

APuZ

Aus Politik und Zeitgeschichte

28/2008 · 7. Juli 2008



Droge Alkohol

Hasso Spode

Alkoholismus

Klaus Hurrelmann · Wolfgang Settertobulte

Alkohol – kulturelle Prägung und Problemverhalten

Heidi Kuttler

Exzessiver Alkoholkonsum Jugendlicher – Auswege

Michael Klein

Kinder in suchtbelasteten Familien

Astrid Zapf-Freudenberg

Alkohol am Arbeitsplatz

Rolf Hüllinghorst

Alkohol – der Kampf um die Attribute

Karl Mann

Neue Forschungsergebnisse zur Alkoholabhängigkeit

Editorial

Alkohol gilt gemeinhin als „weiche“ Droge und die etablierte Alkoholforschung definiert ihn lediglich als Zellgift. Als Medikament, das er wegen seiner (gefährlichen) Wirkungen eigentlich ist, wäre er verschreibungspflichtig und fiel unter das Betäubungsmittelgesetz. Tatsächlich wird Alkohol dem Lebensmittelrecht zugeordnet, sein Konsum ist legal. Das Getränk ist Teil unserer Alltagskultur und sein Genuss scheint zu vielen Anlässen beinahe obligatorisch. Doch sozial integrierten Trinkmustern stehen Risiken, Probleme und Störungen durch den übermäßigen Konsum von Alkoholika gegenüber: Zehn Prozent der deutschen Bevölkerung konsumieren 50 Prozent der alkoholischen Getränke; zehn Millionen Menschen in Deutschland gelten als behandlungs-, zumindest aber beratungsbedürftig.

Eine von den Gesundheitsorganisationen der Bundesrepublik angestrebte Alkoholkontrollpolitik, wie sie auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Union (EU) angestrebt wird, zielt auf eine Reduzierung des Alkoholkonsums pro Kopf der Bevölkerung. Die Alkohol produzierende Industrie steht dem (damit verbundenen Umsatzrückgang) ablehnend gegenüber, signalisiert der Politik allerdings die grundsätzliche Bereitschaft, Maßnahmen zur Suchtprävention zu unterstützen.

Alkohol kann schnell zur „harten“ Droge werden und in Alkoholismus bzw. Alkoholsucht münden. Neuen riskanten Trinkmustern, wie sie insbesondere unter Jugendlichen um sich greifen, gilt es mit intelligenten Präventionsmaßnahmen entgegenzutreten. Wichtig ist, dass dabei auch die möglichen Ursachen des problematischen Verhaltens in den Blick genommen werden. Diese liegen nicht selten in einer sozialen Überforderung der Betroffenen.

Katharina Belwe

Hasso Spode

Alkoholismus

Der Begriff „Alkoholismus“ hat in seiner kurzen Geschichte ganz unterschiedliche Bedeutungen gehabt und ist bis heute ein schillernder Begriff geblieben.

Diese Geschichte beginnt 1849 mit dem schwedischen Mediziner Magnus Huss: Als „alcoholismus chronicus“ hatte er analog zur Bleivergiftung organische (Nerven-)Schädigungen durch starken Alkoholmissbrauch beschrieben. Ganz anders benutzte 1878 der Berliner Gefängnisarzt Abraham Baer das Wort: Für ihn war „Alcoholismus“ die Summe der Alkoholfolgeschäden. Fortan galt „Alkoholismus“ – nach der

Hasso Spode

PD Dr. phil. habil., M.A., geb. 1951; Leiter des Historischen Archivs zum Tourismus (HAT) am Scharnow-Institut der FU Berlin, Malteserstr. 74, 12249 Berlin. www.fu-tourismus.de (Team)

Brockhaus-Enzyklopädie 1894 – als „Inbegriff“ der „körperlichen, geistigen und sittlichen Schäden und Nachteile“ des Missbrauchs geistiger Getränke, dessen „unheilvolle Wirkungen“ sich

nicht nur auf das „einzelne Individuum“, sondern auf die „ganze Gesellschaft“ erstrecken.¹

Alkoholismus als Inbegriff der Folgeschäden

Eine breite soziale Bewegung – die Temperenz- bzw. Antialkoholbewegung – hatte eine globale Thematisierung der „Alkoholfrage“ in Gang gesetzt.² Unter heftigem Streit spaltete sie sich in einen „mäßigen“ und einen „abstinenten“ Flügel, dessen Vertreter für die Abschaffung des „Alkoholgifts“ kämpften: „Der gefährlichste Feind des Menschen ist der Alkohol!“³

In Kontinentaleuropa blieben die „Abstinenten“ isoliert, doch in Skandinavien und den USA – in denen bereits etliche Bundesstaaten „trocken“ waren – gaben sie den Ton an; ebenso in der entstehenden Alkoholforschung. In der Zwischenkriegszeit führten dann einige Staaten eine landesweite Prohibition (USA, Finnland etc.), andere prohibitionsartige Kontrollpolitiken (Schweden, Nor-

wegen etc.) ein. Alkoholische Getränke waren damit zwar nicht abgeschafft, aber stark verteuert worden; der Pro-Kopf-Verbrauch sank. Dazu trug ebenso der verwissenschaftlichte Diskurs über den Alkoholismus bei, der den Konsum moralisch delegitimierte. Auch in Ländern mit einem liberalen Alkoholregime fiel er auf historische Tiefststände.⁴

Das gravierendste Argument war die „Rassenverderbnis“ bzw. der „racial suicide“, den dieses „Keimgift“ bewirke. Allerdings galt Alkoholkonsum nicht nur als Ursache von „Erbminderwertigkeit“, sondern auch als ihre Erscheinungsform. Für diese Fälle war Prohibition wenig sinnvoll; es wurden Erbgesundheitsgesetze erlassen, die sich (unter anderem) gegen „Alkoholiker“ richteten: zunächst in den USA, gefolgt von der Schweiz, Dänemark, dem „Dritten Reich“, den nordischen und baltischen Ländern. Die „Ausmerze“ des „minderwertigen Erbguts“ sollte durch Heiratsverbot, Zwangseinweisung und Zwangssterilisierung erfolgen.⁵

Nach dem Zweiten Weltkrieg war der Kampf gegen den Alkoholismus sowohl durch die Rassenhygiene als auch durch das Fiasko der Prohibition in den USA 1933 gründlich diskreditiert. Auch in Deutschland standen die wenigen verbliebenen Aktivisten⁶ allein auf weiter Flur. Einzig in Skandi-

¹ 14. Aufl., Bd. 1, S. 410; als eine Untergruppe findet sich zugleich der „chronische Alkoholismus“ i.S. von Huss. Vgl. Hasso Spode, Die Macht der Trunkenheit, Opladen 1993, Kap. V u. VII.

² Vgl. David Fahey, Temperance Internationalism, in: SHAD 20(2006), S. 247–275; Hasso Spode, Alkoholische Getränke, in: Thomas Hengartner/Christoph M. Merki (Hrsg.), Genussmittel. Eine Kulturgeschichte, Frankfurt/M.-Leipzig 2000; Jack S. Blocker u.a. (Hrsg.), Alcohol and Temperance in Modern History, Santa Barbara 2003.

³ H. Spode (Anm. 1), S. 203.

⁴ ... in Deutschland mit rund vier Litern Reinalkohol auf dasselbe Niveau wie in den USA (wo er in den urbanen Mittelschichten bald wieder die alte Höhe erreichte). Vgl. Heinrich Tappe, Alkoholkonsum in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert, in: Hans-Jürgen Teuteberg (Hrsg.), Die Revolution am Esstisch, Stuttgart 2004, S. 282–294.

⁵ Nur im Nationalsozialismus beschritt man zudem den mörderischen Weg der „Euthanasie“. Hier forderte auch die Zwangssterilisierung die meisten Opfer (ca. 300 000, davon ein Zehntel AlkoholikerInnen), am längsten praktiziert wurde sie in Schweden und Finnland (bis in den 1970er Jahre).

⁶ Die Koordinierungsstelle in der BRD wurde wieder die 1921 gegründete, mehrfach umbenannte Deutsche

navien überlebte das Programm einer strikten Konsumkontrolle. Im Brockhaus von 1953 fehlt das Stichwort „Alkoholismus“ – und wird durch „Alkoholgenuss“ ersetzt, der „tief im Volksleben verwurzelt“ sei.¹⁷

Alkoholismus als Geisteskrankheit

In der 1966er Auflage des Brockhaus taucht das Stichwort „Alkoholismus“ zwar wieder auf, aber nur als Hinweis auf sozial bedingten Missbrauch. 1975 indes, wird im Ergänzungsband eine entscheidende Revision vollzogen: „Heute gilt der Alkoholismus als Krankheit und wird als solche von den Krankenkassen (...) anerkannt.“¹⁸ Dieses Leiden bestehe in der Unfähigkeit „mäßig zu trinken“ und sei „ohne äußere Hilfe“ unheilbar. Es hatte sich mithin jene Wortbedeutung durchgesetzt, die im Grunde bis heute gilt: eine Suchterkrankung. Vergessen war freilich, dass der Begriff schon längst neben der primärpräventiven Bedeutung eine psychiatrische hatte. Bereits um 1900 war von „Alkoholikern“ die Rede: „(...) darin besteht eben ihre Krankheit, daß sie nicht mäßig trinken können“.¹⁹

Die Domestizierung und schließliche Pathologisierung des Trinkens ist ein Schlüsselphänomen der Moderne.¹⁰ Seit Jahrtausenden trank die Menschheit Alkoholika,¹¹ ohne je die Vorstellung zu entwickeln, das „Saufen“ sei eine Krankheit. Auch im Mittelalter galt es nur als ein Laster. Gemeint war damit die gemeinschaftliche Berausung beim Gelage (wogegen dann die Reformatoren eine Kam-

Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, so seit 2002); in der DDR fehlte eine solche Institution.

¹⁷ 16. Aufl., Bd. 1, S. 179 f.

¹⁸ 17. Aufl., Bd. 1, S. 341 f. und Bd. 20, S. 52. Das Bundessozialgericht hatte 1968 die Kassen zur Kostenübernahme verpflichtet; freilich galt dies prinzipiell bereits seit 1911.

¹⁹ Zit. n. H. Spode (Anm. 1), S. 259; wobei der Huss'sche Alkoholismusbegriff – der, um die Verwirrung komplett zu machen, auch ‚Trunksucht‘ genannt wurde – weiterhin benutzt wurde, sodass um 1970 drei Bedeutungen zirkulierten: Summe der Folgeschäden, Suchterkrankung und neurologisch-somatisches Syndrom. Bis heute geraten die beiden letzteren durcheinander, wenn von „Alkoholkrankheit“ die Rede ist.

¹⁰ Vgl. Aldo Legnaro, Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle, in: Hans Gros (Hrsg.), Rausch und Realität I, Stuttgart u. a. 1996, S. 64–77; H. Spode (Anm. 1).

¹¹ Vgl. H. Spode (Anm. 2); kurz Manfred V. Singer/Stephan Teyssen (Hrsg.), Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten, Berlin u. a. 2005², Kap. 1.

pagne entfachten) und keinesfalls der tägliche Trunk als Nahrungsmittel. Um 1500 konsumierten erwachsene Hamburger und Hamburgerinnen zweieinhalb Liter Bier am Tag, in den süddeutschen Städten war ein Liter Wein üblich. Damit wären diese Menschen nach derzeitigen Kriterien suchtkrank gewesen. Doch diese Kriterien gab es nicht.

Die Idee eines inneren Trinkzwangs taucht erstmals im 17. Jahrhundert – einer Zeit rückläufigen Konsums – auf, wird jedoch verworfen: Diese Menschen hätten dann wohl einen Igel im Magen, „welcher zu stechen pflegte, wenn er nicht schwimmen könnte“, mokierte sich 1745 Zedlers Universal-Lexicon über diesen „Einfall“ einiger „Sitten-Lehrer“.¹² Doch um 1800 wird dieser „Einfall“ erneut aufgegriffen.¹³ Der Volkserzieher Johann Kaspar Lavater vermerkte, die Trunkenheit hätte den Fehler, dass man „immer mehr trinken will, und fast ohne bedrunken zu seyn, nicht mehr leben kann“ – der Trinker wird zum Opfer seines Getränks. Der amerikanische Arzt und Politiker Benjamin Rush sprach von einer „Krankheit des Willens“, und Christoph Wilhelm Hufeland, Verfasser der „Makrobiotik“, befand, der „Unglückliche“, der sich mit Branntwein „angesteckt“ habe, sei „ohne alle Rettung“ verloren: „das wenige, was man täglich trinkt, (...) macht immer mehr notwendig“. In diesem Sinne wird 1819 die „Trunksucht“ – analog zur grassierenden „Lesesucht“¹⁴ – durch den Moskauer Arzt Constantin v. Brühl-Cramer zu einem medizinischen Paradigma ausgebaut: Das heftige „Verlangen zum Genuß geistiger Getränke“ gründe nicht in einer „Verletzung der Moralität, wie man gewöhnlich zu glauben geneigt ist“, sondern sei eine aus „Gewöhnung“ erwachsende Geisteskrankheit.

¹² Bd. 45, Sp. 1300 (wohl zu Paolo Zacchia). Vgl. Hasso Spode, Was ist Alkoholismus?, in: Bernd Dollinger/Wolfgang Schneider (Hrsg.), Sucht als Prozess, Berlin 2005, S. 95 ff., s. a. Karl Wassenberg, Der somatische Pietismus, in: Klaus Ederle (Red.), Elixiere des Teufels. Die „Erfindung“ der Suchtkrankheit, Stuttgart 1997, S. 76 ff.

¹³ Zitate: Spode 1993 (Anm. 1), S. 124 ff.; s. a. ders. 2005 (Anm. 12); Claudia Wiesemann, Die heimliche Krankheit. Eine Geschichte des Suchtbegriffs, Stuttgart 2000 jeweils mit weiterer Literatur.

¹⁴ Vgl. Hasso Spode, Fernseh-Sucht. Ein Beitrag zur Geschichte der Medienkritik, in: Eva Barlösius u. a. (Hrsg.), Distanzierte Verstrickungen, Berlin 1997, S. 295–314, hier S. 305 ff.

Die Fachwelt reagierte eher ablehnend, wurden doch die allermeisten, obschon an Alkoholika gewöhnt, keineswegs von jener Seelenkrankheit befallen. Diesen Erklärungsnotstand kannte das organische Modell von Huss nicht. Erst um 1900 setzte sich das Sucht-Paradigma durch, wobei freilich Symptomatologie, Nosologie und Ätiologie höchst umstritten blieben.¹⁵ Die Grenze zwischen normal und pathologisch war nebulös; die Sucht konnte ererbt oder erworben sein; sahen die einen ihre Ursache im Körper, so die anderen in der Droge; unterschieden die einen eine begrenzte Anzahl von „Suchten“, so vermuteten andere eine potentiell unbegrenzte; wieder andere postulierten – was fast auf das Gleiche hinauslief – eine einzige „Süchtigkeit“, die sich in unterschiedlichen Konsum- oder Verhaltensmustern „manifestiere“.

In den 1940/50er Jahren gelang jedoch eine Vereinheitlichung des Sucht-Paradigmas. Sie erwuchs aus der Aufhebung der Prohibition in den USA. Der Drogenansatz passte schlecht zur Legalisierung von Alkoholika. Dem trugen die 1935 gegründeten „Alcoholics Anonymous“ (AA) Rechnung: Anders als die traditionellen Rettungs- bzw. Temperenzvereine machten sie nicht den Alkohol ursächlich verantwortlich, sondern eine „Allergie“, die nur bei einigen Menschen auftrete. Daran anknüpfend wird dieser Körperansatz durch eine Arbeitsgruppe um den Biostatistiker¹⁶ Elvin Morton Jellinek zum „disease concept of alcoholism“ ausgebaut. Er unterschied fünf Trinkertypen, von denen drei Krankheitswert¹⁷ hätten: Alkoholiker

¹⁵ Vgl. David T. Courtwright, *Mr. ATOD's Wilde Ride: What Do Alcohol, Tobacco, and Other Drugs Have in Common?* sowie die Kommentare von H. Spode, I. Tyrrell und J. Mills in SHAD 20(2005), S. 105–140.

¹⁶ Vgl. J. S. Blocker 2003 (Anm. 2), S. 338ff; Mariana Valverde, *Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom*, Cambridge 1998, S. 98 ff.

¹⁷ Einen „normalen“ Konsum kennt das Modell nicht. Die Typen Alpha und Beta sind potentielle Vorstufen für Delta (kontinuierlicher Kontrollverlust) und für Gamma und Epsilon (diskontinuierlicher Kontrollverlust). Unschwer findet sich hier Brühl-Cramers Unterteilung in „periodische“ vs. „anhaltende“ Trunksucht (bzw. „Quartalsäufer“ vs. „Spiegeltrinker“) wieder; auch der progrediente Verlauf und das Abstinenzgebot waren gängiges Wissen. Neu war die konsistente Bündelung vorhandener Ansätze bei gleichzeitigem Verzicht auf ätiologische Spekulationen („X-Faktor“).

litten an einem zunehmenden „Kontrollverlust“ über ihr Trinkverhalten bzw. an der Unfähigkeit zur Abstinenz; ein Leitsymptom seien Entzugserscheinungen. Der Krankheitsverlauf vollziehe sich in drei Phasen; der „Tiefpunkt“ werde der Erkrankte der Therapie zugänglich und müsse fortan strikte Abstinenz einhalten.

Kritik des Suchtkonzepts

Jellineks Konzept wurde durch die Weltgesundheitsorganisation, für die er zeitweise tätig war, kanonisiert und verbreitet: 1952 fand der „Alkoholismus“ als eine Form der „Süchtigkeit“ Eingang in die Internationale Klassifikation der Krankheiten.¹⁸ Längst ist diese Lesart des Alkoholismusbegriffs fest im Alltagswissen verankert. Selbsthilfe- und Therapieeinrichtungen arbeiten „nach Jellinek“, und die großen Wochenmagazine bringen regelmäßig einschlägige Titelgeschichten mit „von Experten entwickelten“ Selbsttests¹⁹ und Lebensberichten von Alkoholikern, deren „Karriere“ die Betroffenen ermutigen und die anderen abschrecken soll.

Nimmt man allerdings heute die ICD zur Hand, so gibt es keine Sucht mehr: Sie wurden durch die „Alkoholabhängigkeit“ ersetzt, in der derzeitigen Fassung durch ein „Abhängigkeitssyndrom“.²⁰ Es enthält zwar noch Elemente des „disease concepts“, doch die Vereinheitlichung des Sucht-Paradigmas ist bereits wieder Geschichte. Was im Laienwissen und der Routinediagnostik hohe Evidenz erlangt hat, wurde in der Grundlagenforschung verworfen oder zumindest stark relativiert:²¹ der Kontrollverlust, die Notwendigkeit therapeutischer Intervention, das Abstinenzgebot, die „Karriere“ bis zum Tiefpunkt. Vielmehr sei die Prognose meist gut und die Grenzzie-

¹⁸ Vgl. ICD 6: Code-Nr. 362.

¹⁹ Vgl. zum Beispiel Focus, (2007) 31, S. 54: „Als gefährdet gilt“ etwa, wer zweimal pro Woche drei Glas Bier trinkt. Vgl. Urs Keller, *Bilder vom Alkohol. Ein „kulturelles Lebensmittel“ im Spiegel populärer Zeitschriften*, in: *Vokus*, 13 (2003), S. 46–84.

²⁰ ICD 10: Code-Nr. 10.2 Vgl. M.V. Singer/St. Thyssen 2005 (Anm. 11), Kap. 4 u. 12; Wilhelm Feuerlein u. a., *Alkoholismus. Mißbrauch und Abhängigkeit*, Stuttgart-New York 1998³; Kap. 1.3 u. 7.3.

²¹ Wegweisend George E. Vaillant, *The Natural History of Alcoholism*, Cambridge/Mass. 1983; radikaler: Herbert Fingarette, *Heavy Drinking. The Myth of Alcoholism as a Disease*, Berkeley 1989; vgl. H. Spode (Anm. 12); W. Feuerlein 1998 (Anm. 20).

hung zwischen normalen und pathologischen Trinkmustern oft höchst willkürlich.

Hieran schließt sich der schwerwiegendste Einwand an: Der Alkoholismus sei ein bloßer „Mythos“, dazu angetan, zahllose Menschen, die ihr Leben im Griff haben, zu medikalisieren und stigmatisieren. Die Dekonstruktion der Sucht entstammte der Wissenssoziologie einerseits (Michel Foucault, Peter L. Berger und Thomas Luckmann etc.) und der Medizinkritik andererseits (Irving Zola, Thomas Szasz etc.). Dabei gilt das Sucht-Paradigma häufig als Prototyp einer von Experten „erfundenen Krankheit“ für die dann jene Experten ihre Zuständigkeit reklamieren können – getreu dem so genannten Thomas-Theorem: „If men define situations as real they are real in their consequences.“

Kritik der Kritik

Erkenntnistheoretisch ist der konstruktivistische Ansatz nicht bestreitbar. Der naheliegende Einwand, Sucht lasse sich somatisch, z. B. neurophysiologisch, abbilden, geht an der Unabdingbarkeit einer historisch variablen Deutung solcher Befunde²² vorbei und vermag daher einen „objektiven“ Alkoholismusbegriff nicht zu begründen. Hingegen lassen sich Folgeschäden chronischen Vieltrinkens mehr oder weniger kulturfrei erfassen, vom Organversagen bis zu schweren Psychosen.

Dies legt eine Rückkehr zum Alkoholismusbegriff eines Magnus Huss nahe. Vielen Betroffenen verhielte sie ein Ende der „Entmündigung“ und Stigmatisierung, ist doch das Krankheitsetikett das ultimative Mittel der Herabwürdigung und Ausgrenzung in einer „rationalen“ Leistungsgesellschaft. Anderen wäre damit freilich nicht gedient, und zwar jenen, die einen hohen „Leidensdruck“ bekunden. Die „Krankenrolle“ ist nun einmal ambivalent: Sie entlastet auch von Schuldzuweisungen²³ und nur sie kann einen finanziellen Anspruch auf Therapie begründen.

²² Was als „regelwidrig“ klassifiziert wird, erschließt sich nur im Rahmen „natürlicher Interpretationen“; vgl. allg. Paul Feyerabend, *Wider den Methodenzwang*, Frankfurt/M. 1976.

²³ ... sofern der Patient an seiner Heilung mitwirkt; vgl. Talcott Parsons, *Social Structure and Personality*, London 1964, S. 257–291.

Dies legt ein Festhalten am Sucht-Paradigma nahe. Die Rede von der „Erfindung“ hat oft den Unterton einer Verschwörung, doch die Sucht ist tief in unserem Menschenbild verankert. Zudem wird damit kein Geheimnis verraten: Niemand anders als Jellinek betonte, eine Krankheit sei, was die Medizin als solche anerkenne. Neutraler ließe sich mit Michel Foucault und Paul K. Feyerabend von einem professionellen „Blick“ sprechen, der „natürliche Interpretationen“ exzessiven Trinkens aufgenommen, systematisiert, popularisiert und schließlich auf andere Bereiche übertragen hatte. Die Rede von der „Erfindung“ wird auch der „Doppelnatur“ der Sucht nicht gerecht: wie jedes andere Verhalten hat sie ihr Korrelat im Somatischen; die Physiologie zu ignorieren, gleicht der Behauptung, das Licht sei „in Wirklichkeit“ eine Welle.²⁴ Schwerstabhängigkeit als einen „way of life“ zu betrachten²⁵ ist ungewollt zynisch. Am Krankheitswert des Alkoholismus ist festzuhalten.

Inflation

Freilich ist die wissens- und interessensoziologische Analyse damit nicht hinfällig. Die Suchtforschung hat viel Unheil angerichtet. Dazu zählt nicht allein Historisches, wie Ausmerze und Prohibition, sondern auch Gegenwärtiges. Etikettierungsprozesse können gemäß dem Thomas-Theorem als eine sich selbst erfüllende Prophezeiung wirken. Ein vage gehaltener Abhängigkeitsbegriff ist eine Lizenz zur Produktion von Therapiebedürftigkeit. Wovon wäre ein Mensch *nicht* abhängig? Aus diesen Gründen sollte definitivische Zurückhaltung walten, sollte das Krankheitsbild trennscharf als „Sucht“ bestimmt sein und nicht ausufernd als „Abhängigkeitssyndrom“.

Doch die Tendenz geht in die umgekehrte Richtung.²⁶ Entgegen dem Verbrauchstrend stieg die Prävalenz des Alkoholismus seit den

²⁴ So wie umgekehrt die biologistische Sicht der Behauptung gleicht, das Licht bestehe „in Wirklichkeit“ aus Photonen.

²⁵ Vgl. H. Fingarette (Anm. 21), S. 99 ff.

²⁶ Vgl. H. Spode (Anm. 12), S. 111 ff.; s.a. ders. (Anm. 14); D.T. Courtwright (Anm. 15); Michael Schetsche, *Sucht in wissenschaftssoziologischer Perspektive*, in: Bernd Dollinger/Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung*, Wiesbaden 2007, S. 113–130.

1970er Jahren von unter einem auf mindestens drei Prozent. Parallel dazu ist ein Steigen der Gefährdetenquote und eine Expansion der Süchte auszumachen: Fernsehen, Internet, Zigaretten und selbst Karotten fungieren als „Suchtmittel“. Theoriegeschichtlich kommt hier die vergessene „Süchtigkeit“ wieder zu Ehren. Interessenpolitisch zeigt sich hier ein Kampf um Klientel.¹²⁷ Indes bedarf es dazu auch der Nachfrage: Die Sucht erscheint uns evident – und wir brauchen sie. Moderne Gesellschaften tendieren phasenweise zu einer Verschärfung der Standards von Fremd- und Selbstkontrolle und damit zu einer Ausweitung des Pathologischen, das die Unordnung erklärt und bannt. Dies trifft besonders auf die heutige „Konkurrenzgesellschaft“ zu. Niemand will zur „Fürsorgeklasse“ gehören, kein TV-Bericht über Super-Nannies läuft ohne Zoom auf den Aschenbecher. Wachsende Statusängste lassen in den Mittelschichten wieder eine asketisch-frugale Moral zum zentralen Distinktionsmittel werden.¹²⁸

Rückkehr zur Kontrollpolitik

Die Alkoholforschung, eng verbunden mit politischen und zivilgesellschaftlichen Akteuren, spiegelt diese jeweiligen Standards und beeinflusst sie zugleich. In der Nachkriegszeit war eine interdisziplinäre, theoretisch anspruchsvolle Forschung entstanden, die auch nach den funktionalen Aspekten des Alkoholkonsums fragte. Inzwischen ist sie auf eine medizinisch-epidemiologische „Alkoholfolgeschädenforschung“ reduziert.¹²⁹ Sie ver-

¹²⁷ ... der in den 1980er Jahren offen ausbrach, als die Experten für die „neuen“, stoffungebundenen Süchte gegen jene für die „alten“ Süchte aufbegehren. Stoffungebundene Süchte wurden gar für den Holocaust verantwortlich gemacht: Vgl. Rolf Harten, *Sucht, Begierde, Leidenschaft*, München 1991, S. 295.

