



HANS-JOACHIM FROST



NEUE WEGE IN DER BEHANDLUNG VON ALKOHOLSUCHT

WELCHE HILFESTELLUNG KANN DIE SOZIALE ARBEIT LEISTEN?

Hans-Joachim Frost

**Neue Wege in der Behandlung
von Alkoholsucht**

**Welche Hilfestellung kann
die Soziale Arbeit leisten?**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Impressum:

Copyright © Science Factory 2019

Ein Imprint der Open Publishing GmbH, München

Druck und Bindung: Books on Demand GmbH, Norderstedt, Germany

Covergestaltung: Open Publishing GmbH

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
2 Vorüberlegungen und definitorische Eingrenzungen.....	3
2.1 Der Begriff der Sucht.....	3
2.2 Diagnostische Kriterien – Missbrauch.....	8
2.3 Diagnostische Kriterien – Abhängigkeit.....	11
2.4 Diagnostische Kriterien des Alkoholismus.....	15
2.5 Typologien des Alkoholismus nach Jellinek und Cloninger.....	18
2.6 Phasen der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek.....	22
2.7 Epidemiologie.....	26
2.8 Ätiologie der Abhängigkeit – Entstehungstheorien.....	45
3 Die Behandlung der Alkoholsucht	56
3.1 Ziele und Prinzipien der Behandlung.....	57
3.2 Typische Behandlungsphasen.....	58
3.3 Zugänge zum Suchthilfesystem und das Abstinenzparadigma	61
4 Das Konzept des „kontrollierten Trinkens“	67
4.1 Angebote des „kontrollierten Trinkens“	69
4.2 Warum kT-Angebote?!.....	74
4.3 Wirksamkeit des „kontrollierten Trinkens“	76
5 Die „Zieloffene Suchtarbeit“ (ZOS).....	78
5.1 Reduktionsbehandlungen	78
5.2 Ziel der Schadensminderung (engl. „Harm Reduction“).....	81
5.3 Zwischenfazit.....	82
5.4 Zieloffene Suchtarbeit im Detail	83
5.5 Folgen für die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit.....	88

6 Resümee	93
Literaturverzeichnis.....	95
Print-Medien	95
Online-Publikationen	102

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Verbrauch von alkoholischen Getränken.....	27
Abbildung 2. Pro-Kopf-Verbrauch verschiedener Getränke	28
Abbildung 3. Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter	29
Abbildung 4. Definitionen zu Maßzahlen zur Erfassung der Verbreitung des Alkoholkonsums und zu Formen des gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums.....	32
Abbildung 5. Methoden zur Bestimmung der Konsummenge reinen Alkohols pro Tag ...	33
Abbildung 6. Häufigste F10-Diagnosen in Krankenhäusern bei Erwachsenen und Minderjährigen nach Geschlecht.....	36
Abbildung 7. Alkoholbedingte Todesfälle bei 15- bis 64-jährigen Männern und Frauen nach Geschlecht und Todesursache	37
Abbildung 8. Todesfälle aufgrund von ausschließlich durch Alkohol bedingten Erkrankungen bei 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht und Jahr	38
Abbildung 9. Jährliche direkte und indirekte Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum in Deutschland.....	41
Abbildung 10. Bewilligte Entwöhnungsbehandlungen nach Art der Leistung	43
Abbildung 11. Zusammenhang von Alkoholkonsum und Straf-/Gewalttaten sowie gesellschaftliche Folgen.....	44
Abbildung 12. Suchtdreieck.....	46
Abbildung 13. Dynamisches Modell der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit	52
Abbildung 14. Konsumveränderungen 1 Jahr nach Abschluss des AkT	77
Abbildung 15. Zieloffene Suchtarbeit	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Diagnostik der Substanzgebrauchsstörung nach DSM-5.....	10
Tabelle 2. Diagnostik der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10	13
Tabelle 3. Profile of Prominent Features Distinguishing Two Types of Alcoholism	20
Tabelle 4. Distinguishing Differences Between Type I and Type II Alcoholism.....	20
Tabelle 5. Geschätzte Mortalitätsbelastung verursacht durch Alkoholabhängigkeit und - missbrauch in Deutschland im Jahr 2004	40
Tabelle 6. Die Inhalte der 10 Gruppenabende.....	72
Tabelle 7. Die Inhalte der 10 Einzelstunden	73

