

# Kontrolliertes Trinken als Ziel in der Abhängigkeitsbehandlung: „Unkontrollierte Wissenschaft oder kontrollierende Praxis?“

Wilma Funke und Bernd Schneider

- Alkohol hat nach Tabak als legale Droge für den Gesundheitsstatus der Bevölkerung in der BRD die schädlichste Wirkung. Die Reduktion des Alkoholkonsums in der Bevölkerung ist v.a. durch Beeinflussung des Trinkverhaltens von Menschen mit riskantem und schädigendem Konsum erreichbar.
- Strategien zur Konsumveränderung (Reduktion oder Abstinenz) zielen nicht nur auf das Trinkverhalten als solches, sondern umfassen auch Einstellungs- und Verhaltensänderungen in anderen Lebensbereichen (z.B. Gesundheitsverhalten, Freizeitaktivitäten).
- In der Behandlung alkoholabhängiger Menschen wird die Erhöhung von Coping-Kompetenzen angestrebt. Dabei spielt die Fähigkeit zur Abstinenz in bestimmten Situationen oder über bestimmte Zeiträume hinweg eine besondere Rolle (s. z.B. Teilnahme am Straßenverkehr, Abstinenzgebot aufgrund körperlich bedingter Erfordernisse wie Erkrankungen, Schwangerschaft).
- Die Hinführung oder Rückkehr zum normalen, d.h. gesundheitlich unbedenklichen Trinken stellt für Alkoholabhängige mit mittlerer oder schwerer Ausprägung der Abhängigkeitsstörung möglicherweise eine Option dar, die allerdings erst nach stabiler Abstinenz und erfolgreichen Lern- und Veränderungsprozessen durch Psychotherapie oder Rehabilitation für bestimmte Personen zum Ziel werden könnte.
- Bislang gibt es für PatientInnen der medizinischen Rehabilitation Sucht noch kein gesichertes Indikationsmodell bzgl. der stabilen Erreichbarkeit kontrollierten Trinkens. Dies dürfte unter Berücksichtigung der bislang vorliegenden Indikationshinweise zunächst im ambulanten Bereich zum Tragen kommen (geringerer Schweregrad, bessere soziale Integration, stabilere Abstinenzfähigkeit).
- Anfragen an die Wissenschaft:
  - Effektüberprüfung und Abschätzung mittelfristiger Ergebnisse sollten erfolgen, aus denen ein differentielles Indikationsspektrum abgeleitet werden kann; besondere Beachtung sollten die Entwicklung in angrenzenden Lebensbereichen sowie Aspekte der Symptomverlagerung erhalten.
  - Eine Implementierung in die klinische Routine (ambulant oder stationär) sollte geplant erfolgen (Bedarfeinschätzung, Abstimmung mit allen am Prozeß Beteiligten, Ausbildung des Personals, Sicherung der prozessbegleitenden Evaluation, Sicherung der Nachsorge)
- Abschließende Bewertung: Kontrolliertes Trinken als Ziel in der Medizinischen Rehabilitation ist aufgrund der bislang unklaren Befundlage und aufgrund mangelnder empirischer Absicherung noch nicht in die Routine überführbar. Weitere Forschung, einschließlich Modellprojekten, sollte ermöglicht werden. Für den Public-Health-Ansatz sehen wir Trinkmengen- und Trinksituationskontrollen als sinnvolle Ansätze der Verhaltensmedizin und -therapie.

*Viel Lärm um nichts ... Neues?*

## Warum jetzt (wieder) kontrolliertes Trinken?

„Kontrolliertes Trinken“ ist – wieder einmal – „in“ als Thema in der Suchtforschungs- und Behandlerszene. Das Feld für eher „revolutionäre“ Weiterentwicklungen ist immer dann gut vorbereitet, wenn evolutionäre Prozesse durch Rahmenbedingungen gestoppt werden. In unserem Bereich spielt sicherlich die ökonomisch notwendige Neuorientierung in

der Gesundheitsversorgung eine nicht unerhebliche Rolle für alle Beteiligten, so daß über kostengünstigere, breiter einsetzbare, früher ansetzende und im Sinne der Kosten-Nutzen-Relation effizientere Interventionen nachgedacht wird. Für die Brisanz des Themas „Kontrolliertes Trinken“ sorgte auch die fachlich in die Wege geleitete Neuauflage verhaltenstherapeutisch orientierter Lern- und Veränderungsprogramme (NIAAA & NIH, 1996; Körkel, 2000a, b), deren wesentliche Zielvariablen die Erhöhung der Selbstkontrolle und der Selbstwirksam-

keitserwartung beim Patienten sind. Die z.T. aus unterschiedlichen Interessen heraus recht polemisch geführte Diskussion bereitet ein Déjà-vu für diejenigen, die schon länger dabei sind, denn ähnliches gab es bereits in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts. Dieses Mal sollten wir jedoch bessere Bedingungen zur fachlichen Auseinandersetzung haben.

In diesem Beitrag möchten wir als langjährige Praktiker der Abhängigkeitsbehandlung – vorwiegend im Feld der medizinischen Rehabilitation – und mit nachgewiesener Forschungsfreundlichkeit einen Schritt in die weitere sachliche Diskussion des Behandlungsziels „Kontrolliertes Trinken“ tun. Dabei stellt sich für uns als psychotherapeutisch Arbeitende weniger die Frage „pro oder kontra kontrolliertes Trinken“, sondern die Notwendigkeit der differenzierenden Betrachtungsweise: Für wen, unter welchen Rahmenbedingungen, mit welcher Aussicht auf Erfolg und wie ist eine Intervention mit dem Ziel der Konsumkontrolle sinnvoll?

### *Klassisch-suchtmedizinisches Krankheitsmodell versus sozialwissenschaftliches Störungskonzeption?*

## Sekt oder Selters – Ist das hier die Frage?

In der fachlichen Beschäftigung mit Therapiezielen für Abhängigkeitskranke, Vieltrinker oder Menschen mit riskantem/schädigendem Konsum präsentiert sich zur Zeit ein ambivalentes Bild. Auf der einen Seite konstatiert z.B. Stetter noch in seiner Übersicht zur „Psychotherapie von Suchterkrankungen“ (2000):

„Der in den 70er und 80er Jahren in der Alkoholismustherapie unter dem Einfluss lerntheoretischer Grundannahmen (...) proklamierte Paradigmenwechsel (z.B. Sobell & Sobell 1973; Klepsch 1989) hin zum ‚kontrollierten Trinken‘ als Therapieziel hat sich nicht bewährt.“ (S. 67)

In der zur Zeit durch öffentliche Finanzierung stark geförderten biomedizinischen Forschung etwa zu neurophysiologischen Grundlagen der Alkoholabhängigkeit wird z.B. die Entwicklung medikamentöser Behandlungsansätze zur Verbesserung der Abstinenzfähigkeit oder Rück-

fallprophylaxe forciert und damit die Abstinenz als *conditio sine qua non* für Alkoholabhängige verstärkt. Es werden Tiermodelle der Entwicklung und Veränderung des Konsumverhaltens und der Abhängigkeitsgenese grundlagenwissenschaftlich theoretisch entwickelt und empirisch überprüft (vgl. auch Mann & Buchkremer, 1996, Teil 1: „Grundlagen“). Auch die Überlegungen zum Suchtverhalten und Befunde zur Verlagerung dieses Craving auf andere Stoffe sind dieser Richtung zuzuordnen (z.B. Junghans et al., 2000).

Bei grundsätzlich offener Einstellung gegenüber dem Ansatz des kontrollierten Konsums psychotroper Substanzen nennt Bühringer (1996) in seiner Übersicht Abstinenz als die nach wie vor sinnvolle therapeutische Zielsetzung bei Personen mit ausgeprägtem Abhängigkeitssyndrom, da nach seiner Einschätzung bis dato keine diagnostischen Verfahren zu Beginn der Behandlung für die Identifizierung der Subpopulation von Personen vorlägen, die mit ausreichender Erfolgswahrscheinlichkeit später kontrolliert würden trinken können (S. 228 ff). Eine ähnliche Position vertreten Soyka & Preuss (2002, S. 576), wenn sie die Zielhierarchie „Lebenserhaltung, Schadensverminderung, Verlängerung von Abstinenzzeiten, dauerhafte völlige Abstinenz“ übernehmen.