¹²⁸ Vgl. Joseph R. Gusfield, *Alcohol in America: The Entangled Frames of Health and Morality*, in: Allan M. Brandt/Paul Rozin (eds.), *Morality and Health*, New York-London 1997, S. 201–230.

¹²⁹ Vgl. Hasso Spode, *Übersichtsvortrag*, in: Gerhard Bühringer (Hrsg.), *Strategien und Projekte zur Reduktion alkoholbezogener Störungen*, Lengerich u. a. 2002, S. 32–60; ders., *Der Europäische Aktionsplan Alkohol und eine Vorläufer. Wissenschaft als moralischer Interessenverband*, in: H.-J. Teuteberg 2004 (Anm. 4), S. 263–281; Johanna Rolshoven, *Der Rausch. Kulturwissenschaftliche Blicke auf die Normalität*, in: *Zeitschrift für Volkskunde*, 96 (2000), S. 29–49; Pekka Sulkinen u. a. (Hrsg.), *Broken Spirits. Power and Ideas in Nordic Alcohol Control*, Helsinki 2000.

sorgt die bürgerliche „Selbstkontrollapparatur“ (Norbert Elias) mit „empirischen“ Argumenten. „Das organisierte Alkoholkonsum“, spottete ein ehemaliger Mitarbeiter Jellineks, gleicht „einer Kenntnis über Autos und deren Gebrauch, die auf Unfälle und Zusammenstöße beschränkt ist“.¹³⁰ Eine solche „moralische“ Forschung fragt nicht danach, „wie es sich mit den Dingen verhält“, sondern definiert „wie sich Personen verhalten sollen“.¹³¹ Dabei vollzieht sie von Zeit zu Zeit abrupte Schwenks, deren Ursachen sie öffentlich nicht näher erläutert. Als politische Handlungswissenschaft kann sie Selbstzweifel nicht zulassen und benötigt einen hohen Wertekonsens der Beteiligten.

Dieser entstammt den protestantischen „Temperenzkulturen“ (Harry G. Levine),¹³² die mehrfach die globale Thematisierung des Alkohols angestoßen hatten – so auch heute wieder. In den USA rückte man in den 1970er Jahren von der Risikogruppenstrategie ab, die dem „disease concept“ entsprach, und stellte erneut die Gesamtbevölkerung in den Focus. Über die WHO wurde dieser primärpräventive Ansatz dann zur herrschenden Lehrmeinung.¹³³ „Die empirischen Ergebnisse zeigen“, heißt es, dass „es absurd erscheint, die Bevölkerung den Gesundheitsgefahren durch das extrem hohe Angebot an alkoholhaltigen Getränken auszusetzen, wie es heute in Deutschland Praxis ist.“¹³⁴ Die vielfältigen „Belastungen“ seien lange unterschätzt worden, da sich die Forschung irrtümlich auf die „starken Konsumenten“ konzentriert habe. Heute aber wisse man, „daß die meisten alkoholbedingten Probleme im Zusammenhang mit mäßigem Trinken auftreten“, da die Mä-

¹³⁰ Selden D. Bacon: *Alcohol Issues and Social Science*, in: *Journal of Drug Issues* 14 (1984), S. 22. Für die Breite der älteren Forschung vgl. Klaus Antons/Wolfgang Schulz, *Normales Trinken und Suchtentwicklung*, Göttingen 1976; für die Enge der heutigen Griffith Edwards (Hrsg.), *Alkoholkonsum und Gemeinwohl*, Stuttgart 1997.

¹³¹ Jürgen Habermas, *Richtigkeit versus Wahrheit*, in: Wolfgang Edelstein/Gertrud Nunner-Winkler (Hrsg.), *Moral im sozialen Kontext*, Frankfurt/M. 2000, S. 36.

¹³² Vgl. Rüdiger Fikentscher (Hrsg.), *Trinkkulturen in Europa*, Magdeburg 2008 (i. E.).

¹³³ Vgl. die Angaben in Anm. 29; s. a. J. S. Blocker (Anm. 2), S. 689 ff.; Robin Room, *Alcohol and the WHO*, in: *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 22 (2005), S. 146–162.

¹³⁴ Ulrich John u. a., *Übersichtsvortrag*, in: G. Bühringer (Anm. 29), S. 72.

ßen ja die Masse des Alkohols verbrauchen. Entsprechend müsse das Hauptziel sein, den Pro-Kopf-Verbrauch zu senken. Mittel der Wahl seien Steuererhöhungen, Werbeverbote und Verkaufsbeschränkungen, mithin eine Kontrollpolitik, die dem skandinavisch-amerikanischen Vorbild folgt.¹³⁵

Die Alkoholwirtschaft reagierte mit intensiverer Forschungs-, Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit. Dabei kam ihr der Zufall zu Hilfe: 1991 machte in den USA eine TV-Sendung über das geringe Infarktrisiko der weinliebenden Franzosen Furore. Das war eigentlich keine neue Erkenntnis, doch seither tobt ein epidemiologischer Datenkrieg, der an die Kontroversen im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts erinnert. Weithin unstrittig ist nun zwar, dass moderater Konsum die physische und wohl auch die psychische Gesundheit verbessert – aber beide Seiten definieren „moderat“ höchst unterschiedlich; nicht zu reden von der grundsätzlichen Frage, wie weit „Gesundheit“ hier als moralischer Kampfbegriff fungiert.

Wer sich auf dieses Forschungsfeld begibt, wird umgehend einem „Lager“ zugeordnet. Nicht nur das Freund-Feind-Denken beim Streit um Grenzwerte oder die Zahl der „Alkoholtoten“¹³⁶ erinnert an vergangene Zeiten, sondern auch die simple Tatsache, dass nun wieder die Substanz Ethanol im Zentrum der Prävention steht. Damit ist der alte Alkoholismusbegriff – ohne, dass er explizit verwendet würde – wieder in sein Recht gesetzt: der „Inbegriff“ der gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden.

Somit können die in der Tat vernachlässigten Negativeffekte „alltäglichen“ Konsums gezielter in Angriff genommen werden. Ohnehin sinkt der Verbrauch seit fast zwei Dekaden und dürfte künftig weiter sinken. Dies kann nur gut sein für die Krankenkassen. Allerdings zeigt sich hier ein Dilemma. Das Ziel

einer Senkung des Pro-Kopf-Verbrauchs ist prinzipiell grenzenlos – damit ignoriert es die „lessons of history“, wie der Nachfolger Jellinek, Mark Keller, mit Blick auf die Prohibition urteilte.¹³⁷ Im Prinzip ist Kontrollpolitik unabdingbar. Wird jedoch der Bogen überspannt, kommt es zu einer Zerstörung sozial integrierter Trinkmuster. Jedes Lockern der Zügel kann dann die „alkoholbezogenen Schäden“ hochschnellen lassen, wie in den den nordischen Ländern zu beobachten ist. Wenig spricht dafür, deren Modell auf ganz Europa auszudehnen. Doch genau dies empfiehlt uns die etablierte Alkoholforschung. Indem sie ihren Gegenstand lediglich als „legale Droge“ und „Zellgift“ wahrnimmt und sich in einen Kleinkrieg mit der „Alkoholindustrie“ verzettelt, anstatt eine kluge Güterabwägung zu betreiben, hat sie zu ihren Anfängen um 1900 zurückgefunden. Damit ist sie erneut ein Teil jenes Problems geworden, zu dessen Lösung sie eigentlich berufen ist.

Nachsatz

Angesichts des „Komasaufens“ fürchtet die Bundesdrogenbeauftragte, dass bei deutschen Jugendlichen eine „britische Trinkkultur“ Einzug hält, und Experten wie Laien fordern, den „Zugang zum Alkohol“ zu erschweren.¹³⁸ Die steigende Behandlungsziffer akuter Alkoholvergiftungen ist beunruhigend. Noch beunruhigender sollte sein, dass sie mit einem tendenziellen Konsumrückgang einhergeht. Möglicherweise zeigen sich hier bereits jene nicht-intendierten Folgen der De-Normalisierung des Konsums, wie sie für Temperenzkulturen typisch sind.

Paradoxerweise hat Drogenkontrollpolitik selbst ein „hohes Abhängigkeitspotential“: Bleibt der Erfolg aus, wird „mehr desselben“ eingefordert,¹³⁹ anstatt einmal die Strategie zu überdenken. Doch der Ruf nach mehr Staat ist *en vogue*, wenn es um die wachsende gesellschaftliche Desintegration geht. Leider

¹³⁵ So die WHO 1993 im ersten Europäischen Aktionsplan Alkohol; vgl. H. Spode (Anm. 29).

¹³⁶ Das „Hamburger Abendblatt“ meldete am 26. 7. 2002: „Jährlich 42 000 Alkoholtote“, am 28. 3. 2007: „16 000“, am 2. 6. 2007: „74 000“ (www.abendblatt.de s.v. Alkoholtote); andere Studien wiederum ermitteln ein Nullsummenspiel, da Alkoholkonsum ungefähr so viele Todesfälle bedinge wie verhindere (aufgrund der Senkung des Infarktrisikos); zu solchen „Zahlen-spielen“ vgl. u. a. U. Keller (Anm. 18).

¹³⁷ Zit. n. Hasso Spode, Die Zyklik des Sozialen Problems Alkohol, in: Fachverband Drogen und Rauschmittel (Hrsg.), Dokumentation des 18. Bundesdrogenkongresses, Geesthacht 1997, S. 143.

¹³⁸ Tagesspiegel Nr. 19900 (2008), S. 18.

¹³⁹ Vgl. Paul Watzlawick, Anleitung zum Unglücklichsein, München-Zürich 1983, S. 27 ff. So wurden 2004 präventive Maßnahmen gegen Alkopops getroffen. Nun trinken die Kids den Wodka pur – was weitere Maßnahmen erfordert.

lässt sich unerwünschtes Verhalten in den wenigsten Fällen hinwegbefehlen. Bezüglich des Alkohols blockieren Verbot und Achtung den Erwerb von „Risikokompetenz“ und erhöhen stattdessen die Varianz des Konsums: In einigen Milieus wird weniger, in anderen umso exzessiver getrunken.⁴⁰ Die in vielen US-Bundesstaaten durchgesetzte Kriminalisierung des Alkoholkonsums für Unterein- und zwanzigjährige hat das „Binge Drinking“, das zügige Trinken von mehr als fünf Getränken bei einem Trinkanlass, nicht abschaffen können – im Gegenteil: Jährlich kommen dabei Tausende zu Tode.

In den USA, wie in allen Temperenzkulturen, liegt der Pro-Kopf-Verbrauch deutlich niedriger als in der Bundesrepublik, die mit rund zehn Liter Reinalkohol immer noch zur Weltspitze zählt. Folgt man einer Klassifizierung der WHO, bildet Deutschland zusammen mit anderen „kerneuropäischen“ Ländern aber zugleich jene Weltgegend, welche die relativ unschädlichsten Konsummuster aufweist.⁴¹ Auch in dieser Ländergruppe sind gezielte legislative und edukative Maßnahmen nötig. Es ist allerdings schwer nachvollziehbar, dass dabei just jene Länder die Richtung vorgeben sollen, die ein besonders problematisches Verhältnis zum Alkohol entwickelt haben.

⁴⁰ Vgl. Robin Room, *The Impossible Dream*, in: *Journal of Substance Abuse*, 4 (1992), S. 91–106; Gundula Barsch, *Was ist dran am Binge Drinking?*, in: B. Dollinger/W. Schneider (Anm. 12), S. 239–265.

⁴¹ In Europa haben besonders Großbritannien, Skandinavien und Osteuropa problematische Trinkkulturen: Global Alcohol Data Base n. Dag Rekke, *Alcohol in a global perspective*, in: www.dhs.de/makeit/cms/cmsupload/dhs/rekke-dag.pdf (Vortrag auf DHS-Symposium 2007). Vgl. Dimitra Gefou-Madianou: *Alcohol, diet, and European Culture*, Kopenhagen 1995.

Klaus Hurrelmann ·
Wolfgang Settertobulte

Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten

Wie kein anderes Rauschmittel erfreut sich Alkohol über Jahrtausende nachhaltiger Beliebtheit – ungeachtet der seit langem bekannten Gefahren und der gesundheitsschädigenden Folgen. Das hartnäckige Festhalten an den Trinkgewohnheiten lässt vermuten, dass durch den Konsum von Alkohol elementare Bedürfnisse und Wunschvorstellungen angesprochen werden. Anders lässt es sich wohl kaum erklären, dass der Alkoholenuss bereits vor Tausenden von Jahren stark verbreitet war und sich – trotz des tief greifenden sozialen und kulturellen Wandels – daran bis heute nichts geändert hat.

Klaus Hurrelmann

Dr. rer. soc., geb. 1944; Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld. klaus.hurrelmann@uni-bielefeld.de.

Wolfgang Settertobulte

Dr. Public Health, Dipl.-Psych., geb. 1960; freiberuflicher Autor und Projektleiter der Gesellschaft für angewandte Sozialforschung (GE-F-A-S), Winkelstraße 1, 33332 Gütersloh. wosetter@t-online.de.

Im Gegenteil: Alkoholkonsum ist Teil unserer Alltagskultur. In der Welt der Erwachsenen gehört der Konsum alkoholischer Getränke nahezu obligatorisch zu den meisten sozialen Gelegenheiten. Alkohol erfüllt in der erwachsenen Bevölkerung sowohl im sozialen Miteinander als auch in der individuellen Alltagsbewältigung zahlreiche Funktionen: Das gesellige Trinken erleichtert unter anderem den sozialen Kontakt, baut Hemmungen

bei der Kontaktaufnahme zum anderen Geschlecht ab, steigert euphorisierend das Gruppenerlebnis, wird als belohnend empfunden, mildert Stresssymptome und wirkt unspezifisch dämpfend bei emotionalen Erregungszuständen. Dabei ist das Trinkverhalten zu entsprechenden Anlässen stark ritualisiert – beim Konsum von Wein sogar kulturell überbaut – und durch kulturell geprägte, traditionelle Konventionen reglementiert.

Die Ritualisierung des Alkoholkonsums erfüllt in allen menschlichen Kulturen normalerweise die Funktion der Verhinderung exzessiven Trinkens durch soziale Kontrolle. In vielen außereuropäischen Kulturen ist sie überwiegend religiös geprägt: Alkohol wird beispielsweise bei religiösen Riten genossen; außerhalb dieser ist der Genuss tabuisiert. Fehlt dieser Bezug zur Religionsausübung, wird der Alkoholkonsum durch allgemeine gesellschaftliche Konventionen reglementiert. Diese sind historischen Wandlungsprozessen unterworfen und verändern sich stetig. In einer Zusammenstellung verschiedener kultureller Ausprägungen des Alkoholkonsums bezeichnet Robert F. Bales die europäische Kultur als eine „Permissivkultur“, in der ein maßvoller und disziplinierter Trinkstil als zulässig und nahezu selbstverständlich erscheint, während der Alkoholexzess abgelehnt wird.¹ In einer kritischen Überprüfung dieser Kultureinteilung scheint sich jedoch besonders der mitteleuropäische Raum – der Klassifikation von Bales folgend – zu einer „permissiv-funktionsgestörten Kultur“ zu entwickeln. Diese zeichnet sich durch eine vermehrte Toleranz gegenüber dem exzessiven Trinken aus; Trunkenheit wird nicht als deviant empfunden, sondern ist sozial akzeptiert, solange es nicht zu sichtbarer Verelendung und/oder zur manifesten Alkoholsucht kommt.²

Die Jugend ist ein Spiegelbild der Elterngeneration

In einer kritischen Reflexion dieses Sachverhaltes stellt sich uns der derzeit wieder einmal

¹ Vgl. Robert F. Bales, Cultural differences in rates of alcoholism, in: *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, (1946) 6, S. 480–499.

² Vgl. Wilhelm Feuerlein/Heinrich Kufner/Michael Soyko, *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie*, Stuttgart 1989.

öffentlich stark problematisierte Alkoholkonsum Jugendlicher als ein Spiegelbild des allgemeinen gesellschaftlichen Umgangs mit dieser Alltagsdroge dar.

Das Jugendalter ist durch den Übergang vom Kind zum Erwachsenen gekennzeichnet. In diesem Prozess muss sich das Individuum mit den gesellschaftlichen Konventionen auseinandersetzen, diese erproben, reflektieren und ein eigenes Verhältnis dazu entwickeln. Das Durchschnittsalter, in dem junge Menschen heute ihre ersten Erfahrungen mit Alkoholaussch machen, liegt etwa am Ende des 14. Lebensjahres.³ Dieses Alter scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt für erste Alkoholerfahrungen allgemein akzeptiert zu sein, unabhängig von jugendschutzrechtlichen Bestimmungen. Seinen kulturell geprägten Ausdruck findet dies etwa durch die elterliche Initiation des vermeintlich ersten Alkoholgenusses im Rahmen der Konfirmation.

Tatsächlich liegt das entscheidende Alter für die Ausprägung einer individuellen Alkohollaffinität jedoch in der Kindheit. Bereits Kinder erlernen am Beispiel ihrer Eltern die soziale und kulturelle Bedeutung sowie die vermeintlich positiven Auswirkungen des Alkohols kennen. Schon im Kindergarten lassen sich gelegentlich kindliche Rollenspiele beobachten, in denen der entsprechende Habitus der Erwachsenen in Form des Zuprostens nachgeahmt wird und manchmal sogar Symptome der Trunkenheit imitiert werden. Während der Pubertät gilt es dann, echtes Erwachsenenverhalten zu erproben. Das Erlernen des Umgangs mit dem Alkohol gehört also zwangsläufig zu den Entwicklungsaufgaben, die Jugendliche beim Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter zu bewältigen haben. Das Entwicklungsziel besteht dabei im Einüben eines mäßigen, verantwortungsbewussten Konsumverhaltens. Schließlich ist der Umgang mit Risiken ein Teil der zu erwerbenden Lebenskompetenz. In diesem Sinne ist auch der (vernünftige) Umgang mit Alkohol eine grundlegende Fertigkeit zur Teilhabe an der Kultur.

³ Vgl. Wolfgang Settertobulte/Matthias Richter, Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006, in: Karl Mann/Ursula Havemann-Reinecke/Raphael Gassmann (Hrsg.), *Jugendliche und Suchtmittelkonsum*, Freiburg i. Br. 2007, S. 7 – 27.

Alkohol erleichtert die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben

In Anlehnung an die Beobachtungen des Alkoholgebrauchs in der Erwachsenenwelt nutzen Jugendliche zudem den Alkohol auch für die Bewältigung anderer Entwicklungsaufgaben. Die wichtigste Aufgabe besteht darin, eine eigene Identität zu finden. Die eigenständige Lebensgestaltung und -planung geht mit dem Ausprobieren subkultureller Lebensstile einher. Demonstrativer Alkoholkonsum kann dazu dienen, einen persönlichen Stil auszudrücken. Das Umfeld in dem dies geschieht, ist in der Regel die Gruppe der Gleichaltrigen. Die Wahl der entsprechenden Clique ergibt sich für den einzelnen Jugendlichen hauptsächlich aus den bisher entwickelten Vorstellungen darüber, wie man als (junger) Erwachsener gern sein möchte und was man in der Freizeit gern tut oder tun würde. Dieses Image, oder „Selbst-Schema“ ist die Grundlage für die Ausbildung einer eigenen Identität.¹⁴

Die Freundesgruppe muss eine gewisse Ähnlichkeit mit einem selbst aufweisen, um interessant zu sein. So werden leistungsmotivierte Jugendliche nahezu ausschließlich in Gruppen zu finden sein, die gute Leistungen in der Schule oder im Sport erzielen oder erzielen wollen. Jugendliche, deren Interesse sich vor allem auf das Konsumieren etwa von Alkohol und auf den Besuch von Parties richtet, werden ebenfalls Gleichgesinnte suchen. Die bisher ausgeformte Identität der Jugendlichen und die damit im Zusammenhang stehende Zugehörigkeit zu einer jugendlichen Subkultur bildet also ein quasi konstituierendes Element des Gruppenzusammenhalts.

Das Konsumverhalten, und damit auch das Verhältnis zum Alkohol, ist dabei ebenso relevant wie das Verhältnis zur Leistung und beruflichen Zukunft. Eine besonders hohe Affinität zum Alkohol ist unter jenen Jugendlichen zu finden, deren erstrebenswerte Ideale einerseits in Geselligkeit und Beliebtheit liegen und die andererseits den Konsum und die

äußerliche Attraktivität stärker präferieren als die eigene Leistungsfähigkeit. Das individuelle Verhalten wird dabei motiviert durch Vermutungen bzw. Annahmen darüber, was ein „normales“ Verhalten in der entsprechenden Gruppe ist. Dies kann sowohl negativ sein, im Sinne eines Risikoverhaltens, als auch positiv. Die Jugendlichen überschätzen dabei oft die Verbreitung von Alkohol- bzw. Trunkenheitserfahrungen unter den Gleichaltrigen. Sie gehen davon aus, dass die meisten Altersgenossen oder Altersgenossinnen bereits entsprechende Erfahrungen vorzuweisen haben und schließen daraus für sich selbst auf ein Defizit. Das Risiko für problematisches Verhalten steigt mit der Häufigkeit der Kontakte zu Gleichaltrigen und damit der Häufigkeit der Gelegenheiten kontrollfreien Experimentierens mit vermeintlich altersgemäßem Entwicklungserfahrungen. Es wird vermutet, dass dieser Einfluss im Alter von 13 bis 15 Jahren am größten ist.

Eine weitere essenzielle Entwicklungsaufgabe ist die Aufnahme von Kontakten zum anderen Geschlecht: sind die Entdeckung von Freundschaft und Liebe sowie erste sexuelle Erfahrungen. Der Kontakt zum anderen Geschlecht entwickelt sich unmittelbar vor, während und nach der Pubertät. Sobald Jugendliche andersgeschlechtliche Freunde haben, nimmt die Häufigkeit der Treffen zu. Die enthemmende Wirkung des Alkohols erleichtert den Jugendlichen dabei offenbar die Kontaktaufnahme. Unter den 13-Jährigen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit mehrfacher Trunkenheitserfahrungen um mehr als das dreifache, wenn sie mit andersgeschlechtlichen Freunden zusammen sind.¹⁵

Der überwiegende Teil der jungen Menschen entwickelt dabei, trotz einschlägiger Trunkenheitserfahrungen, im Erwachsenenalter kein Alkoholproblem. So ist denn auch nur für einen relativ geringen Teil der Jugendlichen das Risikoverhalten des Alkoholkonsums als tatsächlich problematisch zu betrachten.

¹⁴ Vgl. Jacquelynne S. Eccles/Bonnie L. Barber, Student council, volunteering, basketball, or marching band: What kind of extracurricular involvement matters?, in: Journal of Adolescent Research, (1999) 14, S. 10–43.

¹⁵ Vgl. Wolfgang Settertobulte, Der Einfluss der Gleichaltrigen auf das Risikoverhalten im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann/Andreas Klocke/Wolfgang Melzer/Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.). Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Weinheim, München 2008, S. 223 – 239.

Entwicklungsprobleme fördern Alkoholmissbrauch und Suchtentstehung

Liegen Entwicklungsprobleme vor, wird Alkohol sehr bald zur Kompensation genutzt, als Ersatzziel oder zur Stress- und Gefühlsbewältigung eingesetzt. Nicht bewältigte Entwicklungsanforderungen erhöhen das Risiko, dass es im Jugend- und jungen Erwachsenenalter zu Alkoholproblemen kommt. Wenn es etwa nicht gelingt, Entwicklungsziele festzulegen, kann es leicht zu einem Sinnverlust kommen. Versagen im Bildungs- und Ausbildungsprozess oder soziale Randständigkeit sind hierfür nur einige Beispiele. Damit gehen oft depressive Verstimmungen einher. Ebenso fatal ist es, wenn Jugendliche zu viele Aufgaben gleichzeitig bewältigen müssen, was zu Überlastung bzw. Entwicklungsstress führt.

Jugendliche sind heute zunehmend nicht in der Lage, ihre individuellen Ziele zu realisieren. Fehlende Kompetenzen, Fremdbestimmung, Außenseitertum, Schulschwierigkeiten, abweichendes Entwicklungstempo oder das Scheitern bei der Ausbildungsplatzsuche können die Ursachen dafür sein. In diesen Fällen wird nicht selten der Konsum von Alkohol nach einer ersten Gewöhnungsphase zur Realitätsbewältigung genutzt. Die Jugendlichen weichen dann einer aktiven Problemlösung aus; im betrunkenen Zustand fühlen sie sich scheinbar besser. Gleichzeitig legt die soziale Komponente des Trinkens auch ein Ausweichen auf Ersatzziele nahe: Die Geselligkeit in der trinkenden Gruppe, oder die Bereitstellung von Statussymbolen zur Kommunikation der Identität, etwa durch den Konsum einer edlen Biermarke oder durch Demonstration einer besonderen Trinkfestigkeit, sind hier beispielsweise zu nennen.

Wenn Alkohol zur Kompensation fehlender Strategien zur Lösung von Problemen eingesetzt wird, ist dies als Problemverhalten zu bezeichnen. Je früher dies im Lebenslauf geschieht, umso größer ist das Risiko, dass sich eine Alkoholabhängigkeit entwickelt: eine körperliche und psychische Abhängigkeit vom Alkohol. Die Erfahrungen aus Suchtkliniken zeigen, dass Alkoholabhängigkeit, wie auch die Abhängigkeit von anderen psychoaktiven Substanzen, in der Regel mit massiven psychosozialen Problemen einher-

geht. Oft ist dabei allerdings unklar, in wie weit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit Folge oder Ursache des seelischen Problems ist.

