

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische  
Fachhochschule Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science B.Sc.

**Kontrolliertes Trinken als Therapieoption für Alkoholranke  
und ihre Effizienz**

Christian Pfarrer

Gutachter: Prof. Dr. phil. Olm

Abgabetermin: 04.06.2021

## Zusammenfassung

Das Angebot des „kontrollierten Trinkens“ als Therapiemöglichkeit für alkoholranke Menschen erweist sich als weitere Behandlungsalternative der Alkoholabhängigkeitserkrankung. In häufigen Fällen ist für Menschen mit einer Alkoholproblematik die Anforderung der völligen Abstinenz als Therapieziel zu hochgesteckt, was das Ausmaß des Scheiterns erhöht. Die nach Hilfe suchenden Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung bzw. Alkoholabhängigkeitserkrankung sind häufig nicht in der Lage abstinent zu sein oder wollen es schlicht nicht. Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Behandlungsmethode des kontrollierten Trinkens vorzustellen und aufzuzeigen, in welchem Spektrum das Behandlungskonzept effizient ist. Hierzu wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass diese Alternativbehandlung bereits in einigen Ländern praktiziert wird und in Deutschland nach und nach mehr als Therapieoption wahrgenommen wird. Dem Betroffenen eine weitere Wahlmöglichkeit zu bieten, die Alkoholabhängigkeit niederschwellig und eher unkonventionell zu therapieren, bietet dem betroffenen kranken Menschen mehr Entscheidungsfreiheit in der Behandlung. Dadurch werden zwangsläufig mehr Betroffene erreicht, deren Interesse geweckt wird, sich über diese „neue Behandlungsoption“ zu informieren. Zudem zeigt das Konzept eine Verringerung der Therapieabbrüche, ebenso der wiederkehrenden Behandlungskosten, der Mortalitätsrate sowie eine Minderung des Trinkkonsums und stärkt letztlich die Behandlungskooperation. Obwohl das Behandlungskonzept deutlich positive Effekte aufweist, muss dennoch viel Arbeit in eine einheitliche Umsetzung gesteckt werden, bevor ein umfangreiches Angebot des kontrollierten Trinkens als Therapieoption für Alkoholabhängige in Deutschland etabliert werden kann.

## Abstract

The offer of "controlled drinking" as a therapy option for alcoholic people has proven to be a further treatment alternative for alcohol addiction. In frequent cases, the requirement of complete abstinence as a therapy goal is set too high for people with alcohol problems, which increases the extent of failure. People with an alcohol consumption disorder or alcohol addiction who are looking for help are often unable to be abstinent or simply do not want to. The aim of this work is to explain what the treatment method of controlled drinking is and in which spectrum the treatment concept is efficient. A literature search was carried out for this purpose. The results of the work show that this alternative treatment is already practiced in some countries and is gradually being perceived more as a therapy option in Germany.

Offering the person affected another option to treat the alcohol dependency in a lowthreshold and rather unconventional way gives the sick person more freedom of choice in treatment. This inevitably reaches more people who are interested in finding out more about this “new treatment option”. In addition, the concept shows a reduction in the number of discontinuations of therapy, as well as the recurring treatment costs and the mortality rate as well as a reduction in drinking consumption and ultimately strengthens the treatment cooperation. Although the treatment concept has clearly positive effects, a lot of work has to be put into a uniform implementation before a comprehensive range of controlled drinking can be implemented as a therapy option for alcohol addicts in Germany

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung: Alles in Maßen .....	1
2	Fundamentales Gedankengebäude der Alkoholabhängigkeit .....	2
2.1	Begriffsbestimmungen: Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit .....	2
2.2	Epidemiologie .....	3
2.3	Schädlicher Gebrauch (ICD-10 : F 10.1) .....	4
2.4	Alkoholabhängigkeit ( ICD-10: F 10.2 ) .....	4
2.5	Alkoholbezogene Störung nach DSM-5 .....	5
3	Charakteristische Verhaltensmuster alkoholkranker Menschen .....	6
3.1	Typologie der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek .....	6
3.2	Das klassische Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit .....	7
3.3	Gründe des verstärkten Konsums .....	8
3.4	Folgen der Alkoholkrankheit .....	9
4	Die Zielausrichtungen der Suchtbehandlung .....	10
4.1	Behandlung der Alkoholabhängigkeit mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz .....	11
4.2	Niederschwellige, zieloffene Suchtarbeit .....	14
5	„Kontrolliertes Trinken“ als Behandlungsziel .....	16
5.1	Begriffserklärung .....	17
5.2	Definitionsvarianten und Abgrenzung zu anderen Trinkformen .....	18
5.2.1	Moderates Trinken .....	18
5.2.2	Soziales Trinken .....	19
5.2.3	Normales Trinken .....	20
5.3	Behandlungsansatz zum kontrollierten Trinken .....	20
6	Die therapeutischen Interventionswege zum kontrollierten Alkoholkonsum .....	22
6.1	Pharmakotherapeutische Behandlung .....	29
6.2	Kontrolliertes Trinken nach dem Selbsthilfeprinzip .....	30
6.3	Angebot der Einzel-/Gruppenprogramme .....	31
6.3.1	Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken (EKT) .....	32

6.3.2	Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT).....	32
6.4	Selbsthilfegruppen.....	33
6.5	Ärztliche Kurzinterventionen.....	34
6.6	Die Konsumreduktion im (teil-)stationären Rahmen.....	36
6.7	Zielgruppe des Konzepts.....	38
7	Wirksamkeit des Konzepts „Kontrolliertes Trinken“.....	40
7.1	Potenziale des Konzepts.....	40
7.2	Grenzen des Konzepts.....	45
8	Fazit.....	48
	Literaturverzeichnis.....	51

<i>Abbildung 1: Annahmen und Grundaussagen des Alkoholismus nach Jellinek (Körkel 2014 b: 212)</i> .....	8
Abbildung 2: Die tägliche Höchstdosis beim kontrollierten Trinken (Körkel 2017: Folie 29) ..	24
Abbildung 3: WHO Grenzwerte riskanten und risikoarmen Alkoholkonsums (DGPPN 2020)	25
Abbildung 4:Trinktagebuch (Körkel, 2014: 214) .....	25
Abbildung 5: Veränderlichkeit der Therapieziele (DGPPN Kongress 2020) .....	29
Abbildung 6: stepped care Therapieprinzip bei Suchtbehandlungen (DGPPN Kongress 2020) .....	36
Abbildung 7: Kosteneinsparung durch kT- Behandlung (Körkel 2014 b: 218) .....	43
Abbildung 8: Senkung der Trinkeinheiten pro Woche und Tag (Körkel 2001, zitiert nach Hoffman 2002: 76).....	44
Abbildung 9: Abstinente Tage pro Woche (Körkel 2001, zitiert nach Hoffman 2002:77). .....	45

# 1 Einleitung: Alles in Maßen

Deutschland ist gesegnet mit einem breitgefächerten Umfang seines Kulturgutes, sei es in der alten deutschen Dichterkunst, in der Architektur oder in neuartigen Erfindungen und stetigen Weiterentwicklung, wie die des Automobils. Doch weltweit wird Deutschland nicht nur als Land der Dichter und Denker gesehen, sondern auch mit Festen und der dazugehörigen Trinkkultur assoziiert (vgl. Haubrich 2005: 30f). Der Deutsche trinkt gerne Alkohol, ob vor dem Essen ein kühles Bier, während des Essens ein Hefe Weizen oder nach dem Essen einen „Verdauungsschnaps“. Alkohol spielt im deutschen Lebensstil eine große Rolle (vgl. ebd.).

Doch sollte der Konsum von Alkohol nicht immer als die Verwendung eines natürlichen Genussmittels gesehen werden. Der Rausch hat nicht allzu oft positive Effekte und nicht immer trinken die Menschen, weil sie glücklich und/oder ausgeglichen sind, wie es die Werbeindustrie weismachen will (vgl. sfa 2008: 5). Laut dem Bundesministerium für Gesundheit sind allein in Deutschland 1,8 Millionen Menschen alkoholabhängig und 1,6 Millionen Menschen betreiben einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (vgl. Batra et al. 2016: 301) und das Resultat daraus sind 74.000 Sterbefälle im Jahr (vgl. Batra et al. 2016: 302). Da der Alkohol seinen festen Platz in der Menschheitsgeschichte gefunden hat, kann dieser nicht einfach ausradiert werden. Er existiert und bringt negative Folgen mit sich (vgl. Batra et al. 2016: 302). Der Umgang mit Alkohol und der dazugehörigen entwickelten Sucht erfordert eine Therapie. Der endgültige Verzicht auf das Alkoholtrinken ist vielen Betroffenen als einziges Behandlungsziel bekannt und gilt daher für die meisten als einzige Therapieform, um die Sucht zu stoppen. Jedoch schaffen es viele Menschen nicht, abstinent zu bleiben. Die Gründe dafür sind entweder die Überforderung mit der Anforderung der völligen Abstinenz oder schlicht die Tatsache, dass der endgültige Verzicht auf Alkohol für den Rest des Lebens eines Betroffenen nicht vorstellbar ist (vgl. ISS 2018).

Doch ist Abstinenz die einzige Behandlungsmöglichkeit? Eine weitere, doch im hiesigen Kulturkreis bisher noch unvorstellbare und meist kontrovers diskutierte Methode, um die Alkoholsucht zu bekämpfen, ist die Behandlung zum „kontrollierten Trinken“. In Deutschland und in vielen anderen Ländern gilt als einziges Therapieziel die völlige Abstinenz, die als Voraussetzung für die erfolgreiche Behandlung der Alkoholabhängigkeit als selbstverständlich angesehen wird. Dabei werden die Ergebnisse einer 40-jährigen Erforschung der Behandlungsalternative des reduzierten, selbstkontrollierten Trinkens außen vorgelassen (vgl. Körkel 2014 b: 211).

Die Arbeit soll das Thema der Alkoholkrankheit, wie auch die dazugehörigen Therapieformen, besonders im Hinblick auf das kontrollierte Trinken, näherbringen und die Fragestellung beantworten: Wie wird kontrolliertes Trinken (kurz immer wieder als kT aufgeführt) definiert, wie als Therapieform verwendet und welche Relevanz und Effizienz hat es als Behandlungskonzept für Alkoholabhängige? Zu Beginn setzt sich die Arbeit mit den grundlegenden Begriffen und im Weiteren mit den aktuellen Therapieformen zum Thema Alkoholabhängigkeit auseinander. Im Hauptteil wird auf das Thema des „kontrollierten Trinkens“ genauer eingegangen um dann umfassend auf die oben formulierten Fragestellungen einzugehen. Zuletzt werden die Ergebnisse der Erarbeitung des Themas dargestellt.

Im gesamten Text wird das generische Maskulinum in Gebrauch genommen. Die gewählte männliche Form bezieht sich gleichermaßen auf die Weibliche und sonstige Geschlechteridentitäten, soweit es für den Inhalt erforderlich ist.

## 2 Fundamentales Gedankengebäude der Alkoholabhängigkeit

Im Folgenden soll dem Leser die Wesentliche Bereiche des Themas Alkoholismus vorgestellt werden, um das Verständnis der Alkoholkrankung voraus zu setzen. Das beinhaltet die Epidemiologie und die Kriterien zur Diagnostik, wie auch die Begriffsbestimmungen, die einem schädlichem Gebrauch von Alkohol oder einer Alkoholabhängigkeit zugeordnet sind.

### 2.1 Begriffsbestimmungen: Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit

Die Krankheit selbst wurde 1774 erstmals von dem amerikanischen Arzt Benjamin Rush als „Krankheit des Willens“ beschrieben und wurde damit überhaupt zum Gegenstand medizinisch-psychologischer Betrachtung und Behandlung (vgl. Lindenmeyer 2005: 2). Jellinek entwickelte 1941 das Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit, das heutigen Behandlungsansätzen nach wie vor zu Grunde liegt (vgl. Jellinek 1960, zitiert nach Bojack 2014: 5) 1952 definierte die WHO den aus heutiger Sicht bedenklichen Begriff des „Alkoholismus“:

*„Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht, dass sie deutliche geistige Störungen und Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen*

*aufweisen, oder sie zeigen Vorstadien einer solchen Entwicklung. Daher brauchen sie Behandlung!*“ (vgl. WHO onlinegruppe Ohnegrenzen, zitiert nach Bojack 2014: 5).

1977 wird der Begriff geändert und mit der Unterscheidung zwischen alkoholbezogenen Folgeschäden und Alkoholabhängigkeit in die Klassifikationen ICD (International Classification of Diseases) und DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual) der American Psychiatric Association aufgenommen (vgl. Edwards 1977, zitiert nach Bojack 2014: 5). Durch die führenden amerikanischen Fachinstanzen (National Council on Alcoholism and Drug Dependence, American Society of Addictive Medicine), die Soyka 2008 wie folgt übersetzt:

*„Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und Umfeld bedingte Faktoren beeinflusst werden. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.“*  
(vgl. Soyka 2008 zitiert nach Bojack 2014: 5f)

Für die derzeitige klinische Einteilung und deren Behandlung finden die Begriffe Missbrauch bzw. Abhängigkeit in den beiden international gebräuchlichen Klassifikationen DSM-IV und ICD-10 üblicherweise Verwendung (s.u.). Damit ist nunmehr eine klare Einstufung möglich (vgl. Bojack 2014: 6).

## 2.2 Epidemiologie

Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), auf der Seite „Alkohol - Zahlen, Daten, Fakten“, betrug im Jahr 2017 der Gesamtverbrauch der deutschen Bevölkerung pro Kopf ab 15 Jahren, 131,1 Liter an alkoholischen Getränken. Das entspricht 10,5 Liter an reinem Alkohol (DHS 2020). In der Schweiz und Österreich trinkt die Bevölkerung im Durchschnitt 1-1,5 L weniger (vgl. ebd.). Damit belegt Deutschland europaweit Platz 5, was den Alkoholverbrauch pro Kopf angeht. (Körkel 2008: 14). Im Alter von 18 bis 59 Jahren ist festzuhalten, dass 12,5% der deutschen Bevölkerung, d. h. etwa 5,7 Millionen Deutsche, 20 bis 30 g Reinalkohol pro Tag zu sich nehmen (Frauen tendenziell weniger als Männer) (vgl. Körkel 2008: 17). Die Regelmäßigkeit eines solchen Konsumsumms kann körperliche Erkrankungen hervorrufen (vgl. Körkel 2008:17). Demnach ist die o.g. Menge als gefährlicher Alkoholkonsum einzustufen. Auf die alkoholbedingten Folgeschäden wird im Kapitel 2.4. näher eingegangen.

Wie bereits erwähnt, leiden allein 1,8 Millionen Menschen in Deutschland unter einer Alkoholabhängigkeit und 1,6 Millionen betreiben einen schädlichen Gebrauch von Alkohol.

Männer sind hierbei häufiger betroffen als Frauen (vgl. Soyka 1997: 11). Insgesamt lassen sich in etwa 2,5% der Betroffenen regelmäßig in eine psychiatrische Klinik einweisen und ca. 1,7% durchlaufen eine Entzugsbehandlung und anschließend eine Langzeitentwöhnungsbehandlung. Allein in den somatischen Krankenhäusern wird jedes fünfte Bett von einem sog. Suchtkranken belegt (vgl. Amberg und Roll 2010: 430). Doch verstärkter Alkoholgebrauch bedeutet nicht gleich Abhängigkeit, wie in dem folgenden Kapitel diagnostisch definiert und differenziert wird.

### 2.3 Schädlicher Gebrauch (ICD-10 : F 10.1)

Die ICD-10 Diagnosekodierung F10.1 bezieht sich ausschließlich auf den schädlichen Gebrauch von Alkohol. Als schädlicher Gebrauch wird ein Alkoholkonsum definiert, der psychische oder physische Folgeschäden verursacht. Diese Diagnose wird auch als Missbrauch von Alkohol bezeichnet (vgl. BfArM 2021). Die Kriterien für die Bestimmung der Diagnose sind im ICD-10 auf vier wesentliche Punkte beschränkt, die mit Gewissheit erkannt werden müssen, um den schädlichen Gebrauch von Alkohol diagnostizieren zu können. Als erstes Kriterium wird der deutliche Nachweis gefordert, dass der Substanzgebrauch zumindest im Wesentlichen für die physischen oder psychischen Schäden verantwortlich ist, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann. Des Weiteren wird als Signum zur Bestimmung der Erkrankung besonders Wert auf die klare Feststellung und Bezeichnung der Art der entstandenen Schädigung gelegt. Ein weiteres Kriterium, das erfüllt sein sollte, ist das Zeitkriterium. Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit 1 Monat oder trat wiederholt in den letzten 12 Monaten auf. Das letzte zu erfüllende Diagnosekriterium ist der Ausschluss einer anderen Verhaltens- oder psychischen Störung, die beispielsweise durch andere psychotrope Substanzen hervorgerufen wurden (vgl. ebd.).

### 2.4 Alkoholabhängigkeit ( ICD-10: F 10.2 )

Die Diagnose der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 wird gestellt, wenn mindestens drei der sechs hierfür festgelegten Diagnosekriterien, über einen Monat oder länger erfüllt sind (vgl. BfArM 2021). Bestehen die Symptome erst kurz also unterhalb eines Monats aber treten wiederholt innerhalb von 12 Monaten auf, kann dennoch von der Diagnose einer

Alkoholabhängigkeit ausgegangen werden (vgl. ebd.). Die Diagnosekriterien nach ICD-10 lauten:

- Das starke Verlangen oder eine Art Zwang Alkohol konsumieren zu wollen.
- Die reduzierte bzw. verminderte Kontrolle gegenüber dem Beginn, der Beendigung und der Konsummenge.
- Das Entstehen von körperlichen Entzugssymptomen, sobald der Konsum reduziert oder gar beendet wird, nachgewiesen durch das Erkennen der spezifischen (Alkohol-) Entzugssymptome oder durch die wieder Einnahme derselben oder ähnlichen Substanz, um ein Lindern oder Vermeidung der Entzugssymptomatik zu erreichen.
- Der Nachweis einer entstandenen Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkung der Substanz hervorzurufen, ist die Einnahme von höheren Dosen der Substanz nötig.
- Auftreten einer fortschreitenden Vernachlässigung anderer Interessen oder Vergnügen zugunsten des Substanzkonsums.
- Fortführen des Alkoholkonsums bzw. der anhaltende Alkoholkonsum, trotz des Nachweises eindeutig aufgetretener körperlicher oder psychischer Folgen (vgl. ebd.).

## 2.5 Alkoholbezogene Störung nach DSM-5

Im Vergleich zu den bisherigen Einteilungen der Alkoholdiagnosen in missbräuchlichen beziehungsweise schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit, erschien im Mai 2013 „das Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Diseases (DSM) der American Psychiatric Association in seiner 5. Auflage“ (DSM-5) (vgl. Falkai, Wittchen, Döpfner, 2014 zitiert nach Batra et al. 2016: 304). Damit wurde eine einzige Störung bzw. Diagnose geschaffen (vgl. ebd.). Die Kriterien hierfür sind folgende:

- Durch den regelmäßigen Konsum der Substanz, können wichtige Verpflichtungen (Hausarbeiten, Schule, Beruf) nicht wahrgenommen werden.
- Der wiederholte Konsum führt zu einer möglichen körperlichen Gefährdung.
- Der Substanzgebrauch wird fortgesetzt, obwohl zwischenmenschliche Beziehungen darunter Schaden nehmen und wiederholt oder ständig soziale oder zwischenmenschliche Probleme entstehen.
- Charakterisiert ist eine Toleranzentwicklung durch gesteigerten Konsum oder das Verspüren geringer Wirkung unter Konsum derselben Dosis.
- Entstehung von Entzugssymptomen oder Linderung/Vermeidung dieser durch Substanzkonsum.

- Einnahme der Substanz in höherer Menge oder längere Zeit als geplant.
- Stetiger Wunsch oder gescheiterte Versuche, den Konsum zu kontrollieren beziehungsweise zu verringern.
- Erhöhter Zeitaufwand die Substanz zu beschaffen und zu konsumieren oder um sich von der Wirkung der Substanz zu erholen.
- Einschränkung oder das Aufgeben wichtiger Aktivitäten, Vergnügen und Interessen aufgrund des Substanzkonsums.
- Trotz psychischer oder körperlicher Schäden wird der Substanzkonsum fortgesetzt.
- Starkes Verlangen (craving) nach der Substanz (vgl. ebd.).

Je nach Anzahl der erfüllten Kriterien erfolgt die Einstufung in die milde (bei 2-3 erfüllten Kriterien), moderate (4-5 erfüllten Kriterien) oder schwere (mindestens 6 erfüllte Kriterien) Störungdiagnose (vgl. ebd.).