**Welche Vorteile könnte kontrollierter Alkoholkonsum bieten?**

Anders als bei Tabak, wo sich die Fachwelt einig ist in der Bewertung, dass auch kleinste Mengen schädlich wirken, wird für geringe Konsummengen an Alkohol ein potentiell gesundheitsfördernder oder krankheitsprotektiver Effekt diskutiert (z.B. „Alkohol schützt vor kardiovaskulären Erkrankungen“). In einer kürzlich publizierten Untersuchung von Theobald et al. (2000) kommen diese Autoren zu dem Schluss, dass minimaler Weinkonsum (mindestens einmal pro Woche, jedoch nicht mehr als 140 g reinen Alkohols pro Woche) mit einer Senkung der Gesamt mortalität, und hier vor allem der Todesursache durch kardiovaskuläre Erkrankungen verbunden ist. Allerdings weisen abstinente Ex-Trinker gegenüber lebenslang Abstinenten und Minimaltrinkern (weniger als 50 g reinen Alkohol pro Woche) in dieser Untersuchung ein erheblich erhöhtes Mortalitätsrisiko auf. Dies könnte mit der bereits eingetretenen, nur bis zu einem gewissen Grad reversiblen Schädigung durch den vorangegangenen hohen Alkoholkonsum zu tun haben. Möglicherweise ist jedoch nicht der reine Alkohol verantwortlich für diese positiven Ergebnisse bei leichten und moderaten Trinkern, sondern die besondere Zusammensetzung im Wein

im Unterschied zu Bier und Spirituosen, so daß hier die Befundlage noch uneindeutig bleibt. Eine alternative Erklärung wäre eine grundsätzlich gesündere Lebensweise bei diesem Personenkreis. Eine kritische Übersicht über bislang untersuchte Wirkungen von Alkoholkonsum auf verschiedene Gesundheitsfaktoren und Erkrankungen bietet z.B. der von Edwards (1997) herausgegebene Band „Alkoholkonsum und Gemeinwohl“.

In seiner Literaturübersicht zu positiven gesundheitlichen Auswirkungen von leichtem oder moderatem Trinken von Alkohol vor allem auf die mentale Kondition beschreibt Chick (1999) eine uneindeutige Befundlage und resümiert, daß „... there will be very few, if any, patients whom doctors should advise to drink to improve their mental health.“ (S. 80) Er fordert, dass die in wenigen Studien berichtete protektive Auswirkung leichten Alkoholkonsums z.B. für die Verlangsamung kognitiver Abbauerscheinungen bei älteren Menschen noch in kontrollierten Replikationen zu erhärten sei.

Die Befürworter kontrollierten Trinkens als Therapieziel führen jedoch in der Regel nicht diese mögliche positive physiologische Wirkung ins Feld. Argumente sind z.B. die Niedrigschwelligkeit des Angebots, die als unzureichend bewerteten Erfolgsquoten im Hinblick auf Abstinenz bei traditionellen Behandlungsformen, positive Befunde für Programme zum kontrollierten Trinken oder auch die Forderung nach Zieloptionen für den Patienten. So äußert sich Körkel (2000b): „Programme zum kontrollierten Trinken erzielen gute Erfolge.“ (S.3) und belegt dies u.a. mit der klassischen Übersichtsarbeit von Miller (1983), mit Einzelarbeiten vorwiegend aus dem anglo-amerikanischen Raum und seinen eigenen ersten aktuellen Ergebnissen zum AKT-Programm („Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“; Körkel, 2000a). Auch Rist (2000) sieht bei gefährlichen oder schädlichen Konsummustern sowie beim Public-Health-Ansatz der Trinkmengenreduktion in der Bevölkerung eine Indikation für das Veränderungsziel hin zum kontrollierten Umgang mit Alkohol.

In seinem sehr praxisorientierten Buch „Arbeit mit Alkoholkranken“, das sich vor allem an niedergelassene Ärzte wendet, nimmt Edwards (1986; bereits 1982 in englischer Sprache erschienen) aus seiner langjährigen Erfahrung heraus eine eher pragmatische Bewertung vor:

„Wie stets müssen wir auch bei der Festlegung des Therapieziels flexibel auf die mannigfaltigen Bedürfnisse der unterschiedlichen Patienten reagieren. Die Ansicht, dass jemand, der einmal wegen seines Trinkens Probleme hatte, nie wieder problemlos trinken könne, ist ir-

rig. Andererseits besteht aber auch kein Anlass, normales Trinken als alleiniges Ziel aufzustellen ....“ (S. 237)

**Mangelnde wissenschaftliche Grundlagen auch für etablierte Behandlungsprogramme?**

Er kritisiert die mangelnde wissenschaftliche Fundierung vieler implementierter Behandlungsprogramme bis hin zur „Wissenschaftsfeindlichkeit“ mancher Praktiker:

„Häufig rät man den Patienten ohne fundierte Begründung zur Abstinenz, was lediglich dazu führt, dass sie zwischen Nüchternheit und explosiven Rückfällen hin und her pendeln, anstatt ihr Trinkverhalten unter Kontrolle zu bekommen und die Rückfälle Schritt für Schritt zu verringern. Hinzu kommt, daß die angestrebte Abstinenz möglicherweise einschneidende, vom Patienten nur mühsam zu vollziehende Änderungen seiner Lebensweise erfordert. Es besteht deshalb kein Grund zu behaupten, abstinenzorientierte Therapieformen seien grundsätzlich seriöser als die Einübung normalen Trinkens. ... Dennoch kann natürlich auch das Einüben normalen Trinkens spezielle Probleme mit sich bringen. Die größte Gefahr besteht darin, dass der Therapeut den Patienten aus grundsätzlicher Befürwortung dieses Ansatzes heraus zu einem offensichtlich für ihn unangemessenen Trinkziel führen will, das sich als riskant oder sogar gefährlich erweist.“ (S. 247)

Auf diese Gratwanderung hin führen auch Daten aus der Münchner Evaluationstudie zur Alkoholismustherapie (MEAT-Studie: Küfner, Feuerlein & Flohrschütz, 1986; Küfner, Feuerlein & Huber, 1988), die allerdings abstinenzorientierte stationäre Behandlungsprogramme zugrunde legte. Über 80 % der nachbefragten Patienten fanden sich zu unterschiedlichen Katamnesezeitpunkten bis zu vier Jahre nach der Indexbehandlung in der gleichen Kategorie der „Abstinenten“ oder „Ungebesserten“ (Rückfälligen), während die „Gebesserten“ (Abstinente nach Rückfall) nur bis zu 40 % stabil in ihrer kategorialen Einstufung blieben und mit gleicher Wahrscheinlichkeit zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten zwischen den Subgruppen der „Abstinenten“ und der „Ungebesserten“ pendelten. Rist (2000) schließt u.a. auch hieraus, dass es sich beim kontrollierten Konsum der als alkoholabhängig Diagnostizierten um ein Übergangsstadium und nicht um eine stabile Veränderung handelt, wobei er ebenfalls das Fehlen von Prädiktoren für das Behandlungsergebnis benennt. Letzteres ist auch ein wesentliches Argument mancher Selbsthilfegruppenvertreter: Ein „wirklicher“ Alkoholiker unterscheidet sich eben dadurch vom symptomatischen Vieltrinker, dass er nicht mehr

zum normalen/kontrollierten Trinken zurückfinden kann – eine emotional nachvollziehbare Reaktion von Betroffenen mit unter Umständen jahrelangen, existenzgefährdenden und lebensbedrohlichen Suchtverläufen, aber auch eine Erklärung ex post facto mit immunisierender Wirkung gegen Falsifizierung.

### **Uneindeutige und zu spärliche empirische Datenlage erschwert dem Praktiker die Bewertung.**

Aus dieser „Gemengelage“ heraus scheint aus fachlicher Sicht eine Diskussion konträrer bzw. neuer Befunde geboten, die unter Einbeziehung der Entwicklungen in Biomedizin, Biopsychologie, Rehabilitations- und Behandlungsforschung auf wissenschaftlicher Ebene zu führen ist. Dabei kann es nicht um eine Kontroverse „Wissenschaft/Forschung gegen Praxis/Anwendung“ gehen. Vielmehr sind die entsprechenden Argumente auf der jeweils angemessenen Ebene auszutauschen (vgl. Schneider, 1995).

Allerdings sind aktuelle Themen auch immer „Kinder ihrer Zeit“: Angesichts der zunehmenden Bedeutung von Public-Health-Ansätzen, der Frühintervention und der prinzipiellen Ressourcenorientierung bei Krankheiten und Behinderungen liegt es nahe, von einem apodiktischen „Das geht nicht!“ zu einem hoffnungsvolleren „Mal sehen, bei wem es geht!“ zu kommen. Dabei verlieren Menschen – Betroffene wie Behandler – zeitweise den Boden bewährter Überzeugungen und Vorstellungen unter den Füßen, was einerseits eine ethisch-moralische Dimension auch bezogen auf die Anwendung „vorläufiger“ wissenschaftlicher Erkenntnisse aufwirft, andererseits eine Verunsicherung hervorruft, der jeder mit seinen eigenen Mitteln begegnet.