Insgesamt lassen sich drei Gruppen Jugendlicher mit unterschiedlichen Ausprägungen von Problem- bzw. Risikoverhalten ausmachen: Jugendliche, deren Problemverhalten auf das Jugendalter begrenzt ist (das ist die Mehrheit der Jugendlichen); Jugendliche, die im Jugendalter auffällig werden und dieses Verhalten zum Teil im weiteren Lebenslauf beibehalten und schließlich Jugendliche, die bereits im Kindesalter auffällig werden, im Jugendalter zu exzessivem Risikoverhalten neigen und in der Folge lebenslang auffälliges Verhalten zeigen. Dabei können verschiedene Faktoren als risikofördernd angesehen werden: Als besonders gefährdet gelten beispielsweise Kinder, die als Kleinkind ein schwieriges Temperament (etwa ADHS) haben, oppositionelles Trotzverhalten bzw. Sozialstörung zeigen oder früh mit dem Konsum suchterzeugender Substanzen beginnen. Bei diesen Kindern ist von einer grundlegenden Störung im psychischen Bereich auszugehen. Vielfach sind es auch die Elternhäuser mit Alkoholproblemen oder schwierige Lebensumstände, welche diese Störungen hervorrufen.

Besonders gefährdet sind Jugendliche unter 21 Jahren, die überdurchschnittlich intensiv Alkohol oder andere psychoaktive Substanzen konsumieren, Kind mindestens eines Drogen missbrauchenden Elternteils sind, häufig die Schule schwänzen, frühe Sexualkontakte haben und frühzeitig schwanger werden, unter sozioökonomischer Deprivation aufwachsen, delinquente Verhaltensweisen zeigen, unter psychischen Störungen leiden, möglicherweise bereits einen Selbstmordversuch verübt haben und/oder fortwährend körperliche Verletzungen aufweisen. Wenn diese Indikatoren bei Kindern oder Jugendlichen vorliegen, dann ist davon auszugehen, dass aus dem „normalen“ Umgang mit Alkohol in absehbarer Zeit ein Alkoholproblem werden kann. Die Aufzählung zeigt auch, dass hier in der Regel multiple Risiken vorliegen.

Bezogen auf das bevölkerungsbezogene Risiko der Entstehung von Alkoholsucht kann dies dahingehend gedeutet werden, dass nicht etwa der jugendliche Alkoholkonsum an sich

– a priori – als problematisch zu bezeichnen ist, sondern vielmehr die Häufigkeit und Verteilung der psychischen und sozialen Probleme, die mit der Entstehung von Missbrauch und Abhängigkeit einhergehen. Dies wird unterstützt durch den auffälligen Befund, dass behandlungsrelevante Alkoholsucht wesentlich häufiger bei Menschen aus sozial benachteiligten Lebenslagen auftritt, während der Alkoholkonsum in der mittleren und gehobenen sozialen Schicht am größten ist.

Verstehen wir Gesundheit als die produktive, immer wieder erneut betriebene gelingende Lebensbewältigung, dann basiert diese auf der Balance zwischen den inneren körperlichen und psychischen Bedingungen wie etwa dem Temperament, den Anforderungen des Körpers und der Psyche, Bedürfnissen und Motiven sowie dem Selbstwertgefühl, den äußeren Lebensbedingungen, der sozialen und natürlichen Umwelt in Gestalt der Familie, der Freundesgruppe, der Situation in der Schule oder am Arbeitsplatz, dem Milieu oder den ökologischen Lebensbedingungen. Alkohol und andere psychoaktive Substanzen dienen dem Konsumenten zur Herstellung oder Verbesserung seiner subjektiven Gesundheits-Krankheits-Balance im Spannungsfeld dieser inneren und äußeren Faktoren. In jeder Lebensphase sind Menschen darum bemüht, diese Balance herzustellen. Es gilt folglich, die Risikofaktoren im körperlich-psychischen und im sozial-ökologischen Bereich zurückzudrängen und individuelle und soziale Schutzfaktoren aufzubauen, um eine produktive Verarbeitung der Realität zu erreichen.¹⁶ In unserer kulturimmanenten Alltagspraxis bedient der Alkohol auch die Funktion, die psychischen Bewältigungskapazitäten zu stärken und einen Schutz gegenüber Bedrohungen von Innen und Außen aufzubauen. Die oben genannten Vorteile des Alkoholkonsums bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in der Pubertät legen den Jugendlichen diese Instrumentalisierung nahe und führen zu eindeutigen Entwicklungserfahrungen.

Davon sind vor allem diejenigen betroffen, deren Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen aufgrund verschiedener Faktoren als gestört bezeichnet werden muss. Kommt es

zu einer intensiven gewohnheitsmäßigen Nutzung von Alkohol als Kompensator, dann ist das meist ein Zeichen dafür, dass die spontanen Fähigkeiten und Kompetenzen der Lebensbewältigung zurückgedrängt und nicht etwa – wie es sich der Betroffene wünscht – gestärkt und unterstützt werden. Der oder die Betroffene bewältigt anstehende Entwicklungsaufgaben nicht mehr ohne den Konsum der psychoaktiven Substanz: Der Gebrauch ist in einen Missbrauch umgeschlagen. Unabhängig von einer möglichen physischen Veranlagung zur körperlichen Abhängigkeit ergibt sich hier eine potenzielle psychische Abhängigkeit, die in den sich immer mehr einschleifenden routinierenden Nutzungsmustern liegt.

Ist eine Neuorientierung der Prävention notwendig?

Der Konsum von Alkohol ist Teil unserer Alltagskultur. Die Suchtprävention muss dies kritisch reflektieren, kann aber die Ambivalenz zwischen kultureller Anpassung und Problemverhalten unmöglich auflösen. Eine Präventionsstrategie, die den Eindruck vermittelt, das allgemein kulturell immanente Verhalten sei falsch oder moralisch verwerflich, ist für Jugendliche nicht glaubwürdig. Vielmehr ist es die Fähigkeit zum situativen Abwägen der Vorteile und Risiken, die den allseits geforderten „vernünftigen“ Genusskonsum ausmacht. Es gibt „gute“ und „schlechte“ Gründe für den Konsum von Alkohol. Prävention muss sich also auf eindeutige und differenzierte Definitionen von Substanzmissbrauch stützen sowie die kulturellen und sozialen Rituale und Anreize reflektieren. Alles spricht dafür, sich den Chancen und Gefahren des gezielten und kontrollierten Konsums von Alkohol sachlich zuzuwenden und sie in den öffentlichen Diskurs zu tragen. Gerade für Jugendliche ist eine solche offene Auseinandersetzung von größter Bedeutung. Sie orientieren sich für ihr weiteres Verhalten an den Unterströmungen der Diskussion und beobachten genau, welche Unterschiede zwischen dem tatsächlichen Verhalten von Nutzern und der normativen Diskussion zum Alkoholkonsum bestehen. Für sie ist die ambivalente Umgangsweise mit Alkohol und Rausch äußerst irritierend, suchen sie doch nach eindeutigen, ihrer Lebenswelt nahen Orientierungen und

¹⁶ Vgl. Klaus Hurrelmann, Lebensphase Jugend, Weinheim 2007, S. 9.

Bewältigungsstrategien. Es ist jedoch gerade der Umgang mit der Ambivalenz, der den Jugendlichen das nötige Rüstzeug für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol verschafft.

Der Wunsch nach sensorischer und emotionaler Erweiterung der Erlebniswelt ist entwicklungsbedingt beim Eintritt in das Jugendalter sehr groß. Das Erleben von Rausch als Grenzüberschreitung des Normalzustandes gehört nahezu obligatorisch dazu. Dieses Bedürfnis kann im Jugendalter zu spontanen experimentellen Alkoholexzessen führen, die bei objektiver Betrachtung ein „Risikoverhalten“ darstellen, weil sie die eigene und die Gesundheit Anderer beeinträchtigen können. Subjektiv sind dies aber harmlose und sinnvolle Suchbewegungen in Richtung einer Verbesserung der oben angesprochenen Gesundheits-Krankheits-Balance. Dies wird von Eltern und Pädagogen bislang weitgehend nicht berücksichtigt. So ist auch die erzieherische Reaktion auf die ersten Rauscherfahrungen bei Jugendlichen in erster Linie durch Ablehnung und Restriktion geprägt, obwohl Akzeptanz und unterstützende Begleitung der Bedürfnislage der Jugendlichen mehr entsprechen würden. Was fehlt, ist eine begleitende Betreuung dieses wichtigen Entwicklungsabschnittes. Im Zuge einer zunehmenden Verunsicherung von Eltern hinsichtlich ihrer Erziehungskompetenz wäre hier eine Unterstützung der Eltern bei der Begleitung ihrer pubertierenden Kinder eine wertvolle Ergänzung der bisherigen Präventionsbemühungen. Ebenso fehlt es derzeit auch an entsprechenden Handlungsempfehlungen für Lehrerinnen und Lehrer.

Oberstes Ziel der Suchtprävention wie der Drogenpolitik sollte nicht die Verhinderung des Gebrauches, sondern ausschließlich die Verhinderung des Missbrauches von Alkohol sein. Vieles deutet darauf hin, dass die Zunahme des riskanten Intensivkonsums von Alkohol bei Jugendlichen auf psychische, soziale und leistungsmäßige Überforderung zurückzuführen ist. Präventionskonzepte sollten dies stärker berücksichtigen und ihre Maßnahmen entsprechend hierauf ausrichten.

Heidi Kuttler

Exzessiver Alkoholkonsum Jugendlicher – Auswege und Alternativen

Eine 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte Studie dokumentierte erstmals auf Bundesebene einen neuen, problematischen Trend unter Kindern und Jugendlichen: Im Zeitraum 1999 bis 2002 hatte sich die Anzahl von 10- bis 19-Jährigen, die aufgrund einer schweren Alkoholin- toxikation (Alkohol- vergiftung) in bundesdeutschen Kliniken behandelt werden mussten, signifikant erhöht. Eine Studie mit 17 ausgewählten Kliniken belegte beispielsweise einen Anstieg von 162 auf 350 Fälle jährlich, wobei der Anstieg bei den Mädchen ausgeprägter verlief als bei den Jungen.¹ Der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2008 veranschaulicht die unveränderte Aktualität der Problematik. Die Zahl von 10- bis 20-Jährigen mit akuter Alkoholin- toxikation im Krankenhaus hat sich zwischen 2000 und 2006 von 9 500 auf 19 500 mehr als verdoppelt.² Es ist denkbar, dass ein Teil des dokumentierten Anstiegs auf die erhöhte Sensibilität des sozialen Umfeldes im Zuge der

Heidi Kuttler

Diplompädagogin, geb. 1962; Leiterin Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention, Initiatorin des HaLT-Projektes, Franz- Ehret-Str. 7, 79541 Lörrach; www.villa-schoepflin.de heidi.kuttler@bw-lv.de

¹ Kinder und Jugendliche mit Alkoholin- toxikation; Controlling 17 Kliniken in Deutschland mit > 6 Fällen pro Jahr, in: Prognos, Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms „Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen“, Bundesweite Datenerhebung – Kurzanalyse, Basel 2004. Dieses und weitere Dokumente der wissenschaftlichen Begleitung von HaLT zum Download unter www.bmg.bund.de.

² Vgl. Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, Berlin, Mai 2008, S. 58.

breiten medialen Berichterstattung zur Problematik zurückgeht. Das Wissen um mögliche Todesfälle kann dazu führen, dass der Notarzt früher gerufen wird – wodurch die Problematik heute statistisch besser erfasst wird.

Seit 2005 ist auch das so genannte „Binge Drinking“ – der rasche Konsum von mehr als fünf Getränken bei einem Trinkanlass – stark angestiegen. Während 2005 noch 20 Prozent der Jugendlichen ein Mal im letzten Monat dieses Konsumverhalten zeigten, waren es 2007 schon 26 Prozent.¹³

Alkoholkonsum mit lebensbedrohlichen Folgen

Durch übermäßigen Alkoholkonsum kann es sowohl zu akuten als auch zu langfristigen Schädigungen kommen. Neben dem Risiko einer Chronifizierung von schädlichen Konsummustern bis hin zur Abhängigkeit sind für die Mehrzahl der Jugendlichen besonders die akuten Gefahren von Bedeutung: Unfälle, Gewalt, Erfrieren, Ertrinken, Suizid oder ungeschützter Geschlechtsverkehr. Insgesamt werden Betrunkene häufiger Opfer von Gewalttaten als Andere, besonders Mädchen werden schnell Opfer sexueller Gewalt. Nach Aussagen von Medizinerinnen und Medizinern können Kinder und Jugendliche, die kaum oder gar nicht an Alkohol gewöhnt sind, bereits ab einem Blutalkoholwert von 1,5 Promille das Bewusstsein verlieren. Immer wieder kommt es zu Todesfällen, wenn Betrunkene in komatösem Zustand an Erbrochenem ersticken, weil lebenswichtige Reflexe ausgeschaltet sind. In einigen Fällen führt die hohe Alkoholkonzentration im Blut zum Versagen der Atmung oder der Herzmuskulatur, was intensivmedizinische Maßnahmen zur Lebensrettung erforderlich macht. Eine europäische Studie dokumentiert den Umfang der Problematik: Über 10 Prozent der Todesfälle unter jungen Frauen und ca. 25 Prozent der Todesfälle unter jungen Männern stehen in Zusammenhang mit Alkoholkonsum.¹⁴

¹³ Vgl. ebd.

¹⁴ Vgl. Peter Anderson/Ben Baumberg, European Commission, Alcohol in Europe, A public health perspective, Luxembourg 2006, S. 6.

Hohe gesundheitliche, soziale und auch ökonomische Schädigungen durch Alkohol sind kein neues Phänomen, sondern es gibt sie – mehr oder weniger ausgeprägt – seit die Menschheit den Alkohol für sich entdeckt hat. Was schädlichen Alkoholkonsum betrifft, lässt sich in den vergangenen Jahren in manchen Bereichen sogar eine positive Entwicklung beobachten. So hat sich der jährliche pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol unter der bundesrepublikanischen Bevölkerung seit 1980 von 12,9 Liter auf 10,1 Liter im Jahr 2006 reduziert.¹⁵ Die Zahl der bei Alkoholunfällen Getöteten ist zwischen 1996 und 2006 von 1472 auf 599 stark gesunken.¹⁶

Trinken bis zur Bewusstlosigkeit bei Jugendlichen bindet durch seine besondere Dramatik die gesellschaftliche Aufmerksamkeit, die sich aktuell stärker als vor einigen Jahren auf mögliche Schädigungen durch Alkohol richtet. Die aktuelle Berichterstattung in den Medien erzeugt ein Bild, wonach exzessives bis lebensbedrohliches Trinkverhalten vorwiegend ein jugendspezifisches Phänomen darstellt. Dies ist nicht der Fall. Unter 40-Jährigen kommen alkoholbedingte Klinikaufenthalte noch immer drei Mal häufiger vor als bei Jugendlichen.¹⁷

Dessen ungeachtet sind aufgrund der deutlich wachsenden Anzahl von Jugendlichen mit exzessiven Trinkmustern gezielte Präventionsmaßnahmen gefragt. Bei dieser Teilgruppe hat sich in den vergangenen Jahren ein Trinkverhalten entwickelt, bei dem der Rausch eine andere Qualität hat. Innerhalb kurzer Zeit werden große Mengen Alkoholika getrunken, meist Spirituosen, oft mit dem expliziten Ziel, sich möglichst schnell in einen tiefen Rausch zu versetzen. Häufig findet das Trinken aber auch quasi „nebenbei“ statt und die Jugendlichen sind sehr überrascht, oft erschrocken, von der teilweise lebensbedrohlichen Eskalation des Geschehens.

Trinken aus Spaß und Zeitvertreib

Im persönlichen Gespräch im Krankenhaus nennen die Jugendlichen unterschiedlichste Motive. Manche berichten von Trinkspielen

¹⁵ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2008, Geesthacht, S. 28.

¹⁶ Vgl. dies. unter www.dhs.de (Mai 2008).

¹⁷ Vgl. Bundesamt für Statistik, Wiesbaden 2006.

und Wetttrinken, wobei im Vergleich zu früher auch Mädchen stolz sind, wenn sie viel Alkohol vertragen und mit ihrem Körper nicht zu „zimperlich“ umgehen. Viele nennen als Motive einfach Spaß haben wollen, die Lust am Rausch, Kick und an Grenzerfahrungen. Häufig wird als Grund auch Langeweile genannt, die durch leicht verfügbaren Alkohol und den schnellen Rausch behoben wird. In manchen Gesprächen wird deutlich, dass Alkoholexzesse, besonders am Wochenende, dazu dienen, aus einem sehr reglementierten Alltag in Schule oder Ausbildung auszubrechen. Und oft, besonders bei den Jüngeren, spielt auch Unerfahrenheit im Umgang mit Alkohol eine Rolle. Für manche endet der erste Kontakt mit Alkohol gleich im Krankenhaus. Manchmal wollen sich die Jüngeren in einer Clique durch einen demonstrativ hohen Alkoholkonsum auch die Gruppenzugehörigkeit „ertrinken“. Und bei einer kleinen Teilgruppe deuten die Schilderungen und Begleitumstände darauf hin, dass Alkohol gezielt eingesetzt wird, um Probleme zu vergessen oder „sich weg zu trinken“ aus einer Situation, die als überaus belastend und ausweglos erlebt wird.

Eine Studie, bei der über 500 Jugendliche in den Kliniken befragt wurden, fasst die genannten Motive in vier Hauptgruppen zusammen:¹⁸

- Exzessives Trinken als Zeitvertreib;
- Wetten und Trinkspiele;
- Trinken, um Probleme zu verdrängen;
- Naivität und Unwissenheit beim Umgang mit Alkohol.

Präventionsfachkräfte stellen in der Arbeit mit diesen Jugendlichen fest, dass es sich keinesfalls nur um „Problemjugendliche“ handelt. Die Mehrzahl verfügt über gute persönliche Ressourcen und wächst in einem fürsorglichen und stabilen Umfeld auf. Etwa ein Drittel der Jugendlichen wird von den sozialpädagogischen Fachkräften jedoch als sehr belastet eingeschätzt. Damit steigt das Risiko, dass sich das schädliche Trinkverhalten chronifiziert und eventuell in eine Sucht mündet. Die Präventions- und Hilfeangebote leiten sich aus der Analyse und Bewertung der je-

¹⁸ Vgl. Prognos/Bundesministerium für Gesundheit, Bundesmodellprojekt „HaLT – Hart am Limit“, InfoLetter Nr. 3, Basel, August 2007, S. 10.

weiligen Lebenssituation der Jungen und Mädchen ab. Dies bedeutet, dass manche Jugendliche und ihre Eltern nach Möglichkeit in weitergehende Hilfen (Familienberatung, sozialpädagogische Familienhilfe etc.) vermittelt werden.

Insgesamt berichten die betroffenen Kinder und Jugendlichen nichts, was Fachleute überrascht oder sich auffällig von den Trinkmotiven früherer Generationen unterscheidet. Das heißt, auf individueller Ebene sind keine Motive erkennbar, welche den drastischen Anstieg schwerer Intoxikationen innerhalb weniger Jahre plausibel erklären können.

Erwachsene – wenig vorbildlich

Auf gesellschaftlicher Ebene findet sich auf der Suche nach Erklärungen Vertrautes aber auch Neues. Dass Alkohol in unserer Gesellschaft anerkannt ist, über Werbung und das Vorbild der Erwachsenen als Mittel für Spaß, Leichtigkeit und Ausbruch aus dem Alltag positiv besetzt ist, ist bekannt. Zugenommen hat vermutlich die Griffnähe. Alkohol ist günstiger zu bekommen, verbreiteter und der Erwerb durch Jugendliche weniger durch soziale Kontrolle eingeschränkt als in der Vergangenheit. Im Vergleich zum verfügbaren Taschengeld sind Alkoholika leicht erschwinglich und bezogen auf die Entwicklung der Lebenshaltungskosten in den vergangenen Jahren günstiger geworden.¹⁹ An vielen Bahnhöfen und Tankstellen sind Alkoholika rund um die Uhr verfügbar. Polizei sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beobachten in Zusammenhang mit den erweiterten Öffnungszeiten im Einzelhandel bis 22:00 Uhr eine Verlagerung von abendlichen Jugendtreffpunkten in die Nähe von geöffneten Discountern.

Für die massive Zunahme eines neuen riskanten Trinkmusters innerhalb weniger Jahre sind vermutlich eine Reihe veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen verantwortlich, kombiniert mit neuen Freizeittrends und „Trinkmoden“ unter Jugendlichen. So ist zu vermuten, dass durch die massive Bewerbung von Alkopops bei der jungen Generation die Hemmschwelle gesenkt wurde, Hochprozentiges wie Rum und Wodka zu konsumieren. Vor Einführung der Sondersteuer konsumierten 30 Prozent der weiblichen und 27 Prozent

¹⁹ Vgl. Jahrbuch Sucht (Anm. 5), S. 46.

der männlichen Jugendlichen Alkopops.¹⁰ Der Konsum von Spirituosen hat sich mittlerweile in vielen Jugendszenen fest etabliert. Durch anders angelegte Werbekampagnen der Alkoholindustrie wurde das Image von Destillaten in letzter Zeit stark verändert.

Spirituosen als trendige Spaßgetränke

In einem locker aufgemachten, erotisch gefärbten Werbespot setzt sich beispielsweise eine mexikanische Schönheit mitten am Tag mit einer Flasche Tequila an einen Tisch, schenkt sich ein Glas ein und leert es in einem Zug.¹¹ Alkoholflaschen tragen oft comic-artige Elemente („Kleiner Feigling“) oder Alkoholika sind optisch wie Schokoriegel oder Spielzeug in Kunststoffverpackungen aufgemacht.¹² Firmen werben mit Plüschtieren oder Comicfiguren, wie z. B. „Rudi und Ralph“ bei Jägermeister. Einige haben eine breite, auf junge Zielgruppen zugeschnittene Angebotspalette entwickelt, die von speziellen Partys unter dem Logo des Herstellers über Outdoor-Equipment bis zu einem eigenen Webradio-Stream reicht.

Cola- und Orangensaftmixgetränke in Bars und Diskotheken waren einst relativ teuer, der Konsum dadurch limitiert. Hochprozentiges pur wurde insbesondere von Erwachsenen konsumiert und hatte häufig das Image des Luxuriösen (ein edler Cognac, ein alter Whiskey) oder des Medizinischen (Verdauungsschnaps, Magenbitter). Eine auffällige Entwicklung ist, dass Alkoholika von Jugendlichen häufig nicht mehr aus Gläsern, sondern direkt aus der Flasche getrunken werden. Dies geschieht in öffentlichen Räumen (U-Bahn, Plätze, Parks), häufig auch im Gehen. Durch das Trinken nebenbei wird Alkoholkonsum beliebig, wirkt unbedeutend, als lockere Selbstverständlichkeit ritualisiert. Dadurch fällt die kulturell definierte Sonderrolle alkoholischer Getränke weg, wonach

¹⁰ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007, Kurzbericht, Köln 2007, S. 8.

¹¹ Vgl. „Mexikanische Lebensfreude zum Download: Schau Dir den aktuellen Sierra Tequila TV-Spot an“, heißt es auf der Web-Site.

¹² Beispiel: „Eisprung. Der ultimative Partyspaß. Drücken – schütteln – aufreißen – trinken. Der Erdbeer + Sahnelikör zum mixen. Den solltest Du unbedingt probieren“, heißt es auf der Website.

Alkohol nur in einem bestimmten Kontext, etwa bei Festen, zu Mahlzeiten, in Gaststätten, getrunken wird. Gleichzeitig verlieren die Jugendlichen die Kontrolle über die getrunkene Menge. Bis vor etwa einem Jahrzehnt war lediglich der Bierkonsum aus der Flasche gesellschaftlich akzeptiert. Ansonsten wurde Alkohol aus Gläsern getrunken, die Glasform meist angepasst an die jeweilige Substanz. Mit den kleinen Alkopopflaschen hat sich diese bis dahin geltende Regel verändert – was den Übergang zum mittlerweile unter Jugendlichen selbstverständlichen Konsum von Spirituosen aus der Flasche eingeleitet haben kann. Trinken in der Öffentlichkeit aus der Flasche ist unter Erwachsenen nach wie vor tabuisiert und wird sozialen Randgruppen zugeordnet und mit einer Suchtproblematik in Verbindung gebracht.

Wenn Jugendliche eine Party planen, gehören zum alkoholischen Getränkesortiment neben Bier und Sekt meist auch Spirituosen, insbesondere Wodka. Dass Destillate als entscheidender Verursacher von schweren Alkoholvergiftungen eine Rolle spielen, belegt die Befragung von betroffenen Jugendlichen in den Kliniken: Über 90 Prozent haben Spirituosen, pur oder gemixt, konsumiert.¹³ Durch das Trinken großer Mengen von Hochprozentigem in kurzer Zeit werden die Stufen einer Rauschentstehung, welche eine gewisse Steuerung oder den Ausstieg erlauben, übersprungen. Der schnell freigesetzte Alkohol führt dann innerhalb kurzer Zeit zum Zusammenbruch bis zur Bewusstlosigkeit.

Jugendliche brauchen Freiräume – und Geborgenheit

Zu den neuen Angeboten und Trends auf dem Getränkemarkt gesellen sich veränderte Erziehungsstile, die auf eine frühere und größere Autonomie von Kindern und Jugendlichen zielen, auf ihre eigenständige Gestaltung der Freizeit außerhalb der Familie. Dies verkürzt den Schonraum Kindheit, und die großen Spielräume – einen Platz finden in der Clique, außer Haus übernachten, die ersten Partys, Flirten, Experimentieren mit Alkohol

¹³ Vgl. Heidi Kuttler/Sabine Lang, Villa Schöpfin (Hrsg.), Bundesmodellprojekt HaLT, Trainermanual und Projektdokumentation, Lörrach 2008, S. 157.

