

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

9. Jahrgang

Heft 2·2020



Themenswerpunkt:

Alkoholabhängigkeit

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Wissenschaftliche Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com
Dr. Alfred Uhl - alfred.uhl@goeeg.at

Wissenschaftlicher Consultant

Dr. Martin Tauss - mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution

Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,
Fakultät für Psychotherapiewissenschaft

Chefredakteur

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen - t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer - irene.schmutterer@goeeg.at

Bildredaktion

Sonja Bachmayer - ikarus711@hotmail.com

Verlag

PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Telefon +49 (0)5484 308 · Telefax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst - wp@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammert - haarlammert@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel - muendel@pabst-publishers.com

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,
Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

haarlammert@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Umschlagbild: © Sonja Bachmayer

Druck

KM-Druck 2.0 · D-64823 Groß-Umstadt

ISSN 2190-443X

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

9. Jahrgang · Heft 2-2020

Themenschwerpunkt:

Alkoholabhängigkeit

Gastherausgeber: Alfred Uhl

Inhalt

- 3 Editorial
Alfred Uhl
- 5 Alkoholpolitik und Verhältnismäßigkeit
Alfred Uhl
- 20 Alkoholkonsumstörungen und komorbide Depressionen:
Häufigkeit, Ursachen, Folgen und Behandlungsansätze
Ulrich W. Preuss
- 30 Die Interventionsmatrix als zentraler Bestandteil
zieloffener Suchtbehandlung
Joachim Körkel
- 41 Anticraving-Behandlung bei Alkoholabhängigkeit –
wirksam, aber kaum verwendet
Rüdiger Holzbach & Gunnar Stammen
- 49 Bildstrecke:
Ausgangsbeschränkung – COVID-19
Fotos von Sonja Bachmayer
- 57 Die Entwicklung der Behandlung Alkoholabhängiger in Österreich
nach dem Zweiten Weltkrieg – von der Trinkerheilstätte zur integrierten
Versorgung
Markus Hojny
- 64 Alte und sehr alte Säufer*innen
Irmgard Vogt
- 70 Bildstrecke:
Historische Fotos vom Viktor-Adler-Markt in Wien
Hans Vogler
- 75 Alkoholkonsum unter Jugendlichen in Österreich vor dem Hintergrund
der aktuellen Debatte zu „Youth Drinking in Decline“
Julian Strizek
- 87 Zehn Jahre Alkoholprävention – Was bringt's?
Peter Koler & Magdalena Platzer

Nachrichten

- 38 Studie: Blick ins Grüne hat Einfluss auf das Rauchverhalten
- 100 Drogen-Trip ins Krankenhaus – Ulmer Studie zeigt starke Zunahme
von Cannabis-Psychosen

*akzept e.V. Bundesverband
& Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.)*

7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht

2020

Der 7. Alternative Drogen- und Suchtbericht 2020 fokussiert auf die Frage, wie Schäden durch Drogenkonsum so gering wie möglich gehalten werden können.

Er bietet eine konstruktiv-kritische Perspektive auf die aktuellen Entwicklungen im Drogen- und Suchtbereich. Zahlreiche namhafte Autor_innen informieren über vorbildliche Projekte und innovative Ansätze, weisen auf Missstände und Blockaden hin und entwerfen Szenarien für eine Drogenpolitik der Zukunft. Deutschland verfügt zwar über ein differenziertes Hilfesystem, zugleich bleibt jedoch noch eine Vielzahl an Möglichkeiten ungenutzt: Individuen und die Gesellschaft könnten noch weit besser vor den Folgen des Drogenkonsums geschützt werden, als es bisher geschieht. Die Zahl der Menschen, die an den Folgen ihres Drogenkonsums – vorzeitig – versterben (v.a. am Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Substanzen) könnte geringer ausfallen. Gesundheitsschäden ließen sich reduzieren oder vermeiden. Gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Folgekosten könnten drastisch sinken. Das bedeutet auch: Ein sehr viel effektiverer Einsatz von Ressourcen ist möglich.



Dabei hat die Corona-Pandemie in diesem Jahr wie ein Vergrößerungsglas auf Missstände und Herausforderungen gewirkt, interessanterweise aber ganz besonders Chancen deutlich werden lassen. Diesen Chancen ist ein Schwerpunkt im 7. Alternativen Drogen- und Suchtbericht gewidmet.

Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt bildet die bisher noch vernachlässigte Schadensminimierung auch bei Alltagsdrogen, auf die bisher vorwiegend mit der Abstinenzforderung reagiert wird.

233 Seiten

ISBN 978-3-95853-636-4

20,00 €

eBook:

ISBN 978-3-95853-200-7

10,00 €

Alle Preise inkl. MwSt.



Diesen Titel und viele mehr bequem online kaufen:

www.pabst-publishers.com



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

☎ +49 (0) 5484-308 | ☎ +49 (0) 5484-550
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com

Editorial

Alfred Uhl

Die zweite Ausgabe der Zeitschrift **rausch** im Jahr 2020 beschäftigt sich ausschließlich mit dem Thema Alkohol – jener Droge, die in allen europäischen Staaten am häufigsten Suchtprobleme verursacht. Alkoholkonsum ist auch für zahlreiche Erkrankungen verantwortlich, daher nimmt Alkohol sowohl in der Suchttherapie als auch in der Suchtbehandlung einen zentralen Stellenwert ein. Gleichzeitig ist Alkohol aber auch ein Genussmittel und ein wichtiger Wirtschaftsfaktor; er ist eine Substanz, die von einer überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung konsumiert wird und auf die eine deutliche Mehrheit keinesfalls verzichten möchte. Angesichts dieser sehr ambivalenten Ausgangssituation ist es nicht verwunderlich, dass die Vorstellungen darüber, wie die Gesellschaft mit Alkohol und Alkoholproblemen am besten umgehen sollte, stark variieren.

Der erste Beitrag setzt sich mit der Frage auseinander, welche alkoholpolitischen Maßnahmen aus einer Perspektive der Verhältnismäßigkeit legitim sind. Kritisiert wird dabei, dass in der Alkoholpolitik häufig mit dem Schlagwort „evidenzbasierte Politik“ falsche Handlungssicherheit suggeriert wird. In der Illusion, dass richtiges politisches Handeln vollständig aus empirischen Fakten ableitbar wäre, werden ethische Überlegungen in der Alkoholpolitik oft ignoriert. Darüber hinaus untersucht dieser Beitrag übliche Argumentationslinien in Relation zu unterschiedlichen alkoholpolitischen Grundhaltungen und zeigt auf, dass viele in diesem Zusammenhang populäre Argumente auf methodologisch unhaltbaren Schlussfolgerungen aufbauen.

Der zweite Beitrag von *Ulrich Preuss* setzt sich mit dem Verhältnis zwischen Alkoholkonsum und Depression auseinander. Die oft gestellte Frage, wie weit die Alkoholkonsumstörung als primäre Erkrankung zu sehen ist, in deren Verlauf sekundäre Depressionen hervorgerufen werden, und wie weit umgekehrt primäre Depressionen sekundäre Alkoholkonsumstörungen verursachen, wird von Ulrich Preuss literaturgestützt sehr differenziert abge-

handelt. Dabei bringt der Autor noch eine dritte Kategorie ins Spiel, nämlich Depressionen, die erst nach Manifestation einer Alkoholkonsumstörung auftreten, aber trotzdem als primäre Depressionen zu sehen sind, da sie nicht von der bereits vorliegenden Alkoholkonsumstörung verursacht wurden.

Der dritte Beitrag stammt von *Joachim Körkel*, der in der Suchtbehandlung für sein Engagement für die Abkehr vom Abstinenzdogma bekannt ist und in vielen Publikationen vertrat, dass kontrolliertes Trinken ein sinnvolles Angebot für Personen mit Alkoholproblemen darstellen kann. In diesem Text macht der Autor explizit klar, dass sein Engagement für das Behandlungsangebot „kontrolliertes Trinken“ nicht dahingehend verstanden werden darf, dass er Abstinenz als Therapieziel ablehnte. Im Gegenteil, er spricht sich für ein diversifiziertes Behandlungsangebot aus, das den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Personen mit Alkoholproblemen umfassend Rechnung trägt, und warnt ausdrücklich davor, das Abstinenzziel in der Suchtbehandlung völlig aufzugeben.

Der vierte Beitrag von *Rüdiger Holzbach* und *Gunnar Stammen* plädiert für den verstärkten Einsatz von Anti-Graving-Medikamenten in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Die Autoren präsentieren Literatur, die die Wirksamkeit dieser Medikation unterstreicht, und argumentieren, dass diese Medikamente in der Praxis viel zu selten eingesetzt werden.

Der fünfte Beitrag von *Markus Hojnik* gibt einen Überblick darüber, wie das Phänomen „Alkoholismus“ und die Behandlungsansätze im Zeitverlauf gesehen wurden und wie sich die Sichtweise seit den Anfängen des 19. Jahrhunderts bis in die Gegenwart verändert hat. Durch diesen Beitrag werden die Texte von Ulrich Preuss und Joachim Körkel in einen historischen Kontext gesetzt.

Der sechste und der siebente Beitrag, von *Julian Strizek* bzw. von *Irmgard Vogt*, beschäftigen sich mit dem Alkoholkonsum von zwei speziellen Altersgruppen der Bevölkerung. Julian Strizek beschreibt den Alkoholkonsum

von Kindern und Jugendlichen, bei dem in letzter Zeit europaweit ein deutlicher Rückgang festgestellt werden konnte. Julian Strizek diskutiert mögliche Gründe für diesen Rückgang. Irmgard Vogt beschäftigt sich mit älteren Menschen, die hinsichtlich ihres Alkoholkonsums aus unterschiedlichen Gründen eine gefährdete Gruppe darstellen. Sie tritt gleichzeitig aber massiv gegen die Entmündigung dieser Personengruppe auf, die infolge ihrer zunehmenden Abhängigkeit von anderen immer wieder von unzulässigen Einschränkungen ihres Verhaltens betroffen sind.

Der achte und letzte Beitrag stammt von *Peter Koler* und *Magdalena Platzer*, die die Veränderung der alkoholbezogenen Suchtprävention in Südtirol beschreiben. Während der Schwerpunkt ursprünglich darauf gesetzt wurde, Kindern und Jugendlichen „Trinken mit Maß“ nahezu legen, ist das neue Motto kantiger und fordert „Keine Kompromisse“, wenn es z. B. um Alkohol im Straßenverkehr oder während der Schwangerschaft geht. Einen anschaulichen Einblick bieten Bilder der letzten Alkohol-Kampagne in Südtirol.

Wie in jeder Ausgabe finden Sie auch in diesem Schwerpunktheft wieder zwei Bildstrecken, organisiert von unserer Bildredakteurin

Sonja Bachmayer. In der Farbbild-Strecke hat Sonja Bachmayer photographisch festgehalten, wie sich die ersten 22 Tage der Covid-19-bedingten Ausgangsbeschränkung beim Blick aus einem Fenster dargestellt haben. Unsere Schwarzweiß-Bildstrecke von Hans Vogler zeigen historische Fotos vom Viktor-Adler-Markt in Wien.

Ich wünsche den Leserinnen und Lesern dieser Ausgabe spannende Einblicke und interessante Denkanstöße!

Alfred Uhl



Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl
alfred.uhl@sfu.ac.at

Alkoholpolitik und Verhältnismäßigkeit

Alfred Uhl

Zusammenfassung

Politische Maßnahmen müssen in einer modernen Demokratie dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit genügen. Die Frage, ob Maßnahmen verhältnismäßig sind, tangiert sowohl wichtige ethische als auch wissenschaftliche Aspekte. Mit der populären Forderung nach einer „evidenzbasierten Politik“ wird suggeriert, dass politische Entscheidungen ausschließlich aufgrund von Faktenwissen getroffen werden könnten – was einen völlig falschen Eindruck erweckt und den Stellenwert von Werturteilen maßgeblich verschleiert. Wie Wertfragen entschieden werden, hängt – ganz besonders wenn es um Alkoholpolitik geht – stark mit dem zugrundeliegenden Menschenbild, dem Gesellschafts- und Weltbild zusammen. Eine fundierte Beurteilung von Sachfragen setzt große inhaltliche und auch methodologische Kompetenz sowie eine Grundhaltung, die Unsicherheiten und Mehrdeutigkeiten offen zur Kenntnis nimmt, voraus. In einem Feld, in dem ein Großteil der empirischen Daten aus Beobachtungsstudien stammt, weil denkbare Experimente an unüberwindbaren Erkenntnisgrenzen scheitern, ist es für Forscher unverzichtbar, kreativ zu sein, viele unterschiedliche Hypothesen zur Erklärung der Wirklichkeit zu entwickeln und diese durch gezielte empirische Forschung und methodologisch korrektes Denken kritisch zu hinterfragen. Fortschritte sind hier nur möglich, wenn Unsicherheiten und Mehrdeutigkeiten offen ausgesprochen und nicht verschleiert werden. Das ist allerdings nicht leicht, weil unser primär intuitiv-assoziativ arbeitendes kognitives System irreführende Vereinfachungen und das Weglassen zentraler Aspekte in der Regel kaum bemerkt – ganz besonders, wenn wir von der Richtigkeit bestimmter Sichtweisen oder der Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen überzeugt sind und daher nach Argumenten suchen, um unsere Überzeugungen plausibel vertreten zu können, anstatt diese kritisch zu hinterfragen.

Schlüsselwörter: Alkoholpolitik, Verhältnismäßigkeit, Ethik, Evidenzbasiertheit, Simplifizierung in der Forschung

Summary

In a modern democracy, political measures must comply with the principle of proportionality. The question whether measures are proportionate touches upon important ethical as well as scientific aspects. The popular demand for an “evidence-based policy” suggests that political decisions could be based exclusively on facts – creating a wrong impression and concealing the importance of value judgements. How value issues are decided – especially concerning alcohol policy – is strongly related to the underlying conception of man, society and the world. Well-founded assessment of factual issues requires a high level of competence in content and methodology as well as readiness to openly acknowledge uncertainties and ambiguities. In a domain where a large part of empirical data originates from observational studies, since conceivable experiments are not feasible due to insurmountable research limitations, it is indispensable for researchers to be creative, to develop many different hypotheses explaining reality, and to critically question them through targeted empirical research, as well as thinking in a methodologically correct way. Progress is only possible if uncertainties and ambiguities are openly expressed and not concealed. To do so is not easy, however, since cognitive system primarily works intuitive-associative and hardly notices misleading simplifications and the omission of essential aspects. This is particularly true if we are convinced that certain points of view are correct or that certain measures are necessary and therefore look for arguments to defend our convictions instead of questioning them critically.

Keywords: alcohol policy, proportionality, ethics, evidence-based approach, simplification in research

1 Einleitung

Alkohol wird seit Jahrtausenden konsumiert. Er wird in vielen Kulturen als wichtiger Bestandteil des kulinarischen, kulturellen und sozialen Lebens geschätzt und mit Genuss und Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht. Gleichzeitig ist aber auch offensichtlich, dass die Substanz Alkohol im Falle übermäßigen Gebrauchs gravierende Probleme für die betroffenen Individuen, deren Umwelt und die Gesellschaft verursacht. Aus diesem Grund war und ist Alkohol in manchen Kulturen kategorisch verboten bzw. wird der Alkoholkonsum erheblich eingeschränkt. Dass Alkohol gleichzeitig als „Genussmittel“ geschätzt und als „Suchtgift“ verpönt ist, macht den Umgang damit ambivalent und komplex. Treffend hat Sigmund Freud (1905/1925) diese Ambivalenz beschrieben, indem er Alkohol in einem einzigen Satz gleichzeitig als „wertvolles Gut“ und als „Gift“ bezeichnete: *„Die Veränderung der Stimmungslage ist das Wertvollste, was der Alkohol dem Menschen leistet, weshalb dieses ‚Gift‘ nicht für jeden gleich entbehrlich ist.“*

Hinsichtlich der Haltung unterschiedlicher Kulturen zum Alkohol unterschied Pittman (1964, S. 5–20) vier Varianten: „Abstinenzkulturen“, die jeglichen Alkoholkonsum verbieten, „Ambivalenzkulturen“, die Alkoholkonsum mehrheitlich ablehnen, aber begrenzt tolerieren, „Permissivkulturen“, in denen moderater Alkoholkonsum von der Bevölkerungsmehrheit geschätzt, aber exzessiver Alkoholkonsum abgelehnt wird, und „extreme Permissivkulturen“¹, in denen auch Alkoholexzesse in bestimmten Situationen oder generell akzeptiert werden.

Die Grundhaltungen von Abstinenzkulturen und extremen Permissivkulturen spielen für den gegenwärtigen alkoholpolitischen Diskurs in Europa wenig Rolle und können daher hier vernachlässigt werden. Der Diskurs bewegt sich im Spannungsfeld zwischen den Ambivalenzkulturen (alkoholkritische Grundhaltung) und den Permissivkulturen (alkoholtolerante Grundhaltung). Der puritanisch-protestantisch geprägte Norden Europas und Teile der englischsprachigen Welt sind von einer alkoholkritischen Grundhaltung gezeichnet, während der katholisch und orthodox geprägte Süden und Osten Europas sowie der

alpine Raum eher durch eine alkoholtolerante Grundhaltung gekennzeichnet sind. Der Leitspruch der alkoholkritischen Grundhaltung lautet *„Weniger ist besser!“*, ein Motto, das z. B. als Titel der Publikation über die Pariser WHO-Konferenz zu Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol gewählt wurde (Anderson, 1996). Der Leitspruch der alkoholtoleranten Position ist *„Trinke verantwortungsbewusst!“*², ein Slogan, der sich zum Beispiel auf einer Internetseite des US-amerikanischen „Center for Disease Control“ (CDC, 2019) findet. Beide Schlagworte erleben die Vertreter der jeweils anderen Position als klare Provokationen. Anhänger der alkoholkritischen Position interpretieren den Slogan *„Trinke verantwortungsbewusst!“* als inakzeptable Aufforderung zu trinken, die ihrer Grundintention zuwiderläuft, jeglichen Alkoholkonsum negativ erscheinen zu lassen. Anhänger der alkoholtoleranten Position interpretieren den Slogan *„Weniger ist besser!“* als ungerechtfertigte Kritik am moderaten und gesellschaftlich integrierten Alkoholkonsum.

Lange Zeit konnten alle europäischen Staaten ihre alkoholpolitischen Vorstellungen völlig selbstständig festsetzen. Das hat sich im Zuge der Integration Europas verändert. In einem gemeinsamen Wirtschaftsraum ohne Zollgrenzen ist es kaum möglich, eine stark restriktive Alkoholpolitik durchzuhalten, wenn Alkohol in Nachbarländern vergleichsweise billig angeboten wird. Die nordeuropäischen Staaten begannen daher, einerseits ihre Alkoholpolitik weniger restriktiv zu gestalten und gleichzeitig in der EU verstärkt für eine restriktive Alkoholpolitik zu lobbyieren. Wenn alle EU-Länder beschließen würden, ihre Alkoholpolitik restriktiv zu gestalten, wäre es möglich, traditionell restriktive Maßnahmen aufrechtzuerhalten bzw. wieder zu diesen zurückzukehren. Für Länder mit einer liberalen Alkoholpolitik entstand im Zuge der europäischen Integration kein unmittelbarer Druck. Diese konnten ihre traditionelle Alkoholpolitik beliebig beibehalten oder, falls sie das für zweckmäßig erachteten, sich in Richtung einer restriktiveren Alkoholpolitik bewegen. Sollte es allerdings jenen Staaten, die für eine restriktive Alkoholpolitik eintreten, gelingen, ihre Vorstellungen auf EU-Ebene verbindlich durchzusetzen, geraten erstmals auch jene Länder unter Druck, die bis dato eine liberale Alkoholpolitik aufrechterhalten haben.

Wenn nun alkoholkritische Staaten und alkoholkritische Interessengruppen auf der europäischen Ebene Überzeugungsarbeit (engl.

¹ In der in der deutschsprachigen Literatur häufig zitierten Übersetzung wird statt Permissivkultur „Zulassungskultur“ bzw. „genehmigende Kultur“ und statt extremer Permissivkultur „genehmigende-funktionsgestörte Kultur“ verwendet (Pittmann, 1967, S. 3–20). Beides sind eher unglückliche Übersetzungen der englischen Originalausdrücke („permissive cultures“ bzw. „over-permissive cultures“), weswegen ich mich dieser Übersetzung nicht anschloss.

² „Drinking in moderation!“

advocacy) für ihre alkoholpolitischen Überzeugungen und restriktiven alkoholpolitischen Maßnahmen betreiben und alkoholtolerante Staaten gemeinsam mit Vertretern jener Wirtschaftsbereiche, die mit Alkoholerzeugung, -ausschank und -handel befasst sind, dagegen auftreten, stellt sich die Frage, welche Rolle die Wissenschaft in diesem Interessenkonflikt einnimmt. Während die erklärte Aufgabe von Lobbyisten und Aktivisten darin besteht, in der Öffentlichkeit und bei Entscheidungsträgern Überzeugungsarbeit zu leisten, ist die inhärente Aufgabe von Forschern die Erkenntnissuche. Während die Aufgabe von Lobbyisten und Aktivisten darin besteht, selektiv nach Argumenten für ihre Position zu suchen und dabei auf Plausibilität abzielen, ist die Aufgabe von Forschern, alle Positionen – inklusive der eigenen – konsequent und kritisch zu hinterfragen, Unklarheiten und Unsicherheiten nicht zu verschleiern, sondern diese offen zu diskutieren (Ball et al., 2019), um sich so kontinuierlich einem korrekten, logisch konsistenten Bild der Wirklichkeit anzunähern. Wie es Popper (1934/1976) im Sinne des kritischen Rationalismus formulierte, geht es in der Wissenschaft darum, möglichst viele unterschiedliche Hypothesen und Theorien zu entwickeln und diese durch systematische Kritik so lange zu hinterfragen, bis die aus empirischen und rationalen Gründen am besten vertretbaren Optionen übrig bleiben, wodurch man sich sukzessive der Wahrheit annähert. Popper formulierte in diesem Zusammenhang: *„Wer seine Gedanken der Widerlegung nicht aussetzt, spielt nicht mit im Spiel der Wissenschaft“*.

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich kritisch mit der Rolle der empirischen Wissenschaft im Rahmen alkoholpolitischer Diskurse. Diskutiert wird dabei die Frage, wie weit der Ausdruck „evidenzbasierte Politik“ verwendet bzw. missbraucht wird, um einen überhöhten Geltungsanspruch zu begründen bzw. um von zentralen ethischen Fragen abzulenken. Die hier relevanten ethischen Fragen hängen unmittelbar mit dem Menschenbild, dem Gesellschaftsbild und Weltbild der beurteilenden Personen zusammen. Darüber hinaus werden in diesem Text einige Probleme aufgezeigt, die dann auftreten können, wenn assoziativ-intuitives Denken das logisch-analytische Denken ersetzt, wenn bestimmte Formen der Ergebnisdarstellungen fast zwingend falsche Schlussfolgerungen suggerieren und wenn Befunde, die unerwünschte Interpretationen nahelegen, wissentlich oder unwissentlich ignoriert, verschleiert oder wegrationalisiert werden.

2 Verhältnismäßigkeit

Politische Maßnahmen tangieren in der Regel viele Menschen und schränken deren Freiheit, sich so zu verhalten, wie sie wollen, mehr oder weniger stark ein. Eine populäre, aber bei wörtlicher Auslegung in dieser radikalen Form unsinnige Maxime besagt: „Die Freiheit des Einzelnen hört dort auf, wo die Freiheit des anderen eingeschränkt wird“. Man kann und muss nicht konsequent auf alles verzichten, was andere beeinträchtigen könnte. Wer z. B. das Recht für sich in Anspruch nimmt, am Abend Freunde einzuladen und sich mit den Gästen in moderater Lautstärke zu unterhalten, schränkt in vielen hellhörigen Wohnhäusern das Recht der Nachbarn ein, ohne Lärmbelästigung zu schlafen. Hier steht das unbestreitbare Recht auf Sozialleben gegen das ebenfalls unbestreitbare Recht auf Nachtruhe. Bei derartigen Interessenkonflikten sind Kompromisse notwendig. Aber wie gewichtet man das Recht auf übliche Sozialkontakte im Vergleich zum Recht auf Nachtruhe? Wie oft und wie laut dürfen derartige Sozialkontakte stattfinden und welcher Lärmpegel darf dabei nicht überschritten werden? Noch schwieriger wird die Entscheidung, wenn sich Menschen durch ihr Verhalten selbst erheblich gefährden oder schaden, weil hier die Legitimation von Einschränkung angesichts eines modernen Menschenrechtsverständnisses sehr gering ist.

Welche Einschränkungen durch politische Maßnahmen legitim sind, wird in modernen Demokratien unter dem Schlagwort „Verhältnismäßigkeit“ abgehandelt, wobei diese auf vier Säulen ruht: Legitimität, Rationalität, Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn (Barak, 2012, zit. in Huscroft, 2014). „Legitimität“ bedeutet, dass die gesetzten Maßnahmen einen angemessenen Zweck verfolgen müssen. „Rationalität“ bedeutet, dass die Maßnahmen geeignet sein müssen, um diesen Zweck zu erreichen. Notwendigkeit bedeutet, dass es keine weniger einschränkenden Mittel gibt, mit denen der Zweck ebenfalls erreicht werden könnte. Und „Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn“ bedeutet, dass die zu erwartenden Vorteile die Nachteile, die Dritten erwachsen, so deutlich überwiegen, dass diese gerechtfertigt erscheinen.

Wer nun als Lobbyist oder Aktivist die Öffentlichkeit oder wichtige Entscheidungsträger davon überzeugen möchte, dass bestimmte Maßnahmen gerechtfertigt sind, muss überzeugen, dass das Ziel legitim ist, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen effektiv sind, dass es keine geeigneten weniger restriktiven Maßnahmen gibt und dass die Vorteile der Maß-

nahme die Nachteile klar überwiegen. Ob die intendierten Maßnahmen geeignet sind, die gewünschten Ziele zu erreichen, und ob es gelindere Maßnahmen gibt, diese Ziele zu erreichen, sind ihrer Natur nach Sachfragen. Ob die Ziele legitim und die Nachteile für Betroffene gerechtfertigt sind, sind Wertfragen und erfordern eine ethische Analyse. Hinsichtlich der für Wertfragen relevanten Menschen-, Gesellschafts- und Weltbilder kann man hier zwei sehr unterschiedliche Sichtweisen unterscheiden: den Gesundheitsförderungsansatz der Ottawa-Charta und jenen, der häufig als Public-Health-Ansatz bezeichnet wird.

3 Gesundheitsförderungsansatz vs. Public-Health-Ansatz

Als ich in den 1990er Jahren begann, mich grundlegend mit dem Thema Suchtprävention auseinanderzusetzen, überwog eine Grundhaltung, welche die in den Jahrzehnten davor populären Ansätze zur Angsterzeugung und normativen Beeinflussung konsequent ablehnte und deutlich auf emanzipatorisch-partizipative Methoden der Lebenskompetenzförderung setzte. Schlagworte wie „Empowerment“ (Rappaport, 1987) und „Risikokompetenz“ (Koller, 1995) prägten den Diskurs. Häufig wurden in Präventionskreisen eine vom Institut für Therapieforschung (IFT) in München veröffentlichte deutschsprachige Expertise (Künzel-Böhmer et al., 1993) und die Ottawa-Charta (WHO, 1986a) zitiert. In der Ottawa-Charta wird Gesundheitsförderung ausdrücklich mit Empowerment gleichgesetzt:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“

Dieser Zugang entsprach – und entspricht auch heute noch – meinem persönlichen Menschen- und Gesellschaftsbild, wobei ich diesen Zugang in einigen Publikationen als „demokratisch-emanzipatorisch“ umschrieb und in einen Gegensatz zum früher populären „paternalistisch-kontrollierenden“ Zugang stellte. Ich umschrieb den demokratisch-emanzipatorischen Zugang folgendermaßen:

„Die Zielpersonen werden als Subjekte wahrgenommen, im Sinne von InteraktionspartnerInnen, bei denen man die Fähigkeit fördern will, Lebensbedingungen selbst aktiv zu ändern und zu verbessern, um damit die Wahrscheinlichkeit des Flüchtens in ausweichendes und selbstzerstörerisches Verhalten zu verringern“ (Uhl, 2007).

Ein ergänzender Text der Autoren der Ottawa-Charta (WHO, 1986b), der von der WHO (2009) wiederveröffentlicht wurde, drückt eindeutig aus, dass die Ottawa-Charta demokratisch-emanzipatorisch gemeint war:

„Personen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, sollten sich über mögliche Interessenkonflikte sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene im Klaren sein. Es besteht die Gefahr, dass im Rahmen der Gesundheitsförderung Gesundheit als das ultimative Lebensziel angesehen wird. Diese Ideologie, die manchmal auch als ‚Gesundheitswahn‘ bezeichnet wird, könnte dazu führen, dass manche Menschen anderen vorschreiben, was diese zu tun haben und wie sie sich verhalten sollen; ein Verhalten, das im Gegensatz zu den Prinzipien der Gesundheitsförderung steht.“³

Der Gesundheitsförderungsansatz im Sinne der Ottawa-Charta ist allerdings nicht unumstritten. Im Tabakbereich kommen zusehends weltweit stark paternalistische Tendenzen aus den USA zum Tragen, im Alkoholbereich kommen ähnliche Tendenzen aus dem europäischen Norden und aus Teilen der englischsprachigen Welt. So forderten z. B. Wiley und Kollegen (2013) die Experten auf, nicht der persönlichen Selbstverantwortung das Wort zu reden, sondern sich auf einen demokratischen Prozess zu berufen („Anstatt sprachlich die persönliche Verantwortung zu betonen, schlagen wir vor, die Sprache des demokratischen Prozesses zu gebrauchen⁴). Diesem Demokratieverständnis entsprechend wird der Mehrheit das Recht eingeräumt, den Willen von Minderheiten zu ignorieren, sobald es darum geht, die Gesundheit dieser Minderheiten mit restriktiven Maßnahmen zu schützen. Karlsson und Kollegen (2020) bezeichnen den restriktiven Zugang zur Alko-

³ Englischer Originaltext: Those involved in health promotion need to be aware of possible conflicts of interest both at the social and the individual level. There is a possibility with health promotion that health will be viewed as the ultimate goal incorporating all life. This ideology sometimes called healthism, could lead to others prescribing what individuals should do for themselves and how they should behave, which is contrary to the principles of health promotion.

⁴ Englischer Originaltext: Instead of reaffirming the language of personal responsibility, we suggest utilizing the language of the democratic process.

holpolitik als „Public-Health-Ansatz“ und den auf Eigenverantwortung setzenden Ansatz als „neoliberalen Ansatz im Interesse der Alkoholindustrie“.

Schon in den gewählten Bezeichnungen liegt eine deutliche Wertung. Zwar sind die Ausdrücke „Gesundheitsförderung“ bzw. „demokratisch-emanzipatorisch“ auf der einen Seite und „Public Health“ auf der anderen Seite positiv, aber die Attribute der jeweiligen Gegenpole – „paternalistisch-kontrollierend“ bzw. „neoliberal, im Interesse der Alkoholindustrie“ – sind deutlich negativ konnotiert.

4 Evidenzbasierung

Die populäre Forderung nach „evidenzbasiertem Handeln“ ruft unter Experten und Entscheidungsträgern gegenwärtig kaum Widerspruch hervor. Die Maxime, Entscheidungen an Vernunft und Fakten und nicht an Vorurteilen und Spekulationen zu orientieren, wurde mit der Aufklärung zum Dogma des Common Sense. Man sollte hier allerdings keinesfalls kritiklos alles übernehmen, was als evidenzbasiert präsentiert wird. Erstens ist vieles, was mit dem Prädikat „evidenzbasiert“ versehen wird, sachlich und rational viel weniger gut fundiert, als es den Anschein haben soll, und zweitens kann Handeln, wie zuvor schon betont wurde, nie alleine aus dem abgeleitet werden, was ist (Sachurteil). Da ist immer auch noch ein Werturteil (was sein soll) notwendig – ein Umstand, der durch den Hinweis auf Evidenzbasiertheit allerdings maßgeblich verschleiert wird. Die Idee, dass man aus Fakten ableiten könne, was zu geschehen hat, wird bezugnehmend auf Hume (1740/1911) und Moore (1903) als „Sein-Sollen-Fehlschluss“ oder „Naturalistischer Fehlschluss“ bezeichnet (Uhl, 2012).

Es ist allerdings für Forscher riskant, sich gegen Schlussfolgerungen zu wenden, die als evidenzbasiert präsentiert werden. Liessmann (2009) spricht in diesem Zusammenhang von der „normativen Selbstimmunisierung von Begriffen“. Liessmann beschreibt in diesem Zusammenhang einige Ausdrücke, die wie Zauberworte unsere Kritik und unser Denken blockieren, indem sie nach einem einfachen Schema funktionieren:

„Sie bezeichnen nie das, was die Wortbedeutung nahelegt, verbergen aber, was durch sie tatsächlich indiziert wird.“

Liessmann meint, dass jeder, der solche Begriffe verwendet,

„immer schon gewonnen hat, da diese Begriffe ihre Negation nur um den Preis der Selbstbeschädigung zulassen. Denn natürlich will niemand in den Verdacht geraten, Leistungen nicht messen zu wollen, der Qualität kein Augenmerk zu schenken, sich dem Wettbewerb nicht zu stellen und damit in der Provinzialität zu versinken.“

Der Ausdruck „Evidenzbasierung“ gehört ohne Frage zum Kanon der Zauberworte, die Liessmann über das Prinzip der „performativen Selbstimmunisierung von Begriffen“ kritisch hinterfragt.

Der Ausdruck „Evidenzbasierung“ wird aktuell auf drei unterschiedliche Arten interpretiert, was den Zauberwort-Charakter dieses Ausdrucks noch erheblich potenziert (Uhl, 2015).

Definition 1: Manche verstehen unter „Evidenzbasierung“ ausschließlich Erkenntnisse, die über sauber geplante experimentelle Forschung zustande gekommen sind. Dieses Verständnis ist sowohl empirisch als auch methodologisch gut fundiert, hat aber den entscheidenden Nachteil, dass in vielen human- und sozialwissenschaftlichen Bereichen experimentelle Forschung aus ethischen, ökonomischen und ontologischen Gründen nicht durchführbar ist und mitunter auch gar nicht nötig ist, wie Smith und Pell (2003) pointiert und überzeugend ausführen. Wissenschaftliche Erkenntnis ausschließlich mit experimenteller Forschung gleichzusetzen, reduziert Forschung auf wenige naturwissenschaftliche Bereiche und wertet andere Forschungsbereiche konsequent als unwissenschaftlich ab – was nicht sinnvoll sein kann. Wir müssen laufend Entscheidungen treffen; und überall dort, wo es keine oder noch keine sehr gut fundierten Entscheidungsgrundlagen gibt, müssen wir auf Interpretationen aufbauen, deren Geltungsanspruch begrenzt ist.

Definition 2: Ein anderes Verständnis von „Evidenzbasierung“ setzt Evidenz mit beliebigen empirischen Sachverhalten gleich und ignoriert grundlegende methodologische Prinzipien. Hier feiert der in der Wissenschaftstheorie seit langem abgeschriebene naive Empirismus – oft völlig unerkannt – fröhliche Urstände. Bei diesem Zugang besteht zwar ein Bezug zur Empirie, es fehlt aber jegliche methodologische Fundierung.

Definition 3: Zwischen diesen beiden Extremen liegt eine pragmatische Interpretation von Evidenzbasierung im Rahmen der evidenzbasierten Medizin von Sackett und Kollegen (1997):

„EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“

Die von Sackett, einem der Väter der evidenzbasierten Medizin, vertretene pragmatische Zwischenposition ist ohne Frage sinnvoll, lässt aber ziemlich offen, was unter „vernünftigem Gebrauch“ und „bestmöglicher Evidenz“ zu verstehen ist.

Von Vorteil für jene, die mit dem Ausdruck „evidenzbasierte Politik“ agieren, ist der Umstand, dass sie beliebig zwischen den drei unterschiedlichen Bedeutungen wechseln können. Wenn man irgendwelche empirische Daten erhoben hat, kann man den Anspruch erheben, evidenzbasiert vorgegangen zu sein (Definition 2), man kann gleichzeitig den enorm hohen Geltungsanspruch systematischer experimenteller Forschung suggerieren (Definition 1) und, falls der Geltungsanspruch der Schlussfolgerungen fundiert hinterfragt wird, kann man sich auf die pragmatische Position von Sackett und Kollegen (Interpretation 3) zurückziehen, die im Sinne der performativen Selbstimmunisierung des Begriffs kaum angreifbar ist. Wie soll man auch jemanden kritisieren, der bloß vertritt, man solle sich auf die besten vorhandenen Daten beziehen (Uhl, 2018). Wie Hofstadter und Sander (2014) betonen, fällt es Beobachtern kaum auf, wenn sich die Bedeutung der verwendeten Worte im Laufe eines Diskurses ständig verändert.

5 Evidenzbasierte Alkoholpolitik

Ein Begriff, den Liessmann zwar nicht anführte, auf den seine Kritik allerdings perfekt zutrifft, ist „evidenzbasierte Alkoholpolitik“ – ein Ausdruck, der von namhaften internationalen Alkohol-Epidemiologen seit langem über Standardwerke konsequent popularisiert wird. Ganz wichtig sind in diesem Zusammenhang die Publikationen „Alcohol Control Policies in Public Health Perspectives“ (Bruun et al., 1975), „Alcohol Policy and the Public Good“ (Edwards et al., 1994) und „Alcohol, No Ordinary Commodity“, das seit dem erstmaligen Erscheinen bereits einmal überarbeitet wiederveröffentlicht wurde (Babor et al., 2003, 2010). Bei den genannten Werken handelt es sich jeweils um Aktualisierungen der zuvor publizierten Werke. In allen Fällen waren Autoren der jeweiligen Vor-

gängerversion beteiligt – wobei immer einige Autoren wegblieben und andere dazukamen. Gemeinsam ist allen Büchern, dass sie sich mit der vorhandenen empirischen Literatur gründlich und kompetent auseinandersetzen, dabei Widersprüchlichkeiten und Unsicherheiten durchaus kritisch würdigten, abschließend aber simplifizierende Schlussfolgerungen ziehen, die angesichts der in den Werken diskutierten Probleme so keinesfalls gerechtfertigt sind. Von besonderer Bedeutung ist hier auch eine Publikation von Anderson und Baumberg (2006), die im Rahmen des groß angelegten EU-Projekts „Bridging the Gap“ erstellt wurde, wobei die Autoren neben Alkoholforschern aus nahezu allen EU-Staaten auch wichtige Autoren der zuvor genannten Bücher involvierten.

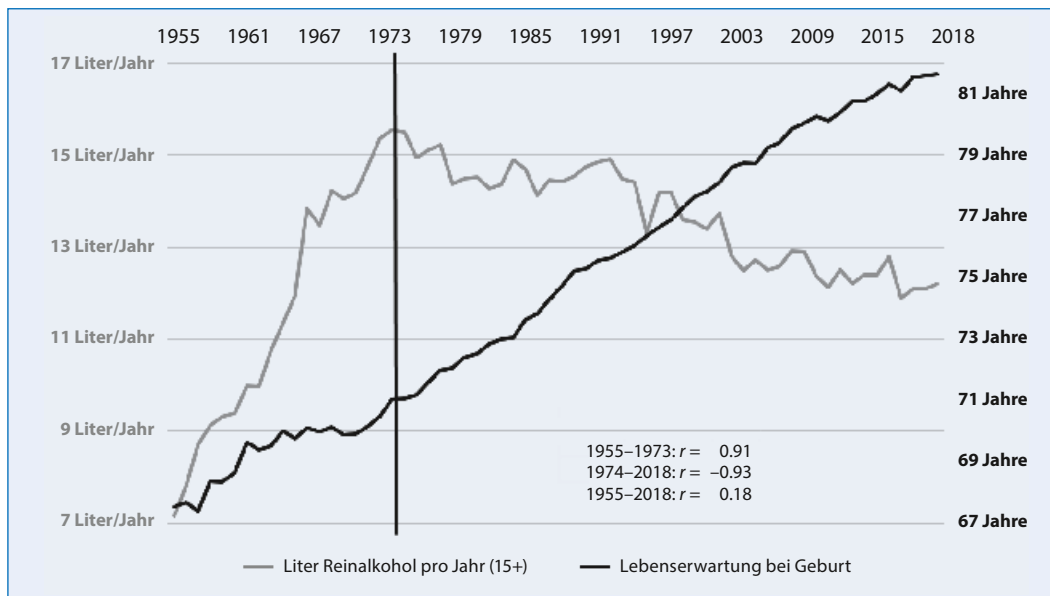
In einem von der WHO und dem Weltwirtschaftsforum herausgegebenen Text (Bloom et al., 2011) wurden die zentralen Forderungen der genannten Bücher dann schlagwortartig auf die „drei besten Angebote“ (Three Best Buys) verkürzt. Das sind für die Autoren

- 1) höhere Steuern auf Alkohol,
- 2) eine starke Beschränkung der Orte, an denen Alkohol gekauft bzw. ausgeschenkt wird, in Verbindung mit einer Beschränkung der Öffnungszeiten und
- 3) ein konsequentes Werbeverbot für alkoholische Getränke.

Argumentiert werden diese Forderungen, wie schon der Titel nahelegt, damit, dass diese – und nur diese – Methoden sowohl wirksam als auch für den Staat finanziell günstig seien. Dafür sind primär Gesetzesänderungen notwendig. Für diese ergeben sich von staatlicher Seite bloß geringfügig höhere Kosten durch vermehrte Kontrolle und Sanktionen bei Verstößen, aber gleichzeitig auch höhere Einnahmen durch Steuern und Strafgelder. Unabhängig davon, ob man im Sinne einer alkoholkritischen Grundhaltung das Idealziel einer möglichst alkoholfreien Gesellschaft vor Augen hat oder ob man im Sinne einer alkoholtoleranten Grundhaltung als Idealziel eine Gesellschaft ohne Alkoholmissbrauch vor Augen hat, – geplante Maßnahmen zum Erreichen dieser Ziele müssen in einer modernen Demokratie verhältnismäßig sein.

6 Grafische Simplifizierungen, die inadäquate Schlussfolgerungen nahelegen

Zahlreiche empirische Studien weisen darauf hin, dass die Einstellungen der Menschen zum Alkohol und ihre Alkoholkonsumgewohnheiten sowie die Auswirkungen des Alkoholkon-

**Abbildung 1**

Alkoholkonsum
und Lebenserwartung
1955–2018 (Quellen:
Bachmayer et al., 2020;
Statistik Austria, 2020)

sums auf die Konsumenten und deren Umwelt nur über ein komplexes Bedingungsgefüge befriedigend erklärbar sind. Wer allerdings von einfachen Erklärungen und einfachen Lösungsvorschlägen überzeugt ist und für diese Überzeugungsarbeit leisten will, kann basierend auf empirischen Daten simple Zusammenhangsmodelle konstruieren, die diese Überzeugungen scheinbar stützen, und muss nur selten mit massiver Kritik rechnen. Unser intuitiv-assoziatives Denken bemerkt derart fragwürdiges Vorgehen in der Regel nur, wenn Schlussfolgerungen unseren Überzeugungen diametral widersprechen. Wenn das der Fall ist, wird Nachdenken subjektiv unumgänglich und das logisch-analytische Denken wird involviert (Kahneman, 2012).

Zentrale Aspekte des intuitiv-assoziativen Denkens sind die Beschränkung der Argumentation auf das, was erwähnt wird, simplifizierende Kategorisierung und unzulässige Kausalinterpretationen aufgrund von empirischen Assoziationen. Kahneman (2012) nennt die Fokussierung auf das, was gerade gedanklich präsent ist, und das Ausblenden anderer Aspekte „WYSIATI“ (What You See Is All There Is). Hofstadter & Sander (2014) betonen, dass wir im Alltag Kategorien meist nicht infrage stellen und bei üblichen Ausdrücken weder Heterogenität noch unklare Grenzen bemerken. Chabris & Simons (2011) beschreiben recht anschaulich die „Ursachen-Illusion“, also das spontane Gefühl, dass beobachtete Zusammenhänge kausaler Natur seien. Wir erleben im Alltag Kausalität so unmittelbar, wie wir Farben erleben, argumentierte Michotte (1992). Um unzutreffende Kausalitätserlebnisse zu korrigieren, ist es nötig, unmittelbare Wahrnehmungsergebnisse

se durch eine gedanklich analytische Leistung unter Anwendung inhaltlichen und methodischen Wissens zu dekonstruieren (Kriz et al., 1990).

Um zu zeigen, wie leicht wir simplifizierenden Darstellungen auf den Leim gehen, habe ich den durchschnittlichen Alkoholkonsum der ≥ 15 -Jährigen und deren Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich zwischen 1973 und 2018 grafisch gegenübergestellt (Abbildung 1). Wie man der Grafik entnehmen kann, gibt es im Jahr 1973 einen deutlichen Bruch in der Entwicklung des durchschnittlichen Alkoholkonsums: Während er nach dem Zweiten Weltkrieg bis 1973 relativ rasch und kontinuierlich anstieg, sank er seit 1973 langsam und ebenfalls kontinuierlich. Die Lebenserwartung stieg über den gesamten Zeitraum kontinuierlich an.

Würde man in einer Grafik ausschließlich den Zeitraum 1973–2018 präsentieren, würde das von den meisten Betrachtern spontan als empirischer Beweis für ein ad hoc formuliertes allgemeines Gesetz „Rückgang des Alkoholkonsums bewirkte steigende Lebenserwartung!“ interpretiert werden. Ohne die Werte für den Zeitraum 1955–1973 zu sehen, wäre es vermutlich kaum möglich, Rezipienten davon zu überzeugen, dass diese Grafik keinesfalls so interpretiert werden darf. „Assoziation bedeutet nicht Kausalität“ – das ist ein Grundsatz, der in jeder einleitenden Statistik- und Forschungsmethodologie-Vorlesung gebetsmühlenartig wiederholt wird. Da dieser Grundsatz bei Experten allgemein bekannt ist, würde ein Hinweis darauf eine kurze Verunsicherung auslösen. Diese wäre aber kaum nachhaltig, weil man sich der Suggestionskraft der Grafik kaum entziehen kann, wenn man ausschließlich mit

der Entwicklung des Zeitraums 1973–2018 konfrontiert ist. Würde man ausschließlich die Daten von 1955–1973 präsentieren, müssten diese demselben Prinzip entsprechend als Beweis für das allgemeine Gesetz „Steigerung des Alkoholkonsums bewirkt steigende Lebenserwartung“ interpretiert werden. Da diese Schlussfolgerung den Erwartungen der meisten Rezipienten diametral widerspricht, würden sie diese allerdings kaum akzeptieren und vom intuitiv-assoziativen Interpretationsmodus auf einen rational-analytischen umstellen. Sie würden zur Erklärung weitere Größen einbeziehen, die Komplexität des Gesamtsystems betonen und häufig auch den Satz „Assoziation bedeutet nicht Kausalität“ ins Treffen führen.

Bei der Betrachtung des Gesamtzusammenhangs im Zeitraum 1955–2018 könnte man plausibel folgendermaßen argumentieren:

- 1) Die Lebenserwartung nach dem Zweiten Weltkrieg ist infolge positiver gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Veränderungen kontinuierlich angestiegen.
- 2) Der Alkoholkonsum ist nach den Mangeljahren im Zweiten Weltkrieg parallel mit dem steigenden Wohlstand im Sinne eines Aufholprozesses bis zu einem Sättigungspunkt im Jahr 1973 ebenfalls kontinuierlich angestiegen.
- 3) Seit 1973 ist es infolge anderer gesellschaftlicher Prozesse wieder zu einem langsamen, aber kontinuierlichen Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums gekommen.

Vermutlich würde auch diese Interpretation häufig ohne Widerspruch akzeptiert werden. Es sollte aber klar sein, dass damit die Entwicklung des Alkoholkonsums und die Entwicklung der Lebenserwartung völlig unabhängig voneinander erklärt wurden. Das bedeutet, dass die zunächst sehr überzeugend wirkende kausale Interpretation des Kurvenverlaufs 1973–2018 argumentativ ad absurdum geführt wurde.

Da die Daten in Abbildung 1 meines Wissens in dieser Form noch nie publiziert und interpretiert wurden, handelt es sich hier nicht um die Kritik an einer publizierten Interpretation von Daten, sondern um den Versuch,

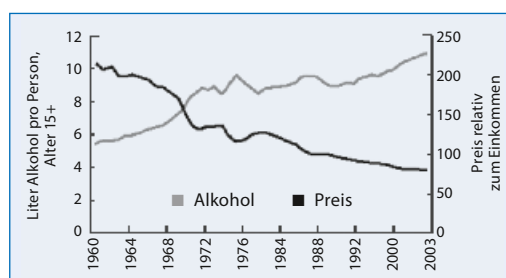
Probleme im Zusammenhang mit unserem intuitiv-assoziativen Interpretieren von Daten einfach zu demonstrieren. In der Forschungsliteratur gibt es allerdings eine Fülle von ähnlich gelagerten Beispielen, die tatsächlich inadäquat interpretiert werden. Ein interessantes Beispiel findet sich z. B. in einer Publikation der „Scottish Health Action on Alcohol Problems“ (SHAAP, 2007), das den durchschnittlichen Alkoholkonsum und den Alkoholpreis in Großbritannien relativ zum Einkommen zwischen 1990 und 2002 in ein Verhältnis setzt (Abbildung 2). Wie beim zuvor beschriebenen Beispiel kann man sich auch hier dem spontanen Eindruck kaum entziehen, diese Grafik beweise, dass der Alkoholkonsum deswegen gestiegen sei, weil der Alkoholpreis gesunken ist – auch wenn diese Schlussfolgerung logisch völlig unhaltbar ist.