Bei gebührender Vorsicht bezüglich der Implementierung von Forschungsergebnissen in die therapeutische Praxis und erst recht in die Behandlungsroutine fördern ungünstige Grundeinstellungen bei manchem Behandler die Vermeidung von wissenschaftlicher Überprüfung des eigenen Tuns (Edwards, 2000):

- die feste Überzeugung der Therapeuten, dass die jeweilige Behandlungsform, die sie anwenden, besonders erfolgreich ist (Immunisierung vor differenziertem Feedback)
- der Fokus auf den einzelnen Patienten statt der Beachtung der Behandlungsbedürfnisse der Bevölkerung (Mangel an Wissen über gesellschaftlich relevante Selektions- und Bewertungskriterien)
- die Funktionalisierung von Wissenschaft/wissenschaftlichem Denken zur Bestätigung der eigenen Ansichten (selektive Wahrnehmung und fehlende methodenkritische Bewertung)

- der Respekt vor der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung des Patienten (schwierige Gratwanderung zwischen Expertenstatus des Behandlers und Manipulation des Patienten)

Hier befinden sich auch diejenigen Praktiker in einer schwierigen Situation, die grundsätzlich an einer Optimierung ihrer Arbeit stark interessiert sind, andererseits aber eine über den „Informed consent“ hinaus gehende Ethik gegenüber dem Patienten vertreten. Das heißt, der Behandler hat aus unserer Sicht die Pflicht, sich mit aktuellen wissenschaftlichen Befunden zu beschäftigen, diese aber mit Umsicht und unter Minimierung möglicher unerwünschter Nebenwirkungen in die Behandlungspraxis zu überführen (vgl. auch Schneider & Funke, 2001). Die Wissenschaft macht es dabei dem Praktiker nicht unbedingt einfacher, wenn zuwenig über Implementierung und Realisierung von neuen Erkenntnissen nachgedacht wird (Funke, 2000b).

### **„Kontrolliertes Trinken“ als Indikator gesellschaftlicher Liberalisierungsprozesse?**

Die neuzeitliche Geschichte der Alkoholabhängigkeit ist gekennzeichnet durch Definitions- und Operationalisierungsversuche notwendiger und hinreichender Merkmale (Symptome), die für die Bewertung des Vorliegens und des Schweregrads der Störung ausreichend verlässlich herangezogen werden können. Zentrale Merkmale gliedern sich dabei in körperliche, verhaltensspezifische und kognitive Aspekte, wobei der herabgesetzten Kontrolle über den Konsum und der Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung der Abstinenz eine besondere Bedeutung zukommt.

#### **Immer noch auf der Suche nach dem Kontrollverlust ...**

Am Kontrollverlust entzündeten sich die Gemüter bereits spätestens seit Jellineks (1958) für damalige Zeiten bemerkenswerten und in der Folge für die Entwicklung der Krankheitskonzeption höchst einflussreichen deskriptiv-statistischen Zusammenstellung der Verlaufphasen der Alkoholabhängigkeit. Hier postuliert er einen möglichen, noch zu entdeckenden psycho- oder biophysiologicalen Faktor X, dem man heute noch in der biogenetischen und neurophysiologischen Forschung sowohl im Hinblick auf verursachende als auch suchtaufrechterhaltende Bedingungen versucht, auf die Spur zu kommen. Damit wird die somatische Komponente im multifaktoriellen Bedingungsgefüge der Abhängigkeitsentwicklung herausgegriffen. Unkontrollierbares Verlangen nach der Wirkung von Alkohol und die Unfähigkeit der Begrenzung des

Konsums sind jedoch nach Auffassung von ICD-10 oder DSM-IV nur zwei von mindestens neun Kriterien der Abhängigkeitsstörung und müssen somit im Einzelfall gar nicht vorliegen, um die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit zu begründen. Insofern kennzeichnen Konstrukte wie Alkoholverlangen, Kontrollverlust oder Unfähigkeit zur Abstinenz nur bestimmte Formen der Alkoholabhängigkeit, wie augenscheinlich in der praktischen Arbeit mit Alkoholauffälligen auch immer wieder zu erfahren ist.

#### **Vom Glauben zur empirisch überprüfbaren Behandlungsstrategie.**

Die Geschichte der Alkoholismusbehandlung und des Umgangs mit Alkoholauffälligen ist eine wechselhafte, wie auch im immer noch sehr lesenswerten Artikel von Spode (1986) nachzulesen ist. Schon die Mäßigkeitsbewegungen des vorvergangenen Jahrhunderts reflektierten das Thema der differentiellen Vorgehensweise auf dem Hintergrund der damaligen gesellschaftlichen Verhältnisse und des Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Bereits damals gab es in den empfohlenen Behandlungen Unterschiede in Abhängigkeit davon, welcher sozialen Schicht ein Alkoholauffälliger angehörte, wie Edwards (2000) in seiner amüsanten Zusammenstellung von Glaubens- und Behandlungssätzen der letzten 100 Jahre ausführt. Für Trinker aus der Arbeiterschicht empfahl die American Association for the Study and Cure of Inebriety 1893:

„... die Einführung von Arbeitshausspitalern, wo der Alkoholiker behandelt und gebändigt werden kann. Derartige Anstalten müssen auf dem flachen Lande eingerichtet werden, weit weg von den großen Städten und geführt von einem gesunden militärischen Geist. Sie sollten Krankenhäuser mit militärischem Drill sein, wo alles unter der genauen Fürsorge und Überwachung eines Arztes steht und wo jede einzelne Lebensbedingung mit zuverlässiger Gleichmäßigkeit geregelt ist.“ (zit. nach Edwards, 2000, S. 173).

Die empfohlene Dauer der Behandlung betrug fünf bis zehn Jahre oder gar lebenslang. Für Patienten der Mittelschicht wurde eher als Intervention gutes Essen, frische Luft und tägliches Beten angeraten. Nach einer langjährigen Phase des Pragmatismus nach dem Motto „alles hilft irgendwie“ begann in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts der Aufbruch in die Entwicklung theoretisch fundierter und empirisch überprüfter Behandlungskonzepte – zunächst in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern, seit den 80er Jahren auch zunehmend in Deutschland. Dies betrifft sowohl die Medizin- wie die Psychotherapieför-

schung, wobei in den 90er Jahren die Rehabilitationswissenschaften im Bereich der chronischen Erkrankungen und Behinderungen und damit auch für die Alkoholabhängigkeit zunehmend an Einfluß gewinnen (s.a. das Schwerpunktthema „Suchtrehabilitation“ in der Zeitschrift Suchttherapie, Band 1, Heft 3).

Während sich der ambulante psychotherapeutische Zugang von niedergelassenen Fachleuten zu Alkoholabhängigen erst in den letzten Jahren überhaupt nennenswert entwickelt, hatte die medizinische Rehabilitation bereits seit dem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts von 1968 die Herausforderung aufgegriffen, hier zunächst im stationären und seit 1990 verstärkt auch im ambulanten Setting eine Versorgungsstruktur für die Behandlung aufzubauen. Parallel dazu sind die Beratungs- und Behandlungsstellen mit ihren regionalen Anbindungen und Zuständigkeiten entstanden, die in Form des heute existierenden Behandlungsnetzes kooperieren. Waren zunächst – auch aufgrund des Mangels an professionellen Fachkräften – die Selbsthilfe- und Helfergemeinschaften häufig gestaltende und tragende Kräfte im Aufbau der beteiligten Institutionen, bildete sich eine zunehmende Professionalisierung speziell aus dem Bereich der Sozialwissenschaften heraus. Allerdings ist der Stellenwert der Selbsthilfe, die fast ausschließlich abstinentenorientiert ist, in diesem Versorgungssystem erfreulich hoch. In Deutschland kamen erst verstärkt seit 1990 die medizinischen Wissenschaften hinzu, was zu einer entsprechenden Verschiebung der Behandlungsansätze und Konzeptentwicklungen führte. Eine enge Kooperation von allen professionellen Angeboten mit der Selbsthilfe wird heute immer selbstverständlicher, nachdem Berührungspunkte auf beiden Seiten bewältigt sind.

**Abstinentenzfähigkeit als zentrale Variable.**

Heutige stationäre Behandlungskonzepte in der Medizinischen Rehabilitation unterliegen seit einem Jahrzehnt den Qualitätssicherungsprogrammen der Leistungsträger und sind in der Regel einer empirisch orientierten Weiterentwicklung verpflichtet. Sie genießen einen weltweit guten Ruf, was die Behandlungssystematik in einem vernetzten Suchtihilfenetz angeht und die im Vergleich mit anderen chronischen Störungen guten Erfolgsquoten bezüglich sozialer Wiedereingliederung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (s.a. Zielke, 2000). Wesentliche Rahmenbedingung während der Behandlung ist die Suchtmittelabstinenz, ein therapeutisch übergeordnetes Ziel die Stabilisierung der Abstinentenzfähigkeit. Letztere ist dabei eine wichtige intervenieren-

de Kernvariable, zumal als Äquivalent für den Behandlungserfolg neben Zufriedenheits- und Besserungsraten hinsichtlich einer Reihe von Bereichen die Quote der Abstinenten und Abstinenten nach Rückfall in katamnesticen Untersuchungen herangezogen wird.

Im ambulanten Bereich entwickeln sich zur Zeit vor allem im psychotherapeutischen und ärztlichen Sektor Behandlungsangebote, die auf Trinkmengenreduktion (primäre Prävention) und Verlängerung von Abstinenzzeiten (Frühintervention; sekundäre Prävention) bzw. Konsum weniger schädlicher weil alkoholärmerer Getränke ausgerichtet sind. Hier sind systematische Vorgehensweisen und Effizienzüberprüfungen jedoch erst im Aufbau begriffen.