– können manche Teenager überfordern. Gerade bei Mädchen beginnt die Pubertät oft schon im Alter von 10 bis 12 Jahren, einige Jahre vor dem eigentlichen Jugendalter. Der Anteil der 14-jährigen Mädchen an den stationär behandelten Alkoholvergiftungen ist mit 22,8 Prozent doppelt so hoch wie bei den gleichaltrigen Jungen. Neben ihrem früheren Eintritt in die Pubertät ist vermutlich auch ihr geringeres Körpergewicht und eine schlechtere Verträglichkeit von Alkohol dafür verantwortlich.

Die Identitätsentwicklung im Jugendalter wird erschwert durch einen vor allem von den Medien propagierten Lebensstil der Superlative und des Außergewöhnlichen, an dem Heranwachsende ihre eigene Biographie und ihre Perspektiven messen. Eine immer kürzere Halbwertszeit von Trends und die wachsende Bedeutung von teuren Statussymbolen setzen viele Jugendliche – und oft auch ihre Eltern – unter Druck. Bereiche, in denen Jugendliche ihren Hunger nach Freiräumen, körperlichen Herausforderungen und Grenzerfahrungen leben können, werden im Zuge der Verstädterung, aber auch der Kommerzialisierung und Institutionalisierung jugendlichen Freizeitverhaltens immer schwieriger und durch digitale Pseudo-Erfahrungen nur ungenügend ersetzt.

Aus den oben beschriebenen Veränderungen ergibt sich, dass sich die Probierphase mit Alkohol bei Kindern und Jugendlichen zeitlich vorverlagert und in vielen Fällen aus der Familie in den öffentlichen Raum verschoben hat. Veränderte Strategien der Alkoholindustrie zeigen Wirkung unter Jugendlichen. Eine Vorbildfunktion oder angemessene Reglementierung durch – fremde – Erwachsene als Gegengewicht bleibt meist aus. Das Jugendschutzgesetz, das den Zugang zu Alkohol erschwert und durch seine Grenzsetzung zudem eine pädagogische Signalwirkung haben könnte, wird nicht konsequent eingehalten. Ein Viertel der befragten unter 16-Jährigen in den Kliniken hat den Alkohol selbst eingekauft – meist Spirituosen, welche nur an Volljährige abgegeben werden dürfen.¹⁴

Der jugendtypisch ausgeprägte Wunsch nach Freiheit und Risiko, gepaart mit einem von den Medien propagierten Lebensstil der

Grenzenlosigkeit, fehlende Möglichkeiten für das körperliche Ausleben emotionaler Bedürfnisse und der noch fehlende innere und oftmals äußere Halt bilden eine riskante Mixtur, in der sich exzessiver Alkoholkonsum perfekt einfügt. Binge Drinking könnte aus dieser Perspektive als eine Antwort auf unerfüllte jugendliche Sehnsüchte interpretiert werden.

Prävention auf unterschiedlichen Ebenen

Die genannten Ursachen machen deutlich, dass schwere Alkoholintoxikationen unter Jugendlichen nicht allein durch den Ausbau von Aufklärung für diese Zielgruppe zu verhindern sind. Prävention schließt unterschiedliche gesellschaftliche Ebenen ein, und gefragt sind hier insbesondere Erwachsene, da sie die Umwelt, in der Jugendliche aufwachsen, gestalten. Daraus leitet sich für die Vorbeugung schädlichen Trinkverhaltens unter Jugendlichen eine breite Palette von Ansatzmöglichkeiten ab. Für langfristige und nachhaltige Veränderungen sind bildungs- und sozialpolitische Weichenstellungen ebenso erforderlich wie die Umsetzung wirksamer Maßnahmen der Alkoholpolitik auf nationaler Ebene: die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen, Steuern, Verkaufseinschränkungen, Werbeverbote. Diese Ansätze müssen mit regional verankerten Präventionsmaßnahmen gekoppelt werden – ein Ansatz, wie ihn das HaLT-Projekt darstellt.

Das Ziel des im Jahr 2003 entwickelten HaLT-Projektes besteht darin, dass Jugendliche sich in Zusammenhang mit ihrer altersbedingten Risikobereitschaft und Verletzlichkeit durch ihren Alkoholkonsum keinen Schaden zufügen. Das Projekt bietet Jugendlichen nach stationär behandelter Alkoholintoxikation daher zunächst ein Einzelgespräch und anschließend ein eineinhalbtägiges Gruppentreffen an. Diese zeitnahe Reaktion und das sich anschließende Gruppen-Angebot sowie Beratungsgespräche werden als „reaktiver Baustein“ bezeichnet.

Kommunale Präventionsansätze

Wenn Jugendliche mit einer schweren Alkoholvergiftung notärztlich behandelt werden müssen, ist schon einiges schief gegangen. Um gefährliches Rauschtrinken im Vorfeld

¹⁴ Vgl. ebd., S. 156.

zu verhindern, wurde ergänzend zu den individuellen Hilfen der so genannte „proaktive Baustein“ von HaLT entwickelt. Hierbei zielen kommunal verankerte Präventionsmaßnahmen auf die Verhinderung von Alkoholexzessen und einen bewussteren, unschädlichen und genussorientierten Umgang mit Alkohol in der Gesellschaft. Dies gelingt durch die Sensibilisierung breiter Bevölkerungsgruppen, Verantwortung und Vorbildverhalten von Erwachsenen sowie die Ausschöpfung möglicher steuernder Maßnahmen kommunaler Alkoholpolitik. Die strukturelle Verankerung von Standards führt zu Automatismen und ist damit, einmal implementiert, ohne zusätzlichen Aufwand nachhaltig wirksam. Beispiele hierfür sind die Integration von Präventionsmaßnahmen gekoppelt an Festgenehmigungen durch die Ordnungsämter, die Festlegung von Standards in Schulen und Vereinen oder die Integration von Jugendschutzseminaren in der Ausbildung im Einzelhandel.

Auf die Einhaltung bestehender gesetzlicher Bestimmungen wird besonderes Augenmerk gelegt, da ihre systematische Umsetzung erwiesenermaßen eine hohe Wirksamkeit zeigt.¹⁵ Das Jugendschutzgesetz legt Altersgrenzen fest, das Gaststättengesetz verbietet die Abgabe von Alkohol an sichtbar Betrunkene, das so genannte „Apfelsaftgesetz“ regelt die Preisgestaltung. Die Aufmerksamkeit der Ordnungsämter verhindert so genannte „Flatrate-Partys“, welche bestehende Gesetze unterlaufen. In der Praxis zeigt sich, dass die personelle Ausstattung oft zu gering ist, um die oben genannten Ansatzmöglichkeiten systematisch zu nutzen.

Weitere im kommunalen Setting eingesetzte *Methoden und Konzepte* sind beispielsweise

- Vorstellung von HaLT in kommunalen Gremien mit dem Ziel eines positiven Votums oder der finanziellen Förderung;
- Selbstverpflichtungen von Kommunen im Umgang mit Alkohol, zum Beispiel kein Alkohol am Arbeitsplatz (auch nicht an Geburtstagen), keine alkoholischen Präsente, kein selbstverständlicher Alkoholausschank bei Empfängen;

¹⁵ Vgl. Thomas Babor u. a., Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut, Göttingen–Bern–Wien 2005, S. 278 ff.

- Unterstützung für Gemeinden bei „Runden Tischen“, Kombination von ordnungspolitischen und sozialpädagogischen Maßnahmen;
- Seminare für Verkaufspersonal zur Vermittlung von Fakten und Handlungssicherheit (Rollenspiele);
- Unterstützung der Schulen bei der Planung von Klassenfahrten und Schulfesten;
- Integration des Themas Alkoholprävention in Elternabende;
- Leitfaden für Sportvereine; Fortbildungen für Jugendtrainerinnen und -trainer;
- Planung von Festen mit Veranstaltern und der Polizei und Bereitstellung unterstützender Materialien.

Durch die Auswahl von Getränken – beispielsweise den Verzicht auf Spirituosen und süße Mixgetränke und durch attraktive alkoholfreie Alternativen – können Veranstalter den Alkoholkonsum steuern. Zusätzlich geht es um einfach und kostengünstig durchführbare Maßnahmen für Alterskontrollen beim Einlass und der Abgabe von Alkohol. Eltern- oder Peer-Aktionen führen zu einer Sensibilisierung der Gäste. Zum Präventionsansatz gehört auch eine rechtzeitige und umsichtige Reaktion bei aufkommendem aggressiven Verhalten einzelner Gäste oder um die sichere Heimfahrt gerade von betrunkenen Jugendlichen (Ansprechen der Clique, Infos über Busverbindungen, Taxinummern).

Alkoholprävention als Alltagshandeln

Die Verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Teams in den jeweiligen Institutionen und das Verkaufspersonal werden als Expertinnen und Experten vor Ort betrachtet, die von den Präventionsfachkräften Know-How und unterstützende Materialien erhalten, um die Ziele von HaLT aktiv und eigenverantwortlich umzusetzen. HaLT ist kein Abstinenzansatz: „Kein Alkohol für Kinder“ und die konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes stehen neben Zielen einer „schönen Festkultur“ und eines verantwortungsbewussten, genussorientierten Umgangs mit Alkohol. Das Zusammenwirken von Entscheidungsträgern, Fachkräften und Akteurinnen und Akteuren in ihrem alltäglichen Umfeld führt zu Akzeptanz und zu einer nachhaltigen Präventionsarbeit in der Praxis.

Zusammenarbeit von Medizin und Pädagogik – eine Chance für die Prävention

Für die Überleitung betroffener Jugendlicher in das HaLT-Projekt stellen die Scham der Jugendlichen, häufige Schuldgefühle der Eltern, das Prinzip der Freiwilligkeit sowie Datenschutzbestimmungen eine große Herausforderung dar. Grundlage für eine erfolgreiche Kooperation ist ein sensibles Informationsgespräch des Arztes oder der Ärztin mit den Jugendlichen und ihren Eltern. Ziel ist es, über das Präventionsangebot von HaLT zu informieren und für eine tiefere Auseinandersetzung mit der Problematik zu motivieren. Rechtliche Voraussetzung ist das Unterzeichnen der Schweigepflichtentbindung, die an die HaLT-Fachstellen gefaxt wird.

Erster Kontakt am Krankenbett

Der erste Kontakt der Präventionsfachkräfte zu den Jugendlichen, das „Brückengespräch“, findet meist noch am Klinikbett statt, in der Regel werden auch die Eltern mit einbezogen. In der Arbeit mit den Jugendlichen und ihren Familien geht es sowohl darum, den Vorfall aufzuarbeiten, Auslöser zu identifizieren und Jugendlichen das Rüstzeug zu vermitteln, um eine Wiederholung mit möglichen lebensbedrohlichen Folgen zu verhindern. Dabei werden in Familiengesprächen auch das Erziehungsverhalten, die Balance von Freiräumen und Grenzen sowie das elterliche Vorbild im Umgang mit Alkohol angesprochen. Ziel ist darüber hinaus, bei einer komplexeren Problematik weitergehende Hilfen einzuleiten, um einer möglichen Suchtentwicklung vorzubeugen.

Der Reiz von Rausch und Risiko

Ein 12-stündiges Gruppenangebot, der „Risiko-Check“, gibt betroffenen Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, die Möglichkeit, die komatöse Alkoholvergiftung gemeinsam mit anderen aufzuarbeiten. Ziele sind, die Sensibilität der Jugendlichen für die Grenze zur Selbstschädigung zu erhöhen, ihr Verantwortungsgefühl für das eigene Tun zu stärken und den individuellen Punkt des Ausstiegs aus Risikosituationen in der Zukunft innerlich zu verankern. Bei der Konzipierung von Angeboten für Jugendliche wird berücksichtigt, dass gesundheitsschädigende Verhaltensweisen nur dann

aufgegeben werden, wenn die angestrebten unschädlichen Alternativen mit positiven und lustvollen emotionalen Erlebnissen verbunden sind. Aus diesem Grund wird ein zwei- bis vierstündiger erlebnispädagogischer Baustein integriert, der neue emotionale Erfahrungen ermöglicht, welche die Jugendlichen danach unter sozialpädagogischer Anleitung auf Alltagssituationen übertragen.¹⁶ Neben Hochseilgarten und Kletterwand hat sich besonders das Tauchen als eine geeignete Intervention erwiesen, da sich hier leicht Parallelen zum Abtauchen im Rausch erarbeiten lassen. Das Erkunden einer fremden Welt ist faszinierend, aber diese neuen Erfahrungen müssen gut vorbereitet sein und die „Ausrüstung“ muss bestimmten Sicherheitsstandards entsprechen. Auch taucht ein Taucher nie allein, sondern hat einen verlässlichen Partner. Es gibt feste Regeln für den Moment der Umkehr und des Aufstiegs und neben der Verantwortung für sich selbst hat jeder und jede auch das Wohlbefinden der Anderen im Blick. Im zugrunde liegenden pädagogischen Konzept werden Risiken grundsätzlich positiv bewertet. Ziel einer gesunden psychosozialen Entwicklung ist nicht die Vermeidung von riskanten Situationen – dies würde Stillstand bedeuten, weil jede neue Erfahrung, jede Weiterentwicklung mit einem gewissen Risiko verbunden ist, – sondern die Förderung von Risikokompetenz. Dies heißt beispielsweise, informiert sein über die Wirkung und Gefahren von Alkohol, Bewusstsein für den Moment des Ausstiegs sowie die Bereitschaft und Fähigkeit zum Verzicht in bestimmten Situationen. Die Methoden in HaLT-reaktiv orientieren sich am Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung und der Motivierenden Gesprächsführung.

Die Chance von Frühintervention

Mehrere Studien belegen die Wirksamkeit von Frühintervention bei Alkoholmissbrauch. Thomas Babor weist darauf hin, dass Kurzinterventionen im Rahmen von ein bis drei Beratungssitzungen vor oder kurz nach dem Einsetzen alkoholbezogener Probleme beginnen sollten und bestätigt, dass sie zu deutlichen Veränderungen im Trinkverhalten

¹⁶ Vgl. Heidi Kuttler/Sabine Lang, Halt sagen – Halt geben, ein Präventionsprojekt für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum, in: Prävention, (2004) 1, S. 24–26.

führen.¹⁷ Anthony Spirito hat die Wirkung einer am Konzept der Motivierenden Gesprächsführung orientierten Kurzintervention (30 bis 45 Minuten) bei Jugendlichen mit alkoholbedingter Klinikeinweisung überprüft.¹⁸ Die Studie belegt, dass insbesondere diejenigen Jugendlichen nachhaltig profitierten, die bereits im Vorfeld einen schädlichen Alkoholkonsum aufwiesen und zu einer Risikogruppe gehörten. Dabei sanken sowohl die Anzahl der monatlichen Trinktage als auch die Trinkmenge. Spirito sieht die Kliniksituation als ein „sensibles Fenster“ für eine Ansprache Betroffener.

„Wer trinkt sich ins Krankenhaus?“

Ein halboffener Fragebogen, welcher von den HaLT-Fachkräften im Erstgespräch eingesetzt wird, eröffnet Ansatzpunkte für gezielte Präventionsmaßnahmen.¹⁹ Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht um eine wissenschaftliche Studie handelt, sondern um die Begleitforschung eines Praxisprojektes. Auch findet durch die freiwillige Teilnahme an HaLT vermutlich eine Selektion statt.

– Drei Viertel der erreichten Kinder und Jugendlichen sind 16 Jahre alt und jünger, das heißt, die frühe Ansprache der Zielgruppe über das HaLT-Projekt gelingt.

– Das Risiko für Alkoholintoxikationen besteht unabhängig vom Bildungsgrad. 27,3 Prozent der Betroffenen besuchten die Realschule, ebenso viele die Hauptschule und 20 Prozent das Gymnasium.

– Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im HaLT-Projekt lebt nicht mit beiden Eltern in einem Haushalt. Da dies deutlich mehr sind als im statistischen Durchschnitt, kann dies als Hinweis für den erforderlichen Ausbau niedrigschwelliger Unterstützung Alleinerziehender interpretiert werden.

– Die Hälfte der schweren Vergiftungen findet draußen, im öffentlichen Raum, statt (Treffpunkte, Baggersee, Parks, Spielplätze). Hier könnte eine größere soziale Kontrolle reglementierend und schützend wirken.

– Fast ein Viertel der Alkoholintoxikationen geschieht zu Hause oder im Haus von Freunden – dies ist ein Ansatzpunkt für einen verstärkten Blick der Eltern.

¹⁷ T. Babor u. a. (Anm. 15), S. 282.

¹⁸ Anthony Spirito u. a., A randomised clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department, in: the Journal of Pediatrics, (2004), 145, S. 396 – 402

¹⁹ Vgl. H. Kuttler/S. Lang (Anm. 13), S. 155 ff.

Prognos: Wie HaLT funktioniert

Prognos²⁰ sieht eine Stärke des Projektes in der Fokussierung auf die Zielgruppe der Jugendlichen mit gefährlichem Alkoholkonsum. Dadurch wird seine Notwendigkeit auch für die Allgemeinbevölkerung nachvollziehbar. Dies ist für die Akzeptanz des Projektes von Bedeutung, da Alkoholkonsum gesellschaftlich akzeptiert und kulturell stark eingebunden ist. Die aufsuchende Arbeit in den Kliniken und die zeitnahen Hilfen für Betroffene erhöhen die Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft des Projektes im proaktiven Baustein. Durch die Einbindung von Netzwerkpartnerinnen und -partnern aus unterschiedlichsten gesellschaftlichen Bereichen fällt die Rolle der Suchtprävention als isoliertem Mahner weg, trotz geringem Personaleinsatz erhält das Projekt eine hohe Reichweite.

Von der lokalen Initiative zum Bundesmodellprojekt

Das HaLT-Projekt wurde vom Lörracher Präventionszentrum Villa Schöpflin als Reaktion auf einen zunächst lokal festgestellten Trend entwickelt. In Lörrach hatten Ärzte im Jahr 2002 über die Medien Alarm geschlagen: Die Zahl von Teenagern mit schwerer Alkoholvergiftung in der dortigen Kinderklinik hatte sich zwischen 1999 und 2002 von 16 auf 56 erhöht. Das HaLT-Konzept wurde daraufhin gemeinsam mit vielen lokalen Partnern in unterschiedlichen Bereichen entwickelt: Klinik, Kommune und Ordnungsamt, Polizei, Festveranstalter und Schulen. Das Projekt ist zunächst in einer 18-monatigen Pilotphase auf lokaler Ebene erprobt und dabei im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durch das Forschungsinstitut Prognos evaluiert worden. Nachdem sich der Ansatz als qualitativ hochwertig und praxisnah bewährt hatte, wurde seine Übertragbarkeit im Rahmen einer zweieinhalbjährigen Modellphase von zehn weiteren Institutionen in neun Bundesländern getestet. Diese Modellphase ist im Wesentlichen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die beteiligten Bundesländer finanziert worden. Prognos bestätigte die erfolgreiche Übertragbarkeit, vorausgesetzt, bestimmte Umsetzungsstandards würden eingehalten, und bewertete das Pro-

²⁰ Vgl. Prognos (Anm. 8), S. 8 f.

jekt als europäische Best-Practice der Alkoholprävention²¹ Das BMG fördert die bundesweite Verbreitung von HaLT im Rahmen einer dreijährigen Transferphase bis Ende 2009. Mehrere Bundesländer haben Koordinierungsstellen geschaffen und streben die breite Implementierung von HaLT an.

Trendwende als Ziel

Der Trend ist gesetzt: Binge-Drinking und das Trinken von Spirituosen, Trinken aus der Flasche und als Zeitvertreib sind unter der jetzigen Jugendlichen-Generation verbreiteter als früher. Die hohe Präsenz und gesellschaftliche Einbindung von Alkohol bilden zwar einen Risikofaktor, bieten aber gleichzeitig gute Ansatzpunkte für die Prävention. Die bisherigen Erfahrungen mit den Jugendlichen im HaLT-Projekt legen nahe, dass sich riskantes Rauschtrinken zum großen Teil eindämmen lässt, wenn diese einen unschädlichen Umgang mit Alkohol erlernen. Dabei ist es die Aufgabe und die Verantwortung der Erwachsenengeneration, Jugendlichen diesen Umgang zu lehren: durch ihr Vorbild, durch Glaubwürdigkeit und durch die Einhaltung von Gesetzen, welche Jugendliche schützen (Jugendschutzgesetz). Es deutet einiges darauf hin, dass Jugendliche in den vergangenen Jahren zu große Freiräume und zu wenig Orientierung für ihren Umgang mit Alkohol und ihre Freizeitgestaltung erhalten haben. Nur verantwortliches Alltagshandeln aller kann ein Gegengewicht setzen zum – nachvollziehbaren – Konzept der Alkoholindustrie, welche mit großem Werbeaufwand junge Zielgruppen früh an ihre Produkte binden möchte.²² Auf politischer Ebene geht es darum, die erwiesenermaßen wirksamen gesetzlichen Steuerungsinstrumente auch zu nutzen. Wenig erfolgversprechend sind isolierte Maßnahmen für Jugendliche, denn die Ursachen sind weit komplexer. Das zur Zeit vor allem durch die Medien vermittelte Bild einer Problemgeneration von Jugendlichen geht an der Realität vorbei: Die Mehrzahl trinkt moderat oder gar keinen Alkohol²³ und stellt sich den vielfältigen Herausforderungen an ihre Generation. So beinhaltet Prävention auch Wertschätzung und Anerkennung der Leistungen, Belastungen und Bedürfnisse von Jugendlichen in unserer Gesellschaft und die entsprechende Gestaltung ihrer Lebenswelt.

²¹ Vgl. Bundesmodellprojekt „HaLT – Hart am Limit“, Bericht Modellphase II, März 2007, veröffentlicht unter http://www.bmg.bund.de/nn_604240/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Alkohol/HaLT.html.

²² Anmerkung der Redaktion: Siehe hierzu auch den Beitrag von Rolf Hüllinghorst in dieser Ausgabe.

²³ Konsumverhalten 12–17-Jährige: Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007.

Michael Klein

Alkoholsucht und Familie – Kinder in suchtblasteten Familien

Kinder von Suchtkranken gelten als die übersehene Gruppe im familiären Umfeld der Sucht. Nach aktuellen Untersuchungen¹ sind dies in der Bundesrepublik Deutschland 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren – zeitweise oder während der gesamten Kindheit und Jugend. Durch die hohe Zahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist das Thema „suchtblastete Familien“ in Deutschland inzwischen für Familienpolitik und public health-Interventionen als prioritär einzuschätzen.

Zahlen zum Thema Kinder von Suchtkranken

In einer Vielzahl von Studien wurde schon vor Jahrzehnten nachgewiesen, dass Alkoholabhängige überzufällig häufig aus Familien stammen, in denen bereits Vater bzw. Mutter

Michael Klein

Prof. Dr. rer. nat., Klinischer Psychologe/approb. Psychotherapeut, geb. 1954; 15 Jahre als Leitender Psychologe in Fachkliniken für Suchtkranke (Alkohol- und Drogenabhängige) tätig; seit 1994 Professor für Klinische und Sozialpsychologie an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abtlg. Köln. Leiter der dortigen Kompetenzplattform Suchtforschung und des Master-Studiengangs Suchthilfe/Suchttherapie, Abteilung Köln, Wörthstraße 10, 50668 Köln. Mikle@kfhnw.de www.addiction.de

¹ Vgl. Michael Klein, Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven, in: Suchttherapie, (2002) 2, S. 118–124; ders., Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen, 2005 Regensburg (Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung, Bd. 1); ders., Kinder aus alkoholbelasteten Familien, in: ders. (Hrsg.), Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen, Stuttgart 2008, S. 114–127.

oder beide Elternteile abhängig waren. Eine umfassende Studie zur Transmission von Alkoholismus zeigte,¹² dass von knapp 4000 alkoholabhängigen Personen 30,8 Prozent einen abhängigen Elternteil aufwiesen. Männer mit einem abhängigen Vater hatten mehr als doppelt so häufig eine Alkoholabhängigkeit als Männer ohne abhängigen Vater. Als besonders belastet erwiesen sich immer wieder diejenigen jungen Erwachsenen aus einer suchtblasteten Familie, bei denen beide Elternteile suchtkrank waren oder bei denen ein suchtkranker Elternteil seine Abhängigkeit nicht erfolgreich bewältigen konnte.¹³ Diese Ergebnisse stützen die Annahme, dass es *das quantitative und qualitative Ausmaß der Exposition in Bezug auf die elterliche Abhängigkeit ist, das sich pathogen auf die Entwicklung der Mitglieder der nächsten Generation auswirkt*. Junge Erwachsene, deren Eltern ihre Abhängigkeit schon lange überwunden haben oder bei denen nur ein Elternteil suchtkrank war, haben eine vergleichsweise bessere Entwicklungsprognose, die sich vielfach gar nicht von der junger Erwachsener aus normalen Familien unterscheidet. Mütterliche Alkoholabhängigkeit erweist sich – wohl aufgrund der engeren Mutter-Kind-Bindungen und der längeren Interaktionszeiten zwischen Müttern und Kindern – als risikoreicher als eine rein väterliche Abhängigkeit.¹⁴

In jeder siebten Familie ist ein Kind zeitweise, in jeder zwölften dauerhaft von der Alkoholstörung eines oder beider Elternteile betroffen.¹⁵ Kinder von Alkoholikern sind als die größte *Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit* anzusehen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass diese im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern ein *bis zu sechsfach hö-*

heres Risiko haben, selber abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen. Belegt ist auch, dass für Kinder in suchtblasteten Familien das Risiko, an anderen psychischen Störungen (insbesondere Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen) zu erkranken, deutlich erhöht ist.¹⁶ Jedoch ist ausdrücklich *nicht davon auszugehen*, dass *alle* Kinder von Alkoholikern zwangsläufig eine eigene Abhängigkeit oder andere psychische Störungen entwickeln. Die Gruppe der Kinder aus suchtblasteten Familien als Ganze zeigt jedoch zweifelsfrei eine höhere Vulnerabilität gegenüber Verhaltens- und Erlebensstörungen als Kontrollgruppen mit normalem familiärem Hintergrund.

