

Aktuelle Trends und Empfehlungen des Fachverbandes Sucht e.V.

Dr. Volker Weissinger

Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V.

I. Epidemiologische Daten zum Substanzkonsum und gesundheitspolitische Ziele des Drogen- und Suchtrats

1. Alkoholkonsum, -missbrauch, -abhängigkeit

1.1 Gesamtbevölkerung

- ca. 1,6 Mio. (3,1 %) Menschen, die von Alkohol abhängig sind
- 2,7 Mio. Menschen, die Alkohol missbrauchen
- 9,5 Mio. Menschen mit riskantem Alkoholkonsum
- 42.000 Alkoholtote pro Jahr
- 10.000 Neugeborene pro Jahr durch Alkoholkonsum der Mütter geschädigt, davon 4.000 behindert (Fetales Alkoholsyndrom)
- 20.685 Alkoholunfälle im Straßenverkehr mit Personenschaden (Anteil Frauen: 12 %) im Jahr 2006, dabei 599 Getötete
- 10,1 Liter reiner Alkoholkonsum pro Einwohner (2006)
- Werbeaufwendungen der Alkoholindustrie (Mio. €): 510 (2006)
- Alkoholsteuern (Mio. €): 3.391 (2006)

1.2 Alkoholkonsum Jugendlicher und Erwachsener

1.2.1 12–17-Jährige (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2007)

- Binge-Drinking in den letzten 30 Tagen (fünf oder mehr Gläser Alkohol hintereinander)

12 – 17 Jahre	2007	26 %	(männlich 31 %, weiblich 20 %)
	2005	20 %	
12 – 15 Jahre	2007	12 %	(männlich 13 %, weiblich 11 %)
	2005	9 %	
16 – 17 Jahre	2007	51 %	(männlich 63 %, weiblich 37 %)

- Alkoholkonsum mindestens einmal pro Woche:
1997: 28 %, 2005: 19 %, 2007: 22 %

Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats: bis zum Jahr 2008 Senkung auf 18 %

1.2.2 Junge Erwachsene und Gesamtbevölkerung im Jahr 2006 (IFT, Suchtsurvey 2008)
Binge-Drinking (letzte 30 Tagen) in %: 18 – 64 Jahre

Jahre:	Gesamt	18–20 J	21–24 J	25–29 J	50–59 J	60–64 J
1–3mal	19,6	33,4	36,2	27,5	13,2	10,7
4mal oder häufiger	13,7	27,7	22,6	14,6	12,5	10,3
Männer						
1–3mal	24,8	32,7	40,7	33,4	18,2	14,8
4mal oder häufiger	20,0	37,5	29,7	22,8	19,1	14,4
Frauen						
1–3mal	13,4	34,4	30,6	20,9	7,1	5,2
4mal oder häufiger	6,2	15,7	13,5	5,2	4,6	4,8

1.2.3 Alkoholintoxikation: Krankenhausfälle 10–20-Jährige

2006: 19.500 Patienten, 2000: 9.500 Patienten
Hauptgruppe: männliche Jugendliche 15–20 Jahre (10.500 Patienten)

1.2.4 Risikofaktoren für hohen Alkoholkonsum:

- 1) Alter (18–24 Jahre) Hauptgruppe
- 2) Geschlecht männlich

1.3 Alkopops

- Konsum von spirituosehaltigen Alkopops (12–17-Jährige) mindestens einmal pro Monat
2004: 28 %, 2005: 16 %, 2007: 10 %
- Konsum von Wein-/Bierhaltigen Alkopops (12–17-Jährige) mindestens einmal pro Monat
2004: 23 %, 2005: 21 %

Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats: bis zum Jahr 2008 Konsumquote an Alkopops weiter senken

2. Tabak

2.1 Gesamtbevölkerung

- Raucheranteil Erwachsene 18–64 Jahre im Jahr 2006: 31,8 % (16,0 Mio.) (35,8 % Männer, 27,8 % Frauen) (Suchtsurvey 2008)
- Starke Raucher (20 Zigaretten und mehr): 5,0 Mio. (2006)
- Anteil der abhängigen Raucher/innen: Männer 22,4 %, Frauen 20,9 % der Raucher/innen, Gesamt (M+F) 21,7 %
- Tabakbedingte Todesfälle: ca. 140.000
- Todesfälle durch Passivrauchen: ca. 3.300
- Ausgaben der Tabakindustrie für Tabakwerbung: 34 Mio. €
- Ausgaben für Tabak 2006: 23,1 Mrd. €
- Einnahmen Tabaksteuer 2006: 14,4 Mrd. €
- Volkswirtschaftliche Kosten durch Tabakkonsum: 18,8 Mrd. €