Die Diskussion um konsumbezogene Therapieziele zeigt sich seit vielen Jahren in unterschiedlichen Facetten: z.B. in der Kontroverse um Substitution und Originalstoffvergabe im Falle des Heroins, die „harm reduction“-Ansätze in der Optimierung der Rahmenbedingungen von Konsum und der Verminderung schädlicher Nebenwirkungen, die Reduktion von Trinkmengen bei chronisch mehrfachgeschädigten Alkoholabhängigen, die Herabsetzung von Promillegrenzen für den Straßenverkehr oder die Zielüberlegungen bei sekundärer Abhängigkeitsstörung. Ausgelöst durch die Arbeiten von Davies (1962) und dem Forschungsteam um die Sobells (1973) wurde das Therapieziel „Konsumkontrolle“ bei Alkohol auffälligen ins wissenschaftliche Gespräch gebracht.

In die fachliche Diskussion der Frage des „kontrollierten Trinkens“ mischt sich dabei schnell bei manchen Diskutanden ein bitterer Unterton: Wer möchte wem hier zeigen, was geht, wie es richtig ist oder wie es sein sollte? Dabei sind die Referenzsysteme der an der Argumentation Beteiligten häufig sehr unterschiedlich.

- Der engagierte Vertreter einer abstinentenorientierten Selbsthilfegemeinschaft gewichtet als selbst Betroffener die Erfahrungen in der eigenen Geschichte und mit anderen Mitgliedern der Gruppe legitimerweise und entscheidet sich u.U. für den subjektiv „sicheren“ Weg der Abstinenz von Alkohol.
- Der Behandler, der sich an einem aus Erlerntem, Erfahrung, Konsensfindung und gelegentlichen Erfolgsschätzungen entstandenen Behandlungskonzept orientiert, wird neue Entwicklungen aus der Forschung mit gebotener Vorsicht aufnehmen und eine Implementierung im Rahmen des vorgegebenen Behandlungssettings sorgfältig planen müssen.

- Der wissenschaftlich orientierte Praktiker steht vor der Abwägung, neue Befunde in geeignete Verfahrenswesen zu übersetzen oder zu integrieren, ohne Bewährtes auf's Spiel zu setzen und in Abstimmung mit den relevanten Umfeldbedingungen (etwa den Kooperationspartnern im Versorgungsnetz).
- Der anwendungsorientierte Forscher freut sich an neuen Befunden, die im Idealfall ausgewogen intern und extern valide sind, und sucht einen Weg der Umsetzung und Praxiserprobung.
- Der Forscher an der Spitze der wissenschaftlichen Weiterentwicklung wird entweder selbst nach Replikationsmöglichkeiten suchen oder diese Form der Absicherung von Einzelbefunden anderen unabhängigen Wissenschaftlern der „scientific community“ überlassen. Im Zweifel ist sein Wissensdurst mit der Durchführung einer gegläckten Versuchsanordnung und entsprechender Befunde gestillt.

Die biomedizinischen Ansätze, die durch die Aufstockung öffentlicher Forschungsförderung, aber auch durch die Forschungsinvestitionen der Pharmafirmen zusätzlichen Aufschwung erhalten, fördern immer mehr Detailwissen über die „Hardware“ der Abhängigkeitsentwicklung zutage. Hier besteht Bedarf in der Überführung gesicherter Erkenntnisse in die anerkannten Behandlungsprogramme. Die Suchtforschung nähert sich erfreulicherweise der Psychotherapieforschung an, so daß auch hier ein Transfer des gewonnenen Wissens besser möglich wird.

*Die guten Ins Töpfchen, die schlechten Ins Kröpfchen ... ?*

**Kontrolliertes Trinken für wen?**

Bühringer (1996) vertritt in seinem Beitrag im Lehrbuch der Verhaltenstherapie die Einstellung, daß bis auf wenige Ausnahmen extrem gesundheitsschädigender Stoffe (z.B. Crack) bei fast allen Substanzen prinzipiell ein kontrollierter Konsum denkbar sei. Er sieht aufgrund der von ihm rezipierten Untersuchungen zum kontrollierten Trinken, die vor allem in den USA, Großbritannien und Skandinavien in den letzten 30 Jahren publiziert worden seien, sowie der in vielen Katamnesestudien berichteten Quote von zwei bis zehn Prozent mehr oder weniger unauffälliger Konsumenten eine mögliche Indikation für das Therapieziel kontrolliertes Trinken bei:

- Personen mit beginnendem Missbrauchsverhalten ohne ausgeprägte Symptome einer Abhängigkeit (z.B. Jugendliche und junge Erwachsene

ohne oder mit nur geringer Symptomatik einer körperlichen oder psychischen Abhängigkeit und einer nur begrenzten Anzahl von Auslösern für den exzessiven Konsum, die außerdem leicht modifizierbar sein sollen) oder

- Personen ohne Bereitschaft zu lebenslanger Abstinenz oder
- Personen ohne therapeutische Notwendigkeit zur Abstinenz.

Körkel (2000a) sieht hier die Bedeutung der Selbstselektion für Behandlungsmaßnahmen mit einem deutlich höheren Gewicht, wobei er die sorgfältige Information des Patienten durch den Behandler über mögliche negative Folgen eines Therapieziels (gleichermaßen für kontrolliertes Trinken und Abstinenz) als notwendige Voraussetzung für die Entscheidungsfindung des Patienten betont. Damit befindet er sich in Übereinstimmung mit der Forderung in der Psychotherapie, Ziele gemeinsam mit dem Patienten zu entwickeln und festzulegen. Mögliche Gegenargumente für eine Teilnahme am von ihm umgesetzten Programm zum Erlernen kontrollierten Trinkens (AKT) können für ihn sein (S. 6):

- bereits bestehende Abstinenz bzw. Abstinenzziel; Schwangerschaft/Stillzeit,
- akute schwere Krisensituation,
- Leberzirrhose (dekompensiert/Aszites); Varizenblutungen (auch in der Vergangenheit); alkoholbedingte Hirnschädigung,
- chronische Pankreatitis, sekundärer Diabetes Mellitus, alkoholbedingte Kardiomyopathie,
- schwere, behandlungsbedürftige psychiatrische Begleiterkrankungen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, Suizidversuch in der Vorgeschichte, schwere Depression, schwere Angststörung, Psychose),
- akute Mehrfachabhängigkeit,
- Einschränkungen der „Gruppenfähigkeit“ (z.B. extrem schlechtes Hörvermögen).

Als zentraler Vorteil wird die Vorgabe einer Zieloption „kontrolliertes Trinken oder Abstinenz“ anstelle einer Zielverschreibung (Körkel nennt dies auch „Nötigung zur Abstinenz“) gesehen, wobei der Patient sich zunächst für das eine oder andere entscheidet und in der Umsetzung therapeutisch unterstützt wird. Ein empirisch abgesichertes Indikationsraster für kontrolliertes Trinken liege jedoch noch nicht vor. Allerdings schälen sich aus den bisherigen Erfahrungen anglo-amerikanischer und skandinavischer Programme einige prognostisch günstige Merkmale heraus: eine weniger schwere Abhängigkeit (vor allem das Fehlen gravierender körperlicher Entzugssymptome), ausgeprägtes Zutrauen in die eige-

ne Fähigkeit des kontrollierten Trinkens, ausreichende Dauer und Vielfalt der Programminhalte und vorhandene Unterstützung von Sozialpartnern.

Auch in der von Körkel zitierten Übersichtsarbeit von Rosenberg (1993) über Studien zum kontrollierten Umgang mit Alkohol zeigen sich Trends im Hinblick auf günstige Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg, wenn die Klienten jünger sind, einen festen Arbeitsplatz haben, keine gravierenden psychischen Auffälligkeiten zeigen, über eine ausreichende soziale Stabilität verfügen und weiblich sind. Allerdings wiesen die zugrunde gelegten Studien methodische Mängel und unterschiedliche Definitionen und Operationalisierungen für Klientenbeschreibungen und die Zielvariable des kontrollierten Trinkens auf, was die Aussagekraft einschränkt.

Edwards (1986) nennt als Auswahlkriterien für Personen, für die „normales Trinken“ realistisches Behandlungsziel sein könnte, folgende (S. 240):

- keine schwere Abhängigkeit (gemessen am Ausmaß der körperlichen Entzugsscheinungen),
- Perioden normalen Trinkens (zwei Monate und mehr) in den letzten beiden Jahren,
- ausdrücklicher Wunsch des Patienten,
- Persönlichkeitsreife,
- keine psychische Grunderkrankung,
- keine körperlichen Erkrankungen, die durch Alkoholkonsum negativ beeinflusst werden.

Offensichtlich bedingt auch das therapeutische Setting die Erfolgswahrscheinlichkeit für verschiedene Zielmerkmale mit. So werten z.B. Hoffmann et al. (2000) ein Ergebnis als Erfolg in ihrer Untersuchung zu Erfolgsunterschieden von tagesklinischer und vollstationärer Entzugsbehandlung an einer kleinen Stichprobe von N=46 Personen, die randomisiert einer der beiden Behandlungsbedingungen zugeordnet wurden. Neben einer Abstinenzquote von 51.5 % über alle Personen nach drei Monaten berichten sie, daß die Patienten der vollstationären Behandlung mehr abstinente Tage aufwiesen, während nach tagesklinischer Behandlung sich die Trinkmenge pro Trinktag reduziert habe. Diese Ergebnisse waren statistisch als Trend abzusichern und bedürfen der Replikation, bevor weitere Schlussfolgerungen möglich sind.