1 Einleitung

Die Droge Alkohol ist heutzutage ein fester Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens – mit zum Teil schwerwiegenden Folgen. Zwar ist Alkohol in geringer Menge genossen gesundheitlich wenig bedenklich, ein erhöhter Alkoholkonsum ist aber ein bedeutender Risikofaktor für zahlreiche Krankheiten, darunter auch einige Krebsarten wie Leber- oder Mundhöhlenkrebs. Daneben kann ein exzessiver Alkoholkonsum aufgrund seiner psychoaktiven Eigenschaften in eine Abhängigkeit mit gravierenden persönlichen und sozialen Folgen führen. Es liegt daher auch im gesellschaftlichen Interesse, zur Vorbeugung von Krebs und weiteren alkoholbedingten Erkrankungen, den riskanten Alkoholkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren. Insbesondere in einer alternden Gesellschaft – auch Krebs ist eine Erkrankung, die mit dem Alter zunimmt – ist die Prävention von krankheitsfördernden Faktoren von elementarer Wichtigkeit. Diese Aussage wird umso deutlicher, wenn man sich vor Augen führt, dass Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland, welche aufgrund eines übermäßigen Substanzkonsums entstehen und zu denen auch die Abhängigkeit von Alkohol gezählt werden kann, zu den bedeutsamsten epidemiologischen und gesundheitlichen Problemen zählen. Neben den individuellen physischen, psychischen, familiären und sozialen Folgen, produzieren solche Suchterkrankungen – durch langfristige Arbeitsunfähigkeit, frühzeitige Berentung und suchtbedingte Begleiterscheinungen – auch erhebliche volkswirtschaftlichen Kosten. Rein fiskalisch betrachtet sind die finanziellen Verluste, die der Gesellschaft durch Alkoholmissbrauch entstehen, mindestens dreimal so hoch wie die durch Steuern und Alkoholproduktion erzielten Gewinne. So schätzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die volkswirtschaftlichen Folgekosten für Suchterkrankungen allein für europäische Länder auf fünf bis sechs Prozent des Bruttosozialprodukts (vgl. Thomasius, Aden und Arnaud, 2015, S. 280 ff.).

Speziell in Deutschland, in dem die Trinkkultur von einer permissiven Einstellung und einer sozialen Akzeptanz geprägt ist, ist das Risiko, einen problematischen Alkoholkonsum zu entwickeln, tendenziell sehr hoch. Die Frage jedoch, ab wann genau das Trinken von Alkohol zu einer behandlungsbedürftigen Krankheit wird, stellt sich nicht nur dem ein oder anderen Konsumierenden, sondern auch einer breiten Basis von Fachleuten. Ob der Verträglichkeitsunterschiede zwischen den einzelnen Konsumierenden, ist die Ausbildung einer alkoholbedingten Erkrankung sicherlich nicht nur eine Frage der Menge. Fest steht aber, dass das individuelle Risiko, alkoholbedingt zu erkranken, proportional mit der konsumierten Menge ansteigt.

Obgleich dabei das in Deutschland installierte Suchthilfesystem als eines der am besten ausgebauten Unterstützungs- und Behandlungsnetzwerke für chronisch Kranke angesehen werden kann, wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit deutlich werden, dass ein großer Teil der Menschen mit Alkoholproblemen von unserem traditionellen, abstinenzorientierten System nicht erreicht wird – die Gründe hierfür sind vielfältig und werden ebenfalls im Rahmen dieser Arbeit noch näher erörtert werden.

Selbstverständlich stellt sich aufgrund dieses Umstandes auch die Frage nach geeigneten Konzepten, welche es ermöglichen, möglichst viele Menschen mit Alkoholproblemen – frühzeitig – zu erreichen und effiziente, bedarfsgerechte und vor allem zielorientierte Hilfsangebote zu offerieren. *Ein* Konzept hiervon ist das Programm des „selbstkontrollierten“ oder kurz „kontrollierten Trinkens“, welches wie andere Suchthilfeangebote, die auf eine Reduktion des Konsums abzielen, im Rahmen der traditionellen Suchthilfe von Anfang an als kaum realisierbar galt. So entbrannte vor dem Hintergrund des auch noch heute vorherrschenden „Abstinenzmonopolismus“ eine über viele Jahre hinweg geführte Diskussion, welche die Wirksamkeit selbiger Reduktionsprogramme in Frage stellte. Glücklicherweise lässt sich jedoch mittlerweile eine vorsichtige Annäherung zwischen den Vertretern der abstinenzorientierten Behandlung und jenen des „kontrollierten Trinkens“ erkennen. Dies wird nicht zuletzt auch durch diverse internationale Forschungsergebnisse begünstigt, welche aufzuzeigen vermögen, dass die Rückkehr zu einem gemäßigten Alkoholkonsum zwar nicht bei allen, aber bei vielen Konsumenten möglich ist.