### 3 Charakteristische Verhaltensmuster alkoholkranker Menschen

Jellinek beobachtete 1960 eine Anzahl von 2.000 männlichen Alkoholabhängigen. Er stellte dabei fünf Trinktypen auf, denen er charakteristische Eigenschaften und auch ein typisches Verhaltensmuster in Bezug auf ihren Gebrauch von Alkohol, zuordnete. Die von ihm aufgestellte Alkoholikertypologie ist weltweit die gebräuchlichste Klassifikation der Alkoholabhängigkeit (vgl. Uhl, et al., 2013 zitiert nach Kropfitsch 2016: 35).

#### 3.1 Typologie der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek

Auf Jellinek geht die gebräuchlichste Einteilung von Erscheinungsformen der Alkoholkrankheit zurück (vgl. Uhl, et al., 2013 zitiert nach Kropfitsch 2016: 34f).:

Der  $\alpha$ -Trinker oder auch Problem- / Konflikttrinker genannt, greift zum Alkoholgebrauch, wenn er sich in schwierigen oder problematischen Situationen wiederfindet, die einen Spannungszustand in ihm hervorrufen. Eine körperliche Abhängigkeit muss nicht vorliegen. Auch wird dem  $\alpha$ -Trinker selten ein Kontrollverlust des Trinkverhaltens zugeschrieben, wobei dennoch die Gefahr besteht, eine Sucht zu entwickeln. Bei dem  $\beta$ -Trinker, oder auch als Gelegenheitstrinker beschriebenen Trinktypen, besteht keine Sorge zu einer psychischen oder physischen Abhängigkeit. Er trinkt unter der Übernahme gesellschaftlicher Konsummuster

(z.B. auf Feiern jeglicher Art). Gesundheitliche Folgeschäden durch den gelegentlich verstärkten Alkoholkonsum sind nicht auszuschließen. Der  $\gamma$ -Trinker wird auch als süchtiger Trinker bezeichnet. In diesem Fall liegt eine physische aber vor allem eine verstärkte psychische Abhängigkeit vor. Dieser von Jellinek charakterisierte  $\gamma$ -Trinker, hat einen unkontrollierbaren, unstillbaren Drang Alkohol zu konsumieren. Es ist ihm unmöglich den Konsum frühzeitig zu beenden. Im Fall des  $\delta$ -Trinkers, auch Gewohnheits- oder Spiegeltrinker genannt, wird das Trinkverhalten als unverzichtbarer Drang beschrieben. Der Alkoholkonsum findet in seinem Fall regelmäßig statt und dies auch in einer hohen Menge. Das Konsumverhalten fällt im sozialen Umfeld auf und ohne Alkohol sind die Merkmale einer physischen Abhängigkeit im Sinne von körperlichen Entzugserscheinungen festzustellen. Der  $\epsilon$ -Trinker wird auch als Quartalstrinker bezeichnet. Dieser Typus hat Abstinenzphasen, in denen er es tatsächlich schafft, sein Trinkverhalten zu kontrollieren. Dies kann über einige Wochen oder sogar Monate anhaltend bestehen. Nach der Abstinenzphase folgt eine Phase des exzessiven Trinkens, ein gefährlicher und verstärkter Konsum von Alkohol tritt ein. Nach Jellinek kann in dieser Phase das Trinkverhalten nicht unter Kontrolle gebracht werden. Die Folgen sind soziale wie auch körperliche Schäden. Es entsteht eine psychische Abhängigkeit (vgl. ebd.)

### 3.2 Das klassische Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit

Der amerikanische Physiologe E. M. Jellinek formulierte 1951 ein bis heute weit verbreitetes Modell über den Verlauf der Alkoholkrankheit, das im klinischen Alltag die meiste Anerkennung hat (vgl. Leichtfried 2009: 17). Eine Unterteilung erfolgt in vier Phasen:

**Die symptomatische (präalkoholische) Phase** dauert nach Jellinek einige Monate bis zu zwei Jahre. Das zunächst sozial motivierte Trinken, geht über in ein gelegentliches bis hin zu einem dauernden Erleichterungstrinken. Infolgedessen kommt es zur Erhöhung der Toleranz des Alkoholkonsums (vgl. ebd.).

**Die Vorläufer- (/Prodromal-) Phase** dauert sechs Monate bis fünf Jahre. Es können in der Phase plötzlich Erinnerungslücken sog „Blackouts“/ Amnesien auftreten. Das Trinken wird zur Gier und es treten Schuld- und Schamgefühle mit Vermeidungsverhalten das Thema anzusprechen auf (vgl. ebd.).

In der **kritischen Phase** erleidet der Kranke Kontrollverluste. Schon nach dem Konsum kleiner Mengen Alkohols entsteht ein intensives Verlangen nach mehr (craving), welches erst endet, wenn der Trinker zu betrunken oder zu krank ist, um mehr zu trinken. Dies wird von einem

Interesseverlust an Aktivitäten im sozialen, beruflichen und Familienleben begleitet und der Betroffene konzentriert sein Verhalten auf seinen Alkoholkonsum. Es erfolgt die erste Einweisung in ein Krankenhaus wegen „körperlicher“, alkoholischer Beschwerden, die aber vom Betroffenen anders gedeutet werden (vgl. ebd.).

**Die chronische Phase** endet in der Zerstörung des Menschen. Rauschzustände werden länger, der Betroffenen baut physisch, psychisch und sozial ab. Laut Jellineks Grundannahmen ist das reduzierte Trinken bei einem Alkoholkranken nicht möglich (vgl. ebd.).

Annahme	Grundaussage
1. Uniformitätsannahme	entweder man ist abhängig oder nicht (= andere Wesenheiten) – es gibt keine fließenden Übergänge
2. Annahme eines biologischen Primats	die wahren Ursachen des Alkoholismus sind biologische Abweichungen vom Normalzustand
3. Kontrollverlustannahme	Alkoholabhängige haben „den Kontrollverlust“, Nicht-Abhängige nicht
4. Irreversibilitätsannahme	eine Rückkehr zu unproblematischem Alkoholkonsum ist nicht möglich

Abbildung 1: Annahmen und Grundaussagen des Alkoholismus nach Jellinek (Körkel 2014 b: 212)

Die in Abbildung 1 aufgeführten Annahmen und Grundaussagen von Jellinek, dass sich Alkoholabhängige stark von nicht Abhängigen unterscheiden, d.h. dass nach drei als pathologisch festgelegten Symptomen diagnostisch von einer manifesten Alkoholabhängigkeit ausgegangen werden kann, ist laut Körkel (vgl. 2014 b: 213) keine wissenschaftlich erwiesene Behauptung. Dass die Alkoholabhängigkeit biologisch von der Natur vorgegeben sei, dass ein Kontrollverlust bei jedem alkoholkranken Menschen präsent ist und dass Alkoholranke nie wieder kontrolliert trinken können, wird von Körkel ebenfalls in Frage gestellt, da diese Annahmen aus dem heutigem Wissenschaftstand heraus nicht nur empirisch aber auch durch vielfältige Befunde widerlegt werden können (vgl. Körkel 2020: 269f).

Körkel schreibt in seinem Artikel, „Abstinenz als Primärziel in der Behandlung suchtmittelabhängiger Straftäter – ein zeitgemäßes Therapiekonzept?“ (2020), dass durch diese Abstinenzzielvorgabe die Behandlungsmotivation nicht abstinenzbereiter oder -fähiger Patienten untergraben wird. Dies erschwert eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung wodurch Misserfolge vorprogrammiert werden (vgl. Körkel 2020 b: 269).

### 3.3 Gründe des verstärkten Konsums

In der qualitativen Studie „Where harm reduction meets housing first: Exploring alcohol’s role in a project-based housing first setting“ von Collins et al. (2012) nahmen 75 chronisch obdachlose Menschen mit Alkoholproblemen, mit einem nichtabstinenzbasierten Ansatz zur

Schadensminderung teil. Es wurden Interviews mit den jeweiligen Probanden geführt. Dabei wurden diese spezifisch nach den Gründen ihres verstärkten Alkoholgebrauchs befragt (vgl. Collins et al. 2012: 114). Die Befragten nannten individuelle Gründe für ihren schädlichen Gebrauch von Alkohol, die sich in vielerlei Hinsicht ähnelten. Als Erstes wurde ein zweckerfüllter Gebrauch aufgeführt, um vor allem der körperlichen Entzugssymptomatik entgegenzuwirken. Als weiterer Grund des vermehrten Alkoholtrinkens, wurde angegeben, dass dadurch Sorgen und Gedanken besser verdrängt oder im Rauschzustand sogar kurzfristig vergessen werden können. Zudem wurde der schädliche Alkoholgebrauch auch als Verwendung zur „Selbstmedikation“ psychischer Probleme angeführt, beispielsweise beim Stimmenhören. Ein weiterer Grund stützt sich auf die vielfältigen Probleme und Schwierigkeiten der Alkoholkranken in Beziehungen, Wohnräumen oder Arbeitsplätzen, um diese besser ertragen zu können. Des Weiteren schafft das Trinken von Alkohol laut den Probanden ein Gemeinschaftsgefühl, das sogenannte Zugehörigkeitsgefühl (vgl. ebd.).

Bezüglich der Ätiologie und Ätiopathogenese der Alkoholabhängigkeit kann eine familiäre Häufigkeit des verstärkten Gebrauchs von Alkohol schon seit der Antike beobachtet werden. Daher werden bis heute Kinder, die in ihrem nahen Umfeld, Kontakt zu alkoholkranken Angehörigen haben, als Hochrisikogruppe eingestuft (vgl. Amberg und Roll 2010: 430). Erwiesen ist, dass sowohl genetische als auch Umweltfaktoren, eine große Rolle spielen, an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken (vgl. ebd.). Hierbei ist jedoch zu betonen, dass ein spezifisches ursächliches Gen nicht existiert (vgl. ebd.). Zu den sogenannten Risiko-Umweltfaktoren, zählen u. a. „ungünstige Sozialisation, broken home, Arbeitslosigkeit oder eine zu starke berufliche Belastung“ (ebd.)

### 3.4 Folgen der Alkoholkrankheit

Über die Folgen des chronischen Alkoholmissbrauchs und der Abhängigkeit ist viel geschrieben worden. Tatsächlich schädigt übermäßig viel Alkohol fast alle Bereiche des Körpers. Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und -konsum können zu einem breiten Spektrum von Organerkrankungen führen (vgl. Batra et al. 2016: 302). „Sowohl die Begünstigung der Karzinogenese als auch die Beeinflussung inflammatorischer Prozesse erhöhen das Risiko für Erkrankungen innerhalb der Mundhöhle, des Ösophagus, des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes, der Pankreas und der Leber. Kardiovaskuläre Risikokonstellationen inklusive einer Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, arteriellen Hypertonie oder äthyltoxischen Kardiomyopathie beziehungsweise Störungen der Hämatopoese können ebenso Folgen des Alkoholkonsums sein“ (ebd.).

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft führt zur Schädigung des Fötus, was als das sog. fetale Alkoholsyndrom (FASD-Syndrom) bezeichnet wird. Langzeitschäden, die zu beobachten sind, betreffen psychische Auffälligkeiten, kognitive Einschränkungen, eine erhöhte psychiatrische Komorbidität sowie Lern- und Entwicklungsstörungen (vgl. Batra et al. 2016: 302). Vom Statistischen Bundesamt wurden allein im Jahr 2012 in deutschen Krankenhäusern 345.000 Fälle mit der Diagnose einer alkoholassoziierten Störung registriert. In vielen medizinischen Bereichen bringt der Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko mit sich, wie z. B. in der Chirurgie für perioperative Komplikationen. Bei der medikamentösen Therapie sind Interaktionen/ Wechselwirkungen beschrieben. Nicht zuletzt wird durch die Alkoholkrankheit auch die Prognose von Infektionserkrankungen beeinflusst (vgl. ebd.). Neben den individuellen medizinischen (physischen und psychischen) Folgeerkrankungen sind soziale Schäden eine häufige Folge des Alkoholkonsums wie z.B. Probleme in der Partnerschaft, Familie und Arbeitsplatzverlust (vgl. ebd.).

Die Wirkung von Alkohol hat zu Beginn einen kurzfristigen positiven Effekt auf die Stimmungslage. Dabei empfinden die Alkoholkonsumenten weniger Angst, werden in sozialen Kontakten sicherer und verdrängen negative Gefühle. Jedoch besteht durch den Alkoholkonsum längerfristig, über die Beeinflussung des dopaminergen und serotonergen Systems, ein hohes Risiko für depressive Störungen (vgl. Batra et al. 2016: 303). Aber auch die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen ist hoch. Es können Angsterkrankungen, Aufmerksamkeits- Defizit- Hyperaktivitäts- Störungen, emotional instabile wie auch dissoziale und selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen auftreten (vgl. ebd.). Die volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich auf über 25 Mrd. Euro. Somit stellt der Alkoholkonsum einen der bedeutsamen vermeidbaren Risikofaktoren für Krankheit, vorzeitiges Ableben und hohe sozioökonomische Kosten dar. Besonders zu erwähnen ist aber auch die Bedeutung der Alkoholkrankheit in Verbindung mit der Delinquenz bzw. Straftaten unter Alkoholeinfluss, einschließlich Verkehrsdelikten (vgl. Batra et al. 2016: 302).

## 4 Die Zielausrichtungen der Suchtbehandlung

Die grundlegenden Therapiemöglichkeiten und Zielausrichtungen für Menschen mit einer Alkoholkrankung sollen hier verdeutlicht und die jeweiligen Strukturen der angebotenen Behandlungsmöglichkeiten differenziert betrachtet werden.

## 4.1 Behandlung der Alkoholabhängigkeit mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz

In Suchttherapieverfahren ist die Abstinenz während der Behandlungszeit ein gängiges Mittel der Therapie. Aber zugleich wird auch erwartet, dass die Patienten bzw. Rehabilitanden im Behandlungsverlauf die Abstinenz als nachhaltiges Ziel für ihr weiteres Leben akzeptieren und anstreben (vgl. Schneider 2012: 64). Am Anfang dieser Therapieverfahren zur Behandlung von alkoholkranken Menschen, steht die Frühintervention oder auch Motivationsphase genannt, die hauptsächlich in der Hausarztpraxis oder in einer Suchtberatungsstelle erfolgt (vgl. Batra et al. 2016: 305). Das Ziel hier ist die Betroffenen zu beraten, eine erste Hilfestellung zur Selbstreflexion und Sensibilisierung für die Alkoholproblematik zu geben und sie mit Hilfe der motivierenden Gesprächsführung zu Stärken eine Veränderungsbereitschaft in ihrem (selbstschädigendem) Verhalten zu entwickeln, um ihnen letztendlich den Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten zu ermöglichen (vgl. Batra et al. 2016: 305f). Um das Ziel der Abstinenz zu erlangen, wird nach Feuerlein et al. (zitiert nach Soyka 1997:102) die Therapie in vier Phasen untergliedert: Kontakt-, Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Rehabilitationsphase. Die Erste Phase zum Erreichen der Abstinenz, wird als *Kontaktphase* bezeichnet, in der sich ein genaueres Bild über den Patienten verschafft wird. Die Gespräche mit dem Betroffenen, sollen insbesondere der Diagnosestellung, dem Erkennen von Folgeerkrankungen, der Behandlungsbereitschaft und Veränderungsmotivation dienen (vgl. Soyka 1997: 102).

Im Anschluss folgt eine *Entgiftungs- und Entzugsphase*, die einige Tage oder Wochen andauern kann. In Deutschland steht die Entgiftungsbehandlung im stationären Rahmen im Vordergrund (vgl. Berger 2004: 404), insbesondere in Fällen einer schweren Alkoholproblematik mit neuropsychiatrischen Begleiterkrankungen (vgl. Soyka 1997: 102). Die Therapie wird in Allgemeinkrankenhäusern oder auch in psychiatrischen Kliniken angeboten (vgl. Berger, 2004: 404). In der Entzugsbehandlung liegt der Behandlungsschwerpunkt in der Minderung körperlicher Entzugssymptome, die mittels Medikamente kuptiert und der Entstehung von Entzugskomplikationen entgegenwirken, wie z.B. bei epileptischen Anfällen im Entzug oder deliranten Zustandsbildern. Mit der Anwendung von Clomethiazol, Benzodiazepinen oder Lorazepam werden Risiken bzw. Entzugskomplikationen, wie Epilepsie und Delir, präventiv verhindert (vgl. Batra et al. 2016: 305f). Bei 30-50% der Patienten wird während der Entgiftungsbehandlung eine Pharmakotherapie mit Benzodiazepinen oder Clomethiazol eingesetzt, die in der Regel innerhalb von sieben Tagen wieder ausgeschlichen werden können (vgl. Berger 2004: 404). Der Fokus in der Entzugsbehandlung liegt auf der Sicherstellung des Überlebens, der Vermeidung von Folgeschäden, dem Erhalt der sozialen Umgebung, der Verhinderung der sozialen Desintegration, der Sicherung längerer

Abstinenzphasen, der Aufarbeitung von Rückfällen und nicht zuletzt der Erarbeitung der Bereitschaft zur Veränderung und Erreichung des Abstinenzziels (vgl. Berger 2004: 404).

Nach der akuten körperlichen Entgiftung schließt sich in den meisten Kliniken die sogenannte *qualifizierte Entzugsbehandlung* an. Ohne eine diese ist die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall wesentlich höher. Deswegen wird in dieser Phase großer Wert auf die Motivationsarbeit gelegt. Dabei werden gruppentherapeutische Programme mit verschiedener Akzentsetzung (von Informationsprogrammen und kognitiver Verhaltenspsychotherapie bis zu Rückfallpräventionsansätzen) eingesetzt. Zusätzlich hat sich hier der Einsatz von Selbsthilfeliteratur als motivationsfördernd erwiesen (vgl. Berger 2004: 404). Es liegen Hinweise zur besseren Wirksamkeit einer qualifizierten Entzugsbehandlung im Vergleich zu einer reinen körperlichen Entgiftung vor. Das Ziel dabei ist es, weitere schwerwiegende Entzugssymptome präventiv zu verhindern und vor allem den Patienten zu motivieren, abstinent zu bleiben (vgl. Batra et al. 2016: 306). In den Behandlungsleitlinien der Alkoholabhängigkeit findet sich der in Deutschland eingebürgerte Begriff der „qualifizierten Entzugsbehandlung“ wieder. Dieser beschreibt die Integration von psycho- und soziotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen zur Förderung der Abstinenz- und Veränderungsbereitschaft bereits in der Entzugsphase (vgl. Soyka, 2021: 4). Die qualifizierte Entzugsbehandlung zeigt bessere Behandlungserfolge als die rein somatische Entzugsbehandlung (vgl. Müller und Wiesbeck 2014: 24). Die Erhöhung der langfristigen Abstinenzaussichten ist das wichtigste Ziel der Postakutbehandlung. Kurzfristige Entgiftungen sind nur sinnvoll, wenn postakut weiterführende Therapieangebote erfolgen. Diese sind sowohl im ambulanten, tagesklinischen als auch stationären rehabilitativen, suchtspezifischen Setting möglich. Sie beinhalten in der Regel psychotherapeutische, in vielen Fällen verhaltenstherapeutisch konzipierte Angebote (Batra et al 2016: 307).

Die Entwöhnungsbehandlung ist der Übergang in die *Postakutbehandlung*. Diese beinhaltet das Vereinbaren einer individuellen Therapiedauer mit dem Betroffenen (vgl. Berger 2004: 405). In diesem Abschnitt sollen dem Kranken die Folgeschäden des Alkoholmissbrauchs verdeutlicht werden (vgl. Soyka 1997: 102). Dabei werden, je nach Grad der Erkrankung und Vorhandensein von persönlichen wie auch sozialen Ressourcen, die Variationen von „ambulanten, teilstationären, stationärer Kurztherapie (4-6 Wochen) oder einer stationären Behandlung mittlerer Dauer (2-4 Monaten) vorgeschlagen“ (vgl. Berger 2004: 405). Übertreffendes Ziel der traditionellen psychotherapeutischen Entwöhnungsbehandlung ist die Abstinenz, zumindest kurzzeitig. Darüber hinaus zielt die Psychotherapie der Suchtkranken auf die Veränderung ihres Annährungsverhaltens, das Suchtmittel betreffend und auf die Selbsthilfe (vgl. ebd.). Zudem steht die Ressourcenaktivierung im Fokus der Behandlung, d.

h. es werden die Ressourcen des Patienten im Bereich seiner strategischen Möglichkeiten ausgebaut, um seine Abstinenz weiterhin aufrecht erhalten zu können (vgl. Soyka 1997: 102). Diese wären „bessere psychosoziale Wahrnehmungen und Integration, der Aufbau von Problembewusstsein und Selbstwertgefühl, Verbesserung sozialer und familiärer Kontakte und das Erkennen spezifischer Konflikte und Defizite, auch in der Persönlichkeitsentwicklung“ (ebd.).