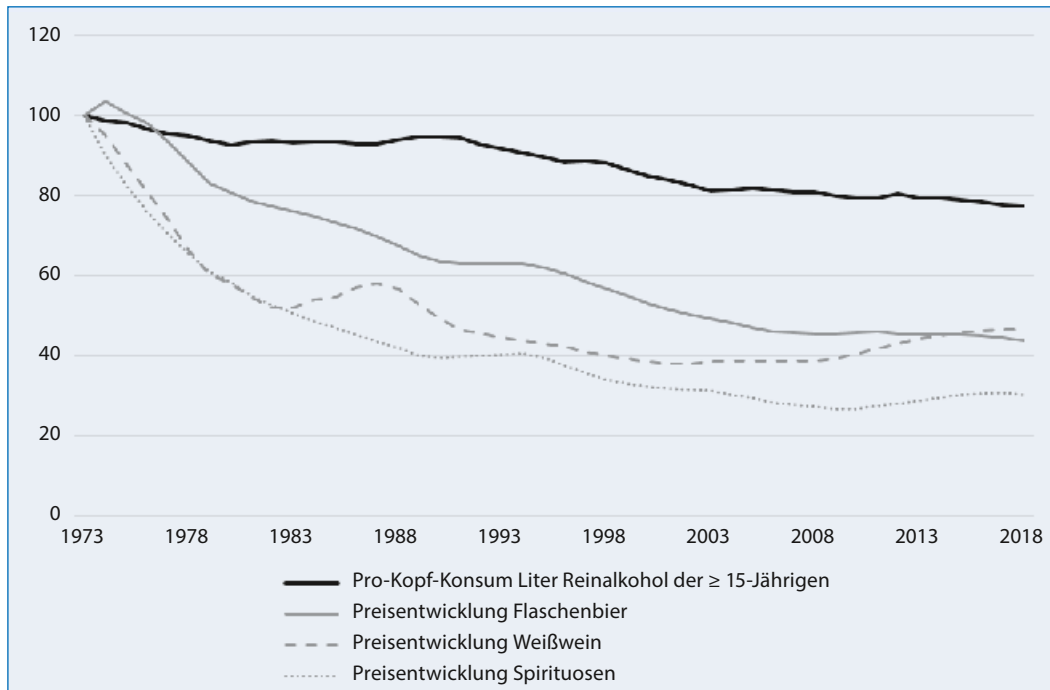
Um nicht missverstanden zu werden: Dass der Alkoholpreis einen Einfluss auf den Alkoholkonsum hat, ist plausibel und durchaus anzunehmen. Es ist aber auch plausibel, dass es keinen streng funktionalen Zusammenhang zwischen diesen beiden Größen gibt, wie das zwischen physikalischen Größen der Fall ist und wie das die Grafik intuitiv nahelegt. Der dargestellte Zusammenhang sagt darüber nichts aus, auch wenn man sich diesem Eindruck kaum entziehen kann. Um es in der Sprache der Gerichtsbarkeit auszudrücken: Wenn aus sachlichen Gründen ein Indiz zum Beweis der Schuld eines Angeklagten abgelehnt werden muss, kann man daraus nicht ableiten, dass der Angeklagte unschuldig sei. Falls er schuldig ist, kann man die Schuld aber nicht beweisen.

Ein genauer Blick auf die Zahlen in Abbildung 2 ergibt, dass die Alkoholpreise im Beobachtungszeitraum gar nicht gesunken, sondern gestiegen sind. Unter Bezugnahme auf offizielle Statistiken (Office of National Statistics, 2020a, 2020b; Bank of England, 2020) kann man errechnen, dass die Preise für Alkohol nominal ungefähr auf das 18fache gestiegen sind und real (inflationsbereinigt), wie im Text auch angegeben wird, um das 1.3fache. Ein Rückgang der Alkoholpreise ergibt sich nur relativ zum durchschnittlichen Einkommen, ein Umstand, der von den Autoren angegeben wird, bei oberflächlicher Lektüre aber übersehen werden kann. Die Wirtschaftsleistung ist in Großbritannien pro Kopf um das 2.7fache gestiegen (Office of National Statistics, 2020a) und damit auch das durchschnittliche Einkommen der Briten. Nun ist es sicherlich legitim, Preise relativ zum Einkommen auszudrücken. Wenn das durchschnittlich verfügbare Einkommen real erheblich steigt, muss man für ein Produkt, das

Abbildung 2

Durchschnittlicher
Alkoholkonsum und Preis
relativ zum Einkommen
1960–2003
(Quelle: SHAAP, 2007)



**Abbildung 3**

Alkoholkonsum und einkommensbezogener Preis in Österreich, 1973–2018 (Quelle: Uhl, Strizek & Hojny, 2020)

real gleich viel kostet wie zuvor, nur mehr einen geringeren Teil des Einkommens aufwenden.

Konsequent weitergedacht bedeutet das aber, dass fast alle Produkte des täglichen Lebens sich in diesem Zeitraum relativ zum zur Verfügung stehenden Einkommen ähnlich stark verbilligten. Man könnte daher in Abbildung 2 statt der Zeitreihe für Alkohol zahlreiche ähnlich verlaufende Zeitreihen für andere Güter des täglichen Lebens einsetzen und würde zu sehr ähnlichen Grafiken gelangen. Würde in der Grafik der Preis relativ zum Einkommen für ein anderes Produkt des täglichen Lebens, wie Butter, eingesetzt werden, würden sich die meisten Menschen spontan dagegen sträuben, einen Kausalzusammenhang herzustellen. Warum sollte auch die Verbilligung von Butter relativ zum Einkommen den Anstieg des Alkoholkonsums erklären?

Ergänzend möchte ich nun noch die Preise für Bier, Wein und Spirituosen relativ zum durchschnittlichen Alkoholkonsum in den Jahren 1973–2018 in Österreich präsentieren (Abbildung 3). Auch in Österreich haben diese Preise relativ zum Einkommen um mehr als 50 Prozent abgenommen – aber anders als in Großbritannien ist der Konsum in diesem Zeitraum nicht angestiegen, sondern um rund 25 Prozent gesunken. Von einem allgemeinen Gesetz, dass der Alkoholkonsum ansteigt, wenn sein Preis relativ zum Einkommen fällt, kann demnach sicherlich nicht die Rede sein.

Auch wenn man angesichts der präsentierten Grafiken unweigerlich versucht ist, diese intuitiv als Beweis für Kausalzusammenhän-

ge zu interpretieren, ist diese Interpretation unrichtig. Das Prinzip, einen Zusammenhang immer dann konsequent als ursächlich aufzufassen, wenn das die eigene Überzeugung stützt, und die Ursächlichkeit zu bezweifeln, wenn es der eigenen Meinung widerspricht, kann nicht als legitime Vorgangsweise akzeptiert werden. Außerdem sollte klar sein, dass es wenig sinnvoll ist, Ursachen sowie Folgen des Alkoholkonsums zu beschreiben, ohne zwischen unterschiedlichen Konsumformen und Konsummengen zu unterscheiden, und dass es inadäquat ist, alle anderen Aspekte, die hier eine Rolle spielen könnten, in reduktionistischer Weise auszublenden.

7 „Unstatistik“ des Monats

Wer aus einer alkoholkritischen Perspektive Alkoholkonsum undifferenziert problematisieren möchte, für den kommen empirische Befunde, die nahelegen, dass moderater Alkoholkonsum keine relevanten Risiken hervorrufen würde oder sogar positive Effekte haben könnte, ziemlich ungelegen. Eine Art, das Problem zu lösen, ist – wie im letzten Abschnitt beschrieben – ganz undifferenziert von den Effekten des Alkoholkonsums zu sprechen, wodurch man die negativen Wirkungen des exzessiven Alkoholkonsums implizit auf jede Art von Alkoholkonsum übertragen kann. Eine andere Vorgangsweise ist, Befunde, die positive Effekte des Alkoholkonsums zu Recht oder zu Unrecht nahelegen, einfach zu verstecken. Im Folgen-

den werden zwei Beispiele angeführt, wo genau das passiert ist.

Die Frage, ob moderater Alkoholkonsum gesundheitsfördernde Wirkung hat, beschäftigt die Menschheit schon seit langem. Traditionell wurde Alkohol in der Volksmedizin als Heilmittel oft positiv beurteilt. Ein heißes Getränk mit Schnaps und Honig, um gegen Erkältungskrankheiten vorzubeugen, ein Schnaps nach einem fetten Essen, um die Verdauung zu fördern, ein Bier vor dem Stillen, um die Muttermilchproduktion zu fördern, oder Rotwein, um die Blutbildung anzuregen, das sind nach wie vor in manchen Kreisen populäre Vorschläge, wenn es um Hausmittel geht. Moderne Ärzte empfehlen solche Hausmittel zwar kaum noch, aber während der amerikanischen Alkoholverbote in den 1920er- und 1930er Jahren durften Ärzte aus medizinischen Gründen Spirituosen verordnen, die dann in Apotheken bezogen werden konnten (Courtwright, 2003). Buchtitel wie „Jungbrunnen Bier – Gesunder Genuss“ (Walzl & Hlatky, 2004) oder „Wein ist Gesundheit! – Zum Wohl!“ (ÖWM, 2017) zeigen, dass Alkohol als Heilmittel auch heute noch in vielerlei Hinsicht angepriesen wird. Heute steht zwar fest, dass viele früher populäre Anwendungen sachlich nicht gerechtfertigt sind oder sogar kontraproduktiv wirken, aber es gibt auch heute noch durchaus Befunde, die eine positive Wirkung moderaten Alkoholkonsums auf die Gesundheit zumindest nahelegen und von manchen Autoren auch so interpretiert werden.

Als Gmel und Kollegen (2003) aufbauend auf eine Metaanalyse über 75 empirische Unter-

suchungen belegen konnten, dass das relative Sterberisiko für moderate Alkoholkonsumenten deutlich geringer ist als für Alkoholabstinenten und für Personen mit starkem Alkoholkonsum, interpretierten sie das im Sinne einer relevanten gesundheitsfördernden Wirkung, wobei sie die Ansicht vertraten, dass diese Wirkung primär kardioproduktiver Natur sei, moderater Alkoholkonsum also gegen koronare Herzerkrankungen vorbeugt. Konkret ergab sich, dass das Sterberisiko von Männern bei einem durchschnittlichen Tageskonsum von 15 g Reinalkohol um ca. 13 Prozent geringer ist als von Personen, die gar keinen Alkohol trinken, wobei das Sterberisiko von Männern, die durchschnittlich 125 g reinen Alkohol pro Tag konsumieren, um 60 Prozent höher ist als von Alkoholabstinenten (Abbildung 4).

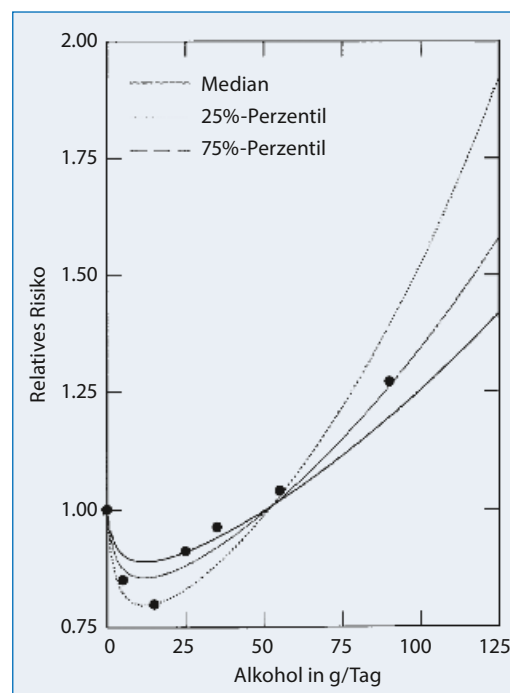
Da die Kurven nicht in allen Studien völlig gleich verlaufen, werden in Abbildung 4 neben der mittleren Verlaufskurve auch noch die beiden Grenzen ausgewiesen, ab denen 25 Prozent der Studien einen stärker ausgeprägten J-Verlauf bzw. 25 Prozent der Studien einen weniger stark ausgeprägten J-Verlauf aufweisen.

Wie im letzten Abschnitt ausgeführt wurde, darf man aus dem Verlauf der J-Kurve, also eines beobachteten Zusammenhangs allein, nicht auf einen Kausalzusammenhang (hier im Sinne einer gesundheitsfördernden Wirkung des moderaten Alkoholkonsums) schließen. Wie Rothman und Greenland (2005) sehr detailliert ausführten, ist es nur dann zulässig, aus Zusammenhängen auf Kausalität zu schließen, wenn man die dahinterliegenden Mechanismen gut versteht und diese empirisch und logisch gut abgesichert sind. Immer wieder zitierte populäre Kriterien, um zu beurteilen, ob Zusammenhänge kausaler Natur sind – wie die bekannten Kriterien von Hill (1965) –, reichen keinesfalls aus, um die Entscheidung für oder gegen Kausalinterpretationen zu rechtfertigen, wie Rothman und Greenland überzeugend argumentieren.

Für die von Gmel und Kollegen formulierte gesundheitsfördernde Wirkung des moderaten Alkoholkonsums sprechen durchaus auch einige experimentell überprüfbare biologische Mechanismen (Strotmann & Ertl, 2003). Umgekehrt ist es aber auch plausibel, dass die Kausalität in die andere Richtung weist, also dass die somatische und psychische Gesundheit sowie die soziale Situation von Menschen das durchschnittliche Alkoholkonsumverhalten beeinflussen (Uhl, Strizek & Hojni, 2020). Für Länder, wo Alkohol einen integrierten Teil der Kultur und des gesellschaftlichen Lebens darstellt, ist anzunehmen, dass sich gesunde, erfolgreiche und gut integrierte Personen der

Abbildung 4

Relatives Sterberisiko und durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag (Männer)
(Quelle: Gmel et al., 2003)



20 g Reinalkohol sind in einem halben Liter durchschnittlichen Biers bzw. in einem Viertelliter leichtem Weins enthalten.

Kultur anpassen, also weder völlig alkoholabstinent leben noch sich regelmäßig betrinken (soziokulturelle Regelungshypothese). Dass Personen, die moderat Alkohol konsumierten und organisch erkrankten, manchmal aus gesundheitlichen Gründen ihren Alkoholkonsum gänzlich einstellen (Kranke-Alkohol-konsumenten-Hypothese), ist plausibel. Dass Personen, die an Schmerzen, psychischen Problemen oder psychiatrischen Erkrankungen leiden, häufig Alkohol zur Symptombekämpfung einsetzen (Selbstmedikationshypothese), konnte ebenfalls immer wieder belegt werden. Grundsätzlich sind hier noch viele plausible Zusammenhangshypothesen denkbar, die den Zusammenhang über nicht kontrollierte Drittvariablen erklären können, wobei all diese Hypothesen keinen alleinigen Geltungsanspruch begründen können. Sehr plausibel ist, dass viele Mechanismen gleichzeitig wirken und sich daraus der empirisch beobachtete J-förmige Zusammenhang ergibt.

Eine endgültige Entscheidung darüber, ob von moderatem Alkoholkonsum tatsächlich eine gewisse gesundheitsfördernde Wirkung ausgeht oder nicht, lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht verbindlich beantworten. Darüber gehen die Expertenmeinungen nach wie vor stark auseinander. Man kann aber mit relativer Sicherheit sagen, dass von moderatem Alkoholkonsum weder ein erhebliches Gesundheitsrisiko ausgeht, noch dass es sinnvoll ist, Alkohol als lebensverlängerndes Tonikum zu empfehlen.

Vermutlich wird die Diskussion über die Art und Quantität der Zusammenhänge noch länger andauern. Völlig unzulässig ist es allerdings, diesen Diskurs abzukürzen, indem man Teile der J-Kurve verschweigt oder wegargumentiert, wie das Wood und Kollegen (2018) gemacht haben. Die weit über 100 Autoren wiederholten die Metaanalyse von Gmel und Kollegen, indem sie neuere empirische Studien einbezogen, und ließen das erhöhte Sterberisiko für Abstinente in ihrer Publikation einfach weg. Bei dieser Darstellung kann bei Rezipienten die Idee, dass moderater Alkoholkonsum der Gesundheit förderlich sein könnte, erst gar nicht aufkommen (Abbildung 5).

Diese Verschleierungstaktik wurde aber bereits in der nächsten Nummer der Zeitschrift heftig kritisiert und die fehlenden Werte betreffend Abstinente ergänzt (Abbildung 6). Noch deutlich heftiger fiel die Kritik von Bauer et al. (2018) aus, die die Darstellung von Wood et al. zur „Unstatistik des Monats August“ kürten.

Eine ähnliche Situation ergab sich Jahre vorher in Zusammenhang mit der Grand-Rapids-Studie. Die Autoren einer methodologisch ä-

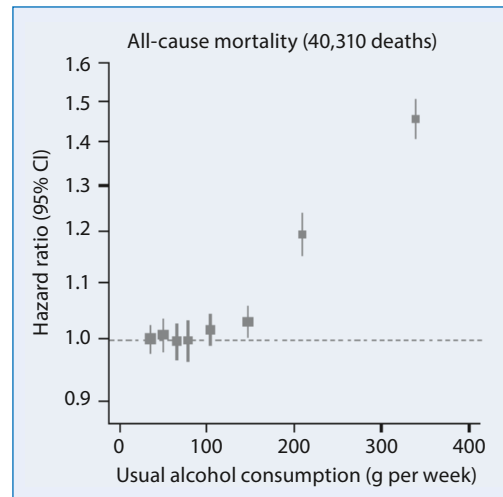


Abbildung 5

Darstellung des relativen Sterberisikos in Relation zum durchschnittlichen Alkoholkonsum pro Tag (Männer) (Quelle: Wood et al., 2018)

20 g Reinalkohol sind in einem halben Liter durchschnittlichen Biers bzw. in einem Viertelliter leichten Weins enthalten.

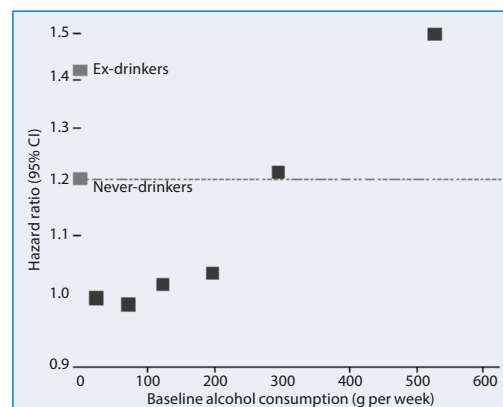


Abbildung 6

Vollständige Darstellung des relativen Sterberisikos in Relation zum durchschnittlichen Alkoholkonsum pro Tag (Männer) (Quelle: Astrup et al., 2018)

20 g Reinalkohol sind in einem halben Liter durchschnittlichen Biers bzw. in einem Viertelliter leichten Weins enthalten.

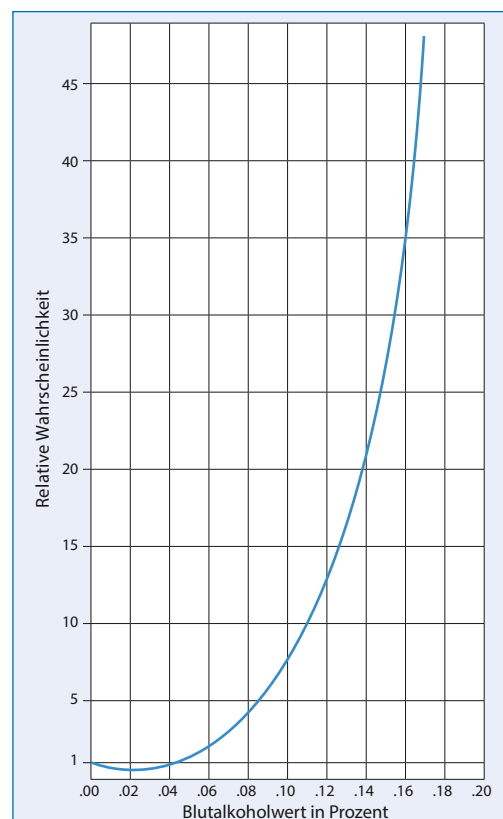


Abbildung 7

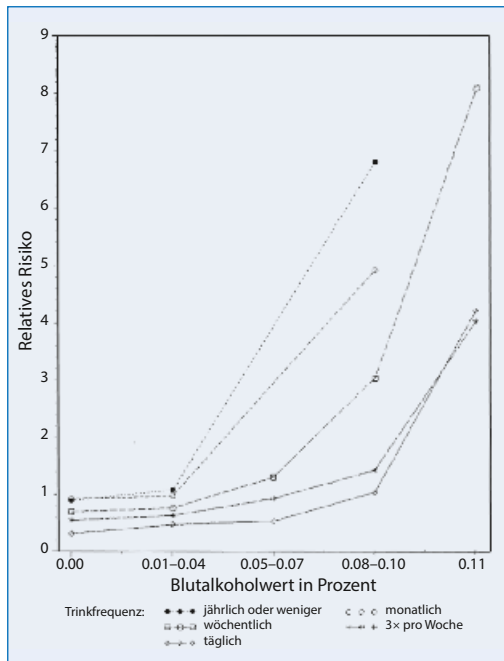
Grand-Rapids-Studie (Quelle: Borkenstein et al., 1964)

0.01% = 0.1‰

Abbildung 8

Re-Analyse der
Grand-Rapids-Studie
(Quelle: Hurst et al., 1994)

0.01% = 0.1‰



berst gut geplanten Studie zur Quantifizierung des Verkehrsunfallrisikos im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stellten ebenfalls einen J-Zusammenhang zwischen dem Alkoholisierungsgrad und dem Verkehrsunfallrisiko fest (Borkenstein et al., 1964). Der Umstand, dass Personen mit einem Blutalkoholwert von 0.2 Promille am wenigsten unfallgefährdet erschienen, wurde als „Grand Rapids Dip“ bezeichnet (Abbildung 7).

Eine Re-Analyse der Daten durch Hurst und Mitarbeiter (1994) ergab, dass die erste Interpretation von Borkenstein et al. irreführend war. Wenn man die Stichprobe nach dem Trinkverhalten stratifizierte, zeigte sich, dass das Unfallrisiko mit zunehmendem Alkoholisierungsgrad in allen Teilgruppen monoton anstieg. Allerdings zeigte sich auch, dass das Unfallrisiko von Personen, die nie Alkohol trinken, bereits mit 0.0 Promille so hoch war wie das Unfallrisiko von regelmäßigen Alkoholkonsumenten mit 1.0 Promille (Abbildung 8). Das erklärt den J-Verlauf, also den „Grand Rapids

Dip“: Die stark unfallgefährdeten Personen, die nie Alkohol trinken, finden sich logischerweise ausschließlich in der Gruppe, die mit 0.0 Promille angetroffen wird. Wieso das Unfallrisiko dieser Personengruppe so hoch ist, ließ sich allerdings bis dato nicht ergründen; man ist hier auf Spekulationen angewiesen.

Wer – in durchaus legitimer Weise – den Alkoholkonsum im Straßenverkehr problematisieren möchte, für den ist die Erkenntnis, dass das Unfallrisiko mit steigendem Alkoholisierungsgrad kontinuierlich ansteigt, durchaus nützlich beim Argumentieren. Große Schwierigkeiten ergeben sich allerdings, wenn man auch das zweite Ergebnis berücksichtigt, nämlich dass Personen, die nie Alkohol trinken, eine Hochrisikogruppe im Straßenverkehr darstellen. Ein sachlicher und ehrlicher Zugang ist, derartige Ergebnisse zu beschreiben, über die Ursachen zu spekulieren und sich Forschungsstrategien zu überlegen, um dieses Phänomen aufklären zu können. Eine pragmatische, aber aus wissenschaftlicher Sicht sehr bedenkliche Strategie ist, den erwünschten Teil der Ergebnisse aufzuzeigen und den unerwünschten einfach zu verschleiern, wie das das U.S.-Department of Transportation und die National Highway Traffic Safety Administration (1991) machten, indem sie Differenzen bildeten (Abbildung 9). Diese Darstellung wurde später in der zuvor bereits zitierten Publikation von Edwards und Kollegen (1994) abgedruckt.

Der fälschlich angenommene „Grand Rapids Dip“ führte übrigens dazu, dass in zahlreichen Sportarten Alkohol vor dem Wettkampf für Athleten als Dopingmittel verboten wurde. Obwohl seit Hurst und Kollegen (1994) bekannt sein sollte, dass es sich beim „Grand Rapids Dip“ bloß um ein Artefakt handelte, wurde Alkohol von den letzten Sportdisziplinen erst 2018 aus der Liste der Dopingmittel gestrichen (Uhl, Bachmayer, Schmutterer & Strizek, 2020).

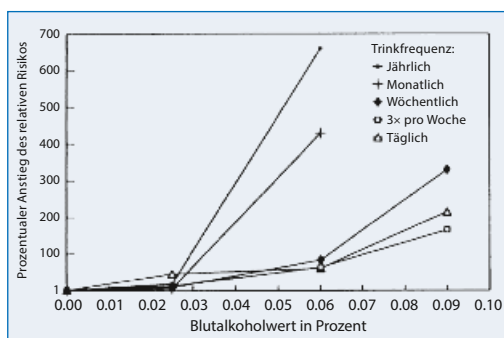
8 Zusammenfassung

Da Alkohol sowohl ein integraler Bestandteil des kulinarischen, gesellschaftlichen und sozialen Lebens ist, der zu Genuss und Wohlbefinden beiträgt, als auch ein Problemstoff und Suchtmittel, welches im Falle übermäßigen Konsums große Probleme für die Konsumenten und die Öffentlichkeit verursacht, wird die Frage, wie die Alkoholpolitik eines Landes gestaltet werden soll, durchaus kontroversiell diskutiert. In einer modernen Demokratie ist klar, dass politische Maßnahmen dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit gehorchen müssen. Dadurch werden ethische und wissenschaftliche

Abbildung 9

Verschleierung der Ausgangswertunterschiede
(Quelle: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, 1991)

0.01% = 0.1‰



Fragestellungen aufgeworfen. Versuche, im Diskurs zwischen unterschiedlichen alkoholpolitischen Positionen zu punkten, indem man durch das eloquente Spiel mit dem Begriff „evidenzbasierte Alkoholpolitik“ die dahinterliegenden ethischen Grundprinzipien verschleiert, sind in diesem Zusammenhang ebenso zu kritisieren wie Versuche, durch simplifizierende Darstellungen oder gezielte Weglassung Überzeugungsarbeit für die eigene Position zu leisten. In der Wissenschaft sollte – im Gegensatz zu einem nur auf vordergründige Plausibilität abzielenden Lobbyismus bzw. Aktivismus – das Erkenntnisziel im Vordergrund stehen. Das ist nur möglich, wenn man sich offen und systematisch mit den ethischen, empirischen und methodologischen Grundlagen auseinandersetzt und bereit ist, sich Unsicherheiten und Mehrdeutigkeiten zu stellen.

Danksagung

Herzlichen Dank an Elisabeth Breyer für Anregungen und Lektorat.

Literatur

- Anderson, P. (Ed.). (1996). *Alcohol – Less Is Better* (WHO Regional Publications, European Series, No. 70). Copenhagen.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf
- Astrup, A., Costanzo, S. & de Gaetano, G. (2018). Comment on risk thresholds for alcohol consumption. *Lancet*, 392, 2165–2167.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity – research and public policy*. New York: Oxford University Press.
- Babor, Th., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity research and public policy* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Bachmayer, S., Strizek, J., Hojini, M. & Uhl, A. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019* (7. Aufl.). Wien: Gesundheit Österreich.
- Ball, D., Humpherson, E., Johnson, B., McDowell, M., Ng, R., Radaelli, C. et al. (2019). *Improving society's management of risks – a statement of principles. Collaboration to explore new avenues to improve public understanding and management of risk (CAPUR)*. Brussels: Atomium-EISMD.
- Bank of England (2020). *Inflation calculator*. <https://www.bankofengland.co.uk/monetary-policy/inflation/inflation-calculator> (28.05.2020).
- Bauer, T. K., Gigerenzer, G., Krämer, W. & Schüller, K. (2018). *Unstatistik des Monats: 0,5 Prozent erhöhtes Gesundheits-Risiko bei einem Drink pro Tag*. Max-Planck-Institut. <https://www.mpib-berlin.mpg.de/unstatistik-auswirkungen-von-alkohol> (30.8.2017)
- Bloom, D. E., Chisholm, D., Jané-Llopis, E., Prettnner, K., Stein, A. & Feigl, A. (2011). *From burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Geneva: World Economic Forum and WHO.
- Borkenstein, R. F., Crowther, R. F., Shumate, R. P., Ziel, W. P. & Zylman, R. (1964). *The role of the drinking driver in traffic accidents*. Bloomington, IN: Department of Police Administration, Indiana University. (Reprinted in *Blutalkohol*, 1974, 11, 1–131).
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E. et al. (1975). *Alcohol control policies in public health perspectives* (Vol. 25). Helsinki: Finish Foundation for Alcohol Studies.
- CDC (2019). *Dietary guidelines for alcohol*. Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/moderate-drinking.htm> (16.05.2020).
- Chabris, Ch. F. & Simons, D. J. (2011). *Der unsichtbare Gorilla – Wie sich unser Hirn täuschen lässt*. München: Piper.
- Courtwright, D. T. (2001). *Forces of habit*. Cambridge: Harvard University Press.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N. et al. (1994). *Alcohol policy and the public good*. Oxford: University Press.
- Freud, S. (1905/1925). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. In A. Freud & A. J. Storfer (Hrsg.), *Gesammelte Schriften von Sigmund Freud* (Bd. 9, S. 1–269). Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Gmel et al. (2003). How stable is the risk curve between alcohol and all-cause mortality and what factors influence the shape? – A precision-weighted hierarchical meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 18, 631–642.
- Hill, A. B. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58, 5, 295–299.
- Hofstadter, D. & Sander, E. (2014). *Die Analogie – das Herz des Denkens*. Stuttgart: Klett.
- Hume, D. (1911). *A treatise of human nature*. London: Dent & Sons. (Original: 1st ed. 1740. London: Thomas Longman).

- Hurst, P. M., Harte, D. & Frith, W. J. (1994). The grand rapids dip revisited. *Accident Analysis and Prevention*, 26, 5, 647–654.
- Huscroft, G. (2014). Proportionality and pretence. *Constitutional Commentary*, 383. Available at: <https://scholarship.law.umh.edu/concomm/383>
- Kahneman, D. (2012). *Schnelles Denken, langsames Denken*. München: Siedler.
- Karlsson, T., Mäkelä, P., Tigerstedt, Ch. & Keskimäki, I. (2020). The road to the alcohol act 2018 in Finland: A conflict between public health objectives and neoliberal goals. *Health Policy*, 124, 1–6.
- Koller, G. (1995). *ZuMutungen – Ein Leitfaden zur Suchtvorbeugung für Theorie und Praxis*. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.
- Kriz, J., Lück, H. E. & Heidbrink, H. (1990). *Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie*. Opladen: Leske
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G. & Janik-Konecny, T. (1993). *Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauches* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos.
- Liessmann, K. (2009). *Theorie der Unbildung – Die Irrtümer der Wissensgesellschaft* (2. Aufl.). München: Piper.
- Marmot, M. (2004). Evidence based policy or policy based evidence? *BMJ*, 328, 906–907.
- Michotte, A. (1982). *Gesammelte Werke, Bd. 1: Die phänomenale Kausalität*. Bern: Huber.
- Moore, G. E. (1960). *Principia Ethica*. Cambridge: University Press. (Original: 1st ed. 1903).
- Office of National Statistics (2020a). *Gross domestic product index: CVM: Seasonally adjusted*. London. <https://www.ons.gov.uk/economy/grossdomesticproductgdp/timeseries/ybez/pn2> (28.05.2020).
- Office of National Statistics (2020b). *UK population estimates and projections, 1960 to 2030*. London. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/articles/overviewoftheukpopulation/mar2017/previous/v1> (28.05.2020).
- ÖWM (2017). *Wein ist Gesundheit! – Zum Wohl! – Die gesundheitlichen Aspekte des Weingenusses* [Folder]. Wien: Österreichische Weinmarketing Service GmbH.
- Pittman, D. J. (1964). Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nichtpathologischen Ursprungs – Eine internationale Übersicht. In DHS (Hrsg.), 27. *Internationaler Kongress: Alkohol und Alkoholismus* (S. 5–20). Geesthacht: Neuland.
- Pittman, D. J. (Ed.). (1967). *Alcoholism*. New York: Harper & Row.
- Popper, K. R. (1934/1976). *Logik der Forschung* (6. verbesserte Aufl.). Tübingen: Mohr.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 2, 121–148.
- Rothman, K. J. & Greenland, S. (2005). Causation and causal inference in epidemiology. *American Journal of Public Health, Supplement 1*, 95, S1, 144–150.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, M., Haynes, B. & Richardson, S. (1997). Editorial: Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? (Übersetzung aus dem Englischen: M. Perleth). *Münchener medizinische Wochenschrift*, 139, 44, 644–645.
- SHAAP (2007). *Alcohol: price, policy and public health*. Edinburgh: Scottish Health Action on Alcohol Problems.
- Smith, G. & Pell, J. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 327, 1459–1461.
- Statistik Austria (2018). *Gestorbene 2018 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht*. Wien.
- Statistik Austria (2020). *Lebenserwartung für ausgewählte Altersjahre 1868/71 bis 2010/12, 1951 bis 2018*. Wien. https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&DocName=022521 (26.05.2020).
- Strotmann, J., Ertl, G. (2003). Alkohol und Herz-Kreislauf-System. In M. V. Singer & S. Teysen, (Hrsg.), *Kompodium Alkohol: Folgekrankheiten Klinik Diagnostik Therapie* (S. 335–352). Berlin: Springer.
- U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration (1991). *Driving under the influence: a report to congress on alcohol limits, part 83*. Washington.
- Uhl, A. (2007). Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. *Sucht magazin* 33, 3–11.
- Uhl, A. (2012). Methodenprobleme bei der Evaluation komplexer Sachverhalte: Das Beispiel Suchtprävention. In Robert-Koch-Institut, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme* (RKI-Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 57–78). Berlin.
- Uhl, A. (2015). Evidence-based research, epidemiology and alcohol policy: a critique. *Contemporary Social Science*, 10, 2, 221–231.
- Uhl, A. (2018). Blindheitsblindheit in der Suchtforschung und im Umgang mit Ergebnissen?

- Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 7, 1, 36–44.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Schmutterer, I. & Strizek (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 2: Gesetzliche Grundlagen 2020*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Uhl, A., Strizek, J. & Hojni, M. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Walzl, M. & Hlatky, M. (2004). *Jungbrunnen Bier – Gesunder Genuss*. Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- WHO (1986a). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, verabschiedet anlässlich der 1. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung am 21. November 1986*. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO (1986b). Health promotion: A discussion document on the concepts and principles. *Health Promotion*, 1, 73–76.
- WHO (2009). *Milestones in health promotion – statements from global conferences*. Geneva: WHO.
- Wiley, L. F., Berman, M. L. & Blanke, D. (2013). Who's your nanny? Choice, paternalism and public health in the age of personal responsibility. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41, Suppl 1, 88–91.
- Wood, A. M. et al. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599,912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*, 391, 1513–1523.



Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl

Gesundheitspsychologe, seit 1977 in der Suchtforschung tätig. Abteilungsleiter Stv. des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH und stv. Leiter des englischen PhD-Programms der Fakultät für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität in Wien. Forschungsschwerpunkte: Epidemiologie, Prävention, Suchtpolitik, Evaluation, Forschungsmethodologie
alfred.uhl@sfu.ac.at

Alkoholkonsumstörungen und komorbide Depressionen: Häufigkeit, Ursachen, Folgen und Behandlungsansätze

Ulrich W. Preuss

Zusammenfassung

Affektive Erkrankungen, insbesondere Depressionen, treten bei Alkoholkonsumstörungen (schädlicher Konsum oder Abhängigkeit von Alkohol) überzufällig häufig auf. Bei der Diagnostik komorbider affektiver Erkrankungen ist bedeutsam, diese erst nach dem Abklingen von Intoxikation und Entzugssymptomen zu diagnostizieren, da beide selbst mit affektiven, ängstlichen und psychovegetativen Symptomen verbunden sein können. Außerdem ist die Unterscheidung von alkoholinduzierten von davon unabhängigen depressiven Störungen bedeutsam, da sie unterschiedliche Ursachen, Verläufe, Behandlungsstrategien und Prognosen aufweisen. Eine Reihe von Modellen wird für die Ätiologie komorbider affektiver Erkrankungen und Alkoholkonsumstörungen (unidirektionales Modell, bidirektionales Modell mit Selbstmedikation und gemeinsame biologische Faktoren) diskutiert. Ein Ziel dieses Artikels ist es, diese Modelle an empirischen Daten zu spiegeln und die Validität der verschiedenen Modelle einzuordnen.

Schlüsselwörter: Komorbidität, affektive Störungen, alkoholbezogene Erkrankungen, ätiologische Modelle, Molekulargenetik

Summary

Affective disorders, in particular depression, co-occur very often with alcohol use disorders (harmful use or dependence). The diagnosis of comorbid affective diseases should be made in the absence of intoxication or withdrawal symptoms. Both may be associated with affective, anxious and psychovegetative symptoms and mimic a depressive disorder. Furthermore, the distinction between alcohol-induced and independent depressive disorders is clinically relevant since they have different causes, course of disease, treatment strategies and prognoses. Several models are discussed for the etiology of comorbid affective diseases and alcohol use disorders (unidirectional model, bidirectional model with self-medication and common biological factors). One aim of this article is to reflect these models on empirical data and to classify the validity of the different models.

Keywords: comorbidity, affective disorders, alcohol-related disorders, etiological models, molecular genetics

Einleitung

Wenn zwei Störungen oder Krankheiten bei derselben Person gleichzeitig oder nacheinander innerhalb der Lebenszeit, eines Jahres oder aktuell auftreten, werden sie als komorbid bezeichnet. Komorbidität bedeutet auch, dass die Krankheiten zusammenwirken und den Verlauf und die Prognose beider beeinflussen können (Santucci, 2012). Diese Übersicht gibt Aufschluss über den Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Komorbidität von Störungen des Alkoholkonsums mit affektiven Erkrankungen.

Inhalt und Ziel dieser Übersicht ist es insbesondere, ätiologische Modelle, Diagnostik und Folgen von komorbiden affektiven Erkrankungen, namentlich Depressionen und bipolare Erkrankungen mit Alkoholkonsumstörungen darzustellen und an ausgewählten klinischen Daten zu spiegeln.

Depressionen

Leitsymptome depressiver Störungen beinhalten nach ICD-10 die depressive Stimmung in ei-

nem ungewöhnlichen Ausmaß, die mindestens seit zwei Wochen anhält, ein Interessen- und Freudverlust (Anhedonie) an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren, und ein verminderter Antrieb und gesteigerte Ermüdbarkeit. Zu den zusätzlichen Symptomen können eine Minderung des Selbstvertrauens, unbegründete Selbstvorwürfe, Suizidalität, Schuldgefühle, Konzentrationsprobleme, psychomotorische Unruhe, Störungen des Schlafes und des Appetites und auch wahnhaftige Symptome treten. In der Regel handelt es sich um synthyme Wahnsymptome (z. B. nihilistischer Wahn; Dilling & Freyberger, 2010).

Depression:

- A. Mindestens zwei der folgenden drei Symptome liegen vor:
 1. Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen, für mindestens zwei Wochen;
 2. Interessen- oder Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;
 3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.
- B. Eins oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome (leicht: 4–5; Mittelgradig: 6–7; Schwer ≥ 8 aus A und B):
 1. Verlust des Selbstvertrauens,
 2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle,
 3. wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizid oder suizidales Verhalten,
 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit,
 5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung,
 6. Schlafstörungen jeder Art,
 7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit.

Als Abhängigkeitskriterien gelten nach dem ICD-10 die folgenden sechs Kriterien:

1. Starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz einzunehmen (Craving),
2. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Konsums) (Kontrollverlust),
3. körperliche Entzugssymptome (Substanztypisches Entzugssyndrom),

4. Benötigung immer größerer Mengen, um die gewünschte Wirkung zu erhalten (Dosissteigerung, Toleranzentwicklung),
5. Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen,
6. anhaltender Gebrauch der Substanz(en) trotz besseren Wissens und trotz eingetretener schädlicher psychischer oder physischer Folgen.

Bipolare Störungen

Neben depressiven Episoden leiden Personen mit bipolaren Störungen an manischen (Bipolar I nach DSM-IV) oder hypomanischen (Bipolar II nach DSM-IV) Syndromen. Zur Klinik der Manie gehört je nach Schweregrad ein gesteigerter Antrieb, psychomotorische Unruhe, Logorrhoe, leicht irritierbare Konzentration und Fokussierung, assoziative Lockerung der Gedanken, reduzierter Schlaf und häufig eine gesteigerte Libido. Ebenfalls zählt eine Reihe von Verhaltensauffälligkeiten wie risikoreiches, impulsives Verhalten, vermehrte Einkäufe und wahllose Sozialkontakte dazu. Die Betroffenen sind oft distanzlos, vermindert kritikfähig, sind ideenflüchtig, ruhelos und getrieben. Ebenfalls können Größen-, Liebes- oder Beziehungsideen bestehen, akustische und optische Halluzinationen sind eher selten und nicht typisch.

Häufigkeit und Bedeutung

Die Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen mit Depressionen ist überzufällig hoch. Epidemiologische Studien weisen auf eine zwei- bis vierfach erhöhte Lebenszeitprävalenz von affektiven Störungen bei Personen mit Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch (nach DSM-III-R) hin (Regier et al., 1990). In einer Übersichtsarbeit schwankten die Raten komorbider Alkoholabhängigkeit bei Depressionen in 14 Studien zwischen zehn und 60 Prozent (Raimo & Schuckit, 1998). Die Rate schwankt in Abhängigkeit von der jeweilig untersuchten Stichprobe. Personen in klinischen Behandlungssettings für die Alkoholabhängigkeit weisen eher höhere Raten auf (z. B. Preuss, 2008).

In der aktuell größten epidemiologischen Untersuchung zu alkoholassozierten Erkrankungen (NESARC: National Epidemiological Survey on Alcohol-Related Consequences; Grant et al., 2016) konnten signifikante statistische Assoziationen zwischen Alkohol- und Substanzkonsumstörungen mit einer Reihe von affektiven Erkrankungen gezeigt werden, wie

der Majoren Depression (Odds Ratio, OR 1.3); Dysthymie (OR 1.5) und der bipolaren Erkrankung (OR 1.5).

Für die klinische Praxis ist die Unterscheidung von Subtypen depressiver Störungen relevant, etwa zwischen alkoholinduzierten und primären („unabhängigen“) Depressionen. In verschiedenen Studien beträgt das Verhältnis von induzierten vs. unabhängigen Depressionen etwa ein Drittel zu zwei Dritteln (Raimo & Schuckit, 1998).

Bei bipolaren Störungen ist im Vergleich zu anderen psychischen Störungen die Rate von komorbiden KUD besonders hoch. In der ECA-Studie wurden Häufigkeiten von 46.2 bzw. 39.2 Prozent bei Bipolar I und II festgestellt (Regier et al., 1990). In der aktuelleren NESARC-Studie fanden sich Raten von 54.6 bzw. 51.8 Prozent sowie ein bis zu 14fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer AUD (Bega et al., 2012).

Ursachen

Insgesamt werden drei Modelle in der Literatur diskutiert, um den Zusammenhang von AUD und affektiven Störungen zu erklären: Direkte „kausale“ Modelle werden am häufigsten erwähnt. Diese Modelle erklären, wie eine „Primärstörung“ eine „Sekundärstörung“ verursacht. Darüber hinaus erweitern „indirekte Kausalmodelle“ das direkte Modell um die Idee, dass eine zuerst (primär) auftretende Erkrankung einen Risikofaktor darstellt, der die Entwicklung einer sekundären Störung hervorruft (z. B. ein Arbeitsplatzverlust durch Alkoholkonsumstörung führt zum Ausbruch einer anhaltenden Depression). Bidirektionale Modelle stellen häufig sich selbst verstärkende Wirkungskreisläufe („Teufelskreise“) dar, in denen die beiden Störungen interagieren (einschließlich der Selbstmedikation), mit der Vorstellung dass ein Konsum von Alkohol zur Linderung depressiver Symptome zu einer Erhöhung des Alkoholkonsums führt, die wiederum die Depression verschlimmert (Übersicht bei Moggi & Preuss, 2019).

Das Modell der „gemeinsamen Faktoren“ behauptet, dass beide Störungen ätiologische Bedingungen wie genetische Veranlagung oder Exposition gegenüber Umweltfaktoren (z. B. elterliche AUD oder familiäre Gewalt) teilen können.

In der Folge soll anhand von Ergebnissen einer Familienstudie überprüft werden, inwieweit diese oben genannten Modelle auch empirisch zutreffend sind.

Unidirektionale Modelle

- Depression – Sucht
- Sucht – Depression

Ein früherer Ansatz zur Diagnostik, Behandlung und Prognosestellung bei komorbiden Depressionen bei Alkoholkonsumstörungen war, zwischen als primären oder sekundären Erkrankungen, abhängig von der Sequenz des Erkrankungsbeginns einzustufen (Schuckit et al., 1985). Eine primäre Alkoholkonsumstörung oder Depression geht jeweils der anderen Erkrankung voraus, die dann als „sekundär“ definiert wird.

Weitere Studien zeigten, dass Depressionen auch während längerer Phasen der Abstinenz entstehen können und dann die Störungsentstehung trotz zuerst aufgetretener Alkoholkonsumstörung eben nicht durch den Alkoholkonsum beeinflusst wird (Schuckit et al., 1997, 2007). Der Begriff „unabhängig“ (ID) wurde für diese Depressionen verwendet, die vor Beginn der Alkoholkonsumstörung oder bei anhaltender Abstinenz auftreten, während depressive Syndrome, die nur während einer Periode des aktiven Alkoholkonsums auftraten, als „induziert“ (SID) bezeichnet wurden (Schuckit et al., 1997).

Epidemiologische Ergebnisse, die unter dem Einsatz von strukturierten Interviews gewonnen wurden (NESARC; Grant et al., 1996), erfassten die Stichprobe mittels der diagnostischen Kriterien für ID und SID. In dieser Studie unter Personen mit einer Substanzkonsumstörung (SUD) im letzten Jahr hatten 15.15 Prozent insgesamt eine Depression (MDD), inklusive substanzinduzierter MDD. Die meisten dieser Individuen (14.5%) hatten eine unabhängige MDD, nur ein kleiner Teil war substanzinduziert. In klinischen Stichproben hingegen zeigte sich eine Verteilung von rund $\frac{2}{3}$ SID vs. $\frac{1}{3}$ ID (Schuckit et al., 1997).

Aus der Auswertung von epidemiologischen Daten geht hervor, dass bei einem beträchtlichen Anteil der Betroffenen die Depression der Alkoholkonsumstörung zeitlich voraus geht (zwischen 16% und 28%, Odds Ratios zwischen 1.6 und 3.5). In der umgekehrten Konstellation (zeitlich zuerst Alkoholkonsumstörung, dann Entwicklung einer Depression) sind die Raten ähnlich hoch und liegen bei 13–32 Prozent (siehe Tabelle 1; Moggi & Preuss, 2019).

Eine Analyse der Collaborative Study on Genetics in Alcoholism (COGA; Reich et al., 1998) weist auf die Sequenz des Erkrankungsbeginns von Alkoholkonsumstörungen sowie „unabhängigen“ und „induzierten“ Depressionen hin (Schuckit et al., 1997, 2007). Während

	ECA LP in%		NCS LP in%		NESARC 12 M in%		ECA OR		NCS OR		NESARC OR (95 CI)	
	AUD	SUD	AUD	SUD	AUD	SUD	AUD	SUD	AUD	SUD	AUD	SUD
Komorbidität, bei der zunächst eine psychische und danach eine Substanzkonsum-Störung aufgetreten ist												
Schizophrenie	33.7	27.5	–	–	–	–	3.3	6.2	–	–	–	–
Depression	16.5	18.0	27.9	34.5	16.4	6.61	1.6	3.8	3.7	3.6	1.9 (1.7–2.1)	9.0 (6.5–12.7)
Bipolare Störungen	46.2	40.7	32.0	34.5	47.8	21.2	4.6	8.3	2.7	2.8	3.5 (2.8–4.2)	10.2 (6.6–13.4)
Angststörungen	17.9	11.9	40.9	54.4	13.0	2.4	1.8	2.5	2.1	2.1	2.3 (2.12–2.6)	6.2 (4.4–8.7)
Persönlichkeitsstörungen (v. a. ASPD)	73.6	42.0	58.3	45.0	30.3	39.5	14.7	13.4	11.7	13.9	6.5 (5.3–8.0)	18.5 (13.6–25.1)
Komorbidität, bei der zunächst eine Substanzkonsum- und danach eine psychische Störung aufgetreten ist												
Schizophrenie	3.8	6.8	–	–	–	–	5.1	2.4	–	–	–	–
Depression	13.4	26.4	32.0	34.5	13.7	40.0	–	–	–	–	–	–
Bipolare Störungen	1.9	6.3	2.0	2.5	17.4	22.8	3.7	5.5	–	–	–	–
Angststörungen	19.4	28.3	21.4	14.6	17.1	43.0	–	–	–	–	–	–
Persönlichkeitsstörungen (v. a. ASPD)	14.3	17.8	21.3	30.3	19.2	15.2	3.1	3.3	–	–	–	–

Tabelle 1

Raten der Komorbidität
in verschiedenen
epidemiologischen
Stichproben (aus Moggi
& Preuss, 2019)

unabhängige Depressionen vor dem Beginn einer Konsumstörung oder während längerer Phasen der Abstinenz auftreten, entstehen alkoholinduzierte Depressionen im Zusammenhang mit Phasen intensiven und regelmäßigen Alkoholkonsums und können im Verlauf einer Entzugstherapie innerhalb weniger Wochen wieder abklingen, sodass dieses Verlaufsscharakteristikum bei Behandlungen berücksichtigt werden muss (Raimo & Schuckit, 1998).

Demnach liegt vor allem bei induzierten Depressionen eine klare Abfolge des Erkrankungsbeginns vor (zuerst Alkoholabhängigkeit etwa im Alter von 25 Jahren, dann Entwicklung der induzierten Depression im Alter von etwa 30 Jahren). Dieses Muster ist auch für Männer und Frauen reproduzierbar. Bei unabhängigen Depressionen ist hingegen die Reihenfolge des Erkrankungsbeginns weniger klar belegbar. Auch bei dieser entstehen die Depressionen eher in Zeiträumen, bei denen die Betroffenen nach dem Beginn einer Alkoholabhängigkeit (mit Mitte 20) längere Zeit (> 6 Monate) abstinent sind (ebenfalls im Alter über 30 Jahren).

Aus den Auswertungen der prospektiven Daten der COGA-Stichprobe zeigte sich bei beiden Formen komorbider Depressionen (unabhängig und induziert), dass die Rate der Frauen und der alkoholassoziierten Gewalt (Schlägereien unter Alkohol, Angriffe auf Familienmitglieder) signifikant erhöht ist (als bei Depression ohne Alkoholabhängigkeit). Bei Personen mit induzierten Depressionen sind im Vergleich zu Personen mit unabhängigen Depressionen die Zahl der Kriterien der Alkoholabhängigkeit sowie die Trinkmenge signifikant erhöht. Im Verlauf über fünf Jahre ergibt sich, dass bei beiden

komorbiden Gruppen die Anzahl der depressiven Episoden und das Ausmaß der affektiven Symptome höher, die soziale Funktionsfähigkeit aber signifikant erniedrigt ist.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass die jeweils in der Biographie zuerst auftretende Erkrankung für den weiteren Verlauf die größere Bedeutung hat. Tritt zuerst eine Alkoholabhängigkeit und dann die Depression auf, dann stehen die Beschwerden der Alkoholabhängigkeit im Vordergrund. Außerdem beeinflussen sich im Verlauf bei beiden Formen komorbider Depressionen die affektive Störung und die Alkoholabhängigkeit jeweils gegenseitig ungünstig.

Komorbide bipolare Erkrankungen

Die Auswertung der Erkrankungssequenz bei bipolaren Erkrankungen ist dadurch erschwert, dass jeweils mindestens eine depressive und eine manische (hypomanische) Episode in der Lebenszeit aufgetreten sein muss, damit die Diagnose einer bipolaren Erkrankung (Bipolar I und II) gestellt werden kann. Die Ersterkrankung der Alkoholabhängigkeit fällt zeitlich im Durchschnitt zwischen den Beginn der Depression und der ersten manischen Episode.