2.2 Raucheranteil Junge Erwachsene und Gesamtbevölkerung (18 – 64 Jahre) im Jahr 2006 (Suchtsurvey 2008)

Jahre:	Gesamt	18–20 J	21–24 J	25–29 J	50–59 J	60–64 J
Raucher Gesamt	31,8	37,7	40,7	36,6	27,5	19,0
Männer	35,8	39,4	42,7	39,3	32,9	21,4
Frauen	27,8	35,7	38,8	34,1	21,7	16,4

2.3 Raucheranteil Jugendlicher (12–17 Jahre, BZgA 2007)

- Raucheranteile Jugendlicher: Ständiges und gelegentliches Rauchen 18 %
- Ständiges Rauchen 8 %
- Shiska-Rauchen (letzte 12 Monate) 31 %

(18 % der männlichen Jugendlichen, 17 % der weiblichen Jugendlichen)

2.4 Risikofaktoren:

1. geringere Bildung
2. geringeres Einkommen
3. niedrigerer beruflicher Status,
4. Alter (Abnahme ab 50 Jahre und mehr)

2.5 Trend Raucheranteil: 12–17 Jahre

1997: 28 %, 2005: 20 %, 2007: 18 %

Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats: bis zum Jahr 2008 Senkung auf 17 % (12–17 Jahre)

3.3 Medikamentenabhängigkeit und Alter: 18–64 Jahre im Jahr 2006 (Suchtsurvey 2008) in %

Gesamt	Männer	Frauen	18–20 J	21–24 J	25–29 J	30–39 J	40–49 J	50–59 J	60–64 J
4,7	4,0	5,6	3,7	3,5	2,6	3,9	4,7	5,9	8,4

4. Illegale Drogen

4.1 Gesamtbevölkerung

- 120.000–150.000 Opiatabhängige
- ca. 600.000 Konsumenten von Cannabis, davon missbrauchen 380.000 Cannabis (0,8 %), 220.000 sind von Cannabis abhängig (0,5 %) (Suchtsurvey 2008, Alter: 18–64 Jahre)
- Drogentote
Jahr 2000: 2.030
Jahr 2005: 1.326
Jahr 2006: 1.296
Jahr 2007: 1.394
- Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (2007): 18.620 (-4 % zum Vorjahr)

4.2 Konsum illegaler Drogen von Jungen Erwachsenen und Gesamtbevölkerung 18–64 Jahre im Jahr 2006 in % (Suchtsurvey 2008)

Konsum	Gesamt	Männer	Frauen	18-20 J	21-24 J	25-29 J	30-39 J	50-59 J	60-64 J
Lebenszeit irgendeine illegale Droge	23,7	27,4	19,9	34,2	43,4	42,4	28,4	13,0	5,5
irgendeine andere Droge als Cannabis	5,8	6,8	4,8	6,7	11,1	12,3	6,3	3,2	1,0
Letzte 30 Tage irgendeine illegale Droge	2,5	3,5	1,5	9,2	8,0	5,1	3,0	0,3	0,0
irgendeine andere Droge als Cannabis	0,7	1,0	0,3	1,8	2,1	1,4	0,9	0,0	0,0

4.3 Drogenkonsum Jugendlicher (12–25 Jahre, BZgA 2004)

- Gegenwärtiger Drogenkonsum Jugendlicher 2004:
12–15 Jahre: 1 %
16–19 Jahre: 6 %
20–25 Jahre: 5 %
- Regelmäßiger Drogenkonsum (>10mal Konsum im letzten Jahr) illegale Drogen:
12–15 Jahre: 1 %
16–19 Jahre: 4 %
20–25 Jahre: 4 %