Pathogene und protektive Faktoren

Bei der Transmission von Störungen, also der Weitergabe einer Krankheit von der Elterngeneration auf die Kinder, spielen zahlreiche pathogene und protektive Faktoren eine wichtige abschwächende oder verstärkende Rolle. Dies bedeutet, dass *niedrigschwellige, risikominimierende Prävention und Frühintervention* die Aussichten auf eine gesunde Entwicklung verbessern kann und dass sich – umgekehrt – durch die Untätigkeit der Eltern oder der psychosozialen und medizinischen Helfer die Risiken erhöhen können. So hat sich etwa gezeigt, dass – selbst wenn der suchtkranke Elternteil seine Abhängigkeit nicht erfolgreich in den Griff bekommt – alleine schon die Aufrechterhaltung von – in der Regel gesünderen – Transaktionsmustern und -ritualen aus der Zeit vor der Abhängigkeit das Erkrankungsrisiko für die Kinder gering hält bzw. abschwächt.

Die Ergebnisse neuerer Studien und Metaanalysen¹⁷ belegen, dass vor allem Söhne von Alkoholabhängigen als junge Erwachsene aufgrund *genetisch vermittelter Besonderheiten in ihrem Metabolismus* auf Alkohol oft anders reagieren als Vergleichspersonen, und zwar sowohl subjektiv (d. h. in ihrem eigenen

¹² Vgl. N. S. Cotton, The familial incidence of alcoholism, in: Journal of Studies on Alcohol, (1979) 40, S. 89 – 116.

¹³ Vgl. ebd.; C. Quinten/M. Klein, Langzeitentwicklung von Kindern aus suchtblasteten Familien – Ergebnisse der Thommener Kinderkatamnese, in: Fachverband Sucht (Hrsg.), Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht 1999, S. 235 – 243. (= Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 22).

¹⁴ Vgl. M. Klein, 2001 und 2008 (Anm. 1); K.J. Sher, Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research. University of Chicago Press, Chicago 1991.

¹⁵ Vgl. M. Klein, 2005 (Anm. 1); C. Quinten/M. Klein, M. (Anm. 3).

¹⁶ Vgl. G. Lachner/H.U. Wittchen, Familiär übertragende Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, in: H. Watzl./B. Rockstroh, (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen 1997, S. 43 – 89.

¹⁷ Vgl. V.E. Pollock, Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of alcoholics, in: American Journal of Psychiatry, (1992) 149, S. 1534 – 1538.

Empfinden) als auch objektiv (d. h. mit physiologischen Parametern).

Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor ist *in der Familienumwelt der Kinder suchtkranker Eltern* zu sehen. Die in diesem Zusammenhang am häufigsten anzutreffende Familienkonstellation, bestehend aus einem alkoholabhängigen Vater und einer nicht suchtkranken, aber oft dependenten, ichschwachen oder co-abhängigen Mutter, bringt entscheidende Veränderungen und Gefahren in der Dynamik der betroffenen Familien mit sich. Die Eltern können oft ihren Pflichten als Erzieher der Kinder nicht mehr in ausreichendem Maße nachkommen, da der Abhängige in vielen Fällen auf das Suchtmittel fixiert ist und daher die Kinder kaum mehr wahrnimmt. Die suchtbedingten intrafamilialen Veränderungen wirken sich negativ auf die Familienatmosphäre aus, auf den Familienzusammenhalt, der deutlich schwächer oder auch stärker sein, das heißt, sich insgesamt extremer darstellen kann, sowie auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse (etwa nach Sicherheit, Verlässlichkeit, Geborgenheit) und die Qualität der Eltern-Kind-Bindungen aus.

Das Elternverhalten, insbesondere, aber nicht nur des suchtkranken Elternteils, zeigt mehr *Volatilität*. Hierunter werden abrupte, unberechenbare und meist auch nicht vorhersehbare heftige Verhaltensveränderungen und -schwankungen verstanden. Auch die Grenzen in der Familie ändern sich oft dramatisch: Einer schärferen, oft rigiden Abgrenzung nach außen, zur Umwelt, entsprechen diffuse, unklare Grenzen innerhalb der Familie. Kinder übernehmen bisweilen Eltern- oder Partnerrollen, das System gerät in seiner ursprünglichen Ordnung durcheinander, wird im Extremfall auf den Kopf gestellt. Dieses Phänomen, Parentifizierung genannt – es umfasst, dass Kinder weitgehend Elternrollen und -verantwortung übernehmen –, ist bei Kindern Suchtkranker besonders häufig zu beobachten. Alleinerziehende Suchtkranke stellen eine spezielle Risikogruppe dar, da sie einerseits stärker überfordert sein können und andererseits der bisweilen präventive Effekt des nicht suchtkranken Elternteils („buffering effect“) fehlt.

Von allen Kindern, die in einer alkoholbelasteten Familie aufwachsen, sind diejenigen

besonders gefährdet, bei denen ein Elternteil neben der Alkoholabhängigkeit eine weitere psychische Störung im Sinne einer Komorbidität aufweist oder bei denen das suchtkranke Elternteil dauerhaft unbehandelt geblieben ist.⁸ Auch eine besonders lange Expositionszeit gegenüber der elterlichen Alkoholstörung führt zu stärkeren Belastungen bei den Kindern. Wenn diese der Alkoholabhängigkeit der Eltern länger als vier Jahre ausgesetzt waren, zeigten sie stärkere Selbstwertprobleme, mehr affektiv-depressive Symptome und stärkere parasuizidale Gedanken.⁹

Resilienzen

In jüngster Zeit richtet die Forschung ihr Augenmerk stärker auch auf Kinder, die trotz stressreicher und teilweise traumatisierender Lebenserfahrungen völlig oder weitgehend psychisch gesund geblieben sind. Dem gängigen Störungsmodell, wonach Kinder aus gestörten Familien in erster Linie ebenfalls als gestört und behandlungsbedürftig anzusehen sind, wird das Resilienz- und Stressresistenzmodell gegenüber gestellt, das Raum für positive Entwicklung der Kinder auch unter schwierigsten Umweltbedingungen lässt.

Die stressreiche Lebenssituation wird dabei als eine spezifische Herausforderung („challenge“) begriffen, an die sich bestimmte Kinder besonders gut und flexibel anpassen können.¹⁰ Wolin und Wolin identifizierten aufgrund klinischer Interviews insgesamt sieben intrapsychische Resilienzen, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen können. Unter Resilienz wird eine besonders hohe Stressresistenz bei starker Entwicklungsplastizität verstanden.¹¹ Es handelt sich also um Kinder, die auf der einen Seite eine hohe Toleranz für stressreiche, widrige Ökologien, und auf der anderen Seite eine gute Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Lebensbedingungen aufweisen.

⁸ Vgl. M. Klein, 2001, 2005, 2008 (Anm. 1).

⁹ Vgl. M. Klein, 2005 (Anm. 1).

¹⁰ Vgl. M. Klein, 2008 (Anm. 1); S. Wolin/S. Wolin, Resilience among youth growing up in substance-abusing families, in: Substance Abuse, (1995) 42, 415–429.

¹¹ Vgl. S. Wolin/S. Wolin, ebd.

Die *sieben Resilienzfaktoren* sind wie folgt zu beschreiben:

1. Einsicht, z.B. dass mit dem alkoholabhängigen Vater etwas nicht stimmt;
2. Unabhängigkeit, etwa sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen;
3. Beziehungsfähigkeit, beispielsweise in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen;
4. Initiative, zum Beispiel in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten;
5. Kreativität, etwa in Form von künstlerischem Ausdruck;
6. Humor, beispielsweise in Form von Sarkasmus und Ironie als Methode der Distanzierung;
7. Moral, zum Beispiel in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

Resiliente Kinder haben ein Gefühl für die persönliche Kontrolle ihrer Umwelt (Selbstwirksamkeitserwartung). Diese steht in scharfem Widerspruch zu den Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht, die bei vielen anderen betroffenen Kindern vorherrschen. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass das Kind versteht, dass Schmerz und Leiden in der Familie ungerecht sind und dass es selbst in keinem Falle daran schuld ist. Häufig bringt diese Befreiung vom familiären Denken und Fühlen eine innerfamiliäre Isolation mit sich, die sich am besten durch Helfer außerhalb der Familie überwinden lässt.

Es ist jedoch anzumerken, dass nach den Ergebnissen der wenigen vorhandenen Studien meist nicht mehr als ein Drittel der in Suchtfamilien lebenden Kinder Resilienzen in einem solchen Maße entwickeln, dass sie frei von Störungen bleiben. Es ist daher eine der wichtigsten Aufgaben selektiver Präventionsprogramme, gezielte, frühzeitige Resilienzförderung für die betroffenen Kinder zu leisten.

Hauptsymptome

Zu den von betroffenen Kindern insgesamt am häufigsten genannten Erfahrungen gehört die *Unberechenbarkeit* des elterlichen Verhaltens.¹² Dies bezieht sich verstärkt auf den Alkohol trinkenden, aber auch auf den je-

¹² Vgl. M. Klein, 2005 (Anm. 1).

weils anderen – meist als co-abhängig bezeichneten – Elternteil. Versprechungen, Vorsätze, Ankündigungen usw. werden oft nicht eingehalten, zulgeich herrscht inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten vor. Generell werden sehr viele *Ambivalenzerfahrungen* und *Loyalitätskonflikte* berichtet (etwa manchmal übermäßig verwöhnt und manchmal übermäßig bestraft zu werden; den alkoholabhängigen Elternteil extrem zu verachten und zu hassen, ihn aber auch sehr zu mögen und zu umsorgen; den alkoholabhängigen Elternteil auch im Erwachsenenalter noch kontrollieren zu müssen). In manchen Fällen wurde deutlich, dass Kinder das süchtige Trinken ihrer Eltern auf sich selbst attribuierten, etwa wegen spezifischer eigener Fehlverhaltensweisen oder – im Extremfall – wegen ihrer bloßen Existenz.

Für Kinder in Suchtfamilien gelten besondere Regeln, so etwa, dass extreme Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation geeignete Problembewältigungsverhaltensweisen sind. Es herrschen vor dem Hintergrund volatiler Verhaltensabläufe auch oft sehr starke Belastungssituationen vor.

Die *Belastungssituationen* sind zusammenfassend dadurch gekennzeichnet, dass die Kinder

- mehr Streit, konflikthafte Auseinandersetzungen und Disharmonie zwischen den Eltern erleben als andere Kinder;
- extremeren Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeiten im Elternverhalten ausgesetzt sind;
- häufiger in Loyalitätskonflikte zwischen den Elternteilen gebracht werden;
- Verlässlichkeiten und Klarheiten im familiären Ablauf weniger gegeben sind sowie Versprechungen eher gebrochen werden;
- häufiger Opfer von Misshandlungen (physisch, psychisch, sexuell) und Vernachlässigung werden.

Ein besonders starkes Problem ist die schon erwähnte elterliche Verhaltensvolatilität. Darunter wird der schnelle, unvorhersehbare Wandel des Verhaltens eines oder beider Elternteile verstanden, der für die betroffenen Kinder weder vorhersehbar noch kontrollierbar ist. Insgesamt kann in suchtblasteten Familien von einer erheblichen Verhaltensvarianz ausgegangen werden.

Zu den drohenden Konsequenzen für Kinder aus suchtblasteten Familien sind insbesondere solche Per-

sönlichkeits- und Verhaltensänderungen zu zählen, die auftreten, wenn Personen keine ausreichende Kontrolle über die eigenen Handlungsfolgen und die Umwelt ausüben können. Dazu zählen insbesondere *negative Selbstwirksamkeitserwartung* und *erlernte Hilflosigkeit*. Beide Phänomene treten auf, wenn ein Individuum zu wenige Erfahrungen erfolgreicher Interaktionen mit seinem Umfeld macht und es seine Handlungsziele überwiegend nicht durchsetzen kann. Es ist jedoch anzumerken, dass viele Symptome für Kinder aus Suchtfamilien nicht spezifisch sind, sondern, dass ähnliche Konsequenzen einerseits bei Kindern aus anderen stark dysfunktionalen Familien möglich sind, und, dass andererseits die direkt alkoholbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren (z. B. genetisches Risiko) stark mit anderen Variablen (z. B. familiäre Gewalt) interagieren.

Direkte und indirekte Auswirkungen elterlicher Suchtstörungen

Allgemein ist zwischen *direkten und indirekten Auswirkungen* elterlichen Alkoholmissbrauchs auf die Entwicklung von Kindern zu unterscheiden. *Indirekte Auswirkungen* sind solche, die in Interaktion mit Umwelt- und Familienvariablen ihre Pathogenität entfalten. Bei den indirekten Auswirkungen ist es nicht der Alkohol, die Droge oder die psychotrope Substanz selbst, welche die Schädigung beim Kind hervorruft, sondern es sind die Begleitumstände und Konsequenzen des Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit. Hierzu zählen beispielsweise die Instabilität und Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens, die häufiger auftretenden Formen von Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung, die häufigeren Trennungen und Scheidungen, chronische Konflikte und Streitigkeiten in den Familien, ein erhöhtes Ausmaß an physischer und psychischer Gewalt usw. Im Allgemeinen ist der innerfamiliäre Stress (besonders Duldungs- und Katastrophenstress) deutlich erhöht. Bei den Kindern entwickeln sich Symptome mangelnden Selbstwertgefühls, geringerer Selbstwirksamkeitserwartung und häufig auch Selbsthass und Schuldgefühle.¹³

¹³ Vgl. M. Klein/M. Zobel, Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Kindheit und Entwicklung, in: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, (1997) 6, S. 133–140; M. Zobel, Kinder aus alkoholbelasteten

Zu den möglichen *direkten Auswirkungen* elterlichen Alkoholmissbrauchs auf Kinder zählen an erster Stelle das fetale Alkoholsyndrom (FAS) und die fetalen Alkoholeffekte, im deutschen Sprachraum auch oft Alkohol-embryopathie (AE) genannt.¹⁴ Hinzu kommen Alkoholvergiftungen, die wesentlich häufiger bei Kindern aus suchtbelasteten Familien als bei unbelasteten Kindern auftreten.

Prävention und Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen

Aus dem gesamten Forschungsstand¹⁵ ist abzuleiten, dass für die Pathogenisierung des Kindes in der suchtbelasteten Familie *die Dauer, Art und Häufigkeit der Exposition gegenüber den Folgen des süchtigen Verhaltens eines oder beider Elternteile* entscheidend ist. Daher sind dies auch die für Prävention und Intervention bedeutsamsten Aspekte. Im Folgenden werden Ansätze und Leitlinien der Suchtprävention für Kinder von Suchtkranken dargestellt.

Unter präventiven Aspekten erscheint es ratsam, Kindern von Alkoholikern möglichst früh Hilfen zuteil werden zu lassen, um eine optimale Entwicklung wahrscheinlicher zu machen bzw. erste auftretende Störungen schnell zu behandeln. Daher bewegen sich Frühinterventionen für Kinder aus suchtbelasteten Familien meist an der Grenzlinie zwischen Primär- und Sekundärprävention. Diese Frühinterventionen umfassen oft die ganze Familie. Dabei müssen auf der einen Seite das vorhandene Risiko und die resultierende Vulnerabilität, auf der anderen Seite die bereits vorhandenen Ressourcen genau erfasst werden, um beide Bereiche in Präventionsplanung und effektive Frühintervention einfließen zu lassen. Ansätze der in Deutschland noch nicht sehr weit verbreiteten selektiven Prävention scheinen für diese Kinder besonders geeignet. Darunter sind frühzeitige Hilfen für Risikoprobanden zu verstehen, lange bevor diese selbst ein manifestes Problemverhalten zeigen.

Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen 2006.

¹⁴ Vgl. M. Zobel, ebd.

¹⁵ Vgl. M. Klein, 2001, 2005, 2008 (Anm. 1); K. J. Sher (Anm. 4); G. Lachner/H. Wittchen (Anm. 6); M. Zobel (Anm. 13).

Die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken hat sich als wichtig und wirksam erwiesen. Dies trifft zum einen auf diejenigen Fälle zu, in denen die Eltern (noch) nicht oder nur ein Elternteil (in der Regel der Angehörige) bereit sind, Hilfe anzunehmen, zum anderen – als unterstützende Maßnahme –, wenn die Eltern bereits eine Hilfeleistung erhalten. Im Einzelnen ist bei den Hilfeleistungen für Kinder von Suchtkranken zwischen *Einzel- und Gruppenarbeit* mit den Kindern, *begleitender Elternarbeit* und *freizeitpädagogischen Angeboten* zu unterscheiden. Die Arbeit geschieht in der Regel im ambulanten Kontext, kann aber auch in komplexeren Fällen halb- oder vollstationär, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, erfolgen.

Die wichtigsten Prinzipien für Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen sind in der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetzung der Maßnahmen in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen.

Bereiche der Suchtprävention

Als Bereiche der Suchtprävention für Kinder aus suchtblasteten Familien kommen in erster Linie diejenigen in Frage, die den natürlichen Lebensraum des Kindes darstellen. Dies sind Elternhaus/Familie, Kindergarten, Schule, Peer-Gruppen und spezielle Interaktionsfelder (wie z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Felder der offenen Jugendarbeit).

Elternhaus und Familie: Präventive Bemühungen im Bereich des Elternhauses sind zum einen solche, die sich auf die Schwangerschaft, zum anderen solche, die sich auf die Alkoholerziehung für die Kinder und Jugendlichen beziehen. Da es bisher nicht gelungen ist, die Rate der alkoholembryopathisch geschädigten Neugeborenen erkennbar zu senken, sind hierfür stärkere Anstrengungen notwendig. Dabei sind zum einen (generalpräventiv) jene Ansätze nützlich, die den Pro-Kopf-Alkoholverbrauch der Bevölkerung zu senken versuchen. Dies ist am ehesten durch eine Kombination von nachfragereduzierenden und aufklärenden Maßnahmen zu erreichen. Zum anderen sind spezifische Primärpräventionsbemühungen mit dem Ziel einer Sensibilisierung der Schwangeren und ihres direkten Umfeldes notwendig.

In den Bereich der Alkoholerziehung gehören Ansätze der Information, der Korrektur irrealer oder dysfunktionaler Wirkungserwartungen, der Stärkung der Ablehnungskompetenz in Verführungssituationen, der Steigerung der alkoholfreien Selbstwirksamkeits- und Sozialkompetenz und der elterlichen Erziehungskompetenz. Die Entwicklung umfassender Präventionsansätze, vor allem im Sinne des Lebenskompetenzmodells, ist prinzipiell hilfreich. Allerdings besteht auch die Gefahr, dass diese Ansätze sehr global bleiben und wenig problemverhaltensbezogen sind, dass die Suchtmittel als solche also „außen vor“ bleiben und dadurch eine neuerliche Tabuisierung erfahren, nachdem dies bereits im Klima in der suchtblasteten Familie geschehen sein mag.

Kindergarten und Vorschule: Obwohl fast alle Autoren die Bedeutung möglichst früh ansetzender Prävention betonen, sind kaum valide Ansätze für Präventionsprogramme für Kinder von Suchtkranken im Vorschulalter entwickelt worden. Die Kinder dieser Altersstufen verfügen noch über keine ausreichenden Verbalisierungs- und Strukturierungsfähigkeiten, um für Interventionen aufgeschlossen sein zu können. Sie drücken ihre Situation vielmehr in multiplen Symptomen aus, die – weil nur analog – vieldeutig und schwer interpretierbar sind.

Zur Diagnostik entsprechender frühkindlicher Probleme schlagen Robinson und Rhoden¹⁶ folgende Methoden vor: (1) Beobachtung täglicher Verhaltensroutinen, (2) Spielbeobachtungen, (3) Analyse der emotionalen Anpassung und (4) Aufbau einer intensiven Elternbeziehung. Auch sollten in verstärktem Maße Routineelemente, wie beispielsweise Elternabende oder – noch besser – Elterngespräche, für genauere Beobachtungs- und Verhaltensanalysen genutzt werden. Darüber hinaus wird angeraten, Initiativen im Rahmen von Selbsthilfe und Selbstorganisation, etwa unter dem Motto „Eltern helfen Eltern“, zu stärken und zu fördern, damit auch hier brach liegende Ressourcen entwickelt werden, um die psychische Gesundheit von gefährdeten Kindern zu fördern. Es kann und soll nämlich nicht darum gehen, im Sinne

¹⁶ Vgl. B. E. Robinson/J. L. Rhoden, *Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook*, 2nd Edition, Thousand Oaks 1998.

einer Statusdiagnostik alkoholkrank und erziehungsunfähige Eltern auszumachen und ihre Kinder dauerhaft der Aufsicht des Jugendamtes zu übergeben, sondern die Chancen familienorientierter *und* kindgerechter Prävention und Frühintervention zu nutzen, damit maligne Entwicklungen gar nicht erst entstehen. Dass in Einzelfällen eine Fremdplatzierung des Kindes (etwa eine Pflegefamilie oder ein Heim) als letzte Lösung übrig bleibt, soll dabei jedoch nicht bestritten werden.

Im Rahmen einer am Lebenskompetenzmodell orientierten Suchtprävention gelten für Kinder im Allgemeinen und für Kinder aus suchtblasteten Familien im Besonderen, folgende Präventionsziele: Seelische Sicherheit, Anerkennung und Bestätigung, Freiraum und Autonomie, realistische und glaubhafte Vorbilder, ausreichende Bewegung, richtige Ernährung, Freundeskreis, Verständnis und Liebe, Phantasie, Träume und Lebensziele.

Neben den alkoholerzieherischen sind auch spielerische Ansätze um die Themen „Alltagsdrogen“ (Medikamente, Süßigkeiten), Medienkonsum und Nikotin stärker notwendig. Auch wenn viele Kinder im Vorschulalter sich sprachlich noch nicht so reflektiert ausdrücken können, dass deutlich wird, welche Begrifflichkeiten und Schemata sie bezüglich der erwähnten Alltagsdrogen schon entwickelt und welche Erfahrungen sie schon gesammelt oder was sie bei ihren Eltern diesbezüglich beobachtet haben, ist dennoch davon auszugehen, dass diese frühen Lernerfahrungen entwicklungs- und kognitionspsychologisch von hoher Relevanz sind, vielleicht sogar gerade wegen des eher affektiven als rationalen Lern- und Erfahrungsklimas.

Schule: Die im Bereich der Schule entwickelten suchtpreventiven Programme sind inzwischen immens in ihrer Zahl und reflektieren allzu oft das problematische Klima der Institution „Schule“: Dieses zeichnet sich häufig durch Lerndruck und -stress einerseits und zu wenig Freiraum für pädagogisch sinnvolle Interventionen andererseits aus. Letztere kranken oft an einer Zergliederung der suchtpreventiven Angebote in einzelne Schulfächer. Dass aber diese in Wissens-elemente zergliederte Suchtprävention tatsächlich Fol-

gen auf der Verhaltens- und Selbststeuerungsebene der Schüler haben sollte, ist als eher unwahrscheinlich einzustufen, da eine effektive schulische Suchtprävention neben der Vermittlung von Fakten, Informationen und Wissen vor allem affektive und soziale Qualitäten vor dem Hintergrund psychosozialer Unterstützungssysteme, Beziehungskontinuität und Lebenskompetenz aufweisen muss.

Das Thema der Kinder in suchtblasteten Familien spielt hier – wie bei den meisten suchtpreventiven Ansätzen in Schulen – leider überhaupt keine Rolle. Dass aber die Berücksichtigung des familiären Hintergrundes der Schüler für die schulische Suchtprävention von entscheidender Bedeutung ist, unterstreichen die Ergebnisse zahlreicher Studien. So wurden Kinder aus suchtblasteten Familien erfolgreich in Methoden des Gefühlsmanagements als präventiver Strategie zur besseren Regulierung stark erregender emotionaler Krisen und Konflikte unterwiesen. Darüber hinaus ist es natürlich wichtig, Kinder suchtkranker Eltern in der Schule in ihrer oft verzweifelten Situation überhaupt zu erkennen, sie behutsam zu unterstützen und ihnen adäquat zu helfen, ohne sie zu stigmatisieren. Dies bringt oft ein hohes Ausmaß an Einzel- und Beratungskontakten zwischen Lehrern und betroffenen Schülern mit sich.

Leitlinien für die Prävention für Kinder aus suchtblasteten Familien

Die wichtigsten Prinzipien für Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen sind in der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetzung der Maßnahmen in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen. Wichtig ist, dass umfassend, langfristig und kontinuierlich geholfen wird. Die Hilfen sind zu dokumentieren und zu evaluieren. Die beteiligten Helfer sollten eng zusammenarbeiten. In besonders schwierigen Fällen ist ein konsequentes, engmaschiges Case-Management („nachgehende Fallarbeit“) vorzusehen. Als besonders erfolgversprechend erscheint ein Modell, das die Vorteile der einzelnen Ansätze verknüpft: Ein *familienorientiertes Case-Management mit Elementen des Motivational Interviewings* kommt den Bedürfnissen der beteiligten Kinder und ihren Familien am nächsten und sollte daher in der Praxis erprobt und evaluiert werden. Bisher ist

ein solches Modell in Deutschland noch an keinem Ort eingeführt, geschweige denn evaluiert worden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Frühjahr 2008 jedoch eine solche Maßnahme ausgeschrieben.

Ausblick

Für Kinder von Alkoholikern kann das Risiko einer psychosozialen Schädigung als gesichert gelten. Auch wenn ein gewisser Teil dieser Kinder eine unauffällige Entwicklung nimmt, ist wenigstens ein Drittel stark beeinträchtigt.¹⁷ Entsprechende Konsequenzen für das Hilfesystem sind naheliegend und zwingend: Hierunter fallen Frühintervention, Netzwerkarbeit, spezialisierte, zumindest jedoch problemsensibilisierte Hilfeangebote, Verstärkung der Sekundärprävention, Schwerpunktprävention für Risikogruppen und schließlich ressourcen- und lebensfeldorientierte Hilfen. Kinder von Suchtkranken können dabei als die Gruppe mit dem größten Risiko bezüglich einer späteren Suchtentwicklung besonders von gezielten Präventionsmaßnahmen profitieren.

Schließlich ist noch anzumerken, dass sich Hilfen für Kinder *und* Partner von Alkoholabhängigen in gegenseitiger Abstimmung ergänzen und befruchten sollten. Die Zielgröße heißt dann: adäquate Hilfen für die von Sucht belastete Familie, *für die einzelnen Mitglieder ebenso wie für die Familie als Ganzes*. Dies bedeutet aber auch, dass das Kind in der suchtblasteten Familie ein eigenes Recht auf Unterstützung und Hilfe hat. Wenn verhindert werden soll, dass die Kinder von Suchtkranken oft ein Leben lang unter den Erfahrungen in der suchtblasteten Familie leiden, dürfen diese nicht länger vernachlässigt werden.