Die letzte Phase ist die Weiterbehandlungsphase oder auch *Rehabilitationsphase* genannt (vgl. Soyka 1997: 102). Die eigentliche Behandlung der Alkoholabhängigkeit bis hin zur Abstinenz erfolgt vor allem in der Entwöhnungs- und Rehabilitationsphase, in der fast ausschließlich psychotherapeutisch/psychosoziale Therapiemaßnahmen sowie der Besuch von Selbsthilfegruppen zum Tragen kommen (Soyka 1997: 103). Nach jeder suchtspezifischen Therapie ist eine ambulante Nachsorge indiziert, um weiterhin das oberste Ziel, die Abstinenz, zu unterstützen gewährleisten zu können. Betroffene, die regelmäßig eine Nachsorge besuchen, zeigen im Gegensatz zu solchen, die keine besuchen, bessere Erfolge im Bezug auf den Substanzkonsum. In der ambulanten Nachbetreuung und durch Selbsthilfe, haben die Betroffenen eine deutlich bessere Prognose zur Abstinenz (vgl. Berger 2004: 408). Die Rehabilitation, Nachsorge und Re-Integration der Patienten in den Berufsalltag, beziehungsweise in ein stabiles familiäres und soziales Umfeld, sollte zudem immer die Einbindung in Selbsthilfegruppen beinhalten sowie die hausärztliche Nachsorge mit regelmäßigen Abstinenzkontrollen, Aktualisierungen der Bewältigungsfertigkeiten bei schwierigen Problemkonstellationen und ein wirksames Rückfallmanagement (Batra et al., 2016: 307).

Sogenannte Anticraving-Substanzen werden zur Rezidiv- bzw. Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit eingesetzt und können die Abstinenz unterstützen. In Deutschland sind als Anticraving-Medikamente Acamprosat und der Opioid-Antagonist Naltrexon zugelassen (vgl. Batra et al., 2016: 307). In Metaanalysen werden beide zur Rückfallprophylaxe als wirksam beschrieben, wobei Acamprosat eher die Abstinenzzeiten erhöht, während Naltrexon die Trinkmenge reduzieren kann. Diese Medikamente werden als ein Bestandteil psychosozialer Therapieprogramme eingesetzt und helfen jeweils zehn von 100 behandelten Patienten, was mit dem Erfolg anderer Medikamente vergleichbar ist aber auch zeigt, dass andere Behandlungsoptionen gebraucht werden (vgl. Mann et al., 2013, zitiert nach: Heinz, 2021). Die früher in Deutschland verfügbare Aversionstherapie durch Gabe von Disulfiram ist nach Erlöschen der Zulassung in Deutschland kaum noch verfügbar (Batra et al 2016: 307). Der noch nicht zugelassene GABA-B-Agonist Baclofen kann aufgrund fehlender Zulassung nur off-label eingesetzt werden (vgl. Batra et al.: 307).

## 4.2 Niederschwellige, zieloffene Suchtarbeit

Die niederschwellige und auch die sogenannte *zieloffene Suchtarbeit* ist ein Hilfsangebot für Menschen, die an einer chronischen Suchterkrankung leiden, die einer Randgruppe angehören (wie beispielsweise Wohnungslose) und meist körperlich, sozial und psychisch geschädigt sind. Für diese Personen steht eine abstinenzorientierte Behandlung zumindest aktuell nicht im Vordergrund. In erster Linie geht es um das Überleben und Schadensminimierung im gesundheitlichen wie auch sozialen Bereich (vgl. Körkel 2020 a: 32). Zieloffene Suchtarbeit (ZOS) bedeutet laut Körkel, „mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer Veränderung ihres Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, dass sie sich selbst setzen“ (Körkel 2014 a: 167 zitiert nach Körkel u. Nanz 2016: 199).

In der gegenwärtigen ambulanten Versorgung sind die Behandlungsangebote weitgehend auf das Ziel der Abstinenz ausgerichtet (vgl. Körkel und Nanz 2016: 198). Die niederschwellige Suchtarbeit löst sich davon. Die ZOS verbindet Abstinenz, Konsumreduktion sowie Schadensminderung als Zieloptionen und setzt in der Behandlung an die vom Betroffenen selbst gesetzten Ziele bezüglich einer Veränderung seines problematischen Suchtmittelkonsums an (vgl. Körkel und Nanz 2016: 196). Das Selbstbestimmungsrecht der Suchtkranken wird bewahrt und es wird therapeutisch das Behandlungsangebot vorgehalten, welches seiner Veränderungsbereitschaft und Zielen entspricht (vgl. Körkel 2020a: 32).

Bei den meisten Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum besteht eine polyvalente (z.B. Alkohol und Zigaretten; Heroin und Alkohol und Zigaretten und Benzodiazepine; etc.) Suchtmittelabhängigkeit (vgl. Körkel u. Nanz 2016: 198). Bei jedem dieser Betroffenen ist laut Körkel, zumindest einige der von ihnen konsumierten Substanzen betreffend, davon auszugehen, dass eine bereits vorhandene sogenannt intrinsische Motivation besteht, die von anderen bzw. Außenstehenden eher unterschätzt wird (vgl. Körkel 2020a: 32). Die angestrebte Veränderungsbereitschaft variiert substanzspezifisch und es ist nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich, dass mindestens zwei der drei Ziel- und Behandlungsrichtungen (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) bei einer Person von Relevanz sind (vgl. Körkel u. Nanz 2016: 198). Wird in dem Fall eine völlige, dauerhafte Abstinenzbehandlung, auf die de facto überwiegend die gegenwärtigen Suchtbehandlungsangebote ausgerichtet sind, auf äußeren Druck hin begonnen, ist mit Widerstand, Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen zu rechnen (vgl. Körkel u. Nanz 2016: 197). In Kontrollgruppenstudien und Metaanalysen konnte nachgewiesen werden, dass deutlich mehr Menschen zu einer Reduktion, als zu Abstinenz bereit sind sowie, dass

Reduktionsbehandlungen bei Alkohol- Tabak- und Drogenabhängigkeit mindestens so effektiv wie abstinenzorientierte Behandlungen sind. Darüber hinaus bilden Reduktionsbehandlungen für 10-30% der Teilnehmenden die Brücke für den Übergang zur Abstinenz (vgl. Körkel et al. 2011; Körkel 2015 zitiert nach Körkel u. Nanz 2016: 198).

Diese Grundidee, den Menschen mit pathologischen Substanzkonsum möglichst wenige Barrieren in der Nutzung der Therapieangebote bzw. Hilfesysteme in den Weg zu stellen, wird, vor allem in der Schweiz, seit Jahren erfolgreich in der Drogenhilfe durchgeführt (vgl. Karanitsch 2012: 123). Niederschwellig ausgerichtete Institutionen zeichnen sich durch einen hohen Erreichbarkeitsgrad aus. Sie schaffen Möglichkeiten, mit Personen in Kontakt zu treten, die von anderen Institutionen im Suchtbereich aufgrund ihrer hohen Anforderungen nicht erreicht werden können (vgl. Karanitsch 2012: 33). Dem zufolge fungieren sie als Bindeglied zwischen der Drogenszene und dem sogenannten Drogenhilfssystem und können somit einen großen Beitrag zur Verbesserung der Situation der Betroffenen leisten. Mittels der Implementierung von niederschweligen Zugängen, wird den Betroffenen ein Raum zur Verfügung gestellt, in dem sie sich vom Leben auf der Straße erholen, sich beraten lassen und ihre Grundbedürfnisse stillen können (vgl. Karanitsch 2012: 34). Die Angebotspalette reicht von lebenspraktischen Hilfen, Sanitärgelegenheiten zur Durchführung der Körperhygiene, einer medizinischen Grundversorgung, dem Angebot von Mahlzeiten und Getränken über die Vergabe und den Tausch von Spritzen und Präservativen, Information und Aufklärung zu „Safer-Use“ („der sichere Drogengebrauch“) und „Safer-Sex“ („sichere Verhütungsmethoden“), bis hin zu psychosozialen Betreuungsmaßnahmen und der Beratung zu weiterführenden Therapieangeboten. Durch diese niederschwellige Arbeit mit Drogenabhängigen wurde erreicht, dass die Abgrenzungsmechanismen vermehrt unterbunden werden und mehr die (Re-) Integration und (Re-) Sozialisierung der Drogenabhängigen gefördert wird (vgl. ebd.).

Somit sollte in der niederschweligen Suchtarbeit nach Sicherstellung der Lebensbedürfnisse des Betroffenen, gemeinsam mit ihm, in einem partnerschaftlichen und an seiner Sichtweise interessierten Gesprächsstil (sog. „Motivierende Gesprächsführung“), zunächst eine individuelle Zielabklärung vorgenommen werden (vgl. Körkel 2020a: 33). Im nächsten Schritt können dem Betroffenen die entsprechenden Behandlungen bzw. evidenzbasierten Interventionen unterschiedlicher Intensität zum Erreichen der eigenen Ziele vorgestellt und anschließend die gewünschten Interventionen durchgeführt werden (vgl. Körkel und Nanz 2016: 201). Das Ziel der Abstinenz wird in der zieloffenen Ausrichtung der Suchtarbeit nicht in Frage gestellt. Für die niedrighschwellige Suchtarbeit stellt die *Arbeit am Konsum* den zentralen Neuausrichtungsbedarf dar. Das Ziel der Arbeit am Konsum ist eine Veränderung des

Konsums. Die Veränderung kann in die Reduktion des Konsums zur Abstinenz oder auch zum Wechsel, zu einem für sich selbst oder andere weniger schädlichen Konsum ohne Veränderung der Konsummenge, einer sog. Schadensminderung (harm reduction), führen (vgl. Körkel u. Nanz 2016: 199).

## 5 „Kontrolliertes Trinken“ als Behandlungsziel

Das optimale Ziel der Behandlung von Abhängigen ist die absolute und dauerhafte Abstinenz (Mann et al. 2016: 14). Das Thema des „reduzierten Trinkens“, auch als „kontrolliertes Trinken“ bezeichnet, wird nach wie vor heftig diskutiert (vgl. Körkel 2015 und AWMF S3 Leitlinie 2015 zitiert nach Batra et al 2016: 307). Die Trinkmengenreduktion wird gegenwärtig sowohl von der European Medicines Agency als auch den neuen deutschen S3-Leitlinien „Alkohol“, als zumindest intermediäres Therapieziel in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit empfohlen und gewinnt in Deutschland immer mehr an Akzeptanz (Körkel 2020 b: 273). Die Erfolge der Abstinenzbehandlung sind aus katamnesticen Studiengruppendesigns beträchtlich (Mann et al 2016: 14). Dennoch bleiben in Deutschland 80% der Menschen mit alkoholbezogenen Störungen trotz Kontakten zu einem zugänglichen Gesundheitssystem bezüglich ihres schädlichen Alkohol-Konsums oder ihrer Abhängigkeitserkrankung unbehandelt (vgl. Batra et al. 2016: 301). In deutschen Krankenhäusern wurden in allen medizinischen Bereichen im Jahr 2012 345.000 Patientenfälle mit der Diagnose einer alkoholbezogenen Störung registriert. Dennoch erhält die Mehrzahl dieser Patienten keine spezifische Therapie bezüglich der Alkoholproblematik (Batra et al. 2016: 302). Dies hat vermutlich mehrere Gründe. Neben der Akzeptanz der Diagnose einer Abhängigkeit (Krankheitsakzeptanz), mit der damit verbundenen, für die Alkoholkranken subjektiv empfundenen, Stigmatisierung, scheint das Ziel der dauerhaften Abstinenz eine extrem hohe Hürde zu sein. Das belegen Daten aus bevölkerungsbezogenen Untersuchungen im Jahr 2012 in den USA: 49% der Personen mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen waren trotz eigener Einsicht in die Notwendigkeit nicht bereit, das Ziel der dauerhaften Abstinenz zu akzeptieren (vgl. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) 2013 zitiert nach Mann et al.2016: 14). Der Grund dafür kann auch mit der Aussage von Körkel in Verbindung gebracht werden, dass mehrere Menschen, die an einer Alkoholkonsumstörung leiden, interessierter an einer Konsumreduktion oder einer Schadensminimierung sind als an einer abstinenzorientierten Behandlung (vgl. Körkel 2020b: 279).

Aktuelle Studien, einer Reihe von Übersichtsarbeiten und Metaanalysen sprechen dafür, auch das „kontrollierte Trinken“ als Behandlungsmethode anzubieten, wenn alkoholranke Betroffene wie Körkel wiederholt betont, das Ziel der Konsumreduktion im Sinne einer Schadensminimierung selbst wählen, da sie gegenwärtig nicht abstinenzbereit oder durch die Schwere der Erkrankung nicht in der Lage sind, sich auf eine abstinenzorientierte Behandlung einzulassen (Körkel 2020 b: 279). In den folgenden Kapiteln wird zunächst das Konzept samt Begriffsdefinition des kontrollierten Trinkens (kT) erläutert. Es erfolgt die Differenzierung und Abgrenzung zu sog. unauffälligen Trinkformen und zuletzt wird eine Übersicht über Wirksamkeit und Effizienz der kT-Behandlung vorgenommen.

## 5.1 Begriffserklärung

Erst gegen Ende der 80er Jahre verbreitete sich das Therapieziel des „kontrollierten Trinkens“ in Deutschland und der Schweiz, während dies in den USA und Kanada bereits viel früher geschehen ist (vgl. Berg, Ridinger, Mäder, 2020). Ausgehend von Reinert und Bowen (1968), die als Erste den Begriff des KT geprägt haben, geht es beim selbst-kontrolliertem Alkoholkonsum hauptsächlich um ein Trinkverhalten, das sich ein Betroffener selbst vorschreibt und sich dabei an einen selbsterstellten Trinkplan bzw. an eigene festgelegte Trinkregeln hält (vgl. Körkel 2015: 148). In erster Linie geht es darum, dass Menschen mit Alkoholproblemen, ihren Alkoholkonsum selbstkontrolliert bestimmen dürfen. Wichtig ist dabei die Dosis des Alkohols, die Konsumzeiten, die Umstände und die Orte dementsprechend zu wählen (vgl. ISS 2018). Mit dem kontrollierten Trinken wird die Freiheit der Selbstbestimmung der eigenen Person beibehalten, in dem der Betroffene selbst entscheidet, in bestimmten Situationen auf den Alkohol zu verzichten und dann in zuvor festgelegten Rahmenbedingungen und Umfang, trinken zu können (vgl. Berg, Ridinger, Mäder 2020). Es ist erst dann von kontrolliertem Trinken die Rede, wenn jemand sein Trinkverhalten an einen zuvor erstellten Trinkplan anpasst bzw. an Trinkregeln ausrichtet, die er individuell selbst bzw. eigenständig erstellt hat (vgl. Hoffman 2002: 42 und Körkel 2004: 282). Dies entspricht also keinem gut gemeinten Ansatz, den sich jemand individuell zurechtgelegt hat und hin und wieder befolgt, sondern einer selbst erstellten Strategie. KT wird als regelgeleitet-planvoller Alkoholkonsum definiert. Der Trinkplan ist individuell, persönlich und selbstständig festgelegt und schafft somit dem Betroffenen die Selbst-Kontrolle über sein Trinkverhalten (vgl. Hoffmann 2002: 42). „Zwei Dinge gilt es dabei unter Kontrolle zu bringen: a) die Alkoholmenge/das Trinkmuster und b) die Umstände des Konsums. Sinnvoll ist es in dem individuell erstellten Trinkplan folgende Ziele zu formulieren: die Anzahl alkoholfreier Tage, die maximale Konsummenge und den maximalen Konsum in der Woche (vgl. Körkel 2004: 282).

## 5.2 Definitionsvarianten und Abgrenzung zu anderen Trinkformen

Die sog. *Punktastinenz* stellt eine auf eine ausgewählte Zeit abzielende Behandlungsvariante des KT dar. Die Punktastinenz beschreibt eine völlige Alkoholastinenz, die in bestimmten Situationen (z.B. während Autofahrten) oder Lebensphasen selbst vom Betroffenen eingeplant wird (vgl. Körkel 2015: 148). Das sog. *fremdkontrollierte Trinken* (praktiziert z.B. in manchen Alten- und Pflegeheimen) ist eine Variante des KT, wobei die Konsummenge und die Rahmenbedingungen (z.B. Uhrzeit und Ort) durch andere Personen festgelegt werden, deren Zustimmung hierbei benötigt wird (vgl. Böhlke und Schäfer, 2002; Ihlefeld, 1999; Naumann, 1999; Rast, 2015; Wolff, 2005, zitiert nach Körkel 2015: 148). Das *mäßige, soziale* und *normale* Trinken wird fälschlicherweise mit dem kontrollierten Trinken gleichgesetzt oder verwechselt (vgl. Hoffman 2002: 35f). Im Folgenden wird auf die einzelnen als unauffällig geltenden Trinkformen eingegangen, um die Abgrenzung zum KT als Therapieoption zu verdeutlichen.

### 5.2.1 Moderates Trinken

Diese Trinkform bezeichnet ein Alkohol-Trinkverhalten, das weder beim Konsumenten noch in der Gesellschaft mit Problemen verbunden ist. D.h. es entstehen weder physische und/oder psychische Schäden, noch sind Folgeschäden im sozialen, familiären und auch im Arbeitsleben zu erwarten. Dies sowohl aus juristischer als auch finanzieller Hinsicht (vgl. Hoffman 2002: 42). Eine genauere Beschreibung, wann ein Mensch moderat Alkohol konsumiert bzw. trinkt, ist von internationalen Vereinigungen und dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand unterschiedlich. Die Eingrenzung, wann der Konsum des Alkohols als moderat bezeichnet wird, geht größtenteils auf die somatischen Konsumfolgen hinaus. Dabei werden die daraus entstehenden finanziellen, psychischen und sozialen negativen Folgen weitestgehend bei der Beurteilung vernachlässigt (vgl. Hoffman 2002: 42). Vereinigungen wie beispielsweise die WHO (Weltgesundheitsorganisation) ziehen die Grenze des ungefährlichen oder auch moderaten Trinkens bei 20g Reinalkohol für Frauen und 40g Reinalkohol bei Männern pro Tag (vgl. Hoffman 2002: 42). Die BMA (British Medical Association) geht von Wochenschritten aus, in denen ein Mensch eine gewisse Menge an Reinalkohol konsumieren sollte. Demnach werden Frauen empfohlen maximal 112g in der Woche an Reinalkohol zu sich zu nehmen (das entspricht ca. 16g Reinalkohol pro Tag) und Männern 168g/Woche (das entspricht 24g pro Tag an Reinalkohol). Zudem wird jedoch nicht empfohlen jeden Tag zu Trinken, sondern mindestens ein bis zwei trinkfreie Tage einzulegen (vgl. Hoffman 2002: 42). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) legt einen täglichen

durchschnittlichen Grenzwert von 12g reinen Alkohols für Frauen und 24g reinen Alkohols für Männer fest. Empfohlen werden ebenfalls wenigstens zwei alkoholfreie Tage pro Woche. Werden diese Grenzwerte zugrunde gelegt, so sind die jährlichen Gesamtmengen an Reinalkohol bei Frauen bei etwa 4,4 l und bei Männern bei 8,8 l anzusiedeln. Der in Deutschland ermittelte durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch mit 10,5 l reinen Alkohols geht über diese empfohlene Grenze hinaus (DHS 2020).

Aus den oben aufgeführten Zahlen ist zu schließen, dass eine Grenze für moderates Trinken weder beschrieben noch festgelegt werden kann. Zudem existiert laut der oben genannten Festlegungen kein unschädlicher Konsum. „Fast alle systematischen Metaanalysen der letzten Jahre haben gezeigt, dass moderates Trinken mit bis zu zweifach erhöhten Risiken für Verdauungskrankheiten einhergeht (zum Beispiel bösartige Neubildungen, chronische und/oder entzündliche Krankheitsprozesse)“ (Singer; Teysen 2002: A1103). Festzustellen ist, dass die Vorgaben des moderaten Trinkens nicht die Anforderungen für einen risikofreien Konsum besitzen. Dennoch wird versucht eine Grenze festzulegen, dass von einem risikoarmen Konsum reden kann, an dem der Konsument sich orientiert. Doch nicht jeder „kontrollierter Trinker“ trinkt moderat. Im kontrollierten Trinken sind hohe Konsummengen nicht ausgeschlossen (vgl. Hoffman 2002: 43). Definitionsgemäß kann angenommen werden, dass selbstkontrolliertes Trinken mit moderaten Konsummengen einhergeht aber auch in „normales Trinken“ übergehen kann (vgl. Körkel 2015: 149).