Wie bei den komorbiden depressiven Erkrankungen kann durch die prospektive Analyse der komorbiden bipolaren Erkrankungen (Bipolar I und II) eine höhere Rate von Arbeitslosigkeit, geringere soziale Funktionsfähigkeit, im Verlauf mehr affektive Symptome und häufigere depressive Episoden, im Vergleich zu Bipolar I und II alleine, gefunden werden. Insbesondere Frauen mit Bipolar-I-Erkrankungen

sind im Verlauf durch mehr Symptome der Alkoholabhängigkeit, mehr Behandlungen, mehr affektive Symptome und geringere psychosoziale Funktionsfähigkeit betroffen.

Bidirektionale Modelle treffen demnach vor allem im Verlauf bei komorbiden depressiven und bipolaren Erkrankungen zu. Sind beide Erkrankungen erst einmal eingetreten, dann beeinflussen sie sich über Jahre gegenseitig und in ungünstiger Weise und führen sowohl bei der Alkoholabhängigkeit als auch bei der affektiven Störung zu mehr Symptomen, einem schwereren Verlauf und schlechterer psychosozialer Funktionsfähigkeit.

Selbstmedikation und Affektregulationsmodell

Die Selbstmedikationshypothese (SM) ist ein Modell, das die Komorbidität zwischen affektiven sowie Angsterkrankungen mit Alkohol- und Substanzkonsumstörungen erklären soll (Khantzian, 1985, 1997). In diesem Konzept werden Alkohol und andere Substanzen als Bewältigungsmechanismen eingesetzt, um mit schwierigen Symptomen bei affektiven Erkrankungen umzugehen. Das betroffene Individuum setzt die Substanz (z. B. Alkohol) ein, entweder um belastende Beschwerden bei Angst und Depression zu lindern, oder diese sogar zu verstärken (Manie). Da der Substanzkonsum kurzfristig erwünschte Wirkungen zeigen kann, wird dieser zu einer immer häufiger angewandten Bewältigungsstrategie. In der Folge kann sich der regelmäßige Konsum zu einem pathologischen Gebrauch (schädlicher Konsum oder Abhängigkeit) entwickeln (Turner et al., 2018).

Zwei wichtige epidemiologische Studien der letzten Jahrzehnte berichteten über die Prävalenz von SM und deren Rolle bei der Komorbidität von affektiven und Alkohol- und Substanzkonsumstörungen in der Allgemeinbevölkerung. Die aktuellste Untersuchung ist die „National Epidemiologic Study of Alcohol and Related Conditions“ (NESARC; Grant et al., 2003, 2004; Grant & Kaplan, 2005), die ältere der „National Comorbidity Survey“ (NCS; Kessler et al., 1994).

Bei der Betrachtung der Prävalenz von SM (Alkohol und/oder Drogen) zeigten die Ergebnisse des NCS einen Prävalenzbereich der SM von 7.9 Prozent für Sozialphobie, bis 35.6 Prozent für die GAD (Generalisierte Angststörung; Bolton et al., 2006). Bei Personen mit Depressionen und irgendeiner Angststörung betrug die Rate 56.8 Prozent. Im Vergleich betrug die SM mit Alkohol und Drogen bei Bipolar-II-Erkrankungen in der NESARC-Welle 1 23.9 Prozent und Dysthymie 12.1 Prozent, während Bipolar-I-Personen eine SM-Prävalenz von 41.0 Prozent berichteten (Bolton et al., 2009). Die Prävalenz der SM für irgendeine Depression betrug 24.1 Prozent.

Zusammenfassend ist SM bei einem signifikanten Anteil der Betroffenen mit affektiven Störungen vorhanden und damit relativ häufig. Der anfängliche Konsum von Alkohol und anderen Substanzen zur Bewältigung verschlimmernder Depressionssymptome oder zur Intensivierung von manischen Symptomen kann sich sehr wohl zu einem häufigen und pathologischen Konsum entwickeln, der sich mit der Zeit immer mehr unabhängig von der affektiven Störung entwickelt (Moggi, 2007). Infolgedessen können Einzelpersonen Alkohol nicht nur verwenden, um mit affektiven Symptomen fertig zu werden, sondern auch Alkohol und Drogenentzug oder psychiatrische Symptome, die durch Intoxikation und andere Alkohol- oder Drogenwirkungen verursacht werden, zu mildern.

Ätiologisch liegt der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen bei komorbiden affektiven und Angststörungen das so genannte Affektregulationsmodell zu Grunde (Moggi, 2007). Demnach kann ein Alkoholkonsum zu einer kurzfristigen Besserung von aversiven Symptomen führen. Dies resultiert im Sinne einer negativen Verstärkung in eine positive Wirkungserwartung an die Substanz, die dann einen anhaltenden Substanzkonsum operant verstärkt (Toleranzentwicklung), aber andererseits durch die (toxische) Substanzwirkung selbst die Auslösung von affektiven und Angstsymptomen führt, die wiederum den Substanzkonsum fördert.

Während SM ein plausibles Konzept ist, um die Komorbidität zwischen affektiven und Alkohol- und Substanzkonsumstörungen zu erklären, sind andere Mechanismen ebenfalls als integriert anzusehen. Erstens kann auch eine umgekehrte Richtung vorhanden sein, nämlich ein Substanzkonsum, der zu einer psychiatrischen Störung führt. Zweitens ist weiterhin möglich, dass eine gemeinsame biologische oder genetische Verwundbarkeit für beide Störungen vorhanden ist (d. h. ein Kindheitstrauma), die das Risiko sowohl für eine Depression als auch eine ASUD erhöhen kann; und drittens eine Gen-Umwelt-Interaktion, die das Risiko für beide Erkrankungen erhöht, unter Moderation oder Mediation einer dritter Variable (z. B. Umweltbedingungen in der Jugend und Verfügbarkeit von Alkohol oder Drogen, indirekte kausale Beziehung; Kraemer et al., 2001; Zhou et al., 2017).

Konzept der „gemeinsamen biologischen Faktoren“

Beim „common factors“-Modell wird aufgrund von epidemiologischen, genetischen und neurobiologischen Erkenntnissen die Auffassung vertreten, dass Personen mit affektiven Erkrankungen und Alkoholkonsumstörungen eine gemeinsame biologische Vulnerabilität aufweisen (Moggi, 2019).

Sowohl die Alkohol- und Substanzkonsumstörungen als auch andere psychische Erkrankungen werden durch überlappende biologische Faktoren wie genetische und epigenetische Veränderungen, Beeinflussung und Veränderung ähnlicher Hirnareale und neuronaler Schaltkreise und nicht zuletzt durch Umwelteinflüsse wie frühzeitige Belastung durch Stress oder Traumata mit verursacht (Kelly & Daley, 2013).

Beteiligung von Hirnregionen und Neurotransmittern

Viele Bereiche des Gehirns sind sowohl in die Ätiologie von Störungen des Alkohol- und Drogenkonsums als bei psychischen Erkrankungen betroffen. Zum Beispiel können die Schaltkreise im Gehirn, die Belohnung, Entscheidungsfindung, Impulskontrolle und Emotionen vermitteln, durch Alkohol beeinflusst werden. Andererseits ist gut belegt, dass bei Depressionen und anderen psychischen Störungen ähnliche Regionen beteiligt sind. Darüber hinaus sind mutmaßlich mehrere Neurotransmittersysteme bei der Entstehung und Ausprägung von Substanzkonsumstörungen als auch an affektiven Störungen beteiligt, darunter zum Beispiel Dopamin, Serotonin, Glutamat, GABA und Noradrenalin (Volkow et al., 2007; Xing et al., 2016; Marazziti, 2017; Tsapakis & Travis, 2002; Kumar et al., 2013; Aston-Jones & Kalivas, 2008).

Hinweise aus molekulargenetischen Studien

Schätzungsweise sind etwa 40–60 Prozent des Phänotyps eines Individuums für Störungen des Alkohol- und Drogenkonsums auf genetische Faktoren zurückzuführen (Hartz & Bierut, 2010). Eine wichtige Hypothese der Komorbiditätsforschung besteht in der Suche nach den Faktoren, die das Risiko der Betroffenen zur Entwicklung beider Störungsbilder signifikant erhöht oder dazu beiträgt, eine weitere Erkrankung nach dem Auftreten einer ersten Störung zu entwickeln. Der größte Teil dieses Risiko

entsteht mutmaßlich durch komplexe Wechselwirkungen zwischen mehreren Genen und genetische Wechselwirkungen mit Umwelteinflüssen (Hartz & Bierut, 2010).

Zwillingsstudien, die besonders geeignet sind, biologisch-genetische von Umweltfaktoren zu unterscheiden, belegten gemeinsame genetische Faktoren sowohl für die Depression als auch den Alkoholkonsum und assoziierte Störungen (Sullivan et al., 2000; Vrieze et al., 2013; Verhulst et al., 2015). Das gemeinsame genetische Risiko beider Störungsbilder korreliert mutmaßlich um den Faktor 0.3–0.6 (Kendler et al., 1993; Prescott et al., 2000).

Zwei weitere Untersuchungen evaluierten die mögliche kausale Wirkung des Alkoholkonsums zur Entstehung einer Depression. Eine Variante des alkoholmetabolisierenden Enzyms AHD1B konnte ursächlich allerdings nicht mit Depressionen in Verbindung gebracht werden (Almeida et al., 2014). Diese und eine weitere Variante im ADH1C-Gen wurden in einer größeren Studie (Wium-Andersen et al., 2015) bei 68 486 Personen aus der Allgemeinbevölkerung untersucht und es fand sich ebenfalls keinen Zusammenhang.

Eine größere genomweite Assoziationsstudie wurde im letzten Jahr publiziert (Walters et al., 2018) und $n = 14\,904$ Personen mit einer Alkoholabhängigkeit sowie 37 944 Kontrollen von insgesamt 28 Fall-Kontroll- sowie Familienstudien einbezogen. Neben signifikanten Assoziationen mit der Alkoholabhängigkeit konnten genetische Korrelationen der Alkoholabhängigkeit mit 17 weiteren psychiatrischen relevanten Eigenschaften gefunden werden, unter anderem auch der Depression ($r = 0.561$, $p < 0.001$; Walters et al., 2018).

In einer aktuellen GWAS-Meta-Analyse wurden mehrere größere Stichproben eingeschlossen, um erneut die genetische Beziehung zwischen AD und MDD (Polimanti et al., 2019) und umkehrt MDD zu AD zu untersuchen. Dazu zählen Studien zur Depression (Wray et al., 2018), Alkoholabhängigkeit (Walters et al., 2018) und die UK Biobank on Alcohol Consumption (AC). Insgesamt wurden 488 000 Teilnehmer für die Analysen genotypisiert. Im Ergebnis konnte eine genetische Überlappung zwischen MD und AD berechnet werden, die einen möglichen kausalen Effekt der Depression auf die Alkoholabhängigkeit nahelegt. Allerdings konnte in epidemiologischen Studien (Boden & Fergusson, 2011) kein entsprechender Effekt gefunden werden. Beeinflussung des Ergebnisses durch mangelnde Anzahl von identifizierten genetischen Varianten (Depression > Alkoholabhängigkeit) oder die geringe Fallzahl werden als mögliche Faktoren für die Nichtve-

rifizierung benannt. Außerdem dürfen die relevanten Gen \times Umwelt-Interaktionen keinesfalls vergessen werden. Als relevante Umweltfaktoren können u. a. die Belastung durch Traumata, Stress, aber auch Verfügbarkeit der Substanz gezählt werden, die mit dem genetischen Hintergrund des Individuums interagiert und in einem Risiko-Schwellen-Modell zur Entwicklung von Abhängigkeit, aber auch psychischer Erkrankung beitragen können. Bei der Entwicklung einer Komorbidität ist von einem Zusammenspiel zahlreicher genetischer Faktoren, Stoffwechselwege und neuronaler Schaltkreise mit einer Vielzahl von Umweltfaktoren (o. g. Beispiele) auszugehen (Enoch, 2012).

Zusammenfassend weisen verschiedene Studien, jüngst vor allem mit molekularbiologischen Methoden und genetischer Statistik, darauf hin, dass zumindest ein Teil des genetischen Risikos für die Depression mit dem von Alkoholkonsumstörungen und Alkoholkonsum überlappt. Eine aktuelle Auswertung verschiedener genetischer Stichproben weist auf eine mögliche genetische kausale Beziehung eher zwischen Depressionen und Alkoholabhängigkeit, nicht aber in die umgekehrte Richtung, hin (Polimanti et al., 2019).

Kausalität?

1965 schlug Sir Austin Bradford Hill im Rahmen eines Vortrages im Rahmen der „Proceedings of the Royal Society of Medicine“ Aspekte für die Auswertung von epidemiologischen Daten vor, die auf eine mögliche Kausalität hinweisen (Hill, 1965).

Diese „Aspekte“ umfassen zunächst die *Stärke des Zusammenhangs*. Eine größere Stärke der Ursache hat einen größeren Effekt als eine schwache. Bezogen auf die Komorbidität von Depression und Alkoholabhängigkeit gibt es aus bisherigen Daten allerdings keine ausreichenden Belege, dass eine schwerere Ausprägung beider Störungsbilder zu einer höheren Wahrscheinlichkeit der jeweils anderen führt.

Die *Konsistenz des Zusammenhangs* bezieht sich darauf, dass die Beziehung zwischen beiden Erkrankungen in verschiedenen Stichproben und unter Verwendung verschiedener methodischer Ansätze und in beide Richtungen bestätigt wurde. Tatsächlich wurden Zusammenhänge beider Erkrankungen in verschiedenen Stichproben gezeigt, und verschiedene Methoden (epidemiologisch, molekulargenetisch) kamen zur Verwendung und belegten Zusammenhänge in beide Richtungen (Alkoholkonsumstörungen > Depressionen und umgekehrt). Wie weiter oben erläutert, konnte

eine genetische Meta-Analyse eine mögliche Kausalität von Depression > Alkoholkonsumstörung belegen.

Die *Spezifität der Beziehung* weist darauf hin, dass eine Exposition immer zu einem spezifischen Ergebnis führt. Allerdings sind beide Störungsbilder, Depressionen und Alkoholkonsumstörungen eben nicht nur mit einer, sondern abhängig von zahlreichen Einflussfaktoren mit mehreren Komorbiditäten sowohl somatischer als auch psychischer Art assoziiert. So treten bei Depressionen oft Angststörungen und kardiovaskuläre Erkrankungen komorbide auf, während die Alkoholabhängigkeit beispielsweise mit einer höheren Rate anderer Abhängigkeitserkrankungen und somatischer Störungen wie Lebererkrankungen assoziiert ist.

Die *Temporalität* ist ein Kriterium, das die Sequenz von Wirkung und Ursache beschreibt. Eine Ursache muss demnach einer Wirkung vorausgehen. Diese Temporalität lässt sich klinisch am ehesten bei alkoholinduzierten Depressionen eruieren, wo der Alkoholkonsum und die dazugehörige Störung dem Beginn der Depression zeitlich vorangehen. Beim „biologischen Gradienten“ wird auf eine Dosis-Wirkungsbeziehung hingedeutet. Demnach bedeutet eine schwerere Ausprägung der einen Störung auch eine schwerere Ausprägung der jeweils anderen. Dies ist für die Komorbidität von Depressionen und Alkoholkonsumstörungen bisher nicht ausreichend belegt. Zudem weist die „Plausibilität“ darauf hin, dass die Beziehung durch aktuelle biologische Theorien erklärt und eingeordnet werden kann. Hinweise darauf, dass spezifische Neurotransmitter, Hirnregionen und neuronale Netzwerke bei beiden Störungsbildern gemeinsam betroffen sein können, liegen zwischenzeitlich vor. Gestützt wird die gemeinsame Ätiologie durch aktuelle molekularbiologische Studien. Allerdings weist bereits Hill darauf hin, dass biologische Plausibilität immer von jeweils aktuellen Kenntnisstand der Forschung abhängt, dessen Fortgang zeitlich und inhaltlich unbestimmt ist und somit abschließende Schlussfolgerungen nicht gezogen werden können (Rottman & Greenland, 1998).

Entsprechend schloss bereits Hill, dass „jegliche wissenschaftliche Arbeit unvollständig ist“ und „durch fortschreitendes Wissen modifiziert“ wird. So verhält es sich auch mit dem Verhältnis von komorbiden affektiven Erkrankungen und Alkohol- bzw. Substanzkonsumstörungen. Das Bild ist (noch) nicht vollständig und kann jederzeit durch neue, aktuelle Erkenntnisse, sei es aus der Epidemiologie als auch der biologisch-genetischen Forschung,

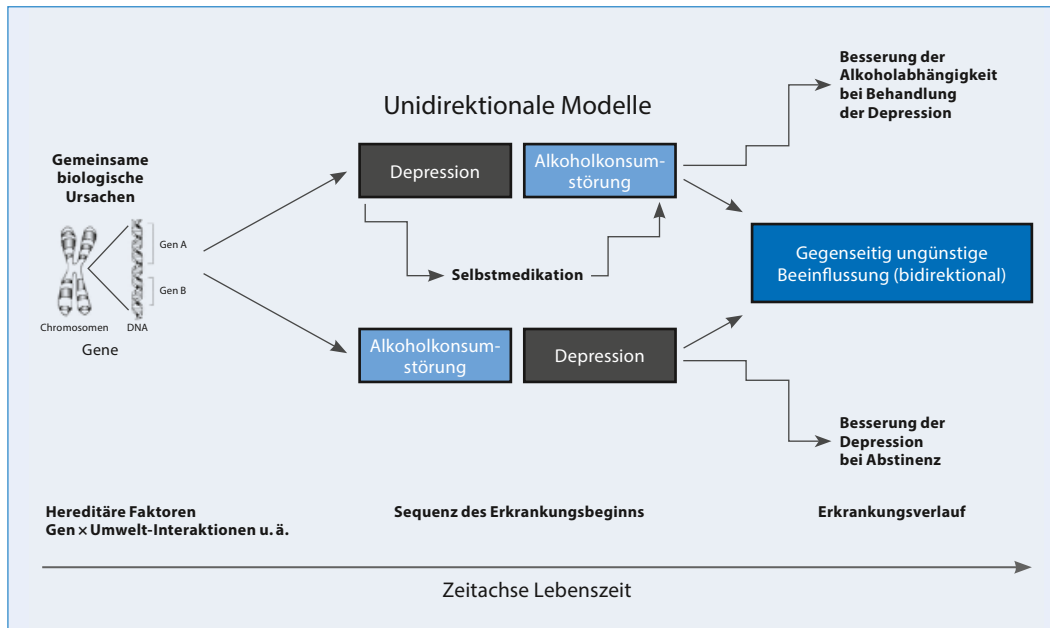


Abbildung 1

Modelle der Komorbidität affektiver Erkrankungen und Alkohol- und Substanzkonsumstörungen im zeitlichen Verlauf der Krankheitsentwicklung und des Krankheitsverlaufes

ergänzt und geändert werden (Lucas & McMichael, 2005).

Ableitung eines übergreifenden Modells der Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen und Depressionen

Ausgehend von den Ergebnissen der Auswertung der COGA-Studie und anderer epidemiologischer Forschung sowie den Erörterungen zu den genetischen Grundlagen von Alkoholabhängigkeit und Depression kann folgendes Modell zur Komorbidität kurz skizziert werden (siehe Abbildung 1). Demnach liegen beiden Störungen möglicherweise gemeinsame genetisch-biologische Risikofaktoren zu Grunde, die jeweils in Interaktion mit Umwelt und Gen \times Gen-Interaktionen über die Lebenszeit zum Auftreten der jeweiligen Indexerkrankung Depression (oder auch der Alkoholabhängigkeit) führen. Diese Faktoren führen aber auch dazu, dass Personen mit der einen Erkrankung (bessere Hinweise für die Depression) z. B. durch Alkoholkonsum als Selbstmedikation die andere Störung entwickeln, die jeweils eine Eigendynamik aufweist. Damit ist für diesen Abschnitt der Krankheitsentwicklung und des Verlaufs ein eher unidirektionales Modell im Vordergrund. Im weiteren Verlauf zeigt sich nach dem Eintreten beider Störungsbilder eine jeweils gegenseitige und ungünstige Beeinflussung des einen auf das andere Störungsbild. Dies gilt vor allem für bipolare Erkrankungen, wo die Sequenz des Erkrankungsbeginns von Alkoholkonsumstörungen und affektiver Erkrankung häufig weniger eindeu-

tig ist, als bei komorbiden Depressionen. Somit kann in Abhängigkeit von der klinisch-diagnostischen Untersuchung des Betroffenen in der jeweiligen Erkrankungsphase (Disposition, Auftreten, Verlauf) beobachtet werden, welches der genannten ätiologischen Modelle zutreffend ist. Bei Erkrankungsbeginn sind genetisch-biologische Dispositionen für beide Erkrankungen beim Betroffenen vorhanden. Aus der Sequenz des Erkrankungsbeginns der komorbiden Erkrankungen (vor allem Depression $>$ Alkoholkonsumstörung), zusammen mit Selbstmedikation, ist ein unidirektionales Modell die beste Erklärung. Im Verlauf trifft das bidirektionale Modell zu, da es zu einer gegenseitigen Verstärkung der beiden Störungsbilder kommt (siehe Abbildung 1).

Literatur

- Almeida, O. P., Hankey, G. J., Yeap, B. B., Golledge, J. & Flicker, L. (2014). The triangular association of ADH1B genetic polymorphism, alcohol consumption and the risk of depression in older men. *Molecular Psychiatry*, 19, 995–1000.
- Aston-Jones, G. & Kalivas, P. W. (2008). Brain norepinephrine rediscovered in addiction research. *Biol Psychiatry*, 63 (11), 1005–1006.
- Bega, S., Schaffer, A., Goldstein, B. & Levitt, A. (2012). Differentiating between bipolar disorder types I and II: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Affect Disord*, 138, 46–53.
- Boden, J. M. & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106, 906–914.

- Bolton, J., Cox, B., Clara, I. & Sareen, J. (2006). Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis*, 194, 818–825.
- Bolton, J. M., Robinson, J. & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Affect Dis*, 115, 367–375.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2010). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (7. Aufl.). Bern: Huber.
- Enoch, M. A. (2012). The influence of gene-environment interactions on the development of alcoholism and drug dependence. *Curr Psychiatry Rep*, 14 (2), 150–158.
- Grant, B. F., Hasin, D. S. & Dawson, D. A. (1996). The relationship between DSM-IV alcohol use disorders and DSM-IV major depression: examination of the primary-secondary distinction in a general population sample. *J Affect Disord*, 38, 113–128.
- Grant, B. F. & Kaplan, K. D. (2005). *Source and accuracy statement for wave 2 of the 2004–2005 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Grant, B. F., Kaplan, K. D., Shepard, J. & Moore, T. (2003). *Source and accuracy statement for wave 1 of the 2001–2002 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J. et al. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions – III. *JAMA Psychiatry*, 73, 39–47.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W. et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 807–816.
- Hartz, S. M. & Bierut, L. J. (2010). Genetics of addictions. *Psychiatr Clin North Am*, 33 (1), 107–124.
- Hill, A. B. (1965). The environment and disease: Association or causation? *Proc R Soc Med*, 58, 295–300.
- Kelly, T. M. & Daley, D. C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Soc Work Public Health*, 28, 388–406.
- Kendler, K. S., Heath, A. C., Neale, M. C., Kessler, R. C. & Eaves, L. J. (1993). Alcoholism and major depression in women. A twin study of the causes of comorbidity. *Arch Gen Psychiat*, 50, 690–698.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8–19.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231–244.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *Am J Psychiatry*, 158, 848–856.
- Kumar, K., Sharma, S., Kumar, P. & Deshmukh, R. (2013). Therapeutic potential of GABAB receptor ligands in drug addiction, anxiety, depression and other CNS disorders. *Pharmacol Biochem Behav*, 110, 174–184.
- Lucas, R. M. & McMichael A. J. (2005). Association or causation: evaluating links between “environment and disease”. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 792–795.
- Marazziti, D. (2017). Understanding the role of serotonin in psychiatric diseases. *F1000research* 6, 180. doi:10.12688/f1000research.10094.1
- Moggi, F. (2007). Ätiologiemodelle zur Komorbidität von Angst- und Substanzstörungen sowie von Depression und Substanzstörungen. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen, Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. vollständig überarb. u. erw. Aufl., S. 83–108). Bern: Huber.
- Moggi, F. & Preuss, U. W. (2019). Suchterkrankungen und komorbide psychische Störungen. In M. Soyka, A. Batra, A. Heinz, F. Moggi, M., Walter (Hrsg.), *Suchtmedizin* (S. 333–348). München: Elsevier und Urban & Fischer.
- Polimanti, R., Peterson, R. E., Ong, J. S., MacGregor, S., Edwards, A. C., Clarke, T. K. et al. (2019). Evidence of causal effect of major depression on alcohol dependence: findings from the psychiatric genomics consortium. *Psychol Med* 49 (7), 1218–1226.
- Prescott, C. A., Aggen, S. H. & Kendler, K. S. (2000). Sex-specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US twins. *Arch Gen Psychiat*, 57, 803–811.
- Preuss, U. W. (2008). Abhängigkeitserkrankungen und Psychosen: Erkenntnisse und Kontroversen in Vorbereitung auf neue Klassifikationssysteme. *Die Psychiatrie*, 2, 61–68.

- Raimo, E. B. & Schuckit, M. A. (1998). Alcohol dependence and mood disorders. *Addict Behav*, 23, 933–946.
- Regier, D. A., Farmer, M. E. & Rae, D. S. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264, 2511–2518.
- Reich, T., Edenberg, H. J., Goate, A., Williams, J. T., Rice, J. P., Van Eerdewegh, P. et al. (1998). Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *Am J Med Genet*, 81, 207–215.
- Rottman, K. J. & Greenland, S. (1998). *Modern epidemiology* (2nd ed). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Santucci, K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Curr Opin Pediatr*, 24, 233–237.
- Schuckit, M. A. (1985). The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 1043–1049.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Pierson, J., Trim, R., Nurnberger, J. I. et al. (2007). A comparison of factors associated with substance-induced versus independent depressions. *J Stud Alcohol Drugs*, 68, 805–812.
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V. M. & Smith, T. L. (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry*, 154, 948–957.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 157, 1552–1562.
- Tsapakis, E. M. & Travis, M. J. (2002). Glutamate and psychiatric disorders. *Adv Psychiatr Treat*, 8, 189–197.
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J. & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety*, 35, 851–860.
- Verhulst, B., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2015). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Med*, 45, 1061–1072.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G.-J., Swanson, J. M. & Telang, F. (2007). Dopamine in drug abuse and addiction: results of imaging studies and treatment implications. *Arch Neurol*, 64 (11), 1575–1579.
- Vrieze, S. I., McGue, M., Miller, M. B., Hicks, B. M. & Iacono, W. G. (2013). Three mutually informative ways to understand the genetic relationships among behavioral disinhibition, alcohol use, drug use, nicotine use/dependence, and their co-occurrence: twin biometry, GCTA, and genome-wide scoring. *Behavior Genetics*, 43, 97–107.
- Walters, R. K., Adams, M. J., Adkins, A. E., Aliev, F., Bacanu, S.-A., Batzler, A. et al. (2018). Trans-ancestral GWAS of alcohol dependence reveals common genetic underpinnings with psychiatric disorders. *Nature Neuroscience*, 21, 1656–1669.
- Wium-Andersen, M. K., Orsted, D. D., Tolstrup, J. S. & Nordestgaard, B. G. (2015). Increased alcohol consumption as a cause of alcoholism, without similar evidence for depression: a Mendelian randomization study. *International Journal of Epidemiology*, 44, 526–539.
- Xing, B., Li, Y. C. & Gao, W. J. (2016). Norepinephrine versus Dopamine and their interaction in modulating synaptic function in the prefrontal cortex. *Brain Res*, 1641 (B), 217–233.
- Zhou, H., Polimanti, R., Yang, B. Z., Wang, Q., Han, S., Sherva, R. et al. (2017). Genetic risk variants associated with comorbid alcohol dependence and major depression. *JAMA Psychiatry*, 74, 1234–1241.



Prof. Dr. Ulrich W. Preuss

Klinikdirektor, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatzbezeichnungen: Suchtmedizin, Liaison- und Konsiliarpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik in der Psychiatrie, klinischer Supervisor (DGPPN) Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herborn
Austraße 40
D-35745 Herborn
ulrich.preuss@vitos-herborn.de

Die Interventionsmatrix als zentraler Bestandteil zieloffener Suchtbehandlung

Joachim Körkel

Zusammenfassung

Suchtbelastete Menschen konsumieren im Regelfall mehrere Substanzen und weisen z.T. zusätzlich nicht-stoffgebundenes Suchtverhalten auf. Bei vielen dieser Substanzen/Verhaltenssüchte ist bereits Änderungsmotivation gegeben, allerdings keineswegs mit Abstinenz als durchgängigem Ziel. An dieser Ausgangslage setzt das Paradigma „Zieloffener Suchtbehandlung“ (ZOS) an. ZOS geht vom Multisubstanzkonsum (inkl. Verhaltenssüchten) der Klientel aus, klärt die Zielvorstellungen/Zielentscheidungen (Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung) für jede Substanz/Verhaltenssucht ab und hält für jede von ihnen Behandlungen zu allen drei Zielrichtungen vor. Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrages steht die Darstellung einer Interventionsmatrix, in der die diversen zieloffenen Behandlungsangebote nach Zielausrichtung (Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung) und Interventionsintensität (Kurzinterventionen, Einzelbehandlungen, Gruppenbehandlungen und stationäre Behandlungen) systematisiert sind, und erläutert das Vorgehen bei der Auswahl der Interventionen.

Schlüsselwörter: Zieloffene Suchtbehandlung, Abstinenz, Konsumreduktion, Schadensminderung, Harm Reduction, Motivierende Gesprächsführung

Abstract

As a rule, addicted people consume more than one substance and some of them exhibit behavioral addictions as well. The majority of them are already motivated to make a positive change in their consumption, but by no means with abstinence as a consistent goal. This is the starting point for the paradigm of „open-targeted addiction treatment“ (OTAT). OTAT considers the multiple substance use of the clients (including behavioural addictions), clarifies the objectives/target decisions (abstinence, reduction of consumption, harm reduction) for each substance/behavioural addiction and offers treatment options for each of these three objectives. The focus of this article is to present an intervention matrix, in which diverse treatment offers are systematized in relation to the target orientation (abstinence, reduced consumption, harm reduction) and the intensity of intervention (brief intervention, individual outpatient treatment, outpatient group treatment and inpatient treatment), and explains how to proceed when selecting any of these interventions.

Keywords: open-targeted addiction treatment, abstinence, reduction of consumption, harm reduction, motivational interviewing

1 Begründungshintergrund Zieloffener Suchtbehandlung

Angebote zum Erreichen und Stabilisieren einer abstinenter Lebensweise bilden bis heute den zentralen und meist auch ausschließlichen Pfeiler in der Behandlung von Substanzgebrauchsstörungen bei Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Sie reichen von ärztlichen Kurzinterventionen bis zu ambulanten, teilstationären

und stationären Maßnahmen der Beratung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge bis hin zu abstinenzorientierten Selbsthilfegruppen. Eine Ausnahme vom Abstinenzprimat bildet die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger (s. u.).

Als ergänzende zweite Säule des Suchthilfesystems vieler Länder haben sich für spezielle Zielgruppen – insbesondere chronisch suchtkranke, sozial desintegrierte Drogenabhängige,

die durch Abstinenzangebote nicht (mehr) erreichbar sind – schadensmindernde, „suchtbegleitende“ Angebote entwickelt. Dazu zählen z. B. die Ausgabe sterilen Injektionszubehörs, die Weitergabe von Safer-use-Informationen, das Vorhalten von „Kontaktläden“ und Drogenkonsumräumen mit diversen Hygieneangeboten (zum Duschen, Waschen etc.), Drug-Checking u. a. m. Ziel ist dabei nicht die Abstinenz, sondern das Sichern des möglichst gesunden Überlebens („harm reduction“) und eines Lebens in Würde – trotz Konsums (vgl. Stöver, 1999; www.akzept.org).

Als dritte Säule der Suchtbehandlung stehen Behandlungsansätze zur Reduktion des Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsums sowie nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltens zur Verfügung, und zwar in Form verhaltenstherapeutischer Selbstkontrollprogramme, Pharmakotherapie und Selbsthilfegruppen. Reduktionsbehandlungen richten sich an Menschen, die änderungsbereit, aber zu einer abstinenten Lebensweise nicht in der Lage oder nicht willens sind (vgl. Körkel, 2015).

Eine – zum Teil länderspezifisch variierende – Zwitterstellung zwischen diesen drei Zielausrichtungen nimmt die substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger ein. In Deutschland ist in der Substitutionsbehandlung seit den 2017/2018 vorgenommenen Änderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), der Richtlinien der Bundesärztekammer und der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) das Primat der Schadensminimierung (Sicherstellung des Überlebens, Besserung des Gesundheitszustandes, Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden) in den Vordergrund gerückt, ergänzt durch das Ziel der Reduktion (von unerlaubt erworbenen Opioiden und des Gebrauchs weiterer Suchtmittel), die Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen sowie die soziale Teilhabe. Die Abstinenz ist allerdings keineswegs aufgegeben worden, wenn es in der BtMVV vor Auflistung aller zuvor genannten Ziele heißt: „Im Rahmen der ärztlichen Therapie soll eine Opioidabstinenz des Patienten angestrebt werden“ (§ 5 Absatz 2 Satz 1 BtMVV), was in „zielorientierten motivierenden Gesprächen“ (Beschluss des G-BA vom 06.09.2018, S. 2) erfolgen soll. Andere Länder haben diese finale Zielausrichtung auf Abstinenz weitergehend hinter sich gelassen, so u. a. Österreich, wo das erklärte Ziel die „Dauersubstitution“ (maintenance treatment) darstellt und nur in seltenen Fällen Abstinenz empfohlen wird (vgl. Uhl, Schmutterer, Kobra & Strizek, 2019). Allerdings wird in der substi-

tutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger i. d. R. nicht systematisch an einer Konsumveränderung aller vom Klienten konsumierten Substanzen/Suchtverhaltensweisen gearbeitet (wie in der „Zieloffenen Suchtbehandlung“, s. u.) und es hängt erheblich vom substituierenden Arzt ab, welche Zielausrichtung tatsächlich eingeschlagen (was heißen kann: vorgegeben) wird und in welchem Geist (partnerschaftlich oder paternalistisch) dies geschieht.

Für alle drei Zielausrichtungen – Abstinenz, Schadensminderung und Konsumreduktion – liegen empirische Wirksamkeitsnachweise vor und durch jede Zielrichtung werden Personen erreicht, die sich durch andere Zielrichtungen nicht angesprochen fühlen und deshalb auch nicht bereit sind, diese anzunehmen (Körkel & Nanz, 2016). Insofern haben alle drei Zielrichtungen ihre Berechtigung. Gegenwärtig besteht jedoch mit Ausnahme der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger und niedrigschwelliger Drogenhilfeangebote de facto ein „Abstinenzmonopolismus“ in der Versorgung, d. h. nahezu alle Behandlungsangebote sind auf Abstinenz ausgerichtet. Die meisten suchtbelasteten Menschen sind jedoch für ein gänzlich alkohol-, drogen- oder tabakfreies Leben und entsprechende Behandlungen nicht zu gewinnen, weil lebenslange Abstinenz ihren Lebensvorstellungen nicht entspricht, sie damit überfordert sind oder eine Karriere des Scheiterns mit Abstinenzbehandlungen hinter ihnen liegt. Dies führt zu einer Reihe abträglicher Folgen, wie einer geringen Inanspruchnahme von Suchtbehandlungen bzw. einem Behandlungsbeginn erst nach Chronifizierung der Erkrankung, Verletzung ethischer Standards (z. B. Recht auf Selbstbestimmung – auch in Bezug auf das Ziel einer Konsumänderung), „Durchziehen“ der Behandlung ohne Abstinenzbereitschaft, Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen (vgl. Körkel, 2015).

2 Das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung

Aus der Erkenntnis der vielfachen nachteiligen Folgen eines Zielmonopolismus wurde in den letzten zehn Jahren das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung (ZOS) entwickelt (Körkel, 2014) und zunehmend als Arbeitsansatz ausdifferenziert (Körkel, 2018, 2019; Körkel & Nanz, 2016, 2017, 2019b). ZOS geht – empirisch begründet – davon aus, dass Menschen mit einer Substanzkonsumstörung/Verhaltenssucht i. d. R. folgende Ausgangscharakteristika aufweisen (vgl. Hungerbuehler, Buecheli & Schaub, 2011;

Ives & Ghelani, 2006; Körkel, 2018; Körkel, Lipsmeier, Becker & Happel, 2011a):

- Bei nahezu allen diesen Menschen liegt ein problematischer Konsum *mehrerer* psychotroper Substanzen/Suchtverhaltensweisen vor (z. B. Alkohol und Zigaretten; Opioide und Alkohol und Zigaretten und Benzodiazepine; Alkohol und Glücksspiel etc.).
- Zumindest in Bezug auf einige der konsumierten Substanzen ist bereits *intrinsische Änderungsmotivation* vorhanden, auch wenn diese nicht immer auf den ersten Blick zutage tritt (und wenn nicht danach gefragt wird, wie etwa im Falle des Zigarettenkonsums).
- *Mehr Menschen* mit einer Alkohol-, Drogen- oder Tabakkonsumstörung sind für eine Konsumreduktion (oder Schadensminderung) als für Abstinenz zu gewinnen.
- Die erwünschten Änderungsziele variieren substanz-/verhaltenssuchtspezifisch und es ist davon auszugehen, dass mindestens zwei der drei fundamentalen Zielrichtungen (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) *bei ein und derselben Person* von Relevanz sind. So kann z. B. ein Drogenkonsument Abstinenz bei Crack, Konsumreduktion bei Alkohol (Kontrolliertes Trinken) und Schadensminderung bei Heroin und Tabak (Injektion von ärztlich verschriebenem Diamorphin statt Straßenheroin; Übergang zur E-Zigarette) anstreben.

Das Paradigma Zieloffener Suchtbehandlung knüpft an diese Ausgangscharakteristika an und zielt darauf ab, „mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern etc.)¹ an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen“ (Körkel, 2014a, S. 167). ZOS stellt damit eine *grundlegende Art und Weise* dar, *tagtäglich* und *mit jedem Klienten* an der Suchtproblematik *zu arbeiten*. ZOS geht somit weit darüber hinaus, in einer Einrichtung ab und zu ein (oftmals auch noch kostenpflichtiges!) Gruppenangebot zum Kontrollierten Trinken/Drogenkonsum vorzuhalten oder – wie es charakteristisch für niedrigschwellige Suchtarbeit ist – der Klientel mit einer Haltung der Akzeptanz (des Gewährenlassens?) zu begegnen, aber nicht systematisch an einer Konsumveränderung zu arbeiten. Aber genau Letzteres bedeutet ZOS: ein stringentes Arbeiten an einer Veränderung (!) des Konsums in der vom Klienten definierten Richtung. Entgegen manchem Missverständnis ist ZOS somit kein Laissez-faire und kein „betreutes Saufen“

(oder „betreutes Drogen konsumieren lassen“) und unterscheidet sich von manchen Formen niederschwelliger, „suchtbegleitender“ bzw. „akzeptierter“ Suchtarbeit („Trinkerstuben“, Notschlafstellen, Drogenkonsumräume, Kontakcafés für Drogenabhängige etc.). In Bezug auf die niederschwellige Suchtarbeit ist zunächst Folgendes festzuhalten:

- Die Notwendigkeit niederschwelliger Suchtarbeit steht in einer den Menschenrechten verpflichteten Gesellschaft außer Frage: Chronisch suchtkranke, mehrfach (somatisch, psychiatrisch, sozial) schwer geschädigte, sozial desintegrierte, oft wohnungslose Menschen, für die zumindest aktuell abstinenzorientierte Behandlungen nicht „greifen“, benötigen elementare Hilfsangebote (Nahrungs-, Hygiene- und Schlafangebote sowie gewalt- und strafverfolgungsfreie Aufenthaltsmöglichkeiten) zur Sicherung des Überlebens und zur Abwendung weiterer gesundheitlicher und sozialer Verschlechterungen.
- Zweitens ist positiv zu konstatieren, dass im Arbeitsfeld niederschwelliger Suchtarbeit bei einer oftmals schwierigen Klientel mit hohem menschlichem Engagement und der begrüßenswerten Grundhaltung, niemandem in sein Leben hineinreden zu wollen (Wahrung der Autonomie des Konsumenten), gearbeitet wird. Angesichts dieses „menschlichen Kredits“ ist es nicht verwunderlich, dass in Folge der sichtbaren Abwärtsspirale vieler Klienten der Glaube in ihre Änderungsbereitschaft und -fähigkeit zuweilen schrumpft.
- Drittens hat die niederschwellige Suchtarbeit die früher (und zum Teil noch heute) gängige Praxis abstinenz-, „fixierter“ ambulanter Stellen, Suchtkranke mit mehr oder weniger subtilem Druck in Abstinenzbehandlungen hineinzudrängen, auf angenehme Weise überwunden.
- Damit hat die niedrigschwellige Suchtarbeit die Selbstbestimmungsrechte Suchtkranker gestärkt – ohne den Wert von Abstinenzbehandlungen zu leugnen oder Suchtkranken, die eine entsprechende Behandlung aufnehmen möchten, die Unterstützung dazu zu verwehren.

Ein Desideratum bleibt: die Berücksichtigung der Tatsache, dass die Klientel niederschwelliger Einrichtungen weder mit ihrem Leben im Allgemeinen noch mit ihrem Substanzkonsum im Besonderen zufrieden ist und in diesen Menschen die Bereitschaft zu Änderungen des Substanzkonsums (oftmals sogar des Zigarettenkonsums) bereits schlummert (Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier, 2011b). Eine Berei-

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Text nur von „Patienten“, „Klienten“, „Bewohnern“, „Behandlern“ etc. gesprochen – gemeint sind stets alle Geschlechter.

cherung für das Arbeitsfeld niedrigschwelliger Suchtarbeit könnte deshalb sein, neben der genannten Abdeckung elementarer Lebensbedürfnisse einladend und auf Augenhöhe über den Konsum ins Gespräch zu kommen, um im Geist und mit den Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Miller & Rollnick, 2013) bereits vorhandene Änderungsmotivation freizusetzen und für die Substanzen, bei denen Änderungsmotivation gegeben ist, den Zielen der Klientel (Schadensminderung, Konsumreduktion, Abstinenz) entsprechende Behandlungen/Interventionen anzubieten und durchzuführen (z. B. ein Programm zum Kontrollierten Trinken/Drogenkonsum). Das bedingungslose Annehmen eines suchtblasteten Menschen, wie dieser ist („Ach wie schön, dass Du geboren bist, wir hätten Dich sonst so vermisst“; Carl Rogers: „unconditional positive regard“) und somit der Verzicht darauf, elementare Hilfeleistungen von Motivationschwüren und Abstinenzgelübden der Klientel abhängig zu machen, steht somit nicht in Widerspruch dazu, sachkundig an Konsumveränderungen zu arbeiten. Der „Treffpunkt t-talk“ in Zürich (www.stadt-zuerich.ch/sd/de/index/unterstuetzung/drogen/treffpunkte/talk.html) zeigt einen von vielen möglichen Ansätzen auf, niedrigschwellige Suchtarbeit mit Maßnahmen zur Veränderung des Substanzkonsums (hier: Reduktion des Alkoholkonsums) zu verknüpfen.

3 Voraussetzungen zieloffenen Handelns

Zieloffen zu arbeiten, ist an verschiedene Voraussetzungen geknüpft:

- *Zuständigkeitsattribution für die Suchtproblematik*
ZOS setzt das professionelle Selbstverständnis voraus, sich für die Suchthematik der Klientel und die Arbeit an einer Veränderung des Konsums als zuständig zu betrachten. Dies ist – zumindest in Bezug auf die Hauptproblemsubstanz(en) – in der Suchthilfe selbstverständlich, nicht aber regelhaft z. B. in der medizinischen und psychotherapeutischen Grundversorgung, in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und auch nicht z. B. in der Wohnungslosen-, Straffälligen- und Behindertenhilfe. Hier bedarf es oftmals erst der grundsätzlichen beruflichen Selbstreflexion zur Frage „Was ist eigentlich mein Job – für was bin ich zuständig?“
- *Zieloffene innere Haltung sowie zieloffenes Suchtverständnis und Menschenbild*

Eine zweite Voraussetzung von ZOS besteht in einer Grundhaltung der Zieloffenheit. Das bedeutet, den Konsumzielen der Klientel mit interessierter Neugier zu begegnen und sie ernst zu nehmen, nicht auf ein bestimmtes Ziel (i. d. R. Abstinenz) festgelegt zu sein, State-of-the-art-Kenntnisse über Behandlungen zur Konsumreduktion/Schadensminderung zu besitzen, den eigenen „Rechthabereflex“ („Ich weiß, welches Konsumziel für Sie das beste ist“) in Schach zu halten, dem Gegenüber Entscheidungsautonomie zuzugestehen („Es steht jedem Menschen zu, gemäß seinen eigenen Lebensvorstellungen zu leben – auch im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum [sofern er andere dadurch nicht schädigt]“) und Klienten zuzutrauen, die für sie richtigen Entscheidungen treffen zu können (ggf. nach dialogischem Austausch i. S. d. „Motivational Interviewing“; Miller & Rollnick, 2013).

- *Umsetzung eines zieloffenen Dialogs und zieloffener Behandlungsangebote*

Die dritte Voraussetzung von ZOS bezieht sich auf das praktische Können, d. h. die Kompetenz, ZOS in der Interaktion mit Klienten umzusetzen. Der folgende Abschnitt geht darauf ein.

4 Zieloffene Suchtarbeit: Das praktische Vorgehen

Die praktische Umsetzung von ZOS verläuft in drei Schritten: Erstens einer Bestandsaufnahme aller konsumierten Substanzen und Suchtverhaltensweisen, zweitens der substanzweisen/verhaltensspezifischen Abklärung der Änderungsziele und drittens dem Vorhalten/Durchführen von substanz- und verhaltensbezogenen Behandlungsangeboten, die den Änderungszielen des jeweiligen Klienten entsprechen.

Zur geschmeidigen interaktiven Umsetzung dieser drei ZOS-Schritte bilden der Geist („spirit“) und die Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Motivational Interviewing; Miller & Rollnick, 2013) die maßgeschneiderte Basis. Das heißt, dass die drei Schritte im Geist der Partnerschaftlichkeit und mit einer Haltung des Respekts vorgenommen werden: Der Klient wird als gleichberechtigter Gesprächspartner mit Selbstbestimmungsrecht in allen seinen Belangen – eben auch in der Konsumzielwahl – und mit eigener Expertise ausgestattet betrachtet, ihm wird auf Augenhöhe begegnet, der Austausch ist dialogisch und nicht paternalistisch angelegt, eigene Überlegungen werden mit Einverständnis des Klienten ohne Besserwisserei eingebracht – und das letzte



Abbildung 1

Kartensatz
zur systematischen
Konsumabklärung
(Auszüge; Körkel &
Nanz, 2019a)

Wort, bei welchen Substanzen auf welches Ziel hin mit welcher Intervention eine Veränderung angestrebt wird, hat der Klient.

Im Folgenden werden die drei Schritte von ZOS genauer betrachtet, mit besonderem Schwerpunkt auf die einzusetzenden Interventionen.

4.1 Abklärung der konsumierten Substanzen/Verhaltenssuchte

Im ersten ZOS-Schritt verschafft man sich zusammen mit dem Klienten einen systematischen Überblick über alle von ihm jemals ("lifetime") und aktuell konsumierten Substanzen/Suchtverhaltensweisen. Als didaktisches Hilfsmittel zur systematischen Konsumabklärung kann ein an die Systematik von DSM-IV bzw. ICD-10 angelehnter Kartensatz genutzt werden, der aus 16 weißen Substanzkarten (Alkohol, Opiate, Substitutionsmittel, Cannabis etc.) und fünf weißen Suchtverhaltenskarten (Essverhalten, Glücksspiel etc.) besteht (Körkel & Nanz, 2019a; Abbildung 1). Der Klient entblättert, von der Fachkraft angeleitet, Karte für Karte und prüft, für welche Substanzen/Suchtverhaltensweisen Life-time- bzw. gegenwärtige Konsum-

erfahrungen vorliegen. Bei dieser Konsumabklärung kann bereits ein erster Einblick in Konsummengen, -muster, -gewohnheiten und die Einbettung des Konsums in den Lebensalltag gewonnen werden.

4.2 Abklärung der Änderungsziele

Im zweiten Schritt wird mit dem Klienten – weiterhin in einem partnerschaftlichen, „entlockenden“ und an seiner Sichtweise interessierten Dialog – unter Zuhilfenahme von sechs gelben Zielkarten eine Zielabklärung vorgenommen. Der Klient wird dabei eingeladen, jede seiner Substanzkarten zu der Zielkarte zu legen, die dem entspricht, wie er sich den weiteren Konsum „seiner“ Substanzen vorstellt („ganz aufhören“, „für einige Monate aufhören und dann weitersehen“, „reduzieren“, „nichts verändern“, „weniger schädlich weiterkonsumieren“, „weiß es im Moment nicht“; Körkel & Nanz, 2019a; Abbildung 2).

Das Ergebnis der Konsumzielabklärung kann in eine sog. „Zielabklärungsscheckliste“ (ZAC) übertragen und diese dem Klienten mitgegeben werden (ein Duplikat behält man selbst), sodass der Klient bis zum nächsten Ge-



Abbildung 2

Kartensatz zur systematischen Konsumzielabklärung (Körkel & Nanz, 2019a)

sprach überprüfen kann, ob die Zielauswahl für die von ihm konsumierten Substanzen/ Suchtverhaltensweisen so bleiben oder aufgrund weiterer Überlegungen verändert werden soll.

4.3 Auswahl und Einsatz von Interventionen

4.3.1 Auswahl der Interventionen

Die Devise in ZOS-Schritt drei lautet: Die Behandlungsangebote müssen den Veränderungszielen und Behandlungs- bzw. Interventionspräferenzen des Klienten entsprechen – z. B. seiner Präferenz, eine Veränderung seines Konsums durch Bearbeitung eines Selbsthilfemanuals selbst vornehmen zu wollen oder eine therapeutische Begleitung zu favorisieren und in diesem Falle z. B. eine Einzelbehandlung einer Gruppenmaßnahme vorzuziehen.

Ordnet man die möglichen Behandlungen/ Interventionen im Rahmen ZOS zum einen nach deren Zielausrichtung (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) und zum anderen nach der Interventionsform/-intensität an (Kurzintervention mit/ohne Selbsthilfemanual; ambulante Einzelbehandlung; ambulante Gruppenbehandlung; stationäre Behandlung), so ergibt sich für jede Substanz(-klasse) eine Interventionsmatrix². Exemplarisch wird im Folgenden die Interventionsmatrix zur Veränderung des Tabakkonsums dargestellt (Abbildung 3); analoge Interventionsmatrizen existieren für die Bereiche Alkohol, illegale Drogen und nicht-stoffgebundene Süchte.