So fußt auch der Gegenstand dieser Arbeit im Wesentlichen auf der Vorstellung des „kontrollierten Trinkens“ als mögliche Alternative in der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen und soll hinsichtlich seiner Möglichkeiten und Wirksamkeit, aber auch seiner Grenzen beleuchtet werden. Zudem soll der Versuch unternommen werden, die Bedeutung des „Abstinenzdiktats“ in der traditionellen Suchthilfe bezüglich seiner Wirksamkeit zwar zu würdigen, aber auch seine Grenzen aufzuzeigen. Vor diesem Hintergrund soll ferner ein Augenmerk auf die „Ziel-offene Suchtarbeit“ gelegt werden, welche es nicht nur ermöglichen soll, mehr Menschen mit riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholkonsum zu erreichen und diese zur einer Konsumänderung beziehungsweise zu einer entsprechenden Behandlung zu motivieren, sondern darüber hinaus auch einige Handlungsmaximen und Arbeitsaufträge für die Soziale Arbeit bereithält.

2 Vorüberlegungen und definitorische Eingrenzungen

Im folgenden Kapitel werden wir uns zunächst mit dem allgemeinen, aber auch fachterminologischen Verständnis der Begrifflichkeiten „Sucht“, „Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“ sowie mit deren diagnostischen Kriterien auseinandersetzen. Darauf aufbauend soll die gründliche Differenzierung der Alkoholikertypologien nach Jellinek und Cloninger sowie der umfassende Blick auf die Epidemiologie und Ätiologie der (Alkohol-)Abhängigkeit und die damit einhergehenden Entstehungstheorien, gleichermaßen als Ausgangsbasis und fundierte Grundlage für sämtliche sich noch anschließende Ausführungen fungieren.

2.1 Der Begriff der Sucht

Im deutschen Duden wird das Substantiv „Sucht“ als eine *„krankhafte Abhängigkeit von einem bestimmten Genuss- oder Rauschmittel oder Ähnlichem“* (Bibliographisches Institut GmbH, 2018, Online) beschrieben, welche in dessen Konsequenz durch ein *„übersteigertes Verlangen nach etwas, nach einem bestimmten Tun [...]“* (ebd.) charakteristisch begleitet wird. Zudem weist der deutsche Duden ergänzend darauf hin, dass der Terminus „Sucht“ im alltäglichen Sprachgebrauch auch heute noch – jedoch im Rahmen einer eher veralteten Begriffsinterpretation – häufig synonym zum Wort „Krankheit“ verwendet wird. Diese Angabe deckt sich insofern auch mit der Etymologie des Wortes „Sucht“ (germ. suhti-, ahd. suht, suft, mhd. suht), welches sich vom germanischen Verb „siechen“ (adh. siechen, mhd. siuchan), also „an einer Krankheit leiden“, ableiten lässt.

Daneben findet sich in diversen fachliterarischen Werken eine Vielzahl an definitorischen Umschreibungen für „Sucht“ und das damit korrelierende „süchtige Verhalten“. So beschreibt Philip Zimbardo, ein weltweit anerkannter und mittlerweile emeritierter Professor für Psychologie, „Sucht“ als einen Zustand, welcher mit einem physischen und psychischen Verlangen nach einer spezifischen Droge einhergeht. Die Abwesenheit der Droge führt dabei zu schmerzhaften Entzugserscheinungen wie Zittern, Schweißausbrüchen, Übelkeit und im Falle eines abrupten Alkoholentzuges mitunter zum Tod. (vgl. Zimbardo, 1995, S. 248)

Die Psychologin und 1992 verstorbene Professorin für Psychologie Lotte Schenk-Danzinger bezeichnete „Sucht“ als einen Prozess, in welchem menschliche Verhaltensmuster sukzessive einen Charakter annehmen, der zunehmend von Zwängen beherrscht wird. Dies führt letztlich zu einem Zustand, in welchem Dinge getan werden, die den eigenen und selbstauferlegten Werten sowie den individuellen

Vorstellungen widersprechen. Ebenso tritt dabei das Bedürfnis auf, sich selbst und andere Mitmenschen zu täuschen, Sachverhalte zu vertuschen, zu leugnen und zu lügen. (vgl. Schenk-Danzinger, 2006, S. 310)