Zum Projekt MATCH, in dem der Erfolg nach Zuordnung von Patienten zu drei verschiedenen Behandlungsstrategien untersucht wurde, berichtet Babor (2000) zusammenfassend, dass es zwar keine therapiespezifischen Unterschiede in den zugrunde gelegten Erfolgsmaßen (Verringerung der Anzahl von Trinktagen und der Trinkmenge) gab, aber im Durch-

schnitt eine Reduktion von anfänglich 25 Trinktagen pro Monat vor der Behandlung auf sechs Trinktage nachher stabil katamnestisch bis zu drei Jahren erfolgte. Seine Schlussfolgerungen sind, im Einzelfall so früh wie möglich mit der Behandlung zu beginnen und den sozialen Druck zum Trinken zu verringern. Es erwies sich eine leichte Überlegenheit des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms.

In der auch von Körkel (2000a) zitierten Studie von Graber und Miller (1988) gelang eine stabile Reduktion des Alkoholkonsums vor allem bei Personen, die noch keine schwere Abhängigkeit aufwiesen. Als „schwer abhängig“ gelten danach Personen, die eine lange Suchtgeschichte, deutliche Entzugssymptome, viele negative Folgeerscheinungen der Sucht und eine körperliche Abhängigkeit (deutlicher Toleranzanstieg und schwere Entzugsscheinungen) aufweisen. Als „kontrollierter Konsum“ wurde in dieser Studie festgelegt, dass

- nicht mehr als 233 g reinen Alkohols pro Woche getrunken,
- höchstens einmal pro Monat eine Blutalkoholkonzentration (BAK) über 0.8 Promille erreicht und
- nie mehr als 1.5 Promille im Beobachtungszeitraum von 3,5 Jahren erreicht werden durfte.

Dies bedeutet z.B. für einen 70 kg schweren Mann bei einem empfohlenen alkoholfreien Tag pro Woche und einem maximal zugelassenen Wochenkonsum von bis zu 233 g für sechs Tage eine Trinkmenge von bis zu 38.8 g in reinem Alkohol pro Trinktag und damit einer täglichen Spitzen-BAK von 0.79 Promille. Mit dieser wöchentlichen Trinkmenge würden allerdings Theobald et al. (2000) diese Person bereits in die Gruppe der Vieltrinker einordnen, die in ihrer Untersuchung etwa 12 % der Konsumenten ausmacht gegenüber den 26 % moderaten Trinkern, die zwischen 50 und 139 g an reinem Alkohol pro Woche konsumieren. Während die WHO die Grenze für riskanten Konsum mit 20 g reinen Alkohols pro Tag für Frauen und 40 g für Männer benennt, sind die Empfehlungen des NIAAA deutlich geringer: 12 g für Frauen und für Menschen über 65 Jahre sowie 24 g für Männer unter 65 Jahren, wobei Abstinenz für körperlich Geschädigte, Schwangere und „trockene Alkoholiker“ empfohlen wird.

### **Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten als Erfolgsprädiktor?**

Körkel (2000a, b) entzieht sich dieser definitorischen Problematik, in dem er das Primat des Patienten bezüglich der gewünschten Trinkmengenreduktion betont. Danach ist jede Verringerung des Konsums als wünschenswert anzusehen.

Kontrolliertes Trinken soll damit als Übergang zum normalen Trinken oder alternativ zur Abstinenz möglich werden. Die Kontrolle des Trinkens bezieht sich auf die Einhaltung vorher vereinbarter Regeln hinsichtlich Trinkmenge (pro Tag, pro Woche, Zahl der abstinenten Tage), der Rahmenbedingungen für Trinken (Zeit, Ort, soziales Umfeld) und von Merkmalen des Konsumverhaltens (Trinkgeschwindigkeit, Getränkevariation, Befindlichkeit, in der getrunken wird). Als entscheidende Einflussvariable für den Erfolg des Kontrollierten Trinkens nennt Körkel eine ausreichende Selbstwirksamkeitserwartung, wie sie auch von Bandura (1977) allgemein für Selbstmodifikationsprozesse bereits postuliert und von ihm und vielen inspirierten Forschern danach untersucht wurde. In einer eigenen kleinen Untersuchung an einer Stichprobe von alkoholabhängigen Therapie-wiederholern konnte für diese Subgruppe allerdings kein Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und tatsächlicher Abstinenz drei und zwölf Monate nach Behandlungsende nachgewiesen werden (Schneider et al., zur Publikation eingereicht).

Katamnesestudien, in denen Behandlungserfolge unter anderem durch die Quote gesichert Abstinenter belegt werden sollen, weisen neben einer großen Streuung der Abstinenzquoten auch unterschiedliche Prozentsätze „Gebesselter“ auf. In diese Kategorie werden solche Personen eingeordnet, die nach einem engbegrenzten erneuten Konsum wieder längerdauernde Abstinenz erreicht haben, ohne sich erneut einer suchtspezifischen Behandlungsmaßnahme unterzogen zu haben. Dies trifft z.T. auch für ehemalige Patienten der Kategorie „rückfällig“ zu. In der klinikübergreifenden Nachuntersuchung von Schneider et al. (1997) werden sogenannte „Rückfälle“ von N=560 Patienten genauer analysiert. Die Autoren stellen fest, daß 20.3 % der Rückfälligen einmal und kurzfristig, weitere 41.3 % mehrmals kurzfristig im 12-monatigen Katamnesezeitraum getrunken haben. Etwa 20 % dieser Patienten geben an, erst kontrolliert getrunken und später „in altes Verhalten zurückgefallen“ zu sein. Weitere 16 % berichten über eine „sehr schnelle Rückkehr“ zu einem Alkoholkonsum wie vor Antritt der Behandlung.

In der klinikübergreifenden Katamnese des Fachverbands Sucht e.V. sind dies z.B. 7.4 % der Nachbefragten, die zur katamnestischen Erfolgsquote von 52.4 % im Hinblick auf Abstinenz beitragen (N=6686; Ausschöpfungsquote 70.1 %; Kluger et al., 2000). Da die stationäre Entwöhnungsbehandlung der beteiligten Einrichtungen die Abstinenzfähigkeit als zentrales, zu modifizierendes Merkmal ansieht,

wird folgerichtig als Indikator für das Ausmaß der Zielerreichung die Quote der dauerhaft oder längere Zeit Abstinenten als Erfolgsmaß herangezogen. Damit wird die Effizienz der Behandlung im Hinblick auf unauffälligen, sozial angepassten Konsum jedoch systematisch unterschätzt. Aussagen hierüber sind nur über kombinierte Maße möglich, die etwa konsumspezifische und soziale Anpassungsmerkmale gemeinsam abbilden.

Gelegentlich sind mit der Kategorie „gebessert“ denn auch Personen beschrieben, die Trinkmenge und/oder Trinkhäufigkeit soweit reduziert haben, daß erneute Abhängigkeitsbehandlungen incl. Entgiftungen nicht erforderlich wurden und insgesamt eine Verbesserung, zumindest keine Verschlechterung der sozialen Situation erfolgt ist. Diese Untergruppe wird von den Vertretern des kontrollierten Trinkens ebenfalls als Beleg dafür angesehen, daß bei bestehender Alkoholabhängigkeit eine Entwicklung zum unauffälligen Konsum möglich ist, selbst wenn das ursprüngliche Therapieziel Abstinenz war. Auf die katamnestisch gestellte Frage ein Jahr nach stationärer abstinenzorientierter Entwöhnungsbehandlung, ob der Betreffende glaube, kontrolliert konsumieren zu können, antworten immerhin etwa 12 % der als alkoholabhängig diagnostizierten ehemaligen Patienten mit „ja“, wobei eine Validierung dieser Angaben nicht erfolgte (Zemlin et al., 1999).

In einem dreiwöchigen stationären Programm zur diagnostischen Abklärung eines Substanzmissbrauchs bzw. einer Abhängigkeitsstörung und anschließender Motivierung zu und Überleitung in geeignete Weiterbehandlungsmaßnahmen (Funke & Garbe, 2000) schätzen sich immerhin 15 % der am Arbeitsplatz wegen ihres Alkoholkonsums auffällig gewordenen Patienten nicht als abhängig ein und 6 % praktizierten nach fremdkatamnestischen Angaben in einem Zeitraum von 6 bis 18 Monaten danach einen unauffälligen Trinkstil, wobei für 25 % der Stichprobe keine katamnestischen Fremd-Informationen eruiert werden konnten (Funke, Garbe & Schroeder, in Vorbereitung).

All diese Überlegungen führen zu der Frage, ob der Ansatz des Kontrollierten Trinkens auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation Sucht vielversprechend sein könnte.