¹⁷ Vgl. N. S. Cotton (Anm. 2).

Astrid Zapf-Freudenberg

Alkohol am Arbeitsplatz

Alkohol am Arbeitsplatz ist ein altes und zugleich immer wieder neues Thema. Da gesellschaftliche Entwicklungen weder am Werkstor noch an der Eingangspforte des Betriebes enden, wird es wohl auch aktuell bleiben.

Der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv) ist ein Träger von ambulanten, stationären und komplexeren Suchthilfeeinrichtungen und Integrationsfachdiensten für schwerbehinderte Beschäftigte. Zum Aufgabenfeld der Fachstellen Sucht gehören neben der Beratung, ambulanten Suchthilfe, Vermittlung in stationäre Therapie, Nachsorge und Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, die Suchtprävention in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, u. a. auch die betriebliche Suchtprävention.

Astrid Zapf-Freudenberg

Dipl.-Sozialarbeiterin (FH), Sozialtherapeutin, geb. 1954; Leiterin der Fachstelle Sucht des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv), Moltkestr. 2, 68165 Mannheim. Astrid.Zapf-Freudenberg@bw-lv.de www.bw-lv.de

Am Dienstort in Mannheim habe ich in den vergangenen zehn Jahren ein Netzwerk mit Betrieben im Rhein-Neckar-Dreieck aufgebaut. Gemeinsam mit der Stadt Mannheim veranstaltet dieses Netzwerk Fachtagungen. Es hat sich ein Runder Tisch der Suchtbeauftragten aus dem Rhein-Neckar-Gebiet gebildet, der sich vierteljährlich zum moderierten Erfahrungsaustausch trifft und sich regelmäßig fortbildet.

Die Fachstelle bietet Betrieben vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten zum Thema Suchtprävention, Suchthilfe und Sozialberatung für ihre Beschäftigten.

Im betrieblichen sozialen Bereich lassen sich drei Hauptthemen identifizieren: Suchtprobleme, psychische Erkrankungen und private Überschuldung. Auf den Beratungs- und

Hilfebedarf ihrer Beschäftigten reagieren Betriebe unterschiedlich. Insbesondere Großbetriebe nehmen Vollzeit-Sozialberatungsdienste in Anspruch. Das Thema „Alkohol“ gehört aber zu den nicht gerade attraktiven betrieblichen Themen. So wird bei Veranstaltungen zur betrieblichen Suchtprävention stets die Frage laut: „Hat unser Betrieb tatsächlich alkoholabhängige Beschäftigte?“ Die Reaktionen von Menschen in unterschiedlichen Funktionen zeigen, dass Information und Aufklärung zum Thema dringend notwendig sind. Die Personalleitung sowie Beschäftigte, die im Bereich der Arbeitssicherheit und des betriebsärztlichen Dienstes tätig sind oder dem Betriebsrat/der Mitarbeitervertretung angehören, verfügen bereits über entsprechende Informationen zum Ausmaß von Substanzproblemen im Betrieb und stehen mit ihren Wahrnehmungen oft genug allein da bzw. fordern keine Beratung zum Thema ein.

Suchttherapeuten aus Fachkrankenhäusern – so beispielsweise die ärztliche Leitung des bwlv Fachkrankenhauses Renchtal in Renchen bei Offenburg – sprechen davon, dass es in der Regel ca. acht bis zehn Jahre dauert, bis ein alkoholabhängiger Mensch in eine Suchttherapie vermittelt wird. Da stellt sich die Frage nach der Frühintervention, nach wirksamer Suchthilfe und Gesundheitsförderung im Betrieb. Oft genug wird erst gehandelt, wenn massive arbeitsvertragliche Verletzungen oder ein Unfall im Einzelfall auftreten: Es wird spät interveniert.

Der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol ist in den vergangenen Jahren in Deutschland zwar langsam, jedoch stetig gesunken. Deutschland befindet sich aber beim Alkoholkonsum der Bevölkerung nach wie vor in der europäischen Spitzengruppe. Je höher der Verbrauch ist, zu umso mehr Abhängigkeitserkrankungen und alkoholbedingten Folgeerkrankungen kommt es – neben anderen negativen Effekten. Das Alkoholproblem im Betrieb ist unauffälliger geworden. Betroffene agieren in der Regel verdeckter und heimlicher.

Alkoholranke Beschäftigte haben eine größere Überlebenschance, wenn ihre Auffälligkeiten frühzeitig wahrgenommen werden und wenn entsprechend gehandelt wird. Die Betroffenen verfügen über ein Motiv, um suchttherapeutische Behandlung anzunehmen: den Erhalt ihres Arbeitsplatzes.

Die Einführung von Suchtpräventionsprogrammen scheitern oftmals an den Kosten. Der Nutzen wird dabei außer Acht gelassen. Die Unterstützung durch Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Kammern fallen in diesem Zusammenhang höchst unterschiedlich aus.

Um Suchtprobleme im Betrieb zu lösen, bedarf es eines umfassenden und langfristigen Vorgehens, das die Hilfe im Einzelfall als auch Organisations- und Personalentwicklung einschließt. Der Leitfaden der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm über *die Qualitätsanforderungen der betrieblichen Suchtprävention* ist für dort tätigen Akteure hilfreich und empfehlenswert.¹

Ich umreiße im Folgenden die Grundzüge und Bausteine eines solchen umfassenden und langfristig angelegten Programms, das als *Employee Assistance Programm* (EAP) bekannt ist und unterschiedliche Ausgestaltungen annehmen kann.²

Grundzüge eines Suchtpräventionsprogramms vom Typ EAP

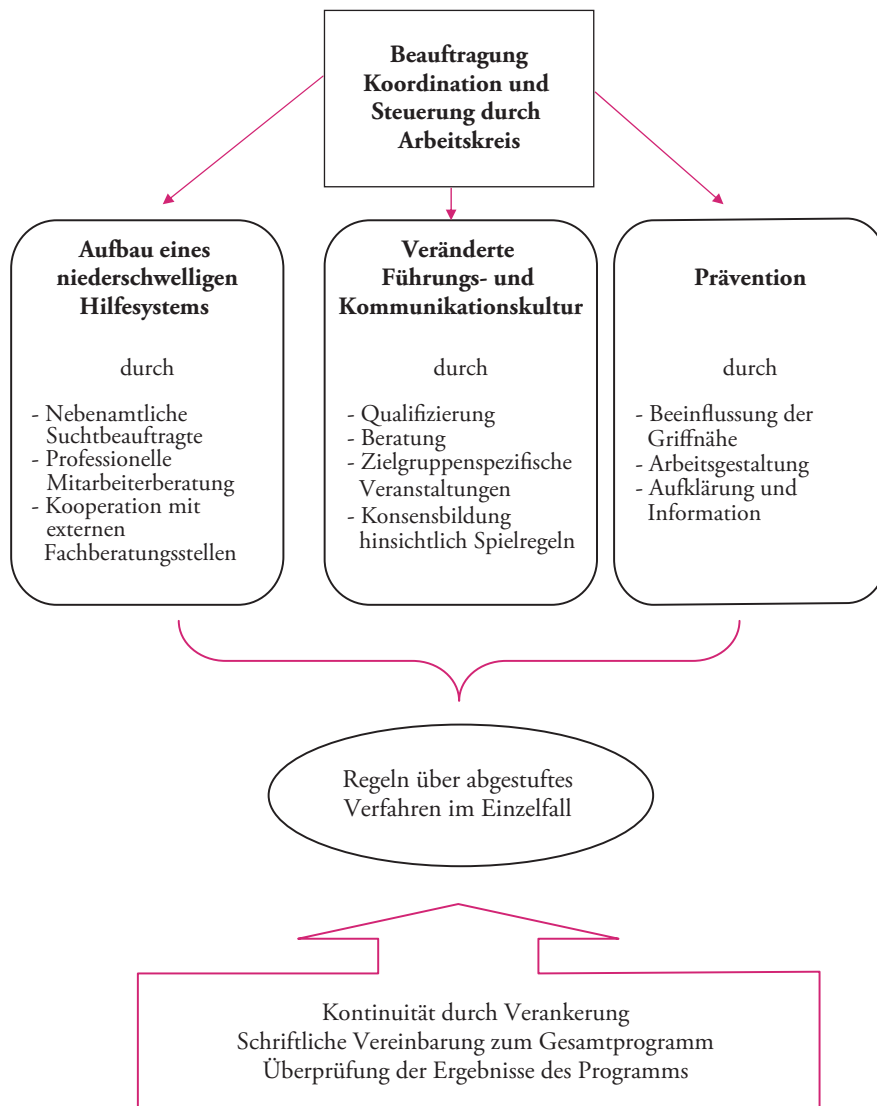
Es ist davon auszugehen, dass der Arbeitsplatz und dessen Erhalt für jeden Menschen von großer Bedeutung, ja essentiell ist. Der Betrieb ist also ein wichtiger Handlungsort, um Menschen zu unterstützen, die sich in persönlichen Problemlagen befinden. Eine betriebsinterne Öffentlichkeitsarbeit bewirbt diese Idee und informiert über die Anlaufstellen.

Das Programm konzentriert sich auf persönliche Problemlagen und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Es wird keine Diagnose im Sinne von Alkoholabhängigkeit gestellt. Vorgesetzte erhalten eine Schlüsselposition und thematisieren in Fürsorge- und Mitarbeitergesprächen Leistungsfähigkeit, arbeitsvertragliche Pflichtverletzungen, soziale Auffälligkeiten und ähnliches mehr. Sie ver-

¹ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm (Hrsg.), Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, in: Informationen zur Suchtkrankenhilfe, (2006) 1 (www.dhs.de).

² Vgl. Reinhard Fuchs/Ludwig Rainer/Martina Rummel (Hrsg.), Betriebliche Suchtprävention, Göttingen 1998, S. 257 ff.

Schaubild: Bausteine eines Suchtpräventionsprogramms



Quelle: R. Fuchs/L. Rainer/M. Rummel, Betriebliche Suchtprävention (Anm. 2).

binden im Gespräch die Konfrontation mit einem Hilfeangebot. Die erste Voraussetzung zur Veränderung ist die Wahrnehmung problematischen Verhaltens der Beschäftigten; die zweite das Handeln aufgrund der Führungsverantwortung des oder der Vorgesetzten. Experten aus der Suchthilfe, der klinischen Psychologie/Psychiatrie stehen im Hintergrund zur Verfügung. Es finden Einzelfallberatungen statt. Ferner beraten Suchtpräventionsfachleute die Betriebe mit dem Ziel, Rahmenbedingungen zur betrieblichen Suchtprävention zu schaffen. Es geht darum,

Zugang zu Behandlungs- und Beratungseinrichtungen und tragfähige Kooperationen zu ermöglichen. Der Betrieb prüft die Kosteneffizienz des Programms (*Schaubild*).

Bausteine eines Programms zur betrieblichen Suchtprävention

Erstens: Auf der Ebene der Geschäftsleitung wird die Entscheidung zur Einrichtung eines *Steuerungskreises* der betrieblichen Suchtprä-

vention getroffen. Management und Geschäftsleitung verfolgen die *Programmziele*: Fehlzeiten senken, Qualitätssicherung, Gesundheitsförderung, Leistungserhalt der Beschäftigten, Erhöhung der Arbeitssicherheit, Konfliktbewältigung und verbessertes Kommunikationsverhalten. Bei der *Besetzung* des Gremiums müssen Vertreter und Vertreterinnen aus den relevanten Bereichen der Arbeitssicherheit, des Betriebsärztlichen Dienstes, der Personalleitung, aus dem Betriebsrat bzw. den Personalräten, aus dem Qualitätsmanagement und der Personalentwicklungsabteilung berücksichtigt werden, sowie natürlich der oder die innerbetriebliche Suchtbeauftragte.

Die *Aufgaben* des Steuerungskreises bestehen in der Installation einer internen Anlaufstelle, die über erste Hilfsmaßnahmen berät und mit dem externen Netzwerk kooperiert; in der Bestellung von Qualifizierungsmaßnahmen für relevante Betriebsgruppen, wie zum Beispiel Führungskräfte mit und ohne Personalverantwortung und Überprüfung der Wirksamkeit; in der Entwicklung eines Leitfadens zum Umgang mit Beschäftigten, die möglicherweise bereits vom Alkohol oder anderen Substanzen, etwa Medikamenten, abhängig sind; in der Regelung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen im Betrieb aufgrund der geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen und in der Evaluation des Gesamtprogramms. Das Gremium wird sich anfangs öfter treffen, später halbjährlich, mindestens aber ein Mal pro Jahr.

Zweitens: Das *Interne Hilfesystem* soll zu einer niederschweligen internen Anlaufstelle werden. Unter Wahrung der Schweigepflicht können betroffene Beschäftigte beraten und ggf. in das Suchtihilfenetzwerk begleitet werden. Das interne Hilfesystem kann ihnen Entscheidungshilfen anbieten. Mitbetroffene Arbeitskolleginnen und -kollegen und Vorgesetzte können bei der Frage der Ausgestaltung von Gesprächen mit Betroffenen unterstützt werden. Es besteht die Möglichkeit, einen externen Dienstleister hinzuziehen, etwa eine Suchtberatungsstelle oder die Sozialberatung eines größeren Betriebes. Die Mitarbeitervertretung kann diese Aufgabe übernehmen oder aber der Betrieb entschließt sich, innerbetriebliche Ansprechpartner als Suchtbeauftragte ausbilden zu lassen. Der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation bildet Fach-

kräfte für betriebliche Suchtprävention aus.¹³ Diese Qualifizierungsmaßnahme ist durch das Ausbildungszentrum der Industrie- und Handelskammer Karlsruhe zertifiziert. Unsere Erfahrungen zeigen, dass sich die Fachkraft durchaus als Motor der innerbetrieblichen Suchtprävention etablieren kann, vor allem, wenn sie es schafft, sich gemeinsam mit anderen relevanten Funktionsbereichen eine interne Infrastruktur und ein externes Kooperationsnetz aufzubauen. Weitere Voraussetzungen dafür, dass diese Fachkraft erfolgreich agieren kann, sind ein spezifisches Qualifikationsprofil und eine klare Funktionsbeschreibung dieser meist ehrenamtlichen Tätigkeit. Darüber hinaus müssen Erreichbarkeit und Freistellung geregelt, die Zugehörigkeit zu einer Supervisionsgruppe sichergestellt, die interne Öffentlichkeitsarbeit gewährleistet werden; schließlich ist ein ausreichendes Budget notwendig. Die Zusammenarbeit zwischen Betrieben und Einrichtungen der Suchthilfe regelt sich schnell, da die Beraterinnen und Berater der Suchtberatungseinrichtungen wegen ihrer Beratungskompetenz und Kenntnisse der Hilfsstrukturen vor Ort geschätzt werden. Ferner sichert die Zusammenarbeit eine frühzeitige Hilfe im Einzelfall.

Drittens: Ein weiterer Baustein im Suchtpräventionsprogramm betrifft das innerbetriebliche *Kommunikations- und Führungsverhalten*. Es gilt, den Gefährdungen der Arbeitssicherheit und Verletzungen der Arbeitspflichten durch den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen oder die Auswirkungen einer Abhängigkeitserkrankung ziel- und lösungsorientiert zu begegnen. Allerdings geraten bei Suchtproblemen im Betrieb auch erfahrene Führungskräfte an ihre Grenzen. Das Erkrankungsbild erfordert Erfahrungen im Umgang mit dieser Personengruppe. Ferner benötigen Führungskräfte einen klaren innerbetrieblichen Leitfaden, der vorgibt, wer was, wann, wie und warum im Einzelfall zu tun hat. Möglichkeiten der praktischen Beratung im Einzelfall sind dabei sehr hilfreich.

¹³ Informationen zur Ausbildung zur Fachkraft für betriebliche Suchtprävention gibt es online unter www.bw-lv.de (Curriculum kann angefordert werden bei: Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH, Renchtalstr. 14, 77871 Renchen).

Führungskräfte intervenieren grundsätzlich in zwei Handlungsfeldern. *Erstens* werden sie sich bei Anzeichen einer Beeinträchtigung des Leistungsvermögens bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten aus Gründen der Arbeitssicherheit einmischen. Die Beachtung dieses Grundsatzes ist – wie die Erfahrung zeigt – allerdings keineswegs selbstverständlich. Das Prinzip der so genannten Punktnüchternheit – des Verzichtes von Alkohol in bestimmten Lebenslagen, hier am Arbeitsplatz⁴ –, muss vom Vorgesetzten eingefordert und durchgesetzt werden. Die Punktnüchternheit sollte in der jeweiligen Unternehmenskultur verankert sein. Hierüber besteht sicherlich Diskussionsbedarf, aber die Erfahrung zeigt, dass der Umgang mit Alkohol im Betrieb nicht nur ausschließlich über Verbote geregelt werden kann.

Das Intervenieren bei diffusen Auffälligkeiten stellt ein *zweites* Handlungsfeld des Vorgesetzten dar. Der konsequente Vorgesetzte führt bei Auffälligkeiten ein Fürsorgesgespräch und beobachtet den Betroffenen oder die Betroffene sensibel. Ein frühzeitig beginnender, auf Vertrauen basierender Dialog zwischen Beschäftigten und Vorgesetzten stellt die soziale Unterstützung durch die Führungskraft sicher; so wird Verhaltensauffälligkeiten von Beschäftigten frühzeitig begegnet, noch bevor es zu Arbeitspflichtverletzungen kommt. Auf diese Weise erhöht sich für beide Seiten die Chance, dass ein problematischer Substanzgebrauch frühzeitig erkannt wird. Führungskräfte sollten in den Gebrauch des Interventionsleitfadens eingewiesen werden, der als Eskalationsmodell die Beschäftigten aufgrund ihrer Arbeitspflichtverletzungen und aufgrund von wiederholten Regelverstößen mit personalrechtlichen Konsequenzen konfrontiert. Diese Maßnahme wird mit einem Hilfeangebot gekoppelt. Um mit diesem Leitfaden praktisch umgehen zu können, benötigen Vorgesetzte Unterstützung. Das Helfen in individuellen Problemsituationen wird gesellschaftlich allgemein als Schadensminimierung oder Schadensabwehr definiert. Als Reaktion des sozialen Umfeldes auf Alkoholprobleme von Beschäftigten

⁴ Mit Punktnüchternheit ist der Verzicht von Alkohol in der Schwangerschaft gemeint, ferner während der Teilnahme am Straßenverkehr oder wenn die Einnahme bestimmter Medikamente einen Alkoholkonsum ausschließen.

dürfte jedoch das Vermeidungsverhalten, also das Nichtreagieren, der Normalfall sein.

Nicht jeder Betriebsangehörige verfügt zudem über Kenntnisse des Erkrankungsbildes „Abhängigkeit“ bzw. „Sucht“ und über Wissen darüber, wie mit Erkrankten umzugehen ist. Hier empfehlen sich Trainings und Aufklärungsmaßnahmen. Es muss vielen Menschen im Betrieb erst vermittelt werden, dass die Voraussetzung für eine Hilfeannahme im Eingeständnis des Suchtkranken liegt, krank zu sein und Hilfe zu benötigen.

Das Eskalationsmodell des Interventionsleitfadens führt die betroffenen Beschäftigten über die Konfrontation mit Ihrem Problem bzw. mit Ihrer Suchterkrankung und die Information über die Konsequenz des drohenden Arbeitsplatzverlustes – falls sie aktiv nichts an der bestehenden Situation verändern – zu konkreten Hilfeangeboten. Viele Beschäftigte und Vorgesetzte wollen diese weitreichenden Konsequenzen für den Betroffenen oder die Betroffene nicht wahrhaben oder nicht daran beteiligt sein. Sie übersehen dabei allerdings die konkreten Arbeitspflichtverletzungen, die Gefahren für die allgemeine Arbeitssicherheit, die Mehrkosten durch entstandene Fehlzeiten, die Mehrbelastung der Kolleginnen und Kollegen, usw. Der Konsument und die Konsumentin von Alkohol haben kein Problem mit der Situation im Betrieb; für alle anderen Beschäftigten sind der Substanzkonsum und dessen Auswirkungen allerdings unter Umständen problematisch. Die Entscheidung zur Intervention fällt leichter, wenn die individuelle Interessenslage klar auf der Hand liegt.

Viertens: Der dritte Baustein eines langfristigen und umfassenden Suchtpräventionsprogramms befasst sich mit der *Prävention*. Hierzu zählen Informations- und Aufklärungsmaßnahmen im Betrieb für unterschiedliche Bereiche und Zielgruppen. Die klare Regelung des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen im Betrieb gehört ebenfalls zu diesem Baustein. Eine weiter zu bearbeitende Fragestellung lautet: Welche Bedingungen erhalten die Gesundheit der Beschäftigten? Was und wie kann der Betrieb dazu beitragen, dass aus Belastungen nicht Beeinträchtigungen werden. Hier stehen also die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen im Betrieb auf dem Prüfstand und die Möglichkeiten

und Forderungen nach Unterstützung. Dieser Baustein ermöglicht inhaltlich die Vernetzung mit der übergreifenden Thematik der Gesundheitsförderung.

Meine Erfahrungen zeigen, dass die meisten Betriebe Beratungs- und Begleitungsbedarf zur Thematik Suchtprävention aufweisen, wobei an die Berater und Akteure im jeweiligen Handlungsfeld bestimmte Qualitätsanforderungen zu stellen sind. Angeraten ist die Implementierung der Suchtprävention in die betriebliche Gesundheitsförderung. Die Suchtprävention sollte allerdings weiterhin ihr eigenes Profil behalten; das Suchtpräventionsprogramm nicht in der allgemeinen Gesundheitsförderung aufgehen. Letzteres würde auf Kosten seiner Wirksamkeit gehen. Betriebliche Suchtprävention lohnt und rechnet sich.¹⁵

Sollten im Betrieb keinerlei Anzeichen für Alkoholprobleme von Beschäftigten vorliegen, so spricht das eher für fehlende Wahrnehmungsfiler in der Organisationsstruktur. Suchtprävention ist in allen betrieblichen Organisationsformen möglich. Es kann davon ausgegangen werden, dass ca. fünf Prozent aller Beschäftigten eines Betriebes behandlungsbedürftig alkoholkrank sind, weitere zehn Prozent sind suchgefährdet, und die bisherigen Zahlen der ein bis zwei Prozent behandlungsbedürftigen medikamentenabhängigen Beschäftigten scheinen sich gegenwärtig zu verdoppeln. Individuelle Problemlagen aufgrund des Gebrauchs illegaler Drogen liegen im Betrieb unter der Ein-Prozent-Marke, sollten deshalb aber nicht vernachlässigt werden.¹⁶ Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen können nicht ausschließlich den Umgang mit legalen und illegalen Substanzen in Betrieben regeln. Hierzu bedarf es einer innerbetrieblichen Auseinandersetzung und Diskussion. Die Übernahme des Prinzips der *Punktnüchternheit* erscheint besonders geeig-

net, muss aber in die Unternehmenskultur Eingang finden.

Der Verzicht von Alkohol am Arbeitsplatz stellt eine weitere Form der Punktnüchternheit in einer bestimmten Lebenssituation dar. Dieses Prinzip fordert keine allgemeine Abstinenz und kein allgemeines Alkoholverbot. Die Menschen können weiterhin in ihrer Freizeit eigenverantwortlich Alkohol konsumieren. Dabei ist allerdings das Thema Restalkohol im Blick zu behalten, das natürlich Relevanz beim Arbeitsantritt und bei der Teilnahme am Straßenverkehr – im konkreten Fall bei der Fahrt zum Arbeitsplatz – hat. An dieser Stelle sollten die Empfehlungen zum *risikoarmen Alkoholkonsum* auf der Homepage der Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm nicht unerwähnt bleiben.¹⁷

Das bestehende Netzwerk zwischen Betrieben, der bwlV Fachstelle Sucht und der Stadtverwaltung in Mannheim hilft, die Suchtprobleme von Beschäftigten in den hier ansässigen Betrieben zu erkennen und den Betroffenen soziale Unterstützung bei der Bewältigung ihrer individuellen Problemlage bzw. einer Abhängigkeitserkrankung anzubieten. Die Wiederherstellung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit Betroffener ermöglicht nicht nur, dass diese ihren Arbeitsplatz behalten, sondern stellt auch ihre gesellschaftliche und berufliche Reintegration sicher. Suchtkranke Menschen in bestehenden Beschäftigungsverhältnissen weisen weniger Rückfälle auf als Beschäftigungslose.¹⁸

Die Netzwerkarbeit führt die Akteure der Suchtprävention auch an die spannende Aufgabe heran, eine Alkoholpolitik im Gemeinwesen mitzugestalten.

¹⁵ Vgl. Bernhard Croissant/Kristin Hupfer/Sabine Loeber/Karl Mann/Andreas Zober, Längsschnittuntersuchung alkoholauffälliger Mitarbeiter in einem Großbetrieb nach werksärztlicher Kurzintervention, *Der Nervenarzt*, 79 (2008) 1, S. 80–85; R. Fuchs/L. Rainer/M. Rummel, *Betriebliche Suchtprävention* (Anm. 2).

¹⁶ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, *Medienpaket Schritt für Schritt – Alkohol am Arbeitsplatz*, Köln 2000.

¹⁷ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm (Hrsg.) (Anm. 1).

¹⁸ Vgl. Dieter Henkel/Uwe Zemlin (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Sucht*, Band 21, 2008.

Alkohol – der Kampf um die Attribute

„Wir sprechen nicht über Alkohol, sondern über Bier“, so Peter Hahn, der Geschäftsführer des Deutschen Brauer-Bundes. Er bringt damit eine Sorge der Branche auf den Punkt: Sie will Bier verkaufen und nicht in eine Schmutzedecke als Hersteller von alkoholischen Produkten gestellt werden. Die öffentliche Diskussion über alkoholbedingte Probleme, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, hat in alle Richtungen sensibilisiert. In diesem Beitrag wird versucht, die Hintergründe der aktuellen Auseinandersetzung um Schadensminimierung und Einschränkungen im Umgang mit alkoholischen Getränken zu beschreiben.