Wie Abbildung 3 zu entnehmen ist, sind in den Zeilen die drei zentralen Zielrichtungen aufgeführt, im Falle des Tabakkonsums Rauchstopp (= Abstinenz), Rauchreduktion und Schadensminderung. In den Spalten finden sich

² Die Interventionsmatrix wurde in Zusammenarbeit mit Matthias Nanz entwickelt.

Abbildung 3

Interventionsmatrix für den Bereich Tabak (mit exemplarischen Interventionen)

Ziele	Kurzintervention		Ambulante Einzelbehandlung	Ambulante Gruppenbehandlung	Stationäre Behandlung
	ohne Selbsthilfemanual	mit Selbsthilfemanual			
Rauchstopp	Change Your Smoking – Kurzintervention (Körkel & Nanz, 2020) Frei von Tabak (Bundesärztekammer, 2001) Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern (BZgA & Bundesärztekammer, 2006)	Change Your Smoking – Selbsthilfemanual (Körkel & Nanz, 2020) Ja, ich werde rauchfrei (BZgA, 2008) Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten (Batra & Buchkremer, 2017)	Change Your Smoking – Einzelprogramm (Körkel & Nanz, 2020) Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten (Batra & Buchkremer, 2020) Pharmakotherapie (Nikotinersatzprodukte, Bupropion, Vareniclin)	Change Your Smoking – Gruppenprogramm (Körkel & Nanz, 2020) Das Rauchfrei Programm (IFT-Gesundheitsförderung, o.J.) Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten (Batra & Buchkremer, 2020) Pharmakotherapie (Nikotinersatzprodukte, Bupropion, Vareniclin)	Rauchfrei nach Hause!? (IFT-Gesundheitsförderung, o.J.) plus alle in den linken Spalten aufgeführten Rauchstoppinterventionen
Rauchreduktion	Change Your Smoking – Kurzintervention (Körkel & Nanz, 2020)	Change Your Smoking – Selbsthilfemanual (Körkel & Nanz, 2020) „12+“-Programm (Drinkmann, 2007)	Change Your Smoking – Einzelprogramm (Körkel & Nanz, 2020) Pharmakotherapie (Nikotinersatzprodukte, Bupropion, Vareniclin)	Change Your Smoking – Gruppenprogramm (Körkel & Nanz, 2020) „Smoke_less“ (Rüther et al., 2018) Pharmakotherapie (Nikotinersatzprodukte, Bupropion, Vareniclin)	Alle in den linken Spalten aufgeführten Reduktionsprogramme sind auch stationär durchführbar
Schadensminderung	E-Zigarette, Tabakerhitzer-Zigarette				

die Interventionsformen, die mit einem unterschiedlichen Grad an selbstständiger Veränderung durch den Klienten (Selbsthilfemanual versus therapeutengestützte Intervention) bzw. mit unterschiedlichem zeitlichem Aufwand für die Fachkraft (Kurzintervention versus Einzel- bzw. Gruppensitzungen) einhergehen. In den Feldern der Matrix befinden sich dann die Interventionen, die für die Kombination aus Zielrichtung und Interventionsform geeignet sind. Dem Klienten wird die Interventionsmatrix (hier Tabak) vorgelegt und es werden ihm überblicksartig die Interventionen erläutert, die für seine Zielrichtung möglich sind, sodass er anschließend die von ihm bevorzugte Intervention auswählen kann und diese dann den weiteren Behandlungsweg bestimmt:

- Zum Rauchstopp motivierten Rauchenden werden folgende Optionen angeboten:
 - Ein einmaliges Gespräch von 10–45 Minuten Dauer (oder mehrere kurze, verteilte Gespräche; „Kurzintervention“), in dem z.B. der Fagerström-Test zur Abklärung des Grades körperlicher Nikotinabhängigkeit durchgeführt wird, ergänzt durch ein Vierfelder-Schema zur Überprüfung des Ausmaßes derzeitiger Veränderungsbereitschaft (Gründe für und gegen eine Änderung des Tabakkonsums), ausgewählte Informations-/Arbeitsblätter zur Förderung des selbstständigen Änderungsprozesses mitgegeben (z.B. ein Rauchtagebuch, Hinweise zur Vorbereitung des ersten Rauchstopptages und zum Umgang mit Rückfallrisiken [z.B. Stress, Gewichtszunahme etc.]) sowie unterstützende Internetlinks weitergegeben werden (z.B. www.rauchfrei-info.de/aufh hoeren/das-rauchfrei-ausstiegsprogramm). Zur Durchführung einer Kurzintervention stehen Fachkräften unterschiedliche, inhaltlich variierende Vorlagen zur Verfügung (z.B. „Frei von Tabak“, Bundesärztekammer, 2001; „Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern“, BZgA & Bundesärztekammer, 2006; „Change Your Smoking – Kurzintervention“, Körkel & Nanz, 2020).
 - In Verbindung mit einer Kurzintervention kann – bei Bereitschaft des Klienten – statt einzelner Informations-/Arbeitsblätter ein vollständiges Selbsthilfemanual zur eigenständigen Lektüre mitgegeben oder zum Erwerb empfohlen werden (z.B. „Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten“, Batra & Buchkremer, 2017; „Ja, ich werde rauchfrei“, BZgA, 2008; „Change Your Smo-

king – Selbsthilfemanual“, Körkel & Nanz, 2020).

- Eine weitere Interventionsoption hin zum Rauchstopp besteht in der Teilnahme an ambulanten Einzelsitzungen, die je nach Raucherentwöhnungsprogramm meist vier bis sieben strukturierte Sitzungen, die thematisch einem Selbsthilfemanual ähneln, umfassen (z.B. „Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten“, Batra & Buchkremer, 2020; „Change Your Smoking – Einzelprogramm“, Körkel & Nanz, 2020).
- Alternativ kann auch ein Gruppenkurs zur Raucherentwöhnung vorgehalten werden, bei dem i.d.R. Anzahl und Inhalte der Sitzungen einem Einzelprogramm entsprechen (z.B. „Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten“, Batra & Buchkremer, 2020; „Das Rauchfrei-Programm“, Institut für Therapieforchung – Gesundheitsförderung, o.J.; „Change Your Smoking – Gruppenprogramm“, Körkel & Nanz, 2020).
- Einzel- wie auch Gruppenprogramme können pharmakologisch durch Nikotinersatzprodukte (NEP; z.B. Nikotinpflaster) oder die ärztlicherseits verschreibbaren Medikamente Bupropion oder Vareniclin unterstützt werden.
- Befindet sich ein Patient in stationärer Behandlung, können alle zuvor skizzierten Behandlungen zum Rauchstopp Verwendung finden wie auch spezielle Programme, die auf einen stationären Rahmen zugeschnitten sind (z.B. „Rauchfrei nach Hause?!“, Institut für Therapieforchung – Gesundheitsförderung, o.J.).
- Das Menü an Optionen ist bei der Zielwahl „Rauchreduktion“ analog dem beim Ziel des Rauchstopps aufgebaut und enthält somit folgende Wege zu einer Reduktion des Tabakkonsums:
 - Eine Kurzintervention mit Weitergabe einzelner Informations- und Arbeitsblätter (Rauchtagebuch, Pro-Kontra-Matrix, Fagerström-Test, Internetlinks) bzw. eines vollständigen Selbsthilfemanuals (z.B. „12+-Programm. Selbstbestimmtes, kontrolliertes Rauchen“, Drinkmann, 2007; „Change Your Smoking – Selbsthilfemanual“, Körkel & Nanz, 2020).
 - Eine ambulante Einzelbehandlung mit sieben Sitzungen (z.B. „Change Your Smoking – Einzelbehandlung“, Körkel & Nanz, 2020) oder ambulante Gruppenbehandlung mit vier („Smoke_less“,

Rüther, Kiss, Eberhardt, Linhardt, Kröger & Pogarell, 2018) oder sieben Sitzungen („Change Your Smoking – Gruppenbehandlung“, Körkel & Nanz, 2020), ggf. ergänzt durch eine pharmakologische Behandlung (NEP, Bupropion, Vareniclin).

- Alle zuvor aufgeführten Behandlungen zur Rauchreduktion sind auch stationär umsetzbar.

- Präferieren Rauchende den Änderungsweg der Schadensminderung, kommen die verschiedenen Varianten von E-Zigaretten oder Tabakerhitzer-Zigaretten in Frage (vgl. Stöver 2019; Stöver, Jamin & Eisenbeil, 2019).

Verallgemeinert man das zuvor anhand der Tabak-Interventionsmatrix Erläuterte, so gelten in der ZOS ganz allgemein folgende Grundsätze für den Aufbau von Interventionsmatrizen (für Alkohol, illegale Drogen, nicht-stoffgebundenes Suchtverhalten) und die darin aufgenommenen Interventionen:

- Suchtbehandlungen sollten für jede Substanz-(klasse) die drei grundlegenden Zielrichtungen der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung abdecken, da diese die zentralen von Klienten gewählten Ziele darstellen. Das heißt auch: Es ist erforderlich, dass Suchtfachkräfte für alle Substanzen/Suchtverhaltensweisen und alle Zielrichtungen Kenntnisse und Umsetzungskompetenz besitzen. Die Anforderungen an Fachkräfte, die bislang nur abstinenzorientierte Behandlungen oder ausschließlich Harm-Reduction-Angebote oder Reduktionsbehandlungen vorgehalten haben – und diese ggf. nur in Bezug auf einzelne Substanzen/Verhaltenssüchte – erhöhen sich bei ZOS somit deutlich. Und: Die Zuständigkeitserklärung ausschließlich für die Behandlung legaler oder ausschließlich illegaler Drogen oder nicht-stoffgebundener Süchte verliert bei ZOS ihre Basis.
- In der Beratung/Einrichtung sollten unterschiedliche Interventionsformen vorgehalten werden, um eine Bandbreite an Behandlungspräferenzen der Klientel abzudecken: Von kurzen Interventionen zum Anstoßen von „self-change“ bei den Klienten, die sich gerne selbstständig Schritt für Schritt und im eigenen Tempo eine Veränderung erarbeiten möchten (z. B. Lektüre eines Selbsthilfemanuals zum Rauchstopp oder einer entsprechenden Webseite) bis hin zu einer intensiveren Unterstützung durch eine Fachkraft in Form einer Einzel- bzw. Gruppenbehandlung und dies ggf. im stationären Rahmen.
- Entsprechend der bio-psycho-sozialen Genese und Problemlage vieler Suchterkrankungen und den Behandlungspräferenzen der Klientel, sollten grundsätzlich sowohl (evidenzbasierte) psychotherapeutische als auch pharmakologische und sozialraumbezogene Interventionen Eingang in Interventionsmatrizen finden.
- Alle in eine Interventionsmatrix aufgenommenen Interventionen sollten über wissenschaftlich aussagefähige Wirksamkeitsnachweise verfügen. Liegt für eine Intervention kein Wirksamkeitsnachweis vor, sollten zumindest für die Klasse vergleichbarer Interventionen empirische Evidenzen und eine solide theoretische Basis vorhanden sein. Beispielsweise ist die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Selbstkontrolltrainings (Behavioral Self-Control Trainings; Hester, 2003) für unterschiedliche Substanzen empirisch gut belegt (Körkel, 2015; Körkel et al., 2011b; Körkel & Nanz, 2019b), so dass eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass auch neu entwickelte, stringent gemäß BSCT aufgebaute Interventionen (z. B. zum Kontrollierten Rauchen; Körkel & Nanz, 2017) wirksam sind.
- Interventionsmatrizen sollten dem aktuellen Stand der Behandlungsentwicklung angepasst werden, d. h. neu entwickelte, nachweislich wirksame Behandlungen sollten in die Matrix aufgenommen werden.
- Interventionen können sowohl face-to-face als auch online (z. B. als elektronisch verfügbare Intervention oder Videositzung) oder als Kombination beider Modi angeboten werden. Durch die Option, Behandlungen auch online durchführen zu können, ergeben sich diverse Vorteile: Die Klientel muss keine Wegstrecken zu einer Behandlungsstätte zurücklegen, auch kürzere Sitzungen sind ohne Fahrtaufwand möglich, es lassen sich autodidaktische Elemente (z. B. Bearbeitung eines Selbsthilfemanuals) von Zeit zu Zeit online mit therapeutischem Austausch verknüpfen u. a. m.
- Last but not least: Die in einer Interventionsmatrix enthaltenen Behandlungsangebote hängen selbstverständlich auch von den Möglichkeiten und Gegebenheiten der Praxiseinrichtungen ab:
 - Als Behandler bzw. Einrichtung wird es kaum möglich sein, alle vorhandenen Interventionen, die z. B. in der Tabak-Interventionsmatrix in Abbildung 3 dargestellt sind, vorzuhalten – und dies ist auch nicht notwendig. In der ambulanten Praxis ist es ausreichend, zur Abstinenz- und Reduktionsbehandlung

eine *einzig* Kurzintervention (mit Informations-/Arbeitsblättern sowie ein bis zwei unterschiedlich umfangreiche Selbsthilfemanuale) sowie eine *einzig* Einzelbehandlung und ein bis zwei schadensmindernde Angebote ins Portfolio aufzunehmen. Ergänzend kann eine Gruppenbehandlung angeboten werden, wobei diese bei ZOS eher selten zum Einsatz kommen wird, da es unsinnig ist, einen änderungsmotivierten Klienten ggf. monatelang auf den Start einer Gruppe (z.B. zum Rauchstopp) warten zu lassen, während eine Einzelbehandlung unter Einbeziehung aller Substanzen prinzipiell jederzeit möglich ist und nicht vom Zustandekommen einer Gruppe abhängig gemacht werden muss. Im stationären Rahmen, in dem Gruppenbehandlungen üblich sind und eine ausreichende Zahl teilnehmender Patienten vorhanden ist, steht einem Gruppenangebot nichts im Wege.

Es ist deshalb ratsam, dass eine Behandlungsstelle für ihre ZOS eigene Interventionsmatrizen erstellt, in der die *von ihr vorgehaltenen* (und nicht alle denkbaren) Interventionen aufgeführt sind.

- Als Einrichtung ist es – auch für neu hinzukommende Mitarbeitende – sinnvoll, einen *ZOS-Interventionsordner* zu erstellen, in dem neben den Interventionsmatrizen für Alkohol, illegale Drogen, Tabak und nicht-stoffgebundenes Suchtverhalten alle von der Einrichtung angebotenen Interventionen auf ein bis zwei Seiten beschrieben sind. Diese Beschreibungen bilden die Grundlage, um Klienten die in den Interventionsmatrizen enthaltenen Interventionen erläutern zu können.

4.3.2 Einsatz der Interventionen

Nach der Auswahl passgenauer Interventionen werden diese durchgeführt – z.B. eine ambulante Einzelbehandlung zum Kontrollierten Trinken (bei Alkoholreduktion als Ziel) und gleichzeitig ein Einzelprogramm für Tabakabstinenz (bei Rauchstopp als Ziel). Um Schnittstellenverluste zu vermeiden, sollten die Behandlungen idealerweise von einer Person bzw. zumindest in *einer* Einrichtung angeboten werden. Falls das nicht möglich ist, ist eine *gelingende* Weitervermittlung an eine kooperierende Einrichtung anzustreben.

NACHRICHT

Studie: Blick ins Grüne hat Einfluss auf das Rauchverhalten

Wer im Grünen lebt, hat deutlich bessere Chancen, nie zum Raucher zu werden oder mit dem Rauchen aufzuhören, als Menschen, die keinen unmittelbaren Zugang zu Grünflächen haben.

Das legt eine Befragung von mehr als 8.000 Erwachsenen in Großbritannien nahe, die jetzt im Journal *Social Science & Medicine* (doi:10.1016/j.socsci.med.2020.113448) veröffentlicht wurde.

Diese habe einen Zusammenhang zwischen grünem Lebensraum und dem Rauchverhalten gezeigt, teilten gestern die Autoren der Universitäten Plymouth, Exeter und Wien mit.

Auch nach Berücksichtigung anderer Faktoren wie dem sozioökonomischen Status sei die Wahrscheinlichkeit

zu rauchen für Menschen mit Blick ins Grüne noch um 20 Prozent niedriger als bei solchen, die in Gebieten mit weniger Grünflächen leben.

Bei Menschen, die irgendwann in ihrem Leben geraucht hätten, erhöhe sich die Wahrscheinlichkeit, erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören, um zwölf Prozent, wenn sie in grünen Gegenden leben, heißt es in der Mitteilung.

Frühere Studien desselben Forschungsteams wiesen demnach darauf hin, dass der häusliche Blick auf Grün-

flächen mit einem geringeren Verlangen nach Alkohol, Zigaretten und ungesunden Lebensmitteln verbunden sei.

Es gebe inzwischen erhebliche Hinweise, dass Naturräume mit Stressabbau und besserem Wohlbefinden verbunden seien.

Die aktuelle Studie zeige erstmals, „dass ein höherer Grünflächenanteil auch mit einer Verringerung ungesunder Verhaltensweisen verbunden ist“, wird Sabine Pahl, Co-Autorin und Spezialistin für Stadt- und Umweltpsychologie an der Universität Wien, in der Mitteilung zitiert.

Die Forscher betonen, dass eine Verbesserung des Zugangs zu Grünflächen eine wichtige Strategie für die öffentliche Gesundheit und insbesondere zur Verringerung der Raucherquote darstellen könne.



5 Resümee

Die Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit stellt alle Arbeitsfelder vor die Herausforderung,

- ihre innere Haltung, ihr Menschenbild sowie ihr Suchtverständnis in Bezug auf ihre Klientel zu reflektieren (z. B. die Annahme, Abhängige könnten nicht kontrolliert Alkohol/Tabak/illegale Drogen konsumieren, zu überprüfen) – auch im Lichte des aktuellen Forschungsstandes,
- von einem Multisubstanzkonsum und ggf. zusätzlich Verhaltenssuchten der Klientel auszugehen und sich für diese als zuständig zu betrachten,
- die konsumierten Substanzen/Verhaltenssuchte und Änderungswünsche systematisch abzuklären,
- Abstinenz- und Reduktionsbehandlungen wie auch schadensminimierende Angebote für die Palette der verschiedenen Problemsubstanzen und nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltensweisen vorzuhalten.

Zur Umsetzung und neuen „Aufstellung“ einer Einrichtung in Richtung ZOS ist träger- und einrichtungsbezogen eine systematische Implementierung von ZOS erforderlich, d. h. ein professionell begleiteter Prozess der Team- und Organisationsentwicklung, der unter Einbindung der Entscheidungsträger und Mitarbeiterschaft auf strukturelle Veränderungen abzielt und deutlich über Fortbildungen einzelner Mitarbeitender hinausgeht (vgl. Bühler, 2015; Nanz, 2015; Pohlner & Obert, 2019).

Literatur

- Batra, A. & Buchkremer, G. (2017). *Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Batra, A. & Buchkremer, G. (2020). *Tabakentwöhnung. Ein Leitfadens für Therapeuten* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesärztekammer (Hrsg.). (2001). *Frei von Tabak. Ein Stufenprogramm zur Raucherberatung und Rauchertherapie in der Arztpraxis* (3. Aufl.). Köln.
- BZgA (Hrsg.). (2008). *Ja, ich werde rauchfrei*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA & Bundesärztekammer (Hrsg.). (2006). *Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bühler, S. (2015). *Verabschiedung von der Abstinenz als Königsweg. Eine empirische Studie über den Organisationsentwicklungsprozess zur Implementierung Zieloffener Suchtarbeit beim Caritasverband für Stuttgart e.V.* (Unveröffentlichte Masterthesis). Evangelische Hochschule Freiburg i. Br.
- Drinkmann, A. (2007). *12-plus-Programm. Selbstbestimmtes, kontrolliertes Rauchen*. Heidelberg: GK Quest-Akademie.
- Hester, R. K. (2003). Self-control training. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 152–164). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hungerbuehler, I., Buecheli, A. & Schaub, M. (2011). Drug checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use – evaluation of Zurich's drug checking services. *Harm Reduction Journal*, 8, 16.
- Institut für Therapieforschung – Gesundheitsförderung (o.J.). *Das Rauchfrei-Programm*. München: IFT.
- Institut für Therapieforschung – Gesundheitsförderung (o.J.). *Rauchfrei nach Hause?!*. München: IFT.
- Ives, R. & Ghelani, P. (2006). Polydrug use (the use of drugs in combination): A brief review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13, 225–232.
- Körkel, J. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15, 165–173.
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61, 147–174.
- Körkel, J. (2018). Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst? *Rausch*, 7 (1), 95–103.
- Körkel, J. (2019). Paradigmenwechsel in der Suchthilfe: Vom einseitigen Abstinenzgebot zur „Zieloffenen Suchtarbeit“. *Kerbe*, 37, 19–21.
- Körkel, J., Lipsmeier, G., Becker, G. & Happel, V. (2011a). Multipler Substanzkonsum bei Drogenabhängigen: Bestandsaufnahme – Behandlungsimplicationen. *Sucht aktuell*, 18, 49–54.
- Körkel, J., Becker, G., Happel, V. & Lipsmeier, G. (2011b). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe*. Abschlussbericht für das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2016). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES-Bundesverband (Hrsg.), 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016* (S. 196–204). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2017). „Change Your Smoking“: Ein zieloffenes Behandlungsprogramm zur Veränderung des Tabakkonsums. *Rausch*, 6 (2), 43–52.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2019a). *Kartensatz zur systematischen Konsum- und Zielabklärung*. Nürnberg.

- berg: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. <https://www.iss-nuernberg.de/zieloffene-suchtarbeit/#kartensatz>
- Körkel, J. & Nanz, M. (2019b). Zieloffenheit in der Tabakbehandlung. In H. Stöver (Hrsg.), *Potentiale der E-Zigarette für Rauchentwöhnung und Public Health* (S. 79–89). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2020). „Change Your Smoking“ – Ein zieloffenes Programm zur Veränderung des Tabakkonsums. Teilnehmerhandbuch und Trainermanual zur Kurzintervention sowie Einzel- und Gruppenbehandlung (3. Aufl.). Nürnberg: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS).
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change*. New York: Guilford.
- Nanz, M. (2015). *Die Umsetzung von Sozialen Innovationen in der Praxis am Beispiel der Implementierung Zieloffener Suchtarbeit* (Unveröffentlichte Masterthesis). Evangelische Hochschule Nürnberg.
- Pohlner, S. & Obert, K. (2019). Zieloffene Suchtarbeit. *Kerbe*, 37, 29–31.
- Rüther, T., Kiss, A., Eberhardt, K., Linhardt, A., Kröger, C. & Pogarell, O. (2018). Evaluation of the cognitive behavioral smoking reduction program „Smoke_less“: A randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268, 269–277.
- Stöver, H. (Hrsg.). (1999). *Akzeptierende Drogenarbeit: Eine Zwischenbilanz*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Stöver, H. (Hrsg.) (2019). *Potentiale der E-Zigarette für Rauchentwöhnung und Public Health*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H., Jamin, D. & Eisenbeil, S. (2019). *Ratgeber E-Zigarette* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag
- Uhl, A., Schmutterer, I., Kobra, U. & Strizek, J. (2019). *Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK).



Prof. Dr. Joachim Körkel

Institut für innovative Suchtbehandlung
und Suchtforschung (ISS)
Bärenschanzstraße 4
D-90429 Nürnberg
joachim.koerkel@evhn.de

Anticraving-Behandlung bei Alkoholabhängigkeit – wirksam, aber kaum verwendet

Rüdiger Holzbach & Gunnar Stammen

Zusammenfassung

Alkoholabhängigkeit ist eine persönlich unter Umständen dramatische und volkswirtschaftlich eine hoch relevante Erkrankung. Insofern sollten alle Behandlungsoptionen genutzt werden, um Betroffenen eine optimal wirksame Behandlung anzubieten. Infolgedessen ist es erstaunlich, dass sich die medikamentengestützte Rückfall-Prävention mit Anticraving-Mitteln (Acamprosat, Naltrexon), trotz nachgewiesener Wirksamkeit, nicht hat durchsetzen können. Die Gründe dafür sind vielfältig. Das historisch bedingte Abstinenz-Paradigma führte lange Zeit im Suchthilfesystem zur Ablehnung jeglicher Medikation. Heute verhindern einseitig psychosozial geprägte Behandlungskonzepte den Einsatz von Medikamenten in der Rückfall-Prophylaxe. Häufig werden die Behandelbarkeit und die Prognose auf die Motivation des Betroffenen reduziert – „wenn er will, wird/bleibt er abstinent“. Dabei wird nicht ausreichend in Betracht gezogen, dass neuro-biologische Veränderungen im Gehirn, analog zu Veränderungen bei Depressionen oder Schizophrenien, die freie Willenssteuerung beeinträchtigen. Genauso wenig wie ein Depressiver über seine Willenskraft fröhlich sein oder positive Gedanken denken kann, kann ein Suchtkranker darüber seine Sucht überwinden. Auch wenn wir heute die neuro-biologischen Veränderung bei Suchterkrankungen nicht wirklich verstehen, lassen sie sich mit Medikamenten zumindest teilweise beeinflussen – und diese Chance darf Alkoholkranken nicht vorenthalten werden.

Schlüsselwörter: Alkoholismus, Anticraving-Mittel, Rückfallprävention

Summary

Alcohol addiction is a personally dramatic and economically highly relevant illness. To this extent, all treatment options should be used to provide the most effective treatment for those affected. In this respect, it is astonishing that drug-assisted relapse prevention with anticraving agents (acamprosate, naltrexone), despite proven effectiveness, has not been able to prevail. The reasons for this are manifold. The historical abstinence paradigm led to the rejection of any medication in the addiction system for a long time. Today, one-sided psychosocial treatment concepts prevent the use of drugs in relapse prophylaxis. Often the treatability and the prognosis are reduced to the motivation of the person concerned – “if he/she wants, he/she will remain abstinent”. It is not sufficiently taken into account that neurobiological changes in the brain, similar to changes in depression or schizophrenia, affect free will control. Just as a depressed person cannot be happy by use of his willpower or think positive thoughts, an addict cannot overcome his addiction in such a way. Even if we do not really understand the neurobiological change in addictive disorders today, they can at least partially be influenced by drugs – and this opportunity must not be withheld from alcoholics.

Keywords: alcoholism, anticraving agents, relapse prevention

Einleitung

Zusammen über 2,5 Millionen Menschen sind in Österreich, Deutschland und der Schweiz alkoholabhängig. Auch wenn Abstinenz heute nicht mehr als alleiniges Behandlungsziel an-

gesehen wird, ist es für die Mehrzahl der Behandelnden und Behandelten das Ziel der Behandlung. Obwohl nur vergleichsweise wenige Betroffene pro Jahr in stationär-psychiatrische Behandlung kommen, ist Alkoholabhängigkeit in Deutschland die häufigste Krankenhaus-

Diagnose (rund 240 000 Fälle) bei Männern (Schelhase, 2015). Dementsprechend verursacht Alkoholabhängigkeit neben dem Leid von Betroffenen und ihren Angehörigen direkte und indirekte volkswirtschaftliche Schäden in Milliardenhöhe.

Aus der „Mäßigungs- und Temperenzbewegungen“ am Ende des 18. Jahrhunderts hat sich im deutschsprachigen Raum ein differenziertes Suchthilfesystem entwickelt. Die Interventionen sind neben der Behandlung von körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen vor allem psychologischer und soziotherapeutischer Natur. Die Pharmakotherapie ist sehr spät dazugekommen. Selbst für die heute übliche pharmakologische Unterstützung im Entzug galt lange, dass die Betroffenen ruhig ordentlich im Entzug leiden sollen, damit sie dadurch vor Rückfälligkeit abgeschreckt seien.

Auch die Behandlung von psychischen Begleit-Symptomen und Krankheiten hat sich erst in den letzten 30 Jahren durchgesetzt. Ich erinnere mich noch sehr gut daran, wie ich mich Anfang der 1990er Jahre an der, obwohl sehr biologisch orientierten, Münchner Universitäts-Psychiatrie rechtfertigen musste, als ich depressive Syndrome medikamentös behandelte: „Wie kannst Du einem Suchtkranken psychotrope Mittel aufschreiben – er muss doch lernen, ohne Substanzen zurechtzukommen...“

Die Behandlung mit Anticraving-Mitteln war in Frankreich in Form von Acamprosat ab Ende der 1980er Jahre möglich, in anderen europäischen Ländern ab Mitte der 1990er.

Die Erreichung der Abstinenz ist für alkoholranke Menschen ein wünschenswertes und dauerhaftes Ziel. Eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie kann einen entscheidenden Beitrag zur langfristigen Zielerreichung leisten (Mann und Hermann 2010) und eine optimale Behandlungsstrategie darstellen (Smolka et al., 2003). Anticraving-Mittel mit nachgewiesenem Nutzen, sofern sie zielgerichtet eingesetzt werden, gehören dabei zu den wirksamsten Instrumenten ärztlicher Hilfe, von denen Patienten profitieren können (Spanagel & Vengeliene, 2013). Sie sollen den Alkoholrückfall verhindern, ohne selbst ein Abhängigkeitspotential innezuhaben oder anderweitig psychotrop zu wirken (Mann et al., 2006). Dabei bewegt sich der Einsatz von Pharmaka in der medizinischen Versorgung aber immer auch im Spannungsfeld von Nutzen und Kosten.

Zur Pharmakotherapie bei Alkoholabhängigkeit kann neben dem NMDA-Rezeptor-Antagonist Acamprosat auch der μ -Opiat-Rezeptor-Antagonist Naltrexon, welcher seit 2010 in Europa zugelassen ist, verordnet wer-

den (Lohse & Müller-Oerlinghausen, 2016). Die Wirksamkeit dieser Medikamente in der Rückfallprophylaxe wurde in zahlreichen nationalen und internationalen Studien nachgewiesen (siehe unten).

Eine signifikante Verbesserung der Behandlungsquoten von Alkoholabhängigen wird durch pharmakologische Interventionen und Kurzinterventionen im Krankenhaus erreicht (Rehm et al., 2014). Auch in der hausärztlichen Praxis stellt die Einführung von Anticraving-Substanzen eine Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten dar. Der Hausarzt verfügt mit diesen Mitteln neben der Beratung über eine evidenzbasierte Therapieoption für Patienten mit Alkoholproblemen (Diehl & Mann, 2005).

Mit dem Opiatrezeptorantagonisten Nalmefen ist seit 2013 ein weiteres Pharmakon zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit zugelassen. Die Indikation ist hier allerdings die Trinkmengenreduktion, was die Öffnung gegenüber einem weiteren Patientenkontext ermöglicht (Pape et al., 2013). Die Wirkung trinkmengenreduzierender Effekte bei Alkoholabhängigkeit konnte in mehreren Randomized Controlled Trials (RCTs) nachgewiesen werden (Rösner et al., 2010a, 2010b). Da damit noch eine ganz andere Diskussion (Kontrolliertes Trinken) verbunden ist, wird im Nachfolgenden auf diese Substanz bzw. Interventionsmöglichkeit nicht weiter eingegangen.

Datenlage zur Wirksamkeit von Anticraving-Medikamenten

Die Anticraving-Medikamente verdoppeln die Abstinenzrate gegenüber Placebo und erhöhen die Haltequote in der ambulanten Nachbetreuung von Alkoholabhängigen (Sass et al., 1996). Von den zahlreichen zentralnervösen Transmittersystemen ist die agonistische Wirkung des Alkohols auf den GABA-Rezeptor vor allem von Bedeutung. Dadurch wird die dämpfende und anxiolytische Wirkung des Alkohols und weiterhin die Blockade des erregend wirkenden Glutamat-Rezeptors erklärt (Kiefer & Mann, 2010). Die euphorisierende Wirkung von Äthanol wird durch eine Modulation des körpereigenen Endorphinsystems erklärt, so dass eine Blockade entsprechender Rezeptoren unter Umständen eine Euphorisierung nach Exposition verhindern könnte. Diese neurochemischen Grundannahmen liegen der Behandlung mit so genannten Anticraving-Substanzen zugrunde, die in einer Suchtbehandlung im Rahmen des Gesamtprogramms zum Einsatz kommen können (Verheul et al., 1999).

Acamprosat besitzt ein sehr günstiges Nebenwirkungsprofil und erhöht nicht die Toxizität von Alkohol. Als Kontraindikation gilt die Niereninsuffizienz. Werden die zur Abstinenz motivierten Patienten nach dem Entzug ein Jahr mit Acamprosat rückfallprophylaktisch behandelt (Standard-Tagesdosis 3×2 Kapseln à 333 mg/Tag), kommt es zu einer Verdoppelung der Abstinenzrate, die die eigentliche Behandlungszeit überdauert (Diehl & Mann, 2005; Mann et al., 2006). Außerdem verblieben in einer großen Doppelblindstudie Patienten mit Acamprosat signifikant länger in der ambulanten Behandlung als die mit Placebo behandelten Patienten (Mann, 2005).

Eine im Jahr 1996 durchgeführte multizentrische Studie zur Wirksamkeit von Acamprosat von Sass und Kollegen (1996) zeigt eine höhere Abstinenzquote unter der Verum-Bedingung gegenüber der Placebo-Bedingung (44.8% gegenüber 25.3% bei Behandlungsbeendern am Ende des 48-wöchigen Behandlungszeitraums). Auch die Zahl der abstinenten Tage unter der Behandlung zeigt einen entsprechend deutlichen Unterschied zwischen den Gruppen (durchschnittlich 224.6 Tage (= 62.4%) gegenüber 162.0 Tage (= 45.3%), wobei sich dieser Unterschied in den ersten 60 Tagen nach Behandlungsbeginn etablierte und die Häufigkeit abstinenten Personen in der Folgezeit parallel verschoben in den beiden Gruppen gleichermaßen abnahm. Die durchschnittliche Zeit bis zum ersten Rückfall betrug in der Acamprosat-Gruppe 165.2 Tage (± 143.8), in der Placebo-Gruppe 112.3 Tage (± 126.5).

Naltrexon ist ein Morphin-Antagonist mit einer höheren Affinität zu Opioid-Rezeptoren als Morphin selbst und ohne morphinagonistische Eigenschaften. Naltrexon wirkt über die Blockade von μ -Opiat-Rezeptoren. Es wird angenommen, dass hierdurch die über Endorphine vermittelten subjektiv angenehmen und positiv verstärkenden Effekte von Alkohol reduziert werden. Die Naltrexonbehandlung sollte mehr als drei Monate fortgeführt und während eines zeitlich begrenzten Rückfalles nicht unterbrochen oder abgebrochen werden (Mann et al., 2006). Naltrexon erhöht nicht die Toxizität von Alkohol und besitzt kein Abhängigkeitspotential.

Zu Naltrexon gibt es neben den Zulassungsstudien, die eine Verdoppelung der Abstinenzquote ergaben, auch Studien mit negativem Ausgang. Eine in Deutschland durchgeführte große Studie zeigte keine Überlegenheit gegenüber Placebo, allerdings konnte in einer Reihe anderer Studien eine Reduktion von schweren Rückfällen und Trinkhäufigkeit belegt werden, obwohl andererseits die Zeit bis zum ersten

Akholkonsum nicht immer verlängert war (Ehrenreich et al., 2002). In einer placebokontrollierten Doppelblindstudie aus dem Jahr 2002 (Gastpar et al., 2002) wurde die Wirksamkeit auf das Abstinenzverhalten nach Naltrexongabe ausgewertet. Insgesamt nahmen 171 Patienten an der Studie teil, 84 Patienten gehörten zur Placebogruppe, 87 Patienten bekamen eine tägliche Gabe von Naltrexon (50 mg/Tag). Als Ergebnis wurde festgehalten, dass Naltrexon im Vergleich zu Placebo im Hinblick auf Alkoholrückfallprophylaxe keinen überlegenen Effekt hatte.

In einer weiteren im Jahr 2003 veröffentlichten Studie (Kiefer et al., 2003) wurde neben der Wirksamkeit von Acamprosat auch diejenige von Naltrexon und der Kombination beider Medikamente untersucht. Sowohl Acamprosat als auch Naltrexon führten zu einer signifikanten Verlängerung der Zeit bis zum ersten Alkoholkonsum. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Präparaten wurden nicht gefunden. Die Kombinationsbehandlung war deutlich erfolgreicher als die Placebothherapie (26 statt unter Placebo 10 abstinent bzw. 9 statt 30 rückfällig (5 abstinent aus Studie vorzeitig aus verschiedenen Gründen ausgeschieden) und auch der alleinigen Behandlung mit Acamprosat signifikant überlegen (17 abstinent, 17 rückfällig, 5 abstinent ausgeschieden). Dieses Ergebnis konnte allerdings durch die sogenannte COMBINE-Studie (Anton et al., 2006) nicht bestätigt werden ($n = 1383$). In dieser Studie wurde lediglich ein signifikanter Effekt von Naltrexon über Placebo erkannt.

Bei einer im Jahr 2001 durchgeführten einjährigen Follow-up-Vergleichsstudie ($n = 157$) zwischen Naltrexon und Acamprosat in Spanien (Rubio et al., 2001) gab es bei der Auswertung der Dauer bis zum ersten alkoholischen Getränk nach psychotherapeutischer und pharmakologischer Behandlung keinen signifikanten Unterschied (Naltrexon-Gruppe nach 44 Tagen, Acamprosat-Gruppe nach 39 Tagen). Die Zeit bis zum ersten Rückfall, gemessen an fünf und/oder mehr alkoholischen Getränken an einem Tag, belief sich unter Naltrexongabe auf 63 Tage, unter Acamprosatgabe auf 42 Tage. Nach einem einjährigen Katamnesezeitraum waren 41 Prozent unter Naltrexon und 17 Prozent unter Acamprosat abstinent ($p = 0.0009$). Darüber hinaus war der prozentuale Anteil derjenigen mit einem hohen Alkoholkonsum bei Rückfall unter Acamprosat signifikant höher als unter Naltrexon. Im Ergebnis wurde eine Empfehlung der Gabe von Acamprosat beim Therapieziel Abstinenz und der Gabe von Naltrexon beim Therapieziel Trinkmengenreduktion ausgesprochen (Mann & Hermann, 2010).

Zusammenfassend ergibt sich auf der Basis vorliegender Studienergebnisse, dass Acamprosat unter ambulanter Therapie signifikant die kontinuierliche Abstinenzzeit verlängert und/oder die Anzahl der trinkfreien Tage bei Patienten nach abgeschlossenem Alkoholentzug erhöht (Mann, 2005). Für die Behandlung von nicht entzogenen Patienten gibt es hingegen keinen Nachweis der Wirksamkeit. Unter den Bedingungen des deutschen Versorgungssystems kam es bei Alkoholabhängigen nach qualifiziertem Entzug unter 48-wöchiger Behandlung mit Acamprosat verglichen zur Placebo-Standardbehandlung zu einer Verdoppelung des Anteils abstinenten Patienten. Die einschlägige S3-Leitlinie (Mann et al., 2017) spricht sich in diesem Kontext dafür aus, dass Acamprosat oder Naltrexon bei Alkoholabhängigkeit in der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Entwöhnung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden sollte.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass wahrscheinlich nur ein Anteil von ca. 30 Prozent der Patienten von der Medikation profitiert. Die zukünftige therapeutische Bedeutung wird daher davon abhängen, ob es gelingt jene Personen zu identifizieren, die auf die medikamentöse Behandlung positiv ansprechen (Responder; Pape et al., 2013). Die Studienlage für Naltrexon sieht bei moderater Effektstärke etwas günstiger aus, vor allem hinsichtlich der prophylaktischen Wirkung auf übermäßiges Trinken im Falle eines Rückfalls. Bisher konnte allerdings keine Studie den Nachweis führen, dass eine bestimmte pharmakotherapeutische Behandlung bei einem bestimmten Subtypus von Patienten überlegene Erfolge erzielt (Mann & Hermann, 2010).

Epidemiologische Daten zur Verschreibung von Anticraving-Mitteln

Gemäß bundesdeutschem Arzneiverordnungsreport 2016 wurde Campral (Handelsname für Acamprosat) im Jahr 2015 rund 16 000 mal verordnet. Dabei verzeichnete das Präparat einen Rückgang der Verordnungen um 11,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt landet Campral auf Rang 2935 von 3 000 bei den Verordnungen der führenden Arzneimittel aus dem Jahr 2015. Die Nettokosten beliefen sich auf 958,1 Tausend Euro (–11,1%), die Daily Defined Dose (DDD) lag bei 377,2 (in Tsd.; –10,5%; Schaufler et al., 2016). Die Verordnungen von Acamprosat haben damit in 2015 weiter abgenommen (0,38 Mio. DDD, Änderung in Prozent

gegenüber 2014: –10,5; DDD-Nettokosten in Euro: 2,54), obwohl die Substanz nach den derzeit gültigen deutschen Arzneimittelrichtlinien im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden kann (Lohse & Müller-Oerlinghausen, 2016). Adepand und Nemexin (Handelsnamen für Naltrexon) finden unter den 3 000 führenden Arzneimittelverordnungen keine Erwähnung. In einem aktuellen Review aus den USA wurde konstatiert, dass beide Wirkstoffe, Naltrexon und Acamprosat, mäßig wirksam und massiv unterverordnet seien (Friedmann, 2013). In Deutschland werden allenfalls fünf Prozent der geeigneten Patienten erreicht, es bleiben somit therapeutische Chancen ungenutzt (Fritze, 2014).

Im Jahr 2010 wurde eine Untersuchung in Bezug auf die Verringerung von Gesundheitskosten bei Gabe von Anticravingmitteln durchgeführt (Kranzler et al., 2010). Unter Einbezug einer Naltrexon-Gruppe ($n = 1\,138$) und einer Kontrollgruppe ($n = 3\,411$) konnte der Nachweis erbracht werden, dass sowohl die alkoholbezogenen, die nicht-alkoholbezogenen und die Gesundheitskosten in der Naltrexon-Gruppe im Vergleich zur Placebogruppe signifikant niedriger waren.

In einer Studie mit Daten der AOK Nordwest untersuchten Holzbach und Kollegen (2019) die Häufigkeit und die ökonomischen Konsequenzen einer Behandlung mit Anticraving-Mitteln. Zu diesem Zweck wurden alle Versicherte der AOK Nordwest, die sich wegen einer Alkoholabhängigkeit in einer stationären Behandlung befanden ($n = 12\,958$), in die Studie eingeschlossen und über einen sechsmonatigen Verlauf beobachtet. Nur 0,8 Prozent ($n = 98$) erhielten in diesem Zeitraum mindestens eine Anticraving-Verordnung. Dies zeigt eindrücklich das sehr zurückhaltende Verordnungsverhalten nicht nur der Hausärzte, sondern auch das der Kolleginnen und Kollegen in den Fachkliniken. Nach der Auswertung der Krankenhausdaten liegt die Vermutung nahe, dass es sich bei den Patienten, die eine Anticraving-Verordnung erhielten, eher um schwer kranke und chronifizierte Patienten handelte, bei denen die Medikamentengabe als Ultima Ratio zu verstehen ist.

Die Kosten- und Einspareffekte einer Anticraving-Behandlung durch Rückgang der Rehospitalisierung, günstigere Abstinenzprognose und eine damit einhergehende Kosteneffizienz konnten Holzbach et al. bei Gegenüberstellung der Kosten innerhalb des ausgewerteten 90-Tage-Fenster vor und nach einer Erstverordnung mit Anticraving-Mitteln untersuchen. Bei angenommener Wirksamkeit der Behandlung gemäß der Literaturlage zeigte

sich in einer Szenariorechnung ein Einsparpotential für die Krankenkasse von 921 500 bis 6.6 Millionen Euro.

Warum werden Anticraving-Mittel so selten genutzt?

Die Datenlage ist, trotz sich zum Teil widersprechender Studien, in der Summe aller Studien eindeutig – die medikamentöse Rückfallprophylaxe würde vielen Betroffenen und ihren Angehörigen Rückfälle ersparen und damit psychisches Leid, körperliche Folgeschäden und soziale Probleme verhindern und auch ökonomisch Sinn machen, da für die Versicherungsgemeinschaft Kosten eingespart werden könnten. Trotzdem fordern Betroffene die Hilfen nicht ein, setzen Fachleute diese Mittel nicht regelhaft ein. Auch Kliniken, die Anticraving-Medikamente offensiv anbieten, kommen nur auf einen Anteil an Entlassungen mit entsprechenden Mitteln zwischen 25 und 40 Prozent (eigene Erfahrung, persönliche Mitteilungen). Dafür gibt es vier Hauptgründe:

- 1) Studien sind nicht bekannt bzw. kein Vertrauen in die Studien,
- 2) kein biologisches Krankheitsverständnis,
- 3) keine sichtbare Wirksamkeit,
- 4) Einsatz als Ultima Ratio.

Studien sind nicht bekannt bzw. kein Vertrauen in die Studien

Pharmakologische Studien werden in der Regel in (englischsprachigen) Zeitschriften mit einem hohen Impact-Faktor publiziert und finden damit keine sichere Verbreitung bzw. nur mit erheblicher Verzögerung bei der Mehrzahl der im Suchtbereich Arbeitenden, die sich nicht mit der internationalen Fachliteratur auseinandersetzen. Dementsprechend werden die Arbeiten nicht im Original gelesen, sich mit den Ergebnissen nicht ausführlich auseinandergesetzt. Bei dem traditionell Pharma-kritischen Suchthilfesystem (siehe Einleitung) werden Forschungsergebnisse, die nicht zu dem bisherigen Krankheitsverständnis passen (s.u.), als Auftragsforschung für die Pharmaindustrie als interessensgeleitet in Zweifel gezogen und abgewertet.

Kein biologisches Krankheitsverständnis

Hier liegt sicherlich der Hauptgrund für den geringen Einsatz von Medikamenten im Rück-

fallschutz bei Alkoholabhängigkeit. In der Regel wird die Alkoholabhängigkeit wie die anderen psychischen Erkrankungen als eine bio-psycho-soziale Erkrankung verstanden. Das „bio“ dabei wird als Synonym für die genetische Komponente in der Entstehung der Erkrankung verstanden. Da dieser Faktor nicht beeinflussbar ist, treten die psychologischen und sozialen Faktoren in den Fokus der Therapieansätze. Bezeichnend für das „unbiologische“ Krankheitsverständnis sind auch die Verwendung der Begriffspaare „psychische versus körperliche Abhängigkeit“ und „motiviert versus unmotiviert“. In der Regel wird die „psychische Abhängigkeit“ so verstanden, dass es eine Frage der Motivation des Betroffenen sei, ob er weiter trinkt – oder eben nicht... Solche Begrifflichkeiten gibt es sonst nicht in der Psychiatrie – z. B. im Bereich der Depressionsbehandlung. Keiner in einer Klinik Tätige würde bei einem schwer Depressiven mit Antriebshemmung den häufig von Laien geäußerten Ansatz aufgreifen, „wenn er nur wollte, dann könnte er auch aufstehen...“ Würde man eine Straßenbefragung bei Passanten machen, würde sicherlich die Mehrzahl sagen, dass es sich bei der Alkoholabhängigkeit um eine Krankheit handelt, der Behandlungserfolg aber vom Willen des Betroffenen abhängt – „Wenn er nicht motiviert ist, wird er nicht gesund“. Würden wir einem Schizophrenen sagen, wenn er nur wolle, dann würden er auch keine Stimmen mehr hören, einem Depressiven, wenn er ausreichend motiviert sei, dann wäre auch seine Stimmung besser ...?

Alkoholabhängigkeit ist keine Krankheit, die sich im „luftleeren Raum über dem Kopf abspielt“, sondern führt zu neuro-biologischen Veränderungen im Gehirn, analog zu Erkrankungen wie Depression oder Schizophrenie. Krank ist das, was Gesunde vielleicht verstehen, aber nicht nachempfinden, nicht in letzter Konsequenz gedanklich nachvollziehen können, also beim Schizophrenen Wahn und Halluzination, beim Depressiven Antriebshemmung, negatives Denken, fehlende emotionale Auslenkbarkeit. Was ist das Entsprechende bei der Sucht? Es sind die eingeschränkte Steuerungsfähigkeit über Beginn, Menge und Ende des Konsums, die Ambivalenz bezüglich Fortführung oder Beendigung des Konsums in Verbindung mit der unrealistischen Selbsteinschätzung über Steuerungsfähigkeit und tatsächliche Konsummenge (fehlende Krankheits-einsicht) und das Craving/den Suchtdruck. Diese Symptome unterliegen nicht der freien Willenssteuerung. Genauso wie eine depressive Antriebshemmung zwar bis zu einem gewissen Maß durch äußere Rahmenbedingun-

gen modifiziert werden kann, ist dies auch bei den alkoholbezogenen Symptomen möglich. Letztlich unterliegt es dem Willen, wie viel Hilfe akzeptiert wird, um die Symptome zu begrenzen. Der Wille/die Bereitschaft, Hilfe zu akzeptieren, kann durch äußere Faktoren (z. B. drohende Trennung des Partners, Treffen mit „Saufkumpeln“) modifiziert werden, nicht jedoch die Symptome selber. Diese Symptome sind Folge von neurobiologischen Veränderungen, die bis jetzt noch nicht richtig verstanden werden. Die Beteiligung verschiedener Botenstoffsysteme ist belegt (z. B. GABA, Dopamin, Endorphine), sodass hieraus sich erste pharmakologische Interventionen haben ableiten lassen. Entsprechend dem unvollständigen Wissen über diese Gehirnveränderungen sind die pharmakologischen Möglichkeiten auch noch eingeschränkt.

Die körperliche Abhängigkeit ist über Entzugerscheinungen definiert. Entzugerscheinungen bei stoffgebundenen Suchterkrankungen sind letztlich ein Ausdruck der Anpassung des Körpers an mehr oder weniger (un-)erwünschte (Neben-)Wirkungen der Substanz. Alkohol senkt z. B. den Blutdruck und macht müde. Je regelmäßiger und mehr getrunken wird, umso besser ist der Körper in der Lage diese Effekte durch gegenregulatorische Maßnahmen auszugleichen. Fällt die Alkoholwirkung weg, so überwiegt diese Gegenregulation und Betroffene entwickeln erhöhte Blutdrücke, Unruhe und Schlafstörungen. Körperliche Entzugerscheinungen treten erst im Verlauf einer Abhängigkeit auf und sind kein obligates Suchtkriterium (andersherum kann aber gesagt werden, dass wenn körperliche Entzugerscheinungen auftreten, sicherlich schon eine Abhängigkeit besteht). Von einer psychischen oder körperlichen Abhängigkeit zu sprechen ist deshalb irreführend und somit nicht sinnvoll. Besser wäre es dann von einer schweren oder fortgeschrittenen Abhängigkeitsentwicklung zu sprechen, bei der körperliche Entzugssymptome bestehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Suchterkrankungen entstehen wie andere psychische Erkrankungen aus einer Mischung von biologischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren. Wenn eine Abhängigkeit sich ausgebildet hat, dann bestehen neuro-biologische Veränderungen im Gehirn, die eine freie Willensbildung zunehmend einschränken. Dies lässt sich bis zu einem gewissen Grad durch äußere Faktoren (z. B. abstinentes Umfeld), veränderte Verhaltens- und Denkweisen (durch z. B. Suchttherapie oder Besuch einer Selbsthilfegruppe) und medikamentös beeinflussen.