3. Medikamentenkonsum, -abhängigkeit

3.1 Gesamtbevölkerung

- 1,4–1,5 Mio. medikamentenabhängige Menschen (4,0 % Männer, 5,6 % Frauen)
- ca. 1,1 Mio. abhängig von Benzodiazepinderivaten, ca. 300.000 von anderen Arzneimitteln
- 4–5 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential

3.2 Risikofaktoren Medikamentenkonsum, -abhängigkeit:

1. Alter
2. Geschlecht (Frauen)
3. psychische Belastungen

Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats: bis zum Jahr 2008 Senkung unter 3 %

4.4 Risikofaktoren Drogenkonsum:

1. Alter (deutliche Reduktion ab 30 Jahre)
2. Geschlecht (männlich)

5. Pathologisches Glücksspiel

- mindestens 103.000–290.000 beratungs- und behandlungsbedürftige Glücksspieler
- weitere 149.000–340.000 Erwachsene mit problematischem Glücksspielverhalten

6. Exzessiver PC-Gebrauch

- 3–13 % der Computernutzer weisen einen exzessiven Umgang mit dem PC auf

II. Beratungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken (Leune 2008)

Ambulante Beratungsstellen (Anzahl)	1.400
– davon auch ambulante Behandlungsstelle	465
Stationäre Angebote:	
– Therapieplätze für Drogenabhängige (Plätze)	3.931
– Stationäre Therapieplätze für Abhängige von Alkohol und Medikamenten (Plätze)	7.381
Ganztägig ambulante Behandlung (teilstationäre Einrichtung) (Plätze)	500
Qualifizierte Entgiftung (Plätze) (204 Einrichtungen)	6.762
Selbsthilfegruppen (Gruppen) (ca. 150.000 Teilnehmer pro Jahr)	10.000
Plätze für chronisch mehrfach Beeinträchtigte	7.511
Betreutes Wohnen (Plätze)	4.837
Niedrigschwellige Angebote	
45 Notschlafstellen	
403 Tagestreffs	
26 Drogenkonsumräume	
Substitution (Anzahl dauerhaft Substituierter)	ca. 64.500

Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats: bis zum Jahr 2008 Senkung des Cannabiskonsums unter 28 %

- Regelmäßiger Drogenkonsum Cannabis 12–25 Jahre: 3 %

III. Behandlungen

Dokumentierte Krankenhausbehandlung (Akutbereich, 2004)

1. Alkohol	
F10 „Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol“ (Anzahl)	290.864
2. Weitere Substanzen	
F11 Opioide	25.889
F12 Cannabioide	5.107
F13 Sedativa oder Hypnotika	8.504
F14 Kokain	1.096
F16 Halluzinogene	562
F18 Lösungsmittel	151
F19 Multiple Substanzen	41.699
F11 - F19	83.008
3. Gesamt (F10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19)	
	373.872

Medizinische Rehabilitation: Entwöhnungsbehandlungen Deutsche Rentenversicherung (2006)

Entwöhnungsbehandlungen (DRV)	
gesamt:	49.526
	(stationär 38.712, ambulant 10.814)
davon:	
Alkoholabhängigkeit	35.561
	(stationär 26.416, ambulant 9.145)
Medikamentenabhängigkeit	364
	(stationär 297, ambulant 67)
Drogenabhängigkeit	9.582
	(stationär 8.458, ambulant 1.142)
Mehrfachabhängigkeit	4.019
	(stationär 3.541, ambulant 478)

IV. Fazit: Gesundheitspolitische Zukunftsaufgaben und Empfehlungen aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V.

Alkohol

- Nur ca. 2,5 % der alkoholabhängigen Menschen nehmen eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch, deutlich mehr befinden sich im akutmedizinischen Bereich (Krankenhäuser [ca. 18 %], niedergelassene Ärzte [ca. 70 %]). Von daher ist die Frühintervention in diesen Bereichen deutlich zu stärken.
- Menschen im Stadium des riskanten und schädlichen Konsums werden bislang kaum vom Hilfesystem erreicht.
- Insbesondere sind auch Präventionsstrategien zu entwickeln, um den früheren Einstieg in den Konsum junger Menschen

– und hier speziell dem Binge-Drinking – entgegenzuwirken.