## 5.2.2 Soziales Trinken

Die Form des sozialen Trinkens bezeichnet eine Trinknorm die von der Gesellschaft vorgegeben und im sozialen Rahmen akzeptiert wird (vgl. Hoffman 2002: 43). Der Konsum findet in der Öffentlichkeit statt, wie beispielsweise an Stadtfesten, Besuch von Freunden oder beim Ausgehen in Bars (vgl. Hoffman 2002: 43). Es ist davon auszugehen, dass sich das eigene Trinkverhalten auch von den Urteilen und Trinkgepflogenheiten der anderen Personen beeinflussen lässt und daran angepasst wird. Die Grenzen dieser Trinkform sind in unsere sozialen Normen integriert und können recht übersichtlich festgehalten werden. Soziales Trinken kann nicht als solches bezeichnet werden, wenn das Trinkverhalten die Fähigkeiten am Arbeitsplatz beeinträchtigt, Familienpflichten vernachlässigt werden, das Trinken mit einem Gewaltausbruch einhergeht oder die Kriterien der Abhängigkeit auf psychischer oder physischer Ebene erfüllt sind (vgl. Hoffman 2002: 43). Es ist also festzuhalten, dass durchaus das soziale Trinken eine gewisse Kontrolle voraussetzt, es durch gesellschaftliche Normen beeinflusst wird und sich nicht durch einen individuell bearbeiteten Trinkplan festlegen lässt.

### 5.2.3 Normales Trinken

Vom „normalen“ Trinken wird gesprochen, wenn die Person sich selbstwillig entscheidet, ob der Konsum fortgesetzt oder beendet wird, dies wird unabhängig von einem Trinkplan entschieden (vgl. Hoffman 2002: 40). Die Entscheidung weiter zu trinken oder nicht hängt also auch in diesem Fall nicht von einer zuvor festgelegten Strategie oder Trinkplan ab. Faktoren wie die Gesellschaft, kulturelle Einflüsse und soziale Werte und Normen, der Bezug zum und Umgang mit dem Alkoholkonsum, prägt das Trinkverhalten des Einzelnen (vgl. BZgA 2010). Das eigene Verhalten wird also von der persönlichen Umgebung (Familie, Gesellschaft, Freundeskreis) kopiert und verinnerlicht. Der eigene Umgang mit Alkohol wird erlernt und gilt für einen als normal (vgl. BZgA 2010). Demnach ist der normale Alkoholkonsum ohne Trinkplan, nicht immer ein moderater Konsum, da eine erhöhte Promillezahl generell nicht auszuschließen ist (vgl. Hoffman 2002: 43). Von normalem Trinken lässt sich in Abgrenzung zu kT sprechen, wenn jemand ohne vorherigen Konsumplan aus der Situation heraus entscheidet, ob er oder sie Alkohol (weiter) trinkt. Im Falle des kontrollierten Trinkens, in Bezug auf das normale Trinken, lässt sich schließen, dass der „kontrollierte Trinker“ nicht nach dem handelt, was für ihn normal erscheint, sondern nach dem, was die entwickelte Strategie des Trinkplans ihm vorgibt. Durch diesen Trinkplan hält der Konsument sich an Regeln, die sein Trinkverhalten bestimmen. Dadurch grenzt sich das kontrollierte Trinken der unauffälligen Trinkformen ab (vgl. Körkel 2015: 149).

### 5.3 Behandlungsansatz zum kontrollierten Trinken

Der Behandlungsansatz einer Alkoholkonsumreduktion hat neuerdings vermehrt Beachtung gefunden, nachdem die Trinkmengenreduktion in die Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen nahezu aller europäischer und vieler anderer Länder eingegangen ist aber auch nunmehr als die Abstinenz ergänzende Zieldimension der European Medicines Agency aufgenommen wurde (vgl. Körkel 2015: 148). Das (selbst) kontrollierte Trinken ist nach einem selbst erstellten Plan, der auf das gegenwärtige Trinkverhalten aufgebaut ist, ausgerichtet (vgl. Körkel 2014 b: 214). „Kontrolliertes Trinken bezeichnet also einen disziplinierten, geplanten und limitierten Alkoholkonsum“ (ebd.). Je nach vorherrschendem Trend in der Verhaltenstherapie, die sich intensiv mit kontrolliertem Trinken beschäftigt, haben sich in den letzten 40 Jahren die Behandlungsmaßnahmen gewandelt (vgl. Körkel 2015: 150).

Der lern- und verhaltenstheoretische Ansatz dominiert mit seinen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen (aversive Konditionierung, Expositionsbehandlung, Selbstkontrolltraining etc.) das Behandlungssetting des kT. Hier geht es darum, den Umgang mit Alkohol neu zu erlernen (vgl. Krasnegor, 1979; Rosenberg, 2004 zitiert nach Körkel 2015: 150). Verhaltenstherapeutisch angelegte Behandlungen des „Behavioral Self-Control Trainings“ (BSCT), in Bezug auf den Alkoholgebrauch, wurden bereits in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts in Australien und den USA entwickelt und auf ihre Wirksamkeit geprüft. Therapeutische Elemente des BSCT haben heutzutage in vielen Ländern als eine Behandlungsoption ihren Platz (vgl. Körkel 2014 b: 214). Strukturierte Selbsthilfeprogramme zum kT werden heutzutage auch im Internet angeboten. Manche solcher Internetseiten sind oft mit interaktiven Komponenten und online-Foren verbunden, andere enthalten nur Therapieelemente (z.B. Trinktagebuch mit Wochenzielfestlegung) des BSCT (vgl. Körkel 2015: 152). „Behavioral Self-Control Training“ ist ein Überbegriff für lerntheoretisch und motivationspsychologisch begründete Trinkmengenreduktionsprogramme, bei denen dem Konsumenten Kompetenzen zur Selbstkontrolle des Konsums vermittelt werden (vgl. ebd.). Im nächsten Kapitel wird ausführlicher auf die Inhalte und Therapieelementen sowie -komponenten des kontrollierten Trinkens eingegangen.

Das Thema „kontrolliertes Trinken“ wurde seit den 1960er Jahren kontrovers diskutiert. Langzeitstudien demonstrieren, dass kontrolliertes Trinken auch über Jahre hinweg erfolgreich aufrechterhalten werden kann bzw. ein Teil der Teilnehmer freiwillig und aus eigener Erkenntnis zum Ziel der Abstinenz wechselt (vgl. Walters 2000: 135). Die Studie des Ehepaars Sobell & Sobell aus dem Jahren 1973 -1976 zeigte, dass alkoholranke Personen, die an einem Programm für kontrolliertes Trinken teilnahmen, signifikant bessere Ergebnisse erzielten als Alkoholiker, die ein traditionelles abstinenzorientiertes Programm durchliefen (vgl. Walters 2000: 135).

Trotz des Vorhandenseins von Studien, die die Wirksamkeit des verhaltensorientierten Selbstkontrolltrainings bei problematischem Alkoholkonsum nachwiesen, wurden gegenüber kT weiterhin Bedenken geäußert (vgl. Walters 2000: 136). Kritiker des kontrollierten Trinkens behaupten, dass es zu schwerwiegenden physischen, psychischen und sozialen Folgen führen kann, wenn alkoholranke Menschen keine abstinenzorientierte Behandlung erfahren (vgl. Walters 2000: 136). Fachleute, die das Abstinenzmodell präferieren, sind der Meinung, dass das kontrollierte Trinken als spezifisches Behandlungssetting unangemessen für Menschen mit der Diagnose einer schweren Alkoholabhängigkeit sei (vgl. Walters 2000: 136). Doch belegen Daten aus mehreren empirischen Studien, dass alkoholabhängige Personen genauso von einem Training der Verhaltensselbstkontrolle profitieren, wie nicht abhängige

Problemtrinker (vgl. Walters 2000: 136). Eine weitere Sorge, die von Kritikern des kontrollierten Trinkens geäußert wird, ist, dass die Vorteile einer solchen Behandlung nur von kurzer Dauer sein könnten (vgl. ebd.). Laut Walters aufschlussreichem metanalytischen Befund sind kT-Programme abstinenzorientierten Programmen zumindest ebenbürtig, längerfristig sogar überlegen (vgl. ebd.). Wenngleich bis heute die Behandlungsmethode des kontrollierten Trinkens ein heftiges Diskussionsthema darstellt (vgl. Körkel, Schindler 2003: 281), belegen eine Reihe von Studien, dass zwischen 20-50% der befragten Klienten, die eine stationäre Entwöhnungstherapie abgeschlossen haben, Bedarf nach trinkreduzierten Programmen zeigen (vgl. ebd.). Durch das Konzept des Kontrollierten Trinkens wird durchschnittlich eine 50%-ige Trinkmengenreduktion erzielt (vgl. Körkel, Schindler 2003: 284). Die verschiedenen Methoden mit dem Therapieziel kontrolliertes Trinken, werden im Folgenden behandelt.

## 6 Die therapeutischen Interventionswege zum kontrollierten Alkoholkonsum

Zur Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholassoziierter Probleme erweisen sich Einzel und Gruppenbehandlungen sowie Selbsthilfemanuale zum kT als kurz- und langfristig wirksam. Auch ist hier der Übergang zur und die Förderung einer Abstinenz durchaus möglich (vgl. Körkel 2015: 147). Eine therapeutisch unterstützte Einzel- und Gruppenbehandlung zum kT erfolgt nach vorgeschalteter laborchemischer/apparativer Diagnostik und Indikationsabklärung bzw. Empfehlung zur Teilnahme am 10-Module- Programm mit festgelegtem Inhalt. Der Betroffene durchläuft wöchentlich ein Modul, dessen Bearbeitungszeit mindestens 3,5 Monate beträgt. Es werden 10 Gruppensitzungen (AkT) zu je 2 ¼ Stunden unter der Anleitung erfahrener Therapeuten angeboten. Im ambulanten Einzelprogramm (EkT) werden 10 Einzeltherapiestunden zu je 60 Minuten angeboten (vgl. Körkel 2017: 21). Zu den Inhalten des 10-Schritte Programmes zählen:

### **1. Einbeziehung vertrauerter Personen und günstige Rahmenbedingungen schaffen**

Nachdem die Änderungsmotivation zum reduzierten Trinken festgehalten wurde, müssen die äußeren Rahmenbedingungen geklärt werden. Damit ist die Unterstützung von Außenstehenden gemeint, wie beispielsweise von Partnern/Angehörigen und auch Freunden oder Bekannten mit denen auch gemeinsam getrunken wird (vgl. Körkel 2008: 67). Wie bei allen Erkrankungen ist der Einbezug der Angehörigen auch in die Behandlung des kT

unerlässlich. So können Verunsicherungen reduziert werden und der Therapieerfolg wird begünstigt, denn auch den reduzierten Konsum vor nahestehenden Personen zu verheimlichen, kann den Erfolg der Veränderung des Trinkverhaltens maßgeblich mindern (vgl. Körkel 2008: 68). Hilfreiche Strategien können, um Unsicherheiten zu eliminieren und individuelle Unterstützungsmöglichkeiten zu finden, gemeinsam erarbeitet werden. Wie Körkel betont, kann nur durch die gezielte Unterstützung die Motivation zum kontrollierten Trinken aufrechterhalten und gefördert werden. Dies auch, wenn die festgelegten Konsumgrenzen überschritten wurden: „Was tun, wenn es doch zu viel bzw. schädlich wird?“ (Körkel 2008: 67).

## **2. Über Alkohol informieren**

Der nächste Schritt ist es, sich ein gutes Wissen über Alkohol und Alkoholgehalt der favorisierten Getränke anzueignen (vgl. Körkel 2008: 69). Hier geht es um die Vermittlung von Grundinformationen über den Alkoholgehalt typischer Getränke, Alkoholaufnahme und -abbau, Blutalkoholkonzentration, Abhängigkeitssymptome, Alkoholfolgeprobleme und -schäden, Definition einer „Standard(getränke)einheit“ (vgl. Gerstner 2009: 82). Den Alkoholinhalt zu kennen, dient Dokumentationszwecken in beispielsweise einem Trinktagebuch, um die Übersicht beizubehalten. Diese sind in Standard(getränke)einheiten (= SE) anzugeben. Eine Standarteinheit entspricht 20g Alkohol (vgl. Körkel 2008: 69). Sobald der Betroffene die Kenntnis seiner regelmäßig konsumierten alkoholischen Getränke erlangt, ist es zudem wichtig die Grenzwerte eines risikoarmen Konsums von Alkohol zu kennen (vgl. Körkel 2008: 70).

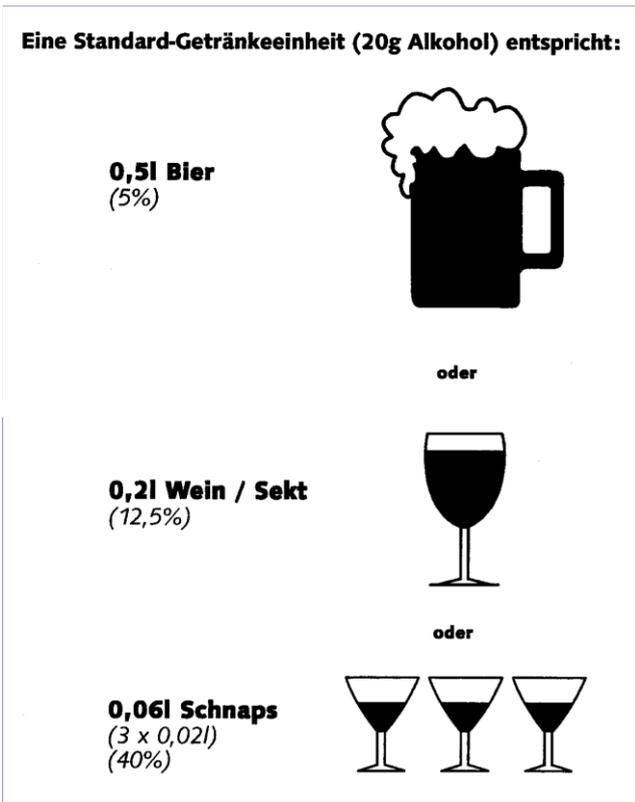


Abbildung 2: Die tägliche Höchstdosis beim kontrollierten Trinken (Körkel 2017: Folie 29)

Die Weltgesundheitsorganisation gibt für Männer und Frauen unterschiedliche Grenzwerte riskanten Alkoholkonsums an (s. Abbildung 3). Bei Männern liegt der Wert bei 40mg reinem Alkohol pro Tag (ca. 0,25 l Rotwein bzw. 0,5 l Bier), für Frauen bei 20g pro Tag (vgl. Körkel 2008: 20, Körkel 2017: Folie 29). Die Differenz geht auf empirische Befunde zurück, wonach Frauen bei gleichen Trinkmengen und gleichem Gewicht deutlich höhere Alkoholspiegel erreichen. Damit verbunden sind mehr alkoholbedingte Organschäden. Alkohol verteilt sich in vielen Bereichen des Körpers, nicht aber im Körperfett. Da Frauen in der Regel ein größeres Kompartiment an Fett haben als Männer, ist bei Ihnen das Restvolumen, in dem sich Alkohol verteilen kann, entsprechend kleiner. Das führt somit zu den erwähnten höheren Blutspiegeln und als Konsequenz zu niedrigen Trinkempfehlungen (vgl. Körkel 2008: 70).

# Risikokonsum/ risikoarmer Konsum

## WHO Drinking Risk Levels

Consumption categories	TAC (g/day) – women	TAC (g/day) – men
Very high-risk consumption	>60 g	>100 g
High-risk consumption	40–60 g	60–100 g
Medium-risk consumption	20–40 g	40–60 g
Low-risk consumption	1–20 g	1–40 g

WHO international guide for monitoring alcohol consumption and related harm, 2000;  
Rehm et al. Eur Addict Res 2001;7:138–147

Abbildung 3: WHO Grenzwerte riskanten und risikoarmen Alkoholkonsums (DGPPN 2020)

### 3. Das Führen eines Trinktagebuches: Registrierung und Bilanzierung des Alkoholkonsums

Wie bereits erwähnt dient das Trinktagebuch dazu, die konsumierten Getränke zu dokumentieren und ist der Schlüssel zur Selbstkontrolle.

**Trink-Tagebuch**

Alkoholfreie Tage: Plan: **1** Ist:    
Tageshöchstmenge: Plan: **3** Ist:

Woche vom: **0 6 1 0 1 4** bis **1 2 1 0 1 4**

Tag	Uhrzeit	Art und Menge des Alkohols (Alkoholprozentangabe)	Anzahl		Ort/anwesende Personen	Auslöser (Situation, Gefühle, Gedanken)	✓ ✗
			Ist	Plan			
Mo	18.00	2 Bier (0,5l, 5 %)	2	2	Stammkneipe, Kumpels	alle trinken; beruflicher Stress	✓
Di	18.30	1 Bier (0,5l, 5 %) 1 Whisky (2cl, 40 %)	1 0,3	2	zuhause, alleine	Anspannung des Tages; Lust auf Alkoholgeschmack	✓
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							
Wochen- summe:			<b>15</b>				✓ ✗

www.kontrolliertes-trinken.de

Abbildung 4: Trinktagebuch (Körkel, 2014: 214)

Das Tagebuch dient dazu, sein Trinkverhalten jede Woche festzuhalten (s. Abbildung 4). Der getrunkene Alkohol wird, wie bereits beschrieben, in Standardeinheiten (SE) eingetragen (Körkel 2014 b: 214). Der zuvor festgelegte Trinkplan ist für die entsprechende Woche mitaufgeführt mit Angabe der trinkfreien Tage. An den Tagen, an denen getrunken wird, ist in der Spalte „Plan“ die geplanten max. SE und in der Spalte „Ist“ der tatsächlich konsumierte Alkohol in SE festzuhalten. Die Wochensumme, die vor Beginn der Woche festgelegt wird, sollte nicht überschritten werden. Zudem werden Auslöser des Trinkens, der Ort und anwesende Personen ebenfalls dokumentiert (Körkel 2014 b: 214). Das Trinktagebuch dient der Selbstbeobachtung und Registrierung relevanter Faktoren wie Zeit, Art, Menge, Ort, soziales Umfeld und Auslöser des Alkoholkonsums. Die Teilnehmenden am Programm sollen bereits ab dem ersten Vorgespräch mit dem Trinktagebuch beginnen. Es ist auch nach Abschluss des Programmes eine wichtige Stütze für den gelingenden kontrollierten Konsum (vgl. Gerster 2009: 82). In den letzten Jahren wird digital eine sog. App zur Alkoholkonsumerfassung angeboten. Die Gratis- App AlcoDroid ist nichts anderes, als ein digitales Trinktagebuch, das der Nutzer auf seinem Mobiltelefon führt. So können die Nutzer dieser App, die getrunkene Menge an Alkoholika (Bier, Schnaps, Wein etc.) eingeben und es wird daraus der Blutalkoholgehalt errechnet und auch angezeigt nach welcher Zeit mit einem Abbau des Blutalkoholspiegels zu rechnen ist. Auch im digitalen Trinktagebuch ist die Möglichkeit gegeben die individuellen Trinkziele und die nicht zu überschreitenden Alkoholmengen einzutragen (Google Play store Apps: AlkoDroid Alkohol Tracker).

#### **4. Das Alkoholkonsumziel für eine Woche festlegen- Alkoholobergrenzen bestimmen**

Neben der Bestandsaufnahme sind drei Ziele pro Woche festzulegen: 1. maximale Anzahl von „Standardeinheiten“ pro Tag, 2. die Anzahl der abstinenten Tage pro Woche und 3. die maximale Anzahl „Standardeinheiten“ pro Woche (vgl. Körkel 2008: 84). Wichtig hierbei ist, damit im Verlauf keine Überforderung und hieraus Misserfolge entstehen könnten, die Anforderungen für sich realistisch zu bestimmen (vgl. Körkel 2008: 84). Die Ziele sollten daher erreichbar sein, damit die Motivation des Betroffenen weiterhin bestehen bleibt (vgl. Körkel 2008: 87). Sollte im Verlauf dennoch eine Zielabweichung entstehen, sollte diese nicht als Enttäuschung betrachtet sondern als Lernerfahrung gesehen werden um die Ziele für die kommende Woche entsprechend anzupassen (vgl. Körkel 2008: 91).