Weiterführend merkt Schenk-Danzinger an, dass sich Süchte grundsätzlich in stoffgebundene und stoffungebundene beziehungsweise prozessgebundene Süchte differenzieren lassen. Demnach ist eine stoffgebundene Sucht, wie sie beispielsweise durch einen nicht regulierten oder gar einmaligen Konsum von psychoaktiven Substanzen¹ wie Alkohol, Tabak (Nikotin), Kaffee (Coffein) und rezeptierten Medikamenten (z.B. Benzodiazepine²), aber auch von illegalen und nicht verkehrsfähigen Suchtstoffen wie Opiaten und Opioiden (z. B. Heroin, Morphin) sowie Halluzinogenen (z. B. Lysergsäurediethylamid/ LSD), Kokain (Benzoyllecgoninmethylester), Crack und anderen (Meth-)Amphetaminen (z. B. Crystal Meth) vorliegen kann, durch die Abhängigkeit von einer bestimmten Substanz gekennzeichnet, welche künstlich bearbeitet oder hergestellt worden ist und eine stimmungsverändernde Wirkung mit sich bringt. Dahingegen führt bei den stoffungebundenen Süchten eine bestimmte Abfolge von Handlungen und Interaktionen in die Abhängigkeit. Dies ist beispielsweise bei pathologischem Spielen, Sexsucht, Arbeitssucht, Kaufsucht oder auch bei Essstörungen wie Magersucht (Anorexia Nervosa) und Bulimie (Ess-Brecht-Sucht/ Bulimarexie) der Fall. (vgl. ebd.)

Eine in diesem Sinne und auf beide Suchtformen zutreffende und noch heute in einschlägiger Literatur oft zitierte Definition stammt von dem homburgischen Mediziner und Wissenschaftler Klaus Wanke: *„Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung der Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen des Individuums.“* (2000, S. 12; vgl. auch Stangl, 2018, Online).

¹ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter einer psychoaktiven Substanz eine Droge oder Substanz, die, wenn sie eingenommen wird, eine beeinträchtigende Wirkung auf die mentale und psychische Konstitution des Menschen entfaltet. (vgl. World Health Organization, 2018, Online)

² „Benzodiazepine sind eine Gruppe von Arzneimittelwirkstoffen, die als Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer) oder als Schlafmittel (Hypnotika) verabreicht werden und zur Abhängigkeit führen können.“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2018, Online).

Im Jahre 1957 nahm auch die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization/ WHO) den Suchtbegriff (engl. „addiction“) per Definition in ihren offiziellen Sprachgebrauch auf:

„Repeated use of a psychoactive substance or substances, to the extent that the user (referred to as an addict) is periodically or chronically intoxicated, shows a compulsion to take the preferred substance (or substances), has great difficulty in voluntarily ceasing or modifying substance use, and exhibits determination to obtain psychoactive substances by almost any means. Typically, tolerance is prominent and a withdrawal syndrome frequently occurs when substance use is interrupted. The life of the addict may be dominated by substance use to the virtual exclusion of all other activities and responsibilities. The term addiction also conveys the sense that such substance use has a detrimental effect on society, as well as on the individual [...].“

(World Health Organization, 2018, Online)

Die Weltgesundheitsorganisation³ definierte „Sucht“ somit als einen Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, welcher durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge hervorgerufen wird. Überdies leitete die WHO hieraus fünf klare suchtkennzeichnende Kriterien ab:

- Ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels
- Eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung)
- Eine psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge
- Die Schädlichkeit für den einzelnen und/ oder die Gesellschaft
- Den Verlust der Kontrolle über das eigene Verhalten

(vgl. Frietsch, Holbach und Link, 2010, S. 57; vgl. auch Goppel-Hirmer, 2017, Online)

Da der Begriff „Sucht“ jedoch, welcher in Deutschland im Übrigen – und in diesem Kontext auch der „Alkoholismus“ – mit Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Juni 1968 als „Krankheit“ juristisch anerkannt wurde (vgl. Sturma und Heinrichs, 2015, S. 401), insbesondere in Bezug auf stoffgebundene Süchte (vgl. oben) als zu unspezifisch und in seiner Deutung als potenziell missverständlich bewertet

³ Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization) ist eine international tätige und am 07. April 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf und zählt heute 194 Mitgliedsstaaten. Darüber hinaus ist sie die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen. (vgl. World Health Organization, 2016, S. 1 ff.)