Genauso, wie man Depressiven bei leichter Ausprägung der Erkrankung die Wahl zwischen den Behandlungsmethoden medikamentös oder psychotherapeutisch offen lässt, aber ab einer mittleren Schwere immer zu einer Kombination der Verfahren rät, so sollte dies auch bei der Alkoholabhängigkeit zum Standard werden.

Keine sichtbare Wirksamkeit

Wenn ein neues Medikament auf den Markt kommt, muss jeder Arzt seine eigenen Erfahrungen bei der Anwendung des Präparates machen. In die Beurteilung fließen beobachtbare Wirksamkeit, subjektives Wirkgefühl des Patienten und unerwünschte Wirkungen ein. Bei Anticraving-Mitteln fehlt ein Gradmesser zur Beurteilung der Wirksamkeit, weil das Ausmaß an Suchtdruck von vielen Faktoren beeinflusst wird, sodass Betroffene nicht beurteilen können, ob sie in einer bestimmten Situation weniger Suchtdruck hatten als ohne Medikation. Insofern können nur die Kriterien Abstinenz oder Rückfälligkeit zur Beurteilung herangezogen werden. Dies unterliegt natürlich einem Beobachtungs-Bias, weil Rückfälligkeit eher auffällt, als eine (verlängerte) Abstinenzzeit (die verlängerte Abstinenzzeit ist in Studien ein messbares und deshalb relevantes Kriterium).

Auch Betroffene müssen eine entsprechend hohe Erwartung an die Medikation haben, um ohne spürbaren Benefit täglich die Medikamente einzunehmen. Dies gilt insbesondere für Acamprosat, von dem drei Mal täglich zwei Tabletten genommen werden müssen.

Einsatz als Ultima Ratio

Die Studiendaten und klinische Beobachtung weisen darauf hin, dass die medikamentöse Behandlung in der Praxis meist erst dann erwogen wird, wenn alle psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen über längere Zeit nicht gegriffen haben oder vom Betroffenen nicht gewünscht werden. Aus diesem Grund ist die Prognose, wenn erst bei chronifizierten Erkrankung pharmakologisch interveniert wird, per se ungünstiger und die Behandlungserfolge werden seltener sein, was die Erfolgswahrscheinlichkeit der medikamentösen Therapie stark verzerrt. Generell werden eher Misserfolge als Erfolge registriert.

Conclusio

Es ist ein abgegriffener Allgemeinplatz – „So viele Wege in die Sucht hineinführen, so viele führen auch heraus...“ Wissenschaftlich bewiesen sind verschiedene psycho- und sozialtherapeutische Verfahren, aber auch der pharmakologische Ansatz. Das historisch bedingte Abstinenz-Paradigma hat lange Zeit für jede Form der psychotropen Medikation gegolten, sodass medikamentöse Entzugsbehandlungen und die Gabe von Psychopharmaka für psychische Grund- bzw. Begleitstörungen sich erst nach und nach durchgesetzt haben. Es wäre wünschenswert, wenn jenseits aller ideologisch geprägter Krankheitskonzepte ein zeitgemäßes Krankheitsverständnis die pharmakologische Behandlung der Alkoholabhängigkeit genauso selbstverständlich werden ließe wie die Antidepressiva-Gabe bei Depressionen. Es sei hier aber nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen – auch in Analogie zur Depressionsbehandlung –, dass es sich hier nicht um ein Entweder-Oder handeln sollte, sondern spätestens ab einer mittleren Schwere der Erkrankung eine Kombination aus unterschiedlichen nicht-medikamentösen Ansätzen plus Pharmakologie zum Einsatz kommen sollte.

Literatur

- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D., Cisler, R., Couper, D., Donovan, D. M. et al. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*, 295, 2003–2017.
- Bouza, C., Magro, A., Munoz, A. & Amate J. M. (2004). Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Addiction*, 99, 811–828.
- Chick, J., Howlett, H., Morgan, M. Y. & Ritson, B. (2000). United Kingdom Multicentre Acamprosate Study (UKMAS): a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. *Alcohol*, 35, 176–187.
- Diehl, A. & Mann, K. (2005). Früherkennung von Alkoholabhängigkeit. *Dtsch Arztebl*, 102, A-2244–A-2250.
- Ehrenreich, H., Jahn, H., Heubelbeck, K., Reinhold, J., Stawicki, S., Wagner, T. et al. (2002). ALITA – Neue Wege in der ambulanten Intensivbehandlung von Alkoholabhängigen. In K. Mann (Hrsg.), *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen* (S. 145–160). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Friedmann, P. D. (2013). Alcohol use in adults. *New England Journal of Medicine*, 368, 1655–1656.
- Fritze, J. (2014). Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2013. *Psychopharmakotherapie*, 21, 153–166.
- Gastpar, M., Bonnet, U., Böning, J., Mann, K., Schmidt, L. G., Soyka, M. et al. (2002). Lack of efficacy of naltrexone in the prevention of alcohol relapse. Results from a German multicenter study. *J Clin Psychopharmacol*, 22, 592–598.
- Holzbach, R., Stammen, G., Kirchhof, U. & Scherbaum, N. (2019). The prescription of anticraving medication and its economic consequences. *European Addiction Research*, 25: 224–228. doi:10.1159/000500521
- Jaroszy, J., Miernik, K., Wachal, M., Walczak, J. & Kruppl, G. (2013). Naltrexone (50 mg) plus psychotherapy in alcohol-dependent patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39, 144–160.
- Kiefer, F., Jahn, H., Tarnaske, T., Helwig, H., Brien, P., Holzbach, R. et al. (2003). Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 92–99.
- Kiefer, F. & Mann, K. (2010). Acamprosate: how, where and for whom does it work? Mechanism of action, treatment targets, and individualized therapy. *Current Pharmaceutical Design*, 16, 2098–2102.
- Kranzler, H. R., Montejano, L. B., Stephenson, J. J., Wang, S. & Gastfriend, D. R. (2010). Effects of Naltrexone treatment for alcohol-related disorders on healthcare costs in an insured population. *Alcohol Clin Exp Res*, 34, 1090–1097.
- Lohse M. J. & Müller-Oerlinghausen, B. (2016). Psychopharmaka. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2016. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare* (S. 663–690). Berlin: Springer.
- Mann, K. (2005). Aktuelle Ansätze in der Therapie von Alkoholabhängigen. In R. Tölle & E. Doppelfeld (Hrsg.), *Alkoholismus. Erkennen und Behandeln* (S. 169–188). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Mann, K., Loeber, S., Croissant, B. & Kiefer, F. (2006). *Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Ein Manual zur Pharmako- und Psychotherapie*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Mann, K. & Hermann, D. (2010). Individualised treatment in alcohol-dependent patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 260, 116–120.
- Mann, K., Batra, A., Hoch, E. & Leitliniengruppe (2017). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. *Sucht*, 63, 7–23.

- Miller, P. M., Book, S. W. & Stewart, S. H. (2011). Medical treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Int J Psychiatry Med*, 42 (3), 227–266.
- Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1993). Global mortality, disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1436–1442.
- Pape, E., Herdener, M., Rösner, S., Grosshans, M. & Mutschler, J. (2013). Aktueller Stand der pharmakologischen Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit. *Suchttherapie*, 14, 170–177.
- Rehm, J., Rehm, M., Shield, K. D., Gmel, G., Frick, U. & Mann, K. (2014). Reduzierung alkoholbedingter Mortalität durch Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Sucht*, 60, 93–105.
- Rösner, S., Leucht, S., Leher, P. & Soyka, M. (2008). Acamprosate supports abstinence, Naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *Journal of Psychopharmacol*, 22, 11–23.
- Rösner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Leher, P., Vecchi, S. & Soyka, M. (2010a). Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD004332.
- Rösner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Vecchi, S., Srisurapanont, M. & Soyka, M. (2010b). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, CD001867.
- Rubio, G., Jimenez-Arriero, M. A., Ponce, G. & Palomo, T. (2001). Naltrexone versus Acamprosate: One year follow-up of alcohol dependence treatment. *Alcohol & Alcoholism*, 36, 419–425.
- Sass, H., Soyka, M., Mann, K. & Zieglansberger, W. (1996). Relapse prevention by acamprosate. Results from a placebo-controlled study on alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 673–680.
- Schaufler, J., Telschow, C. & Weiss, J. (2016). Ergänzende statistische Übersicht. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2016. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare* (S. 785–821). Berlin: Springer.
- Schelchase, T. (2015). Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2015. In J. Klauber, M. Geraedts & F. J. F. Wasem (Hrsg.), *Krankenhausreport 2018* (S. 377–406). Stuttgart: Schattauer.
- Smolka, M. N., Kiefer, F. & Mann, K. (2003). Fortschritte in der Behandlung von Alkoholabhängigen: die medikamentöse Rückfallprophylaxe. *MMW*, 3, 65–69.
- Spanagel, R. & Vengeliene, V. (2013). New pharmacological treatment strategies for relapse prevention. *Curr Topics Behav Neurosci*, 13, 583–609.
- Verheul, R., van den Brink, W. & Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol & Alcoholism*, 34, 197–222.



Dr. Rüdiger Holzbach

Klinikum Hochsauerland

Springufer 7

D-59755 Arnsberg

auch tätig im Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung, Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf

Martinstraße 52

D-20246 Hamburg

r.holzbach@klinikum-hochsauerland.de



Dr. Gunnar Stammen

Inhaber einer Beratergesellschaft mit dem
Schwerpunkt Gesundheit- und Sozialwesen

Sanddornring 8

D-59597 Erwitte

gs-consulting@magenta.de

SONJA BACHMAYER
(IKARUS711@HOTMAIL.COM)

AUSGANGSBESCHRÄNKUNG - COVID-19

EINE TÄGLICHE FOTOGRAFISCHE DOKUMENTATION AUS DEM FENSTER



TAG 1



TAG 2



TAG 3



TAG 4



TAG 5



TAG 6



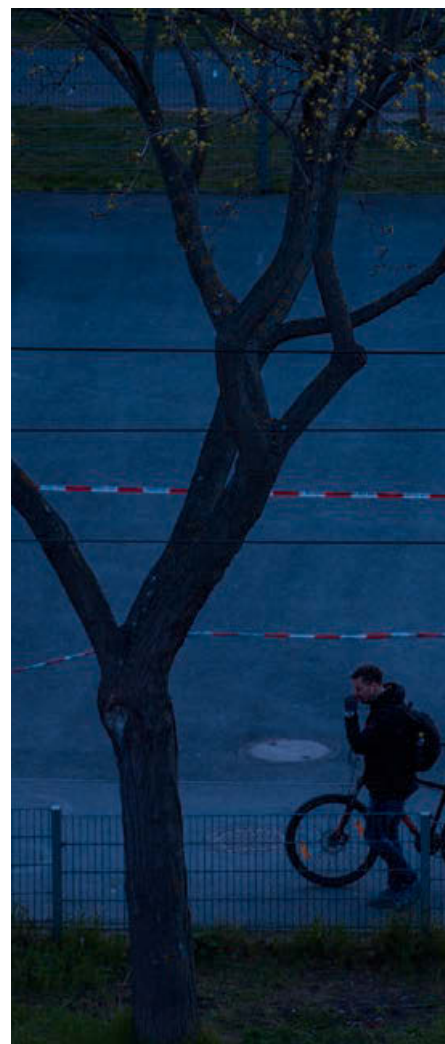
TAG 7



TAG 8



TAG 9



TAG 10



TAG 11



TAG 12



TAG 13



TAG 14



TAG 15



TAG 16



TAG 17



TAG 18



TAG 19



TAG 20



TAG 21



TAG 22

Die Entwicklung der Behandlung Alkoholabhängiger in Österreich nach dem Zweiten Weltkrieg – von der Trinkerheilstätte zur integrierten Versorgung

Markus Hojnik

Zusammenfassung

Die Behandlung von „Trinkern“ hat eine lange Tradition in Österreich. Bereits in der Zwischenkriegszeit gab es „Trinkerheilstätten“ und „Abstinenzbünde“, die sich der Unterstützung von alkoholabhängigen Menschen verschrieben. Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs änderten sich die Behandlungslandschaft und die Behandlungspraxis von Alkoholabhängigen sehr rasch. Während die Behandlung von Alkoholabhängigen früher oft die Zwangseinweisung zum Entzug in eine Psychiatrie in Verbindung mit einer „moralischen Therapie“, bei der die persönliche Verfehlung der Selbstkontrolle im Zentrum stand, bedeutete, sah die moderne Behandlung ein anderes Konzept vor. Basierend auf Freiwilligkeit, entkoppelt von Psychiatrien, unterstützt durch Medikamente und ein therapeutisches Konzept, das die Abhängigkeiten nicht als moralische Verfehlung, sondern als Symptom einer Grunderkrankung verstand, begann ein neues Verständnis von Sucht seine Wurzeln zu schlagen. Mit dem seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmenden Ausbau der Behandlung und der Integration von sozialen Umfeld-Maßnahmen als Teil des Therapiekonzepts – unabhängig davon, ob die Abhängigkeit von legalen oder illegalen Substanzen oder Verhaltensweisen herrührt – ist in Österreich eine stark fragmentierte Landschaft entstanden, in der Versorgungsstrukturen und Prozesse nur bedingt aufeinander abgestimmt waren. Hier hatte vor allem der urbane Bereich aufgrund der natürlich gegebenen Nähe von Einrichtungen und Angeboten zueinander andere Herausforderungen zu bewältigen als der ländliche Raum. Mit dem Start des Projekts „Alkohol 2020“, das später in „Alkohol. Leben können“ umbenannt wurde, wurde von Wien ausgehend ein Versuch gestartet, das, was über Jahrzehnte gewachsen war, einer Modernisierung zuzuführen und die Angebote im Bereich der Versorgung alkoholabhängiger Menschen stärker miteinander zu verbinden sowie ressourcenorientierter zu gestalten. Dieser Artikel stellt einen Abriss der Entwicklung der Behandlung alkoholabhängiger Menschen in Österreich nach dem Zweiten Weltkrieg bis zur Gegenwart dar und setzt sich abschließend mit den Herausforderungen des integrierten Versorgungsansatzes in der Alkoholbehandlung in Österreich auseinander.

Schlüsselwörter: Alkoholbehandlung, integrierte Versorgung, Entwicklung der Alkoholbehandlung, Trinkerheilstätten, therapeutisches Konzept

Abstract

The treatment of alcohol-dependent people has a long tradition in Austria. Beginning after World War I there were so called „Trinkerheilstätten“ (drinking healing hospitals) and „Abstinenzbünde“ (abstinence societies) that were committed to supporting alcohol-dependent people. After the end of World War II, the treatment of alcohol addicts changed very quickly. While the treatment of alcohol addicts often used to be compulsory treatment in psychiatric wards combined with a sort of a „moral therapy“, which focused on self-control, modern treatment instead provided a different concept. A new understanding of addiction based on voluntariness, decoupled from psychiatric institutions, supported by medication and a therapeutic concept that understood the dependencies not as a moral failure but as a symptom of an underlying disease. With the development of treatment concepts and the integration of actions to improve the social environment as part of the therapy concept since the 1970s in Austria a highly fragmented landscape emerged in which supply structures and processes were only partially coordinated. The urban area had to face different challenges than the rural

area due to the natural proximity of treatment facilities. With the start of the “Alcohol 2020” project, which later became “Alkohol. Leben können”, an attempt was started in Vienna to develop a focused approach in alcohol-treatment which is based on the integrated care approach. This article presents an outline of the development of the treatment of alcohol-dependent people in Austria after the Second World War to the present and finally deals with the challenges of the integrated care approach in alcohol treatment in Austria.

Keywords: alcohol treatment, integrated care, development of alcohol treatment, alcohol rehab institutions, therapeutic concept

Einleitung

Dass der chronische Alkoholmissbrauch, d. h. der Konsum großer Mengen Alkohol über einen längeren Zeitraum hinweg („problematischer Alkoholkonsum“), bzw. eine Alkoholabhängigkeit zu ernsten gesundheitlichen und sozialen Problemen führen kann, ist allgemein bekannt. Derzeit liegt die Prävalenz von Alkoholikern und Alkoholikerinnen in Österreich bei rund fünf Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren. Dazu kommen noch rund weitere zehn Prozent mit problematischem Alkoholkonsum. In Zahlen ausgedrückt sind das ungefähr 365 000 Personen mit einer Alkoholabhängigkeit und ca. 657 000 weitere Personen, die in einem schädlichen Ausmaß Alkohol konsumieren. Jährlich erkranken geschätzt 11 000 Menschen neu an einer Alkoholabhängigkeit (Bachmayer et al., 2018). Seriöse Schätzungen bezüglich der Anzahl der Personen, die jährlich erstmalig problematischen Alkoholkonsum entwickeln, gibt es nicht.

Diesem offenkundigen Bedarf stehen österreichweit derzeit 186 ambulante und 50 stationäre Einrichtung mit Angeboten zur Behandlung von Alkoholproblemen und Alkoholabhängigkeit gegenüber.¹ Wenn man bedenkt, dass alleine die Behandlung von alkoholabhängigen Menschen (= Entzug und Entwöhnung) bis zu zwei Jahre in Anspruch nehmen kann² (Mechtcheriakov et al., 2017) und dazu in vielen Fällen auch Psychotherapie und psychosoziale Unterstützung notwendig sind, wird offensichtlich, dass die Versorgung alkoholabhängiger Menschen und jener, die gefährdet sind, eine Abhängigkeit zu entwickeln, eine besondere Herausforderung für das Versorgungssystem darstellt.

Entwicklung der Alkoholbehandlung in Österreich³

Der Aufbau eines spezialisierten Behandlungssystems für Alkoholranke begann nach dem Ersten Weltkrieg und war zunächst in öffentlichen psychiatrischen Krankenanstalten integriert. Später, 1922, wurde die erste Trinkerheilstätte als eigenständige Abteilung der Irrenanstalt „Am Steinhof“ gegründet und war für die Behandlung von freiwilligen und zwangsaufgenommenen Patientinnen und Patienten vorgesehen. Die Trinkerheilstätte musste ihre Arbeit im Jahr 1939 einstellen, so wie auch fast alle ambulanten Beratungsstellen, die es damals schon gab. Einer der größten ambulanten Einrichtungen, die Caritas, betreute Trinkerinnen und Trinker nur mehr heimlich in allgemeinen Fürsorgestellen. Grund dafür war die Aktion „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, die – in Verbindung mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933 zur Unfruchtbarmachung vermeintlicher Erbkranker und Alkoholiker/-innen – es für die Klientinnen und Klienten zu gefährlich machte, als Trinker/-in identifiziert zu werden (Schmuhl, 1992). Die dunkelsten Stunden der Geschichte machten auch bei den Alkoholikerinnen und Alkoholikern keine Ausnahme. Arbeitshäuser und Konzentrationslager wurden auch für die „Bewältigung“ des Alkoholproblems herangezogen (Eisenbach-Stangl, 1986).

Nach dem Zusammenbruch des Dritten Reichs – und nachdem bereits im Juli 1945 der kommunistische Staatssekretär die Voraussetzungen dafür geschaffen hatte – nahmen sehr schnell Abstinenzverbände, wie z. B. der Arbeiter-Abstinentenbund, ihre Arbeit auf und versuchten Betreuungsstellen für Alkoholiker/-innen aufzubauen. Der Mangel an finanziellen Ressourcen und geeignetem Personal, konkret an Ärztinnen und Ärzten sowie Psychiaterin-

³ Die Entwicklungsgeschichte wurde nach der Methode der „Oral History“ in Gesprächen mit Dr. Ewald Höld aufbereitet. Dr. Höld ist Psychiater und Psychotherapeut und war bis Oktober 2019 als Medizinische Leitung des Ambulatoriums (vormals Institut für Suchtdiagnostik) der Sucht- und Drogenkoordination Wien tätig. Dr. Höld war an den hier im Artikel beschriebenen Entwicklungen ab den frühen 1970er Jahren beteiligt.

¹ Vgl. www.suchthilfekompass.goeg.at

² Die durchschnittliche Behandlungsdauer in stationären beträgt Einrichtungen sechs bis acht Wochen.

nen und Psychiater – die waren zu der Zeit mit dem Wiederaufbau des allgemeinen Gesundheitssystems beschäftigt – führte dazu, dass die Verbände, mit der Ausnahme der Caritas, bald wieder ihre Arbeit einstellten (Eisenbach-Stangl, 1986).

Erst mit der Übernahme der Leitung der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik der Universität Wien durch Hans Hoff bekam die Forderung nach der Wiedererrichtung einer Trinkerheilstätte neuen Anschub und mündete 1954 in der Gründung des „Vereins Trinkerheilstätte“. Der Verein hatte das Ziel, eine Einrichtung zu schaffen, in der sich Trinker/-innen freiwillig einer Entwöhnung unterziehen konnten. 1956 wurde der Verein aufgelöst und unter dem Vorsitz des Sozialministers Anton Proksch als „Kuratorium Stiftung Genesungsheim“ neu konstituiert. 1957 gründete das Kuratorium das „Genesungsheim Kalksburg“. 1961 wurde die „Offene Anstalt für Alkoholkrankte“ unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Kryspin-Exner eröffnet, allerdings vorerst nur für Männer – Frauen wurden erst 1968 aufgenommen (Eisenbach-Stangl, 1986)⁴. Das Behandlungskonzept war für seine Zeit revolutionär und bestand im Wesentlichen aus drei Komponenten:

- 1) freiwillige Aufnahme von Behandlungswilligen,
- 2) Behandlung innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft und
- 3) ambulante Nachbehandlung.

Damit einhergehend hatten sich auch die Behandlungsmethoden diversifiziert und technisiert und stärker von der behandelnden Person abgelöst. Statt dem abstinenten Vorbild der Behandlerinnen bzw. Behandler gab es nun auch Medikamente und Psychotherapie. Die wichtigsten Behandlungsmethoden waren pädagogisch ausgerichtete „Gruppen-Psychotherapien“ unter ärztlicher Leitung, medikamentöse Therapie der psychischen Grundstörung sowie der sekundären Trinkprobleme, sowie das „therapeutische Milieu“ der Anstalt selbst; d. h. die Übernahme von verantwortungsvoller Arbeit durch die Patienten, was diesen eine gewisse Entscheidungsmacht über die Geschehnisse in der Anstalt verlieh (Eisenbach-Stangl, 1986). Die Aufenthaltsdauer war mit sechs bis acht Wochen relativ kurz. Die Nachbehandlung war bei den Patienten nicht sonderlich beliebt. Sie umfasste damals primäre medizinische Interventionen, wie die Verabreichung von Vita-

min-B-Injektionen und die Kontrolle, ob der Patient rückfällig geworden ist. Die Möglichkeit, Unterstützung durch Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Arbeitsmarktservices zur Arbeitsintegration in Anspruch zu nehmen, war bereits während des stationären Aufenthalts möglich. Die Nutzung dieses Angebots fand auf rein freiwilliger Basis statt und war nicht Teil des eigentlichen Behandlungskonzepts. Dabei wurde dieser Service von den Patienten nicht sehr oft in Anspruch genommen. Mit den hier grob umrissenen Maßnahmen zur Behandlung alkoholkranker Menschen kehrte man dem in der Zwischenkriegszeit vorherrschenden Bild von der Trunksucht als „moralische Verfehlung“, die nur durch Erziehung zu einem alkoholfreien Leben erfolgsversprechend gelöst werden kann, den Rücken zu und ging dazu über, die „Trunksucht“ als Symptom zu verstehen, der eine Grundkrankheit zugrunde liegt (Hoff, 1956). Damit stand nicht nur mehr das Trinken als behandlungswürdiges Problem im Fokus, sondern es wurde die gesamte Person erfasst und einer Behandlung zugeführt (Eisenbach-Stangl, 1986).

Bis zum Ende der 60er- bzw. Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts wurde – einerseits durch Veränderungen in den Behandlungspraktiken, andererseits durch die Schaffung von spezialisierten Einrichtungen – ein für die damaligen Verhältnisse revolutionärer Status quo in der Alkoholbehandlung in Österreich geschaffen. Während diese neuen Strukturen zur Behandlung des problematischen und pathologischen Alkoholkonsums ihre Arbeit aufnahmen und sich in der Behandlungslandschaft etablierten, richtet sich die öffentliche Aufmerksamkeit verstärkt auf die Verbreitung des Konsums illegaler Substanzen. Die Politik geriet hier zunehmend unter Druck – angetrieben durch eine einseitige mediale Berichterstattung – sich der aufkommenden Drogenproblematik anzunehmen. Der Behandlung von Drogenabhängigen⁵ wurde neben der Strafverfolgung in dieser Zeit verstärkte Aufmerksamkeit zuteil. Für den Bereich der Alkoholbehandlung war dies eine wichtige Entwicklung, spielten doch die Erkenntnisse, die über die Behandlung von Drogenabhängigen gewonnen wurden, wenn auch nur indirekt, eine wesentliche Rolle für die zukünftige Entwicklung des Behandlungskonzepts für alkoholabhängige Menschen. Im folgenden Exkurs werden die wesentlichsten Aspekte bei der Behandlung Drogenabhängiger dargestellt,

⁴ Die hier geschilderten Entwicklungen und Einrichtungen stellen die Speerspitze der Alkoholbehandlung in Österreich dar. Der Gründung des Genesungsheim Kalksburg folgte die Gründung weiterer Einrichtungen in Österreich entweder als Sonderkrankenhäuser, als Abteilungen in psychiatrischen Fachkliniken oder organisatorisch integriert in Fachabteilungen für Psychiatrie. Siehe hierzu Uhl & Strizek (2018).

⁵ Der hier verwendete Begriff „Droge“ bezieht sich ausschließlich auf illegale Substanzen, wie sie in der aktuell gültigen Fassung des Suchtmittelgesetzes (SMG) geführt werden.

die einen Einfluss auf die Entwicklung der Alkoholbehandlung hatten.

Im Zeitalter des Wassermanns – Die Drogenarbeit⁶ als Vorreiter für neue Wege in Behandlung und Betreuung alkoholkranker Menschen

Die Behandlung von Drogenabhängigen in den 1970er bzw. frühen 1980er Jahren bedeutete in ihren Grundzügen die stationäre Aufnahme der Patientin bzw. des Patienten, die Durchführung eines Entzugs und die therapeutische Begleitung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt. Einen Therapieplatz zu bekommen, war damals keine Selbstverständlichkeit, ebenso wenig wie diesen zu behalten. Jegliche Behandlung war ausschließlich abstinentenorientiert. Damit man einen der wenigen Plätze in ganz Österreich erhalten konnte, musste die oder der „Werberin oder Werber“ ihre/seine Motivation bei einer „Motivationsprüfung“ unter Beweis stellen. Dies sah z. B. vor, dass im Rahmen der Vorgespräche zur stationären Aufnahme die Personen nicht beeinträchtigt bei den Terminen erscheinen durften, was oftmals – abgesehen von der körperlichen Belastung, da die Werberinnen und Werber dadurch eigentlich bereits einen unbegleiteten Entzug begonnen hatten – für die Personen eine enorme Stressbelastung bedeutete. Die Idee dahinter war, dass damit offengelegt werden sollte, wie ernsthaft die Absichten der Person waren, die Therapie zu beginnen und auch zu Ende zu bringen. Das therapeutische Konzept orientierte sich an jenen Konzepten und Methoden, die von Deutschland kommend von in der Drogenarbeit aktiven Selbsthilfegruppen entwickelt und vertreten wurden. Im Wesentlichen vertraten diese Selbsthilfegruppen die Idee, dass bevor der Aufbau eines neuen, starken und „nicht-süchtigen Ichs“ erfolgen kann, das alte „süchtige Ich“ zerstört werden muss. Dieser Zugang hielt sich jedoch aufgrund der nachteiligen Auswirkungen auf den Therapieverlauf nur wenige Jahre in der Behandlungspraxis.

Bis Ende der 1970er Jahre waren die Konzepte, bei denen im Zentrum die Abstinenz stand, in der Behandlung von Drogenabhängigen sehr ähnlich jener, die bei Alkoholabhängigen angewandt wurden. Mit Ende der 1970er Jahre begann sich die Drogenarbeit allerdings zunehmend in eine andere Richtung weiter-

zuentwickeln. So setzten sich Konzeptw wie „mit der Droge leben“ – eine Aufweichung des Abstinenzkonzepts – und „Harm Reduction“ – zur Verbesserung der Lebensqualität und Steigerung der Überlebenschance der Konsumierenden – in der Drogenarbeit erheblich rascher durch als in der Alkoholbehandlung. Ebenso war im Sinne der gesellschaftlichen Wiedereingliederung eine stärkere Einbeziehung von sozialarbeiterischen Angeboten notwendig. Einen wesentlichen Beitrag dazu, dass der Drogenbereich für Entwicklungen interessanter wurde, leistet auch die Tatsache, dass das gesellschaftspolitische Ziel in der Drogenarbeit ein anderes war als bei der Behandlung von Alkoholabhängigen. In der Drogenpolitik war zu Beginn der Drogenwelle die Vorstellung präsent, dass der süchtige Gebrauch von illegalisierten Substanzen, der in Österreich nur ein paar Tausend Menschen betraf bzw. betrifft – weitaus weniger als die Alkoholsucht – sich als temporäres Gesellschaftsphänomen wieder beseitigen ließe und damit auch alle damit in Verbindung stehenden Probleme. Dazu bräuchte es nur entsprechende Investitionen in Strukturen und Personal für Behandlung und Repression. Dass diese Vorstellung von einem temporären, eliminierbaren Drogenproblem nicht der Realität entspricht, wurde in der Folge aber auch der Politik rasch klar.

Im Gegensatz zur Drogenbehandlung, für die in den 1970er und 1980er Jahren viele Strukturen etabliert wurden, blieb der Bereich der Alkoholtherapie inhaltlich, d. h. von seinen Behandlungskonzepten her relativ stabil. Entwicklungen betrafen hier überwiegend den Ausbau der bestehenden stationären und ambulanten Angebote. Es muss jedoch an dieser Stelle auf zwei Punkte explizit hingewiesen werden, damit nicht der Eindruck entsteht, dass die Behandlung Alkoholabhängiger und der Bereich der Drogentherapie je nach „tagesaktueller“ Popularität im Fokus von Politik, Ärzteschaft etc. stand. Daher:

- 1) In beiden Bereichen wurden die Kapazitäten der Einrichtungen stetig erweitert, um die Versorgungsleistung an den Bedarf anzupassen. Der steigende Bedarf kann als Hinweis dafür interpretiert werden, dass es im Behandlungsbereich eine Änderung der Sichtweise gab, was auch schwierigeren Klienten den Zugang zum Behandlungssystem ermöglichte.
- 2) Anfangs waren viele Alkoholiker älter und hatten ganz oder phasenweise gearbeitet, während die Drogenabhängigen eher jung waren und noch nie gearbeitet hatten. Weltbild und Grundhaltung dieser beiden Patientengruppen passten daher nicht zu-

⁶ Der Begriff „Drogenarbeit“ wird hier als Sammelbegriff verstanden, der die therapeutische Behandlung des süchtigen Gebrauchs illegaler Substanzen als auch die sozialarbeiterische Anbindung zur Wiedereingliederung zusammenfasst.

sammen. Sie lehnten sich gegenseitig ab und mussten in getrennten Einrichtungen behandelt werden. Im Lauf der Zeit wurden die Drogenabhängigen im Durchschnitt älter und Drogen wurden auch bei Alkoholkonsumenten zusehends populärer, weshalb die klare Einteilung in Drogen- und Alkoholklientel immer weniger Sinn ergab. Das führte dazu, dass die Trennung zwischen Alkoholikern und Drogenkonsumenten innerhalb der Einrichtungen zusehends aufgeweicht wurde, wodurch Alkoholtherapeuten die Abstinenz als das einzige legitime Therapieziel sahen, und Drogentherapeuten, für die „Harm Reduction“ und Substitution als „State-of-the-art“ galt, miteinander konfrontiert wurden und sich gegenseitig beeinflussten. Immer öfter wechselten auch im Suchtbereich tätigen Personen zwischen dem Alkohol- und dem Drogenbereich. Der Wissens- bzw. Praxistransfer zwischen den Bereichen führte dazu, dass auch im Alkoholbereich mehr und mehr vom kategorischen Abstinenzziel abgerückt wurde.

Der nächste Entwicklungsschritt im Alkoholtherapiebereich fand im Oktober 2014 statt, als in Wien das Pilotprojekt „Alkohol 2020“ (jetzt „Alkohol. Leben können“) zum Aufbau eines integrierten Versorgungssystems gestartet wurde.

Neue Wege – die integrierte Versorgung in der Alkoholbehandlung

In den letzten Jahrzehnten ist, wie im Gesundheitssystem allgemein, das Behandlungsangebot rasant um eine Vielzahl an Akteuren angewachsen, die in verschiedenen Teilbereichen Dienstleistungen anbieten. So sind niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Institute, Labore sowie der ambulante und stationäre Bereich in Krankenanstalten in einigen oder teilweise in allen Bereichen von der Prävention über die Diagnose bis zur Therapie und Rehabilitation tätig (Becka & Schauppenlehner, 2011). Dieses strukturelle (Über-)Angebot, das vor allem in Ballungszentren zu finden ist, hat selbstverständlich seine Vor- und Nachteile. Die Vorteile für die Patientin/den Patienten sind, dass sie/er individuell entscheiden kann, welche Leistung sie/er in Anspruch nimmt und bei welchem Anbieter. Sollte ein Anbieter nicht die gewünschte Leistung erbringen können, oder es gibt zu langen Wartezeiten, kann ein anderer Anbieter gesucht werden. Die Nachteile sind jedoch, dass die Patientin/der Patient sich bei der Auswahl und der Suche nach dem richti-

gen Anbieter um alles selbst kümmern muss. Für jede/n Patientin/Patienten bedeutet das, dass sie/er, wenn Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch genommen werden, eine Anzahl an „Nahtstellen“ und „Versorgungsübergängen“ bewältigt werden muss, die viele Patientinnen und Patienten erheblich überfordern können. Insbesondere stellen diese Übergänge eine Herausforderung für jene Personen dar, die an einer Erkrankung wie einer Sucht leiden. Neben den Erschwernissen für die Bewältigung des Alltags sind aufgrund der gesellschaftlichen Stellung einer/s Suchterkrankten die Interaktionen mit unterschiedlichen Personen im Versorgungssystem oftmals eine bedeutende Hürde. Ganz besonders bei Personen, die an einer Suchterkrankung leiden, liegen häufig nicht die besten psychischen und physischen Voraussetzungen vor, um immer wieder Diagnosegesprächen, Aufnahmeverfahren etc. im Versorgungssystem ausgesetzt zu sein. Genau an diesem Punkt setzt das Konzept der integrierten Versorgung an: die Übergänge zwischen unterschiedlichen Behandlungs- und Fachbereichen sollen optimiert und die Nahtstellen zwischen den Subbereichen ganzheitlich, effizient, effektiv und patientenorientiert gestaltet werden (Becka & Schauppenlehner, 2011). So können zwei zentrale Punkte erreicht werden. Einerseits ist es für die Patientin/den Patienten leichter in das Behandlungssystem eintreten, es zu durchlaufen und auch wieder zu verlassen. Andererseits kann durch den Abbau von strukturellen Schwachstellen in den Bereichen Finanzierung und Verwaltung, Nahtstellenmanagement, Vernetzung von Dienstleistern, einheitliche Dokumentation von Leistungen und Diagnosen sowie die Definition von Qualitätsstandards eine Optimierung des Ressourceneinsatzes erreicht werden, was eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems bewirkt (Eger, 2011; Hofmacher & Rack, 2006).

Das Konzept der integrierten Versorgung ist dabei nicht völlig neu. Bereits bevor das Projekt „Alkohol. Leben können“ ins Leben gerufen war, gab es eine Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen über Liaisondienste und Zuweisungen sowie Versuche, Behandlungskontinuität zwischen Vorbehandlung, Behandlung und Nachbehandlung sicherzustellen. Mit diesem Projekt, das eine zentrale Koordinationsstelle vorsieht, die zuweist und weitere Behandlungsschritte plant, ist sicherlich eine ganz neue Qualität entstanden.

Ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang zu erwähnen ist, ist die Einführung des „Stepped Care“-Modells für die Behandlung von Bluthochdruck in den späten 1970er

Jahren (Taylor, 1977; Sacket, 1979). Diese Idee stellt nun auch die Grundlage für die Etablierung eines integrierten Versorgungssystems im Bereich der Alkoholbehandlung dar. „Stepped Care“ bedeutet dabei nichts anderes, als dass nicht ein fix vorgegebener Behandlungsplan für jeden Patienten vorliegt, den jede Patientin/jeder Patient unabhängig von ihrer/seiner individuellen Disposition durchläuft, sondern dass Behandlungsmaßnahmen sequenziell erfolgen. Dabei wird zunächst, in Übereinkunft mit der Patientin/dem Patienten, eine Behandlungsintensität gewählt, die entsprechend der Problemlage die geringste Intensität vorsieht, um die individuellen Behandlungsziele zu erreichen. Basierend auf dem beobachteten Behandlungserfolg, wird in weiterer Folge die Behandlungsintensität bei Bedarf sukzessive angepasst, bis sich der gewünschte Erfolg einstellt (Meeuwissen, 2018). Über die Jahre hinweg wurde mittlerweile in mehreren Studien auch die Effektivität des „Stepped Care“-Ansatzes in den unterschiedlichsten Bereichen im Gesundheitswesen untersucht. So gibt es Studien in den Bereichen Diabetes mellitus, Essstörungen, Alkoholabhängigkeit und Tabakabhängigkeit (Ellis, 1984; Fairburn & Peveler, 1990; Sobell & Sobell, 1995; van den Brink, 1996; Hughes, 1996; Schippers, Schramade & Walburg, 2002). Auf dem Weg zur integrierten Versorgung ist der „Stepped Care“-Ansatz ein wichtiger Bestandteil, da er die Behandlung flexibel macht, wodurch unterschiedliche Versorgungsangebote bedarfsorientiert in die Behandlungskette integriert werden können.

Für den Suchtbereich hat 2008 das *Scottish Advisory Committee on Drug Misuse* in seinem Bericht integrierte Versorgung folgendermaßen beschrieben: „An approach that aims to combine and co-ordinate all the services required to meet the assessed needs of the individual“; für dessen Umsetzung sind drei Punkte zentral (SACDM, 2008):

- 1) *treatment, care and support to be person-centred, inclusive and holistic to address the wide-ranging needs of drug and alcohol users;*
- 2) *the service response to be needs-led and not limited by organisational or administrative practices;*
- 3) *collaborative working between agencies and service providers at each stage in the progress of the individual in treatment, from initial assessment onwards.*

Diesen Prinzipien folgend bedarf es also neben der Anpassung der Behandlungskonzepte zusätzlich auch einer Flexibilisierung und Koordination der Versorgungslandschaft und des Aufbaus eines Schnittstellenmanagements, das die Patientenseite entlastet und die Akteure im Gesundheitssystem nicht nur miteinander

lose verknüpft – letzteres war ja bereits ohne das integrierte Versorgungskonzept vorhanden. Entscheidend ist auch die Einführung von Standards, die gewährleisten sollen, dass jede/r Patient/-in den bestmögliche Service erhält.

Von der Theorie in die Praxis – Herausforderungen für die integrierte Versorgung im Alkoholbereich in Österreich

Da die Etablierung einer integrierten Versorgung eine umfassende Intervention in bestehende organisationale Prozesse bedeutet, gibt es selbstverständlich auch kritische Stimmen. Die Hauptargumente – hier ausschließlich für den Bereich der Behandlung Alkoholabhängiger – sind:

- 1) Die integrierte Versorgung bringt aufgrund der Standardisierung einen wenig flexiblen Behandlungsablauf mit sich, der die persönliche Entscheidungsfreiheit der Behandlerin/des Behandlers/Leistungsanbieters einschränkt, da diese/-r vordefinierte Behandlungselemente (Module) verwenden muss. So wird einer zunehmenden Ökonomisierung der Gesundheit Vorschub geleistet, die es ermöglicht, gezielt Einsparungen vorzunehmen.
- 2) Für Österreich eignet sich ein integriertes Versorgungssystem, bei dem es eine zentrale „Clearing-Stelle“ gibt, nur in Ballungsräumen, in denen eine geografische Nähe zwischen Leistungserbringern und Patientinnen/Patienten herrscht. Im Großteil Österreichs würde eine schwer zu erreichende zentrale Anlaufstelle ein starkes Hindernis für die Nutzung bedeuten. Mehrere Anlaufstellen zu schaffen, um eine entsprechende Flächenabdeckung zu erreichen, würde einen erheblichen zusätzlichen finanziellen Aufwand bedeuten.
- 3) Eine Integration von Angeboten und (Mindest-)Standards der Behandlung bedeutet mitunter eine Änderung der Dokumentationssysteme und der Praxis unterschiedlicher Einrichtungen, was für Einrichtungen mit einem funktionierenden bestehenden System eine erhebliche Herausforderung darstellt.

Da in Österreich integrierte Versorgung eine relativ neue Form der Versorgung darstellt, sind diese Kritikpunkte natürlich zu beachten. Diese weisen auf Aspekte hin, die geklärt werden müssen. Antworten auf diese Fragen können sinnvollerweise nur im Rahmen der praktischen Umsetzung und der kontinuierlichen Adaptierung der Konzepte und Strukturen an

die Bedürfnisse der Versorgungslandschaft und der Patientinnen und Patienten erarbeitet werden.

Fazit

Die Behandlung alkoholkranker Menschen ist in Österreich in der Mitte des Gesundheitssystems angekommen. Die Umsetzung eines integrierten Versorgungskonzeptes ist eine sinnvolle Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungssystems. Das Konzept bzw. die Grundidee der integrierten Versorgung ist zwar nicht neu, doch durch die Pluralisierung der Versorgungslandschaft ist die systematische Verzahnung von Diagnose, Therapie und begleitenden Maßnahmen mit dem Ziel einer doppelten Optimierung notwendiger denn je. Einerseits kann damit die Optimierung der Prozesse auf Patientenseite und andererseits die Optimierung des zielorientierten Ressourceneinsatzes erreicht werden. Mit dem zunehmenden Ausbau der integrierten Versorgung als neuem Standard in der Versorgung alkoholabhängiger Menschen bedarf es neben einer weitreichenden Veränderung von Strukturen und Versorgungspraktiken auch entsprechender Instrumente für die Dokumentation und Evaluation der Abläufe, um diese rasch und effizient optimieren und auf Veränderungen im Bedarf der Patientinnen und Patienten anpassen zu können.

Literatur

- Bachmayer, S., Strizek, J. & Uhl, A. (2019). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2018. Projekt-Report*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Becka, S. & Schauppenlehner, M. (2011). *Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen*. Wien: Soziale Sicherheit.
- Eger, K. (2011). *Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen. Status Quo und Ausblick*. St. Pölten: Niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft.
- Eisenbach-Stangl, I. (1986). Von der Trunksucht zur Alkoholkrankheit zur Geschichte der medizinisch-psychiatrischen Behandlung von Alkoholproblemen in Österreich. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 9 (4), 3–18.
- Ellis, G. J. (1984). Stepped care for diabetes mellitus. *North Carolina Medical Journal*, 45 (6), 383–391.
- Fairburn, C. G. & Peveler, R. C. (1990). Bulimia nervosa and a stepped care approach to management. *Gut*, 31 (11), 1220–1222.
- Hofmacher, M. M. & Rack, H. M. (2006). *Gesundheitssystem im Wandel. Österreich*. WHO-Regionalbüro für Europa. Kopenhagen: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hoff, H. (1956). *Lehrbuch der Psychiatrie (Bd. 1)*. Basel: Schwabe & Co.
- Hughes, J. R. (1996). The future of smoking cessation therapy in the United States. *Addiction*, 91 (12), 1797–1802.
- Mechtcheriakov, S., Brunner, L. & Uhl, A. (2017). *Alkohol „Zwischen Genuss und Gefahr“*. *Gesund werden. Gesund bleiben* (Bd. 8). Wien: Hauptverband der Sozialversicherungsträger.
- Meeuwissen, J. A. C. (2018). *The case for stepped care – Exploring the applicability and cost-utility of stepped-care strategies in the management of depression*. Amsterdam: VU University.
- SACDM (2008). *Psychostimulant project group report*. Scottish Advisory Committee on Drug Misuse. <https://www2.gov.scot/Resource/Doc/224872/0060847.pdf> – 18.06.2020.
- Schmuhl, H. W. (1992). *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890–1945* (2. Aufl.). Göttingen: V & R.
- Schippers, G. M., Schramade, M. & Walburg, J. A. (2002). Reforming Dutch substance abuse treatment services. *Addictive Behaviors*, 27, 995–1007.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149–1153.
- Uhl, A. & Strizek, J. (2018). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Van den Brink, W. (1996). Effective interventies bij alcoholproblemen. In P. J. Geerlings, W. Van den Brink & G. M. Schippers (Red.), *Behandelstrategieën bij alcoholproblemen*. Houten, NL: Bohn Stafleu van Loghum.



Mag. Markus Hojni

Soziologe, Kommunikationswissenschaftler und Publizist
Kompetenzzentrum Sucht bei der Gesundheit Österreich GmbH, MA 24 – strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien
markus.hojni@gmail.com

Alte und sehr alte Säuer*innen

Irmgard Vogt

Zusammenfassung

Im deutschsprachigen Raum dominieren in den Diskussionen um den demographischen Wandel und die zunehmenden Zahlen von Menschen, die 60 Jahre und älter sind, negative Altersbilder. Dazu passt die Vorstellung, dass viele alte und sehr alte Menschen Alkoholisches konsumieren und daher auch immer häufiger alkoholabhängig werden. Umfrageergebnisse stützen diese Sicht nicht; vielmehr nimmt der Alkoholkonsum systematisch mit dem Alter ab. Jedoch gibt es auch eine relativ kleine Gruppe von Menschen, die erst mit dem Ruhestand Alkoholprobleme entwickeln. Qualitative Studien weisen darauf hin, dass manche Menschen mit dem Bedeutungsverlust, der mit dem Ruhestand einhergeht, nicht gut zurechtkommen; sie versuchen, die Leere mit Alkohol zu füllen. Dieses Verhalten wird von der Allgemeinheit wie von Experten kritisiert. Man erwartet vielmehr von alten und sehr alten Menschen, dass sie sich vernünftig verhalten und keinen Alkohol trinken oder zumindest nicht alkoholabhängig werden. In diesem Kontext stellen sich Fragen danach, ob ältere und sehr alte Menschen das Freiheitsrecht haben, sich selbst zu schaden oder nicht.

Schlüsselwörter: Altern, Ruhestand, Alkoholprobleme, Bedeutungsverlust, Freiheitsrechte

Abstract

In German speaking countries negative stereotypes dominate when discussing demographic changes and the fact that the number of people who are 60 and older increases steadily. It also holds for the notion of old and very old people drinking alcohol and therefore develop alcohol dependency. However, results of surveys show repeatedly that overall alcohol consumption decreases with age. Still, there is a rather small group of elderly people who indeed develop alcohol problems in the years after retirement. Qualitative studies indicate that some people in retirement feel meaningless; they try to fill the void with alcohol. The public as well as experts criticize such a behaviour; they argue that old and very old people should behave sensible and abstain or at least avoid alcohol dependency. In this context the discussion pops up if old and very old people have the liberty to harm themselves or not.

Keywords: aging, retirement, alcohol problems, meaninglessness, liberty

1 Einleitung

Mit dem Altern ist das so eine Sache: alle wollen alt werden, aber niemand will alt sein oder genauer: niemand will als „Alter“ oder „Alte“ wahrgenommen werden. Das liegt nicht zuletzt an den gängigen Altersbildern, die u. a. über die Medien transportiert werden. Gewiss sind die Altersbilder weder eindimensional noch eindeutig, sondern vielfältig. Darüber informiert ausführlich der sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2010, der sich dem Thema der Altersbilder in der Gesellschaft widmet. Sieht man ab von den vielen Möglichkeiten, Alter und Alte zu sehen, und beschränkt

man sich auf stereotype Sichtweisen, dann hat man es mit zwei sehr gegensätzlichen Bildern zu tun: einem negativen und einem positiven. Negative Altersbilder kreisen um die gesundheitlichen Beschwerden älterer und alter Menschen und um ihre psychische Verfasstheit. Danach sind alte Menschen gebrechlich und krank, sie sind hilfebedürftig und sehr oft einsam. Sie können zudem rechthaberisch und sogar herrschsüchtig sein, gelegentlich auch feindlich und hinterhältig. In ihren Ansichten sind sie meist starr und nicht in der Lage oder willens, sich mit neuen Entwicklungen und aktuellen gesellschaftlichen Problemen wie z. B. der Klimakatastrophe auseinanderzusetzen.

Selbstverständlich gibt es auch positive Altersbilder: „Beispiele für positive Altersbilder ist der Typus der „perfekten Großeltern“, die als familienorientiert, fürsorglich, unterstützend und vertrauenswürdig eingeschätzt werden, sowie der Typus der Golden Agers, die als zukunftsorientiert, gut informiert, unabhängig, produktiv, gesundheitsbewusst und erfolgreich gesehen werden“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, S. 36). Die positiven Altersbilder sind aber eher die Ausnahme und nicht die Regel. Im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen stehen vielmehr negative Stereotype; mit Bezug auf psychoaktive Substanzen also alte Menschen, die Medikamente nehmen und dazu noch rauchen und alkoholische Getränke konsumieren. Das scheint sie mit den ganz Jungen zu verbinden, die man im Umgang mit psychoaktiven Substanzen ähnlich negativ stereotypisiert.

Mit Blick auf den demographischen Wandel und den Anstieg des Anteils von älteren und alten Menschen in Deutschland dominieren zudem Ängste), insofern die gesellschaftlichen Veränderungen eher als Risiken wahrgenommen werden, nicht als Chance. Das wird am deutlichsten, wenn es um die sozialen Sicherungssysteme geht, genauer: um den Ausstieg aus dem Erwerbsleben und um die Rente. Die Jüngeren fürchten sich davor, dass sie immer länger arbeiten müssen, als das von der älteren Generation erwartet worden ist, und dass sie am Ende dennoch nicht finanziell abgesichert sind, weil die Rentenkassen bis dahin leer sind. Dahinter verbergen sich Befürchtungen, dass die ältere Generation die Rentenkassen geleert hat, weil sie früh in Rente gegangen ist, vergleichsweise hohe Rentenzahlungen erhalten hat und weil sie im Vergleich mit früheren Generationen immer älter wird. Mit zunehmendem Alter werden die Alten auch immer teurer, weil sie unter körperlichen Gebrechen und psychischen Störungen wie z. B. Demenz leiden und daher das Gesundheitssystem überdurchschnittlich häufig in Anspruch nehmen und entsprechend belasten. Betrachtet man nur die Gesundheitskosten, die die Älteren und Alten verursachen, sind sie für die Allgemeinheit richtig teuer (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, S. 170 ff.). Die Jüngeren befürchten zudem, dass die Politik sich immer mehr nach den Bedürfnissen und Wünschen der älteren Generation ausrichtet – weil sie die Mehrheit im Lande bildet und weil mit ihren Stimmen Wahlen gewonnen werden (z. B. Gründinger, 2016). Die Sorge, dass sich die Politik nicht hinreichend mit den Problemen der jungen Menschen auseinandersetzt, kristallisiert sich aktuell rund um das Thema „Klima-

wandel“ und um Auseinandersetzungen mit der älteren Generation über deren „verschwen- derischen“ Lebensstil und die damit verbundenen Konsequenzen für die Erderwärmung (z. B. Sommer et al., 2019)¹

Beschränkt man sich auf die ältere Generation und auf die Probleme, die mit ihrer Langlebigkeit einhergehen, spielen gesundheitliche Aspekte eine wichtige Rolle. Solange die Älteren und Alten einigermaßen körperlich fit sind, verursachen sie etwas weniger gesundheitliche Kosten. Daher wird seit den 1990er Jahren der Prävention von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im mittleren und höheren Lebensalter ein hoher Stellenwert eingeräumt. Auch ältere und alte Menschen sollen sich körperlich engagieren, um dem Verfall entgegenzuwirken. Sie sollen sich aber auch in anderen Bereichen auf das Altern einstellen, zum Beispiel sollen sie ihre Ernährungsgewohnheiten ihrem Alter anpassen. Darüber hinaus sollen sie den Konsum von Substanzen wie Nikotin, Alkohol, neuerdings auch Haschisch einstellen. Was ihnen bleibt und was ihnen von Ärztinnen und Ärzten reichlich verschrieben wird, sind psychoaktive Medikamente wie Beruhigungs- und Schlafmittel usw.