***Haben Reha-Ziele etwas mit Substanzkonsum zu tun?***

**Kontrolliertes Trinken als Reha-Ziel?**

Im Gegensatz zur psychotherapeutischen Vorgehensweise im Akut-Versorgungsbereich, bei der freie Behandlerwahl und

freie therapeutische Vertragsgestaltung zwischen Behandler und Patient im Hinblick auf Ziele und Methoden möglich sind, ergibt sich in der medizinischen Rehabilitation ein entscheidender Unterschied: Patienten werden nach pflichtgemäßem Ermessen durch den Rentenversicherer als Leistungsträger einer angemessenen Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Mit dieser Leistung kann eine geeignete Einrichtung beauftragt werden, deren Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität regelmäßig geprüft und als gut befunden wird. Diese Einrichtung schließt mit dem Patienten eine Behandlungsvereinbarung ab, die der vorgegebenen Zielsetzung – der Wiederherstellung und Stabilisierung der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit – dienlich ist. In diesem Rahmen werden konkrete Behandlungsziele vereinbart, die in der Regel die Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit beinhalten. Dieser Kompetenz kommt eine Schlüsselrolle in der Erreichung der Gesamt-Reha-Zielsetzung zu, auch wenn der Verband der Deutschen Rentenversicherungen (VDR) in seinen Erfolgseinschätzungen nach Rehabilitation sich auf die Wiederaufnahme und Kontinuität der Erwerbstätigkeit, gemessen an der Einzahlung von Rentenversicherungsbeiträgen und weiteren erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen, bezieht.

Über den Zusammenhang zwischen Merkmalen der beruflichen und sozialen Stabilität und der Abstinenz von Suchtmitteln geben zahlreiche katamnestische Untersuchungen Auskunft, wobei es sich hier in aller Regel nur um korrelative und nicht kausale Angaben handelt. Trotz der erfreulich hohen Erfolgsquoten im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung – auch im Vergleich zu anderen Rehabilitationsbereichen und angesichts der oft fortgeschrittenen Abhängigkeitskarriere, bevor es zu einschlägigen Behandlungen kommt – ist die Effizienz sicherlich zu optimieren (s.a. Hansmeier et al., 2000; Funke, 2000a). Eine mögliche Strategie liegt in der Überprüfung und Anpassung der Ziel-Mittel-Relationen sowie in der differentiellen Indikation von Interventionen, die auf eine optimierte Zuordnung von Patienten zu Behandlungszielen und -maßnahmen ausgerichtet ist (vgl. hierzu auch Schneider et al., 1999). Dabei mag man mit Rist (2000) das Fehlen direkter Effizienznachweise für die meisten Behandlungskomponenten in den Rehabilitationsprogrammen bedauern, jedoch ist das Ideal des klinischen Versuchs in der Feldforschung nicht zu verwirklichen. Er schlägt als einen Weg zur kumulativen Evaluation die systematische Variation zusätzlicher Komponenten zum Standardprogramm einer Einrichtung vor, was in vielen, der empirischen Fundierung ihrer Konzepte sich verpflichtet fühlenden Behandlungsein-

richtungen auch erfolgt. Jedoch ist die Begleitforschung in den Rehabilitationskliniken nicht durch einen, auch noch so geringen Betrag im Pflegesatz berücksichtigt, so daß die Ressourcen hier ausgesprochen gering sind und oft nur in Kooperation mit Institutionen mit Forschungsauftrag und entsprechenden Mitteln eine systematische Weiterentwicklung möglich wird.

### **Medizinische Reha Sucht als hochschwelliges Angebot.**

Die stationäre medizinische Rehabilitation Sucht ist als relativ hochschwelliges Angebot aufzufassen, dem Patienten mit fortgeschrittener Abhängigkeitsentwicklung mit z.T. erheblichen sozialen, körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen zugeführt werden. Man mag die Hochschwelligkeit kritisch sehen. So wird manchmal etwas vorwurfsvoll geäußert, daß nur etwa 3-5 % der behandlungsbedürftigen Alkoholauffälligen überhaupt in den „Genuss“ einer solchen qualifizierten Maßnahme kämen. Andererseits gibt es auch bei anderen Störungen oder Erkrankungen ein gestuftes Behandlungsangebot, in dem auch nur die schwierigsten Fälle mit den hochspezialisierten, aufwändigen Komponenten versorgt werden. Nichtsdestotrotz „erwirtschaften“ gerade die Abhängigkeitsbehandlungen im Reha-Sektor die für sie aufgewendeten Finanzmittel relativ rasch aufgrund wiedererfolgter Integration in das Erwerbs- und Berufsleben, wie Modellrechnungen aufzeigen (s.a. Zielke, 2000).

Auch im Rehabilitationssetting – und hier in allen Bausteinen von der Psychotherapie im engeren Sinne bis hin zu beratenden oder die körperliche Belastbarkeit trainierenden Angeboten – ist die Motivierung der Patienten eine entscheidende Größe für den gesamten Behandlungsprozess. Insofern ist neben der Erhöhung der Compliance zur Teilnahme und Einhaltung der Vereinbarungen auch die Etablierung einer weitgehend partnerschaftlichen Beziehung zwischen Patient und Behandler anzustreben trotz oder vielleicht sogar wegen der komplizierenden Dreiecksbeziehung zwischen Patient, Leistungsträger und Leistungserbringer. Dies beinhaltet auch die Abstimmung und gemeinsame Festlegung von Therapiezielen sowie die gemeinsame Bilanzierung von Erreichtem und Erreichbarem. In jedem Fall hat der Patient das Recht auf eine angemessene, dem fachlichen Erkenntnisstand entsprechende Aufklärung, Beratung und Mitbeteiligung. Dies impliziert nach unserer Meinung beim jetzigen Kenntnisstand auch die fachliche Empfehlung, die eigene Abstinenzfähigkeit zu erhöhen und zu stabilisieren. Dem dient auch die Bereithaltung einer suchtmittelfreien Umgebung für

die Dauer der Maßnahme, was gelegentliche Konfrontationen mit Substanzen oder Konsumsituationen nicht ausschließt. Ein Fortschritt in der Abhängigkeitsbehandlung, zu dem auch Körkel und seine Arbeitsgruppe in Deutschland wesentlich beigetragen haben, ist der seit etwa 10 Jahren überwiegend psychotherapeutische und nicht sanktionierende Umgang mit Suchtmittelrückfällen während der Behandlung. Diese werden als Symptom einer inadäquaten Belastung des Patienten gewertet und haben Signalcharakter für die Überprüfung der Gesamtbehandlungsstrategie und den Therapiefortschritt.

Um die Implikationen eines Therapieziel „Kontrolliertes Trinken“ in der Medizinischen Rehabilitation Sucht einschätzen zu können, bedarf es unseres Erachtens auch eines Blickes auf die Besonderheiten des Klientels, das dieser hochschwelligsten Maßnahme zugeführt wird. Die seit Jahren durchgeführten statistischen Beschreibungen der Behandlungsjahrgänge in EBIS, SEDOS (Türk & Welsch, 2000a, b) und des Fachverbands Sucht (BADO-Sucht; Bachmeier et al., 2000) bieten hierzu einige Anhaltspunkte.

### **Wie wahrscheinlich ist für einen Reha-Patienten kontrolliertes Trinken als Alternative zur Abstinenz als anzuratendes primäres Behandlungsziel?**

## **Klientenmerkmale in der medizinischen Rehabilitation Sucht**

Die hohen Prävalenzraten alkoholbezogener Probleme in Allgemein- und Psychiatrischen Krankenhäusern sowie in den Allgemeinarztpraxen in der BRD (z.B. John, 1997) machen den negativen Einfluß riskanten und schädlichen Alkoholkonsums auf die Bevölkerungsgesundheit deutlich und begründen die Forderung nach Ausbau der primären Prävention, der Früherkennung und der Frühintervention, die zunächst nicht Aufgaben der medizinischen Rehabilitation darstellen. Die Zuweisung zu einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung als Rehabilitationsmaßnahme ist vielmehr an bereits ausgeprägte Folgeschäden im sozialen (Arbeit, Beruf, Partnerschaft und Familie), psychischen (Herabsetzung von Leistungs- und Genussfähigkeit) und körperlichen (alkoholbedingte Folgeerkrankungen, Verschlechterung anderer körperlicher Erkrankungen) Bereich geknüpft. Neben der Behandlung dieser Beeinträchtigungen wird häufig im sekundär- und tertiärpräventiven Ansatz die Kompensation eingetretener Schäden bzw. die Verhinderung ihrer Verschlimmerung angestrebt. Daher wird die

ICIDH-2 als Internationale Klassifikation der Beeinträchtigungen und Behinderungen auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation Bedeutung erhalten.