Rolf Hüllinghorst

Sozialpädagoge (grad.), geb. 1944; seit 1990 Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Westenwall 4, 59065 Hamm, huellinghorst@dhs.de

der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Westenwall 4, 59065 Hamm, huellinghorst@dhs.de

Senkung des Pro-Kopf-Konsums oder universelle Prävention?

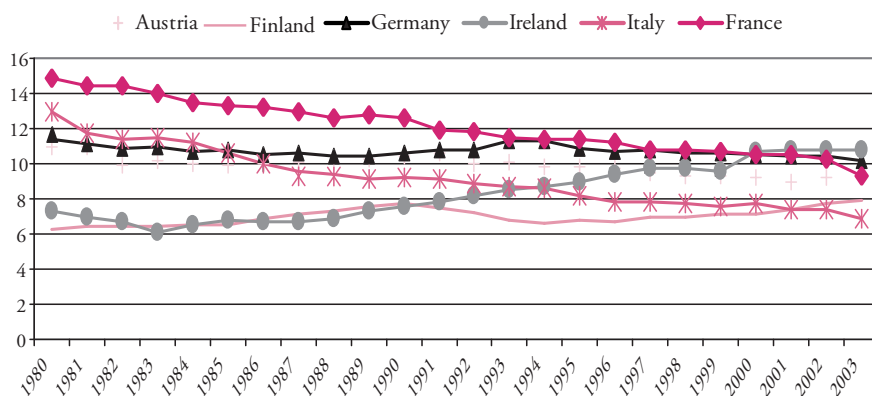
Anfang des Jahres 2008 lud der Deutscher Brauer-Bund seine Mitglieder zu einer „Informationsveranstaltung Alkoholpolitik“ ein. Der Anlass war, die Mitgliedsfirmen auf eine Suchtpräventionskampagne „Bier bewusst genießen“ einzuschwören und sie aufzufordern, der Suchtprävention in ihrem Handeln einen breiten Raum einzuräumen. Eine Reihe von Mitgliedsfirmen berichtete über entsprechende Aktivitäten mit dem Tenor: Es bringt uns Ansehen und schadet uns nicht. „Highlight“ der Veranstaltung sollte ein Referat der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Sabine Bätzing, sein: ein Bericht über die Alkoholpolitik der Bundesregierung. (Eigentlich ist man in der Branche nicht der Meinung, etwas mit der Drogenbeauftragten zu tun haben zu müssen, da Alkohol ja keine Droge sei.) Da diese den Termin nicht wahrnehmen

konnte, informierte der Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Rolf Hüllinghorst, die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Brauer über die Ziele einer Alkoholkontrollpolitik, wie sie auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Union (EU) verstanden wird. Im anschließenden Gespräch wurde ein ganz entscheidender Gegensatz deutlich: Die Brauer verstehen unter Alkoholprävention auf der einen Seite eine universelle Prävention, die sich an alle Kinder und Jugendlichen richtet, auf der anderen Seite eine indizierte Prävention, mit der erreicht werden soll, dass „problematische“ Konsumenten genau diese auffälligen Verhaltensweisen aufgeben. Aufgrund des politischen Drucks akzeptieren sie, dass Bier nicht an unter 16-Jährige verkauft werden soll. Die Brauer haben aber überhaupt kein Verständnis für Maßnahmen, die zu einem Rückgang des Konsums und damit auch des Umsatzes führen könnten. „Wasch mich, aber mach mich nicht nass“ so könnte man die Position der Brauer beschreiben, denn sie sehen grundsätzlich keine Notwendigkeit, den Pro-Kopf-Konsum der Bevölkerung zu senken. Im Gegensatz dazu steht das Ziel der Gesundheitsorganisationen, den Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol in Deutschland um mindestens zwei Liter, von zehn auf acht Liter, zu senken. Nur als Nebenbemerkung: Diese Konsumreduzierung wird in der Branche erwartet. In einem Zeitungsinterview berichtete eine Vertreterin der Radeberger-Gruppe, dass man davon ausgehe, dass der Pro-Kopf-Umsatz an Bier in den nächsten Jahren bis auf 100 Liter sinken werde (aktueller Stand 2006: 116). Und eine weitere Feststellung: Der Umsatzverlust beim Bier wird durch Zuwächse im alkoholfreien Bereich mehr als ausgeglichen.

Die Alkoholindustrie wacht auf

Die schonungslose Darstellung einer wirkungsvollen Alkoholkontrollpolitik in der oben beschriebenen Veranstaltung zeigte Wirkung. „Wir müssen etwas tun. . .“ lautete das Fazit der Funktionäre. Damit waren allerdings nicht die Zielsetzungen der Konsumreduzierung gemeint, sondern Bemühungen, staatlichen Eingriffen zuvor zu kommen. So widmete die „Getränke Zeitung“ (GZ) in ihrer Ausgabe vom 7. Februar 2008 diesem

Abbildung: Pro Kopf Verbrauch reinen Alkohols in ausgewählten EU- Ländern (in Liter)



Quelle: WARC, World Drink Trends 2005.

Thema mehrere Seiten. In einem „Bier-Round-Table“ der GZ wurde die aktuelle Situation ausführlich beleuchtet, und auf dem Titel erschien: „Wir müssen aufwachen“. Das „Wir“ deutete darauf hin, dass es die gesamte Getränke-Branche betreffen würde, und das „Aufwachen“ stand dafür, sich verstärkt in die laufenden Diskussionen einzumischen. Konkret: Es sei an der Zeit, den Bemühungen der WHO, der EU und den entsprechenden Verbänden in Deutschland und Europa einen Riegel vorzuschieben, wenn es um ihre Forderungen nach einer Senkung des Pro-Kopf-Konsums geht.

Was war geschehen?

Im Herbst 2006 hatte die EU-Kommission eine Mitteilung lanciert, die überschrieben war: „Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedsstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“. Dieses Papier¹ zeigte deutlich die Problemlage übermäßigen Alkoholkonsums auf, obwohl die Strategie in den letzten Tagen vor der Veröffentlichung noch deutlich entschärft wurde. Alle Industrieverbände gemeinsam schafften es, die angedachten Konsequenzen in Empfehlungen über die jeweils für sie zuständigen EU-Kommissare (Finanzen, Wirtschaft, Landwirtschaft) zu verwandeln. Die Zielsetzung der Mitteilung besteht nun darin, dass die Mitgliedsstaaten von einander gute Beispiele übernehmen sollten, wenn es darum geht,

den Alkoholkonsum in einem Land zu reduzieren.

Ein Werkzeug dieser EU-Strategie ist die Implementierung des Europäischen Forums „Alkohol und Gesundheit“² und auch die Besetzung dieses Forums war ein Lehrbeispiel für Lobbyarbeit. Der Kommission geht es darum, mit Hilfe des Forums Argumente für ihre restriktive Politik zu finden. Diese Politik ist ja nicht deshalb restriktiv, weil irgendjemand irgendetwas gegen alkoholische Getränke hat, sondern, weil die durch Alkohol verursachten Schäden den wirtschaftlichen Nutzen in der EU bei weitem übersteigen und Alkohol insgesamt dazu beiträgt, die Lebensqualität zu reduzieren und das durchschnittliche Lebensalter zu verringern. Die Konsequenz wäre, nur Vertreterinnen und Vertreter von Gesundheitsorganisationen zu berufen. Jetzt ist das Forum etabliert und es treffen sich dort auf der einen Seite Vertreterinnen und Vertreter von Nicht-Regierungsorganisationen des Gesundheitsbereiches, aber auch von den Zusammenschlüssen der Brauer, Brenner und Winzer sowie der multinationalen Konzerne.

Wenngleich es der Alkoholindustrie gelungen ist, ihre Mitarbeiter in diesem Forum zu platzieren, so können sie nicht mehr verhindern, dass über Alkohol mit der Zielsetzung gesprochen wird, dessen Konsum in Europa insgesamt zu reduzieren. (Die Lobbyarbeit

¹ Vgl. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_com625_de.pdf

² Vgl. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/alcohol_forum_en.htm

aller Organisationen bei der Besetzung der Unterausschüsse (für Jugend und für Marketing) und des wissenschaftlichen Beraterkreises zu beschreiben – das wäre aber vermutlich nicht „alkoholspezifisch“, sondern beschriebe lediglich den Lobbyismus generell.)

Die Rolle der Werbewirtschaft

Im EU-Forum Alkohol und Gesundheit sind natürlich auch die Europäischen Agenturen der Werbewirtschaft Mitglieder; in der Arbeitsgruppe Marketing ist der Deutsche Zentrallausschuss der Werbewirtschaft (ZAW) vertreten. Auch hier: Frust, dass man sich mit der Rolle des Alkohols beschäftigen muss, ständiges freundliches Arrangieren, um Schlimmeres zu verhindern und – auch das ein übliches Spielchen im Lobby-Betrieb – das Anzweifeln von Methoden der Untersuchungen, deren Ergebnisse nicht so sind, wie man sie gerne hätte.

Erste Zusammenfassung

Das Alkohol produzierende Gewerbe und die Werbewirtschaft sind hoch sensibilisiert, wenn es um das Thema Alkohol geht. Sie haben dabei alle Erfahrungen im Kopf, welche die Tabakindustrie machen musste. Erinert sei hier an die Verteuerung der Zigaretten, an die Einschränkungen in der Verfügbarkeit und das Verbot bestimmter Werbung. So ist es das eindeutige Ziel der Industrie, auf der einen Seite den bisherigen Umsatz zu halten, keine Einschränkungen wie die Tabakindustrie hinnehmen zu müssen, aber auf der anderen Seite der Politik zu signalisieren: „Wir sind bereit etwas zu tun, wir sind auf ihrer Seite.“

Einschränkungen sind notwendig

Alkohol ist ein gefährliches Produkt. Wenn Alkohol heute das übliche Verfahren zur Zulassung als Medikament durchlaufen müsste, würde es sicher wegen seiner vielen Wirkungen zugelassen werden – sich dann aber im Betäubungsmittelgesetz wiederfinden, wahrscheinlich in Anlage 3: Verschreibungsfähig unter allen Restriktionen des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittel Verschreibungs-Verordnung. Nur die lange Geschichte des Umgangs mit alkoholischen Ge-

tränken in unserer Gesellschaft ist der Grund für die aktuelle Zuordnung zum Lebensmittelrecht.

Gründe, welche die Gefährlichkeit des Suchtmittels Alkohol beschreiben:

1. Alkohol ist eine toxische Substanz, die nahezu alle menschlichen Organe schädigen kann und mehr als 60 verschiedene akute und chronische Krankheiten verursacht.
2. Alkohol ist ein Stoff, der das Potential für Abhängigkeit in sich birgt wie jede andere Droge auch. Es gibt bisher keine Möglichkeit festzustellen, ob jemand ein biologisch erhöhtes Risiko hat, alkoholabhängig zu werden oder nicht.
3. Alkohol ist eine wichtige gesundheitliche Determinante. Nach Bluthochdruck und Tabakkonsum bietet Alkoholkonsum das dritthöchste Risiko für Krankheit und vorzeitigen Tod.
4. Alkohol schädigt Menschen, die selbst keinen Alkohol trinken. In Deutschland werden jährlich ca. 3 000 Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom, auch Alkoholembryopathie genannt, geboren. Jährlich geschehen über 50 000 Verkehrsunfälle, bei denen Alkohol im Spiel ist. Bei über 20 000 davon kommt es zu Personenschäden. Fast jede dritte Gewalttat in Deutschland wird unter Alkoholeinfluss begangen. Ca. 2,65 Millionen Kinder von Alkoholabhängigen bzw. missbrauchenden Eltern werden durch den Alkoholkonsum ihrer Eltern für ihr zukünftiges Leben negativ geprägt und in ihren gesellschaftlichen Chancen beeinträchtigt.
5. Alkohol ist eine Ursache für gesundheitliche Ungleichheit. Obwohl ärmere Menschen häufiger abstinent leben als reichere, haben sie insgesamt gesehen ein höheres Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln oder Alkohol zu missbrauchen.
6. Alkohol verursacht ökonomische Kosten, die höher sind als der mögliche ökonomische Nutzen. Allein die Kosten, die durch alkoholbezogene Krankheiten verursacht werden, werden in Deutschland pro Jahr auf ca. 20 Milliarden Euro geschätzt. Hinzu kommen Kosten von alkoholassoziierten Delikten, die etwa der Polizei, Gerichten, Gefängnissen und Versicherungen entstehen, sowie Kosten durch Produktivitätsverluste aufgrund alkoholassoziiierter Fehlzeiten und Arbeitslosigkeit.

Aktuelle Situation der Alkoholkontrollpolitik in Deutschland

Am 23. April 1975 beschlossen die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren des Bundes und der Länder, ein „Aktionsprogramm zur Verhütung und Eindämmung des Alkoholmissbrauchs“. Das war vor dem Hintergrund des ständigen Anstiegs des Alkoholkonsums (1960: 7,8 l, 1970: 11,2 l) auch dringend erforderlich. Dennoch verschwand die Pläne nach nur wenigen eingeleiteten Maßnahmen im Bereich der Primärprävention in den Schubladen und der Alkoholkonsum stieg 1980 auf den höchsten Stand in der Deutschen Geschichte: 12,9 Liter trank der Bundesbürger im Schnitt, alle Kinder und Greise mitgerechnet.

Ein weiterer Anlauf wurde 1997 gemacht – wieder waren es die Gesundheitsminister und -senatoren, die diesen starteten. In ihrer 70. Konferenz in Saarbrücken – Horst Seehofer war Bundesminister für Gesundheit – verabschiedeten sie eine EntschlieÙung zu einem vorab erstellten Aktionsplan Alkohol. Diese Papiere bzw. Hinweise, die vor allem auf den Bemühungen des Regionalbüros Europa der WHO beruhten, wurden schon wesentlich ernster genommen. Die Bedeutung dieses Aktionsplans bestand im in erster Linie darin, dass das Thema auf die politische Agenda gesetzt worden war, ungeachtet erheblicher Bedenken, wonach man „das Alkoholproblem doch nicht so hoch hängen solle“.

Jetzt plant die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing, einen neuen Anlauf, um insbesondere den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen einzudämmen und die alkoholbedingten Risiken, Probleme und Störungen zu reduzieren. Die Drogenbeauftragte wird durch einen Drogen- und Suchtrat beraten,¹³ dem Vertreter aller relevanten Ministerien, die entsprechenden Länderkonferenzen und Fachleute aus dem Bereich der Sozialleistungsträger, der Wissenschaft, der Suchthilfe und der Selbsthilfe angehören. Dieser wiederum gab seinem Unterausschuss Prävention den Auftrag, alle Fakten darüber zusammenzutragen, wie der Alkoholkonsum in Deutschland reduziert werden könnte. Dar-

aus ist ein umfassendes Papier entstanden: „Empfehlungen für ein Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention“.

Alle Vorlagen des Drogen- und Suchtrates werden in den entsprechenden Gremien auf der Ebene der Bundesländer vorberaten. Spätestens dann gibt es in den Beratungen keine Vertraulichkeit mehr. Die Wege zu den Industrieverbänden sind kurz. Und es begann eine öffentliche Diskussion, ohne dass die interne bereits stattgefunden hatte. Der Zentrallausschuss der Werbewirtschaft reagierte mit einem eigenen Positionspapier. Dabei ging es ihm natürlich in erster Linie um die Rolle der Alkoholwerbung. Der Entwurf für ein Aktionsprogramm sieht unter Punkt 4.6 eine „Senkung des Alkoholkonsums durch gesetzliche Maßnahmen“ vor. Erläuternd wird ein „Alkohol-Werbe-Kontrollgesetz“ vorgeschlagen, mit dem zum Beispiel auf dem Verordnungswege Alkoholwerbung in den Medien untersagt werden kann, die über Produktinformationen hinausgeht. Wie bedrohlich allein die Formulierung in einem noch nicht beratenen Arbeitspapier für die Werbewirtschaft – vielleicht aber auch nur für einige in langen Dienstjahren dünnhäutig gewordene Funktionäre – ist, bewiesen die Reaktionen. „Werbung der Wirtschaft: Nach dem Tabak nun der Alkohol“, so lautete die markige Überschrift der Pressemeldung des ZAW am 11. März. Als Dreingabe gab es ein umfangreiches Argumentationspapier, in dem interpretiert und häufig haarscharf daneben argumentiert wurde. Wie bedroht sich der ZAW fühlte, zeigt sich daran, dass die Werbewirtschaft Mitglieder des Drogen- und Suchtrates zu diffamieren versuchte und der Drogenbeauftragten unterstellte, sich auf „Einflüsterer“ zu verlassen. Eine im Lobbygeschäft eher selten genutzte Variante – man muss schon sehr mit dem Rücken zur Wand stehen.

Das war erst der Anfang

Außenstehenden werden die Zusammenhänge in der Wirtschaft erst dann deutlich, wenn sie selbst betroffen sind. Erst dann wird transparent, wie weit das Zusammenspiel in der Wirtschaft geht und wie stark die Interessen miteinander verflochten sind. So dauerte es nicht lange, bis sich der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) zu Wort meldete. Hier ging es dann nicht mehr allein um

¹³ Vgl. http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604820/DE/Presse/Pressemitteilungen/Archiv/Presse-Drogenbeauftragte-2006/pm-7-3-06.html

die Werbung für alkoholhaltige Getränke, sondern hier wurde nun die freie Marktwirtschaft generell ins Feld geführt. In das gleiche Horn bliesen dann die weiteren Verbände, wie der Hauptverband des deutschen Einzelhandels oder der Bundesverband der Deutschen Zeitungs- und Zeitschriftenverleger.

Natürlich ist es auch nicht im Interesse der Gesundheitsorganisationen, dass sich die Bundesrepublik vom Prinzip der sozialen Marktwirtschaft entfernt. Dies geschieht dann, wenn der mündige Bürger keine Möglichkeiten der Auswahl und der Information mehr hat. Deshalb kommt man bei einer Diskussion um die Freiheit der Marktwirtschaft immer wieder zu dem Ergebnis, dass mit Einschränkungen sehr sorgsam umzugehen ist. Doch die Diskussion muss auf die einfache Frage zurückgeführt werden: Sind alkoholhaltige Getränke gefährliche Produkte? Diese Frage mit „Ja“ zu beantworten, dafür gibt es gute Gründe.

Das bestreiten die Verbände der Alkoholkonsumwirtschaft vehement. Sie bestehen darauf, dass es sich bei den von ihnen hergestellten alkoholischen Getränken um normale Konsumgüter, ja Kulturgüter handelt. Dazu nur ein Beispiel: Brauer, Brenner und Winzer sind sich einig, dass „Alkohol ein ungefährliches Produkt“ sei. „Bier bewusst genießen“, so lautet eine Aussage im Kodex der Deutschen Brauer. Aber genau hier fängt es an. Alkoholabhängige Menschen können Bier nicht bewusst genießen, sie sind abhängig von einem Zellgift, das schwerwiegende Folgen physischer und psychischer Art hat. Hier führt der Weg zum Kern der Diskussion über die gesellschaftliche Bewertung: Die Brauer publizieren es immer wieder: „Alkohol ist gesund“. Doch dafür gibt es keinerlei Belege. Die Brauer sprechen immer wieder davon, dass „mehr als 95 Prozent der Bevölkerung verantwortlich‘ trinken, mit Alkohol umgehen könnten“. Das ist falsch, denn auf der einen Seite gibt es mehr als vier Millionen Menschen in Deutschland, die keinen Alkohol trinken – zu einem großen Teil deshalb, weil sie ehemals abhängig waren, und darüber hinaus gibt es weitere zehn Millionen Menschen, die einen riskanten Konsum pflegen. Das bedeutet, dass sie täglich mehr Alkohol trinken als gesundheitlich unbedenklich ist.

Das Robert Koch Institut hat im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gerade Heft 40, Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen, vorgelegt. Ein Fazit dieses interessanten Berichtes lautet: „Etwa 22 % der 18 bis 59 Jahre alten Erwachsenen trinken Alkohol in einem Ausmaß, in dem auf Dauer physische, psychische und soziale Schäden zu erwarten sind.“⁴ 5 oder 22 Prozent – dazwischen liegen Welten. Aber geht es überhaupt um diese Relation? Geht es nicht um die Verantwortung für all die Menschen, die Problem im Umgang mit dem Alkohol haben? Und geht es nicht vor allen Dingen auch um die Kinder und Jugendlichen, die sich trinkende Erwachsene zum Vorbild nehmen und damit in eine Trinkkultur hineinwachsen, welche die Gesellschaft bedroht?

Problematischer Umsatz

Sowohl in der Diskussion als auch in der Bewertung geht es immer wieder um die gleiche Frage: Steht die Senkung des Pro-Kopf-Konsums im Mittelpunkt der politischen Bemühungen, weil dadurch sichergestellt werden kann, dass die alkoholbedingten Schäden insgesamt reduziert werden können, oder geht es darum, den Einzelnen zu einem möglichst vernünftigen Trinkverhalten zu bringen? Abgesehen einmal von dem generell hohen Risikopotential alkoholischer Getränke muss man zur Kenntnis nehmen, dass 10 Prozent der Bevölkerung – und das sind die 10 Prozent, die nicht oder nur schlecht mit dem Alkohol umgehen können – 50 Prozent der alkoholischen Getränke konsumieren. Das bedeutet: Wenn die Brauer, Brenner und Winzer ihre Produkte nur an diejenigen verkaufen würden, die vernünftig damit umgehen, so würde das einen Umsatzrückgang von 50 Prozent bedeuten. Fünf Liter Alkohol pro Kopf der Bevölkerung – das wäre für Menschen im Gesundheitsbereich ein Traum. Damit wären die Risiken, Probleme und Störungen drastisch reduziert. Aber genau dies ist für Hersteller, Verteiler und Werbewirtschaft ein Alptraum. Diese (Umsatz-)Zahlen erklären am deutlichsten, warum aktuell so massiv gestritten wird.

⁴ Vgl. http://www.rki.de/cln_049/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/alkoholkonsum.html

Ausblick

Lobbying bedeutet, Positionen zu vertreten im Wissen darum, dass Dritte – meist die Politik – entscheiden. Daher geht es letztendlich immer um Kompromisse.

Der Kompromiss in Deutschland muss darauf hinauslaufen, dass

- der Gesamtkonsum alkoholischer Getränke in den nächsten Jahren um zwei Liter reduziert wird;
- Kinder später mit dem Alkoholkonsum beginnen und
- die Zahl der Abhängigen und insbesondere der durch Abhängigkeit mitbetroffenen Familienmitglieder massiv reduziert wird.

Hier soll nicht ganze Palette der politisch sinnvollen und wirksamen Maßnahmen aufgeführt werden, sondern es sollen nur zwei Aspekte herausgestellt werden.

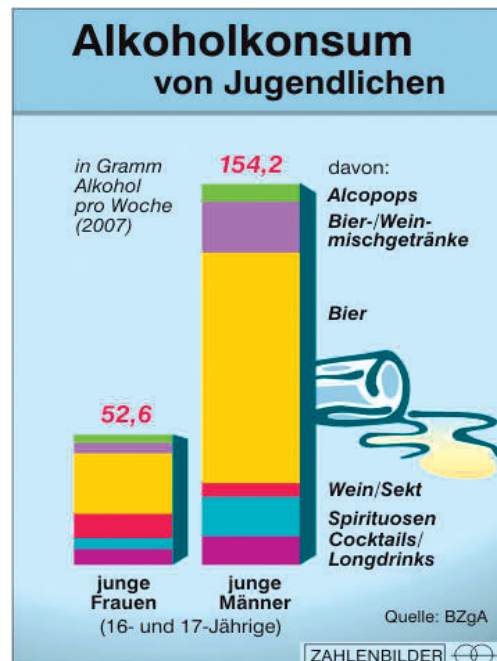
Werbung: Bereits jetzt gibt es „Verhaltensregeln des Deutschen Werberates über die kommerzielle Kommunikation für alkoholhaltige Getränke“. Darin ist festgelegt, auf welche Werbeformen und Werbearten bei der Werbung für alkoholische Getränke verzichtet werden soll. Bei Nichtbefolgung dieser Regel können Wettbewerber oder Bürger intervenieren und sich beschweren. Über Beschwerden allerdings entscheidet der Zentralausschuss der Werbewirtschaft selbst und allein. Hier werden sich drei Dinge ändern müssen: Es gilt

1. die Regeln massiv zu verschärfen;
2. die Überprüfung zu demokratisieren, das heißt auch, dass Außenstehende in das Kontrollgremium aufgenommen werden müssen, und
3. eine Sanktionierung zu ermöglichen.

Die Werbewirtschaft hat aktuell zwei Möglichkeiten: Sie hat die Chance, diese Änderungen selbst freiwillig vorzunehmen oder sie kann auf weitergehende gesetzliche Vorschriften warten.

Alkoholverkauf: Wenngleich es Unterschiede in der Bewertung alkoholischer Getränke gibt, so könnte man sich darauf einigen, dass es sich um ein „besonderes“ Konsumgut handelt. Das bedeutet, dass beim Verkauf bedeutend mehr Sorgfalt an den Tag gelegt werden müsste. Es gilt sicherzustellen, dass nicht an unter 16- bzw. 18-Jährige verkauft wird und dass Wirte erkennbar alkoholisierten Gästen nicht nachschenken. Gleichzeitig muss aber auch akzeptiert werden, dass es Situationen gibt, bei denen für alkoholhaltige Getränke eine Null-Toleranz gilt. Das betrifft zum Beispiel den Straßenverkehr, und das muss auch für Tankstellen und Raststätten gelten. Kein Alkoholverkauf an Tankstellen muss das Ziel sein – der Kompromiss wird darin liegen, dass der Verkauf zeitlich limitiert wird.

Die Liste der notwendigen Maßnahmen und der zu erreichenden Kompromisse kann beliebig verlängert werden. Vor der Einigung steht jedes Mal der Kampf um „Gut“ und „Böse“.