#### **5. Auswahl und Einsatz von Strategien zur Konsumbegrenzung**

Die Auswahl eigener geeigneter Strategien und Einsatz dieser zur Konsumbegrenzung erweitern das Verhaltensrepertoire im Umgang mit den individuellen Risikosituationen (vgl.

Körkel 2008: 95). Um Beispiele zu nennen: sich an feste Trinkzeiten halten (kein Alkoholkonsum vor 18 Uhr), Orte bestimmen, an denen kein Alkohol getrunken wird (kein Alkoholkonsum zu Hause) oder festzulegen, dass ein großes alkoholfreies Getränk vor (und nach) jedem alkoholischen Getränk konsumiert wird (vgl. ebd.). In Situationen, wie gesellige Abende oder Anlässe mit anderen Alkoholkonsumenten, kann es für die meisten Betroffenen schwer sein nicht oder nur wenig zu trinken. Deswegen sind auch in solchen Fällen zurechtgelegte Strategien hilfreich (vgl. Körkel 2008: 99). Zum Beispiel können alkoholreduzierte oder alkoholfreie Getränke zu sich genommen werden oder es werden Antworten vorbereitet wie: „Warum ist es dir so wichtig, dass ich mehr trinke?“, wenn unangenehme Fragen in der Runde befürchtet werden (vgl. ebd.).

## **6. Bestimmung von Risikosituationen**

Individuelle Risikosituationen und Belastungen sollten klar definiert werden, damit die entsprechenden Strategien im Umgang damit, entwickelt, erlernt, geübt und letztlich umgesetzt werden können (vgl. Körkel 2008: 100). Das Trinktagebuch kann dabei eine hilfreiche Ressource sein. Durch die Dokumentation von Auslöser oder auslösenden Situationen, können als Beweggründe eines erneuten, vom Ziel abweichenden Konsums erkannt werden (vgl. ebd.). Dennoch werden sich nicht alle Risikosituationen vermeiden lassen. Umso wichtiger erscheint eine individuelle realistische Vorgehensweise zu erarbeiten, die für den Betroffenen umsetzbar ist. Eine Feier, auf der viel getrunken wird, stellt z.B. eine Risikosituation für einen Betroffenen dar. „Nein sagen“, weiterfeiern ohne Alkohol zu trinken, sich von den Anderen nicht mitreisen zu lassen, scheint in dem Fall eher eine noch zu schwer umsetzbare Strategie aber die Feier früher zu verlassen ist im Rahmen des Möglichen (vgl. Körkel 2008: 102f).

## **7. Bewältigung von Belastungen**

Ohne Alkohol einen Weg aus belastenden beruflichen oder persönlichen Situationen zu finden, nimmt einen wichtigen Stellenwert für die betroffene Person ein, da oft der Griff zum Glas bei solchen Situationen automatisiert ist (vgl. Gerster 2009: 83). Solche Belastungen können z.B. stressige Alltagssituationen, die Ärger, Wut, Angst hervorrufen, Sorgen um die Kinder oder Überlastung am Arbeitsplatz, sein. Alte bzw. wiederentdeckte oder neue Lösungsansätze für solche Belastungen könnten z.B. sein: aktive Herangehensweise statt vor sich herschieben, Hilfe suchen bei einem nahestehenden Menschen, innere Gelassenheit entwickeln (vgl. Körkel 2008: 111). Des Weiteren ist das Abgrenzen von Überforderungssituationen sehr wichtig im Umgang mit Belastungen. Wie z. B. sich zu viel zumuten mit neuen Aufgaben am Arbeitsplatz, die einen über den Kopf wachsen, sollten vermieden werden, um auch neue Belastungen nicht

erst entstehen zu lassen und sich zunächst auf den bereits entstandenen Problemen zu konzentrieren (vgl. Körkel 2008: 112).

## **8. Freizeit(neu)gestaltung**

Die Freizeit ohne Alkohol zu gestalten, fällt den Alkoholkonsumenten schwer, vor allem wenn der Alkohol in die Freizeitaktivitäten mit eingebunden wird (vgl. Körkel 2008: 106). Umso wichtiger ist es für die Betroffenen ihre Freizeitaktivitäten bzw. die bisherige Gestaltung ihrer Freizeit zu hinterfragen (vgl. Körkel 2008: 106). Von Bedeutung ist hier die Gestaltung der Freizeit ohne Alkohol neu zu definieren, Aktivitäten für sich neu zu entdecken oder alte Hobbys wieder aufleben zu lassen (vgl. ebd.). Um die Kontrolle über den gewünschten, festgelegten Trinkkonsum zu bewahren und für sich selber ansprechende Freizeitaktivitäten zu finden, ist es hilfreich die Freizeitgestaltung eine Woche zuvor zu planen (vgl. ebd.).

## **9. Trinkverhalten beibehalten und Umgang mit „Ausrutschern“ und Rückfällen**

Zuletzt gilt es das neue erlernte Trinkverhalten zu stabilisieren. Der Fokus wird dabei auf die regelmäßige Führung des Trinktagbuchs gerichtet, bis das kontrollierte Trinkverhalten verinnerlicht wird und die Dokumentation keine besondere Aufmerksamkeit mehr benötigt (vgl. Körkel 2008: 114). Zudem sollten laut Körkel, drei Beweggründe, die für einen bewussteren Umgang mit Alkohol wichtig erscheinen, immer wieder vor Augen geführt werden. Ebenso drei wichtige Strategien, die am meisten Wirkung zeigen und die drei Risiken, die für den Betroffene das geplante zu verfolgen (vgl. Körkel 2008: 114f).

## **10. Zielüberprüfung: Kontrolliertes Trinken oder Abstinenz?**

Neben der kurzfristigen Zielsetzung geht es auch immer um die Frage des langfristigen Zieles: kontrolliertes Trinken oder völlige Abstinenz? (vgl. Gerster 2009: 83). Darin spiegelt sich eine der Zielsetzungen des kT, das nicht anti-abstinenzorientiert angelegt ist, sondern zieloffen. Den Betroffenen soll ein Instrumentarium zur Verfügung gestellt werden, mit dem sie den eigenen Alkoholkonsum reduzieren oder ganz einstellen können. In Abbildung 5 findet sich eine Untersuchung von Hodgins et al (1997), die die Veränderlichkeit der Therapieziele von Abstinenz zu Reduktion und umgekehrt nach 4 Wochen Behandlung wiedergibt (Heinz A., DGPPN Kongress 2020).

## Veränderlichkeit der Therapieziele

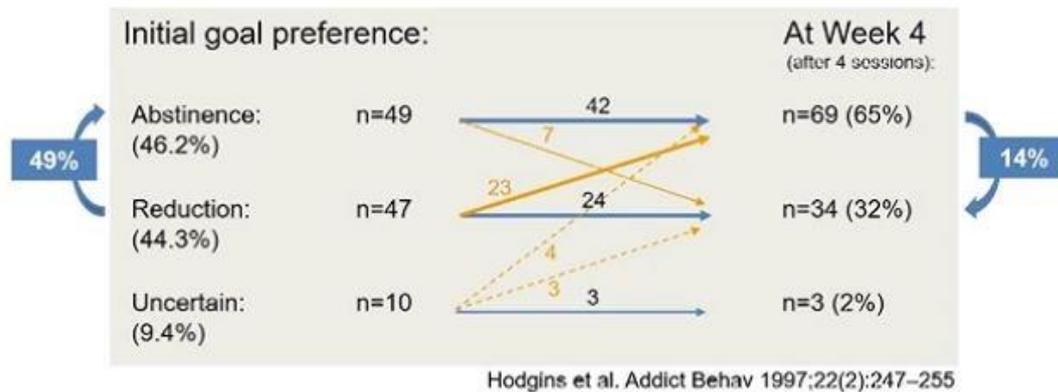


Abbildung 5: Veränderlichkeit der Therapieziele (DGPPN Kongress 2020)

Die bereits oben und die noch im Folgenden aufgeführten verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätze zum selbstkontrollierten Trinken bilden, neben Pharmakotherapien und mäßigungsorientierten Selbsthilfegruppen, eine von drei prinzipiell kombinierbaren Behandlungsvarianten zur Trinkmengenreduktion (vgl. Körkel 2015: 148).

### 6.1 Pharmakotherapeutische Behandlung

Die Europäische Zulassungsbehörde für Medizinprodukte (EMA) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erkennen das reduzierte Trinken bereits als ein intermediäres Ziel in ihren Behandlungsrichtlinien der Alkoholerkrankung an (vgl. Körkel 2014 b: 216). Während der Behandlung mit dem Ziel „kontrolliertes Trinken“ wird eine pharmakotherapeutische Behandlung empfohlen. Dafür eignen sich laut Studien Naltrexon und Nalmefen (vgl. Körkel 2014 b: 216). Nalmefen ist seit 2014 in Deutschland zur Trinkmengenreduktion bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit zugelassen, jedoch mit der Einschränkung, dass die Verordnung des Medikaments nur maximal 6 Monate erfolgen kann (vgl. Körkel 2014 b: 216). Die Diskussion um die Möglichkeit eines stabilisierenden, reduzierenden Alkoholkonsums wurde mit der Untersuchung der Wirksamkeit des Opiatmodulators Nalmefen (Antagonist am  $\mu$ - und  $\delta$ -Rezeptor und partieller Agonist am  $\kappa$ -Rezeptor), wieder aufgenommen (vgl. Batra et al. 2016: 308). Ausschlaggebend hierfür waren aktuelle Studien, die zeigten, dass eine Reduktion der Alkohol- Trinkmenge auf etwa 60% von 6 bis zu 12 Monaten, bei vorhandenem signifikanten Zusatzeffekt für Nalmefen, möglich war. Diese Studienergebnisse stellen für Befürworter des kT einen deutlichen Hinweis für die empirische Gültigkeit des KT- Therapiekonzeptes dar (vgl. Batra et al. 2016: 308).

Alkohol setzt Endorphine frei und erhöht die Opiatrezeptoren im Gehirn. Dadurch entsteht ein Suchtverlangen, auch „craving“ genannt. Naltrexon und Nalmefen blockieren diese Rezeptoren und das Verlangen ist vermindert. (vgl. Heinz, Andreas; DGPPN Kongress, 2020). Um eine Behandlung mit den genannten Medikamenten durchzuführen, sollten folgende Voraussetzungen gegeben sein: Eine Abstinenztherapie kann in naher Zukunft nicht angeboten werden; Die Behandlung sollte nur bei Patienten begonnen werden, deren Alkoholkonsum sich innerhalb von 14 Tagen nach der Erstuntersuchung weiterhin auf einem hohen Risikoniveau befindet ; Der Arzt besitzt eine Expertise im Bereich der Therapie zur Alkoholabhängigkeit und sollte die pharmakotherapeutische Behandlung in einem therapeutischen Gesamtkonzept miteinbeziehen (vgl. Körkel 2016: 216).

Die pharmakologischen Studien betonen, dass allein die Einnahme von Naltrexon oder Nalmefen keine oder nur geringfügige Wirkungen aufweisen und daher therapeutische Gespräche mit dem Patienten geführt werden sollen, die zu einer Verhaltensänderung seines Trinkverhaltens beitragen, das heißt eine solche spezifische Medikation sollte nur in Kombination mit psychosozialer Behandlung verschrieben werden (vgl. Körkel 2014 b: 216). Auch zu beachten ist die Beschränkung der Indikation auf Personen ohne bekannte körperliche Entzugserscheinungen, bei denen keine sofortige Entgiftung erforderlich ist (vgl. Batra et al. 2016: 308). Der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sehen für Nalmefen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie Naltrexon keinen Zusatznutzen (vgl. G-BA, 2015). Die bisher durchgeführten pharmakologischen Studien ergeben, dass allein die Einnahme von Naltrexon oder Nalmefen keine oder nur geringfügige Wirkungen in zur Verbesserung seines Trinkverhaltens beitragen und daher das Angebot eines therapeutischen „Gesamtpakets“ von Wichtigkeit ist (vgl. Körkel 2014 b: 216).

## 6.2 Kontrolliertes Trinken nach dem Selbsthilfeprinzip

Im Sinne eines Selbsthilfeprogramms werden Alkoholkranken in 10 Schritten bei der Reduktion ihres Alkoholkonsums unterstützt. Körkel nennt folgende Maßnahmen:

- „Herstellung günstiger Rahmenbedingungen zum Erlernen des kontrollierten Trinkens
- Führen des Trink-Tagebuchs
- Bilanzierung der positiven und negativen Seiten des bisherigen Alkoholkonsums
- Aneignung wichtiger Informationen zum Thema „Alkohol“
- Festlegung von Limits für kontrolliertes Trinken
- Identifizierung von Risikosituationen für Zu-viel-Trinken

- Festlegung von Strategien zum Erreichen der Ziele
  - Freizeitgestaltung
  - Umgang mit Belastungen
  - Stabilisierung und Weiterführung der erreichten Veränderungen“
- (Körkel 2004: 285).

Die Besonderheit der Selbsthilfe sind individuell festgelegte Ziele an denen Orientierung gewonnen wird, um das Trinken zu reduzieren. Es existieren keine streng vorgegeben Richtlinien, d.h. die betroffene Person selbst legt sich zuvor einen sog. Trinkplan bzw. Regeln zurecht, an denen sie sich ausrichtet (vgl. Körkel 2008: 55). Mit „10 Schritten für einen bewußeten Umgang mit Alkohol“ wird versucht dem Betroffenen ein System zu vermitteln, in dem er es schafft den eigenen Konsum gezielt zu reduzieren (vgl. Körkel 2008: 55). Diese auttodidaktisch zu bearbeitende Selbsthilfemanuale, die in den USA seit 1976 vorliegen, können anonym in Anspruch genommen werden und sind niederschwelliger als therapeutisch gestützte Programme (vgl. Körkel 2015: 152). Strukturierte Selbsthilfeprogramme zum KT werden heutzutage auch im Internet angeboten. Manche solcher Internetseiten sind oft mit interaktiven Komponenten und online-Foren verbunden, andere enthalten nur Therapie- Elemente (z.B. Trinktagebuch mit Wochenzielfestlegung) des BSCT (vgl. Körkel 2015: 152). Auch hier belegen verschiedene Studien, dass beim Einsatz der Selbsthilfeprogramme das „Gesamtpaket“ der oben ausführlich beschriebenen Komponenten wirksamer ist als nur der Einsatz einzelner (z. B. Trinktagebuch) seiner Bestandteile (vgl. Körkel 2015: 153).

### 6.3 Angebot der Einzel-/Gruppenprogramme

Seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts kommen Einzel- und Gruppenbehandlungen zum kT zum Einsatz, die eine intensivere Unterstützung als Selbsthilfemanuale ermöglichen (vgl. Körkel 2015: 152). Wie bereits erwähnt, umfassen diese Behandlungen in der Regel 6-12 strukturierte Sitzungen in Modulen von 1-2 Stunden Dauer mit BSCT-typischen Inhalten, wie dem Führen und Auswerten eines Trinktagebuchs etc. und werden zum Teil durch Auffrischungssitzungen, Selbsthilfemanuale oder reduktionsorientierte Selbsthilfegruppen ergänzt (vgl. Körkel 2015: 152).

### 6.3.1 Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken (EkT)

Im Jahr 2003 wurde „das Ambulante Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken“ (GK Quest Akademie o. J.) entwickelt. Seitdem ist das Angebot des EkT in Deutschland, Österreich und Schweiz in vielen Städten vertreten. Die Therapie verwendet veränderungsfördernde und motivationslehrende Programmelemente, die sich nach internationalem Kenntnisstand als förderlich erwiesen haben (vgl. Körkel 2015: 152). Die Einzeltherapie zum kontrollierten Trinken im ambulanten Rahmen eignet sich für Menschen, die sich eine Einzelbetreuung wünschen, ihre Probleme nicht in Gruppen teilen möchten oder mit dem Programm des kontrollierten Trinkens schnellstmöglich beginnen wollen (vgl. Körkel 2005). Dieses Programm hilft besonders Betroffenen, die eine intensive Einzelbetreuung brauchen (vgl. ISS 2018). Dem Betroffenen werden zehn Einzelsitzungen zu je 60 Minuten bei einem erfahrenen Therapeuten angeboten. Die Behandlung kann über diese zehn Sitzungen hinaus verlängert werden und die Termine flexibel und individuell an den Betroffenen angepasst werden (vgl. ISS 2018). Bevor die Aufnahme des Betroffenen am EkT erfolgen kann, ist eine Diagnostik- Phase mit vorgeschalteter Diagnostik (auch Labor) und Indikationsabklärung bzw. Indikationsempfehlung erforderlich (vgl. Körkel 2005 und Körkel 2017: 21). Ist die Teilnahme an diesem Programm aufgrund der Ergebnisse der durchgeführten Diagnostik nicht möglich wird eine Empfehlung für spezifischere Hilfsangebote vorgeschlagen (vgl. Körkel 2005).

### 6.3.2 Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AKT)

Das ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken wurde im Oktober 1999 erstmals von Prof. Dr. Körkel in Nürnberg an der psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke des Caritasverbandes Nürnberg, durchgeführt. Seit April 2001 finden Trainerkurse zum AKT in einigen Städten Deutschlands statt. Darüber hinaus hat es sich seither auch in der Schweiz etabliert (vgl. Körkel 2011). Das ambulante Gruppenprogramm stellt eine wissenschaftlich fundierte Herangehensweise dar, Menschen zu helfen, ihren Alkoholkonsum zu kontrollieren und auch zu reduzieren (vgl. Körkel 2011). Körkel nennt folgende sind Charakteristika des AKT:

- „Gruppenprogramm für 12 bis 15 Teilnehmer
- Zieloffen: kontrolliertes Trinken oder Abstinenz möglich
- 1 bis 3 vorgeschaltete diagnostische Einzelsitzungen
- Ausführliche Diagnostikmanual für die Behandler mit allen Interviewfragen, Fragebögen und Auswertungshinweisen
- Zeitliche limitiert: 10 wöchentliche Termine zu je 2,25 Stunden Dauer

- Humanistisch-psychologischer Menschenbild-Hintergrund
  - Ablauf jeder Sitzung verhaltenstherapeutisch strukturiert: 50% der Zeit Vermittlung festgelegter Inhalte (z.B. Grundinformationen über Alkohol Handhabung des Trinktagebuchs [...]), 50% Austausch von Erfahrungen und Erarbeitung individualisierter Veränderungspläne
  - Umfangreiches Manual für die Gruppenleitung mit genauer Anleitung zu Durchführung jeder der 10 Sitzungen
  - Teilnehmer -Handbuch mit Stundenübersichten sowie allen Informations- und Arbeitsblättern
  - Fortschritte der Teilnehmer stehen im Fokus („lösungsorientiert“)
  - Heranführung an weitergehende abstinentenorientierte Suchthilfeangebote, falls die praktische Umsetzung des kontrollierten Trinkens nicht (bzw. nicht zufrieden stellend) gelingt“
- (Körkel 2004: 285).

Die Gruppen treffen sich jede Woche an bis zu zehn Abenden für je 135 min. Die Treffen beinhalten ein strukturiertes Programm auf einer persönlichen Ebene (vgl. Körkel 2011). Im Gegensatz zur Einzeltherapie ist in diesem Programm ein intensiver Austausch in der Gruppe vorauszusetzen (vgl. ebd.). Die Vorteile in der therapeutisch gestützten Gruppenbehandlung die eigene Alkoholproblematik zu thematisieren und anzugehen liegen auf der Hand und werden von den Betroffenen selbst als solche angegeben (vgl. ISS 2018). Die Vorteile der Gruppebehandlung sind somit die Motivationsförderung der Teilnehmer, der gegenseitige Austausch und das Lernen von den Erfahrungswerten anderer Gruppenmitglieder. Das Programm findet in regelmäßigen Abständen statt und in Begleitung einer ausgebildeten Fachkraft für kontrolliertes Trinken (vgl. ebd.). Auch hier wird die Indikation /Empfehlung zum Mitwirken durch eine vorgeschaltete Diagnostik -Phase geklärt (vgl. Körkel 2011). Die ambulanten Einzel- und Gruppenbehandlungen zum KT werden von den Krankenkassen als Leistung der Primärprävention § 20 SGB V, bezuschusst (vgl. Körkel 2011).