Ganz in diesem Sinne zielt eine neue Initiative darauf ab, die Älteren und Alten „in Form“ zu bringen:

„Die neue INFORM-Broschüre gibt Seniorinnen und Senioren Anregungen, wie sie ihre Gesundheit und Lebensqualität Schritt für Schritt steigern können – mit gesunder Ernährung und ausreichend Bewegung. Saisonale Rezepte, der eigene Kräutergarten vor dem Küchenfenster, genug Wasser trinken – eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung lässt sich oft mit wenig Aufwand in den Alltag integrieren. Wer statt dem Lift öfter mal die Treppe nimmt und sich mit Freunden zum Wandern trifft, hält sich fit und fühlt sich besser. Was tun mit der freien Zeit im Ruhestand? Auch für die Freizeitgestaltung enthält die Broschüre eine Fülle an Anregungen“ (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, 2019).

So einfach ist das also: Spätestens ab 60 Jahren steigen Mann und Frau Treppen statt den Aufzug zu nehmen, trinken viel Wasser und halten sich vor dem Küchenfenster einen Topf Schnittlauch – und schon kommen sie „in Form“, hat ihr Leben Sinn und Inhalt! So einfach ist das je-

¹ Die Kontroverse, die sich rund um den Vers „Meine Oma ist ‘ne alte Umweltsau“ dreht, geht in dieselbe Richtung: Sehr verkürzt gesagt, wird unterstellt, dass die ältere Generation rücksichtslos mit der Umwelt umgeht und so die Lebenschancen der Jungen einschränkt, wenn nicht gar zerstört.

doch mit der Gesundheit im höheren Lebensalter nicht, auch nicht mit dem Sinn des Daseins, wenn man keinen Beruf mehr hat, keine anderen Hobbies und wenn man zudem nicht gut in soziale Netzwerke eingebunden ist. Längst nicht alle älteren und sehr alte Menschen haben Hobbies oder Freundesgruppen, in die sie eingebunden sind. Zumal diese Freunde und Freundinnen ja auch einer nach der anderen einfach wegsterben! Viele sind faktisch allein und müssen selbst zusehen, wie sie ihre Tage inhaltlich füllen. Da mag manchem Alkohol über den Tag und durch die Nacht helfen.

Wie steht es tatsächlich mit dem Alkoholkonsum der Älteren und Alten? Was wissen wir derzeit über ihren Konsum von alkoholischen Getränken? Ein Blick in statistische Datensammlungen sollte uns da weiterhelfen.

2 Einige epidemiologische Daten zum Konsum von Alkohol von Menschen, die 60 bzw. 65 Jahre und älter sind

Zum Konsum von alkoholischen Getränken von Menschen, die 65 Jahre und älter sind, liegen in Deutschland vergleichsweise wenige empirische Daten vor; die meisten Datensätze sind zudem mit Methoden erhoben worden, die eher kritisch einzuschätzen sind (für Details vgl. Vogt, 2016). Die Datenlage ist in der Schweiz erheblich besser. Man geht dort davon aus, dass in den Altersgruppen ab 65 Jahren der Anteil der Menschen, die täglich alkoholische Getränke konsumiert, zwischen 22 Prozent und 26 Prozent variiert. Der Anteil derjenigen mit chronisch-risikoreichem Konsum liegt in der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren bei sieben Prozent; er geht im höheren Alter deutlich zurück (für mehr Details vgl. Gmel et al., 2016). Das ist gut so, denn mit dem Alter sinkt der Wasseranteil im Körper. „Die gleiche Menge getrunkenen Alkohols verteilt sich bei älteren Menschen deshalb auf weniger Körperflüssigkeit und führt zu einem höheren Alkoholpegel. Mit zunehmendem Alter braucht auch die Leber länger für den Abbau des Alkohols“ (DHS, 2008). Ältere und sehr alte Menschen müssen daher damit rechnen, dass sich Trunkenheit bei ihnen schneller einstellt und dass sie die damit einhergehenden kognitiven und physischen Einschränkungen weniger gut kompensieren können als in jüngeren Jahren. Zu berücksichtigen sind zudem Probleme mit der Wechselwirkung mit Medikamenten und mit körperlichen bzw. psychischen Erkrankungen (z. B. dementieller Abbau). Viele Wirkungen, die man dem Konsum von alkoholischen

Getränken zuschreibt, können auch das Ergebnis solcher Wechselwirkungen sein (z. B. Gmel et al., 2016; Bernd, 2019).

Mit zunehmendem Alter gewöhnen sich Menschen eine Reihe von Verhaltensweisen an, die ihnen lieb und teuer sind. Dazu gehören viele Rituale rund ums Essen und ebenso viele rund um den Konsum von alkoholischen Getränken. Diese Gewohnheiten nehmen sie mit, wenn sie aus dem Erwerbsleben aussteigen und „in Rente“ gehen: sie trinken weiter wie gewohnt manches Bier und manchen Wein. Je nach diesen Gewohnheiten hat man es mit wenig problematischem Konsum zu tun oder bereits mit riskantem Konsum, wenn etwa Frauen mehr als zehn Gramm reinen Alkohol pro Tag und Männer mehr als 20 Gramm reinen Alkohol pro Tag konsumieren. Nach den Schweizer Erhebungen betrifft das ca. sieben Prozent der Älteren und Alten. Es handelt sich dabei um ältere und alte Menschen, die riskante bzw. abhängige Konsummuster aufweisen. Aufgrund der eher unklaren Datenlage lässt sich nicht entscheiden, ob Männer in den Altersklassen ab 60 Jahren stärker gefährdet sind als Frauen, alkoholabhängige Konsummuster zu entwickeln.

In den letzten fünf Jahren sind einige weitere Studien durchgeführt worden, die etwas genauer die Entwicklung von Alkoholabhängigkeit bei älteren und alten Menschen beschreiben. Die Daten der ELDERLY-Studie², die in Dänemark, Deutschland und den USA (New Mexico) durchgeführt worden ist, zeigt zum einen, dass davon auszugehen ist, dass eine relativ große Gruppe von Menschen schon um die Lebensmitte (40–50 Jahre) riskante und exzessive Alkoholkonsum-Muster ausbildet, die sie bis ins hohe Alter beibehält. Sie erfüllen schon vor dem Eintritt in das Rentenalter die Kriterien einer leichten bis mittleren Alkoholkonsum-Störung. Nicht wenige von ihnen sind faktisch alkoholabhängig, was bei manchen allerdings erst im höheren Lebensalter offensichtlich wird.

Darüber hinaus gibt es eine weitere Gruppe von Menschen, die sehr spät im Leben, eben nach dem 60. bzw. dem 65. Lebensjahr, in den exzessiven Konsum von Alkohol einsteigt (vgl. dazu Emiliussen, Nielsen & Andersen, 2017). Als Erklärung für die Alkoholabhängigkeit im Alter verweist die BZgA (2018) auf Folgendes: „Alterstypische Risiken hierfür [für die Alkoholabhängigkeit] können die fehlenden beruflichen oder familiären Aufgaben sein, das Gefühl, überflüssig geworden zu sein, auch

² Bei der ELDERLY-Studie handelt es sich um eine internationale multizentrische randomisierte Studie zur Erprobung von zwei manualisierten psychotherapeutischen Behandlungen von Menschen, die 60 Jahre und älter sind und bei denen Alkoholabhängigkeit diagnostiziert worden ist (für mehr Details vgl. Andersen et al., 2015).

Vereinsamung oder eine Altersdepression, die Angst vor Krankheit und Tod. Die Übergänge vom täglichen Glas Wein hin zum Alkoholmissbrauch sind – wie auch im mittleren Lebensalter – fließend“ (BZgA, 2018, S. 2). Emiliussen, Andersen und Nielsen (2017) haben diese Einschätzungen mit einer kleinen qualitativen Studie tendenziell bestätigt und weiter differenziert. Sie haben 12 Menschen (7 Männer, 5 Frauen) danach gefragt, was dazu geführt hat, dass sie so spät in ihrem Leben alkoholabhängig geworden sind. Aus ihrer Sicht stellt der sehr späte Beginn einer schweren Alkoholkonsum-Störung bzw. einer Alkoholabhängigkeit ein komplexes Phänomen dar, das sich nicht einfach auf den Punkt bringen lässt. Anders gesagt: es gibt viele Gründe und Ursachen, die manche Ältere und Alte dazu bringen, exzessiv Alkoholisches zu konsumieren. Wie bereits in anderen Studien belegt, ist es nicht der Ausstieg aus dem Erwerbsleben per se, der dazu geführt hat, dass der Alkoholkonsum bei den Interviewten explodiert ist, sondern es sind neben konkreten Anlässen wie schwere Krankheiten bzw. Tod des Partners/der Partnerin insbesondere Probleme, die mit dem Verlust an persönlicher Bedeutung zusammenhängen, ebenso mit Fragen nach dem Sinn des Lebens. Nicht zuletzt waren es Langeweile, Leere und Ereignislosigkeit, die die Interviewten dazu veranlasst haben, im Zusammensein mit anderen oder auch allein immer häufiger Alkohol zu konsumieren. Auch hat sich die Alkoholabhängigkeit bei etlichen sozusagen eingeschlichen: man hat einfach nur häufiger und immer ein bisschen mehr Alkohol konsumiert und gar nicht wahrgenommen, dass das zur Abhängigkeit geführt hat. Auf die Sinnprobleme, die sich mit dem Alter und dem Ruhestand ergeben, hat Beauvoir (2000, S. 12) in anderem Zusammenhang schon 1970 hingewiesen:

„Der Ruhestand eröffnet dem Pensionierten keine neuen Möglichkeiten... Er ist dazu verurteilt, in Einsamkeit und Langeweile dahinzuvegetieren, ein purer Nichtsnutz“.

Besonders schmerzlich kann für diejenigen der Verlust von Sinn und Inhalt sein, die noch ganz bei Sinnen sind und die letzten Lebensjahre in einem Alten- oder Pflegeheim zubringen müssen. Wer sich allerdings dort verliebt und aus Sicht der Pflegenden über die Stränge schlägt, dem geht es auch nicht gut.

„Ihre Liebe begann so spät wie unverhofft, doch sie endete mit einem Absturz. Sie, 87 Jahre alt, traf ihn, 82, in einem Pflegeheim. Beide waren sie vergesslich, bei ihr war es Demenz. Woran sie

sich aber noch gut erinnerte, war ihre Vorliebe für Wein. Auch sein Gedächtnis hatte über die Jahre gelitten, die Ursache dafür war allerdings der Alkohol, den er früher reichlich getrunken hatte. Mit der Liebe kam auch der Wein zurück in sein Leben... Beide hatten sich jeden Tag bis zu einer Flasche Wein geteilt... Und er trank den Löwenanteil“ (Ludwig, 2019).

Er fiel die Treppe herunter und brach sich den Oberschenkelhals – danach war es aus mit der Liebe und mit dem Wein.

Was an dieser Geschichte verblüfft, ist die Selbstverständlichkeit, mit der die Schreiberin den alten Menschen Alkoholismus unterstellt. Wenn diese beiden alten Menschen sich tatsächlich täglich „bis zu einer Flasche Wein“ – also 0.75 Liter eines Getränks mit vielleicht 12 Prozent Alkohol – geteilt und langsam getrunken haben, ist es schwer vorstellbar, wie sie davon alkoholabhängig geworden sein sollen. Sicherlich ist es bei bestehender Demenz nicht angesagt, Alkoholisches zu konsumieren. Das gilt ebenso für Menschen, die schon einmal alkoholabhängig waren und vielleicht noch immer unter diversen damit zusammenhängenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Dennoch braucht es mehr als 0.25 bis 0.5 Liter eines Getränks mit ca. 12 Prozent Alkohol, um jenseits seiner Sinne zu sein, z. B. die Wechselwirkung mit diversen Medikamenten oder mit spezifischen Erkrankungen, insbesondere der Leber, aber auch mit dementiellen Erkrankungen (Koch et al., 2019). Darauf geht die Schreiberin jedoch nicht ein; sie skandalisiert einfach nur den Alkoholkonsum der alten Menschen.

Immerhin zeigt eine zunehmende Zahl von Studien, dass sich Alkoholkonsum-Störungen von älteren und alten Menschen recht gut und sehr erfolgreich behandeln lassen (Behrendt et al., 2019; Braun et al., 2019; Geyer, 2012; Wieben et al., 2018). Die Probleme, die mit der Leere in ihrem Leben verbunden sind, sind damit aber nicht gelöst.

Von der Freiheit, auch als alter Mensch unvernünftig zu sein

Nun gilt aber auch, dass alte und sehr alte Menschen, wenn sie voll bei Sinnen sind, dieselben Rechte haben wie die Jüngeren. Wie diese haben sie das Recht, ihre Persönlichkeit zu entwickeln. Das kann man auf eine Weise tun, die die Mehrheit der Gesellschaft für vernünftig und in unserem Kontext für gesundheitsförderlich hält. Man kann sich aber auch unvernünftig verhalten und z. B. die eigene Gesundheit mit dem Konsum von alkoholischen Getränken

und von Nikotin schädigen. So lange ältere und sehr alte Menschen allein leben und in der Lage sind, sich selbst und ihren Haushalt zu versorgen, können sie in jeder Weise ihre Gesundheit schädigen. Wenn sie allerdings in den Fokus helfender Institutionen geraten, in diesem Fall vor allem in den von Ärzten und Ärztinnen in niedergelassenen Praxen oder Kliniken, von ambulanten Pflegediensten usw., und wenn sie in Alten- und Pflegeheime umziehen müssen, dann reiben sich die individuellen Freiheitsrechte der Alten mit dem Auftrag ebendieser Personen und Institutionen, sich um die Gesundheit ihrer Patienten und Patientinnen zu kümmern. Sehr schnell kann es dann zu erheb-

lichen Einschränkungen der Freiheitsrechte der alten und sehr alten Menschen kommen. Viele dieser Einschränkungen sind in den Klinik- und Hausordnungen kodiert; man muss sie unterschreiben, um in die Einrichtungen aufgenommen zu werden. Auf diesem Wege wird ganz autoritär und quasi ganz selbstverständlich der Zugang zu Zigaretten und zu alkoholischen Getränken blockiert. Das kann durchaus lebensverlängernd sein. Ob es auch lustvoll ist, ist eine ganz andere Frage.

Mit erzieherischen Maßnahmen und allerlei Eingriffen in ihre Freiheitsrechte kann man die Alten davon abhalten, fröhliche Säufer*innen zu sein.

Suchtkranke Straftäter: Therapie im Maßregelvollzug erfolgreicher als Haft im Strafvollzug

Etwa zehn Prozent der Suchtkranken, die an harten Drogen hängen, befinden sich in Gefängnissen. „Der anstaltsinterne Drogenmarkt ist arbeitsteilig organisiert und wird von äußerst durchsetzungsfähigen Gefangenen beherrscht. Häftlinge werden zu Konsum und Verschuldung verleitet und in Abhängigkeit gehalten. In Gefahr bringt sich, wer in dieser Subkultur das Gebot ‚nichts hören, nichts sehen, nichts sagen‘ missachtet und sich gar aus Angst einem Beamten anvertraut“, berichtet Dr. Norbert Schalast in seiner Studie „Straffällige mit Suchtproblemen“. Es überrascht nicht, dass Abhängigkeitskranke hinter Gittern von ihrer Szene gefangen gehalten werden – und sich nach der Entlassung meist nicht aus dem kriminellen Drogenmilieu befreien können, d. h. erneut straffällig werden.

Schalast und Kollegen verglichen die Haftbedingungen mit der Unterbringung in sozialtherapeutischen Abteilungen des Strafvollzugs (bzw. im Maßregelvollzug). Hier sieht der forensische Psychologe nicht die perfekten, aber deutlich besseren Rehabilitationsbedingungen. Der Erfolg lässt sich daran messen, dass die Straftäter nach der Entlassung wesentlich seltener rückfällig werden.

„Wenn die Behandlung im Maßregelvollzug einschließlich einer längeren gelockerten Phase mit anschließender Beurlaubung gelingt, wird im günstigen Fall eine Neuorientierung angestoßen, die fast alle Lebensbereiche betrifft: Wohnen, Arbeit, Gesundheitsverhalten, Ernährung, Tag-Nacht-Rhythmus, familiäre Bindungen, soziale Kontakte.“ Eine langfristig kontinuierliche Beratung durch Sozialarbeit vor und nach der Entlassung ist dabei notwendig. Die Studie belegt, dass 70 Prozent der Klienten, die unter diesen Bedingungen leben, zumindest innerhalb der ersten – also kritischen – tausend Tage in Freiheit nicht wieder straffällig werden.

Die Unwägbarkeiten bleiben jedoch bei allem Engagement immens. Dr. Bernd Dimmek und Kollegen untersuchten in ihrer Maßregelvollzugs-Studie „Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher“: „Finden die klinischen Prognosen eine Entsprechung in der Rückfälligkeit der Patienten?“ Das Ergebnis überraschte: „Ein Zusammenhang zwischen der prognostischen Einschätzung und der tatsächlichen späteren Rückfalldelinquenz war nicht festzustellen. Lediglich im Extrem „Sehr günstig“ erwies sich die Prognose mit einem Anteil von 89,5 Prozent tatsächlich rückfallfreien Patienten als weitgehend treffsicher. Allerdings blieben 100 Prozent der als „sehr ungünstig“ eingeschätzten Patienten rückfallfrei...“

In der Studie von Dimmek und Kollegen wurden zwar 42 Prozent der Klienten innerhalb der drei Jahre nach Entlassung straffällig, jedoch meist mit Bagatelldelikten. Lediglich 10,6 Prozent mussten erneut wieder hinter Gitter (Strafvollzug oder Maßregelvollzug). Dieses Ergebnis entspricht den Ergebnissen in den meisten Maßregelvollzugskliniken und sozialtherapeutischen Anstalten des Strafvollzugs. In normalen Haftanstalten sind derartige – wenn auch bescheidenen – Erfolge undenkbar.

Norbert Schalast (Hrsg.)

Straffällige mit Suchtproblemen

Pabst, 236 Seiten, Hardcover, ISBN 978-3-95853-461-2

Bernd Dimmek et al.

Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher

Pabst, Paperback, ISBN 978-3-89967-645-7

Literatur

- Andersen, K., Bogenschütz, M. P., Bühringer, G. et al. (2015). Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly study). *BMC Psychiatry*, 15, 280. doi:10.1186/s12888-015-0672-x
- Beauvoir, S. de. (2000). *Das Alter*. Reinbek: Rowohlt. (im Original: *La Vieillesse*, 1970).
- Behrendt, S., Braun, B. & Bühringer, G. (2019). Die ELDERLY-Studie: Design und Stichprobe einer Untersuchung zur ambulanten Psychotherapie von Alkoholkonsumstörungen bei älteren Erwachsenen. *Suchttherapie*, 20, 92–99.
- Bernd, I. (2019). Abhängigkeitserkrankungen des alternden und alten Menschen. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 170, w03041.
- Braun, B., Berendt, S., Piontek, D. et al. (2019). Therapie bei alkoholbezogenen Störungen im Alter: Ergebnisse der deutschen Stichprobe der randomisiert-kontrollierten ELDERLY-Studie bis zum 12-Monats-Follow-up. *Sucht*, 65, 101–114.
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2019). <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/66-tipps-fuer-ein-genussvolles-und-aktives-leben-mit-66--1145352>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). 2010. *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft*. Berlin.
- BzgA. (2028). *Alkohol-Spiegel*, 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/bzga_infobrief_alkohol_juni_2018_rz2_ansicht_es--1a48c83ca40a94ab5de8c538a881e754.pdf
- DHS. (2008). *Informationen zum Thema: Alkohol im Alter*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_im_Alter_2008.pdf
- Emiliussen, J., Nielsen, A. S. & Andersen, K. (2017). Identifying risk factors for late-onset (50+) alcohol use disorder and heavy drinking: a systematic review. *Substance Use & Misuse*, 52, 1575–1588.
- Emiliussen, J., Andersen, K. & Nielsen, A. S. (2017). Why do some older adults start drinking excessively late in life? Results from an Interpretative Phenomenological Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 974–983.
- Geyer, D. (2012). Entwöhnungsbehandlung bei älteren Alkoholabhängigen. *Psychotherapie im Alter*, 9 (2), 253–266.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, C. (2016). *Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2015*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gründinger, W. (2016). *Alte-Säcke-Politik. Wie wir unsere Zukunft verspielen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Koch, M., Fitzpatrick, A., Rapp, S. R. et al. (2019). Alcohol consumption and risk of dementia and cognitive decline among older adults with or without mild cognitive impairment. *JAMA Network Open*, 2 (9), e1910319. doi:10.1001/jama-networkopen.2019.10319
- Ludwig, K. (2019, 4. Dez.). Methadon zum Frühstück. *Süddeutsche Zeitung*, S. 1.
- Sommer, M., Rucht, D., Haunss, S. & Zajak S. (2019). *Fridays for Future. Profil, Entstehung und Perspektiven der Protestbewegung in Deutschland* (ipb working paper series, 2/2019). Berlin: ipb.
- Vogt, I. (2016). Ältere und alte Männer und Frauen mit Alkohol- und anderen Substanzkonsumproblemen. Übersicht über Behandlungsansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 48, 337–351.
- Wieben, E. S., Nielsen, B., Nielsen, A. S. & Andersen, K. (2018). Elderly alcoholics compared to middle-aged alcoholics in outpatient treatment – 6-month follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72 (7), 9–15. doi:10.1080/08039488.2018.1522373



PD Dr. Irmgard Vogt

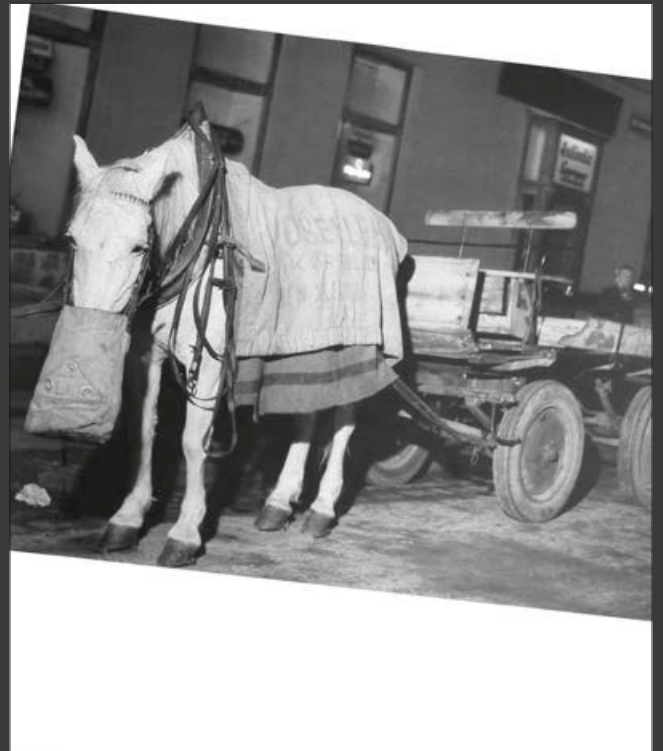
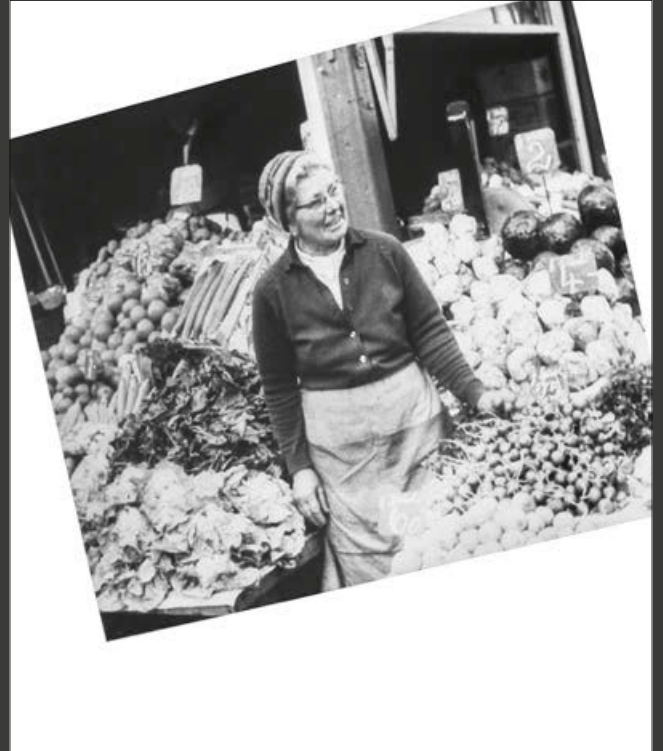
Psychologin, bis 2009 Professorin an der FH Frankfurt am Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Drogenpolitik/Sucht/Gender/Behandlung; Frauengesundheitsforschung; Beratung in der Sozialen Arbeit
vogt@fb4.fra-uas.de

Historische Fotos vom Viktor-Adler-Markt in Wien

Hans Vogler

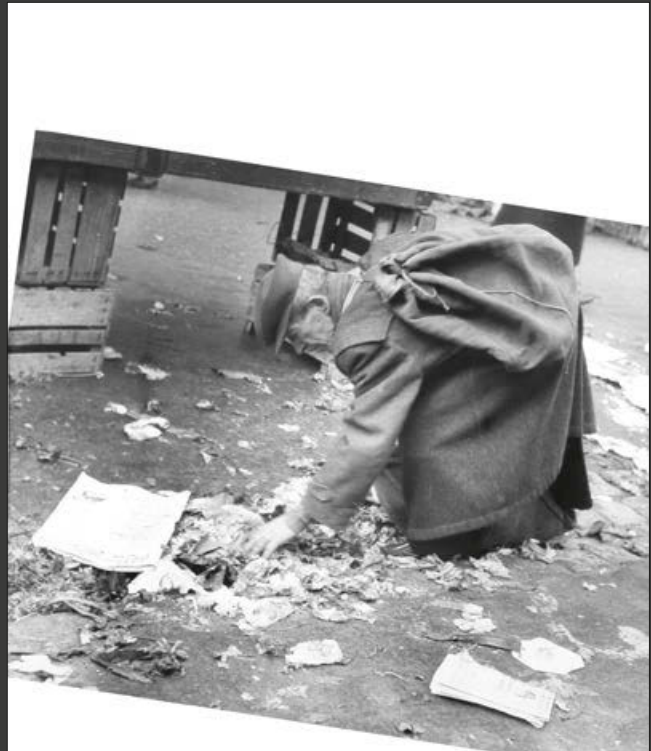
Alle Fotos
© Hans Vogler











Alkoholkonsum unter Jugendlichen in Österreich vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte zu „Youth Drinking in Decline“

Julian Strizek

Zusammenfassung

In vielen wohlhabenden, westlichen Staaten ist seit der Jahrtausendwende ein Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen zu beobachten. Auch Daten aus Österreich deuten auf einen solchen Trend hin, wobei insbesondere bei männlichen Jugendlichen eine zunehmende Mäßigung des Alkoholkonsums stattzufinden scheint. Welche Gründe hinter dieser Entwicklung stehen, ist noch nicht geklärt. Die Tatsache, dass sehr ähnliche Konsumveränderungen vor dem Hintergrund sehr unterschiedlicher Ausgangs- und Rahmenbedingungen stattfinden, spricht gegen eine monokausale Verursachung und legt ein Zusammenwirken unterschiedlicher Einflussfaktoren nahe. In dem vorliegenden Text wird die Entwicklung jugendlichen Alkoholkonsums basierend auf aktuellen Ergebnissen der ESPAD-Studie in Österreich beschrieben und eine Reihe von in Frage kommenden Einflussfaktoren auf ihre Plausibilität im österreichischen Kontext diskutiert.

Schlüsselwörter: Jugendliche, Alkoholkonsum, Trenddaten, ESPAD

Abstract

In many western countries, a decline in alcohol consumption among young people has been observed since the turn of the millennium. Data from Austria also point to such a trend and especially young males appear to show a more moderate alcohol consumption than before. The reasons behind this development are not yet clear. The fact that very similar changes in consumption take place in a large number of countries with different settings and conditions speaks against a monocausal effect and rather suggests a combination of different influencing factors. In this paper, the development of youth drinking in Austria is described based on recent survey results from the ESPAD study and possible influencing factors are discussed.

Keywords: youth drinking, alcohol consumption, trend analyses, ESPAD

Jugendlicher Alkoholkonsum im Fokus ...

Wenngleich der Alkoholkonsum von Österreicherinnen und Österreichern bis ins hohe Erwachsenenalter kontinuierlich zunimmt und der problematische Alkoholkonsum bis zur Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen ansteigt (Uhl et al., 2020), ist jugendlicher Alkoholkonsum auch in Österreich seit jeher ein zentrales Beschäftigungsfeld der Alkoholepidemiologie. Teilweise ist die Fokussierung auf Jugendliche dem Umstand geschuldet, dass es seit einigen Jahren verstärkt Diskurse zur erhöhten phy-

siologischen Vulnerabilität von Jugendlichen gegenüber Alkohol gibt – insbesondere unter Bezugnahme auf die noch nicht abgeschlossene Entwicklung des Gehirns. Auch die durchaus begründete Überzeugung, dass man zur Prävention eines schädlichen Alkoholkonsumverhaltens möglichst frühzeitig intervenieren sollte, um Probleme rechtzeitig zu verhindern, und dass derartige Interventionen erfolgversprechender sind, solange problematische Verhaltensweisen noch nicht gefestigt sind, machen junge Konsumentengruppen zu einer bevorzugten Zielgruppe für alkoholpolitische Maßnahmen.

Anhand der alle vier Jahre durchgeführten ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and Drugs, letzte Erhebungswelle: 2019), die Schüler/innen der 9. und 10. Schulstufe (14–17 Jahre) über deren Alkohol- und Drogenkonsum befragt, werden im Folgenden die Entwicklung des jugendlichen Alkoholkonsums in Österreich über die letzten 16 Jahre skizziert und mögliche Einflussfaktoren diskutiert.

... und im Rückgang

Seit einigen Jahren ist in zahlreichen Ländern ein merklicher Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums zu beobachten. Dieser Rückgang umfasst einerseits die Anzahl jener, die in diesem Alter bereits Alkohol konsumiert haben, andererseits weisen auch Indikatoren für intensivere Konsummuster (etwa in Verbindung mit Berausung oder mit exzessivem Konsumverhalten) rückläufige Tendenzen auf. Ein solcher Trend wird sowohl durch Daten der ESPAD-Studie nahegelegt, wie auch durch Daten der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children). Auch Erhebungsreihen in Nordamerika („Monitoring the Future“) weisen auf abnehmende Trends hin.

Konkret ergeben Trendanalysen des internationalen ESPAD-Berichts (ESPAD Group, 2016), dass der Anteil der Jugendlichen, die in diesem Alter bereits Alkohol konsumiert haben, zwischen 2003 und 2015 in 20 von 28 Ländern rückläufig war, wobei ein solcher Rückgang in fast allen westeuropäischen Staaten zu verzeichnen ist, aber nur in der Hälfte der osteuropäischen Staaten (Kraus et al., 2018; Pennay et al., 2018). Daten der HBSC-Studie weisen außerdem darauf hin, dass ein überproportionaler Rückgang in jenen Ländern (z. B. Irland oder Großbritannien) stattgefunden hat, in denen zu Beginn des Beobachtungszeitraumes überdurchschnittlich viele Jugendliche bereits alkoholerfahren waren (Inchley et al., 2018).

Befragungsstudien im Schulsetting bieten den Vorteil, auf organisatorisch leichte Weise eine große Anzahl an Personen befragen zu können. Gilt für die relevante Zielgruppe noch die allgemeine Schulpflicht, sind zudem bei Schulbefragungen alle Bevölkerungsgruppen adäquat abgebildet, während bei anderen Erhebungsdesigns gewisse Teilpopulationen unterrepräsentiert sind (z. B. aufgrund von Sprachproblemen oder einer geringeren Teilnahmebereitschaft; Simonson, 2009). Eine Zusammenfassung rezenter Studien aus England zum Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums (Oldham et al., 2018) kommt zum

Ergebnis, dass der Rückgang nicht nur jene Alterskohorten betrifft, die in Schulbefragungen, wie der HBSC- oder der ESPAD-Studie berücksichtigt werden, sondern sich auf alle Altersgruppen vom Kindesalter bis zum jungen Erwachsenenalter erstreckt. Hingegen belegen Studien aus Australien, England oder Schweden einen überproportionalen Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen, währenddessen im allgemeinen Durchschnitt der alkoholkonsumierenden Bevölkerung (zumeist klassifiziert als Wohnbevölkerung über 15 Jahren) nur stagnierende oder maximal leicht rückläufige Konsumententwicklungen zu beobachten sind (Kraus et al., 2019; Pennay et al., 2018). Eine ähnliche Entwicklung lässt sich auch für Österreich beschreiben: Zwar ist der Pro-Kopf-Konsum laut Produktionsstatistiken – die keine Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Altersgruppen erlauben – in Österreich seit einem Maximalwert aus dem Jahr 1973 (15,6 Liter Reinalkohol pro Jahr oder 34 Gramm Alkohol pro Tag) rückläufig. Seit 2003 – also dem Jahr der ersten ESPAD-Erhebung in Österreich – weist der Pro-Kopf-Konsum in Österreich relativ geringfügige Schwankungen auf und ist in Summe nur geringfügig zurückgegangen (von 12,6 Liter auf 12,0 Liter Reinalkohol; Bachmayer et al., 2019).

Noch relativ wenig Erkenntnis ist vorhanden in Hinblick auf die Fragestellung, ob es zu einer gleichförmigen Verringerung des Alkoholkonsums bei allen Jugendlichen oder zu einer Polarisierung des Konsumverhaltens kommt, sich also exzessiver Alkoholkonsum in spezifischen Risikogruppen konzentriert und gleichzeitig die Anzahl der abstinenten Jugendlichen zunimmt. Pape, Rossow und Brunborg (2018) konstatieren angesichts widersprüchlicher Ergebnisse, dass sich diese Frage nicht schlüssig beantworten lässt. Ein möglicher Grund dafür könnte darin liegen, dass keine einheitliche Definition des Phänomens „Polarisierung der Konsummuster“ vorliegt bzw. dieses unterschiedlich operationalisiert werden kann. Eine schwedische Studie (Norström & Svensson, 2014) verdeutlicht beispielsweise, dass es zur Beantwortung dieser Frage einen enormen Unterschied macht, ob dabei die relative Veränderung oder die absolute Veränderung der Konsummengen betrachtet wird: so liegt der relative Rückgang bei starken jugendlichen Alkoholkonsumenten in Schweden (die obersten fünf Prozent in Bezug auf die konsumierte Menge) bei zwei Prozent pro Jahr, was angesichts eines jährlichen Rückgangs von 29 Prozent bei leichten Trinkern (Jugendliche mit einer Konsummenge unterhalb des Median) auf eine zunehmende Polarisierung von Kon-

summustern schließen lassen würde. Wird hingegen die absolute Veränderung betrachtet, ist ein Großteil des Rückgangs der von jugendlichen konsumierten Alkoholmenge auf das (leicht) veränderte Konsumverhalten von starken jugendlichen Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen zurückzuführen und somit die These der Polarisierung abzulehnen.

Welche möglichen Erklärungen existieren für den rückläufigen Alkoholkonsum unter Jugendlichen?

Eine naheliegende Interpretation des rückläufigen Alkoholkonsums unter Jugendlichen wäre, dass dieser primär auf unterschiedliche alkoholpolitische Maßnahmen von staatlicher Seite, wie z. B. die Einführung von strengeren Jugendschutzbestimmungen oder eine konsequentere Umsetzung dieser Bestimmungen, zurückgeführt wird. Gegen eine solche monokausale Interpretation spricht allerdings die Tatsache, dass diese Entwicklung in vielen Staaten beobachtet wird, die sehr unterschiedliche alkoholpolitische Maßnahmen gesetzt haben bzw. in denen es zu keinerlei Verschärfung von Jugendschutzbestimmungen gekommen ist (für Tschechien vgl. z. B. Chomynová & Kázmér, 2019). Zudem hat in einigen Ländern ein Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums bereits stattgefunden, bevor strengere alkoholpolitische Maßnahmen ergriffen wurden (Kraus et al., 2019). Naheliegend ist daher, dass es sich um eine Entwicklung handelt, die mit einer tiefer greifenden Veränderung des Verhaltens von Jugendlichen zu erklären ist. So haben etwa Twenge und Park (2019) in den Vereinigten Staaten festgestellt, dass die Verringerung des Alkoholkonsums mit einem Rückgang von anderen Verhaltensweisen einhergeht, die traditionellerweise am Übergang zwischen Adoleszenz und Erwachsenenalter stattfinden (Dating, Sexualität, Berufstätigkeit). Die Autoren weisen darauf hin, dass ein immer größerer Anteil der adoleszenten Sozialisation über digitale Kanäle stattfindet. Sie räumen gleichzeitig aber ein, dass die Veränderungen im Alkoholkonsum großteils bereits vor der weitreichenden Ausbreitung von Internetnutzung und Smartphones begonnen haben, weswegen diese technischen Entwicklungen keinesfalls eine alleinige Erklärung für diese Verhaltensänderungen bieten können. Für eine generelle Abnahme von Risikoverhaltensweisen bei Jugendlichen spricht zudem, dass der Rückgang des Alkoholkonsums bislang nicht zu einem merklichen Konsumanstieg bei anderen psychoaktiven Substanzen geführt hat (Pennay et al., 2018).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass einer Vielzahl an Publikationen, die übereinstimmend eine rückläufige Entwicklung des Alkoholkonsums von Jugendlichen beschreiben, nur wenig kohärente Schlussfolgerungen gegenüberstehen, die eine Erklärung dazu bieten, welche Faktoren in einem relevanten Ausmaß zu diesem Rückgang beigetragen haben (Vashishtha et al., 2019). Am ehesten gibt es einen Konsens dahingehend, dass sich hier eine Vielzahl von Einflussfaktoren gleichzeitig auswirken, weswegen eine multi-kausale Erklärung die Realität deutlich besser abbildet als jeglicher mono-kausale Erklärungsversuch. Als mögliche Gründe für den Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums werden unter anderem folgende Einflussgrößen diskutiert (vgl. u. a. Chomynová & Kázmér, 2019; Oldham et al., 2018; Pennay et al., 2018):

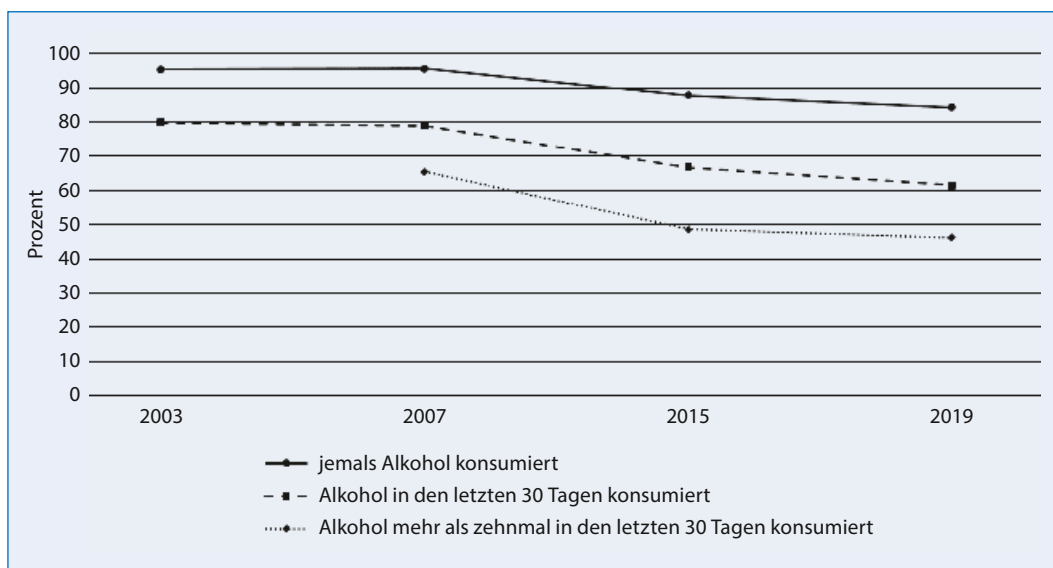
- die zunehmende Bedeutung von digitalen Medien in jugendlichen Sozialisationsriten,
- eine Veränderung des Freizeitverhaltens, wobei tendenziell Aktivitäten außer Haus abnehmen und Aktivitäten innerhalb der eigenen vier Wände zunehmen,
- eine verstärkte Wahrnehmung der Risiken von Alkoholkonsum, eine geringere Bedeutung von Alkohol in Jugendkultur bzw. eine allgemeine Veränderung der sozialen Normen in Bezug auf Alkoholkonsum,
- steigende Bedeutung von traditionellen Familienstrukturen, teilweise in Verbindung mit dem Zuzug von Personen aus überwiegend muslimischen Kulturen bzw. anderen Kulturen, in denen wenig Alkohol konsumiert wird,
- Veränderungen im Erziehungsverhalten,
- verstärkte Umsetzung von Jugendschutzbestimmungen und allgemein restriktiven alkoholpolitischen Maßnahmen, wie etwa Preiserhöhungen oder Werbeverbote.

Welche Aussagen lassen sich aus den verfügbaren Daten ableiten?

Die Vielzahl und thematische Breite der vermuteten Einflussfaktoren – die zumindest teilweise nicht zu den zentralen Fragestellungen der Suchtepidemiologie gehören – hat zur Folge, dass diese Bandbreite nicht mit einer einzelnen Erhebung abgedeckt werden kann: Befragungen zum Thema Sucht bieten zu wenig Platz für die elaborierte Erhebung einer Fülle von Einflussfaktoren abseits des Substanzkonsums. Befragungen, die den einen oder anderen Lebensbereich sehr ausführlich erheben (etwa die Bedeutung der Sozialisation über digitale Medien), beinhalten zumeist keine oder wenn

Abbildung 1

Konsumindikatoren
im Zeitverlauf



Anmerkung: Da die Kurven für Mädchen und Burschen annähernd parallel verlaufen, wird auf eine getrennte Darstellung nach Geschlecht verzichtet. Quellen: Hojini et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

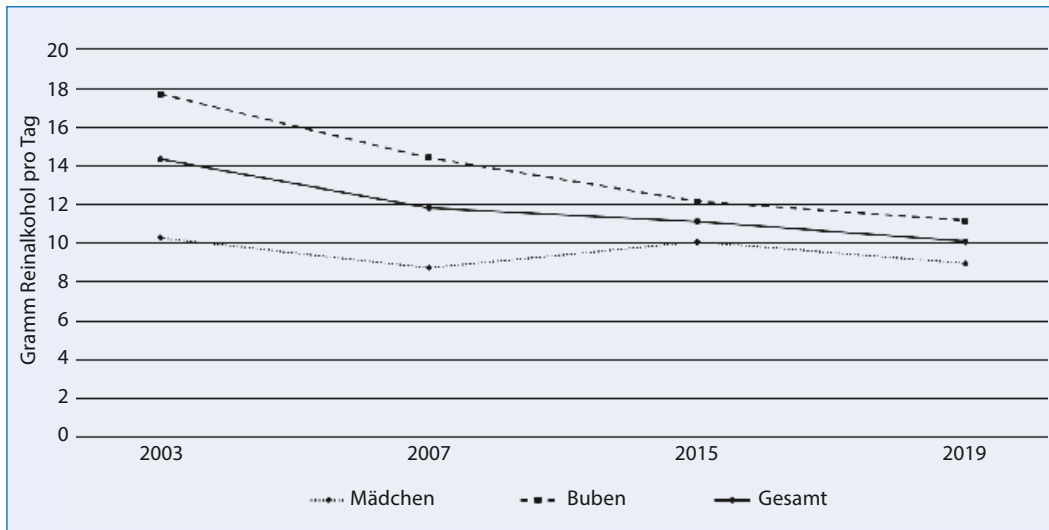
nur eine sehr oberflächliche Erfassung des Alkoholkonsums oder des Konsums anderer psychoaktiver Substanzen. Aus diesem Grund besteht häufig keine Möglichkeit, Zusammenhänge auf der Ebene von individuellen Daten zu prüfen und muss stattdessen auf Korrelationen auf aggregierter Ebene (z. B. auf den Zusammenhang zwischen der Veränderung des durchschnittlichen Alkoholkonsums in einem Land mit soziodemographischen Veränderungen des Landes) zurückgegriffen werden, die nur bedingt Aufschlüsse über Zusammenhänge auf individueller Ebene bieten können. Der theoretisch möglichen Vielzahl an relevanten Einflussgrößen kann aufgrund dieser Problematik zwar einleitend Tribut gezollt werden, die konkret möglichen Analysen sind dann aber zumeist auf einige wenige Einflussvariablen beschränkt.

Entwicklung des Alkoholkonsums von Jugendlichen in Österreich

ESPAD ist eine im Vierjahresabstand regelmäßig durchgeführte Querschnittsstudie mit annähernd gleichbleibendem Erhebungsdesign und -instrument. Dieser Umstand ermöglicht Zeitreihenanalysen über längere Zeiträume. Der Vergleich der Erhebungswellen 2003 bis 2019 (da Österreich im Jahr 2011 nicht an ESPAD teilgenommen hat, stehen vier Erhebungszeitpunkte zur Verfügung) zeigt, dass die Anzahl der abstinenten Jugendlichen in Österreich in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. (vgl. Abbildung 1). Gaben im Jahr 2003 lediglich fünf Prozent der befragten Schüler/innen

an, noch nie in ihrem Leben Alkohol konsumiert zu haben, stieg dieser Anteil bis zur ESPAD-Erhebung 2019 auf ca. 15 Prozent an. Der Anteil an Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert haben, sank in demselben Zeitraum von ca. 80 Prozent auf etwa 60 Prozent. Beide Entwicklungen zeigen sich mit geringfügigen Abweichungen sowohl für Burschen als auch für Mädchen. Der Anteil der Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen an mehr als zehn Tagen Alkohol konsumiert haben, sank von mehr als zwei Drittel der Befragten im Jahr 2003 auf weniger als die Hälfte im Jahr 2019. Auch hier hat der Anteil der alkoholkonsumierenden Jugendlichen gleichermaßen bei beiden Geschlechtern abgenommen.

Angesichts des zunehmenden Anteils an alkoholabstinenten Jugendlichen in Österreich ist es wenig erstaunlich, dass auch der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum bei Jugendlichen seit der erstmaligen Teilnahme Österreichs an ESPAD im Jahr 2003 Jahre eine rückläufige Tendenz zeigt (von 14 Gramm Reinalkohol pro Tag auf 10 Gramm pro Tag). Im Gegensatz zur Entwicklung der Anzahl an alkoholabstinenten Jugendlichen zeigen sich hier allerdings unterschiedliche Trends für Mädchen und für Burschen (vgl. Abbildung 2). Der Rückgang beim durchschnittlichen Alkoholkonsum ist nahezu ausschließlich auf eine Verringerung des Alkoholkonsums von Burschen zurückzuführen (von 18 Gramm Reinalkohol pro Tag auf 11 Gramm), wohingegen die durchschnittliche Konsummenge von Mädchen in etwa gleich geblieben ist und aktuell nur noch geringfügig unter dem Niveau ihrer männlichen Alterskollegen liegt (9 g vs. 11 g Reinalkohol pro Tag).

**Abbildung 2**

Zeitverlauf der durchschnittlichen Alkoholkonsummenge pro Tag bei 14- bis 17-Jährigen (gesamte Stichprobe inklusive Abstinente)

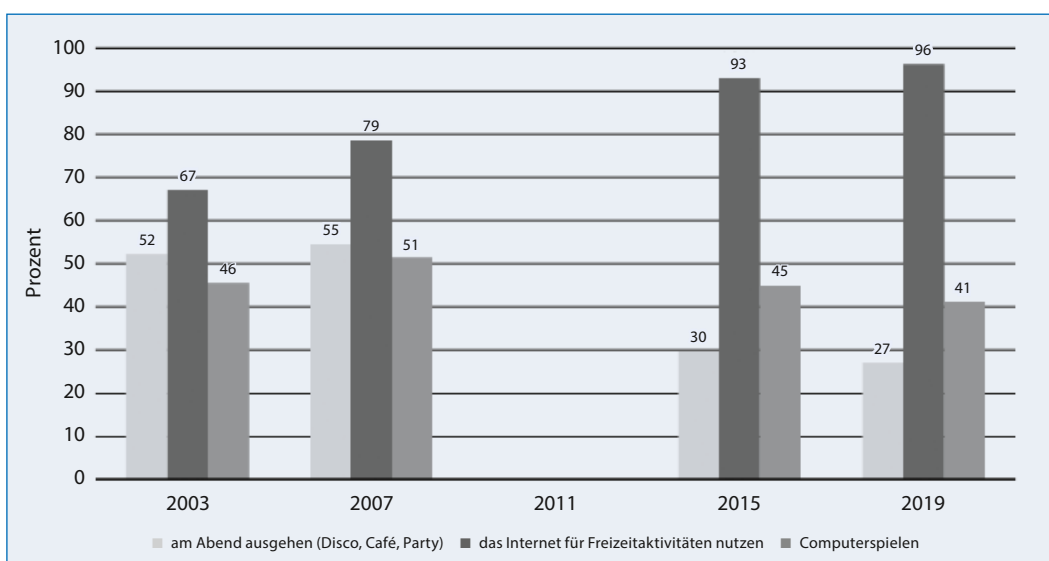
Quellen: Hojny et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

Der bereits erwähnten „Polarisierungsthese“ zufolge würde der Rückgang der durchschnittlichen Konsummenge ausschließlich oder zu einem Großteil auf die gesunkene Anzahl an Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen zurückgeführt werden, während sich das Verhalten der konsumierenden Jugendlichen nicht ändert oder gar extremere Ausmaße zeigt als zuvor. Die verfügbaren ESPAD-Daten aus Österreich sprechen gegen diese Polarisierungsthese: nicht nur der Durchschnittskonsum pro Kopf (inklusive Jugendlicher, die nicht konsumieren) ist rückläufig, sondern auch der Durchschnittskonsum am letzten Trinktag (ausschließlich bezogen auf jene Personen, die Alkohol konsumieren), und zwar von 78 Gramm Reinalkohol im Jahr 2007 auf 55 Gramm im Jahr 2019. Auch hier zeigt sich ins-

besondere bei männlichen Jugendlichen eine eindeutige Tendenz zum moderateren Alkoholkonsum.