© Erich Schmidt Verlag

292 319

Karl Mann

Neue Forschungsergebnisse zur Alkoholabhängigkeit

Für mehr als zehn Millionen Menschen in Deutschland wird ein Behandlungs- oder zumindest ein Beratungsbedarf zu alkoholbezogenen Störungen veranschlagt. Die bekannten Prävalenzraten¹

Karl Mann

Prof. Dr. med., geb. 1948; Präsident der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie; Professor am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, J 5, 68159 Mannheim. sucht@zi-mannheim.de

von ca. 1,6 Millionen akut Alkoholabhängigen sind eher konservative Schätzungen, welche die „unterste Grenze“ der Prävalenzen angeben. Methodisch bedingt, sind in der zu Grunde liegenden „Bundesstudie“ sehr schwer Kranke mit schlechtem sozialem Funktionsniveau unterrepräsentiert. Daher wird bei Analysen des Versorgungsbedarfs meist von zwei Millionen Alkoholabhängigen in Deutschland ausgegangen. Der Anteil der tatsächlich einer spezifischen suchtmmedizinischen Behandlung zugeführten Alkoholabhängigen liegt bislang unter zehn Prozent. Die überwiegende Mehrheit der Alkoholabhängigen in Behandlung findet sich in den Allgemeinkrankenhäusern (30–35 %) und in den Praxen niedergelassener Ärzte (70–80 %), wo in der Regel die alkoholbedingten Folgerkrankungen und nicht die zugrunde liegende Suchterkrankung behandelt werden.

Folgen der Alkoholabhängigkeit

Alkoholkonsum führt zu akuten gesundheitlichen Störungen (Intoxikation, Alkoholentzugssyndrom, Delir, Krampfanfall etc.) und zu chronisch degenerativen Alkoholfolgekrankheiten (äthyltoxische Leberzirrhose, Polyneuropathie, Hirnatrophie etc.). Die Sta-

dien im Verlauf der Abhängigkeit und die körperlichen Folgen von Alkohol entwickeln sich dabei offensichtlich *geschlechtsspezifisch* unterschiedlich schnell (Teleskop-Effekt). Bildgebende Untersuchungen zu der neurotoxischen Alkoholwirkung sprechen für eine erhöhte Vulnerabilität² von Frauen.

Die Betrachtung der medizinischen Folgen wird zunehmend um den Blick auf die öffentliche Gesundheit mit epidemiologischen und ökonomischen Aspekten erweitert. Benutzt man die von der Weltgesundheitsorganisation WHO propagierte Zusammenfassung aller Krankheitslast in das Maß der „DALYs“ (*Disability adjusted life years*), welches Mortalität und Morbidität berücksichtigt und die durch Behinderung oder Tod verlorenen Lebensjahre beschreibt, so nehmen der Tabakkonsum mit 12,2 Prozent und der Alkoholkonsum mit 9,2 Prozent in den Industrienationen die Plätze 1 und 3 der Ursachen für die Krankheitslast ein.

Vom Bundesministerium für Gesundheit wurden einmalig für das Jahr 1995 die *Kosten* alkoholbezogener Störungen erhoben. Auf der Basis dieser Daten ergeben sich 8,1 Milliarden Euro direkte Kosten (Behandlung, unterstützende Maßnahmen) für die Versorgung Alkoholkranker inklusive der Alkoholfolgekrankheiten – und damit annähernd so viel wie für die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen und Neoplasien³ zusammengenommen. Zusammen mit den indirekten Krankheitskosten (Produktionsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Frühberentung, Mortalität) von 11,9 Milliarden Euro betragen die Gesamtkosten damit rund 20 Milliarden Euro pro Jahr.

Früherkennung

Das ideale suchtmmedizinische Konzept sollte mit niedriger Zugangsschwelle möglichst viele Betroffene und diese möglichst früh erreichen bzw. sollte aktiv auf diese zugegangen werden, noch bevor sie gesundheitlich und

¹ *Anmerkung der Redaktion:* Die Prävalenzrate ist eine medizinische Kennzahl, die Aussagen über die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen erlaubt.

² *Anmerkung der Redaktion:* Vulnerabilität = Verwundbarkeit.

³ *Anmerkung der Redaktion:* Neoplasien = Tumorerkrankungen.

Kurzinterventionen und motivierende Gesprächsführung

sozial „am Boden angekommen“ sind. Das Konzept muss an die Schwere der Suchterkrankung, an das Krankheitsbewusstsein und an die Veränderungsmotivation angepasst sein sowie wirksam und wirtschaftlich funktionieren. Um spätere Folgen zu vermeiden und die Dauer der Erkrankung zu verkürzen, ist es wichtig, dass Gefährdete und Betroffene über Früherkennung und Frühintervention zahlreicher und früher erreicht werden. Die Maßnahmen der traditionellen suchtmmedizinischen Versorgung schwer kranker Alkoholabhängiger sind für das Klientel, welches einer sekundären Prävention bedarf, zumeist ungeeignet, da dies bereits Problembewusstsein und Motivation zur Behandlung voraussetzt. Davon abgesehen kann das traditionelle suchtmmedizinische Versorgungssystem aufgrund des hohen Aufwandes nicht einmal den Versorgungsbedarf der schwer Abhängigen decken.

Die überwiegende Mehrheit der Menschen mit Alkoholproblemen findet sich in den Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung (Allgemeinkrankenhäuser und niedergelassene Ärzte). Repräsentative Stichprobenuntersuchungen internistischer und chirurgischer Stationen im Allgemeinkrankenhaus haben gezeigt, dass bei 12,7 Prozent der Patienten eine aktuelle und bei 2,6 Prozent eine remittierte Alkoholabhängigkeit,¹⁴ bei 4,8 Prozent ein schädlicher Alkoholgebrauch zu diagnostizieren ist. Damit sind ein Fünftel der Krankenhausbetten auch „Suchtbetten“ und potentiell Ziel von Frühinterventionen. Der Aufenthalt in Einrichtungen der primärmedizinischen Versorgung bietet sich für die Initiierung einer weiterführenden suchtmmedizinischen Diagnostik und Therapie an. Tatsächlich erfolgen aber nur sehr wenige Zuweisungen von primärmedizinischen an suchtmmedizinisch spezialisierte Einrichtungen. Betroffene im Vor- oder im Frühstadium stellen die größte Teilgruppe aus der Gesamtpopulation der Alkoholkranken; ihre Versorgung ist qualitativ und quantitativ am schlechtesten. Daher wird auch von der „vergessenen Mehrheit“ gesprochen.

¹⁴ Anmerkung der Redaktion: Remission bedeutet in der Medizin das temporäre oder dauerhafte Nachlassen von Krankheitssymptomen körperlicher bzw. psychischer Natur, jedoch ohne Erreichen der Genesung.

Kurzinterventionen (*Brief Interventions*) gehen über einen einfachen Ratschlag hinaus und umfassen maximal vier Beratungseinheiten mit einer Gesamtdauer von nicht mehr als 60 Minuten. Hauptzielgruppen sind Betroffene mit riskantem Konsum und schädlichem Gebrauch, Betroffene in der frühen Phase der Abhängigkeitsentwicklung und solche mit meist noch geringer Motivation zu einer Verhaltensänderung. Deswegen wird häufig auch der Begriff Frühintervention benutzt, obwohl die Kurzintervention auch in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium eingesetzt werden kann. Ziele der Kurzintervention variieren; sie reichen von Konsumreduktion bei riskantem Konsum bis zu Überführung in eine Akutbehandlung bei schweren alkoholbezogenen Störungen. Kurzinterventionen zeigen auf Evidenzniveau Ia („Ia“ steht für Metaanalyse randomisierter Studien), dass sich der Alkoholkonsum signifikant reduzieren lässt, wobei Frauen eventuell mehr davon profitieren als Männer.

Die Kurzintervention hat überwiegend beratenden Charakter und besteht aus folgenden Elementen:

1. Vermittlung von Informationen über die generell möglichen Folgen des Alkoholkonsums;
2. Bestimmung der individuellen, schon eingetretenen oder drohenden Folgen des Alkoholkonsums. Wichtig ist, dass Betroffene selbst einen Zusammenhang zwischen ihrem Alkoholkonsum und ihren Problemen herstellt. Folgen, welche Betroffene als akut und irreversibel einschätzt, werden in der Regel auch besonders bedrohlich erlebt.
3. Erarbeitung von Diskrepanzen zwischen den langfristigen Zielen (z.B. Abwehr der drohenden Probleme) und dem derzeitigen Verhalten;
4. „Anbindung“ an den Arzt oder Berater zur Förderung der Auseinandersetzung mit dem Alkoholproblem und Anbieten von Anlaufstellen suchtspezifischer Hilfe. Die Anbindung ist nicht an eine Entscheidung zur Veränderung des Alkoholkonsums gebunden.

Diese Elemente werden von der „Motivierenden Gesprächsführung“ (*Motivational Interviewing*) aufgegriffen. Die Motivierende Gesprächsführung ist eine für substanzabhängige Menschen entwickelte standardisierte Intervention, die besonders für nicht oder wenig Motivierte geeignet ist. Eine aktuelle Metaanalyse zu randomisierten Studien über Motivierende Gesprächsführung konnte deren hohe Effektivität erneut bestätigen.

Wesentliche Merkmale sind eine empathische Grundhaltung mit Verzicht auf Konfrontation, Förderung der Veränderungsbereitschaft, Aufbau von Vertrauen in die Selbstwirksamkeit und die Vereinbarung von gemeinsam festgelegten Behandlungszielen. Die Motivierende Gesprächsführung integriert mehrere komplexe therapeutische Techniken mit offenen, nicht wertenden Fragen, reflektierendem Zuhören, positiver Rückmeldung und regelmäßiger Zusammenfassung, deren Beherrschung eine Schulung voraussetzt. Für die Kurzintervention im Rahmen der medizinischen Primärversorgung ist deswegen das „Behavior Change Counseling“, eine weniger aufwändige Abwandlung des Motivational Interviewing, leichter zu implementieren.

Gegen alle Zweifel haben sich die Wirksamkeit und das günstige Kosten-Nutzen-Verhältnis von Kurzinterventionen im Rahmen der medizinischen Primärversorgung bestätigt. Eine Metaanalyse zeigt, dass bereits eine hausärztliche Maßnahme wie Information, Aufklärung und Ratschlag von maximal 30-minütiger Dauer bis zu 50 Prozent der Patienten veranlasst, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Effekte einer Kurzintervention lassen sich bis zu 48 Monate nach Durchführung nachweisen.

Die Behandlung

Die Qualifizierte Entzugsbehandlung

Die Versorgung von Alkoholkranken kann durch eine therapeutische Nutzung der Phase der körperlichen Entgiftung entscheidend verbessert werden. Anstatt den Entzug im Rahmen einer ausschließlichen körperlichen Entgiftung passiv zu erleiden, kann er aktiv genutzt und gestaltet werden. Unter dem Titel „Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung“ wurde die Konzeptua-

lisierung dieser Ideen vorgestellt. Für diese erweiterte Entgiftung als moderne Akuttherapie hat sich der Begriff „qualifizierte Entzugsbehandlung“ durchgesetzt.

Neben einer differenzierten, somatisch gut fundierten Diagnostik sowie Behandlung der Entzugssymptome, der körperlichen Begleiterkrankungen und der Folgeerkrankungen wird über gezielte psychoedukative und psychotherapeutische Ansätze Motivationsarbeit geleistet. Merkmale dieser Maßnahmen sind das Fehlen abwehrender Aufnahmeprozeduren, prüfender Schwellen oder abwertender Konfrontationen. Die körperliche Entzugssituation wird als Chance aufgefasst, hinreichende Krankheitseinsicht zu erreichen. Diese wird über verschiedene Motivationsstrategien verstärkt und soll zur Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten führen, eine weiterführende Behandlung anzutreten. Die Behandlungsdauer für diesen therapeutischen Prozess ist auf ca. drei Wochen anzusetzen. Innerhalb dieser erweiterten akuten Behandlung kann auch das protrahierte, also verzögerte Entzugssyndrom mit seiner erhöhten Rückfall- und Suizidgefährdung besser beherrscht werden.

Der Erfolg der Qualifizierten Entzugsbehandlung zeigte sich nicht nur über die günstige Veränderung des Trinkverhaltens, sondern auch über eine Senkung der Kosten aufgrund signifikant geringerer Inanspruchnahme von Krankenbehandlungen in der Folgezeit. Eine zusammenfassende Darstellung findet sich in dem Manual „Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: ein Manual zur Pharmako- und Psychotherapie“.

Die Rehabilitation von Alkoholabhängigen

Diese Form der Behandlung wird von rund 25 000 Betroffenen pro Jahr stationär in Anspruch genommen. Ambulant werden rund 7000 Menschen behandelt. Der Behandlungserfolg ist wiederholt überprüft und nachgewiesen worden. Letztlich kommt es aber trotz dieser intensiven Interventionen bei ca. 40 bis 60 Prozent der Patienten innerhalb von ein bis zwei Jahren zu einem Rückfall. Zudem kommt bislang pro Jahr nur ca. ein Prozent aller Alkoholabhängigen überhaupt zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Dies verdeutlicht die Bedeutung von

zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten in der Postentzugs- und Entwöhnungsphase.

Psychotherapeutische „Langzeitbehandlung“

Die psychotherapeutische Suchtbehandlung erfährt erst in den letzten Jahren eine zunehmende Evidenzbasierung. Nach einer Zusammenfassung von aktuellen Übersichtsarbeiten, die Evidenzen für die Wirksamkeit unter Berücksichtigung der methodischen Qualität beurteilen, erreichen Motivationssteigerungsansätze, kognitiv verhaltenstherapeutische Bewältigungsstrategien, soziales Kompetenztraining, Paar- und Familientherapie, Reizexposition und gemeindenahes Verstärkermodell das Evidenzniveau Ia. Eindeutige Unterschiede in der Effektstärke fanden sich allerdings nicht. Passend dazu sind die Ergebnisse der „MATCH“-Studie, der weltweit größten Psychotherapiestudie mit Alkoholabhängigen. Sie vergleicht eine an das 12-Stufen-Programm der Anonymen Alkoholiker angelehnte Therapie mit einer kognitiven Verhaltenstherapie und einer Motivationstherapie. Alle drei Ansätze zeigten den gleichen guten Erfolg.

Selbstverständlich sollte auch eine Psychotherapie soweit wie möglich auf die individuelle Situation des jeweiligen Patienten abgestimmt werden. Sie wurde in der neu formulierten Alkohol-Spezifischen-Psychotherapie ASP aufgeführt.

- Der persönliche therapeutische Kontakt sollte noch in der Krisensituation so früh wie möglich hergestellt werden.
- Die psychotherapeutischen Interventionen sollten auf die Abhängigkeitserkrankung fokussieren.
- Überschaubaren konkreten Zielen ist der Vorzug gegenüber weit entfernten, abstrakten und überhöhten Ansprüchen zu geben.
- Therapeuten haben die Aufgabe, aktive Hilfestellung zur Bewältigung der unmittelbar anliegenden, konkreten Probleme zu leisten. Die „zufriedene Abstinenz“ ist zwar das übergeordnete Ziel, gerade aber bei schwer abhängigen Patienten ist diese erst über einen monate-, oder sogar jahrelangen Prozess er-

reichbar, der therapeutisch unterstützt werden muss. Die Förderung der Bereitschaft, weitere Hilfe anzunehmen ist deswegen zentrales Therapieziel der „Motivationstherapie“.

– Generelle Informationen über die Krankheit werden mit der persönlichen Betroffenheit des Patienten verbunden. Konkrete pathologische Befunde, aber auch deren Rückbildung unter Abstinenzbedingungen werden erörtert.

– Informationen über weitere Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen werden vermittelt und die nächsten Schritte vereinbart, die solche Maßnahmen einleiten.

Pharmakologische Rückfallprophylaxe

Zur Pharmakotherapie bei Alkoholabhängigkeit können in Kombination mit psychotherapeutischen/psychosozialen Maßnahmen so genannte „Anticraving-Substanzen“, auch im Rahmen der medizinischen Primärversorgung, eingesetzt werden.

Disulfiram (z. B. Antabus[®]), welches nicht zur generellen Anwendung empfohlen wird, hat allerdings unter strenger Indikationsstellung, Abwägung der potenziellen Risiken und kontrollierten Rahmenbedingungen einen Platz in der medikamentösen Unterstützung der Abstinenz, insbesondere wenn andere Möglichkeiten der Rückfallprophylaxe bereits ausgeschöpft sind. Neben der bekannten aversiven Wirkung wird aktuell ein Einfluss auch auf das *Craving*, also das Verlangen oder die Begierde, diskutiert. Geprüfte und etablierte so genannte Anti-Cravingsubstanzen stehen inzwischen zur Verfügung. In der Schweiz und Deutschland zugelassen in dieser Indikation ist das Acamprosat (z. B. Campral[®]), in anderen EU-Staaten und den USA ist daneben auch Naltrexon in dieser Indikation zugelassen.

Acamprosat ist ein Kalzium-Bis-Acetyl-Homotaurinat. Die Effekte auf die NMDA-Rezeptoren im Zentralnervensystem scheinen für die rückfallprophylaktische Wirkung von Bedeutung zu sein. Bei chronischem Alkoholkonsum kommt es im Sinne einer Gegenregulation gegen die akute hemmende Wir-

kung des Alkohols auf die exzitatorische glutamaterge Neurotransmission zu einer generell erhöhten Aktivität des glutamatergen Systems. Acamprosat bindet an den NMDA-Rezeptor und hemmt so die gesteigerte Exzitabilität, also Erregbarkeit, der Nervenzellen. Nach tierexperimenteller Bestätigung wurde der Acamprosat-Effekt bei der Alkoholabhängigkeit auch in zahlreichen kontrollierten klinischen Studien überprüft. Evidenzbasierte Übersichtsarbeiten bestätigen die Wirksamkeit von Acamprosat auf Abstinenzrate und Anzahl trinkfreier Tage und empfehlen deshalb den klinischen Einsatz.

Für die Beurteilung von Acamprosat im Versorgungssystem von Deutschland empfiehlt sich der Blick auf die Daten der methodisch anspruchsvollen Acamprosat-Studie von Sass.¹⁵ In dieser placebokontrollierten Untersuchung von 272 Patienten mit einer Behandlungsdauer von 48 Wochen nach stationärem Entzug und einem Follow-up über 48 Wochen zeigte sich eine Verdoppelung der Abstinenzrate unter Acamprosat gegenüber Placebo (43 vs. 21 Prozent), die auch in der anschließenden Nachbeobachtungsphase fortbestand (39 vs. 17 Prozent). Darüber hinaus blieben die mit Acamprosat behandelten Patienten unabhängig vom Verlauf (Rückfall oder Abstinenz) signifikant länger in der Studie. Acamprosat wirkt bei der Alkoholabhängigkeit besonders dann, wenn begleitend psychotherapeutische bzw. psychosoziale Maßnahmen stattfinden, wobei sich bislang keine der verschiedenen Methoden der anderen überlegen zeigen konnte. Das Medikament wurde auch in Österreich mit Erfolg geprüft.

Eine aktuelle Metaanalyse fasst die vorhandenen Daten zusammen und kommt zu einem „relativen Risiko“ von etwa 1,5 bzw. einer *number needed to treat* von 7,5. Weitere Forschungsanstrengungen sind darauf gerichtet, die Subgruppen von Patienten zu identifizieren, für die spezifische medikamentöse Behandlungsansätze besonders geeignet sind. Da Acamprosat und Naltrexon an verschiedenen Neurotransmittern wirken, könnten neurobiologische Eingangsuntersuchungen

Hinweise auf spezifische Prädiktoren für das Ansprechen auf diese Medikamente geben. Die Kombination der Substanzen Naltrexon und Acamprosat stellt eine weitere potentielle Möglichkeit zur Verbesserung der bislang unter Monotherapie erzielten Resultate dar. Mit dieser Kombination konnte eine signifikante weitere Steigerung der Abstinenzrate um 10- bis 20 Prozent gegenüber den Einzelsubstanzen nachgewiesen werden.

Naltrexon ist ein α -Opiat-Rezeptor-Antagonist, der dem Alkohol-Craving entgegenwirken soll. Man geht davon aus, dass die endorphinvermittelten subjektiv angenehmen und positiv verstärkenden Effekte von Alkohol gehemmt werden.

Tierexperimentell konnte der alkoholantagonistische Effekt von Naltrexon nachgewiesen werden. Mehrere placebokontrollierte Studien bestätigen diesen Effekt auch beim Menschen, wobei sich Naltrexon als Rückfallprophylaxe besonders in Kombination mit begleitenden psychotherapeutischen Maßnahmen wirksam zeigte. Andere große Studien fanden keine Überlegenheit von Naltrexon gegenüber Placebo, was bei Gastpar¹⁶ eventuell auf eine hohe Placeboresponse, bei anderen auf ein spezielles Patientenkollektiv mit Komorbiditäten zurückgeführt werden kann. Eine Cochrane-Meta-Analyse kann aber die Reduktion von schweren Rückfällen und Trinkhäufigkeit unter Naltrexon bestätigen, auch wenn die Zeit bis zum ersten Alkoholkonsum nicht immer verlängert war.

¹⁵ Vgl. Henning Sass/Michael Soyka/Karl Mann/Walter Zieglgansberger, Relapse prevention by acamprostate. Results from a placebo-controlled study on alcohol dependence, Arch Gen Psychiatry, 53 (1996), S. 673–680.

¹⁶ Vgl. Markus Gastpar et al, Lack of efficacy of naltrexone in the prevention of alcohol relapse: results from a German multicenter study, J Clin Psychopharmacol, 22 (2002), S. 592–598.

Das Magazin für Hintergrundwissen

Informationen

+ Infoaktuell zu aktuellen Anlässen

Viermal im Jahr bieten die **Informationen zur politischen Bildung** das Wichtigste zu einem Thema aus

- Politik, Wirtschaft und Gesellschaft
- der deutschen Geschichte
- der europäischen und außereuropäischen Welt

Bestellt werden können die Hefte bei
IBRo, Verbindungsstrasse 1,
18184 Roggentin,
per Fax: 038204/66-273
per E-Mail: bpb@ibro.de
oder unter www.bpb.de.



APuZ

Nächste Ausgabe 29–30/2008 · 14. Juli 2008

Sportpolitik und Olympia

Peter Penders

Randsportarten: Am Tropf der Olympischen Spiele

Sven Güldenpfennig

Olympische Spiele und Politik

Gudrun Wacker

Olympischer Moment: Werden die Spiele China verändern?

Helmut Digel

Chinas Nutzen aus den Spielen

Karl-Heinrich Bette · Uwe Schimank

Doping: Logik des Leistungssports

Werner Pitsch · Eike Emrich

Sozioökonomische Bedingungen kollektiven sportlichen Erfolgs

Jutta Braun

Sportler zwischen Ost und West

Herausgegeben von
der Bundeszentrale
für politische Bildung
Adenauerallee 86
53113 Bonn.



Redaktion

Dr. Katharina Belwe
(verantwortlich für diese Ausgabe)
Dr. Hans-Georg Golz
Johannes Piepenbrink
Telefon: (0 18 88) 5 15-0
oder (02 28) 9 95 15-0

Internet

www.bpb.de/apuz
apuz@bpb.de

Druck

Frankfurter Societäts-
Druckerei GmbH
Frankenallee 71–81
60327 Frankfurt am Main.

Vertrieb und Leserservice

- Nachbestellungen der Zeitschrift
Aus Politik und Zeitgeschichte
- Abonnementsbestellungen der
Wochenzeitung einschließlich
APuZ zum Preis von Euro 19,15
halbjährlich, Jahresvorzugspreis
Euro 34,90 einschließlich
Mehrwertsteuer; Kündigung
drei Wochen vor Ablauf
des Berechnungszeitraumes

Vertriebsabteilung der
Wochenzeitung **Das Parlament**
Frankenallee 71–81
60327 Frankfurt am Main.
Telefon (0 69) 75 01-42 53
Telefax (0 69) 75 01-45 02
parlament@fsd.de

Die Veröffentlichungen
in *Aus Politik und Zeitgeschichte*
stellen keine Meinungsäußerung
der Herausgeberin dar; sie dienen
der Unterrichtung und Urteilsbildung.

Für Unterrichtszwecke dürfen
Kopien in Klassensatzstärke herge-
stellt werden.

ISSN 0479-611 X

Droge Alkohol

APuZ 28/2008

- Hasso Spode*
3-9 **Alkoholismus**
Lange zielte der Begriff Alkoholismus auf Konsumbegrenzung. In der Nachkriegszeit setzte sich die Bedeutung einer spezifischen Erkrankung durch. Heute haben wir es mit einer Suchtinflation bei Rückkehr zur Kontrollpolitik zu tun.
- Klaus Hurrelmann · Wolfgang Settertobulte*
9-14 **Alkohol – kulturelle Prägung und Problemverhalten**
Es gehört zu den Entwicklungsaufgaben Jugendlicher, einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol und mit der Ambivalenz von kultureller Anpassung und Problemverhalten zu erlernen.
- Heidi Kuttler*
14-22 **Exzessiver Alkoholkonsum Jugendlicher – Auswege**
Immer mehr Jugendliche müssen wegen schwerer Alkoholvergiftungen im Krankenhaus behandelt werden. Das Projekt „Hart am Limit – HaLT“ kombiniert sozialpädagogische Unterstützung mit einer Präventionsstrategie.
- Michael Klein*
22-29 **Alkoholsucht und Familie – Kinder in suchtblasteten Familien**
In Deutschland sind mehr als 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche von der Alkoholstörung eines Elternteils betroffen. Sie gelten damit zu Recht als die größte Risikogruppe für die Suchtprävention, die frühzeitig ansetzen sollte.
- Astrid Zapf-Freundenberg*
29-34 **Alkohol am Arbeitsplatz**
Betriebliche Suchtprävention lohnt sich. Ein langfristiges und umfassendes Programm muss sich an bestimmten Qualitätsanforderungen orientieren und auf die Herausbildung von Problembewusstsein und Veränderungsbereitschaft zielen.
- Rolf Hüllinghorst*
35-40 **Alkohol – der Kampf um die Attribute**
Ist Alkohol ein gefährliches Produkt oder ein Kulturgut? Ein geplantes „Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention“ sorgt für eine umfassende öffentliche Diskussion.
- Karl Mann*
41-45 **Neue Forschungsergebnisse zur Alkolabhängigkeit**
Alkoholkonsum führt zu gesundheitlichen Störungen und zu chronisch degenerativen Folgekrankheiten. Das ideale suchtmedizinische Konzept sollte mit niedriger Zugangsschwelle möglichst viele Betroffene möglichst früh erreichen.