## 6.4 Selbsthilfegruppen

Generell sind in Deutschland viele Selbsthilfegruppen für diverse Anliegen und Ziele vertreten. Im Bereich der Alkoholselbsthilfe sind die meisten Selbsthilfegruppen von Abstinenzverbänden organisiert, wie z.B. „Anonymen Alkoholiker“, „Freundeskreis“,

„Kreuzbund“ u.a. Das vordergründige Therapieziel in diesen Gruppen ist die dauerhafte Abstinenz. Selbsthilfegruppen mit Ziel des kontrollierten Trinkens sind in Deutschland eine Seltenheit. Im deutschsprachigen Raum haben sich Selbsthilfegruppen zum kT aus Teilnehmern des „Ambulanten Gruppenprogramms zum kontrollierten Trinken“ gebildet (vgl. Hoffmann 2002: 63). Die bekannteste Selbsthilfevereinigung mit dem Ziel des kontrollierten Trinkens ist „Moderation Management“, kurz MM genannt, die 1994 in den USA gegründet wurde. Diese Gruppe wurde als Alternative zu den Anonymen Alkoholikern gegründet vorwiegend für die nicht-abhängigen Problemtrinker (vgl. Körkel 2015: 152). Dem „MM“ Ansatz liegt ein nicht-spirituell ausgerichtetes „9 Schritte-Programm für mäßiges Trinken und positive Veränderungen im Lebensstil“ (mit Inhalten wie in BSCT: „The MM Step by Step Approach“) sowie eine feste Ablaufstruktur zugrunde (vgl. ebd.). Neben der Vorort Teilnahme an MM-Gruppen sowie telefonische Interventionen, gibt es die Möglichkeit der Teilnahme an Online-Meetings und Online-Foren, der Nutzung eines Online-Trinktagebuchs u. ä. (vgl. Moderation Management 2019). Hier ist anzumerken, dass die derzeitige COVID 19 Pandemie in Windeseile eine Trendwende in Bezug auf Online-Meetings oder Interventionen und Therapien herbeigeführt hat. Hochwertige randomisiert kontrollierte Studien belegen, dass die therapeutischen Interventionen im Videotelefonie-Setting vergleichbar zu der im Face to Face Setting bewertet werden, allerdings differenziert und begrenzt für kognitiv behaviorale und psychodynamische Online-Therapien (Deutsches Ärzteblatt Juni 2020: 255). Zur Wirksamkeit der Face to Face Teilnahme an MM Treffen oder anderen auf Reduktion ausgerichteten Selbsthilfegruppen liegen bislang keine Studien vor (vgl. Lembke & Humphreys 2012 zitiert nach Körkel 2015: 155).

## 6.5 Ärztliche Kurzinterventionen

Bestandteil vieler ärztlicher Kurzinterventionen zur Konsumreduktion bei Alkoholproblemen, waren schon vor Jahrzehnten und sind bis heute, Elemente von BSCTs, wie z.B. das Trinktagebuch führen, Anregungen zum Festlegen von Reduktionszielen, Tipps zum Umgang mit Risikosituationen etc. (Körkel, 2015: 153). Pro Jahr werden durchschnittlich 34,5% Menschen mit einer Alkoholproblematik in Allgemeinkrankenhäusern behandelt und 80% suchen ihren Hausarzt auf. Demnach ist das ärztliche Hilfesystem geeignet, um diese Patientengruppe umfassend zu erreichen (vgl. Hoffmann 2002: 68). Vor allem Ärzte, die eine (Zusatz-) Qualifikation in Suchtmedizin besitzen, können Patienten bezüglich der Folgen des Alkoholkonsums informieren und eine Behandlung zum kontrollierten Trinken oder der Abstinenz empfehlen und anregen (vgl. ebd.).

Studienergebnisse zeigten, dass Klienten, die keine Alkoholabhängigkeit, sondern eher ein riskantes Trinkverhalten aufwiesen, ihren gesamten Reinalkohol-Konsum um 38g pro Woche innerhalb eines Jahres reduzieren konnten, indem sie in den ärztlichen Gesprächen bzw. Kurzinterventionen anhand von Untersuchungsergebnissen wie z.B. Laboruntersuchungen, mit ihren erhöhten Alkoholkonsum konfrontiert, aufklärt und zusätzlich entsprechende Informationsmaterialien aushändigt wurde. Weiterführende umfangreiche Gespräche, brachten keinen zusätzlichen Nutzen für die Patienten (vgl. Körkel 2014b: 216 und Körkel 2015: 155).

Bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit, die sich hilfeschend an den Arzt wenden mit dem Bestreben eine Konsumreduktion und keine Abstinenz zu erzielen, reichen die Informationsaushändigungen und Ergebnisdarstellung über den verstärkten Konsum von Alkohol meist nicht aus, um eine Trinkmengenreduktion zu erreichen. In dem Fall hat sich die Abfolge mehrerer Gespräche als wirksam erwiesen (vgl. Körkel 2014 b: 216). Hier ist zu bemerken, dass neue pharmakologische Studienergebnisse zeigten, dass bei einem Teil der Patienten eine medikamentöse Unterstützung mit Naltrexon oder Nalmefen den Erfolg zur Alkoholkonsumreduktion erhöhen kann. Bei Nalmefen ist das explizite Anwendungsziel die Trinkmengenreduktion (vgl. Mann, 2015 zitiert nach Körkel 2015: 155). Wie bei allen pharmakologischen Studien bleibt auch hierbei ungeprüft, ob sich die angestrebte Alkoholkonsumreduktion durch die Kombination von Pharmakotherapie mit einer strukturierten KT-Behandlung, in Form von BSCTs optimieren ließe (vgl. ebd.).

Das NIAAA (Nationale Institut für Alkoholmissbrauch und Alkoholismus) stellte ein Leitfadens für den Ärztlichen Dienst zur Verfügung, um Patienten mit Alkoholproblemen zu unterstützen mit folgenden vier Empfehlungen im Umgang mit Patienten, die eine Konsumreduktion ihres Alkoholkonsums anstreben (vgl. Hoffmann 2002: 69):

- Zum Alkoholgebrauch befragen
- Alkoholproblematik einschätzen
- Maßnahmen empfehlen
- Fortschritte des Patienten überwachen

Ein Thema, dessen Bedeutung nicht deutlich genug in den ärztlichen Interventionen hervorgehoben werden kann, ist die Modifizierbarkeit der Zielbestimmung im Laufe der Behandlungszeit. Dafür gibt es zahlreiche mögliche Gründe, der wahrscheinlichste aber ist der, dass der Patient bei der Erreichung des Ziels Mühe bekundet. Eine wertvolle Art der Konzeptualisierung der Änderung von Zielen im Laufe der Zeit ist aus einer „stepped care“-Perspektive hervorgegangen. Auf einem Teilaspekt dieses Ansatzes beruhen die meisten

Dienstleistungen im Gesundheitswesen. (vgl. Heddaus et al. published online: 3.1.2019 Bundesgesundheitsblatt). Bei der Umsetzung von kT-Interventionen wird die Anwendung des Prinzips „stepped care“ empfohlen (vgl. Sobel & Sobel 2000 zitiert nach Körkel 2015: 153).

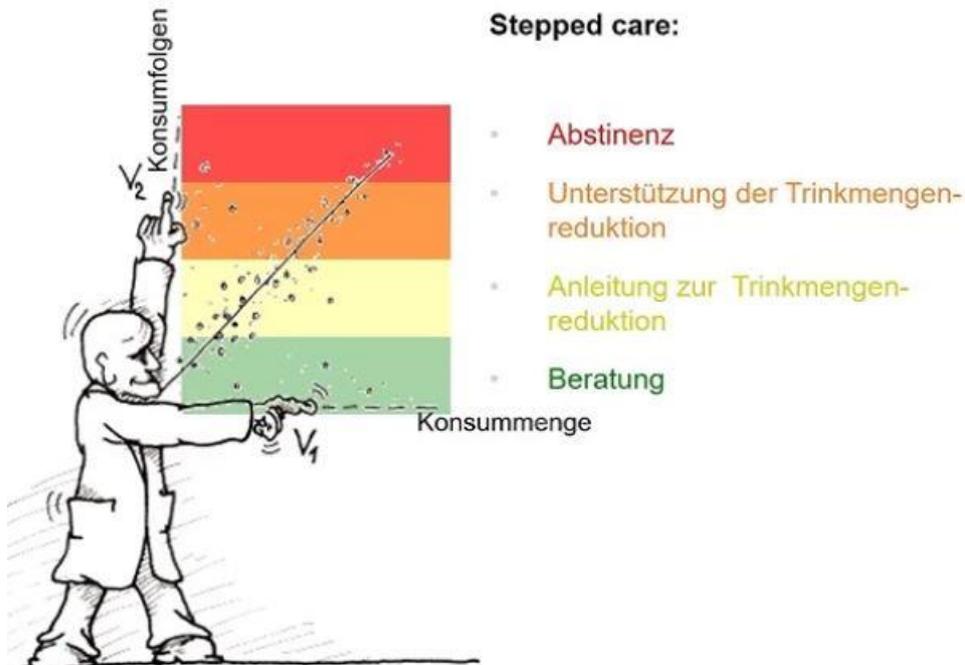


Abbildung 6: stepped care Therapieprinzip bei Suchtbehandlungen (DGPPN Kongress 2020)

Führt eine entsprechende Maßnahme, z.B. die Bearbeitung eines Selbsthilfemanuals oder eine ärztliche Kurzintervention, nicht zum gewünschten Erfolg, ist schrittweise eine intensivere Maßnahme (z.B. eine Einzel- oder Gruppenbehandlung) zu empfehlen (vgl. Körkel 2015: 153). Dies bedeutet, mit der „Reduktionsmaßnahme“ zu beginnen, die am einfachsten umsetzbar ist, die am wenigsten in Alltagsabläufe eingreift, die kostengünstig ist, gute Ergebnisse verspricht und mit Nutzerzufriedenheit einhergeht (vgl. ebd.).

## 6.6 Die Konsumreduktion im (teil-)stationären Rahmen

Die erste und größte Herausforderung für die Suchtarbeit in stationären Einrichtungen (Entzugs- und Entwöhnungskliniken), im betreuten Wohnen, in Tageskliniken, im Maßregelvollzug etc. ist ein sanktionsfreies Klima zu schaffen, welches die Patienten /Bewohner befähigt ihre eigenen „wahren“ Ziele sowie Vorstellungen bezüglich des Alkoholkonsums zu äußern und ihnen gewährt, in ihren eigenen Zielen und Vorstellungen erst genommen zu werden (vgl. Körkel 2017: 53f). Falls Abstinenz nicht das Ziel eines stationären

Patienten ist, bestehen folgende Möglichkeiten mit deren kT Zielen /Wünschen umzugehen (vgl. Körkel 2017: 55f):

- Für tolerierte Suchtmittel auch Reduktionsbehandlungen vorhalten (vor allem für Tabak, da die allermeisten Alkoholkonsumenten rauchen).
- Für nicht tolerierte Suchtmittel Kombinationsbehandlung anbieten: z. B. Stationär abstinent, ambulant Reduktion planen oder stationär die Patienten an Inhalten und Aufbau von Konsumreduktionsbehandlungen heranführen („Trockenübungen“)
- Konsum außerhalb der Einrichtung zu bestimmten Zeiten dem Patienten gestatten mit Vor- und Nachbereitung des zeitlich geplanten Konsums.
- KT im stationären Rahmen (v. a.in Langzeit- Wohneinrichtungen oder Heimen) gestatten mit zuvor getroffenen Absprachen, was den Konsum und das Zusammenleben angeht (vgl. Körkel 2017: 55f)

Das kontrollierte Trinken als Behandlungsoption im Sinne der zieloffenen Suchtarbeit wird erfolgreich im Wohnheim „Sonnenburg“ in der Schweiz (soziotherapeutische Wohn- und Arbeitsstätte für CMA) umgesetzt (vgl. Raster 2016: 42). Die soziotherapeutische Langzeitwohneinrichtung und Arbeitsstätte „Sonnenburg“ in der Schweiz für Menschen mit einem chronischen und problematischen Alkoholkonsum bietet seinen Bewohnern an, im Sinne der zieloffenen Suchtarbeit (ZOS), an einer Verhaltensänderung ihres Suchtmittelkonsums zu arbeiten mit dem Ziel, das sie sich selbst setzten (vgl. Verein Sonnenburg 2017: 1). Die soziotherapeutische Einrichtung wendet sich also vom traditionellen Behandlungsgedanken der Abstinenz ab und implementiert das Paradigma der zieloffenen Suchtarbeit. Durch diesen Paradigmenwechsel wird der Respekt, die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner gewahrt. Jeder Bewohner in der Einrichtung „Sonnenburg“ entscheidet selbst, ob er mit oder ohne Alkohol leben möchte (vgl. Raster 2016: 42). Die „Sonnenburg“ stellt konzeptionelle und fachliche Rahmenbedingungen sowie fachlich gut geschultes Personal zur Verfügung, damit die Bewohner bei der Erreichung ihrer eigenen Ziele unterstützt werden (vgl. ebd.). Das Personal arbeitet eng zusammen mit den Bewohnern, ermöglicht ihnen einen gut strukturierten Alltag, wobei Themen wie Freizeitaktivitäten, soziale Beziehungen und Beschäftigungen im Fokus stehen. So wird den Bewohnern eine neue Lebensplanung ermöglicht und verlorengegangene Fertigkeiten werden wieder aktiviert (vgl. ebd.). Um das problemlose Zusammenleben in der Einrichtung zu ermöglichen, sind entsprechende Regeln und Maßnahmen erforderlich, die dem Konzept (ZOS) der Einrichtung angepasst werden. Hierbei sind folgende Aspekte zur Klärung und Festlegung der Einrichtungsregeln zu beachten (vgl. Raster 2016: 42):

- Sichere Lagerung des Alkohols in der Einrichtung
- Entsorgung des Leerguts
- Abgabezeiten der alkoholischen Getränke
- Festlegung der erlaubten Arten von Alkohol (Wein, Spirituosen, Bier)
- Handhabung mit alkoholischen Getränken
- Konsum von Besuchern der Bewohner
- Alkoholfreie wie auch Konsumräume schaffen und abgrenzen
- Regelungen mit Alkohol auf Freizeitaktivitäten (vgl. ebd.).

Die Möglichkeit für einen Suchterkrankten in einer Einrichtung „regelmäßig und überwacht Alkohol zu konsumieren“ lindert den Suchtdruck und senkt die Selbstgefährdungsgefahr (vgl. Raster 2015: 32). Darüber hinaus wird das Bewusstsein der Eigenverantwortung zum eigenen Konsum geschärft und gefördert (vgl. Raster 2016: 42). Zudem wird durch die Akzeptanz der Suchtproblematik und Abgabe von Alkohol, die Lebensqualität der Betroffenen verbessert (vgl. Raster 2015: 32).

## 6.7 Zielgruppe des Konzepts

Wie bereits in den Kapiteln 2.1. und 2.2. behandelt, sind die Grundannahmen nach Jellinek über alkoholabhängige Patienten wissenschaftlich widerlegt. Nach eigener Erfahrung wurde bis 2019 in der Berufsausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege, die Theorie der fünf Trinktypen nach Jellinek gelehrt. Da bis heute fehlerhafte Grundannahmen des Kontrollverlustes von Alkoholikern kursieren und klar nach Problemtrinkern und Alkoholabhängigen unterschieden wird, führt die Klassifikation der Menschen mit Alkoholproblemen zu einem allgemeinen Problem der Indikation des kontrollierten Trinkens. Laut Körkel, Kruse und Schmalz (2000) (zitiert nach Hoffmann 2002: 44) lassen sich diese nicht spezifisch voneinander abgrenzen. Für die aus dem klassischen Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit ableitbare Annahme, es gäbe eine biologisch vorgegebene Grenze, ab der kontrollierter Konsum unmöglich wäre, ergeben sich aus den Ergebnissen zahlreicher Untersuchungen keine Hinweise (vgl. Körkel 2015: 155).

Nach Walters (2000) Metaanalyse profitieren nicht abhängige Problemtrinker und Alkoholabhängige gleichermaßen von einer kT-Behandlung (zitiert nach Körkel 2015: 155). Die vielen empirischen wissenschaftlichen Untersuchungen zu Bestimmung von Merkmalen, die zu einer Indikationsentscheidung und Auswahl einer erfolgversprechenden Behandlungsmöglichkeit (Abstinenz oder kontrolliertes Trinken) führen, ergeben keine klaren, eindeutigen Erkenntnisse (vgl. Körkel 2014 b: 218).

Einigkeit besteht darin, dass eine absolute Kontraindikation für kT besteht, wenn der Patient bereits eine völlige Abstinenz erreicht hat oder fest entschlossen ist eine dauerhafte Abstinenz anzustreben (vgl. Körkel 2014b: 219 und Körkel 2015: 155). Darüber hinaus ist eine Abstinenzbehandlung primär indiziert, wenn jeglicher Alkoholkonsum zu negativen Folgen führt, wie etwa bei Schwangerschaft und Stillzeit, bei organischen Vorschädigungen oder Einnahme von (Dauer-) Medikamenten, die durch den weiteren Alkoholkonsum unerwünschte Wechselwirkungen verursachen können, ebenso bei bestehender Delinquenz, Gewalttätigkeit unter Alkoholkonsum und anderen sozialen Folgeschäden des Alkoholkonsums (vgl. Körkel 2014b: 219).

Die Indikationsfrage kann allerdings nicht einzig auf empirische wissenschaftliche Ergebnisse gestützt werden. Hier stellt sich zusätzlich die Frage nach einer ethisch zu vertretenden therapeutischen Indikationsstellung, v. a., wenn der Patient trotz medizinisch -therapeutischer umfassender Aufklärung über Nutzen und Risiken (kT versus Abstinenz) das empfohlene Therapieziel ablehnt (vgl. Körkel 2015: 156). Aber auch empirisch betrachtet ist laut einer Vielzahl von Studien eine fremdbestimmende (therapeutische) Indikationsstellung kein guter Prädiktor für ein erfolgreiches Behandlungsergebnis (vgl. ebd.). Auch wenn bedingte Kontraindikation zur kT- Behandlung bestehen, ist es von Wichtigkeit zu überprüfen welche Behandlungsoption der Patient selbst will. Die Verfolgung eigener Zielvorstellungen und Zielentscheidungen führen durch Selbstwirksamkeitsüberzeugungen letztlich zum Therapieerfolg (vgl. Körkel 2015: 156f). Viele Studien zeigen, dass es häufiger zur Abnahme der Behandlungsmotivation und dann doch zu Rückfällen sowie Behandlungsabbrüchen kommt, wenn Menschen mit Alkoholproblemen gegen ihren Willen oder Überzeugung in abstinenzorientierten Behandlungen vermittelt werden (vgl. Körkel 2015: 157f).

Summa summarum bleibt zentral für die Indikationsstellung die eigene Zielsetzung bzw. Zielwahl der betroffenen Person, nicht aber Lebensalter, Abhängigkeitsschwere, familiäre Prädisposition oder Geschlecht. Entscheidet sich der Betroffene für die Trinkmengenreduktion ist die „Reduktionsmaßnahme“ auszuwählen, die am einfachsten für den Betroffenen umsetzbar erscheint und diese ggf. mit anderen zu kombinieren, wenn dem Ziel des Patienten und seiner Zufriedenheit mit der Behandlung gedient ist: „Behavioral Self-Control Trainings“ BSCT, Selbsthilfegruppen und Pharmakotherapie sowie die Anzahl der notwendigen Behandlungseinheiten und ihrer zeitlichen Abfolge (vgl. Körkel 20014: 219).

## 7 Wirksamkeit des Konzepts „Kontrolliertes Trinken“

Nachdem die Therapieoption des reduzierten und selbstbestimmten Alkoholkonsums für Alkoholabhängige näher erläutert und das Konzept auf verschiedenen Ebenen der Behandlungsmöglichkeiten beschrieben wurde, ist die Fragen der Effizienz des Behandlungskonzeptes zu beantworten. Um nicht nur die positiven Komponenten des Konzepts in der Arbeit darstellen zu wollen, wird auch auf die Grenzen des kontrollierten Trinkens als Behandlungsmethode hingewiesen.

### 7.1 Potenziale des Konzepts

Im Folgenden werden die positiven Wirkkomponenten zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen zum kT aufgeführt. Hierfür werden die vielfältigen Ergebnisse von Studien und spezifisch ausgerichtete Literatur zum kontrollierten Trinken verwendet.