Konsumrückgang als Folge eines veränderten Freizeitverhaltens

Detaillauswertungen des ESPAD-Datensatzes aus Tschechien – das analog zu Österreich einen Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums verzeichnet, ohne dass es zu relevanten Veränderungen der alkoholpolitischen Rahmenbedingungen gekommen wäre – legen einen signifikanten Einfluss eines geänderten Freizeitverhaltens auf die durchschnittliche Konsummenge nahe (Chomynová & Kázmér, 2019). Konkret lautet die Schlussfolgerung, dass

**Abbildung 3**

Entwicklung von ausgewählten Freizeitaktivitäten laut ESPAD Daten (Anteil „wöchentlich oder öfter“)

Quellen: Hojny et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

die Veränderung des Alkoholkonsums über einen Rückgang von „unorganisierten Freizeitaktivitäten außer Haus“ vermittelt wird, dass also weniger Freizeitaktivitäten außerhalb der Kontrolle von Eltern oder anderen Erwachsenen stattfinden.

Die österreichischen ESPAD-Daten offenbaren in Hinblick auf das Freizeitverhalten von Jugendlichen zwischen der Erhebung im Jahr 2003 und jener im Jahr 2019 zwei wesentliche Veränderungen (vgl. Abbildung 3): Erstens wurde die Nutzung des Internets in diesem Zeitraum endgültig zu einer Freizeitaktivität, die von fast jedem Jugendlichen in zumindest regelmäßigem Ausmaß ausgeübt wird. Zweitens halbiert sich in demselben Zeitraum die Anzahl der Jugendlichen, die zumindest wöchentlich am Abend in Cafés, Bars oder auf private Parties gehen; also genau jene Aktivitäten betreiben, die in einem hohen Ausmaß mit dem Konsum von Alkohol assoziiert sind und in der Studie von Chomynová und Kázmér (2019) als Mittler für den Konsumrückgang beim Alkohol beschrieben wurden.

Angesichts der über die letzten Jahre wachsenden Bedeutung, die der Nutzung von Computerspielen Seitens der Suchtprävention zugemessen wurde, überrascht es hingegen, dass die österreichischen ESPAD-Daten keinen Anstieg der Frequenz des Computerspiels zwischen 2003 und 2019 ausweisen. Nur wenig ist bislang bekannt über den Zusammenhang zwischen einer problematischen Nutzung von Computerspielen und Alkoholkonsum. Analysen des internationalen Datensatzes (Strizek et al., 2020) zeigen, dass in wohlhabenden Ländern, wie Österreich, dieser Zusammenhang negativ ausfällt, dass also Jugendliche, die viel spielen, tendenziell weniger trinken. In weniger wohlhabenden Ländern ist diese Assozi-

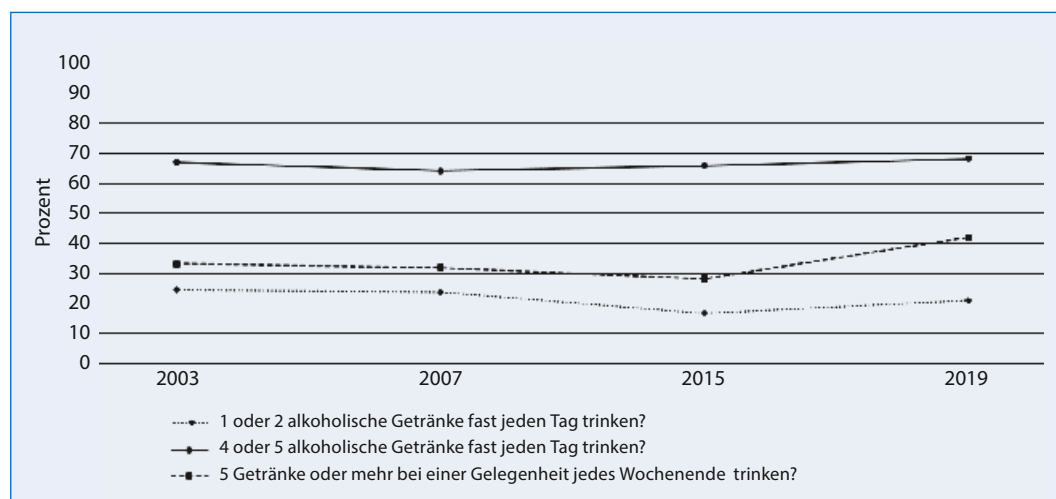
ation hingegen positiv; d. h. Personen, die viel am Computer spielen sind, auch jene, die häufiger Alkohol trinken. Eine mögliche Erklärung für die unterschiedliche Ausrichtung des Zusammenhangs lautet, dass ein gewisses Wohlstandsniveau in einem Land notwendig ist (und damit verbunden eine weitläufige Leistbarkeit von Computern und Alkohol für Jugendliche), bevor aus Alkoholkonsum und Computerspielen zwei Freizeitaktivitäten werden, die zueinander in Konkurrenz stehen können. Sind in Ländern mit einem geringeren Wohlstandsniveau sowohl Computerspiele als auch Alkoholkonsum ein Privileg jener Jugendlichen, die sich beides leisten können, treten beide Verhaltensweisen gemeinsam auf und es entsteht ein positiver Zusammenhang, selbst dann, wenn beide Verhaltensweisen sich in diesen Ländern bei Gruppen mit ähnlichem finanziellen Hintergrund ebenfalls ankonkurrieren.

Wie riskant werden die unterschiedlichen Konsumverhaltensweisen eingeschätzt?

Es ist bekannt, dass Risikoeinschätzungen und Konsumverhalten stark miteinander korrelieren. So beurteilen alkoholunerfahrene Personen Alkoholkonsum häufiger als riskant als Personen mit entsprechenden Konsumerfahrungen. Aus dieser Korrelation kann man allerdings nicht auf die Richtung des kausalen Zusammenhangs schließen. Ob und wie weit Konsumerfahrungen die Risikoeinschätzung prägen (z. B. überzogene Risikoeinschätzung relativieren) bzw. wie weit das Urteil, dass Alkoholkonsum gefährlich ist, bewirkt, dass Alkoholkonsum gemieden wird, lässt sich aus diesem Zusammenhang nicht ableiten. Da nun

Abbildung 4

Zeitverlauf der
Einschätzung des Risikos
von unterschiedlichen
Konsumverhaltensweisen
(Anteil an Einschätzungen
„großes Risiko“)



Quellen: Hojni et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

der Alkoholkonsum von 15- und 16-jährigen Jugendlichen von 2003 bis 2019 abgenommen hat und die Anzahl der alkoholabstinenten Jugendlichen dieser Altersgruppe zugenommen hat, könnte man erwarten, dass Alkoholkonsum in der Folge häufiger als riskant beurteilt wird. Dies ist allerdings nicht der Fall: von drei Items zu Alkoholkonsum mit unterschiedlicher Trennschärfe zeigt nur jenes mit der mittleren Risikobewertung („5 Getränke oder mehr jedes Wochenende“; ein Getränk entspricht dabei einem kleinen Bier) einen relevanten Anstieg an Personen, die dieses Verhalten als großes Risiko beurteilten (vgl. Abbildung 4). Sowohl das am stärksten formulierte Item („4 bis 5 Getränke fast jeden Tag“) als auch das am schwächsten formulierte Item („1 bis 2 alkoholische Getränke fast jeden Tag“) werden hingegen über den Zeitraum von 2003 bis 2019 annähernd gleich beurteilt. Somit sprechen die vorhandenen Daten nicht dafür, dass es in den letzten 15 Jahren zu einer stringenten Veränderung der Risikobewertung des Alkoholkonsums unter Jugendlichen gekommen ist, obwohl die Anzahl an konsumerfahrenen Jugendlichen deutlich abgenommen hat.

Entwicklung von Alkoholrauschdiagnosen unter Jugendlichen

Neben Befragungsdaten bieten Behandlungsdaten (konkret: Spitalsentlassungsdiagnosen aus dem stationären Bereich) eine weitere Quelle zur Beurteilung des Alkoholkonsumverhaltens von Jugendlichen.

Eine Darstellung der Rauschdiagnosen (F10.0, F10.1, T51) für Kinder bis 14 Jahre, für Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren und für junge Erwachsene zwischen 20 und 24 Jahren ergibt für den Zeitraum von 2002 bis 2010 sehr unterschiedliche Verläufe (vgl. Abbildung 5; Originalzahlen in Bachmayer et al., 2019): so steigt die Anzahl an Rauschdiagnosen bei den Altersgruppen „15 bis 19 Jahre“ und „20 bis 24 Jahre“ kontinuierlich an, während sich bei der jüngsten Altersgruppe („10–14 Jahre“) nur bei weiblichen Personen ein solcher Anstieg zeigt. Im Zeitraum von 2010 bis 2018 sind hingegen die Zahlen für sämtliche hier dargestellten Altersgruppen rückläufig. In Summe ergibt sich somit für den gesamten Beobachtungszeitraum ein eindeutiger Rückgang bei der jüngsten Altersgruppe (10–14 Jahre), währenddessen sich die Zahlen für ältere Jugendliche und junge Erwachsene noch leicht über dem Niveau von 2002 befinden (in Summe wurde im Jahr 2018 eine von 1000 Personen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren wegen einer Alkoholberauschung in einem Krankenhaus stationär aufgenommen).

Es gibt aber auch hier eine Reihe von Gründen, die die Verlässlichkeit der regelmäßig erfassten und publizierten Spitalsentlassungsdiagnosen in Österreich relativieren. Dazu gehört etwa, dass auch schwere Berausungen meistens nicht zu einer stationären Behandlung führen (Unterschätzung des Problemausmaßes), teilweise auch Jugendliche mit vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen bzw. Blutalkoholkonzentrationen stationär behandelt werden (Überschätzung des Problemausmaßes) und generell die Bereitschaft, professionelle Hilfe in

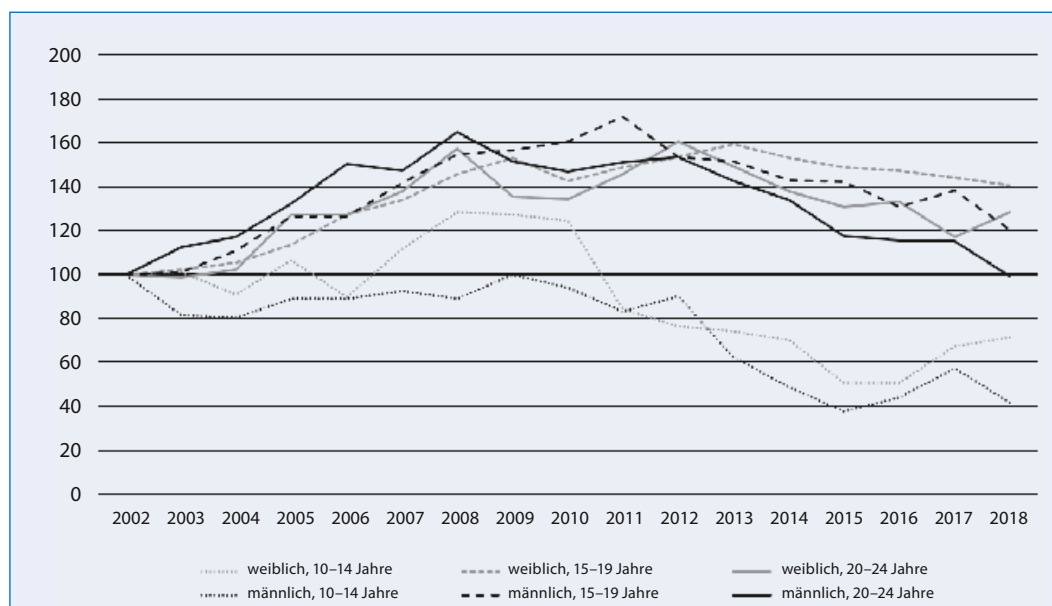


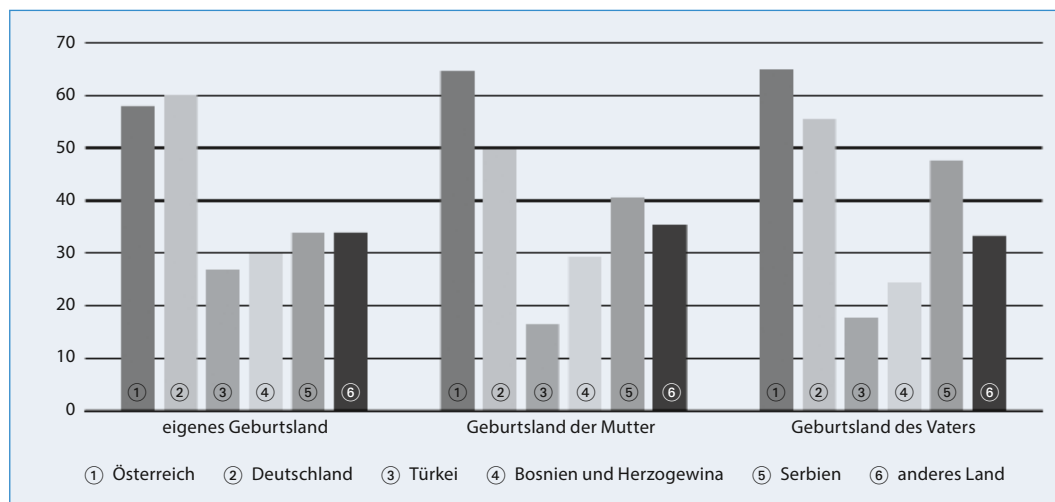
Abbildung 5

Relative Entwicklung von Rauschdiagnosen bei Jugendlichen zwischen 10 und 24 Jahren

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 6

Durchschnittliche
Alkoholkonsummenge pro
Woche nach Geburtsland



Quelle: Hojni et al. (2019)

Anspruch zu nehmen, ebenso Schwankungen unterworfen ist wie die Wahrscheinlichkeit, ob eine Alkoholisierung auch als solche codiert wird (Strizek et al., 2009).

Rückgang als Folge demographischer Veränderungen

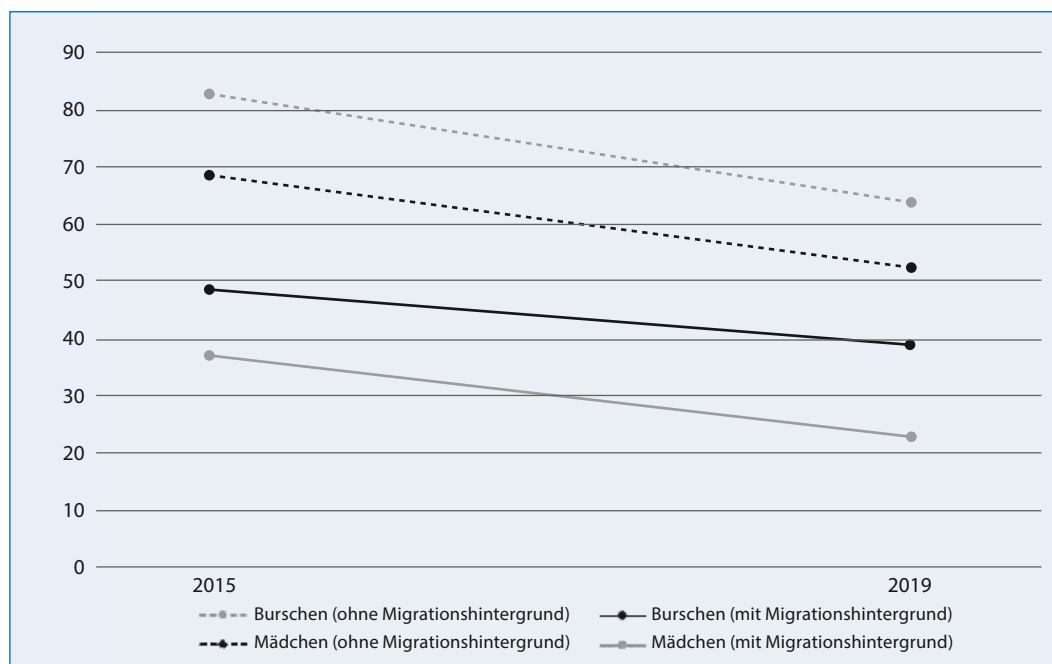
Eine immer wieder vorgebrachte These begründet den rückläufigen Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen in westlichen Staaten mit dem steigenden Anteil von Personen, die aus muslimisch geprägten Ländern zugewandert sind. Der Konsumrückgang wäre dieser Interpretation entsprechend die Folge des Anstiegs religiös und kulturell bedingter alkoholaversiver Grundhaltungen in der Bevölkerung, wobei auch damit zusammenhängende traditionelle Familienbilder und Erziehungsstile mit dieser Entwicklung in Zusammenhang gebracht werden. Querschnittsstudien aus Deutschland belegen, dass risikoreicher Alkoholkonsum bei Personen mit Migrationshintergrund seltener aufzufinden ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund (Varnaccia et al., 2019).

Im Rahmen der ESPAD-Erhebung ist die Untersuchung der Frage, wie weit der Rückgang des Alkoholkonsums über religiöse Motive erklärbar ist, dadurch erschwert, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen weder das eigene Religionsbekenntnis noch jenes der Eltern abgefragt wird. Die einzige Variable, die darüber Auskunft darüber geben kann, welche Rolle Migration bezüglich der Entwicklung des Konsumverhaltens hat, ist die Frage nach dem eigenem Geburtsland sowie jenem der Mutter bzw. des Vaters (vgl. Abbildung 6).

In Österreich lebende Jugendliche, die selbst bzw. deren Eltern in Deutschland geboren wur-

den, zeigen nur geringfügige Unterschiede im durchschnittlichen Alkoholkonsum im Vergleich zu Jugendlichen, die selbst bzw. deren Eltern in Österreich geboren wurden. Hingegen zeigt sich für alle anderen Geburtsländer ein deutlich niedrigerer Durchschnittskonsum. Auf eine mögliche Bedeutung von Religion verweist die Tatsache, dass dieser Unterschied für Jugendliche mit Wurzeln in Serbien (überwiegend christlich-orthodox) geringer ausfällt als für Jugendliche aus Bosnien und Herzegowina oder der Türkei (jeweils überwiegend muslimisch). Eine eindeutige kausale Interpretation lassen diese Zusammenhänge hingegen nicht zu, da Migrationsstatus mit einer Reihe von anderen sozioökonomischen Einflussfaktoren korreliert, wie z. B. das verfügbare Einkommen oder Familienstrukturen, und diese in Detailanalysen kontrolliert werden müssten.

Laut Statistik Austria (2020) ist der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund in Österreich – diese Definition umfasst Personen, die selber im Ausland geboren sind oder deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden – seit 2008 von 14 Prozent auf 24 Prozent gestiegen. Eine idente Definition von Schülern und Schülerinnen mit Migrationshintergrund auf Basis der ESPAD-Daten zeigt, dass ohne weitere Differenzierung des Geburtslandes sowohl Burschen als auch Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich niedrige Alkoholmengen konsumieren als Schüler/innen ohne Migrationshintergrund. Ein Vergleich mit den Daten der ESPAD-Befragung von 2015 mit identer Subgruppeneinteilung verdeutlicht hingegen, dass sowohl bei den Schülern/innen mit Migrationshintergrund als auch bei den Schülern/innen ohne Migrationshintergrund ein deutlicher Konsumrückgang stattgefunden hat (vgl. Abbildung 7) und somit der – ohnehin nur geringfügige Zuwachs an Schülern/innen mit

**Abbildung 7**

Entwicklung der durchschnittlichen Alkoholkonsummenge pro Woche für Schüler/innen mit bzw. ohne Migrationshintergrund

Quellen: Hojni et al. (2019), Strizek et al. (2016)

Migrationshintergrund in den beiden ESPAD-Samples (von 6,9% 2015 auf 8,5% im Jahr 2019) – keinesfalls ausreicht, um den Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums zwischen diesen beiden Erhebungszeitpunkten zu erklären.

Konsumrückgang als Folge veränderter Erziehungsmethoden

Der Übersichtsarbeit von Vashishtha und Kollegen (2019) zufolge existieren unter allen vorhandenen Erklärungsmodellen für jene Studien, die einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem elterlichen Erziehungsstil herstellen, die überzeugendsten empirischen Belege. Dabei wird elterlicher Erziehungsstil allerdings sehr unterschiedlich operationalisiert und umfasst sowohl restriktive und direkt in Verbindung mit Alkohol stehende Handhabungen (z. B. kein gemeinsamer Konsum, keine Weitergabe von Alkohol an Jugendliche durch ihre Eltern) als auch Dimensionen elterlicher Fürsorge (emotionale Unterstützung) oder Aufsichtspflicht (Wissen, wo Kinder ihre Freizeit verbringen). Ein Anstieg dieser letzten Dimension – also eine größere Anzahl an Eltern, die weiß, wo ihre jugendlichen Kinder ihren Samstagabend verbringen – wurde im Rahmen einer isländischen Trendstudie mit dem Rückgang von jugendlichem Alkoholkonsum in Verbindung gebracht (Kristjansson et al., 2016). Eine analoge Frage ist auch im ESPAD-Fragebogen enthalten und zeigt ebenso für Österreich zwischen 2007 und 2015 einen Anstieg jener

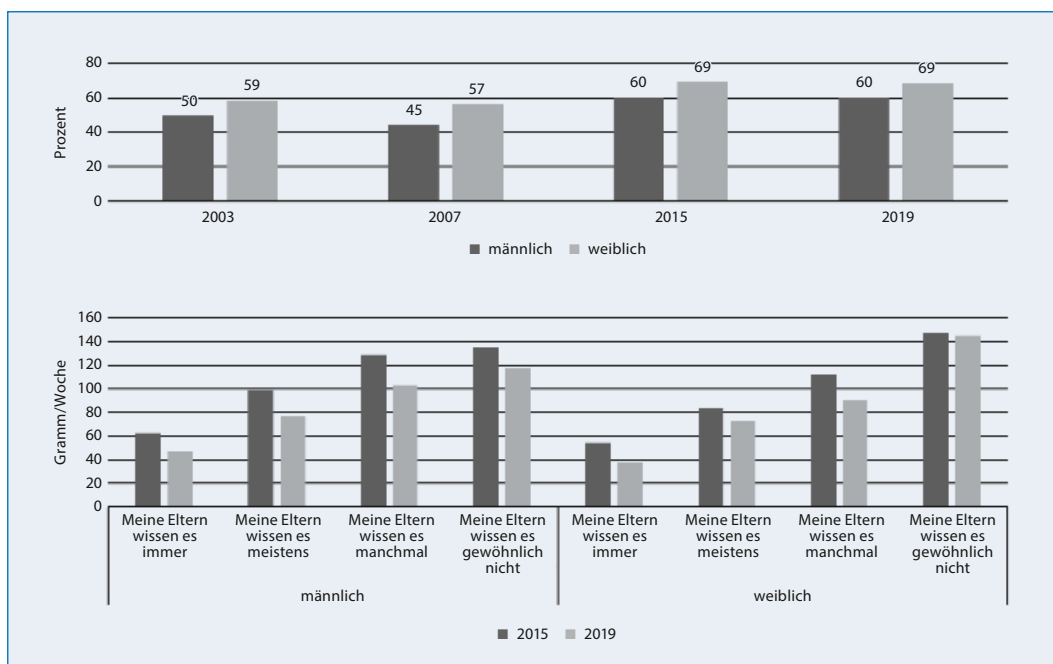
Jugendlichen, die ihren Eltern bescheinigen, immer zu wissen, wo sie sich an einem Samstagabend aufhalten (befragt werden sowohl in Island als auch in Österreich die Jugendlichen, nicht deren Eltern). Tatsächlich besteht auch ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem elterlichen Wissen, wo ihre Kinder sich am Samstagabend aufhalten, und dem jugendlichen Alkoholkonsum. Allerdings zeigt sich zwischen den Erhebungswellen 2015 und 2019 keine Veränderung dieser Einflussvariable und gleichzeitig ein Rückgang der durchschnittlichen Konsummenge in jeder Subkategorie, unabhängig davon, ob Jugendliche angeben, dass ihre Eltern immer, häufig, manchmal oder nie wissen, wo sie ihre Samstagabende verbringen (vgl. Abbildung 8). Somit erscheint auch diese These als mögliche Erklärung für den anhaltenden Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen wenig plausibel.

Welche Schlüsse lassen sich für den Alkoholkonsum von Jugendlichen in Österreich ziehen?

Zusammenfassend lässt sich anhand der österreichischen ESPAD-Daten festhalten, dass der Alkoholkonsum von 14- und 17-jährigen Jugendlichen zwischen 2003 und 2019 deutlich zurückgegangen ist. Während die Konsumfrequenz bei beiden Geschlechtern parallel abnimmt, ist ein Rückgang der Konsumintensität – gemessen an der durchschnittlichen Konsummenge pro Woche – fast ausschließlich bei den männlichen Jugendlichen festzustellen.

Abbildung 8

Obere Grafik: Anteil an Jugendlichen, die angeben, dass ihre Eltern immer wissen, wo sie sich am Samstagabend aufhalten (Zeitraum: 2003–2019); untere Grafik: Durchschnittliche Konsummenge pro Woche in Gramm Alkohol nach Subgruppen (Zeitraum: 2015 vs. 2019)



Quellen: Hojini et al. (2019), Strizek et al. (2008, 2016), Uhl et al. (2005)

Der rückläufige Alkoholkonsum in Österreich steht im Einklang mit der Entwicklung in anderen europäischen Staaten, wobei der Rückgang in Österreich allerdings geringer ausfiel als beispielsweise in den nordeuropäischen Ländern (ESPAD Group, 2016). Eine Verschiebung von Alkohol hin zu anderen psychoaktiven Substanzen, insbesondere zu Cannabis, ist aus den ESPAD-Daten für Österreich nicht abzuleiten und auch in den meisten anderen europäischen Regionen ist kein Anstieg des Cannabiskonsums zu verzeichnen (Kraus et al., 2018).

Deutliche Veränderungen zeigen sich in Hinblick auf die Frequenz des Ausgehen am Abends (Halbierung des Anteils an Jugendlichen, die das zumindest einmal die Woche tun), wohingegen sich die Einstellung gegenüber Alkohol, erfasst über die Risikoeinschätzung, nur unwesentlich verändert hat. Migrationshintergrund zeigt zwar einen deutlichen Zusammenhang mit der Alkoholkonsummenge, allerdings hat sich der Rückgang der Konsummenge von 2015 bis 2019 für Personen mit und für Personen ohne Migrationshintergrund in Österreich nahezu identisch nach unten entwickelt. Auch die Entwicklung des Alkoholkonsums in Island, wo ein enormer Rückgang jugendlichen Alkoholkonsums mit einer vernachlässigbaren Zuwanderung aus alkoholaversen Kulturen einhergeht (Pape et al., 2018), verdeutlicht, dass monokausale Erklärungsmodelle schnell durch Gegenbeispiele entkräftet werden können.

Die in vielen Ländern zu beobachtende Konvergenz des Alkoholkonsums von Burschen und Mädchen hat in der internationalen Litera-

tur zur Annahme geführt, dass die Rolle von exzessivem Alkoholkonsum als Übergangsritual bzw. als identitätsstiftender Bestandteil männlicher Adoleszenz an Bedeutung verloren hat (Kraus et al., 2019). Dieser These einer neuen Generation von männlichen Jugendlichen, die sinnbildlich lieber im Fitnessstudio als an der Bar ihre Grenzen austesten, steht die These gegenüber, wonach wir es weniger mit einem Kohorten-Effekt zu tun haben (also mit einer Generation von Jugendlichen, die dauerhaft weniger trinkt als die vorangegangene) als mit einem Lebenszykluseffekt (die neue Generation zeigt das Verhalten später als die Generation davor). Für eine solche Verlängerung der Kindheit bzw. Verzögerung der Adoleszenz, wie sie etwa von Twenge und Park (2019) beschrieben wird, spricht, dass es in internationalen Studien die jüngsten Altersgruppen sind, deren Konsum am stärksten zurückgegangen ist, wohingegen das Konsumverhalten von jungen Erwachsenen keine oder nur geringfügige Veränderungen aufweist (Pape et al., 2018). Für Österreich ist diesbezüglich festzuhalten, dass der Konsum von Schülern und Schülerinnen im Vergleich zur Konsummenge der erwachsenen Bevölkerung überproportional stark abgenommen hat, die Entwicklungen für unterschiedliche Altersgruppen aber dennoch in dieselbe Richtung weisen.

Unzulässig wäre die Schlussfolgerung, dass der Rückgang des Alkoholkonsums bei Jugendlichen zwangsläufig auch mit einer generellen Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von Jugendlichen einhergeht. So häufen sich

in vielen Staaten, die derzeit einen Rückgang jugendlichen Alkoholkonsums verzeichnen, Beobachtungen über eine Zunahme von Jugendlichen mit psychischen Belastungen (Ball, 2019). Auch Trenddaten aus drei Erhebungswellen der HBSC-Studie (2010–2018) weisen darauf hin, dass eine zunehmende Anzahl der Schülerinnen und Schüler über häufige psychische Beschwerden klagt (Anstieg von 7% bis 17% im Jahr 2010 auf 16% bis 25% im Jahr 2018) und dass dieser Trend sich bei beiden Geschlechtern zeigt (BMASGK, 2019). Keinesfalls soll nahegelegt werden, dass ein rückläufiger Alkoholkonsum negativ auf die psychosoziale Gesundheit von Jugendlichen wirkt, und eine Entwicklung hin zu einem moderateren Alkoholkonsum stellt grundsätzlich einen die Gesundheit förderlichen und somit begrüßenswerten Trend dar. Dennoch besteht noch weiterhin Forschungsbedarf, der dieses Konsumverhalten in einen größeren Kontext von sich wandelnden Rahmenbedingungen des jugendlichen Aufwachsens stellt, um somit Gründe für diese Entwicklungen besser verstehen zu können und in weiterer Folge die psychische und physische Gesundheit von Jugendlichen auf allen Ebenen zu fördern.

Literatur

- Bachmayer, S., Hojini, M., Strizek, J. & Uhl, A. (2019). *Handbuch Alkohol – Österreich. Bd. 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen* (8. Aufl.). Wien: Gesundheit Österreich.
- Ball, J. (2019). *Sex, drugs, smokes and booze: What's driving teen trends? Describing and explaining trends in adolescent sexual behaviour, cannabis use, smoking and alcohol use in the early 21st century* (Doctoral thesis). University of Otago, NZ.
- BMASGK. (2019). *Die psychische Gesundheit österreichischer Schülerinnen und Schüler HBSC-Factsheet 01: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Chomynová, P. & Kázmér, L. (2019). Leisure-time socializing with peers as a mediator of recent decline in alcohol use in Czech adolescents. *Journal of Substance Use*, 24 (6), 630–637.
- ESPAD Group. (2016). *ESPAD Report 2015. Results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Hojini, M., Delcour, J., Strizek, J. & Uhl, A. (2019). *ESPAD Österreich. Forschungsbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Inchley, J. C., Currie, D. B., Vieno, A., Torsheim, T., Ferreira-Borges, C., Weber, M. et al. (2018). *Adolescent alcohol-related behaviours: Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kraus, L., Room, R., Livingston, M., Pennay, A., Holmes, J. & Törrönen, J. (2019). Long waves of consumption or a unique social generation? Exploring recent declines in youth drinking. *Addiction Research & Theory*, 1–11.
- Kraus, L., Seitz, N. N., Piontek, D., Molinaro, S., Siciliano, V., Guttormsson, U., Arpa, S. et al. (2018). Are the times a-changin? Trends in adolescent substance use in Europe. *Addiction*, 113, 1317–1332.
- Kristjansson, A., L, Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, Th., Mann, M. J., Sigfusson, J. & Allegran-te, J.P. (2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997–2014. *Addiction*, 111 (4), 645–652.
- Norström, Th. & Svensson, J. (2014). The declining trend in Swedish youth drinking: collectivity or polarization? *Addiction*, 109 (9), 1437–1446.
- Oldham, M., Holmes, J., Whitaker, V., Fairbrother, H. & Curtis, P. (2018). *Youth drinking in decline*. University of Sheffield.
- Pape, H., Rossow, I. & Brunborg, G. S. (2018). Adolescents drink less: how, who and why? A review of the recent research literature. *Drug and Alcohol Review*, 37, 98–114.
- Pennay, A., Holmes, J., Törrönen, J., Livingston, M., Kraus, L. & Room, R. (2018). Researching the decline in adolescent drinking: The need for a global and generational approach. *Drug and Alcohol Review*, 37, 115–119.
- Simonson, J. (2009). Klassenzimmerbefragungen von Kindern und Jugendlichen: Praktikabilität, Potentiale und Probleme einer Methode. In M. Weichbold, J. Bacher & C. Wolf (Hrsg.), *Umfrageforschung* (S. 63–84). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Statistik Austria. (2020). *Personen mit Migrationshintergrund seit 2008. Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Durchschnitt aller Wochen eines Jahres) Bevölkerung in Privathaushalten*. Wien.
- Strizek, J., Anzenberger, J., Kadlik, A., Schmutterer, I. & Uhl, A. (2016). *ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Bd. 1: Forschungsbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Strizek, J., Puhm, A., Uhl, A., Auracher, U., Kampusch, A., Starzer, A. & Kurz, H. (2009). Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Wien. Forschungsbericht. Wien: LBISucht.
- Strizek, J., Uhl, A., Schmutterer, I., Grimm, G., Bohrn, K., Fenk, R. et al. (2008). *ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bd. 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

- Twenge, J. M. & Park, H. (2019). The decline in adult activities among US adolescents, 1976–2016. *Child Development*, 90 (2), 638–654.
- Uhl, A., Bohrn, K., Fenk, R., Grimm, G., Kobra, U., Springer, A. & Lantschik, E. (2005). *ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bd. 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Uhl, A., Strizek, J. & Hojni, M. (2020). *Handbuch Alkohol Österreich. Bd. 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Varnaccia, G., Manz, K., Zeiher, J., Rattay, P. & Lange, C. (2019). Risky alcohol consumption and heavy episodic drinking among parents in Germany: results of a nationwide cross-sectional study. *Journal of Environmental and Public Health*. <https://doi.org/10.1155/2019/3673479>
- Vashishtha, R., Livingston, M., Pennay, A., Dietze, P., MacLean, S., Holmes, J. et al. (2019). Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. *Addiction Research & Theory*. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1663831>



© Etti

Mag. Julian Strizek

Soziologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Gesundheit Österreich GmbH. Projektleiter des Epidemiologie-Monitorings für Alkohol. Österreichischer Repräsentant für den Schlüsselindikator „General Population Survey“ der EMCDDA. Seit 2015 Principal Investigator (PI) der österreichischen ESPAD-Erhebung.
julian.strizek@goeg.at

Zehn Jahre Alkoholprävention – Was bringt's?

Peter Koler & Magdalena Platzer

Zusammenfassung

Auf Basis eines von der Südtiroler Landesregierung genehmigten Präventionskonzeptes im Bereich Alkohol wurden ab dem Jahr 2008 insgesamt 13 Sensibilisierungskampagnen entwickelt und umgesetzt. Im vorliegenden Artikel wird das Konzept der Alkoholprävention in Südtirol mit den zugrunde liegenden Zielen, Haltungen und dem Menschenbild beschrieben. Gefolgt vom Überblick der realisierten Kampagnen und deren personen- und strukturorientierten Begleitmaßnahmen. Im zweiten Teil des Artikels werden die aktuellen Forschungserkenntnisse geschildert. Abschließend werden im Fazit relevante Schlussfolgerungen festgehalten. Der Artikel gewährt Einblick in die zehnjährige Erfahrung im Bereich Alkoholprävention und der entsprechenden Kampagnenarbeit unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse und sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen.

Schlüsselwörter: Alkoholprävention, Alkohol, Kampagne, Alkoholpräventionskampagne, Suchtprävention, Alkoholforschung, Alkoholkonzept, Menschenbild

Abstract

On the basis of a prevention program for alcohol abuse approved by the South Tyrolean provincial government, a total of 13 awareness campaigns have been developed and implemented since 2008. This article describes the prevention program and its contents with its underlying goals, attitudes, and underlying image of humankind. In addition, the article provides an overview of the implemented campaigns and their accompanying person- and structure-oriented measures. The second part of the article describes the latest research findings in the field of alcohol prevention. Finally, relevant conclusions are presented in the summary. The article provides insight into ten years of experience in the field of alcohol prevention and the corresponding campaign work, taking into account latest research findings and changing social conditions.

Keywords: alcohol prevention, alcohol, campaign, alcohol prevention campaign, addiction prevention, alcohol research, alcohol program, image of human kind

Einleitung

Der Artikel liefert einen Überblick über mehr als zehn Jahre Arbeit im Bereich der Alkoholprävention in Südtirol: Ziele, Hintergründe, Umsetzungsmodalitäten, einzelne personenorientierte Maßnahmen und unterschiedliche Kampagnenausgaben werden dargestellt. Weiters werden die Ergebnisse unterschiedlicher Studien, insbesondere eine Umfrage, die Einstellungs- und Konsumveränderungen im Zeitraum von 2006 bis 2019 erhoben hat, vorgestellt.

Ein Konzept als Basis

Nach langer Vorarbeit, vielen Sitzungen und mehreren Fassungen wurde in Südtirol vor mehr als zehn Jahren (am 25. Februar 2008) von der damaligen Landesregierung ein Konzept zu einer umfassenden Prävention des Alkoholmissbrauchs genehmigt (Koler, Trenkwalder & Girelli, 2008).

In Südtirol haben die Alkoholproduktion sowie der Alkoholkonsum eine lange Tradition, sie sind in der Fest- und Feierkultur fest verankert und stellen einen wichtigen Wirtschaftsfaktor dar. Dies ist u. a. ein Grund, warum es lange gedauert hat, bis eine umfassende

Planung und konkrete Maßnahmen im Bereich der Alkoholprävention möglich wurden. Die Schattenseiten des Alkoholkonsums werden im „Genussland Südtirol“, an der „Sonnenseite der Alpen“ gelegen, gerne unter den Tisch gekehrt. Wer Alkohol produziert, vermarktet, verkauft ausschenkt und ihn zu einem der Aushängeschilder seiner touristischen Marke macht, ist kaum daran interessiert, etwas über die Risiken und Nebenwirkungen seines Produktes zu kommunizieren. Eher werden diese noch verharmlost.

Die Annahme dieses Präventionskonzepts war ein Schlüsselmoment. Endlich wurde der Sicht der Suchtprävention und der Alkoholtherapie ein Platz in der öffentlichen Wahrnehmung gegeben. Ermöglicht wurde dies auch durch die damalige Medienberichterstattung über jugendliche Rauschtrinker/innen – im medialen Hype gerne als „Komasäufer“ be-

zeichnet – und den tatsächlichen Anstieg der Einlieferungen in die Erste Hilfe aufgrund von Alkoholintoxikationen.

Das von den politisch Verantwortlichen genehmigte und mitgetragene Konzept für eine umfassende Prävention des Alkoholmissbrauchs brachte es mit sich, dass im Bereich der Alkoholprävention Mittel und Support zur Verfügung gestellt wurden, damit kontinuierlich und langjährig Kampagnenarbeit geleistet werden konnte. Nicht nur das, darüber hinaus wurde es möglich, eine Vielzahl an neuen Initiativen für unterschiedliche Zielgruppen und Handlungsfelder ins Leben zu rufen. Die Kampagnen wurden innerhalb dieser Strategie zu Schaufenstern, in denen gesundheitsrelevante Informationen hinsichtlich des Alkoholkonsums bereitgestellt wurden, aber auch die Arbeit der Prävention und Behandlung präsentiert werden konnte.

Damit aus der Alkohol-Kampagne mehr als eine Medienkampagne wird und um die weiter unten vorgestellten Ziele zu erreichen, wurde ins Konzept ein Bündel aus bestehenden bzw. zu entwickelnden Maßnahmen in den Bereichen Gemeinde, Gastronomie und Wirtschaft, Familie, Jugendarbeit, Schule, Seniorenarbeit, Gesundheits- und Sozialwesen, Betriebe und Straßenverkehr aufgenommen.

Die gesamte Kampagne sollte aus einzelnen Modulen bestehen, die einerseits personenorientiert und andererseits strukturorientiert wirken.

Zur Begleitung und Planung wurde von der Landesverwaltung eine Steuerungsgruppe ins Leben gerufen. In ihr waren Verwalter/innen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen sowie Fachpersonen aus den Bereichen Schule, Jugendarbeit, Suchtprävention und Behandlung vertreten. Diese Steuerungsgruppe sollte über die Jahre Planungssicherheit, eine gute Vernetzung, einen – oft auch regen – Meinungsaustausch über Ausrichtung und Inhalt, letztlich aber auch Konsens über die inhaltliche Basis und die Botschaften der einzelnen Kampagnenmaßnahmen garantieren. Diese Steuerungsgruppe besteht weiterhin.

Begleitend wurden einzelne Maßnahmen evaluiert, die Kampagnen selbst mehrmals auf ihre Sichtbarkeit und Zustimmungsraten (Asat, 2009; Becker, 2013; Coletti & Koler, 2019).

Ziele, Haltungen, Menschenbild

Insgesamt gab es von 2006 bis heute 13 Kampagnenausgaben, mit unterschiedlichen Ausrichtungen und Schwerpunkten.

Abbildung 1

Das Logo der Kampagne blieb bis auf kleine grafische Änderungen über die Jahre dasselbe



Die Wortmarke veränderte sich über die Jahre: „Alles im Griff?“ (2006–2008), „Trinken mit Maß“ (2009–2016) und „Keine Kompromisse“ (2017 bis heute).

Das Logo – ein roter Kronkorken und ein weißes Rufzeichen – wurde 2009 eingeführt und blieb über den gesamten Zeitraum mit leichten grafischen Veränderungen bestehen. Als Marke hat es sich etabliert (Abbildung 1).

Viele Initiativen sind durch das Logo als Teil der Alkoholprävention gekennzeichnet. Damit wird der Wiedererkennungswert verstärkt.

In Anlehnung an das Schweizerische Nationale Programm Alkohol (NPA) 2008–2016 dienten für jedes Kampagnenbriefing folgende Leitgedanken als Grundhaltung. Sie lieferten die Ausgangsbasis für die Entwicklung jeder einzelnen Ausgabe:

- „Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies ohne sich selber und anderen Schaden zuzufügen.“
- Es gilt, pragmatische Antworten auf konkrete Problemlagen zu finden.
- Die Förderung der Eigenverantwortung ist ein zentrales Ziel.
- Strukturelle Maßnahmen zur Förderung des risikoarmen Konsums werden eingeführt.
- Auf Angst- und Drohbotschaften wird verzichtet.

Bereits in diesen Leitgedanken kommt jenes Menschenbild zum Vorschein, dessen Berücksichtigung im Selbstverständnis der Verantwortlichen immer einer der zentralen Ausgangspunkte in der Entwicklung einer präventiven Maßnahme sein muss. Es legt auf der Basis der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen“ aus dem Jahr 1948 fest, dass Menschen frei sind und das unveräußerliche Recht haben, alles zu tun, was anderen nicht schadet. Diese Vision über den Menschen ist für den präventiven Diskurs von hoher Wichtigkeit, weil sie Ausrichtung, Inhalt, Bildmaterial und Methoden einer Kampagne grundlegend beeinflusst. So wird beispielsweise auf Übertreibung, Schrecken und Angstmacherei verzichtet, weil das als Grenzverletzungen gegenüber den Menschen, als regelrechte Übergriffe auf das emotionale Befinden des Einzelnen, angesehen wird.

Eine weitere wichtige Grundlage in diese Richtung ist die Ottawa-Charta der WHO (1986). Sie definiert einen Gesundheitsförderungsansatz, der auf einem demokratischen Menschenbild aufbaut. Zentrale Schlagworte in diesem Zusammenhang sind „Empowerment“, „Partizipation“ und „Risikokompetenz“. Aus diesem Ansatz lässt sich ableiten, dass die meisten Menschen

in der Lage sind, autonom richtige Entscheidungen zu treffen, wenn man sie dabei unterstützt, Lebenskompetenz zu entwickeln, sie umfassend und ausgewogen informiert, sie befähigt, selbstständig Entscheidungen zu treffen und sie anleitet, ein glückliches Leben anzustreben sowie mit Risiken angemessen umzugehen (vgl. Uhl, 2007).

Die vom WHO-Regionalbüro für Europa (WHO, 1999) entwickelten Grundsätze wurden ebenso ins Konzept aufgenommen und dienen weiterhin als Basis für Kampagnenausgaben und die Entwicklung personenorientierter sowie struktureller Präventionsmaßnahmen.

1. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung:
 - Verstärkung eines Problembewusstseins und Einstellungsänderung gegenüber dem Umgang mit Alkohol;
 - Förderung von Trinkmustern, die das individuelle Risiko sowie die schädlichen Folgen für die unmittelbare Lebensumwelt und für die Gesellschaft insgesamt mindern.
2. Bezogen auf Risikogruppen, Risikosituationen und spezifische Lebensräume:
 - Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (Grenzmengenempfehlungen, Konsumempfehlungen bzw. Gesundheitswarnungen);
 - Förderung der sogenannten „Punkt-Nüchternheit“ in bestimmten Situationen (z. B. Straßenverkehr, Arbeitsplatz), bei bestimmten Personengruppen (z. B. Kinder/Jugendliche bis zu einer bestimmten Altersgrenze, Schwangere) und in spezifischen Lebensräumen (z. B. Krankenhaus, Schule, Betrieb).



Abbildung 2

Die Übernahme einer Schweizer Kampagne war der erste Schritt hin zur Entwicklung einer eigenständigen lokalen Kampagne

Abbildung 3

2011 kommen
die Straßenschilder
mit dem neuen Logo
zum Einsatz



Kampagnenvielfalt

Auf Grundlage der im oberen Abschnitt genannten Ziele und Grundsätze werden seit dem Jahr 2006 auf Landesebene die Präventionskampagne und unterschiedliche personen- und strukturorientierte Maßnahmen umgesetzt. Einerseits kennzeichnen sich die Kampagnen durch eine Reihe von Gemeinsamkeiten, andererseits lassen sich Unterschiede in Haltungen und Entwicklungen der einzelnen Kampagnen vermerken.

Abbildung 4

In der ersten Kampagne mit
Testimonials war u. a. ein
bekannter Südtiroler Koch
zu sehen



In den Jahren 2006-2008 wurde die Alkoholpräventionskampagne *Alles im Griff!?* aus der Schweiz übernommen und für Südtirol adaptiert (Abbildung 2).

Für den Beginn des alkoholbezogenen Maßnahmenpakets eignete sich diese Kampagne gut. Zum einen hatte sie sich in einem anderen Land bereits bewährt, zum anderen war sie sachlich unspektakulär und für ein alkoholaффines Land annehmbar: ein Whisky-Glas als Bildsujet tat niemandem weh, wurde auf nichts „Kultureigenes“ bezogen, provozierte niemanden. Das galt auch für die vorsichtig formulierte Empfehlung „Schau auf dich und nicht zu tief ins Glas“, die Teil der Kampagne war.

Im Jahr 2009 folgte erstmals eine eigene Kampagne mit Einführung des Kampagnenlogos. Seit Kampagnenbeginn bis heute stellen die Straßenschilder (Abbildung 3) ein zentrales Kommunikationsmittel für die Botschaft „Wenn ich trinke, fahre ich nicht“ dar.

Landesweit, entlang der Hauptverkehrsstraßen, wird seitdem jährlich auf mehr als 100 Schildern, im ganzen Land verteilt, für knapp fünf Monate die Botschaft abgebildet. Das Kampagnenmotiv wechselt kontinuierlich, der Slogan bleibt im Kern bestehen.

Die Ergebnisse der ersten Kampagnenevaluation (Astat, 2009) weisen eine hohe Zustimmung seitens der Bevölkerung für Kampagnenarbeit zum Thema Alkohol aus (87%). Zudem gaben bereits 57,7 Prozent der befragten Personen an, dass sie das Markenzeichen roter Kronkorken und weißes Rufzeichen kennen.

Im darauffolgenden Jahr gab es erstmals eine Kampagne mit Testimonials (Abbildung 4).

Im Zentrum der Kampagne standen vier in der Öffentlichkeit bekannte Personen: ein Koch, eine Unternehmerin, ein Jugendarbeiter und eine Schauspielerin. Sie dienten mit ihrer Geschichte und einer positiven Botschaft als Identifikationsfiguren für einen anderen, verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol: „Trinken mit Maß“ wird zu einem Lebensstil, zu einer Haltung. Zielgruppe der Alkoholprävention 2010 waren Verantwortungsträger am Arbeitsplatz, in der Gastronomie, Schule, Familie und Kultur sowie in der Jugendarbeit.

Im Jahr 2011 wird die Webseite der Kampagne neu konzipiert. Die Seite www.trinkenmitmass.it wurde zum Schaufenster der Kampagnen und gewährte bis zum Jahr 2017 einen Überblick über die personenorientierten Maßnahmen, gesetzlichen Grundlagen und Informationen zur Substanz Alkohol.

Zunehmend an Bedeutung gewinnt auch die Zusammenarbeit mit den Gemeinden über den Südtiroler Gemeindenverband. Diese ha-

ben vor Ort Kontakt zu den Organisationen und den Bürgerinnen und Bürgern und können so die Botschaft der Kampagne weitertragen. Treffen mit den Gemeindereferent/inn/en und eine Überprüfung, wie viele Gemeinden die Gemeindeverordnung erlassen haben, wurden im Rahmen der Kampagne durchgeführt. Zudem wurden die Aufkleber „Ich stehe zum Jugendschutz“ verteilt. Diese unterstützten die Kaufleute darin, klar Stellung zum Alkoholverkauf an unter 18-Jährige (damals noch unter 16-Jährige) zu beziehen. Dadurch konnte die Zusammenarbeit mit Gastronomie und Handel gestärkt werden. Die Broschüre *Feste feiern*, die Handlungsempfehlungen *10 Punkte Feiern mit Niveau* und die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen stellen zentrale inhaltliche Schwerpunkte in der Zusammenarbeit dar.

Im Jahr 2012 und 2013 folgte eine weitere Kampagne mit Testimonials (Abbildung 5). Im Unterschied zur vorherigen änderte sich die Zielgruppe. Vier junge Erwachsene repräsentierten mit ihrem Lebensstil einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. „Feiern gefällt mir, mich daran erinnern auch!“ oder „Ausgehen gefällt mir, übertreiben nicht!“ sind die Botschaften der Kampagne. Die Dachmarke wurde dadurch weiter verbreitet und der Charakter der Kampagne unterstrichen: frisch, authentisch, richtunggebend, modern, nicht autoritär und auf die Verantwortung des Einzelnen bauend. Mit dieser Kampagne wurden eine Reihe neuer Medienmittel erstmals eingesetzt: Printanzeigen in den landesweiten Tages-, Wochen- und Monatszeitschriften wurden abgedruckt, Werbeschilder an Bushaltestellen und Kinospots wurden als Kommunikationsmedien für die Kampagnenbotschaften verwendet.