In der aktuellen SEDOS-Jahresstatistik (Türk & Welsch, 2000b), bei der 107 angeschlossene stationäre Suchthilfeinrichtungen überwiegend aus Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und der freigemeinnützigen Träger mit insgesamt über 16.000 behandelten Personen berücksichtigt wurden, wiesen nur 15 % der Patienten keine vorherige Entgiftungsbehandlung auf und 55 % mehr als eine entsprechende Maßnahme vor der Indexbehandlung. Die Arbeitslosenquote betrug 64 % und für 90 % der Personen wurde ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Suchtmitteln diagnostiziert. Dennoch resümieren die Autoren: „Therapieerfolg kann nicht ausschließlich in Abstinenz oder Verringerung des Konsums gemessen werden. Vielmehr muß es um eine Stabilisierung der gesamten Lebensumstände der Patienten gehen, ohne die suchtmittelbezogene Therapieziele auf Dauer nur schwer erreicht werden können“ (S. 79)

Mehr als 70 % der über 80.000 in EBIS ausgewerteten Zugänge in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen kommen aufgrund eines diagnostizierten Alkoholmißbrauchs bzw. einer Abhängigkeitsstörung von Alkohol (Türk & Welsch, 2000a). Etwa 50 % der im Schnitt über 35 Wochen betreuten KlientInnen beenden nach Einschätzung der beteiligten MitarbeiterInnen die Beratung/Behandlung planmäßig und erfolgreich, 36 % als deutlich gebessert. Dabei ist auch hier das Zielkriterium nicht ausschließlich oder vorrangig in allen Fällen die Abstinenz von Suchtmitteln. Systematische Effizienzuntersuchungen sind in diesem Feld allerdings noch kaum vertreten und stellen methodische Herausforderungen dar.

In den statistischen Angaben der Basisdokumentation des Fachverbands Sucht (Bachmeier et al., 2000) der über 12.000 im Jahre 1999 behandelten PatientInnen der beteiligten Mitgliedseinrichtungen zeigt sich eine Arbeitslosenquote zu Beginn der Behandlung von etwa 40 %, und 75 % der Personen weisen eine oder mehr Entgiftungen in der Vorgeschichte auf. Die durchschnittliche Dauer der Abhängigkeitsstörung zum Aufnahmezeitpunkt beträgt bei Männern 13,7 und bei Frauen 10,8 Jahre. Angesichts der Streuungen von 8,8 und 7,7 Jahren und der Tatsache, daß hier eher Unter- als Überschätzungen zustande kommen dürften, ist also bei den meisten Personen von einem chronifizierten Verlauf mit in alle Lebensbereiche ausstrahlender negativer Auswirkung auszugehen.

### **Was tun in der Güterabwägung?**

Dies bedeutet nicht unbedingt, dass hier nicht auch ein nennenswerter Prozentsatz an PatientInnen zu finden sei, deren körperliche und psychische Situation einen mittelfristig normalen, sozial angepassten Trinkstil zulassen würde. Dies dürfte sich jedoch erst in einem langfristigen Rehabilitationsprozess anbieten, so daß wir aus Sicht unserer Arbeit zur Zeit die Position vertreten, die Abstinenzorientierung als Rahmenbedingung für die Ermöglichung von Lern- und Veränderungsprozessen aufrecht zu erhalten. Dies lässt sich in der Regel gegenüber unseren PatientInnen gut vertreten und stellt für viele in der stationären Rehabilitationsmaßnahme eine zumutbare und plausible Voraussetzung dar. Mit Edwards (1986) halten wir eine Weiterentwicklung durchaus für möglich, die er bereits vor fast 20 Jahren beschrieb:

„Eine Klinik, die unterschiedliche Trinkziele (Abstinenz/normales Trinken) akzeptiert, wird sich dadurch, zumindest anfänglich, Schwierigkeiten und Spannungen einhandeln, besonders wenn das Personal in den neueren Behandlungsverfahren noch nicht genügend geübt ist. Andererseits lohnt es sich, diese Schwierigkeiten durchzuarbeiten, wenn es dabei gelingt, das Trinken der einzelnen Patienten realistisch im Zusammenhang mit ihren persönlichen Problemen zu sehen und damit zu entmystifizieren. Unterschiedliche Vorgehensweisen brauchen den Patienten, für den es nichts als die reine Abstinenz gibt, nicht von seinem Vorhaben abzubringen; andere trinken zu sehen, kann sich als nützliche Vorübung für das Erweisen, was ihn später draußen erwartet.“ (S. 262)

Konfrontationsmethoden sind inzwischen durchaus üblich, vor allem in eher verhaltenstherapeutisch orientierten Einrichtungen. Unser Problem in der medizinischen Rehabilitation Sucht ist im wesentlichen das der begrenzten zur Verfügung stehenden Zeit, in der rasch, oft heuristisch vorbereitete Entscheidungen hinsichtlich Therapiezielen und -methoden gemeinsam mit dem Rehabilitanden in dessen Wohl und positive Entwicklung fokussierender Weise getroffen und umgesetzt werden müssen. In besonderer Weise ist hier die ökologische Rationalität gefragt (zur heuristischen Entscheidungsfindung s.a. Hertwig & Hoffrage, 2001), da die Rehabilitationsleistung eine konzertierte Maßnahme vieler Beteiligten – außer Patient, Leistungsträger und Leistungserbringer – darstellt. Jede mehr als 50 %ige Wahrscheinlichkeit, aus mehreren Alternativen die beste zu wählen, wird dankbar aufgegriffen. Hier scheint uns die Wissenschaft und Forschung im Zusammenhang mit dem Thema Kontrolliertes Trinken für Reha-Patienten jedoch noch nicht so weit zu sein.

### Vorsichtige Annäherung: Desiderata an die Forschung

Die Entwicklung neuer Behandlungsprogramme oder -komponenten – vor allem, wenn sie von so entscheidender Tragweite sein dürften – sollten nach wissenschaftlichen Kriterien und in Koordination der beteiligten Kräfte durchgeführt werden. Dazu gehört auch der Einsatz entsprechender aussagefähiger Evaluationsmethoden. Das sicher zu Recht geäußerte Argument, daß die bestehenden Behandlungskonzepte zwar durch einen fachlichen Konsens abgesichert seien, jedoch ebenfalls erst in Ansätzen empirisch überprüft, entbindet neue „Anbieter“ nicht der Pflicht. Als eine Entwicklungsstrategie für neue Behandlungsansätze in unserem Anwendungsbereich sind wenigstens folgende Komponenten zu nennen (Funke, 2000a nach Bortz & Döring, 1995<sup>2</sup>):

1. Festlegung und operationalisierte Beschreibung der Zielpopulation für die neue Variante (Indikationen, Kontraindikationen),
2. Beschreibung der erforderlichen Rahmenbedingungen (Raum, Zeit, Hilfsmittel, Vor-, Nachbereitung),
3. Qualifizierung des Personals,
4. Beschreibung bzw. Entwicklung von Zugangswegen und Motivierung der Zielpopulation,
5. Beschreibung und Operationalisierung der Zielsetzungen,
6. Erfolgskontrolle und Effizienzüberprüfung.

Bezüglich dieser Punkte besteht auch im Hinblick auf die Programme zum kontrollierten Trinken – v.a. wenn sie im Bereich der Psychotherapie und Rehabilitation von Abhängigkeitsstörungen Anwendung finden sollen – noch erheblicher Forschungsbedarf. Daran kann und darf sich die auf Leistungserbringung beschränkte Behandlerszene im Reha-Bereich zwar in eingeschränktem Umfang, nach Abstimmung mit Leistungsträgern und im informierten Konsens mit Patienten beteiligen, das Gros der Arbeit wird jedoch aus bereits ausgeführten Gründen von Wissenschafts- und Forschungsinstitutionen zu leisten sein.

### Zusammenfassung

➤ Nicht „Abstinenz“ ist das Behandlungsziel (auch wenn „Abstinenzquoten“ als Äquivalente für Behandlungserfolge herangezogen werden), sondern die Erhöhung und Stabilisierung der „Abstinenzfähigkeit“ als intervenierenden Variable für Erwerbsfähigkeit, die Fähigkeit, soziale Rollenerwartungen adäquat zu erfüllen und die dem Menschen zustehende Genussfähigkeit und Lebensfreude zu ermöglichen.

➤ „Abstinenzfähigkeit“ ist die Kompetenz, über Beginn, Beendigung, Menge und Art des Konsums eines psychotropen Mittels so zu entscheiden, daß weder ein individueller noch ein Schaden für die Sozialgemeinschaft wahrscheinlich ist. Sie ist zugleich in Mindestausprägung eine Voraussetzung für ambulante Rehabilitation und ambulante Psychotherapie, graduell ebenfalls für die Bewertung der Rehabilitationsfähigkeit im stationären Sektor.

➤ Aus unseren Ausführungen zu Klientel, Setting und Rehabilitationsauftrag folgt, daß „kontrolliertes Trinken“ ein Sonderfall bzw. eine mögliche Konsequenz der Abstinenzfähigkeit ist, da hier über Beginn und Ende sowie die Menge des konsumierten Alkohols nach vorher festgelegten Regeln kompetent und eigenverantwortlich bestimmt werden muß.

➤ Schlüsselmerkmale für die Fähigkeit ausreichender Selbstkontrolle sind hierbei z.B. angemessene Regulierungsfähigkeit für Gefühle, Kognitionen und Verhalten (suchtmittelspezifisch und -unspezifisch), Fähigkeiten der Stressbewältigung und Frustrationstoleranz. Die Selbstwirksamkeitserwartung spielt ebenfalls als moderierendes Merkmal eine bedeutende Rolle.

➤ Die Optimierung der Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle sowie der Frustrationstoleranz und Flexibilität sind psychotherapeutische Zielsetzungen, die im Sonderfall den Umgang mit Suchtmitteln betreffen.

