückgeführt werden kann, oder auf den Prozess des nach unten gerichteten sozialen Vergleichs.

Kognitive Ansätze zur Erklärung des optimistischen Fehlschlusses können zwei verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten zugeordnet werden. Einer der Ansatzpunkte umfasst den Prozess der Generierung einer Vergleichsperson. Eine dahingehende These formuliert, dass aufgrund der Nennung eines Ereignisses (z. B. Lungenkrebs) eine typische gefährdete

Person („Prototypical victim“) im Arbeitsgedächtnis präsent wird. Die Befragten vergleichen sich mit einer solchen gefährdeten Person, anstatt (instruktionsgemäß) mit einer durchschnittlichen Person. Dieser Prozess wird durch fehlerhafte kognitive Prozesse erklärt, oder durch den Prozess des nach unten gerichteten sozialen Vergleichs („ego-defensive downward comparison on risk factors“).

Bedenkt man zum einen, dass diese Muster in erster Linie bei Ereignissen, deren Eintritt als kontrollierbar oder als verhaltensabhängig eingeschätzt wird, nachgewiesen werden konnten, und betrachtet man zum anderen die oben genannten Erklärungsansätze, so wird ein zentraler, gemeinsamer Aspekt deutlich: Das subjektive Wissen über risikorelevante Faktoren. Die theoretisch angenommenen Mechanismen können nur wirksam werden, wenn der jeweilige Urteiler über eine implizite Risikofaktorentheorie in Bezug auf das zu beurteilende Ereignis verfügt.

3.4 Der optimistische Fehlschluss und Risikostereotype

Da Wissen über risikorelevante Faktoren an das Individuum als Bezugspunkt gebunden ist (z. B. „der Raucher“), wäre es plausibel anzunehmen, dass eine Risikofaktorentheorie auch eine abstrakte Repräsentation einer Person enthält, die besonders gefährdet ist. Diese abstrakte Repräsentation wird als „prototypical victim“ bezeichnet. Da es sich hier jedoch um eine Person handelt, die noch nicht „Opfer“ eines negativen Ereignisses ist, verwenden wir im Folgenden die Bezeichnung „Risikostereotyp“. In der Literatur finden sich einige Befunde, die Aufschluss über die Struktur sowie die Bedeutung eines solchen Risiko-

stereotyps für die relative Einschätzung von Gefährdung geben.

Aufgrund der hier referierten Befunde kann zusammenfassend gesagt werden, dass der optimistische Fehlschluss insbesondere bei subjektiv kontrollierbaren, verhaltensabhängigen Ereignissen auftritt. In Bezug auf solche Ereignisse verfügen Menschen über quasi „eingebaute“ Risikofaktorentheorien, die vermutlich stereotype Vorstellungen über besonders gefährdete Personen enthalten. Zentrale Attribute eines solchen Risikostereotyps sind ereignisbezogene Risikofaktoren (z. B. Lungenkrebs = Ereignis und Rauchen = Risikofaktor). Im Falle solcher Ereignisse erfolgt die Einschätzung der relativen Gefährdung aufgrund eines Vergleichs des eigenen Risikoverhaltens mit dem Verhalten eines solchen Risikostereotyps. Da dieser Vergleich sicherlich bei den meisten Menschen zu den eigenen Gunsten ausfallen wird, erklärt sich auch, warum gruppenbezogen (d.h. im Mittel) ein optimistischer Fehlschluss zu beobachten ist. Eine Bewertung, inwieweit nun der Einzelne eine unrealistisch optimistische Risikoeinschätzung vornimmt, ist jedoch nicht möglich.

Zum Abschluss ein Gedicht von Hermann Hesse, das die Aspekte von Rausch – hier im Sinne der Ekstase, und nicht des Vollrausches – und Akzeptanz von Risiko und Freude verbindet:

Verzückung

*Nichts ist außen, nichts ist innen,
Nichts ist unten, nichts ist oben,
Alles Feste will zerrinnen,
Alle Grenzen sind zerstoßen.*

*Sterne geh'n in meiner Brust,
Seufzer geh'n am Himmel unter,
Jedes Leben Herz und Lust
Brennt entzückter, flackert bunter.*

*Jeder Rausch ist mir willkommen,
Offen steh ich jeder Pein,
Ströme betend, hingenommen
Mit ins Herz der Welt hinein.*

LITERATUR

Amendt, Günter (2003). No drugs; no future. Europa Verlag.

Uchtenhagen, Ambros

Schivelbusch, W. (1980). Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Hanser Verlag.

Zehentbauer, Josef (1993). Körper-eigene Drogen. Artemis und Winkler Verlag.

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