Im Rahmen der Kampagne wurden erstmals auch soziale Netzwerke zentral: die Facebook-Fanseite „Sautirol – Alcoladige?“ (www.facebook.com/sautirolalcoladige/) wurde mit



Abbildung 5

Junge Erwachsene standen im Zentrum der Kampagnenausgabe 2012/2013

dem Ziel, mit Jugendlichen offen über das Thema Alkohol zu diskutieren, erstellt. In knapp fünf Monaten erreichte die Seite 10.000 Fans, der Großteil von ihnen aus Südtirol.

„Wer fährt, trinkt nicht“, „Null Alkohol weniger Risiko“, „Danke fürs verantwortungsvolle Fahren“ und „Promillefreie Zone“ sind die



Abbildung 6

Einer der Slogans der Straßenschilder aus dem Jahr 2014

Slogans der sehr nüchternen Kampagne 2014 (Abbildung 6).

Die partizipative Arbeit mit Personen aus der Bevölkerung wurde in der Ausgabe 2016 erstmals umgesetzt. Menschen aller Generationen trugen gemeinsam dazu bei, die Bevölkerung für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu sensibilisieren. Junge Menschen wurden als Vorbilder gezeigt und rückten so in den Mittelpunkt der Kampagne. Sie kommunizierten die Botschaft „Wenn ich trinke, fahre



Abbildung 7

Über 40 Personen aus der Bevölkerung wirkten bei dieser Ausgabe als Testimonials

Abbildung 8

Das neue, kantigere
Kampagnenprofil
mit Einführung
des neuen Slogans
„Keine Kompromisse“



ich nicht!“. Eine Reihe von Personen aus der Bevölkerung der Generation 50plus antworteten darauf mit „Ich auch“ (Abbildung 7).

Eine starke Verbindung zwischen zwei Altersgenerationen konnte geschaffen werden. Die Besonderheit lag darin, dass die Teilnehmer/innen nicht die Rolle von klassischen Testimonials einnahmen. Im Rahmen der Kampagne gab es weder Namen, noch Rollen oder Geschichten. Sie standen mit ihrem Gesicht

stellvertretend für einen Großteil der Bevölkerung, die die Botschaft teilt und mitträgt.

Die Kampagne 2017 brachte eine Reihe von Veränderungen mit sich: der Slogan lautete nicht mehr *Trinken mit Maß*, sondern *Keine Kompromisse*. Graphisch unterschied sich die Kampagne stark von den vorangegangenen. Das Kampagnenprofil wurde kantiger, nachdenklicher, dunkler, machte betroffen. Im Mittelpunkt standen vier wahre Geschichten. Vier Persönlichkeiten erzählten, im Sinne des Storytellings, offen ihre Erfahrungen und äußerten sich kritisch zum Thema Alkohol. Eine werdende Mutter, ein Rettungssanitäter, ein überzeugter Nicht-Trinker und ein Elternpaar, das ihren Sohn bei einem Verkehrsunfall mit der Beteiligung eines alkoholisierten Fahrers verloren hatte, erzählten in den von einem professionellen Filmemacher gedrehten Videos von ihren persönlichen Erfahrungen: kritische und manchmal auch dunkle Aspekte des Alkohols wurden beleuchtet. Eine der Botschaften lautete „Mutter-Werden ist eine der schönsten Erfahrungen im Leben. Deshalb sage ich nein zum Alkohol. Meine Entscheidung: Keine Kompromisse“ (Abbildung 8).

Auf der neu gestalteten Landingpage *keinekompromisse.it* wurden die Kurzvideos und die personenorientierten Begleitmaßnahmen veröffentlicht. In den sozialen Netzwerken erreichte die Kampagne fast fünf Millionen Impressionen und nahezu eine Million Videoviews.

Im Zentrum der Kampagne *Keine Kompromisse* 2018 stand die Förderung einer kritischen Haltung zum Alkoholkonsum und somit die Motivation zu einem gesünderen Lebensstil (Abbildung 9).

Neu eingeführt wurden die aus der alltäglichen Handy-Kommunikation bekannten Symbole der Emojis, welche das Thema verbildlicht ansprachen und für eine inhaltliche und vertiefte Auseinandersetzung warben. Graphisch unterschied sich die Kampagne grundlegend von der vorherigen, die Ziele blieben weiterhin unverändert. Auch diese Kampagne legte einen Schwerpunkt auf eine Bewerbung in den Sozialen Netzwerken: In knapp zwei Monaten wurden auf Instagram und Facebook insgesamt 108 223 Personen (Südtirol hat insgesamt ca. 530 000 Einwohner/innen) erreicht. Die Beiträge wurden insgesamt 415 460-mal angesehen. Insgesamt gab es 20 700 Interaktionen (Kommentare, Shares, Vollbildansichten usw.) mit einzelnen Beiträgen.

Die im November 2019 lancierte Kampagnenausgabe (Abbildung 10) rückt die negativen Aspekte, die mit einem stärkeren, abhängigen oder unangemessenen Konsum von Alkohol verbunden sind, ins Zentrum der Aufmerksam-

Abbildung 9

Dieser Post der Kampagne
2018 wurde auf Facebook
viral



keit. Inhaltlich befassen sich die Botschaften in erster Linie mit den Risiken, die mit Alkohol verbunden sind. Sachliche, wissenschaftlich fundierte Informationen und die direkten gesundheitlichen Auswirkungen des Zellgifts Alkohol werden kommuniziert. Das Kampagnendesign lehnt sich an die bereits bekannte Grafik für Warnhinweise bei Tabak an.

In den letzten Jahren, mit Beginn der ersten *keinekompromisse*-Testimonial-Kampagne, wurde das Augenmerk verstärkt auf die Veränderung sozialer Normen gelegt: keinen Alkohol trinken wurde nun als Normalität dargestellt. Menschen, die keinen oder sehr wenig Alkohol trinken, sollen sich dafür nicht mehr rechtfertigen müssen.

Ebenso wurde Nüchternheit im Straßenverkehr zur sozialen Norm erklärt.

Fixe Bestandteile einer jeden Kampagne waren die Straßenschilder. Diese haben in Südtirol eine besondere Relevanz, da ansonsten keine weiteren Werbeflächen am Straßenrand bestehen und somit eine erhöhte Sichtbarkeit garantiert ist.

Ansonsten variierten die eingesetzten Medienträger von analog bis digital, wobei die digitalen Anteile immer mehr werden. Oft verwendet wurden Anzeigen in den Printmedien, Radiospots, Werbeflächen auf Bussen, Haltestellen und Bahnhöfen. Auch die Verteilung von Plakaten und Postkarten durch Schulen, Jugendzentren, Arztpraxen, Apotheken, Sozial- und Gesundheitsdienste u. v. m. war Teil vieler Kampagnen. Vereinzelt kamen Giveaways (Buttons, Sticker usw.) zum Einsatz.

Der digitale Bereich entwickelte sich von einfachen Schaltungen von Werbebannern auf lokalen Webseiten hin zu *google advertising* und gezielter Werbung auf sozialen Plattformen wie *Facebook*, *Instagram* und *youtube*.

Begleitmaßnahmen

Exemplarisch werden hier einige der Initiativen beschrieben, die im Laufe der Jahre im Rahmen der einzelnen Kampagnen entwickelt wurden: Für politisch Verantwortliche auf Gemeindeebene wurde 2012 das *Gemeindekit* entwickelt. Es wurde vom Forum Prävention in Zusammenarbeit mit dem Südtiroler Gemeindenverband erarbeitet und diente der Sensibilisierung auf Gemeindeebene. Neben Informationsmaterialien enthielt es konkrete Maßnahmenvorschläge für Feste und Schulbälle sowie für den Jugendschutz. Teil des Gemeindekits war auch ein *Praxisleitfaden* für alle, die auf Gemeindeebene in der Suchtprävention und Gesundheitsförderung tätig werden möchten. Der Praxisleitfa-



Abbildung 10

Den Risiken des Alkohols sind die zentralen Botschaften der Kampagne 2019 gewidmet

den gab einen Überblick, wie unterschiedliche Aktivitäten und Programme in Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern/innen vor Ort zielgerichtet ausgearbeitet und durchgeführt werden können. Das Gemeindekit wurde an 66 Gemeinden (von 116 existierenden Gemeinden) direkt vor Ort übergeben. Eine weitere für die verschiedenen Gemeinden interessante Maßnahme im strukturellen Bereich ist die *Alkoholverordnung*. Nach einem Landesgesetz aus dem Jahr 2006 (Nr. 3, Art. 6) können die Gemeinden des Landes Südtirol mit eigener Verordnung alkoholpräventive Projekte fördern, aber auch einschränkende Maßnahmen erlassen: betreffend Werbung für alkoholische Getränke in sämtlichen Einrichtungen, in Sportanlagen und bei Veranstaltungen, betreffend Aktionen zur zeitlich begrenzten Preissenkung (happy-hour) gegenüber den offiziellen Preislisten und betreffend Aktionen zur Absatzförderung an allen öffentlichen Orten und bei Veranstaltungen. Damit haben Bürgermeister/innen sowohl die Möglichkeit, Prävention auf Gemeindeebene zu fördern, als auch gegen die verbilligte Verabreichung alkoholischer Getränke bei öffentlichen Veranstaltungen einzuwirken.

Für Festveranstalter wurde bereits 2009 das *Handbuch „Feste feiern“* herausgegeben, das u. a. von wichtigen Festveranstaltern – den Verbänden der Feuerwehren, Musikkapellen, Schützenvereinen und Sportvereinen – mitgetragen wurde. Es hatte das Ziel, durch die Vermittlung von Informationen, Anregungen und praktischen Tipps zur Entstehung einer genussorientierten und verantwortungsvollen Fest- und Feierkultur beizutragen. Auch

die 10 Punkte für „Feiern mit Niveau“ wurden für Veranstalter entwickelt. Die zehn Punkte regeln u. a. die Getränkeauswahl (keine Alkoholika über 21%) und Preisgestaltung (nichtalkoholische Getränke billiger, Leitungswasser kostenlos), sie verpflichten zur Einhaltung des Jugendschutzes und sie sehen Shuttles für den Transport der Besucher/innen sowie ein Rahmenprogramm vor. Über ein Unterstützerlogo auf den Plakaten kann gezeigt werden, dass die Veranstaltung die zehn Punkte anwendet. Festveranstalter erhielten dadurch die Möglichkeit, einen bewussten Umgang mit dem Thema Alkohol sichtbar und vorbildlich umzusetzen und andererseits zu zeigen, dass sie sich ihrer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft bewusst sind.

Für alle, die zum Feiern unterwegs sind und sicher nach Hause kommen wollen, wurde der *Shuttle Finder* entwickelt. Es handelt sich um eine App, um schnell und unkompliziert in Südtirol einen Shuttle in der Nähe zu finden. Laut letztem Stand (12/2019) werden auf der App 199 Mietwagenunternehmen gelistet. Seit ihrer Veröffentlichung (Juni 2017) wurde sie 4165 heruntergeladen (Android und iOS). Im Schnitt werden über die App 187 Anrufe wöchentlich getätigt.

Zudem wurde für junge Menschen ein interaktiver Alkoholparcours entwickelt. „All-cool“ ist ein universalpräventives Angebot für Schüler/innen zwischen 13 und 18 Jahren, welches von geschulten Jugendarbeiter/innen im Jugendzentrum durchgeführt wird. Mittlerweile wird es in 20 Jugendzentren, Treffs und Jugenddiensten landesweit für Schulklassen angeboten. Im Jahr 2018 wurden 101 Parcours, an denen knapp 2000 Schüler/innen teilgenommen haben, durchgeführt.

Für Eltern wurde die Broschüre „Über Alkohol reden“ erarbeitet. Vorträge vor Ort und Erstberatung gehören zum Standardangebot.

Forschungsergebnisse

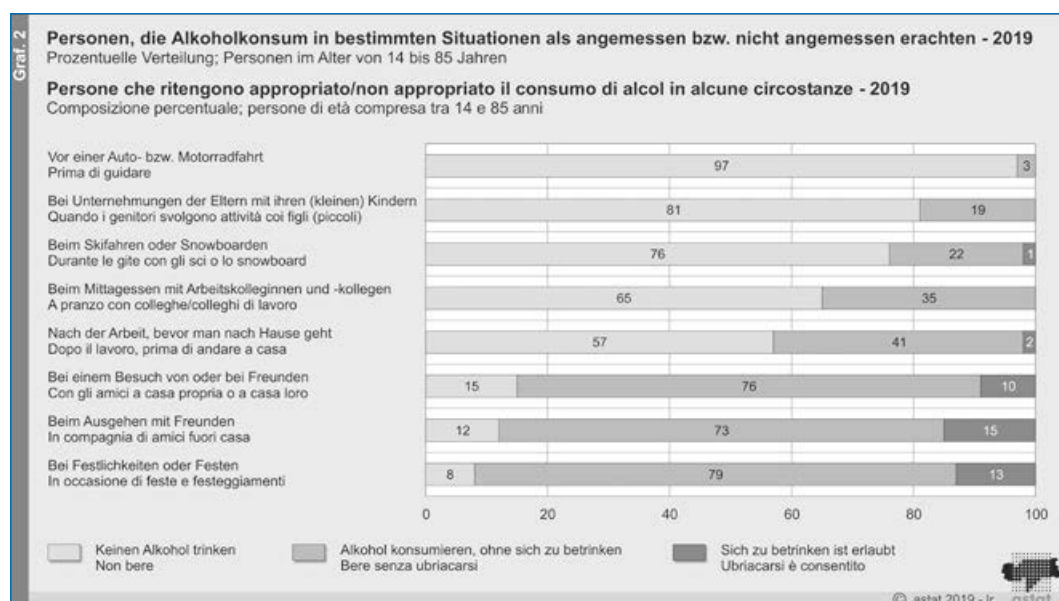
In den letzten Jahren wurde auch die Forschungstätigkeit verstärkt. Im Folgenden wird eine Übersicht gegeben und wo möglich auf Veränderungen und deren Bedeutungshintergründe eingegangen.

Eine der interessantesten Erhebungen ist die des Landesstatistikamtes Astat (2019) zu Alkohol in Südtirol. In der Publikation werden die Ergebnisse einer Umfrage zu den Konsumgewohnheiten, Rauscherfahrungen, Meinungen und Einstellungen zum gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol, zur Regulierung seines Konsums und zu seiner Verfügbarkeit für Minderjährige dargestellt. Das Besondere der Studie ist, dass eine vergleichbare bereits im Jahr 2006 durchgeführt wurde und somit Veränderungen in den oben beschriebenen Bereichen verglichen werden können (Koler, 2007). Einige Ergebnisse werden aus den in diesem Text aufgenommenen Abbildungen (Abbildungen 11–14) auch grafisch dargestellt.

Beginnen wir mit den Veränderungen in den Konsumfrequenzen: Während der Anteil der abstinent lebenden Personen mit 21 Prozent gleich bleibt, nimmt der Anteil jener Konsumenten/innen, die aufgrund ihres täglichen Konsums potentiell ein höheres Gesundheitsrisiko eingehen, von 11 Prozent auf sieben Prozent ab. Dementsprechend gab es eine leichte Zunahme der Menschen, die dem niedrigen Konsum zugeordnet werden können: Ungefähr die Hälfte

Abbildung 11

Welches Verhalten in ausgewählten Situationen als angemessen gilt, zeigt diese Grafik



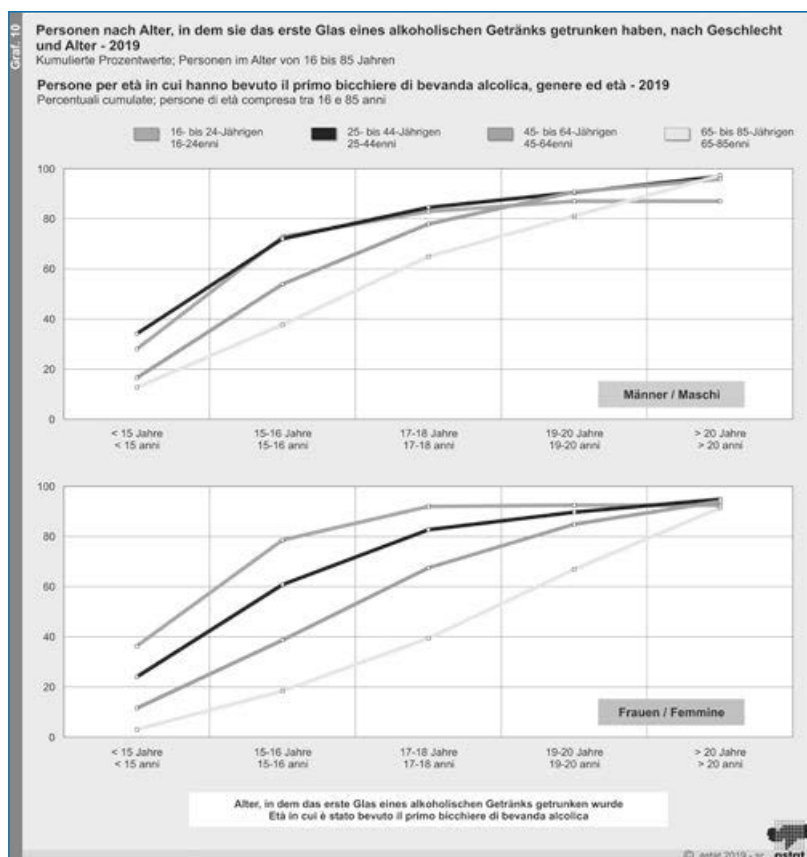
der Südtiroler/innen pflegen einen Konsum an einem oder mehreren Tagen die Woche.

Laut den neuesten Daten des Nationalen Statistikinstituts ISTAT (2018) liegt Südtirol beim täglichen Konsum unter dem nationalen Durchschnitt von 20,6 Prozent: 16,3 Prozent der Südtiroler – 25,4 Prozent (2014: 27,6%) der Männer sowie 7,5 Prozent (2014: 9,9%) der Frauen – konsumieren täglich Alkohol.¹

Gleichzeitig gehen die Rauscherfahrungen, die sich auf das letzte Jahr beziehen, laut der Astat-Erhebung aus dem Jahr 2019 im Vergleich zur vorherigen Erhebung (Astat, 2007), um ein Drittel zurück. In Kombination mit einer Beteiligung am Straßenverkehr wird Berausung zu einem gesellschaftlich absolut inakzeptablen Verhalten. Das spiegelt sich auch in der Haltung wieder, dass im Straßenverkehr gar keinen Alkohol zu trinken als angemessen gilt; eine Einstellung, die von 97 Prozent der Befragten geteilt wird.

Hier scheint die Sensibilisierungsarbeit in Kombination mit verschärften Strafen eine große Wirkung auf das Verhalten ausgeübt zu haben. In Italien gilt die 0,5-Promille-Grenze. Wer ein Kraftfahrzeug lenkt und einen Blutalkoholgehalt von mehr als 0,5 Promille aufweist, gilt als betrunken und erhält eine Verwaltungsstrafe in der Höhe von mindestens 531 Euro bis maximal 2125 Euro. Der Lenker verliert zehn Punkte und sein Führerschein wird für drei bis sechs Monate entzogen. Eine Untersuchung bei der Ärztekommision wird angeordnet. Bei mehr als 0,8 Promille beträgt die Geldstrafe zwischen 800 und 3200 Euro, der Lenker verliert zehn Punkte und sein Führerschein wird für sechs Monate bis zu einem Jahr entzogen. Zudem ist eine Haftstrafe von bis zu sechs Monaten vorgesehen. Bei mehr als 1,5 Promille beträgt die Geldstrafe zwischen 1500 und 6000 Euro und es werden zehn Punkte abgezogen. Der Führerschein wird für mindestens ein Jahr entzogen, die Haftstrafe beläuft sich auf sechs Monate bis zu einem Jahr und das Fahrzeug wird beschlagnahmt und versteigert. Ist der Lenker nicht der Eigentümer des Fahrzeugs, wird es nicht beschlagnahmt und versteigert; in diesem Fall wird die Dauer des Führerscheinentzuges allerdings verdoppelt. Bei einer Wiederholungstat innerhalb von zwei Jahren wird der Führerschein widerrufen, d. h. für immer entzogen.

Die Veränderungen im Straßenverkehr in Bezug auf den Alkoholkonsum zeigen sich auch bei der über die Jahre rückläufigen An-



zahl der eingezogenen Führerscheine. Im Jahr 2018 wurden laut Landesinstitut für Statistik (2019) 548 Führerscheine wegen Trunkenheit am Steuer eingezogen, 12,2 Prozent weniger als noch im Vorjahr. Von allen wegen Trunkenheit eingezogenen Führerscheinen wurden 497 (90,7%) Männern abgenommen und 51 (9,3%) Frauen. 2008 gab es noch 1160 eingezogene Führerscheine wegen Trunkenheit.

Ebenso bemerkenswert ist es, dass die Ergebnisse der Astat-Erhebung aus dem Jahr 2019 (Abbildung 12) keine weitere Senkung des Einstiegsalters beim Alkoholkonsum der Burschen feststellte. Dass Mädchen mittlerweile gleichgezogen haben und im selben Alter mit dem Alkoholkonsum beginnen, hat mehr mit der gesellschaftlichen Beteiligung in allen Lebenslagen zu tun, als mit dem Thema Alkohol an sich. Sieben von zehn befragten Personen haben im Alter von 16 Jahren bereits ihr erstes Glas Alkohol getrunken.

Laut der letzten in Südtirol erschienenen Jugendstudie des Astat (2017) ist der Alkoholkonsum in der jungen Generation in Südtirol rückläufig. In der Altersgruppe der 14- bis 25-Jährigen sank der aktuelle Konsum, einschließlich des gelegentlichen Trinkens², innerhalb von 12 Jahren um 13 Prozentpunkte (von 89,0% auf 76,1%). Besonders deutlich ist der

Abbildung 12

Das Einstiegsalter geht bei den Burschen nicht weiter zurück, bei den Mädchen gleicht es sich an das der Burschen an

¹ Dass die Prozentraten der täglichen Konsumenten/innen hier deutlich höher als bei der Astat-Studie (2019) ausfallen, hat höchstwahrscheinlich mit den Modalitäten der Befragung zu tun.

² Frage: „Trinkst du manchmal Alkohol?“

Rückgang des Alkoholkonsums in der jüngsten Altersklasse: Bei den 14- bis 16-Jährigen verringert sich der Prozentsatz in sieben Jahren von 91,5 Prozent um 23,7 Prozent auf 67,8 Prozent.

Die Rauscherfahrungen gehen in einem Zeitraum von 13 Jahren, im Vergleich zur Jugendstudie aus dem Jahr 2004, deutlich zurück. Der Anstieg derjenigen, die in den letzten 12 Monaten keinen Rausch hatten, ist bei allen Altersklassen deutlich sichtbar. So steigt etwa bei der Gruppe der 14- bis 16-Jährigen der Anteil derjenigen ohne Rauscherfahrungen von 24,9 Prozent auf 46 Prozent.

Aus den aktuell vorliegenden Daten kann man schließen, dass der verantwortungsvolle, kontrollierte und gemäßigte Alkoholkonsum³ zum gesellschaftlichen Mainstream geworden ist. Bedeutsam in dieser Hinsicht ist auch der Anstieg der Zustimmung beim „Mittagessen mit Arbeitskollegen“ nichts zu trinken und nüchtern zu bleiben: dieser erhöht sich um knapp 20 Prozentpunkte.

Es bleiben ein bis fünf Prozent, die wegen ihrer „Alkoholprobleme in Behandlung sind“, „manchmal ihr Trinkverhalten in Frage stellen“ und ihren „Alkoholkonsum als problematisch betrachten“. Im Vergleich zur Erhebung 2006 sind alle Zahlen in diesen Kategorien gesunken. Diese Entwicklung ist stimmig mit den oben beschriebenen Veränderungen hinsichtlich des gemäßigten Konsums und der in den letzten Jahren intensivierten Präventionsarbeit: die Personen, die in Südtirol Probleme mit Alkohol entwickeln, werden weniger. Zu diesen zählen drei Prozent der Befragten, die eine täglich gesundheitlich risikoreiche Dosierung von mehr als 50 Gramm Reinalkohol konsumieren, die Personen (8%) mit mehrfachen Rauscherfahrungen im letzten Jahr und die Personen (3%), die in betrunkenem Zustand ein Fahrzeug gelenkt haben. Auffallend bei der Altersgruppe der 14- bis 19-Jährigen sind die 23 Prozent, die im letzten Jahr mehrfache Rauscherfahrungen⁴ angaben.

Erfreulich ist, dass es für die Präventionsarbeit (83%) und die Behandlungsangebote (82%) weiterhin hohe Zustimmung gibt (Abbildung 13). Im Bereich der Kampagnen gegen Alkohol-

missbrauch stimmen sogar neun von zehn Befragten zu, dass diese durchgeführt werden sollen. Jede/r dritte Südtiroler/in (33%) kennt die aktuelle Kampagne „Keine Kompromisse“. Von diesen sind neun von zehn mit der Botschaft, die sie vermittelt, einverstanden. Das bedeutet, dass es den Kampagnen gut gelungen ist, ihre Botschaften verständlich und angemessen zu vermitteln.

Eine besondere Sensibilität besteht weiterhin für den Jugendschutz: die Sorge, dass Jugendliche unter 18 Jahren leicht an Alkohol kommen, ist mit 84 Prozent weiterhin hoch. Andererseits gibt es noch Aufholbedarf bei dessen Einhaltung. Die Einschätzung der leichten Erhältlichkeit, die insgesamt etwas gesunken ist, bleibt insbesondere bei Festen und Schulbällen hoch (82%). Hier sind Veranstalter/innen in ihrer Verantwortungsübernahme verstärkt zu schulen.

Bemerkenswert ist, dass die Zustimmung zur Aussage „Jugendliche sollten im familiären Rahmen den korrekten Umgang mit Alkohol erlernen“⁵ deutlich zugenommen hat: von 49 Prozent auf 83 Prozent (Abbildung 14). Das mag auch mit der Erhöhung des gesetzlichen Mindestalters von 16 auf 18 Jahren bei Erhalt alkoholischer Getränke, die eine öffentliche Auseinandersetzung mit dem Konsum unmöglich macht, zusammenhängen. Andererseits liegt das Einstiegsalter des Konsums (noch weit) unter der gesetzlich vorgeschriebenen Altersschwelle. Dementsprechend bleibt vor allem der familiäre Rahmen für eine Auseinandersetzung mit der Thematik übrig. Gleichzeitig sinken die Befürworter/innen, die „Kinder unter elf Jahren auf Wunsch Alkohol probieren lassen“ würden, um mehr als die Hälfte von 12 Prozent auf fünf Prozent. Zu dieser Entwicklung passt auch, dass die Aussage „Eltern sollten bei Unternehmungen mit ihren kleinen Kindern nichts trinken“ an Zustimmung gewinnt (von 76% auf 81%). In der Vorstellung der Befragten werden somit Eltern zu wichtigen Schlüsselpersonen bei der Vermittlung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkoholkonsum. Auch die 14- bis 19-Jährigen zeigen sich hiermit einverstanden. Eltern in dieser Kompetenz zu unterstützen, wird auch für die Präventionsarbeit weiterhin ein wichtiger Punkt bleiben.

Einige Ergebnisse lassen erkennen, dass auch die Alkoholindustrie und die Südtiroler

³ Verantwortungsvoller, kontrollierter bzw. gemäßigter Alkoholkonsum bedeutet hier eine Obergrenze von maximal zwei Standardgläsern am Tag für Männer und von einem Standardglas für Frauen, bei mindestens zwei alkoholfreien Tagen in der Woche sowie dem Einhalten der Punktnüchternheit in gewissen Situationen (z. B. im Straßenverkehr, in der Schwangerschaft). Wer ausnahmsweise mal etwas mehr Alkohol trinkt, sollte sich auf vier (Frauen) bzw. fünf (Männer) Standardgläser beschränken. Mit Standardglas ist diejenige Menge gemeint, die üblicherweise in einem Restaurant ausgeschenkt wird.

⁴ Unter Rausch versteht man einen Zustand des veränderten Verhaltens bzw. Bewusstseins, wobei es sich nicht unbedingt um einen vollen Kontrollverlust (Vollrausch) handeln muss.

⁵ Hier ist zu betonen, dass in Italien – anders als z. B. in Österreich – nicht der Konsum oder die private Weitergabe unter 18 verboten ist, sondern der Verkauf und Ausschank im öffentlichen Raum. Deshalb ist es möglich, dass Eltern im privaten Rahmen ihren Kindern verantwortungsvollen Alkoholkonsum beibringen können, noch bevor diese in der Öffentlichkeit Alkohol erwerben können.

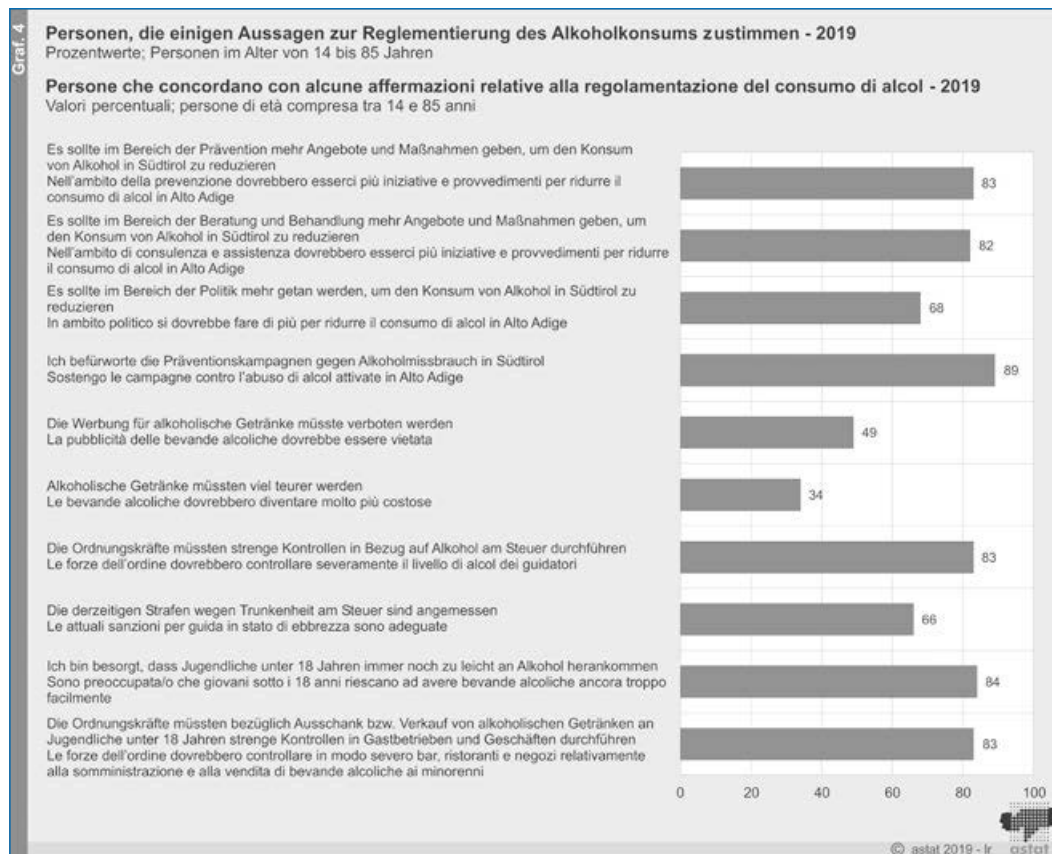


Abbildung 13

Die Grafik zeigt die Zustimmungswerte zu unterschiedlichen Maßnahmen im Bereich der Alkoholprävention

Feste-Veranstalter in den letzten zehn Jahren nicht geschlafen haben und eine gezielte Werbestrategie verfolgt haben, die dem Alkohol praktisch jedes Risiko abspricht und ihn zum angenehmen, harmlosen, genusssteigernden und akzeptierten Begleiter in vielen Lebenslagen macht (Abbildung 11). So senkt sich die Rate derjenigen, für die Alkohol zu einem Fest dazugehört, nur leicht (von 68% auf 64%). Gleichzeitig steigt die Akzeptanz für einen gelegentlichen Rausch (42%, 2006: 31%), – was immer man darunter verstehen möchte, von einem leichten Schwips bis zum Vollrausch. Betrachtet man die Kontexte, in denen ein Rausch als angemessen erachtet wird, so bleiben nur drei übrig und bei jenen ist die Zustimmungsrate zum Teil steigend (Abbildung 11): bei einem Besuch bei bzw. von Freunden (13%, 2006: 6,4%), beim Ausgehen mit Freunden (15%, 2006: 7,3%) und bei Festen (13%, 2006: 13%). Das Bedürfnis nach einem Rauscherleben in einem vorgegebenen Setting steigt im Vergleich zu vor zehn Jahren.

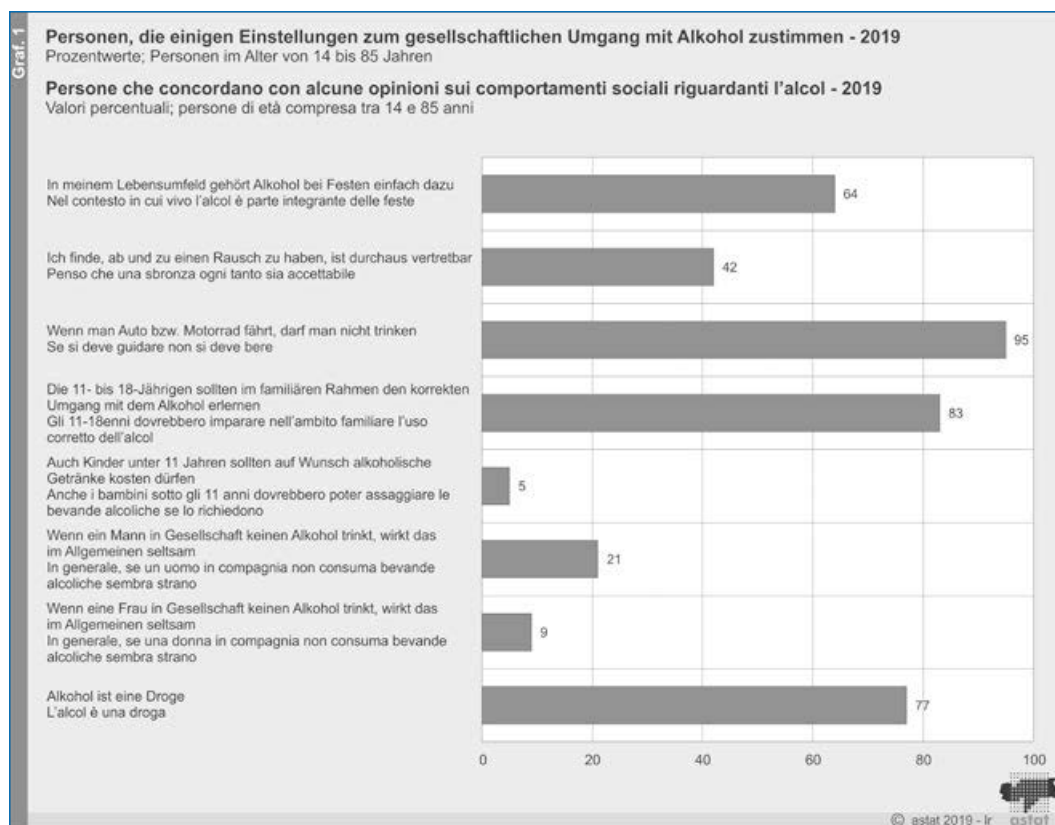
Eine im ersten Augenblick ebenfalls irritierende Veränderung aus der Sicht der Prävention ist der sinkenden Zustimmungswert zur Aussage „Alkohol ist eine Droge“ um zehn Prozentpunkte auf 77 Prozent (Abbildung 14). Das mag damit zusammen hängen, dass neben den Präventionsmaßnahmen auch die Werbemaßnahmen der Alkoholindustrie massiv zugenommen haben. Diese Strategie, die v.a. auf

ein positives Imaging und eine Identifizierung der Konsumenten mit dem Produkt abzielt, verstärkt bei einigen Konsumenten/innen u. a. die Fehleinschätzung, dass es sich bei Alkohol um ein harmloses Produkt handelt, dessen entspannende bis betäubende Wirkung eingesetzt werden kann, um in einem aufgeheizten, schnelllebigen und von der Zukunftsperspektive unsicheren Alltag leichter bestehen zu können.

Es kann aber auch damit zu tun haben, dass der Begriff „Droge“ im öffentlichen Diskurs stark mit den illegalisierten psychoaktiven Substanzen verbunden wird. Die Substanz Alkohol, über die permanent aus verschiedenen Positionen – präventiven und kommerziellen – geredet wird, die praktisch immer verfügbar und sichtbar ist, die beworben wird und legal erhältlich ist, wird häufig nicht als solche wahrgenommen. Eine im Alltag so präsente Substanz kann nicht illegal sein, demzufolge auch keine Droge. Dieser Gedanke wird zusätzlich verstärkt mit dem Umstand, dass alkoholkrankte Personen zunehmend aus der Südtiroler Öffentlichkeit verschwinden. Die Auswirkungen eines abhängigen Konsums sind lange nicht mehr so sichtbar als wie in den Zeiten, wo in jedem Dorfgasthaus und vielen Bars die „Glas-trinker“ am Tresen standen und als lebende Mahnsäulen wirkten. Der aktuelle Mainstream akzeptiert das nicht funktionierende, kranke,

Abbildung 14

Die Grafik zeigt die Zustimmungswerte zu einigen ausgewählten Einstellungen im gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol



abweichende Individuum nur schwer. Alkoholranke müssen ihre Sucht kaschieren, das Stigma, das damit einhergeht, hat sich eher noch verstärkt. Auch das kann mit dem sinkenden Zustimmungswert in Verbindung stehen.

Auch im Bereich der strukturellen Präventionsarbeit sinken die Zustimmungswerte der Bevölkerung (Abbildung 13). Dazu gehören Alkoholwerbeverbote (–15%), Preiserhöhungen (–19%), Kontrollen (–6%) und Strafen wegen Trunkenheit am Steuer (–13%). Damit auch zusammenhängen kann die sinkende Zustimmung, dass Politik mehr tun müsste (–10%), weil dies als Eingriff in oben genannte Bereiche verstanden wird. Hier scheint ein für die Befragten tolerables maximales Maß von Einmischung des „Staates“ erreicht worden zu sein.

Wenn die sinkende Zustimmung für Strafen und Kontrollen in Anbetracht der permanenten Verschärfung der italienischen Straßenverkehrsordnung leicht nachvollziehbar ist, auch eine Ablehnung von Preiserhöhung verstehbar ist, so verwundert doch die Ablehnung von Werbeverboten etwas mehr.

Andererseits wird, in Kombination mit den sinkenden Zustimmungen zur Definition des Alkohols als Droge und dem steigenden Rauschbedürfnis (bei sinkendem Rauscherleben), auch ersichtlich, dass die Funktion des Alkohols mit seiner entspannenden Wirkung bei einem beträchtlichen Bevölkerungsanteil ein

wichtiges Bedürfnis stillt. Wenn hier zu radikal und v.a. ohne Alternativen und Kompetenzvermittlung für eine individuelle Regulierung emotionaler Zustände, seien es nun beispielsweise Stressregulationstechniken, Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen, „Prävention“ vorangetrieben wird, ist Reaktanz bei der Bevölkerung vorprogrammiert.

Fazit

Betrachtet man die inhaltliche Entwicklung der einzelnen Kampagnenausgaben, kann man feststellen, dass die Botschaften eindeutiger werden: von einer anfangs diffusen Frage (*Alles im Griff?*) zu einer vorsichtigen Empfehlung (*Trinken mit Maß*) hin zu einer klarer Position (*Keine Kompromisse*) mit Trinkmengenempfehlungen, einem positiven Fokus auf die „Endstigmatisierung der Nicht-Trinker/innen“ und sachlichen, wissenschaftlich belegbaren Informationen über die Risiken des Alkohols. Die Kampagnen sind mutiger geworden und zeigen mehr Profil. Das wurde nur möglich, weil man in einem Zehn-Jahres-Zeitraum arbeiten konnte, neue Ausgaben auf die Erfahrungen, Rückmeldungen und Ergebnisse der vorhergehenden aufbauen konnten und die Einschätzung was einer Gesellschaft, die Alkohol nicht nur kulturell verankert, sondern auch in seiner Seele eingeschrieben hat, zumutbar ist, gut ein-

geschätzt wurde. Hilfreich dafür waren nicht nur die breite Einbindung vieler gesellschaftlicher Kräfte, sondern auch die Ergebnisse aus den Befragungen über die Zustimmungswerte. Tatsächlich blieb Reaktanz als Folge aus.

Ganz im Gegenteil. Mittlerweile kann man fast davon ausgehen, dass sich in Südtirol diese sichtbare Alkoholprävention mit ihren jährlichen Editionen einen festen Platz im gesellschaftlichen Gefüge geschaffen hat und mit ihren über die Jahre selbstbewusster gewordenen Positionen respektiert wird. Insofern zeichnet sich Langfristigkeit hier aus.

Kampagnenarbeit basiert auf unterschiedlichen Ansätzen, partizipative Verfahren in Kombination mit personen- und strukturorientierten Maßnahmen haben sich über die Jahre bewährt. Politischer Support, die Arbeit im Netzwerk sowie der gezielte Einsatz von Kommunikationsmitteln sind von zentraler Bedeutung für die Umsetzung.

Aber auch ein Ansatz, der bereits anderswo als Reflexive Präventionsarbeit (Koler, 2014) definiert wurde. Reflexiv insofern, weil miteinbezogen und berücksichtigt wird, was es für die betroffenen Personen – als Adressaten der Kampagnen – und die mit diesen zusammenhängenden personenorientierten Maßnahmen bedeutet und was es für die Interventionen bedeutet, wenn die subjektiven Befindlichkeiten und Bedürfnislagen wahrgenommen werden.

Prävention braucht eine ethische Grundhaltung, die gekennzeichnet ist durch Respekt vor dem Menschen und darauf aufbauend Reflexion und Feingefühl entwickelt, um zwischen Notwendigem und Vertretbarem zu unterscheiden und beides im rechten Maß zu verbinden.

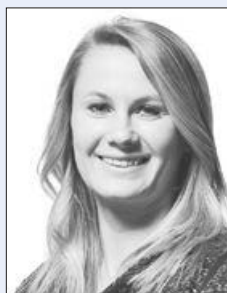
Literatur

- Astat. (2007). *Lebensformen und Werthaltungen in Südtirol*. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Astat. (2009). *Präventionskampagnen gegen Alkoholmissbrauch*. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Astat. (2017). *Jugendstudie. Werthaltungen, Lebensformen und Lebensentwürfe der Südtiroler Jugend*. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Astat. (2019). *Verkehrsunfälle und eingezogene Führerscheine*. astatinfo Nr. 49/2019. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Becker, U. (2013). „Trinken mit Maß“ – Evaluation der Maßnahmen der Alkoholpräventionskampagne. Bozen: apollis.
- Coletti, N. & Koler, P. (2019). *Alkohol in Südtirol: Meinungen und Konsum*. astatinfo Nr. 68. Bozen: Landesinstitut für Statistik.
- Koler, P. (2007). Meinungen und Verhalten der erwachsenen Bevölkerung in Bezug auf Alkohol. In Landesinstitut für Statistik (Hrsg.), *Lebensformen und Werthaltungen in Südtirol*. Bozen.
- Koler, P., Trenkwalder, A. & Girelli, N. (2008). *Konzept zu einer umfassenden Prävention des Alkoholmissbrauchs* (unveröffentlicht). Bozen.
- Koler, P. (2014). *Rausch und Identität – Jugendliche in Alkoholszenen*. Bozen: University Press.
- ISTAT. (2018). *Il consumo di alcol in Italia*. www.istat.it/it/archivio/230479
- Uhl, A. (2007). Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. *SuchtMagazin*, 33 (4), 3–11.
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta*. Genf.
- WHO. (1999). *Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000–2005*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.



Dr. Peter Koler

Psychologe, Notfallpsychologe, Pädagoge.
Dissertation zum Dr. phil. an der Fakultät
Erziehungswissenschaften der TU Dresden.
Trainer in Motivational Interviewing. Direktor
des Forum Prävention in Bozen/Südtirol,
Lehrbeauftragter an der Freien Universität
Bozen
koler@forum-p.it



MA Magdalena Platzer

Sozialpädagogin (BA), Sozialarbeiterin (MA).
Seit 2015 inhaltliche Mitarbeiterin im
Forum Prävention in Bozen/Südtirol,
Fachstelle Suchtprävention und Fachstelle
für Essstörungen
platzer@forum-p.it

Drogen-Trip ins Krankenhaus – Ulmer Studie zeigt starke Zunahme von Cannabis-Psychosen

Seit 2011 hat sich am Universitätsklinikum Ulm die Zahl der Psychiatriepatienten mit Cannabis-Psychose vervielfacht. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III. Mögliche Ursache ist der hohe Tetrahydrocannabinol-(THC)-Wert von hochpotenten Neuzüchtungen sowie von synthetischen Cannabis-Produkten. Ein weiterer Grund könnte die ab 2017 geltende gesetzliche Zulassung von medizinischem Cannabis sein, vermuten die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen. Veröffentlicht wurden die Ergebnisse im Journal of Clinical Psychopharmacology.

Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Zerrfahrenheit und Verhaltensstörungen: Diese Symptome können bei einer Cannabis induzierten Psychose auftreten. „Für die Betroffenen ist diese Erfahrung schockierend, denn sie verlieren nicht nur den Bezug zur realen Welt, sondern auch ihr innerstes Selbst“, erklärt Professor Carlos Schönfeldt-Lecuona von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III am Universitätsklinikum Ulm. Der Wissenschaftler hat mit weiteren Ulmer Forscherinnen und Forschern in einer Studie untersucht, wie sich die Fallzahlen der Cannabis-Psychosen von 2011 bis 2019 entwickelt haben. Das Ergebnis: Es gibt einen massiven Anstieg. Und das obwohl im Untersuchungszeitraum weder für andere substanzinduzierte Psychosen noch für endogene Psychosen eine Zunahme zu verzeichnen war. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben dafür in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III eine Einzelzentrum-Analyse durchgeführt und hierfür die Kranken- und Behandlungsdaten von Patientinnen und Patienten untersucht, die in der Klinik stationär behandelt wurden. Diese Gesamtzahlen schwanken im Untersuchungszeitraum zwischen 1414 (2011) und 1270 (2019) und belegen, dass die Zahl der psychiatrischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen insgesamt in dieser Zeit nicht größer geworden ist.

Während im Jahr 2011 nur sieben Patienten und Patientinnen wegen einer Cannabis-induzierten Psychose behandelt wurden, waren es fünf Jahre später bereits 24 und 2019 schließlich sogar 59. Die meisten Fälle betreffen junge Männer. Setzt man die Einzelfälle ins Verhältnis zu den Gesamtpatientenzahlen der in der psychiatrischen Klinik behandelten Menschen, wird der Anstieg noch deutlicher. So erhöhte

sich die relative Häufigkeit des Auftretens von Cannabis-Psychosen von 0,5 Prozent (2011) auf 3,86 Prozent (2019). „Auch wenn die absoluten Häufigkeiten der Cannabis-Psychosen insgesamt eher gering erscheinen, zeigt sich hier bei den relativen Häufigkeiten fast eine Verachtfachung des Ausgangswerts“, erklärt Klinikkollege Professor Maximilian Gahr, der ebenfalls an der Studie beteiligt war.

Eine Ursache für den Anstieg der Patientenzahlen mit Cannabis-Psychosen sehen die Forschenden im teilweise deutlich erhöhten THC-Gehalt von genetisch veränderten Cannabis-Sorten beziehungsweise im hohen THC-Wert von synthetischem Cannabis, das immer leichter verfügbar ist. THC ist eine psychoaktive Substanz, die beim Kiffen von Cannabis für den Rausch verantwortlich ist. Der zweite Hauptwirkstoff ist Cannabidiol (CBD), dem eine entspannende bis angstlösende Wirkung nachgesagt wird, und der die Wirkung von THC möglicherweise sogar abschwächt. Während der THC-Wert in den letzten Jahren von ehemals rund drei Prozent auf heute über 16 Prozent angestiegen ist, enthalten viele hochgezüchteten Cannabissorten, die für den Freizeitkonsum angeboten werden, allerdings nur sehr wenig CBD. Mittlerweile ist bekannt, dass nicht nur ein hoher THC-Wert an sich, sondern insbesondere das Missverhältnis zwischen viel THC und wenig CBD ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Cannabis-Psychosen darstellt.

Ein weiterer Grund sieht das Ulmer Forschungsteam, zu dem auch Wissenschaftler der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie gehören, in der Änderung des rechtlichen Rahmens der Verschreibungspraxis. Denn Anfang März 2017 wurde per

Gesetz eine Verordnung von Cannabinoiden auf Rezept unter gewissen Umständen ermöglicht. Dies hat möglicherweise zur Folge, dass die gefährlichen Nebenwirkungen vor allem von illegal erworbenen Cannabisprodukten unterschätzt werden. „Trotz ihres Potenzials als therapeutische Substanzen bei vielen Störungsbildern ist der Einsatz von Cannabinoiden mit einem nicht zu unterschätzenden gesundheitlichen Risiko verbunden. Dies gilt insbesondere für Personen mit einer psychischen Vorerkrankung. So sind eben immer mehr Cannabis-Psychosen zu beobachten. Andererseits kommt es auch verstärkt zu Abhängigkeiten und zu schädlichem Gebrauch“, erklärt Professor Schönfeldt-Lecuona. So lässt sich in der Studie zeigen, dass der Anstieg der Fälle ab 2017 etwas stärker ausfällt noch einen Tick stärker ausfällt.

Eine derartige Entwicklung von Fallzahlen hat auch auf die psychiatrische Versorgung große Auswirkungen. Aufgrund des Zuschnitts der Studie können die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen allerdings noch nicht sagen, ob es sich um eine lokale Entwicklung oder um einen allgemeinen Trend handelt. „Es spricht alles dafür, dass wir es hier mit einer allgemeinen Entwicklung zu tun haben, daher halten wir es für angeht, hier mit weiteren und umfassenderen Untersuchungen nachzuhaken“, so die Ulmer Forschenden.

„Mit dem ‚Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften‘ vom 6. März 2017 befinden wir uns in einer Art bundesweitem Experiment. Doch die gesamtgesellschaftlichen Folgen sind noch unklar“, meint Professor Maximilian Gahr. Auf jeden Fall empfehlen die Autoren der Studie eine intensivere Aufklärung über mögliche Risiken des Konsums von Cannabinoiden. Die Wissenschaftler denken dabei sowohl an schmerztherapeutische Einrichtungen und Arztpraxen, die Cannabis verschreiben, als auch an Schulen und Jugendeinrichtungen. Denn eines ist auf jeden Fall klar: harmlos ist der Konsum von Cannabis auf keinem Fall.