➤ Die Klientenselektion in der medizinischen Rehabilitation Sucht als hochschwelligem Angebot bringt es mit sich, daß ein „suchtmittelfreier Raum“ für Veränderungs- und Lernprozesse bereitgehalten und gesichert werden soll. Rückfälligkeit während der Rehabilitationsmaßnahme (= erneuter Konsum von z.B. Alkohol) wird als Symptom für Über-/Unterforderung oder fehlende Ziel- bzw. Mittelabsprachen gesehen; ein therapeutischer Umgang mit dem sogenannten Rückfall ist inzwischen weitgehend verbreitet.

➤ Kontrolliertes Trinken als Rehabilitationsziel bei Alkoholabhängigen mittlerer bis schwerer Ausprägung wird als zur Zeit noch nicht ausreichend empirisch ableitbar bewertet. Von daher wird eher von einer in der Endstrecke erweiterten Zielhierarchie „Lebenserhaltung, Schadensverminderung, Verlängerung von Abstinenzzeiten, dauerhafte völlige Abstinenz, kontrollierter Konsum, normaler Konsum“ als für manche Patienten möglichen Perspektive auszugehen sein.



## Literatur:

- Babor, T.F. (2000) Project MATCH: Der Versuch, den „richtigen“ Patienten in die „richtige“ Therapie zu bringen. *Sucht*, 46, 191-192.
- Bachmeier, R., Funke, W., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V. & Wüst, G. (2000) Basisdokumentation 1999. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. (= Reihe Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, Band 8). Bonn: Fachverband Sucht e.V.
- Bandura, A. (1977) Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995?) Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin: Springer.
- Bühringer, G. (1996) Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In: J. Margraf (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen, Glossar. Kapitel 12. S. 215-243. Berlin: Springer.
- Chick, J. (1999) Can light or moderate drinking benefit mental health? *European Addiction Research*, 5, 74-81.
- Davies, D.L. (1962) Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23, 94-104.
- Edwards, G. (1986) Arbeit mit Alkoholkranken. Ein praktischer Leitfaden für die helfenden Berufe. Weinheim: PVU.
- Edwards, G. (Hrsg.) (1997) Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke.
- Edwards, G. (2000) Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit im historischen Rahmen. *Sucht*, 46, 172-178.
- Funke, W. (1995) Rehabilitation - Festschreibung von Leistungskatalogen oder Prozeßhilfe zur Innovation? In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. (= Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 16) S. 112-124. Geesthacht: Neuland.
- Funke, W. (2000a) Indikationsstellung und Therapieplanung - „Wer Neues planend stets ersinnt ...!“. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen. FVS-Schriftenreihe Band 23. S. 94-106. Geesthacht: Neuland.
- Funke, W. (2000b): Funke, W. & Garbe, D. (2000) Stationäre Motivationsbehandlung in den Kliniken Wied: erfolgreiche Bilanz. *Sucht aktuell*, 7 (2), 54-56.
- Funke, W., Garbe, D. & Schroeder, W. Stationäre Motivationsbehandlung bei Alkoholauffälligen: Erfolgsabschätzung einschließlich fremdkatamnestischer Informationen. (In Vorbereitung).
- Graber, R.A. & Miller, W.R. (1988) Abstinence or controlled drinking goals for problem drinkers: A randomized clinical trial. *Psychology of the Addictions*, 2, 20-33.
- Hansmeier, T., Müller-Fahmow, W. & Spyra, K. (2000) Zur Frage der strukturellen und organisatorischen Weiterentwicklung der Suchtrehabilitation - eine versorgungsepidemiologische Problemanalyse. *Suchttherapie*, 1, 143-154.
- Hertwig, R. & Hoffrage, U. (2001) Eingeschränkte und ökologische Rationalität: Ein Forschungsprogramm. *Psychologische Rundschau*, 52 (1), 11-19.
- Hoffmann, M., Weithmann, G., Heinle, C. & Rothenbacher, H. (2000) Tagesklinik und vollstationäre Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger im Vergleich - erste katamnestische Ergebnisse einer kontrollierten, randomisierten Studie. (präsentiert anlässlich der 13. Wissenschaftlichen Tagung der DG-Sucht vom 05.-07.04.2000 in Würzburg).
- Jellinek, E.M. (1952) Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673-684.
- John, U. (1997) Riskanter Konsum, Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In: F.W. Schwartz, B. Badura & R. Leidl (Hrsg.) *Das Public Health Buch*. (S. 476-484) München: G. Fischer.
- Junghanns, K., Veltrup, C. & Wetterling, T. (2000) Craving shift in chronic alcoholics. *European Addiction Research*, 6, 64-70.
- Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V. & Wüst, G. (2000) FVS-Katamnese des Entlaßjahrgangs 1997 von Fachkliniken Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 7 (1), 39-44.
- Körkel, J. (2000a) Das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (AKT): Grundlagen, Programmmerkmale und erste Befunde. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) *Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie*. Geesthacht: Neuland (zur Publikation eingereicht).
- Körkel, J. (2000b) KT. Homepage zum kontrollierten Trinken. <http://www.kontrolliertes-trinken.de/home.html> (Stand: 31.10.2000, 12.31 MEZ)
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Flohrschütz, T. (1986) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32, 1-86.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157-272.
- Long, C.G., Hollin, C.R. & Williams, M.J. (1998) Self-efficacy, outcome expectations, and fantasies as predictors of alcoholics' posttreatment drinking. *Substance Use and Misuse*, 33, 2383-2402.
- Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.) (1996) *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: G. Fischer.
- Miller, W.R. (1983) Controlled drinking: A history and critical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 68-83.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) & National Institutes of Health (NIH) (Eds.) (1996) How to cut down on your drinking. <http://silk.nih.gov/silk/niaaa1/publication/handout.htm>. (Stand: 16.01.2001, 12:29 MEZ)
- Rist, F. (2000) Effektivität und Effizienz der Behandlung von Suchtkrankheiten. In: T. Poehlke, I. Flenker, A. Follmann, G. Kremer & F. Rist (Hrsg.) *Suchtmedizinische Versorgung. Band 1: Grundlagen der Behandlung*. S. 73-83. Berlin: Springer.
- Rosenberg, H. (1993) Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129-139.
- Schneider, B. (1995) Abstinenz als Ziel aller Hilfen? *Bad Tönissteiner Blätter: Beiträge zur Suchtforschung und -therapie*, 7 (2), 3-10.
- Schneider, B. & Funke, W. (2001) Risiken und Nebenwirkungen der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen. In: M. Märtens & H. Petzhold (Hrsg.) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewaldt (zur Publikation angenommen).
- Schneider, B., Buschmann, H. & Gies, C. (1999) Indikationskriterien für die stationäre Behandlung unter besonderer Berücksichtigung spezieller Therapieprogramme. *Sucht aktuell*, 6 (1), 22-24.
- Schneider, B., Kruber, E., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Jahrreiss, R., Missel, P., Ott, E., Quinten, C. & Zemlin, U. (1997) Analyse der Alkohorrückfälligkeit - gewonnen an den Ergebnissen einer klinikübergreifenden 1-Jahreskatamnese. *Verhaltensmedizin Heute*, 7, 38-46.
- Schneider, S., Brenner, R., Funke, W. & Garbe, D. Abstinenzsicherheit und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. *Suchttherapie* (zur Publikation eingereicht).
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1973) Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49-72.
- Soyka, M. & Preuss, U.W. (2000?) Therapie der Abhängigkeit: Grundkonzepte. In: H.J. Möller (Hrsg.) *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. S. 575 ff. Stuttgart: Thieme.
- Spode, H. (1986) Das Paradigma der Trunksucht. Anmerkungen zu Genese und Struktur des Suchtbegriffs in der Moderne. *Drogalkohol 10* (3) [= Sonderheft: Zur Sozialgeschichte des Alkohols in der Neuzeit Europas], 178-191.
- Stetter, F. (2000) Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 1: Von der Diagnostik zur Motivations-therapie. *Psychotherapeut*, 45, 63-71.
- Suchtreport-Titelthema (2000) „Kontrolliertes Trinken“: Ein Programm für Alkoholiker? *Suchtreport 6/2000* (November/Dezember), 5-11 (Interview mit J. Körkel)
- Theobald, H., Bygren, L.O., Carstensen, J. & Engfeldt, P. (2000) A moderate intake of wine is associated with reduced total mortality and reduced mortality from cardiovascular disease. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 652-656.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000) EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. *Sucht*, 46 (Sonderheft 1), 5-52.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000) SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 46 (Sonderheft 1), 53-83.
- Zemlin, U., Schneider, B., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreiss, R., Missel, P., Ott, E., Quinten, C. & Roeb, W. (1999) Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer klinikübergreifenden Ein-Jahreskatamnese in fünf Fachkliniken. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 47, 60-73.
- Zielke, M. (2000) Krankheitskosten bei Alkoholabhängigen und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. *Sucht aktuell*, 7 (2), 19-28.

## Die Autoren:

*Dr. Wilma Funke  
Ltd. Psychologin  
Kliniken Wied  
Mühlental  
57629 Wied*

*Dr. Bernd Schneider  
Ltd. Psychologe  
Fachklinik Bad Tönisstein  
56626 Andernach*