- Die Einführung der Alkopop-Steuer für spirituösehaltige Alkopops (84 Cent für 0,275 l ab August 2004) hat sich als Steuerungsinstrument bewährt: Rückgang des Konsums der 12–17-jährigen (mindestens einmal pro Monat) innerhalb eines Jahres um 12 %. Demgegenüber ist der Konsum von Wein-/Bierhaltigen Alkopops nicht zurückgegangen.
- Zu begrüßen ist, dass ab 01.08.2007 ein Alkoholverbot für Fahranfänger (zwei Jahre Probezeit) eingeführt wurde.
- Weitere gesetzgeberische Maßnahmen können z.B. sein: Steuererhöhungen (Deutschland liegt unter dem EU-Durchschnitt, WHO 2004), Verkaufsbeschränkungen, Werbebeschränkungen und deren Kontrolle, Zunahme der Alkoholtests im Straßenverkehr.

Psychoaktive Medikamente

Im System der Suchtkrankenhilfe tauchen Medikamentenabhängige bislang kaum auf. Hier ist die Aufklärung der Bevölkerung ebenso notwendig wie die Früherkennung und Schulung der Ärzte hinsichtlich der Verschreibung psychoaktiver Medikamente sowie des Umgangs mit medikamentenabhängigen Patienten und der Vermittlung alternativer Behandlungsmethoden.

Frauen und ältere Menschen bekommen mehr Medikamente mit einem Missbrauchspotential verordnet. Hier sind besondere Präventionsstrategien (z.B. unter Einbezug von Pflegeeinrichtungsdiensten, Altenheimen etc.) erforderlich.

Das Verordnungsverhalten von Ärzten sollte verstärkt von den ärztlichen Körperschaften überprüft werden und auch Apotheken hierbei einbezogen werden. Auch die Werbestrategien bei freiverkäuflichen Mitteln sind bei Präventionsansätzen gezielt einzubeziehen und zu hinterfragen.

Darüber hinaus ist auch dem Doping bei sportlichen Wettkämpfen konsequent entgegenzuwirken.

Tabak

- Gesundheitspolitische Wirkung entfaltet die Tabaksteuer, die in den Jahren 2002–2005 fünfmal erhöht wurde (insgesamt 5,6 Cent pro Zigarette). Als Grund zum Aufhören wurde dies von Rauchern benannt: im Jahr 2002 4,7 %, im Jahr 2004 7,9 %, danach 7,4 %.
- Mit der Umrüstung der Zigarettenautomaten (bis 31.12.2006) und der Einführung einer Chipkarte ist ein Rückgang der Automaten verbunden (2002: 835.000, 2006: 470.000 Automaten).
- Positiv hervorzuheben ist die Anhebung der Abgabe von Tabakwaren auf 18 Jahre anzuheben.

- Die Umsetzung der EU-Tabakwerberichtlinie ist ebenfalls zu begrüßen (Verbot von Werbung in der Presse und anderen gedruckten Veröffentlichungen, im Hörfunk und Internet sowie das Sponsoring von Veranstaltungen mit grenzüberschreitender Bedeutung).
- Das Tabakwerbeverbot sollte auf alle Bereiche (inkl. Kino) ausgedehnt werden.
- Die Etablierung von Tabakentwöhnungsangeboten ist zu fördern: Zu begrüßen ist, dass eine ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“ von der Bundesärztekammer sowie entsprechende Leitfäden zur Raucherberatung für Ärzte/innen entwickelt wurden oder Online-Angebote zur Tabakentwöhnung zur Verfügung stehen.
- Auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (inkl. Entwöhnungsbehandlung) sollte der Tabakentwöhnung verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden.
- In der ersten Lesung wurde am 27. April 2007 das Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens verabschiedet, nach dem in Einrichtungen des Bundes, des Öffentlichen Personalverkehrs und in Bahnhöfen das Rauchen verboten wird. Zuvor stellte sich heraus, dass eine freiwillige Selbstverpflichtung der Gastronomie gescheitert ist. Nun sind die Länder gefordert, den Nichtrauchererschutz in Gaststätten, Bars, Diskotheken etc. zu regeln. In zwölf Bundesländern traten bis zum 1. Januar 2008 entsprechende Landesgesetze zum Nichtrauchererschutz in Kraft. Bis zum 1. Juli 2008 werden die übrigen Länder folgen. Schwierigkeiten bereiten hier derzeit die unterschiedlichen Ausnahmeregelungen in den Bundesländern für die Gastronomie. Hier sind einheitliche und umfassende Nichtraucher-schutzregelungen der Länder zu treffen wie sie bereits in Irland, Italien, Schweden, Belgien oder Schottland beschlossen wurden.