Ein Drittel der Patienten, die sich einer stationären Entzugsbehandlung unterziehen, geben zu Beginn und auch am Abschluss ihrer Abstinenztherapie an, weiterhin Alkohol trinken zu wollen (vgl. Kruse, Körkel, Schmalz 2000, zitiert nach Hoffman 2002: 71). Durch die vornehmlich abstinentenorientierten Behandlungsangebote werden ein großer Bestandteil der Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum behandlungstechnisch nicht individuell angesprochen und z.T. unzureichend therapiert. Dem zu Folge kann eine Überanpassung eines nicht willigen abstinentenorientierten Patienten mit einer vordergründigen, oberflächlichen Motivation zu einem, ihm von außen vorgegebenen Behandlungsziel entstehen (vgl. ebd.). Durch die Befürchtungen der Menschen mit Alkoholproblematik als Alkoholiker stigmatisiert zu werden und sich einer lebenslänglichen Abstinenz in der Behandlung zu widmen, gelangen nur 5-10% der alkoholkranken Menschen in eine Behandlung (vgl. Körkel 2014b: 217). Durch die weiterführende Option des reduzierten Trinkens kann ein größerer Umfang an Patienten angesprochen werden, die zuvor noch unbehandelt waren. Demnach wird die Behandlungsquote erhöht. Auch für Menschen, die immer wieder misslungene Erfahrungen mit Abstinenzbehandlungen hatten, stellt möglicherweise der kontrollierte Konsum ein realisierbarereres Ziel dar (vgl. ebd.). Die frühzeitige Aufnahme einer solchen Behandlung, hilft einer schweren Alkoholsucht vorzubeugen. Somit kann das Konzept als Präventionsmaßnahme dienen, bevor eine chronische Sucht entstehen kann. Auch die niederschwellige Suchtarbeit, wie in Kapitel 3.2 beschrieben, kann durch das Angebot des kontrollierten Alkoholkonsums, Suchtfolgeproblemen, wie bei stark süchtigen und sozial schwächeren (z.B. wohnungslosen) Menschen, präventiv entgegenwirken, um im Sinne einer

Schadensminimierung eine weitere Chronifizierung der Erkrankung zu vermeiden. Empirisch führt hier die Trinkmengenreduktion zu einer Senkung des Mortalitätsrisikos (vgl. Körkel 2014 b: 217).

Die qualitative Studie „Where harm reduction meets housing first: Exploring alcohol's role in a project-based housing first setting“ von Collins et al. (2012), die bereits in Kapitel 2.3. erwähnt wurde, untersucht die Resultate bei 75 chronisch obdachlosen Menschen mit Alkoholproblemen, in einem nicht abstinent basierten Ansatz zur Schadensminderung. Die Probanden wurden von 8 Mitarbeitern nach Bedarf mit alkoholhaltigen Getränken versorgt. Die Menge und der Intervallkonsum des Alkohols wurden mit den Bewohnern in Alkoholmanagementplänen individuell vereinbart. Bei den Interviews gaben die Befragten an, dass die Wahrung ihrer Autonomie über ihren Alkoholkonsum positive Auswirkungen auf ihr Trinkverhalten hatte. Die Probanden reduzierten ihr Trinkverhalten oder wurden sogar abstinent (Collins et al. 2012: 115). Wie in der Studie von Collins et al. erwies, kann der kontrollierte bzw. reduzierte Alkoholkonsum sogar zum Behandlungswunsch und der Zielwahl der Abstinenz übergehen. Durch die kT Programme werden nicht nur Trinkmengenreduktionen sondern auch Abstinenzentscheidungen begünstigt. Damit dient die Reduktionstherapie auch als Übergang zur Abstinenz. Bereits während der Behandlung mit kT-Programmen gelingt es einem Teil der Betroffenen, die mit kT nicht den gewünschten Erfolg erzielen, zur Abstinenz überzugehen (vgl. Körkel 2014 b: 217). Durch die freie Wahl zwischen den Therapiezielen, sind bis zu 30% der Patienten während oder nach Behandlung mit dem Konzept des kontrollierten Trinkens bereit eine Abstinenzbehandlung anzufangen (vgl. Körkel 2014b: 217). D.h., dass Reduktionsbehandlungen für 10-30% der Teilnehmenden die Brücke für den Übergang zur Abstinenz bilden (vgl. Körkel 2017: Folie 42).

In der Vorgehensweise des kontrollierten Alkoholkonsums folgt die Bewahrung der Autonomie des Patienten der ethischen Maxime: „Tue nichts gegen den Willen des Patienten“ und „verlange von Patienten nichts, was sie zu erbringen (im Moment) nicht in der Lage sind“ (vgl. Körkel 2020b: 277). Dem Betroffenen wird somit ermöglicht, in dem er in seinem Selbstbestimmungsrecht ernst genommen wird, sein eigenes Behandlungsziel zu formulieren und mit fachlich kompetenter Hilfestellung an diesem zu arbeiten. Dies fördert die Kooperation und die Beziehung zwischen Behandlungsteam und Patient und schafft eine solide Vertrauensbasis in der Behandlung. Die Ziele der Betroffenen selbst ins Gespräch zu bringen, um mit fachlicher Hilfestellung ihre ggf. auftretende Ambivalenz zu mindern und ihre daraus folgende eigenständige Entscheidung sanktionsfrei zu respektieren, ist aus ethischer Sicht erstrebenswert und fördert die Autonomie. Den Patienten wird nichts abverlangt, was sie

gegenwärtig nicht leisten können. Ein reduzierter Konsum ist anfänglich für einen Teil der Betroffenen eher zu realisieren als der komplette Verzicht. (vgl. Körkel 2020b: 277).

Da viele der zu Behandelnden bei Beginn ihrer Therapie keine Abstinenz anstreben, ist die Option des kontrollierten Trinkens für einige Klienten eine wünschenswerte Behandlung und kann somit Behandlungsabbrüche verringern (vgl. Körkel 2014 b: 169). Die Verfolgung des eigenen Zieles verringert den Widerstand und steigert die aktive Behandlungsbereitschaft, sodass die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungsabbruches sinkt. Die Bereitschaft und Motivation, aktiv an der gewählten Maßnahme teilzunehmen, steigert die Erfolgchancen das Behandlungsziel zu erreichen. (vgl. Körkel 2020b: 276).

Nur eine Behandlungsmöglichkeit anzubieten, kann für einige Patienten als nicht akzeptiertes Behandlungsmodell angesehen werden. „So bleiben in Deutschland nach Ende einer ca. 4-monatigen stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung (nur) 28,8% der Patienten durchgängig 12 Monate abstinent“ (Körkel 2020 b: 277). Der Rückfall lässt sich möglicherweise daraufhin zurückführen, dass es den Betroffenen an Selbstkontrolle und spezifischen Kompetenzen fehlt (vgl. Körkel 2020 b: 277). Zudem kommt, dass mehrfach entgiftete alkoholabhängige Menschen zunehmend unfähig erscheinen, adäquate Konfliktlösungen für sich zu erarbeiten (Minderung der Frustrationstoleranz) und vulnerabel empfindlicher gegenüber Stress sind (Minderung der Stresstoleranz). Diese beiden Faktoren begünstigen einen Rückfall beim Patienten (vgl. Koumitsidis et al. 2016: 149).

Bei Patienten, denen derzeit die Motivation fehlt, abstinent zu werden oder denen die Abstinenz schlicht als eine unmögliche Herausforderung erscheint, sollten kT-Programme angeboten werden. Studien haben geprüft und bestätigt, dass in diesen Fällen grundsätzlich eine Kostenersparnis im Gesundheitswesen bzw. eine Verringerung wiederkehrender Behandlungskosten zu erwarten ist, da sich der sog. Drehtüreffekt auf den Entgiftungsstationen reduziert (Körkel 2020b: 278). Das Modell von Körkel zum kT bietet eine Fortsetzung der Behandlung nach Entgiftungsbehandlung, bei solchen Patienten, die derzeit nicht in der Lage sind oder noch nicht die ausreichende Motivation besitzen abstinent zu leben (vgl. Körkel 2014 b: 218).

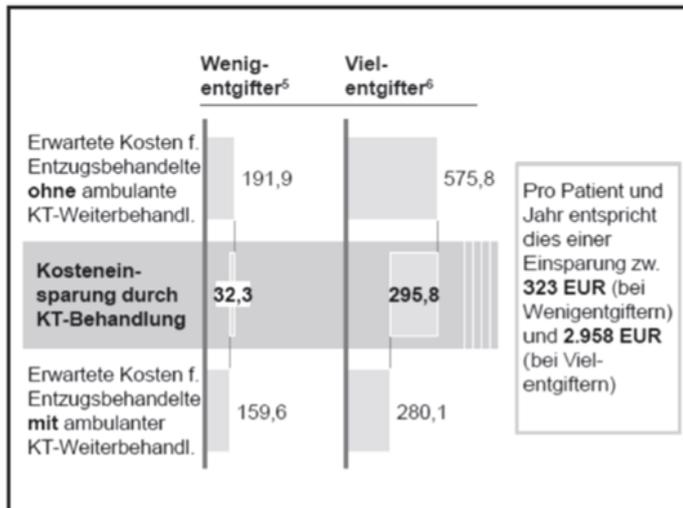


Abbildung 7: Kosteneinsparung durch kT- Behandlung (Körkel 2014 b: 218)

Die von Körkel in Abbildung 9 dargelegten Ergebnisse weisen eine erhebliche Kostensenkung auf, da die Patienten seltener auf eine neue kostenintensive Entgiftungsbehandlung angewiesen waren (vgl. Körkel 2014b: 218). Die Kosten pro Patienten im Jahr belaufen sich auf zwischen 323 Euro (bei erstmaliger stationärer Aufnahme) und 2.958 Euro (bei mehrfacher stationärer Aufnahme), die durch das erweiterte Behandlungsangebot des kontrollierten Trinkens eingespart werden könnten (vgl. ebd.). Wie bereits erwähnt sind nur 10-20% der Patienten nach einer stationären Entgiftung bereit, eine weiterführende Behandlung anzustreben. Eine signifikante Nachhaltigkeit ist hier nicht zu erkennen. Demnach liegt die Rückfallquote bei ca. 80-90% (vgl. ebd.). Zweifel am Kontrollverlustparadigma sind durch sog „Self-Change-Studien“, wie die von Klingemann & Sobel (2007) sowie Rumpf (2014), deutlich geworden. Unbehandelte Alkoholabhängige wurden im Zeitverlauf untersucht und es zeigte sich, dass die Überwindung einer Alkoholabhängigkeit in Form eines unproblematischen Konsums nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich ist. Auch epidemiologische Querschnittstudien aus den USA ergeben deutlich, dass mehr Personen ihre Alkoholabhängigkeit durch den Übergang zu einem unproblematischen Trinkverhalten als durch Abstinenz überwinden (vgl. Körkel 2015: 151).

Den „Frontalangriff“ auf das Abstinenzparadigma stellte die Entwicklung verhaltenstherapeutischer Behandlungen mit dem expliziten Ziel des kT dar. Katamnesestudien (seit 2001) nach Abstinenztherapie, zeigen dass bis zu 27% der Patienten, in manchen Studien sogar deutlich mehr (Studie von Heather et al. 2010), auch langfristig zu reduziertem Konsum übergehen (vgl. Körkel 2017: Folie 41). Katamnesestudien nach KT-Behandlung (Körkel 2006 u. a. Reviews/Metaanalysen: Körkel 2002, 2015) verdeutlichen die

Wirksamkeit „des ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (AkT). Hier wurden das Trinkverhalten und die hierzu führende Verhaltensänderung durch die Teilnahme am Programm des kontrollierten Trinkens in einem Zeitraum von 8 Wochen untersucht. Die Probanden bestanden aus einer kleinen Gruppe von 13 Klienten des Programms (vgl. Körkel 2002 zitiert nach Körkel 2017: Folie 41).

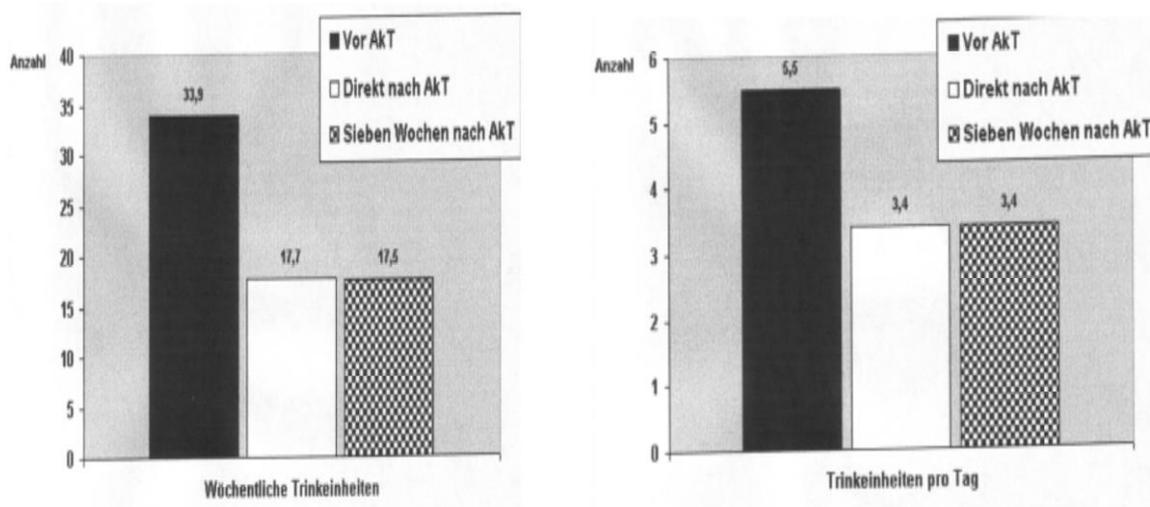


Abbildung 8: Senkung der Trinkeinheiten pro Woche und Tag (Körkel 2001, zitiert nach Hoffman 2002: 76)

Die Abbildungen 8/9, zeigen die in den Untersuchungen beobachteten Unterschiede bei den Trinkeinheiten vor dem AkT, direkt nach dem AkT und sieben Wochen nach Abschluss des AkT auffällig ist, die Senkung der Trinkeinheiten pro Woche und Tag, allein durch den Ansatz des Programms. Auch nach sieben Wochen bleibt die Alkoholkonsummenge nach dem AkT beinahe gleich (vgl. Körkel 2001, zitiert nach Hoffman 2002: 76).

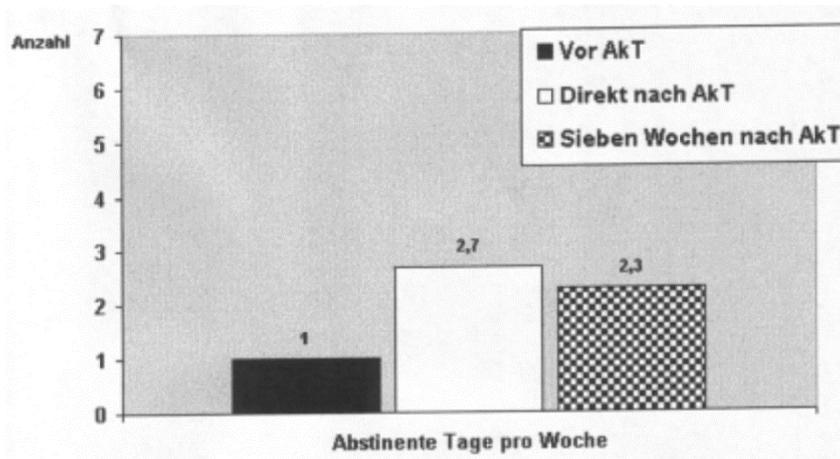


Abbildung 9: Abstinente Tage pro Woche (Körkel 2001, zitiert nach Hoffman 2002:77).

Des Weiteren sind in der obigen Abbildung die Tage ersichtlich, an denen vollkommen auf Alkohol verzichtet wurde. Die Untersuchungen lassen einen Anstieg der abstinenten Tage erkennen, die auch nach sieben Tagen, mit einer Differenz von 0,4 nahezu unverändert blieben (vgl. Körkel 2001, zitiert nach Hoffman 2002: 77). Auch in Reanalysen ist ersichtlich, dass sich aus dem kontrollierten Trinken positive Effekte erschließen lassen, wie: „Überwindung der Alkoholabhängigkeit [...], Positive Veränderungen im sozialen Bereich [...], Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit [...], Verbesserung der Lebensqualität, [...] Rückgang von Ängsten und Depressionen“. (Körkel 2020 b: 272).

Zusammengefasst ergibt der größte Teil der bisher zum Thema kT durchgeführten Studien, dass die Erfolgsrate bei durchschnittlich 65% liegt. (Körkel 2020b: 273). Dabei werden 10-15% vollständig abstinent. Langzeitstudien belegen, dass dieses erlernte Verhalten über Jahre aufrechterhalten werden kann (Körkel 2020b: 273).

## 7.2 Grenzen des Konzepts

Einige Grenzen stellen eine Herausforderung zur Implementierung des kontrollierten Trinkens in unserer Gesellschaft dar. Ungeachtet der in Studien belegten Vorteile des kT-Behandlungsansatzes ist bei der Überführung in den Behandlungsalltag zu beachten, dass das Konzept des reduzierten Trinkens nicht Patienten, die eigentlich eine gute Prognose für eine Abstinenz aufweisen, als Alternative zur Abstinenz angeboten wird und diese damit von der nach jetziger Studienlage wirksamsten und sichersten Behandlung abgehalten werden.

Wie bereits erwähnt können jedoch ein schädlicher Konsum ohne Abhängigkeit, eine fehlende Abstinenzmotivation oder mehrfach gescheiterte, professionell unterstützte Abstinenzversuche ohne weitere Abstinenzmotivation Indikationskriterien für das „reduzierte Trinken“ sein (vgl. Batra et al. 2015: 308).

Bereits bestehende Folgeschäden, die durch den langfristigen und exzessiven Konsum von Alkohol in körperlicher Hinsicht entstanden sind, können ein Ausschlusskriterium für den reduzierten Konsum sein, wenn die bereits entstanden Schäden nicht reversibel erscheinen (vgl. Hoffmann 2002: 77f). Die Betroffenen befinden sich demnach in einer Phase, indem der weitere Konsum von Alkohol unterbunden werden sollte, um ihren Gesundheitszustand nicht weiter zu verschlechtern. Demnach ist die Option den Konsum zu kontrollieren nicht zu empfehlen (vgl. Hoffmann 2002: 77 und Körkel 2014b: 219). Sollte der Patient jedoch im Moment nicht Abstinenz leben wollen, trotz bereits entstandenen irreversibler Alkoholfolgeschäden, ist das kontrollierte Trinken dennoch eine bessere Variante als der weitere unkontrollierte Konsum (vgl. ebd).

Weitere Grenzsituationen, die Kontraindikationen zur Anwendung der kT-Behandlung darstellen können, sind eine Schwangerschaft und die Stillzeit (vgl. Hoffmann 2002: 78 und Körkel 2014b: 219). Die Alkoholfolgeschäden des schädigenden Einflusses des mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufgrund direkter Einwirkung auf den Fötus sind beträchtlich und schon lange bekannt (vgl. Batra et al. 2016: 302). Die Einnahme von alkoholsensiblen Medikamenten, stellt eine weitere wenngleich bedingte Kontraindikation für das kT dar, die nach strenger Abwägung von Nutzen /Risiken unter Einbezug der patienteneigenen Zielvorstellung und Zielsetzungen mit Respekt auf seine Willensfreiheit noch einmal überprüft werden sollte (vgl. Körkel 2014b: 2019 und Korkel 2015: 155 ff).

Der psychische Zustand und die Lebensumstände spielen ebenfalls eine Rolle zur Wahl der richtigen Behandlungsoption. Es sollte genau geprüft werden, ob das Programm des „kontrollierten Trinkens“ hilfreich ist oder nur den Krankheitsverlauf verzögert und somit die Erkrankung chronifiziert. In diesem Fall ist die notwendige Distanz zum Alkohol bei den Patienten durch das kT-Programm nicht gewährleistet (vgl. Hoffmann 2002: 78), sodass bei bestehenden ungünstigen Lebensumständen, erneute Rückfälle und extensives Trinken begünstigt werden. Empirisch ist in diesen Fällen zu beobachten, dass sich der Patient im Umgang mit Alkohol überschätzt, so dass er den vermehrten Konsum verleugnet und vorgibt, kontrolliert zu Trinken (vgl. Hoffmann 2002: 78). Zudem geben Kruse, Körkel und Schmalz (zitiert nach Hofmann 2002: 78) an, dass das kontrollierte Trinken, keine dauerhafte Lösung ist. Dies v.a. nicht, um mit Belastungen im Alltag zurecht zu kommen. Der reduzierte Konsum erweist langfristig so gut wie keinen Effekt um als Reizschutz zu dienen und

Lebensbelastungen können nicht durch den kontrollierten Alkoholkonsum gelöst werden (vgl. Hoffmann 2002: 78).