Illegale Drogen

- Die Inanspruchnahmerate der verschiedenen Angebote der Suchtkrankenhilfe ist in diesem Bereich – verglichen mit anderen Substanzen – am höchsten.
- Niedrigschwellige Angebote werden jedoch nur in Großstädten/Ballungsräumen vorgehalten und sind nicht in allen Regionen vorhanden.
- Darüber hinaus nehmen spezifische Gruppen wie Kokainabhängige das traditionelle Suchthilfesystem nur in geringem Maße in Anspruch.
- Die Substitutionsbehandlung hat sich breit etabliert. Hier ist allerdings die Frage nach einer einheitlichen Finanzierung der psychosozialen Begleitung nach wie vor ungeregelt.

- Der Cannabiskonsum hat deutlich zugenommen, das Hilfesystem wird zwar von Cannabisabhängigen und Missbrauchern verstärkt in Anspruch genommen (ambulante Suchthilfe: 2001: 8.403 Klienten, 2006: 17.200 Klienten der dokumentierten Fälle in 660 von 934 ambulanten Einrichtungen), erreicht aber insgesamt immer noch eine geringe Anzahl. Von daher gilt es die Frühintervention wie auch die Erreichbarkeit dieses Klientels durch adäquate Angebote und spezifische therapeutische Interventionen zu verbessern. Entsprechende Projekte zur Frühintervention bei jungen erstauffälligen Konsumenten (FreD) sollten weiter ausgebaut werden und spezifische Behandlungsprogramme (z.B. INCANT, Quit the shit, Realize it, CANDIS, Can Stop) sind auf ihre Wirksamkeit zu prüfen und ggf. in das Versorgungssystem zu integrieren.
- Die heroingestützte Behandlung ist lediglich eine weitere Facette im Angebotspektrum für opiatabhängige Menschen. Eine Übertragung des Modellprojektes in die Regelversorgung würde aus Sicht des FVS voraussetzen, dass entsprechende Behandlungsstandards (z.B. psychosoziale Begleitung) eingehalten werden, die Indikation auf die Gruppe der Schwerstabhängigen beschränkt bleibt und die Finanzierung bestehender Angebote der Suchtkrankenhilfe durch die entstehenden zusätzlichen Kosten nicht gefährdet

wird. Es bleibt abzuwarten, wann über eine entsprechende Gesetzesinitiative im Bundestag beraten wird.

Pathologisches Glücksspiel

- Infolge des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum Glücksspielwesen (März 2008) ist der Spielerschutz und die Suchtprävention zur zentralen Aufgabe im Glücksspielstaatsvertrag der Länder vom 01.01.2008 geworden. Differenzierte Hilfs- und Beratungsangebote sowie suchtpreventive Aktivitäten befinden sich im Aufbau (z.B. Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspiel“).
- Zu fordern ist des Weiteren dem Suchtpotential von gewerblichen Glücksspielautomaten durch verbindliche Standards entgegenzuwirken, sowie Glücksspielangebote im Internet wirkungsvoll zu unterbinden.

Pathologischer PC-Gebrauch

- Zur Untersuchung des exzessiven Computergebrauchs bzw. Medienkonsums sind weitere wissenschaftliche Studien erforderlich. Zielsetzung sollte es sein, zwischen normalen, problematischen und pathologischen PC-Konsum zu unterscheiden. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, um welche Nutzungsform des PC (z.B. Chatten, Surfen, Games) und um

welche Inhalte es sich hierbei handelt (z. B. virtuelle Rollenspiele, Aufsuchen pornographischer Internetseiten). Darüber hinaus sind Fragen der Komorbidität (zusätzliche psychische Erkrankungen) zu untersuchen und diagnostische Kriterien zu entwickeln.

- Die Medienkompetenz von Eltern, Lehrern, Jugendlichen etc. ist zu stärken.
- Spezifische multimodale Behandlungsprogramme für pathologische PC-Gebraucher sind notwendig, um den besonderen Erfordernissen gerecht werden zu können. Hierbei sollte zunächst auf diejenigen Beratungs- und Behandlungsangebote, die Erfahrungen im Umgang mit pathologischen Glücksspiel haben, zurückgegriffen werden.

Ansprechpartner:

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 0228 – 26 15 55
Fax: 0228 – 21 58 85
E-Mail: v.weissinger@sucht.de
www.sucht.de

Literaturhinweise

Speck, O.: *Hirnforschung und Erziehung – Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen*, München 2008, ISBN 978-3-497-01959-5, 19,90 Euro

Die zum Teil revolutionären Befunde der Hirnforschung hinterlassen für Pädagogen ein ambivalentes Bild. Es kündigt sich ein naturalistischer Zug an, wenn pädagogisch zentrale Begriffe wie „Selbst“, „freier Wille“ auf neuronale Prozesse reduziert würden. Der Autor setzt sich mit der Frage auseinander, welche neurobiologischen Ergebnisse die Pädagogik integrieren muss und wie diese zum Teil uraltes erzieherisches Wissen empirisch neu bestätigen. Der Autor hält eine interdisziplinäre Auseinandersetzung vor der Hintergrund begrifflicher Klärungen für erforderlich. Hierbei sollte der Mensch in seiner Ganzheit und nicht nur von seinem Gehirn her betrachtet werden. Die Erziehungswissenschaft wird ihrerseits zu beachten haben, dass die biologischen Grundlagen der Erziehung im größeren Umfang und real wirksamer sind, als bisher angenommen. Auf der Grundlage neurobiologischer Erkenntnisse können heute pädagogische Prozesse adäquater beurteilt und Kinder und Jugendliche gemäß ihrer individu-

ellen biologischen Verfasstheit entsprechend behandelt werden, ohne sie überfordern und ihnen Unrecht zu tun, wenn ihnen ein Verhalten abverlangt wird, das sie aufgrund ihrer neuronalen Verfasstheit nicht leisten können. Selbstbestimmung und Kooperationen auf Basis gegenseitiger Achtung lassen sich aber nicht auf neuronale Funktionen reduzieren, wie sich auch umgekehrt soziale Beziehungen nicht ohne eine natürliche biologische Basis erklären und gestalten lassen.

Kipp, J. (Hrsg.): *Psychotherapie im Alter*, Gießen 2008, ISBN 978-3-89806-778-2, 29,90 €

Alle epidemiologischen Untersuchungen belegen, dass bei den über 60-Jährigen eine hohe Rate an Störungen vorliegt, für deren Behandlung eine Psychotherapie relevant ist. Vor diesem Hintergrund möchte der Sammelband dazu beitragen, entsprechendes Wissen über die Besonderheiten des Alters und die psychischen Störungen im Alter sowie therapeutische Vorgehensweisen vermitteln. Er gliedert sich in folgende Teile:

- Psychotherapeutische Diagnostik
- Angst und posttraumatische Störungen

– Gruppenmethoden für Ältere
– Veränderung von Beziehungen und psychische Störungen im Alter
Zu diesen Themenbereichen wird das therapeutische Vorgehen aus unterschiedlichen methodischen und institutionellen Perspektiven erläutert.

Wittkowski, A.: *Die gewonnene Freiheit – Abhängigkeit und wie sie überwunden werden kann*, Sprakensehl-Hagen, ISBN 3-939698-45-8, 15,90 Euro

Der Autor informiert über Alkoholmissbrauch, Abhängigkeit, Suchtentstehung Folgeerkrankungen und möglich Wege aus der Alkoholabhängigkeit. Er will damit Hilfe zur Neuorientierung von Abhängigen und Betroffenen und geben und damit auch ein kleines Stück Lebenshilfe leisten. Das Besondere ist, dass der Autor selbst Betroffener ist, und seine persönlichen Erfahrungen in die Publikation einfließen. Das Buch ist leicht verständlich geschrieben, es soll Abhängigen Mut machen, Neues zu probieren und auch Selbsthilfegruppen dazu animieren, den Ablauf ihrer Gruppenabende selbstkritisch zu beleuchten.