Im Laufe der Jahre wurden die unterschiedlichsten Termini für den Konsum von kleineren Alkoholmengen ohne negative Folgen verwendet. In der Differenziertheit der Begrifflichkeit des Konzepts spiegelt sich ein weiteres Problem, auf welches viele Menschen mit Alkoholproblemen treffen (vgl. ebd.). Wie bereits in Kapitel 4.2 erwähnt, werden Begriffe wie „normales“, „soziales“ und „moderates“ Trinken mit der Behandlungsoption „kontrolliertes Trinken“ gleichgesetzt, so dass bei den Betroffenen oft Irritationen und Verunsicherungen entstehen (vgl. ebd.). Dabei geht es ausschließlich darum, den für das Therapieziel treffendsten Begriff zu finden, welcher negative Konnotationen so wenig wie möglich durchschimmern lässt und damit Widerstand von Fachleuten und Patienten weitgehend ausräumt (vgl. Klingemann 2004: 29). Vielleicht würde sich eine Terminologie, die auf die Konsequenzen von Alkoholkonsum abstellt, besser eignen, da sich Alkoholprobleme über die aus dem Konsum resultierenden Konsequenzen definieren (vgl. Klingemann 2004: 30). Eine weitere Grenze des Konzepts ist die geringfügige Etablierung des kT-Programms im therapeutischen Raum (vgl. Hoffmann 2002: 80). Die Nachsorge für Menschen nach einem Programm des kontrollierten Trinkens ist in Deutschland wenig verbreitet. Da dieses Programm nur in wenigen Städten in Deutschland (aber auch im ganzen deutschsprachigen Raum) angeboten wird, haben es diejenigen, die ein solches Programm in einer größeren Entfernung zum Wohnort durchlaufen, keine Möglichkeit der adäquaten ambulanten Nachsorge, da die meisten spezifischen Anlaufstellen abstinenzorientiert arbeiten (vgl. ebd.).

Ein weiterer Punkt, der eine Barriere zur Etablierung des Programms darstellt, sind die fehlenden Ressourcen und Kenntnisse über das kontrollierte Trinken im ambulanten (Sucht)-Behandlungsbereich. Schwierig scheint die Implementierung im hausärztlichen Sektor, wohin sich die meisten Menschen mit Alkoholproblemen wenden bzw. zu finden sind (vgl. Hoffmann 2002: 81). Der Einbezug des Umfelds des Betroffenen mit unterstützenden Informationen und Aufklärung sowie Unterstützung der Angehörigen, sind ebenfalls wesentliche Bestandteile zur Etablierung des Programms des kontrollierten Trinkens (siehe Kapitel 5.2). Wenn das Wissen und somit auch das Verständnis über die Therapieform des kT bei den Angehörigen fehlen, ist die Umsetzung des kT zum Scheitern verurteilt. Wenn die Zielvorstellungen des Patienten seinem Umfeld unbekannt sind, kann er keine Unterstützung erhalten (vgl. Hoffmann 2002: 81).

## 8 Fazit

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, was die Therapie des kontrollierten Trinkens ist und wie effizient sich diese Behandlung für Menschen mit Alkoholproblemen erweist. Vor Darstellung der aktuellen Therapiemöglichkeiten wird ein allgemeiner Überblick samt diagnostischer Kriterien und Prädiktoren der Alkoholerkrankung gegeben. Die Ergebnisse der Literaturrecherche zum kontrollierten Trinken, das Therapiekonzept des kT sowie Wirksamkeit und Effizienz dieser Behandlungsoption für Alkoholranke werden in 3 Kapiteln dargestellt. Nach intensiver Diskussion schloss sich die Konsensgruppe der deutschen S3-Leitlinie „Alkohol“ einstimmig (Gesamtabstimmung 100%) dem Vorschlag an (Empfehlungsgrad A Evidenzgrad 1a), dass bei postakuten Interventionsformen der Alkoholabhängigkeit, eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden soll, wenn die Erreichung des primären Therapieziels (Abstinenz) zur Zeit nicht möglich ist oder ein schädlicher bzw. riskanter Konsum vorliegt (vgl. Mann et al 2016: 14). Damit ist offensichtlich die Hoffnung verbunden, dass die Schwelle zum Eintritt in eine Behandlung verringert wird und deutlich mehr Menschen Beratung und Behandlung aufsuchen. Gelänge es damit den Anteil der Behandelten von bisher 10% auf 30-40% zu erhöhen, könnte die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen gesteigert werden und es ließen sich nach einer aktuellen Modellrechnung pro Jahr rund 2.000 Menschen in Deutschland retten (vgl. Mann et al 2016: 15). In der Fachwelt wird statt „kontrolliertes Trinken“ der Terminus „Trinkmengenreduktion“ bevorzugt. Der Ausdruck „kontrolliertes Trinken“ postuliert eine Kontrolle, die in der Erkrankung oft verloren geht oder zumindest eingeschränkt sein kann. Dennoch sprechen die aktuellen Studienergebnisse dafür, auch diese Behandlungsmethode anzubieten, wenn Patienten dies selbst als Ziel wählen. Jede Reduktion ist besser als ein unverändert fortgesetzter, schädlicher Konsum (vgl. Heinz u. Charlet, 2017: 1120). Die bisher durchgeführten empirischen Studien kommen alle jeweils zum Ergebnis, dass verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlungen zum kT unabhängig vom Erfolgskriterium (Rückgang des Alkoholkonsums bzw. alkoholassoziierter Probleme) und Schweregrad der Alkoholproblematik (riskanter, missbräuchlicher oder abhängiger Konsum), kurz- und längerfristig wirksam und Abstinenzbehandlungen mindestens ebenbürtig sind. Selbst bei schwer Alkoholabhängigen spricht die Befundlage nicht dafür, dass diese von einer Abstinenzbehandlung mehr profitieren als von einer Einzel- oder Gruppenbehandlung zum kT (vgl. Körkel 2015: 164). Weiterhin zeigen verschiedene Studien, dass durch den Beginn einer kT-Behandlung Abstinenzentscheidungen gefördert werden. Einzelne Untersuchungen zeigen, dass die Trinkmengenreduktion zwar funktioniert, aber Patienten mit einem Abstinenzziel (im Unterschied zu Personen mit dem Ziel des reduzierten Konsums) sowohl

bezüglich der Abstinenz als auch des reduzierten Konsums besser abschneiden (vgl. Batra et al. 2016: 307).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse einer Vielzahl älterer, aber auch neuer Studien, dass die Interventionsmethoden zum kontrollierten Trinken effektiv und effizient sind. Die aus diesen Studien ausgehende Erhöhung der Behandlungsquote, Senkung des Mortalitätsrisikos, der Erreichung eines Übergangs vom kT zur Abstinenz von 10%-30% mit Bewahrung der Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sind deutliche Beweise, um das Behandlungskonzept des kT zu einem festen Bestandteil der Praxis der Suchthilfe werden zu lassen. Die Förderung der Kooperation und der Beziehung zwischen Behandlungsteam und Patient durch das Schaffen einer Vertrauensbasis, die Verringerung der Behandlungsabbrüche und Ersparnisse durch wiederkehrende Behandlungskosten, sprechen für die Förderung der Implementierung sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich. Zu wünschen bleibt, dass die überwiegend positiven Ergebnisse die Hürden und Grenzen der bisher zögerlichen Etablierung der Behandlungsmaßnahmen zum kT beseitigen können. Grenzen können laut Körkel (vgl. 2017) langsam aufgehen und die Hürden überwunden werden, wenn Aus- und Fortbildungen von Fachleuten mit Vermittlung von State-of-the-art-Kenntnissen und Kompetenzen für kT sowie ZOS Behandlungen angeboten werden. Hierzu kann ebenfalls die Information und Sensibilisierung der Kosten- und Leistungsträger zur Einbindung in eine Regelfinanzierung von kT-Behandlungen beitragen. Auch in der Suchtpolitik gibt es diesbezüglich viel zu tun. Um die Etablierung des kT als Behandlungsoption zu gewährleisten, braucht es die Einstufung von kT als ein der Abstinenz gleichwertiges Behandlungsziel verbunden mit einer Förderung derartiger Behandlungen. Außerdem sollte eine gezielte Durchführung von Studien zu kT und ein Mehr an Angeboten im Selbsthilfesektor auch für Menschen, die das Ziel einer Konsumreduktion anstreben bzw. die sich bei erreichter Reduktion stabilisieren wollen, angestrebt werden.

Aus eigener Erfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in einer psychiatrischen Einrichtung wird im Gesundheitssystem dennoch mehr Wert auf Tradition und jahrelange Routine gelegt als auf die stetige Evaluation und Gestaltung der Behandlungen. Dennoch ist nach dem heutigen Stand der Erkenntnisse mit einer stetigen umfangreicheren Etablierung der zieloffenen Suchtbehandlung in Deutschland zu rechnen, wenn auch nur langsam. Die Arbeit zeigt, dass nach den heutigen empirischen wissenschaftlichen Studien verhaltenstherapeutische Behandlungen zum kontrollierten Trinken bei allen Ausprägungsgraden alkoholbezogener Störungen wirksam sind. Das Behandlungsziel Abstinenz oder reduzierter Konsum sollte explizit und sanktionsfrei mit jedem Patienten abgeklärt werden. Mit Patienten, die eine Zielentscheidung pro Konsumreduktion treffen, sollte

eine Behandlung zum kT durchgeführt werden, ggf. kombiniert mit den heute zugelassenen pharmakotherapeutischen Behandlungen (Naloxon) und/oder Selbsthilfegruppen-Interventionen (AkT). Um eine Vielzahl von Betroffenen in der Suchtarbeit anzusprechen, die einen riskanten oder schädigenden Alkoholkonsum betreiben, sollte das Gesundheitswesen unterschiedliche Behandlungswege mit differenzierten Behandlungszielen anbieten und ebenfalls Angebote zur Trinkmengenreduktion vorhalten. Eine glaubwürdige und kompetente Unterstützung von Patienten beim Anstreben des kontrollierten Trinkens bzw. der Alkoholmengenreduktion, kann einen Teil von ihnen befähigen, dieses Ziel zu erreichen und einem anderen Teil verdeutlichen, dass für ihn die völlige Alkoholabstinenz ein realisierbarereres Ziel darstellt. In diesem Sinne kann kontrolliertes Trinken entweder ein realistisches Ziel oder ein lehrreiches Zwischenstadium auf dem Weg zur Abstinenz darstellen.

## Literaturverzeichnis

- Amberg, Stephanie; Sibylle C., Roll (2010): Psychiatrischepflege und Psychotherapie, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- App: „Alco Droid Alkohol Tracker“ [online]  
<https://play.google.com/store/apps/details?id=org.M.alcodroid&hl=de&gl=US> [abgerufen am 27.04.2021].
- Batra, Anil / Christian A. Müller /Karl Mann /Andreas Heinz (2016): „Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113, Nr. 17, S. 301-308.
- Berg, Anke; Ridinger, Monika; Mäder, Roger (2020): „Kontrolliertes Trinken“ [online]  
<https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/alkohol/alkoholkonsumgewohnheiten/kontrolliertes-trinken>  
[abgerufen am 13.02.2021].
- Bojack, Barbara (2014): "Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit": Begrifflichkeit, Epidemiologie, Therapie, Wismarer Diskussionspapiere, Nr. 04/2014, Hochschule Wismar, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Wismar.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2021): Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen [online]  
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f10-f19.htm#top> [abgerufen am 14.01.2021].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010): Wie viel Alkohol ist noch „normal“? [online]  
<https://www.kenn-dein-limit.info/news/artikel/wie-viel-alkohol-ist-noch-normal.html>  
[abgerufen am 12.02.2021].
- Collins, Susan E. / Seema L. Clifasefia/ Elizabeth A. Danaa/ Michele P. Andrasika/ Natalie Stahla/Megan Kirouaca/ Callista Welbaumb/ Margaret Kingb/ Daniel K. Maloneb (2012), „Where harm reduction meets housing first: Exploring alcohol’s role in a project-based housing first setting“, in: International Journal of Drug Policy, 23, S. 111-119.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2020): Alkohol - Zahlen, Daten, Fakten [online]  
<https://www.dhs.de/suechte/alkohol/zahlen-daten-fakten> [abgerufen am 14.01.2021].

- Eichenberg C. (2020): Psychotherapie in der Coronakrise Trendwende in der Online Psychotherapie, Deutsches Ärzteblatt, Heft 6, Sigmund Freud Privat Universität Wien, S. 255-256.
- G-BA (2015): Beschluss 1 des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM-RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Nalmefen, S. 1-5.
- Gerster G. (2009): Kontrolliertes Trinken: eine wirkungsvolle Ergänzung zur Abstinenzbehandlung, Kontrolliertes Trinken - Sucht [PDF]. Schweiz <http://www.suchtschweiz.ch> › PDFs\_articles\_2009 Abhängigkeiten 3/09, S. 80- 85.
- Haubrich, H. (2005): „Deutschland in der Welt“, in: Bundesrepublik Deutschland Nationalatlas, Band:11, S. 30-31.
- Heddaeus D., Dirmaie J., Daubmann A., Grochtdreis T., König H, Bernd Löwe B., Maehder K., Porzelt S., Rosenkranz M., Schäfer I., Scherer M., Schulte Olaf von dem Knesebeck B., Wegscheider K., Weigel A., Werner S., Zimmermann T., Härt M. (2019): Erprobung eines integrierten und gestuften Behandlungsmodells für psychische Störungen und Komorbiditäten im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Springer-Verlag GmbH Deutschland.
- Heinz A., online DGPPN Kongress; (2020) Video- on- Demand: „Entwicklung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit“ Charité Universitätsmedizin Berlin.
- Heinz A., Charlet K. (2017) „Harm reduction- a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms“ *Addiction Biol* 22(5) :1119-1159.
- Heinz A. (2021): Therapie der Alkoholabhängigkeit: Stand der Forschung. Psychiatrie Update Berlin
- Hoffmann, Tobias (2002): „Kontrolliertes Trinken“ bei Alkoholproblemen Möglichkeiten und Grenzen des Konzepts“, Diplomarbeit, Sozialpädagogik, Fachhochschule Hildesheim/Holzminen/Göttingen, Hamburg: Diplomica GmbH.
- Institution für Innovatives Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) (2018): Kontrollierter Konsum, [online] <https://www.iss-nuernberg.de/kontrollierter-konsum/>, [14.11.2020].
- Karanitsch A. (2012): „Die Gesundheits- und Krankenpflege in der niederschweligen Drogenarbeit“, Diplomarbeit, Pflegewissenschaften, Universität Wien.

- Klingemann H., Room R., Rosenberg H., Schatzmann S, Sobell L., Sobell M. (2004): „Kontrolliertes Trinken – Bestandsaufnahme und Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung als Behandlungsziel“, Ein Projekt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (EKA) Vertrag Nr. 02.001548/2.24.02-184 & Vertrag 04.001356/2.24.02-184.
- Körkel, J./ Schindler C. (2003): „Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.“, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Körkel, J. (2004): Kontrolliertes Trinken als neue Behandlungsoption; Riskanter und schädlicher Konsum, ARS MEDICI 6/2004: S. 281-286.
- Körkel, J. (2005): Einzelprogramm – das Ambulantes Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken (EkT) [online] <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/2/3/programme/ekt.aspx> [abgerufen am 22.2.2021].
- Körkel, J. (2008): „Damit Alkohol nicht zur Sucht wird- kontrolliert trinken“, Stuttgart: Trias Verlag.
- Körkel, Joachim; GK Quest Akademie (2011): Gruppenprogramm – das Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT) [online] <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/2/2/programme/akt.aspx> [abgerufen am 22.2.2021].
- Körkel, J. (2014a). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. Suchttherapie, 15, 165-173.
- Körkel, J. (2014b): „Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung“, Suchtmedizin, Nr. 16, S. 211-222.
- Körkel J. (2015): „Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht“, SUCHT, 61 (3), 2015, 147 – 174.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2016). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES-Bundesverband (Hrsg.), 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016 (S. 196-204). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Körkel, J. (2017): Kontrolliertes Trinken: Was ist es und wie es die Behandlungspalette bereichern kann, Fachtag „Kontrolliertes Trinken“, Freilassing.
- Körkel, J. (2020a): „Die Interventionsmatrix als zentraler Bestandteil zieloffener Suchtbehandlung“, in: rausch, Jg. 9, Nr. 2, S. 30-40.

- Körkel, Joachim (2020b): „Abstinenz als Primärziel in der Behandlung suchtmittelabhängiger Straftäter – ein zeitgemäßes Therapiekonzept?“, in: BewHi, Jg. 76, Nr. 3, S. 269 –293.
- Kouimtsidis C. / Charge, K. / Moch, J./ Stahl, D. (2016): „Abstinence preparation group intervention for dependent alcohol users. How does it work? Results of a process study“, in: Journal of Substance Use, 22(2), S.149-155.
- Kropfisch, I. (2016): „Spiritualität von Alkoholkranken -Sprit und Spirit“, Diplomarbeit, Psychologie, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt Fakultät für Kulturwissenschaften.
- Kruse, G./ Körkel, J./ Schmalz U. (2000): Alkoholabhängigkeit erkennen und Behandeln, Bonn.
- Leichtfried, E. (2009): „Compliance alkoholabhängiger Patientinnen: Ein Vergleich der Selbsteinschätzung versus der Fremdeinschätzung“, Wien, Diplomarbeit, Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft .
- Lindenmeyer, J. (2005). Alkoholabhängigkeit, 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Mann K./ Hoch E./ Batra A./ Bonnet U./ Günthner A./ Reymann G./
- Soyka M./ Wodarz N./ Schäfer M. (2015): Leitlinienorientierte Behandlung alkoholbezogener Störungen, Nervenarzt 2016 / 87:13–25, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Mann K./ Leménager T./ Hoffmann, S. / Reinhard I./ Hermann D./ Batra A./ Berner M./ Wodarz, N./Heinz, A./ Smolka, M./Zimmermann, U./Wellek, S./Kiefer, F./ Anton, R./ PREDICT Study Team (2013): Results of a double-blind placebo controlled pharmacotherapy trial in alcoholism conducted in Germany and comparison with the US COMBINE study., 18: 937–946.
- Moderation Management (2019): MMs Schritte des Wandels [online] <https://moderation.org/getting-started-moderation-management/moderation-steps-of-change/> [abgerufen am 22.2.2021].
- Müller, S.,Wiesbeck G. (2014): Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit; Psychiatrie &Neurologie 1/2014; 23-26, Springer Medizin.
- Rast, M. (2016): Zieloffene Suchtarbeit in einer Langzeit-Wohneinrichtung, in: Sucht Magazin, Nr.6, S. 39-43.
- Rast. M. (2015): Ist es moralisch erlaubt, alkoholkranken Menschen in einer Wohneinrichtung Alkohol abzugeben? Wenn ja –unter welchen Voraussetzungen und welche Rahmenbedingungen

oder Maßnahmen braucht es?, Master of Advanced Studies in Applied Ethics, Philosophische Fakultät und Theologische Fakultät der Universität Zürich.

Rubarth, C. (2019): Am Limit – wie Alkohol die Deutschen süchtig macht [online] [https://www.deutschlandfunkkultur.de/alkoholismus-in-deutschland-am-limit-wie-alkohol-die.976.de.html?dram:article\\_id=452106](https://www.deutschlandfunkkultur.de/alkoholismus-in-deutschland-am-limit-wie-alkohol-die.976.de.html?dram:article_id=452106) [abgerufen am 14.01.2021].

Schneider, R.(2012): Abstinenz oder was? Psychotherapie im Dialog 2012; 13(4): 64-68, Thieme Verlag.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (sfa), (2008), Alkohol und Werbung: vom Anreiz zum Konsum, 2. Aufl., Heft 5, S. 2-11., Lausanne.

Singer, M. V./ Teysen, S. (2002): „Serie - Alkoholismus: Moderater Alkoholkonsum - Gesundheitsförderlich oder schädlich?“ in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Nr. 16, S. A1103-A1106.

Soyka, M. (1997): „Alkoholismus Eine Krankheit und ihre Therapie“, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH.

Soyka, M. (2021): Alkoholbezogene Störungen: Gedanken zur neuen Leitlinie, Der Neurologe & Psychiater Jg22, Nr.2, 3-4, Springer Medizin.

Uhl, A./ Bachmayer, S./ Puhm, A./ Strizek, J./ Kobrna, U./ Musalek, M. (2013). Handbuch Alkohol - Österreich. (R. Österreich, Hrsg.) Wien: Republik Österreich.

Verein Sonnenburg (2017): Konzept Zieloffene Suchtarbeit [online] <https://www.sonnenburg.ch/AUFGABEN-ZIELE/Konzept-Zieloffene-Suchtarbeit/> [abgerufen am 22.2.2021].

Walters, D. G. (2000): „Behavior Therapy“, 31. Bd., 1. Aufl., Amsterdam: Elsevier Verlag.

## Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den..........

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers