



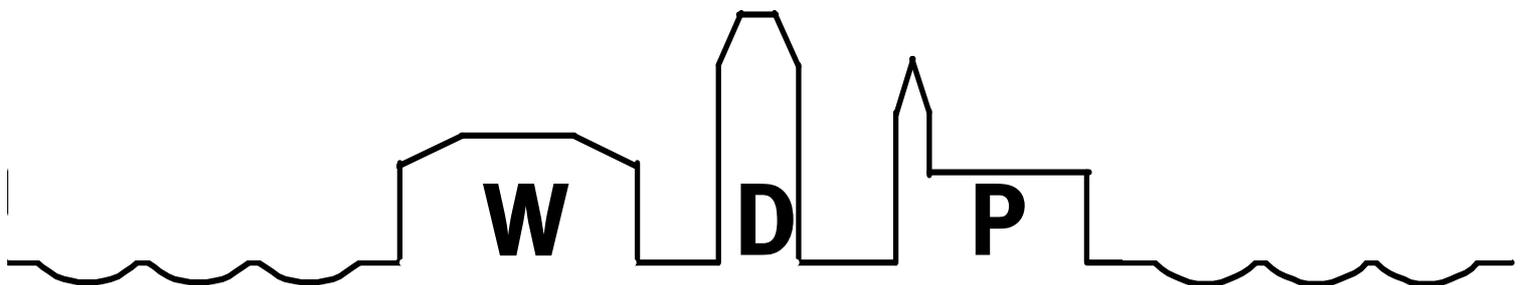
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Wismar Business School

Barbara Bojack

**„Alkoholmissbrauch,
Alkoholabhängigkeit“**

Begrifflichkeit, Epidemiologie, Therapie

Heft 04/2014



Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

Die Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Hochschule Wismar, University of Applied Sciences – Technology, Business and Design bietet die Präsenzstudiengänge Betriebswirtschaft, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht sowie die Fernstudiengänge Betriebswirtschaft, Business Consulting, Business Systems, Facility Management, Quality Management, Sales and Marketing und Wirtschaftsinformatik an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.

Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): <http://www.wi.hs-wismar.de/>.

Die Wismarer Diskussionspapiere/Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Hans-Eggert Reimers
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Hochschule Wismar
University of Applied Sciences – Technology, Business
and Design
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753 7601
Fax: ++49/(0)3841/753 7131
E-Mail: hans-eggert.reimers@hs-wismar.de

Vertrieb: HWS-Hochschule Wismar Service GmbH
Phillipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
23952 Wismar
Telefon:++49/(0)3841/753-574
Fax: ++49/(0) 3841/753-575
E-Mail: info@hws-wismar.de
Homepage: <http://cms.hws-wismar.de/service/wismarer-diskussions-brpapiere.html>

ISBN 978-3-942100-17-5

JEL- Klassifikation I00, I12, I19

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, 2014.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Begriffsbestimmungen	5
2.1 <i>Missbrauch bzw. schädlicher Gebrauch von Alkohol</i>	6
2.2 <i>Abhängigkeit von Alkohol</i>	7
3. Epidemiologie	10
4. Exkurs: Kriminalität und Alkohol	12
5. Therapie	14
5.1 <i>Epidemiologie</i>	14
5.2 <i>Vermittlung in die Therapie</i>	15
5.2.1 <i>Therapiephasen</i>	15
5.2.2 <i>Besonderheiten bei der Vermittlung in Therapie</i>	16
5.2.3 <i>Stationäre Entwöhnungstherapie</i>	17
5.2.4 <i>Ambulante Entwöhnungstherapie</i>	18
6. Ergebnisse der Behandlungen	19
6.1 <i>Ergebnisse der stationären Behandlungen</i>	19
6.2 <i>Ergebnisse der ambulanten Behandlungen</i>	19
6.3 <i>Andere Wege zur Bearbeitung der Alkoholkrankheit</i>	19
6.3.1 <i>Kontrolliertes Trinken</i>	19
6.3.2 <i>Modulare Kombinationstherapie</i>	20
6.3.3 <i>Selbständige Lösung</i>	20
6.3.4 <i>Selbsthilfegruppen</i>	21
6.4 <i>Zahlen zu Therapieangeboten</i>	21
6.5 <i>Nachsorge</i>	21
6.6 <i>Günstige Therapievoraussetzungen und Wirkfaktoren</i>	22
6.7 <i>Konzept der Sozialen Arbeit</i>	23
7. Alkohol und Betrieb	26
8. Zusammenfassung	28
9. Literaturverzeichnis	30

1. Einleitung

Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit stellen sich nicht nur als Problem eines einzelnen Menschen sondern auch als ein gesellschaftliches dar. Als eine einschneidende Konsequenz des überhöhten Alkoholkonsums treten beim Betroffenen früher oder später die durch Krankheit verkürzte Lebenserwartung und Schwierigkeiten im sozialen Bereich (Partnerschaft, Familie, Beruf) auf. Außerdem zeigen sich psychische Belastungen wie Scham und Verlust des Selbstwertgefühls.

Auf gesellschaftlicher Ebene kommt es durch die krankheitsbedingten Ausfallzeiten, Arbeitsunfähigkeit, vorzeitige Verrentung und die Kosten für die Krankheit in entsprechenden Institutionen (so wie Arzt- und Medikamentenrechnungen) zu hohen Kosten, die die Volkswirtschaft zu tragen hat und damit die Gesellschaft. An dieser Stelle endet allerdings der gesellschaftliche Bezug nicht. Es ist auch als ein kulturelles Problem auszumachen, denn der Konsum von Alkohol ist weit verbreitet und gesellschaftlich anerkannt. Kaum eine Feier im privaten oder gesellschaftlichen Bereich findet ohne Alkohol statt. So sprechen Hurrelmann und Settertobulte von einer unauflösbaren Ambivalenz zwischen kultureller Anpassung und Problemverhalten (Hurrelmann, 2008).

Das Ausmaß der Problematik für den betroffenen Bevölkerungsbereich und die Volkswirtschaft zeigt sich, wenn die Zahlen genannt werden. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gibt für die erwachsene Bevölkerung in der Deutschland 1,3 Millionen Menschen an; diese werden als behandlungsbedürftig alkoholabhängig eingestuft. Hinzu kommen 2,7 Millionen Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum bzw. Missbrauch (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2010).

Die durch alkoholbezogene Morbidität und Mortalität verursachten Kosten wurden für das Jahr 2002 auf insgesamt 24,4 Milliarden Euro geschätzt. Davon entfielen 8,4 Milliarden Euro auf direkte alkoholbedingte Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen sowie direkte nicht-medizinische Kosten und Rehabilitation. 16 Milliarden Euro entfallen auf indirekte Kosten im Zusammenhang mit Todesfällen, Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2010, S. 34f.).

Gleichzeitig stellen Alkoholgenuss und Alkoholismus samt seinen Folgeerkrankungen einen Wirtschaftsfaktor dar: Die Alkoholindustrie und ihre Zulieferbetriebe machen hohe Umsätze und Gewinne mit Alkohol. Ein weiterer Wirtschaftszweig befasst sich mit den von der Krankheit Betroffenen. Dies geht über Beratungsstellen, ambulante und stationäre Behandlungen bis hin zur Rehabilitation und Nachsorge. Das Statistische Bundesamt beschreibt, dass es 2012 1212 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland gab (nicht alle sind spezielle Rehabilitationseinrichtungen für Alkohol Kranke).

2. Begriffsbestimmungen

Die Krankheit selbst wurde 1774 erstmals von dem amerikanischen Arzt Benjamin Rush als „Krankheit des Willens“ beschrieben und damit überhaupt zum Gegenstand medizinisch-psychologischer Betrachtung und Behandlung. Zuvor waren Alkoholprobleme über Jahrhunderte als Laster bzw. Teufelswerk angesehen. Dem entsprechend wurden die Betroffenen stigmatisiert. Sie lebten in Einzelfällen gemeinsam mit Irren und Verbrechern und wurden von der Gesellschaft ausgestoßen (Lindenmeyer, 2005, S. 2).

Jellinek entwickelte 1941 das Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit, das heutigen Behandlungsansätzen nach wie vor zu Grunde liegt (Jellinek, 1960). Bei der Alkoholabhängigkeit handelt es sich um kein einheitliches Phänomen. Verlauf und Entwicklung sind verschieden. Auch das Trinkverhalten sowie die körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden zeigen ein variables Bild. Diesem unterschiedlichen Erscheinungsbild sollte in der Behandlung Rechnung getragen werden (Lindenmeyer, 2005, S. 2). Diese Einschätzung lässt sich aus den verschiedenen von Jellinek beschriebenen Typen der Alkoholkrankheit ableiten.

1952 definierte die WHO den Begriff „Alkoholismus“:

„Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht, dass sie deutliche geistige Störungen und Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen, oder sie zeigen Vorstadien einer solchen Entwicklung. Daher brauchen sie Behandlung!“

(Definition WHO, onlinegruppe Ohnegrenzen-WHO 28.2.2014).

Diese Definition stellt auf die Folgen des exzessiven Trinkens hinsichtlich körperlicher, geistiger, sozialer und wirtschaftlicher Schädigungen ab und unterliegt insofern der Kritik.

1977 erfährt sie eine Änderung dahingehend, dass alkoholbezogene Folgeschäden und Alkoholabhängigkeit unterschieden werden (Edwards, 1977). Diese Unterscheidung wurde in die Klassifikationen ICD (International Classification of Diseases) und DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual) der American Psychiatric Association aufgenommen. Die letzte Definition des Alkoholismus erfolgte durch die führenden amerikanischen Fachinstanzen (National Council on Alcoholism and Drug Dependence, American Society of Addictive Medicine), die Soyka (Soyka M. K., 2008) wie folgt übersetzt:

„Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und Umfeld bedingte Faktoren beeinflusst werden. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens

beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.“

Für die klinische Einteilung und damit deren Behandlung finden die Begriffe Missbrauch bzw. Abhängigkeit in den beiden international verwendeten Klassifikationen DSM-IV und ICD-10 üblicherweise Verwendung. Damit ist eine vergleichbare und klare Einstufung möglich. Davon unabhängig sind noch verschiedene weitere Begriffe in Gebrauch, auf die aber an dieser Stelle nicht eingegangen wird. Es werden nun diese üblichen Klassifikationen erläutert.

2.1 Missbrauch bzw. schädlicher Gebrauch von Alkohol

Im DSM-IV wird für die Diagnose des Missbrauchs psychotroper Substanzen, worunter hier der Alkohol verstanden wird, das Vorhandensein von mindestens einem der folgenden Kriterien innerhalb von einem Zeitraum von zwölf Monaten vorausgesetzt:

- wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder im häuslichen Bereich führt
- wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. im Straßenverkehr)
- wiederkehrende rechtliche Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum
- fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder sich wiederholender sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die im Zusammenhang mit den Auswirkungen des Alkohols stehen.

Treten diese Probleme im Zusammenhang mit Alkoholtoleranz, Entzug oder zwanghaftem Verhalten, welches mit dem Alkoholkonsum zusammenhängt, auf, so ist eher von der Diagnose Alkoholabhängigkeit als von einem Alkoholmissbrauch auszugehen. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien der Alkoholabhängigkeit (Soyka M. K., 2008). Dies bedeutet, dass eine Diagnosestellung nur unter sorgfältiger Berücksichtigung der Symptome möglich ist.

Im ICD-10 wird nicht von Alkoholmissbrauch gesprochen, sondern der Begriff wird durch „schädlichen Gebrauch“ ersetzt. Der schädliche Gebrauch bezieht sich auf Gesundheitsschädigungen, die durch den Konsum entstehen. Diese können in körperlicher oder psychischer Störung bestehen. Soziale Schäden werden in dieser Definition im Unterschied zum DSM-IV nicht mit verwendet (Soyka M. K., 2008).

2.2 Abhängigkeit von Alkohol

Der DSM-IV beschreibt die Abhängigkeit als ein unangepasstes Muster des Konsums von Alkohol, das klinisch bedeutsam wird und zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt, die mindestens drei der folgenden sieben Kriterien beinhalten, wobei ein Zeitraum von zwölf Monaten vorausgesetzt wird:

- Toleranzentwicklung mit Verlangen nach Dosissteigerung
- Entzugssymptome
- häufige Einnahme von Alkohol in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt
- anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
- hoher Zeitaufwand für Aktivitäten zur Beschaffung der Substanz, sie einzunehmen oder sich von deren Wirkung zu erholen
- Aufgabe oder Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten
- fortgesetzter Alkoholmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden Problems, das im Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

Dem gegenüber steht die Klassifikation nach dem ICD-10.

Nach ICD-10 stehen bei dem Abhängigkeitssyndrom körperliche, Verhaltens- und kognitiv- emotionale Phänomene im Vordergrund, bei denen der Konsum der Substanz Alkohol für den betroffenen Menschen Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden. Es wird ein Zwang bemerkt. Sechs Kriterien sind bedeutsam:

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Toleranznachweis und Dosiserhöhung
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Konsums
- anhaltender Alkoholkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Dazu gehören Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmung oder Verschlechterung der kognitiven Funktionen (Soyka M. K., 2008).

In beiden Schemata ist bei der Diagnose der Abhängigkeit eine Übereinstimmung bei den wesentlichen Symptomen zu verzeichnen.

Dies zeigt die Tabelle mit dem Vergleich der beiden Klassifikationen, wobei die Reihenfolge unterschiedlich ist, wie die Zahlenangaben zeigen.

Abbildung 1: Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit

DSM IV	ICD-10
Schädlicher Gebrauch bzw. Missbrauch	
<ul style="list-style-type: none"> • Vernachlässigung von Pflichten (1) • Alkohol trotz körperlicher Risiken (2) • Alkohol trotz Problemen mit der Polizei (3) • Alkohol trotz psychosozialer Probleme (4) 	Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit
Abhängigkeit *	
<ul style="list-style-type: none"> • Toleranz (1) • Entzugssyndrom (2) • Kontrollmeldung (3) • zwanghaftes Trinken (4) • hoher Zeitaufwand für Alkoholbeschaffung (5) • Vernachlässigung anderer Aktivitäten (6) • Konsum trotz Wissen um negative Folgen (7) 	<ul style="list-style-type: none"> • Toleranz (4) • Entzugssyndrom (3) • Kontrollminderung (2) • zwanghaftes Trinken (1) • hoher Zeitaufwand für Alkoholbeschaffung (5) • Vernachlässigung anderer Aktivitäten (5) • Konsum trotz Wissen um negative Folgen (6)
* Die Ziffern entsprechen der Reihenfolge in dem jeweiligen Diagnosesystem	

Quelle: „Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit“, S. 13; Michael Soyka, Heinrich Kufner; Thieme-Verlag 2008

Werden die Klassifikationen zur Klärung der Alkoholabhängigkeit verwendet, so zeigt sich ein Unterschied. Beim DSM-IV wurde bei 3,9 %, beim ICD-10 bei 5,5 % derselben Population eine Alkoholabhängigkeit gefunden. Das heißt, an dieser Stelle zeigt sich ein Unterschied von nur 0,67 beim K-Wert (Caetano, 1998). Der Korrelationskoeffizient K zeigt, dass die Unterschiede bei der Anwendung von DSM-IV bzw. ICD-10 nicht besonders groß sind. Die Beschreibung der Abhängigkeit nach DSM-IV unterscheidet sich von der nach ICD-10 durch die Aufnahme der sozialen Komponente.

Die Diagnose Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit wird durch klinisch chemische Parameter unterstützt. Unter Abstinenzbedingungen tritt eine Erholung dieser Parameter ein. Alkoholbezogene Störungen und Krankheiten treten durch entsprechenden Alkoholkonsum auf. Im Vordergrund stehen ge-

sundheitliche und soziale Probleme verschiedensten Schweregrades.

Gesundheitliche Probleme sind Krebserkrankungen, neurologische und psychische Störungen, kardiovaskuläre Erkrankungen. Magen-Darm-Erkrankungen, perinatale Erkrankungen Alkoholvergiftungen, Unfälle, Suizide und durch Gewalt verursachte Todesfälle stehen hierbei im Vordergrund (Babor, 2003). Soziale Störungen, die mit Alkoholkonsum einhergehen, werden durch Gewalt, Vandalismus, öffentliche Ruhestörung, familiäre und finanzielle Probleme sowie Probleme und Unfälle am Arbeitsplatz verursacht (Babor, 2003).

Neben diesen Klassifikationen existiert der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Schwerpunkt dieser Einteilung ist die Erfassung funktionaler Gesundheit unter Einbeziehung des sozialen und ökologischen Umfeldes (WHO – World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF World Health Organization 2001). Dabei stehen nicht die Symptome einer Erkrankung im Vordergrund, sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag. Dementsprechend ändert sich auch das Behandlungsziel. Nicht die Beseitigung von Krankheitssymptomen steht im Vordergrund, was vielfach bei chronischen Erkrankungen nicht mehr möglich ist. Vielmehr geht es bei der Behandlung darum, die durch die Erkrankung entstehende Beeinträchtigung des Betroffenen im Zusammenhang mit seiner Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben zu überwinden bzw. entsprechend zu berücksichtigen.

3. Epidemiologie

In Deutschland gibt es nur wenige Studien, die sich mit der Epidemiologie von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch befassen. Häufig genannt wird die Schätzung von 2,5 Millionen Alkoholabhängigen in Deutschland. Diese Zahl geht auf eine Studie aus dem Jahr 1974 (Feuerlein W. K., 1977) zurück. Diese wird durch andere Studien mehr oder weniger - zumindest in der Größenordnung - bestätigt.

Der Vollständigkeit halber werden noch einige epidemiologische Daten angeführt. Die Alkoholabhängigkeit stellt in den westlichen Industrienationen bei Männern die häufigste und bei Frauen nach den Angststörungen die zweithäufigste psychische Erkrankung dar (Wittchen, 1992).

Die Häufigkeit der Alkoholmissbrauchenden und der Alkoholabhängigen wurde bereits dargestellt. Es besteht Grund zur Annahme, dass wegen der systematischen Unterschätzung des eigenen Alkoholkonsums durch die Befragten davon auszugehen ist, dass die tatsächliche Zahl der Alkoholabhängigen höher liegt (Stockwell, 2004). Es gibt Studien, die eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholismus in Deutschland von 13 % einstufen (Wittchen, 1992).

Der Alkoholkonsum in der Bundesrepublik Deutschland ist weit verbreitet. Er liegt mit 10,2 l reinem Alkohol pro Kopf jährlich hoch. Das entspricht insgesamt einer Menge von etwa 117,5 Litern Bier, 23,6 l Wein bzw. Sekt sowie 5,9 l Spirituosen. Wird der Jahresverbrauch auf die über 15 -jährigen Einwohner bezogen, so ergibt sich rein rechnerisch ein Alkoholkonsum von etwa 34 g pro Tag. Lediglich 2,1 % der Männer bzw. 3,3 % der Frauen der erwachsenen Bevölkerung trinken überhaupt keinen Alkohol. Allerdings trinken Männer im Schnitt etwa dreimal so viel Alkohol wie Frauen. Einen starken Alkoholkonsum mit mehr als 30 bzw. 20 g Alkohol pro Tag weisen 16,2 % der Männer und 8,6 % der Frauen auf (Augustin, 2005).

Ein weiterer Befund ist folgender: Es bestehen hinsichtlich der Trinkmenge und der Getränke regionale Unterschiede. In den neuen Bundesländern liegt der Alkoholkonsum höher als in den alten Bundesländern. Im Süden Deutschlands werden Wein und Bier bevorzugt. Der Konsum von Spirituosen ist im Norden und Osten Deutschlands stärker verbreitet. Insgesamt fällt auf, dass 50 % des Alkohols von nur 7 % der Bevölkerung getrunken werden. In Verbindung mit an Alkoholkonsum Verstorbenen stellte sich heraus, dass diese ein um 20 Jahre niedrigeres Sterbealter haben als Menschen, die an anderen Todesursachen verstorben sind. So lag z.B. das mittlere Sterbealter der an Alkoholkonsumbezogenen Krankheiten Verstorbenen in Westdeutschland bei 58 Jahren bei Männern, bei Frauen bei 57 Jahren. Dem gegenüber wurden Männer 74,6 und Frauen 77 Jahre alt. Aktuelle Zahlen sind schwer zu erheben. (Bloomfield, 2008). Anzumerken ist, dass nicht alle Ärzte, die die Leichenschau durchführen und daraufhin den Leichenschauschein ausstellen, die

Grunderkrankung eintragen bzw. die Todesursache in Zusammenhang mit der Alkoholerkrankung bringen. Das bedeutet, dass die Genauigkeit dieser Zahlen schwer einschätzbar ist. Aktuelle Zahlen liegen nicht vor. Hemstrom (Hemstrom, 2002) kommt in seiner Studie aus Schweden zu dem Ergebnis, dass etwa 5% aller Todesfälle alkoholbedingt sind bei der Altersgruppe zwischen 30 und 79 Jahren.

Eine besondere Häufung von alkoholabhängigen Menschen findet sich bei stationären Patienten. Mit 7-19 % finden sie sich vor allem in psychiatrischen Einrichtungen, Abteilungen für Innere Medizin und in traumatologischen Abteilungen (John, 1996). Dies sollte bei der Prävention beachtet werden. Hier bieten sich Kurzinterventionen an.

Eine weitere Besonderheit besteht in der Verbreitung von Alkoholproblemen. Für diese ist nicht nur die durchschnittliche Trinkmenge pro Kopf entscheidend, sondern auch das in der Gesellschaft übliche Trinkmuster. Hier sind zum Beispiel die Menge pro Trinkepisode, der zeitliche Abstand zwischen den Trinkepisoden sowie der Trinkort bedeutsam. In Europa und Nordamerika ist weltweit der höchste Alkoholkonsum zu verzeichnen. Die Trinkmuster im Sinne von periodischen Trinkexzessen mit den schlimmsten Auswirkungen finden dagegen in Osteuropa, in Mittel- und Südamerika sowie in Teilen von Afrika statt (Rehm, 2003).

Zurück zu gesellschaftlichen Aspekten. Unabhängig von derartigen Trinkgewohnheiten ist es in Deutschland üblich und Konsens, alkoholhaltige Getränke bei Festlichkeiten und zu gesellschaftlichen Anlässen anzubieten. Stark reduziert, wenn überhaupt vorhanden, ist die Gewohnheit, alkoholfreie Getränke oder Softdrinks anzubieten. Diejenigen, die ein alkoholisches Getränk ablehnen, könnten in den Verdacht geraten, mit Alkohol nicht umgehen zu können. So schreibt Heckel (Heckel, ohne Jahresangabe, 4. Auflage)“ Was ich nur schwer akzeptieren kann, ist, dass ich mich in Gesellschaften dafür zu rechtfertigen habe, dass ich keinen Alkohol trinke.“. Wohingegen Trinkfestigkeit als Zugangsvoraussetzung zu bestimmten Kreisen, unabhängig von der gesellschaftlichen Schicht, vorausgesetzt wird. Üblich ist es auch, andere zum (Alkohol-)Trinken zu animieren. Die Frage stellt sich, ob dieses Animieren nicht ein Alibi für den eigenen Alkoholkonsum darstellt bzw. diesen kaschieren soll. In Restaurants und gastlichen Einrichtungen sind oft alkoholhaltige Getränke preislich deutlich günstiger als alkoholfreie. Hier wäre es wichtig, gesellschaftliche Normen und Gepflogenheiten zu hinterfragen und zur Diskussion zu stellen.

Ein Umdenken in der Gesellschaft ist notwendig dahingehend, dass Alkoholabstinenz „cool“ ist und nicht der Alkoholkonsum. Dies wäre eine Schraube hin zu mehr Gesundheit in der Bevölkerung.

4. Exkurs: Kriminalität und Alkohol

Die Zahlen im Zusammenhang mit Straftaten zeigen, dass ein hoher Prozentsatz der Straftaten unter Alkoholeinfluss stattfand. Dies lässt den Schluss zu, dass eine Erhöhung der Therapieplätze gerade im Strafvollzug notwendig wäre. Die Menschen sind vor Ort, haben Zeit, können sich im Rahmen einer Alkoholtherapie mit sich selbst befassen. Dies wäre nicht nur eine Maßnahme für den Betroffenen selbst, sondern auch präventiv für die Gesellschaft. Denn nach Absitzen der Strafe und erfolgter Behandlung mit anschließender Abstinenz wäre dies eine Aufgabe im Sinne der Resozialisierung und Reintegration in die Gesellschaft nach Ansicht der Verfasserin.

Die Datenlage spricht hier für eine eigene Sprache:

Für den amerikanischen Raum liegen Ergebnisse vor, die zeigen, dass bei Totschlagsdelikten zum Tatzeitpunkt in 86 % der Fälle Alkoholeinfluss zu verzeichnen ist, bei den Sexualdelikten in 60 % (Roizen, 1997). Aktuelle Daten liegen nicht vor.

Bei den Gewaltdelikten wird davon ausgegangen, dass 42 % im Zusammenhang mit Alkohol stehen (Pernanen, 1991). Diesen Befund unterstreicht auch Martin (Martin, 1992), der in seiner Übersicht verschiedene Bereiche anführt, in denen Alkohol und interpersonelle Gewalt verknüpft sind. Selbstverständlich ist die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang schwierig. Alkohol kann als Teil des Lebensstils eines Gewalttäters, als akuter Auslöser einer nicht intendierten Gewalttat, aber auch als Mittel zur geplanten Durchführung einer solchen dienen. Das Konzept der selektiven Enthemmung wird von anderen Autoren (Parker, 1995) in diesem Zusammenhang ausführlich diskutiert (Robert-Koch-Institut, 2008).

Die polizeiliche Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes (Bundeskriminalamtes, 2008) legt dar, dass der Anteil aller im Jahr 2006 aufgeklärten Straftaten zu 10 % unter Alkoholeinfluss begangenen wurde. Dies sind insgesamt rund 350.000 Fälle. Der Anteil der unter Alkoholeinfluss begangenen und aufgeklärten Straftaten ist seit Mitte der 1990iger Jahre gestiegen und zwar von 7,6 % in 1996 auf 9,7 % in 2005. Nahezu jedes dritte Gewaltdelikt geschah 2006 unter Alkoholeinfluss. Schwere Delikte, insbesondere Tötungsdelikte, geschahen in einem noch höheren Ausmaß unter Alkoholeinfluss. Circa 40 % der Totschlagsfälle erfolgten unter Alkoholeinfluss. 25 % der Morde wurden unter Alkoholeinfluss begangen. Etwa vier von zehn Raubmorden erfolgten unter Alkoholeinfluss. Bei den Sexualmorden variierte der Anteil der unter Alkoholeinfluss verübten und aufgeklärten Fälle wegen der relativ kleinen Fallzahlen zwischen 20 % und 60 %. Bei Körperverletzung war der Einfluss von Alkohol umso häufiger, je schwerer die Delikte waren. Bei gefährlicher und schwerer Körperverletzung lag der Anteil im Jahr 2006 bei 33 %. Bei Körperverletzung mit tödlichem Ausgang lag der Anteil bei 38,5 % und bei

Totschlag bei 40,5 %. Bei der alltäglichen Gewalt in Familien, von der nur ein relativ kleiner Teil wegen der hohen Dunkelziffer bekannt wird, spielt Alkohol eine erhebliche Rolle. Verlässliche Angaben hierzu liegen allerdings nicht vor. Der Hintergrund ist, dass die polizeiliche Kriminalstatistik nur aufgeklärte Fälle aufführt. Dies lässt den Schluss zu, dass das Dunkelfeld eher höher liegt, jedoch empirisch schwer abzuschätzen ist (Robert-Koch-Institut, 2008).

Ein weiteres Feld stellen die Unfälle unter Alkoholeinfluss dar. Das Robert-Koch-Institut (Robert-Koch-Institut, 2008) fasst die Befunde (Statistisches Bundesamt, 2006) wie folgt zusammen: Von 336.619 Verkehrsunfällen mit Personenschäden, die sich 2005 in der Bundesrepublik Deutschland ereigneten, fanden 6,5 % unter Alkoholeinfluss statt. Von 109.306 Führerscheinentzügen im Jahr 2004 erfolgten rund 90 % wegen Trunkenheit im Straßenverkehr. Der Anteil der Alkoholdelikte bei tödlichen Unfällen im Straßenverkehr lag 2005 bei 11,2 %. Die absolute Zahl der Verurteilungen wegen Verstößen im Straßenverkehr im Zusammenhang mit Trunkenheit belief sich 2005 auf 103.727. Trunkenheit spielte bei rund 55 % aller Verurteilungen wegen im Straßenverkehr begangener Straftaten eine Rolle. Circa ein Viertel der Verurteilungen wegen fahrlässiger Körperverletzung im Straßenverkehr hing mit Trunkenheit zusammen. Bei den Verurteilungen wegen fahrlässiger Tötung im Straßenverkehr entfielen 17 % Prozent der 2005 registrierten Fälle auf Trunkenheit.

Der Anteil der Männer an diesen Trunkenheitsdelikten schwankte je nach Schwere der Delikte zwischen 88 % (alle Trunkenheitsdelikte) und 91 % (fahrlässige Tötung). Es ist davon auszugehen, dass eine große Zahl von Trunkenheitsfällen nicht entdeckt wird (Vollrath, 1997). Dies bedeutet, dass die Unfallhäufigkeit unter Alkoholeinfluss mit einer Dunkelziffer behaftet ist und insofern höher liegt, als es die oben genannten Zahlen darstellen. Aktuelle Zahlen sind schwer zugänglich und liegen nicht vor. Es besteht aus Sicht der Verfasserin die Vermutung, dass beim Thema Alkoholkrankheit und Folgen eine gewisse Hemmschwelle vorliegt. Wie die Erkrankung selbst erhält es nicht den ihrer Bedeutung nach notwendigen Stellenwert. Gerne wird die Bedeutung der gesamten Problematik verharmlost.

Der Einfluss von Alkohol auf häusliche Gewalt und Unfälle am Arbeitsplatz ist bekannt.

Besonderer Aufmerksamkeit bedarf die Gruppe der Menschen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer komorbiden Abhängigkeitsstörung leidet. Diese Menschen bedürfen frühzeitig einer besonderen Therapie. Diese Patienten sind instabil und impulsiv. Das suizidale Verhalten tritt verstärkt auf (Kienast, 2014). Präventiv kann hier angesetzt werden durch entsprechende Angebote, dies zum Wohle der Gesellschaft und des Betroffenen im Besonderen. Eine Erhöhung der Therapieplätze sollte angestrebt werden.

5. Therapie

5.1 Epidemiologie

Bevor die therapeutischen Instrumente im Einzelnen beschrieben werden, erfolgt zunächst eine Darstellung der derzeit behandelten Menschen. Nach Expertenschätzungen kommen jährlich nur maximal 2 % der Betroffenen in eine suchttherapeutische Behandlung (Weber, 2007, S. 324). Wienberg (Wienberg, Die "vergessene Mehrheit" heute - Teil I: Ein Blick zurück nach vorn, 2001) (Wienberg, Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, 1992) spricht zu einem früheren Zeitpunkt von 6% der Behandlungsbedürftigen, die zu Behandlungsmaßnahmen gelangen. Dieser Befund stellt eine therapeutische Herausforderung dar. Ein weiterer Befund ist, dass nur 15% aller Personen, die zum Untersuchungszeitpunkt die Kriterien nach DSM-IV erfüllten, Hilfe in Anspruch nahmen, die über einige wenige Kontakte hinausgingen (Freyer, 2006). Daraus kann geschlossen werden, dass nur ein kleiner Prozentsatz sich in Behandlung begibt. Relativ viele Menschen, bei denen ein Alkoholmissbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren ist, weisen auch einen Konsum psychoaktiver Substanzen auf. Dazu gehören Medikamente und illegale Drogen (Soyka, 2008, 6. Auflage, S. 323). Die Barmer GEK ermittelte in ihrem Arzneimittelreport 2011, dass z.B. in Deutschland Benzodiazepine (Beruhigungsmittel) an Alkoholabhängige verschrieben werden. 14% der alkoholabhängigen Versicherten der Barmer GEK, bei Frauen sogar 18% erhalten diese Substanz von ihrem Arzt. Da die Substanz längerfristig gerade bei Alkoholabhängigen ein hohes Suchtpotential hat, sollte es dieser Patientengruppe nicht verabreicht werden (Barmer GEK, 2011).

Es werden viele Abhängigkeitskranke aufgrund verschiedenster Folgeerkrankungen aus dem somatischen und psychiatrischen Bereich regelmäßig von niedergelassenen Ärzten oder in Krankenhäusern behandelt. Diese Kontakte verbrauchen hohe Ressourcen, speziell im akutmedizinischen Bereich. Die eigentlich zu Grunde liegende Erkrankung, nämlich die Suchterkrankung mit ihren entsprechenden substanzbezogenen Störungen, wird allerdings nicht nachhaltig behandelt (Weissinger, 2006). Hier besteht noch ein hohes Potenzial, das es zu nutzen gilt, um den Patienten zu motivieren und dafür zu sensibilisieren, dass eine weitere zusätzliche Behandlung notwendig ist bzw. eine Aufgabe der Sucht ansteht.

Vorstellbar ist, dass eine gewisse Scheu besteht, einen Betroffenen oder vermeintlich Betroffenen anzusprechen. Und zwar deshalb, weil eine falsche Verdächtigung ausgesprochen werden könnte oder der Betroffene den Verdacht zurückweisen könnte. Oft werden Symptome vom Betroffenen gut kaschiert, so dass selbst der Arzt sie nicht sofort erkennt oder Hemmungen hat,

sie anzusprechen. Aus Sicht der Verfasserin sollten für entsprechende Berufsgruppen Schulungen erfolgen. Dazu gehört auch, dass dem Arzt-Patient-Gespräch seitens der Krankenkassen mehr Bedeutung zugemessen wird. |

Die Gründe, weshalb so wenig Betroffene einer Behandlung zugeführt werden bzw. eine solche annehmen, liegt auch an der Infrastruktur. Nicht jedem Alkoholkranken steht unmittelbar ein passgenauer Behandlungsplatz zur Verfügung. Wünschenswert wäre eine frühzeitige fachgerechte suchtmmedizinische Behandlung. Wichtig ist es auf die Bedeutung der Kurzinterventionen durch Ärzte und Pflegepersonal und andere Menschen aus dem sozialen Umfeld des Kranken hinzuweisen. Diese haben eine hohe Bedeutung für die Sensibilisierung und die spätere suchtmmedizinische Behandlung. Darauf weisen Studien hin (Freyer, 2006) bzw. (Arbter, 1999).

Nicht bei allen entwickelt sich die Lösung aus der Alkoholabhängigkeit über eine suchtmmedizinische Behandlung. Es gibt eine hohe Anzahl von Menschen, die von sich aus zur Abstinenz finden. Hinzuweisen ist hier auf die vorge-schalteten Motivationen durch Menschen aus dem sozialen Umfeld und weitere wichtige Einflüsse, die zur Abstinenz bewegen. Nicht zuletzt dadurch fanden die früher Abhängigen in die Abstinenz (Bojack, 2011).

Untersuchungen zeigen, dass eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von mehr als zwölf Jahren besteht, ehe die erste stationäre Entwöhnungsbehandlung angetreten wird (Weissinger, 2006, S. 59). Die DHS berichtet, dass zum Zeitpunkt der aktuellen Behandlung in den an der Untersuchung teilnehmenden Einrichtungen die Patienten ihr Alkoholproblem seit 15 bzw. 16 Jahren haben. Dies galt für ambulante und stationäre Therapien. Bei 43% der Patienten ist die aktuelle Behandlung nicht die erste Therapie im Zusammenhang mit der Alkoholproblematik (Künzel, 2011, S. 7). D.h. der Leidensweg bis zur Therapie und Abstinenz kann lang werden.

5.2 Vermittlung in die Therapie

In die stationären Einrichtungen werden Patienten mit Alkoholproblemen fast ausschließlich durch Suchtberatungsstellen oder die Krankenhäuser zur Behandlung vermittelt. Im ambulanten Bereich kommen 33% der Patienten ohne Vermittlung in die Einrichtung. Zu einem großen Prozentsatz geschieht bei den übrigen die Vermittlung durch Krankenhäuser oder Familienangehörige (Künzel, 2011, S. 8).

5.2.1 Therapiephasen

Die Behandlung Alkoholkranker lässt sich in verschiedene Phasen einteilen. Diese sind (Feuerlein W. K., 1998):

1. Kontaktphase

2. Entgiftungs- bzw. Entzugsphase
3. Entwöhnungsphase
4. Weiterbehandlungs- bzw. Nachsorgephase.

In der **Kontaktphase** stehen Diagnostik und Motivation des Patienten im Vordergrund. Hier gilt es die Problematik des Trinkverhaltens anzusprechen. Ziel ist es, die Krankheitseinsicht und die Therapiebereitschaft zu fördern. Oft gestaltet sich diese Phase langwierig und schwierig. Diese genannten Ziele stehen dann oft noch im Mittelpunkt der **Entgiftungs- bzw. Entzugsphase**. In dieser wird eine vertiefte Motivationsbehandlung zusammen mit der Unterbrechung des Alkoholkonsums eingeleitet inklusive Diagnostik und Behandlung körperlicher bzw. psychischer Begleiterkrankungen.

Im positiven Fall führt diese Entgiftungs- und Entzugsphase in die nachfolgende **Entwöhnungsphase**. Kommen diese beiden Phasen zusammen, wird von einer „qualifizierten Entzugsbehandlung“ (Mann K. S., 2002) bzw. (Mann K. S., 1995) gesprochen. Damit ist allerdings die Behandlung noch nicht abgeschlossen. Die Weiterbehandlung alkoholassoziierter Erkrankungen erfolgt meistens durch niedergelassene Allgemeinmediziner, Fachärzte oder stationär im Krankenhaus. Nur teilweise erfolgt die Behandlung der Grunderkrankung (Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit) in medizinisch und psychologisch geführten Facheinrichtungen (Robert-Koch-Institut, 2008).

Im deutschen System werden Entgiftung oder Entzug von der Entwöhnung unterschieden. In der Entgiftung und Entzugsbehandlung wird die Überwindung des Abhängigkeitssyndroms durch Unterbrechung des Alkoholkonsums mit Diagnostik und Behandlung der Folgeerscheinungen als zentrale Aufgabe angesehen. Gleichzeitig werden Einsicht und Therapiebereitschaft gefördert. Demgegenüber hat die Entwöhnungsbehandlung schwerpunktmäßig das Erreichen einer dauerhaften Abstinenz und die Rehabilitation mit Blick auf die Erwerbsfähigkeit zum Ziel (Robert-Koch-Institut, 2008).

5.2.2 Besonderheiten bei der Vermittlung in Therapie

Für die praktische Umsetzung gilt es verschiedenes zu beachten. Die Kooperation und Abstimmung der Hilfesysteme scheint insofern besonders wichtig zu sein, da in Deutschland das System so ausgerichtet ist, dass es unterschiedliche Kostenträger gibt. Für die ärztlichen Therapien einschließlich der Krankenhausbehandlungen ist im Regelfall die Krankenversicherung zuständig bzw. der Träger der Sozialhilfe. Werden dagegen ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen in Anspruch genommen, so stellen diese eine Aufgabe der Rentenversicherung dar. Nur ausnahmsweise treten hier Krankenversicherung oder ein Träger der Sozialhilfe ein.

Diese Regelung mit mehreren Kostenträgern führt dazu, dass nicht immer klar

ist, wer zuständig ist. Es werden Unsicherheiten verursacht, und es gibt einen hohen bürokratischen Verwaltungsaufwand. Dies kann dazu führen, dass Patienten, die das System nicht komplett durchschauen oder bei denen ein zeitlicher Abstand zwischen den einzelnen Phasen entsteht, von diesem System nicht profitieren können und insofern eine Nichtbehandlung bzw. eine kontinuierliche Fortführung der Behandlung dadurch nicht unterstützt wird.

Grundsätzlich ist eine individuelle Gestaltung der Therapie anzustreben. Wünschenswert sind frühe Intervention, ausreichende Ressourcenorientierung, Stärkung von Selbsthilfeanteilen, Basisversorgung und ambulante Hilfe mit der Bevorzugung von wohnortnahen Maßnahmen. Sinnvoll erscheint auch eine Abstimmung der Hilfesysteme aufeinander, deren Kooperation und eine mehrdimensionale Schadensminderung (Robert-Koch-Institut, 2008).

Therapie und Beratung können auch durch Selbsthilfeeinrichtungen, Beratungsstellen oder andere Einrichtungen wie zum Beispiel Übergangswohnheime, in einigen Fällen auch durch den Strafvollzug, erfolgen. Dies hängt nicht zuletzt von der Motivation und dem Störungsbild ab.

5.2.3 Stationäre Entwöhnungstherapie

Viele Jahre lag der Schwerpunkt der Therapie der Alkoholkranken auf den Entwöhnungstherapien in den entsprechenden spezialisierten Fachkliniken. Ziel war es, eine Abstinenz zu erreichen und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Im Vordergrund standen Gruppen und therapeutische Verfahren, wobei psychoanalytische, psycho- und sozialtherapeutische Verfahren integriert wurden. Verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren wurden ebenso angewandt wie Entspannungstechniken, gegebenenfalls Gestalt-, Paar- und Familientherapien. Auch systemische Ansätze fanden Eingang. Außerdem wurden Bewegungstherapie in Sport, Ergotherapie und sozial therapeutische Maßnahmen angeboten (Soyka, 2008, 6. Auflage, S. 350 ff.).

Diese Behandlungen wurden in den letzten Jahren deutlich verkürzt von sechs Monate auf nur noch 12-16 Wochen. Die Gesamtzahl bewilligter stationärer Entwöhnungsbehandlungen für Suchtkranke wurde glücklicherweise nicht gekürzt trotz des erheblichen Kostendrucks.

Es stellt sich die Frage, ob kürzere stationäre Behandlungen genauso effizient sind wie längere. Diese Frage lässt sich nicht eindeutig beantworten, dies vor allem vor dem Hintergrund, dass verschiedene Therapiekonzepte vorliegen, die schwer vergleichbar sind. Metaanalysen sprechen dafür, dass die kürzere Behandlungsdauer auch zum Teil auf Kosten des Therapieerfolges geht. Umgekehrt können mehr Patienten in dieses verkürzte Therapiesystem aufgenommen werden (Mann, 2002). Um diese Frage eindeutig klären zu können, ist es notwendig, weitere wissenschaftliche Untersuchungen anzustellen.

5.2.4 Ambulante Entwöhnungstherapie

Ambulante Therapien sind in Deutschland relativ selten.

Voraussetzung für eine ambulante Entwöhnungstherapie ist, dass ein relativ intaktes soziales Umfeld besteht, die Fähigkeit und Bereitschaft zur Suchtmittelabstinenz vorliegt sowie aktive Mitarbeit und Einhaltung des Therapieplanes gegeben sein. Eine ausreichende berufliche Integration und eine stabile Konzentration sollten ebenfalls vorliegen. Nicht zuletzt sind auch psychische und körperliche Begleiterkrankungen ein limitierender Faktor. Derzeit bieten 350 Einrichtungen eine ambulante Rehabilitation an (Hüllinghorst, 2006). Die Angebote und Ergebnisse zeigen, dass eine ambulante Entwöhnung möglich ist.

6. Ergebnisse der Behandlungen

6.1 Ergebnisse der stationären Behandlungen

In den siebziger Jahren wurden etliche Therapieergebnisse stationärer Entwöhnungsbehandlungen veröffentlicht. Es zeigte sich, dass etwa ein Drittel der Menschen, die eine Therapie durchgeführt hatten, über mehrere Jahre abstinent waren. (Emrick C. D, 1974)

Eine 4-Jahreskatamnese von Patienten in einem stationären Setting hatte eine Abstinenzrate von 46 % ergeben, die Abstinenzrate nach 18 Monaten betrug 53 % (Feuerlein W. K., 1989). Im Jahr 2000 wurde eine Abstinenzrate bei stationären Entwöhnungstherapien von im Mittel 53 % nach einem Jahr abgebildet. Die Schwankungsbreite liegt allerdings bei 12 % bis 63 % (Sonntag, 2000). Andere internationale Studien belegen zum Teil schlechtere Ergebnisse. Langfristig wird von einer Abstinenzrate ausgegangen, die bei circa 30 % liegt. In verschiedenen Erhebungen zeigen sich Raten von 26%-28% (Süß, 1995) bzw. von 33% (Hox, 1998).

Ein weiterer Forschungsbefund zeigt, dass die Kürzung der Therapiedauer stationärer Behandlungen bis zu einer kritischen Grenze von 3-4 Monaten im Grundsatz ohne Verlust des Therapieerfolges möglich ist, allerdings nur bei Patienten mit durchschnittlicher Störungsausprägung. Dabei ist Voraussetzung, dass die konzeptionelle Therapiedauer umgestellt und eine Verbesserung der Intensität eingearbeitet wird (Robert-Koch-Institut, 2008). Aus den Ergebnissen insgesamt kann geschlossen werden, dass längere Behandlungen im Mittel zu einem besseren Ergebnis führen.

6.2 Ergebnisse der ambulanten Behandlungen

Erfolgversprechend sind auch die Ergebnisse der ambulanten Entwöhnungstherapien. Es wird über eine Abstinenzrate von 46 % nach 19 Monaten berichtet (Soyka M. K., 1997). Nach drei Jahren wird eine Abstinenzrate von 44 % angegeben (Bottlender, 2005).

6.3 Andere Wege zur Bearbeitung der Alkoholkrankheit

6.3.1 Kontrolliertes Trinken

Kontrolliertes Trinken als dauerhaften Trinkstil zu vermitteln, ist meist nicht von sonderlichem Erfolg gekrönt. Klinisch-empirische Ergebnisse dazu fehlen bislang weitgehend (Robert-Koch-Institut, 2008). Eine Verminderung der Trinkmenge als erster Therapieschritt ist grundsätzlich zu begrüßen. Dies erscheint speziell bei nicht anders erreichbaren oder unmotivierten Patienten, al-

so einer speziellen Selektion, sinnvoll, bei denen eine Abstinenz (noch) nicht erreichbar erscheint. Insofern kann von einer Schadensbegrenzung gesprochen werden. Dieses Konzept gilt aus der Sicht der Verfasserin auch für Menschen, die bereits ein hohes Alter erreicht haben oder anderweitig schwerst belastet sind, zum Beispiel durch eine schwere Erkrankung und deren Lebenszeit dadurch stark herabgesetzt erscheint und deshalb eine Abstinenz nicht sinnvoll bzw. nicht zumutbar oder Erfolg versprechend erscheint.

6.3.2 Modulare Kombinationstherapie

Erweitert wurde das Therapieangebot durch die modulare Kombinationstherapie, die 2005 durch die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig/Hannover (Landesversicherungsanstalt LVA, 2005) im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Alkohol- und Drogenabhängigkeit eingeführt wurde. Das Konzept beinhaltet einen Gesamtbehandlungszeitraum von 52 Wochen und sieht eine Verknüpfung von ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären (inklusive Adaptation) Behandlungsabschnitten vor. Für jeden Teilnehmer wird individuell die Abfolge dieser Behandlungsabschnitte ausgewählt. Dabei muss der (teil-) stationäre Behandlungsanteil unter der Dauer einer Behandlung also unter 15 Wochen liegen. Die ambulante Behandlung umfasst maximal 80 Therapieeinheiten. Weiterhin vorgesehen sind zwölf Einheiten für die Arbeit mit Angehörigen. Eine Variation von teilstationär, stationär und ambulant ist vorgesehen (Ratzke, 2011). Da es sich um ein neues Projekt handelt, ist die Wertigkeit noch nicht geklärt, da die Studienlage noch erweitert werden sollte.

Bei diesem Konzept ist es wichtig, die Zuweisungsfrage zu klären, die Indikationskriterien, die Geschichte des Patienten in die Therapie mit einzubeziehen. Die bisherige Untersuchung von Ratzke (Ratzke, 2011) weist darauf hin, dass mit Ansätzen der Prozessforschung eine Bewertung möglich ist, die die Dimensionen der Struktur- und Ergebnisqualität unter Berücksichtigung des Behandlungsprozesses bewertet.

6.3.3 Selbständige Lösung

Ein bisher wenig berücksichtigter Therapieerfolg besteht in der „Selbstheilung“. Es gibt insgesamt neun klassische Alkoholselbstheilungsstudien (Blomquist, 2006), die beschreiben, dass Menschen von sich aus dem Alkohol abgesprochen haben. Aus dem Fehlen schlüssiger spezifischer Daten und dem Fehlen relevanter Evidenz ist keine abschließende Bewertung möglich. Erfolgreich abstinent werden und bleiben. Dies zeigt auch die letzte Studie aus 2011. Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung wurden Menschen befragt, die von sich aus aufhörten, Alkohol zu trinken, dies nach jahrelanger Alkoholabhängigkeit (Bojack, 2011).

6.3.4 Selbsthilfegruppen

In Deutschland spielen die Selbsthilfegruppen eine entscheidende Rolle. In Österreich ist die Bedeutung der Selbsthilfegruppen wohl geringer (Eisenbach-Stangl, 1992).

In der Schweiz ist ein vielfältiges Angebot vorhanden (Klingemann, 1992).

Hier werden genannt: Gesundheitsämter, Außenstellen psychiatrischer Krankenhäuser, psychosoziale Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie Selbsthilfegruppen (Soyka, 2008, 6. Auflage).

6.4 Zahlen zu Therapieangeboten

Wichtig zu wissen ist, dass in Deutschland Beratungsstellen und 9500 Therapieplätze für Alkohol- und Medikamentenabhängige existieren. Darüber hinaus stehen 2100 Therapieplätze für Suchtkranke im Strafvollzug zur Verfügung (Hüllinghorst, 2006).

In Deutschland bestehen ca. 7500 Selbsthilfegruppen. Es gibt 120.000 Teilnehmer (Robert-Koch-Institut, 2008, S. 21). Unbestritten sind die Wirksamkeit und die Erfolge der Selbsthilfegruppen; aus methodischen Gründen wurden allerdings bislang kaum Untersuchungen angestellt.

6.5 Nachsorge

Nach entsprechender ambulanter oder stationärer Therapie ist die Nachsorge ein wichtiger Baustein, um den Erfolg der Therapie zu verankern.

Ziele der Nachsorge können sein (Soyka M. K., 2008, S. 344):

- Abstinenzaufrechterhaltung nach Entwöhnung
- Transfer erzielter Veränderungen aus dem therapeutischen Setting in das Alltagsleben
- Bearbeitung erneuter Rückfälle (McKay, 2001)
- Nach- und Weiterbehandlung psychiatrischer Störungen und Erkrankungen.

Der Nachsorge kommt deshalb eine so große Bedeutung zu, weil diese einen signifikant größeren Behandlungserfolg erbringt als eine Therapie ohne Nachsorge. Dies konnte McKay (McKay, 2001) in seinem Überblick über 12 Studien zeigen, in 4 Studien kam es zu einem um 33% höheren Behandlungserfolg. In keiner der Studien kam es zu einem ungünstigeren Behandlungserfolg (McKay, 2001). Speziell auf den anhaltenden Therapieerfolg bezogen, konnte noch nach 5 Jahren der positive Effekt der Nachsorge belegt werden (Patterson, 1997).

6.6 Günstige Therapievoraussetzungen und Wirkfaktoren

Die Frage stellt sich, ob es bestimmte Umstände, Voraussetzungen oder Bedingungen gibt, die sich günstig auf den Therapieerfolg auswirken. Die Prädiktoren für den Behandlungserfolg wurden in einer Studie (Schmidt, 2009) untersucht und die Ergebnisse zeigten, dass einige soziodemographische Merkmale und krankheitsbezogene Daten günstigere Ergebnisse erbringen können. Als solche zeigten sich ein höherer Schulabschluss, eine abgeschlossene Ausbildung, ein späterer Beginn der Alkoholabhängigkeit, keine Suizidversuche und wenige körperliche Probleme. Eine positiv erlebte Familiensituation und eine als positiv erlebte Erwerbstätigkeit erwiesen sich ebenfalls als günstig.

Ausgehend von dieser Studie über die Effizienz der Alkoholentwöhnung (Schmidt, 2009) und die Studie über die selbständige Lösung aus der Alkoholabhängigkeit (Bojack, 2011), die Überlegungen zur Reduktion des Alkoholkonsums z.B. mittels Medikamenten (van den Brink W. A.-H., 2013) bzw. ohne Medikamente durch kontrolliertes Trinken fällt immer wieder auf, dass soziale Umgebungsfaktoren eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Hier sind Familie, soziales Umfeld und Arbeitsbereich zu nennen. In diesem Zusammenhang sollten auch die gesellschaftlichen Gegebenheiten bedacht werden. Denn diese begünstigt den Alkoholkonsum durch ihre Gepflogenheiten, z. B. dass bei fast jeder Feier Alkohol eine Rolle spielt.

Wie durch die angeführten Studien gezeigt, spielen meines Erachtens für den Menschen und dessen Motivation, aus der Alkoholabhängigkeit heraus zu kommen, außerdem in seiner Persönlichkeit und in ihm selbst angelegte Faktoren eine Rolle. Diese sollten besonders in einer Therapie bedacht werden. Es gilt zu beachten, die Persönlichkeit und den Selbstwert zu stärken, außerdem das Selbsterleben. Es gilt, eigene Gefühle wahrzunehmen ebenso wie das Körperempfinden. Für die Konfliktbewältigung ist es bedeutsam, die Wirkmächtigkeit und die eigenen Kompetenzen zu erleben und zu stärken. Dies sind allgemeine psychotherapeutische Vorgehensweisen, die hier besonders zum Tragen kommen (Soyka, 2008, 6. Auflage, S. 467).

Es gilt die Diskrepanz zwischen dem Selbstbild nach außen und dem inneren Erleben zu mindern (Kern, o. J.) Körperorientierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen). Eine entsprechende Therapie kann dies erreichen. Wird davon ausgegangen, dass frühe Verletzungen und das Erleben eigener Unzulänglichkeit Faktoren der Suchtentwicklung sein können, kann im Rahmen einer Therapie eine Desillusionierung und eine Konzentration auf die Verletzlichkeit erfolgen (Muller, 2013). Ein wichtiger Aspekt im Rahmen dieser Behandlung kann sein, dass der Betroffene seine Verletzlichkeit anerkennt und annimmt (Sable, 2000). Gelingt es, den „wunden Punkt“ in das Selbstgefühl

zu integrieren, erscheint dieser weniger gefährlich (Muller, 2013). Diese Vorstellungen gehen davon aus, dass die Suchterkrankung Ausdruck von Verletzlichkeit und Bruchstellen in der Selbstentwicklung ist (Kuntz, 2000). Diese Entwicklungsproblematik gilt es zu bearbeiten.

So verschieden die Persönlichkeiten der Abhängigen sind, so verschieden sind deren Entwicklung in die Abhängigkeit: die Stärkung der Persönlichkeit des Betroffenen kann dazu beitragen, dass Kräfte entwickelt werden, die ihn aus der Abhängigkeit führen. Im Rahmen welchen Konzepts dies erreichbar ist (stationär, ambulant, Selbstheilung z.B.), kann individuell geklärt und abgestimmt werden, ist dann aber nicht mehr derart stark im Vordergrund.

6.7 Konzept der Sozialen Arbeit

Einen besonderen Zugang zur Suchterkrankung stellt das Konzept der Sozialen Arbeit dar:

Ad 1: Es geht um praktische Lebensbewältigung in schwierigen sozialen, beruflichen und familiären Situationen.

Ad 2: Die Klärung dieser schwierigen Situation ist die „Arbeit am Selbstwertgefühl“.

Ad 3: Je schwerer und chronischer die Störung ist, desto wichtiger sind Bodenhaftung und psychosozialer Alltagsbezug im Sinne Klinischer Sozialarbeit (Wallroth, 2013)

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die mangelnde Inanspruchnahme des „Königsweges“ – als solcher gilt Kontakt, Entzug, Entwöhnung, Suchtnachsorge (Kruse, 2001) - durch suchtblastete „Hard-to-reach“-AdressatInnen nicht immer die Folge chronischen Krankheitsgeschehens ist. Sie hat auch ihre Ursache in strukturellen Mängeln (Deloie, 2013). Die DHS ((DHS), 1999) forderte bereits 1999, dass ausstiegsorientierte Hilfen ohne bürokratische Hindernisse individuell, flexibel, ortsnah und flächendeckend gewährleistet sein sollen.

Gerade bei den „Hard-to-reach“-AdressatInnen ist festzustellen, dass Armut und Arbeitslosigkeit neben anderen Faktoren als Folgeschäden vorkommen (Schneider, 2011). Diese scheinen auch einen kausalen Effekt auf die Genese der Abhängigkeit zu zeigen (Henkel, 2008). Laut Strotzka (Strotzka, 1965) kann sie sozusagen als primäre und direkte Soziogenese, d.h. als „Vordergrund der multifaktoriellen Kausalität“, gesehen werden.

Damit kann Alkoholismus als ein soziales Problem bezeichnet werden, das im Krankheitsverlauf und in den Folgeschäden „eng an kulturelle, gesellschaftliche und soziale Faktoren geknüpft“ (Kruse, 2001) ist. Insofern handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, das eines interdisziplinären Ansatzes bei der Behandlung und Beratung in ganz besonderem Maße bedarf.

Zurück zur Vorstellung wie es (hypothetisch) zur Suchtkrankheit kommt bzw. wie sich diese entwickelt, dazu ein Verweis auf Stern. Bei Stern (Stern, 1992),

dem Säuglingsforscher, stehen aktives und erlebendes Selbst im Mittelpunkt seines Konzepts. Interaktion wird als entscheidender Vorgang für die Entwicklung des Selbst angesehen. Seine Beobachtungseinheit stellt die Muttermit-Kind-Dyade dar. Die Säuglingsforschung geht davon aus, dass der Körper Ausgangspunkt und Träger der Entwicklung des Selbst und der Identität darstellt.

Dornes (Dornes, 1997) folgert daraus, dass der Körper besser in die gesamte Psychotherapie zu integrieren ist. Bezogen auf die Suchterkrankungen versteht Kuntz (Kuntz, 2000, S. 89) diese als Ausdruck von Verletzungen und Bruchstellen in der Selbstentwicklung.

Nach Kuntz (Kuntz, 2000) besteht beim Suchtkranken der strukturelle Defekt im Verlust des Empfindens für Urheberchaft und Wirksamkeit. Damit beschreibt Kuntz (Kuntz, 2000) folgende Probleme: Brüche in der basalen Aktivitätsregulierung, z. B. durch in der Kindheit erlebte Überstimulation oder Vernachlässigung, Verlassenheitsängste oder Selbstentfremdung. Brüche im Erleben der Stimmigkeit der eigenen Gefühle, dabei geht es um die zunehmende Spaltung von Verstand und Gefühl sowie die Ausbildung eines sog. „wahren“ und „falschen“ Selbst.

Körpernahe Muster der Emotionsabwehr, dabei werden bei der Emotionsabwehr das Erleben und der Ausdruck abgespalten. Damit erscheint der Abwehrprozess unbewusst und zeigt sich auf den Ebenen Muskulatur, Bindegewebe, hormonelle Reaktionen, vegetative Prozesse oder Handlungen ohne wahrgenommen zu werden. Der Affekt wird gespürt, im Körper, Brüche im Erleben des Gefühls für Selbsturheberschaft und im Selbsterleben, Kuntz (Kuntz, 2000) beschreibt, dem Suchtkranken fehlen die Wirkmächtigkeit und das Selbsterleben. Sie haben das Gefühl, den anderen nicht erreichen zu können. Das Selbstwertgefühl ist durch die fehlende Wirkmächtigkeit stark beeinträchtigt.

Aus dieser Kenntnis heraus wird eine körperorientierte Psychotherapie in Phasen eingeteilt und es wird dementsprechend gearbeitet (Kern, Körperorientierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen):

- Ankommen und Basissicherheit finden
- Körperbezogene Selbstwahrnehmung verbessern und Selbstwert aufbauen
- Stärkung des Empfindens für Selbsturheberschaft
- Körperselbst in Kontakt und in Kommunikation mit anderen
- Reflexion und narrative Integration

Insgesamt gesehen bedeutet dies, dass die oben genannten Bereiche einer

Stärkung bedürfen, genauer gesagt, das gesamte Selbst. Dies bedeutet für den Therapeuten, sich einen Überblick zu verschaffen, die Ausgangslage des Selbst hinsichtlich dieser Phasen zu bewerten und die Phasen schwerpunktmäßig zusammen mit dem Betroffenen zu bearbeiten. Diese Überlegungen können dazu führen, dass Therapien und Entzüge noch erfolgreicher verlaufen. Es sollten die verschiedenen Therapieansätze und Möglichkeiten kurz aufgezeigt werden. Außerdem sollte dargelegt werden, wie wichtig der individuelle Zuschnitt und Therapieplan ist. Dies ist nur möglich, wenn eine klare Eingliederung des Krankheitsbildes in die entsprechenden Kategorien erfolgt und dem Plan vorausgeht.

7. Alkohol und Betrieb

Einen Sonderfall stellt der Betrieb dar. Einige Zahlen weisen darauf hin, dass in Betrieben ein Handlungsbedarf besteht, sich mit Alkohol und seinen Folgen am Arbeitsplatz zu befassen. Die DHS (DHS, 2009) hat folgendes herausgefunden:

- 5% aller Beschäftigten gelten als alkoholabhängig, weitere 10% sind stark gefährdet.
- 11% aller Beschäftigten trinken täglich Alkohol am Arbeitsplatz und 41% gelegentlich.
- Sie stellen darüber hinaus fest, dass Alkoholranke 16 mal häufiger Fehlzeiten haben
- 3,5 mal häufiger Arbeitsunfälle erleiden und
- um 25% niedrigere Arbeitsleistung gegenüber nicht alkoholabhängigen Arbeitnehmern erbringen.

Weitere Befunde sind (Barmer GEK I. I., 2012):

Es liegen Differenzen zwischen den Altersgruppen vor, besonders gefährdet ist die Gruppe der 55- bis 59-Jährigen und die der 20- bis 29-Jährigen. Weiterhin bestehen bei den einzelnen Bundesländern Unterschiede. Es liegt ein Nord-Süd-Gefälle vor. Besonders hoch ist das Risiko in Hamburg, Bremen und Berlin, alkoholabhängig zu werden.

Darüber hinaus bestehen für einige Branchen besondere Gefährdungen. Bei „Hilfsarbeitern“ z. B. ist das Risiko für eine Abhängigkeit vom Alkohol 3-mal so hoch und für Arbeitslose 6-mal so hoch wie für Beschäftigte aus „Technisch naturwissenschaftlichen Berufen“.

Aus meiner Sicht hängt natürlich die Identifikationsrate damit zusammen, wie gut ein Beschäftigter die Möglichkeit hat, seine Abhängigkeit zu kaschieren. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass die genaue Zahl der Abhängigkeit bei Führungskräften nicht bekannt ist. Jedoch wird ein weit höherer Grad an Abhängigkeit vermutete als bei den sonstigen Beschäftigten (Kastner, 1995). Wie können nun diese ihre Mitarbeiter adäquat ansprechen?

Seitens des Vorgesetzten besteht eine Fürsorgepflicht. Er muss die Weiterarbeit untersagen, wenn er feststellt, dass der Mitarbeiter sich in einem Zustand befindet, der für sich oder andere eine Gefahr darstellt. („Grundsätze der Prävention“ BGV A1).

Allerdings wäre eine Intervention im Vorfeld wünschenswert, d.h., es wäre

günstig, dass es gar nicht erst dazu kommt, dass der Mitarbeiter zur Flasche greift und auffällt. Mittlerweile gibt es Kurzinterventionsvorschläge (BZgA, 2009), wie ein Mitarbeiter mit einem vermuteten Alkoholproblem angesprochen werden kann. Diese Art der Kommunikation sollte im Betrieb vermittelt werden. Auch sollten betriebsbezogene Pläne ausgearbeitet werden, wie Prävention aussehen kann (Bojack, 2005). Die vorgeschlagenen 5-Stufen-Pläne allein reichen aus Sicht der Verfasserin nicht aus, um wirksam Prävention und Intervention zu betreiben. Sie stellen lediglich ein Alibi dar im Sinne „wir tun etwas“.

Die BG ETEM (BG ETEM, o.J.) macht Vorschläge zur Suchtprävention im Betrieb:

- Information der Belegschaft zum Thema Sucht durch verschiedene Medien
- Gezielte Unterweisung der Mitarbeiter hinsichtlich der Gefahren unter Alkohol zu arbeiten z. B. für Fahr- und Steuerpersonal
- Kompetenzentwicklung im Betrieb, z.B. Schulung von Suchtfachkräften
- Keine alkoholischen Getränkeangebote im Betrieb
- Vermeidung von Monotonie, Unter- oder Überforderung, Mobbing, psychischen Belastungen
- Alkoholfreie unentgeltliche Getränke an entsprechenden Arbeitsplätzen, z.B. staubigen oder heißen Arbeitsplätzen
- Betriebsfeiern mit alkoholfreien Getränken
- Keine Animation von „trockenen“ Alkoholikern, Alkohol zu trinken

Aus Sicht der Verfasserin sollte auf die entsprechende Schulung von Führungskräften und die Kontrolle der Umsetzung geachtet werden, damit die Maßnahmen wirksam werden und vor allem zum Nutzen der Arbeitnehmer und des Betriebes. Ziel kann es nicht sein, Mitarbeiter bloß zu stellen und sie unter Druck zu setzen, sondern mit wohlwollender Fürsorge sie auf die weitreichenden Folgen ihres Tuns hinzuweisen und sie gesundheitlich zu fördern.

8. Zusammenfassung

Da es sich bei der Alkoholkrankheit offensichtlich um ein multifaktorielles Geschehen handelt, bedarf diese Erkrankung auch flexibler Behandlungstechniken bei gleichbleibend klaren Grenzen und wertschätzender Haltung dem Betroffenen gegenüber.

Gesellschaftlich gesehen sollte die Bedeutung des Alkohols überdacht und neu positioniert werden. Angesichts der hohen Zahl an Alkoholkranken und potentiell Gefährdeten sollte die Bedeutung des Alkoholkonsums auch in der Gesellschaft überdacht werden. Überlegungen könnten angestellt werden, wann und zu welcher Gelegenheit es notwendig ist, Alkohol anzubieten. Bedeutsam wäre hier der präventive Gedanke.

Auch der Stellenwert des Konsums sollte überdacht werden. Nach wie vor wird der Alkoholkonsum verheimlicht, verharmlost, gedeckt vom sozialen Umfeld. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Suchtgefahr beim Alkohol verharmlost oder nicht bedacht wird. Möglich ist auch, dass Scham und Schuld die Erkrankung dominieren. Einen gebrochenen Fuß zu haben, ist jederzeit kommunizierbar. Auch kann jeder Außenstehende den Betroffenen darauf ansprechen.

Aber wer wagt es schon, z. B. den Bürgermeister darauf anzusprechen, dass er beim letzten Empfang zu viel Sekt getrunken hat? Trinkfestigkeit ist durchaus eine anerkannte Eigenschaft besonders im Zusammenhang mit dem männlichen Rollenbild. Dies könnte auch mit einem Einfluss auf die Trinkgewohnheiten mancher jungen Frauen haben. Bewusst oder unbewusst übernehmen einige junge Frauen dieses Verhalten im Rahmen von Gleichberechtigung und greifen zum Komatrinken wie ihre männlichen Altersgenossen.

An dieser Stelle ist auch der Hinweis auf eine aktuelle Untersuchung wichtig, dass ein starker Alkoholkonsum, das bedeutet mehr als 48g reinen Alkohols täglich um 3,1 Jahre bei Männern das Lebenszeitkonto verkürzt. Bei Frauen wirkt sich der starke Alkoholkonsum nicht so negativ aus. Ausgangspunkt der Überlegungen waren 40-Jährige, die bei gesundem Lebensstil eine „Restlebenserwartung“ von 48,7 Jahren für Frauen und von 47,5 Jahren für Männer hätten. Dies alles gilt rein rechnerisch und ohne die Auswirkungen von begleitendem Rauchen dazu zu rechnen (K, 2014, S. 59).

Wegen des multifaktoriellen Geschehens, das zur Alkoholkrankheit führt, sollten die Therapien individuell gestaltet und auf den Einzelnen abgestimmt werden. Gleichzeitig sollte Prävention aktiv betrieben werden und Teil der Vorsorge bzw. Vorsorgeuntersuchung sein oder werden. Denn gerade auch im ärztlichen Kontext ergibt sich die Möglichkeit auf mögliche Gefahren aufmerksam zu machen und Hilfen aufzuzeigen. Gleiches gilt für andere Berufsgruppen, die Umgang mit Menschen haben und allgemeine Wertschätzung genießen.

Besonders im Betrieb sollten Vorgesetzte und Mitarbeiter in wohlwollender Atmosphäre arbeiten und fürsorglich mit gesundheitlichen Belangen der Einzelnen umgehen. Im Allgemeinen erfolgt die Identifikation eines Menschen über die Arbeit, erst wenn diese Möglichkeit ausfällt, geschieht sie möglicherweise über die Krankheit. Eine Krankheit stellt der missbräuchliche Alkoholkonsum dar.

9. Literaturverzeichnis

- Arbter, P. B.** (1999). Kurzintervention bei Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 75, 85-91.
- Augustin, R. K.** (2005). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2003. *Sucht*, 51 (S1), S. 29-39.
- Babor, T. C.** (2003). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford.
- Blomquist, J.** (2006). Spontanremission bei Alkohol- und Drogenmissbrauch: Die Klassiker. In H. S. Klingemann, *Selbsteilung von der Sucht* (S. 49-82). Wiesbaden.
- Bojack, B.** (2011). *Die selbständige Lösung aus der Alkoholabhängigkeit*. Bremen: Europäischer Hochschulverlag.
- Bottlender, M. S.** (2005). Outpatient alcoholism treatment. Predictors of outcome after three years. *Alcohol and Drug Dependence* 80, S. 83-89.
- Bundesamt, S.** (2006). *Verkehr. Alkoholunfälle im Straßenverkehr*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Bundeskriminalamtes.** (2008). *Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland*. Abgerufen am 2008 von <http://www.bka.de/pks/>.
- Caetano, R. C.** (1998). Alcohol consumption among radical/ethnic minorities: theory and research. *Alcohol Health and Research World* 22 (4), S. 233-241.
- Deloie, M.** (2013). Konzeption für eine Soziale Psychotherapie für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen. *Klinische Sozialarbeit* 9 (1), S. 6-10.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), D. H.** (1999). *Suchtstoffpolitik ist mehr als Drogenpolitik und ein Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe ist mehr als die Summe von Einzelaktivitäten*. Abgerufen am 27.9.2012 von www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/10_Punkte-Katalog_der_DHS_1999.pdf.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).** (2010). *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht: Neuland.
- Dornes, M.** (1997). *Die frühe Kindheit*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Edwards, G. G.** (1977). *Alcohol-related disabilities*. Geneva: WHO Offset Publ. 32.
- Emrick, C. D.** (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationship of outcome criteria and drinking behaviour following treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 35, S. 523-549.
- Emrick, C. D.** (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. the relative effectiveness of different treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 36, S. 88-108.
- Feuerlein, W. K.** (1977). Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und subjektives Befinden: Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 224, 89-106.
- Feuerlein, W. K.** (1989). A prospective multicenter study on inpatient treatment for alcoholics: 18- and 48-months follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *European Archives of Psychiatry and Neurological Science* 239, S. 144-157.

- Feuerlein, W. K.** (1998). *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, 5. Aufl.* Stuttgart: Thieme.
- Freyer, J. C.-J.** (2006). Krankenhauspatienten mit riskantem Alkoholkonsum sind offen für Beratung. *Gesundheitswesen*, 429-435.
- Heckel, J.** (ohne Jahresangabe, 4. Auflage). *sich das Leben nehmen*. ohne Ortsangabe: A1 Verlag.
- Henkel, D.** (2008). Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In D. Z. Henekl, *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis.* (S. 10-69). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Hox, J. G.** (1998). *Treatment of alcohol and drug dependency. Meta-Analysis. Final report.* Utrecht: Beleids Onderzoek en Advies.
- Hüllinghorst, R.** (2006). Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In D. H. Suchtfragen, *Jahrbuch Sucht* (S. 154-169). Geesthacht: Neuland.
- Hurrelmann, K. S.** (2008). Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 28, 9-14.
- Jellinek, E.** (1960). *The disease concept of alcoholism.* Highland Park: Hillhouse Press.
- John, U. H.** (1996). *Prävalenz und die sich von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung.* Baden-Baden: Nomos.
- Kern, E.** (2009?). Körperorientierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. In P. V. Schuhler, *Psychotherapie der Sucht* (S. 85-105). Stuttgart?: Klett?
- Kern, E.** (kein Datum). Körperorientierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. In P. V. Schuhler, *Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis.* pabst-publishers.
- Kienast, T. S.** (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Deutsches Ärzteblatt Int* 111 (16), S. 280-286.
- Kruse, G. K.** (2001). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen (2. Aufl.).* Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Kuntz, H.** (2000). *Der rote Faden in der Sucht.* Weinheim: Beltz.
- Künzel, J. S.-G.** (2011). *Behandlung und Beratung von Alkoholabhängigen.* München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Landesversicherungsanstalt LVA, H.** (2005). Modulare Kombinationsbehandlung. Power-Point-Präsentation zur Informationsveranstaltung im Juni 2005. Hannover: LVA.
- Li K et al.** (2014). *BMC Medicine*, 12:59
- Lindenmeyer, J.** (2005). *Alkoholabhängigkeit, 2. Aufl.* Göttingen: Hogrefe.
- Mann, K. S.** (1995). Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. *Deutsches Ärzteblatt*, 92, S. 2217-2221.
- Mann, K. S.** (2002). Die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Entwicklung und Evaluation. In K. Mann, *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen* (S. 59-72). Lengerich: Pabst.
- Martin, S.** (1992). *Alcohol and interpersonal violence: fostering multidisciplinary*

- perspectives*. Rockville, MD: NIH/NIAAA.NH Research Monograph No. 24.
- McKay, J. R.** (2001). The role of continuing care in outpatient alcohol treatment programs. *Recent Dev. Alcohol*, S. 145-154.
- Muller, R. T.** (2013). *Wenn Patienten keine Nähe zulassen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Parker, R. N.** (1995). *Alcohol and homicide. A deadly combination of two American traditions*. Albany: State University of New York Press.
- Patterson, D. M.** (1997). Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: a five year follow-up study. *Addiction* 92 (4), S. 459-468.
- Pernanen, K.** (1991). *Alcohol in human violence*. New York: Guilford Press.
- Ratzke, K.** (2011). *Neue Ansätze in der Behandlung von Alkoholabhängigen*. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Rehm, J. R.** (2003). The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking . *European Addiction Research*, 9, S. 147-156.
- Robert-Koch-Institut.** (2008). *Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 40*. Berlin.
- Roizen, J.** (1997). Epidemiological issues in alcohol-related violence. In M. Galanter, *Recent developments in alcoholism, Vol. 13* (S. 7-40). New York: Plenum Press.
- Sable, P.** (2000). *Attachment and Adult Psychotherapy*. London: Aronson.
- Schmidt, P. K.** (2009). Effizienz der ambulanten und stationären Alkoholentwöhnung - Prädiktoren des Behandlungserfolgs. *Fortschritt Neurologie, Psychiatrie*, 77, S. 451-456.
- Schneider, R.** (2011). *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich befreit. 16. korrigierte Auflage*. Baltmannsweiler: Scheider.
- Sonntag, D. K.** (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht* 46 (Sonderheft 2), S. 89-176.
- Soyka, M. K.** (1997). Neue Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten - Katamnestiche Untersuchung zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien am Beispiel einer Modelleinrichtung . *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 65, S. 407-412.
- Soyka, M. K.** (2008). *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit, 6. Aufl.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Statistisches Bundesamt, H.** (2006). *Verkehr. Alkoholunfälle im Straßenverkehr*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stern, D.** (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart.
- Stockwell, T. D.-S.** (2004). Under-reporting of alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity-frequency, graduated frequency and recent recall. *Addiction*, 99, S. 1024-1033.
- Strotzka, H.** (1965). *Einführung in die Sozialpsychiatrie*. Reinbek: Rowohlt.
- Süß, H. M.** (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau* 46, S. 248-266.
- van den Brink, W. A.-J.** (2013). Wirksamkeit von Nalmefen in der Behandlung der

Alkoholabhängigkeit. *Alcohol and Alcoholism*, 48, 5, S. 570-578.

- Vollrath**, M. K. (1997). Das Dunkelfeld der Trunkenheitsfahrten. *Blutalkohol*, 34, S. 344-359.
- Wallroth**, M. (2013). Stärken und Chancen Klinischer Sozialarbeit: das Beispiel der Suchthilfe. *Klinische Sozialarbeit* 9 (1), S. 4-6.
- Weber**, M. H. (2007). Neue Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation. In S. d. 30, *Wirksame Therapie* (S. 324-333). Geesthacht: Neuland.
- Weissinger**, V. (2006). zukunftsprospektiven und Entwicklungsaufgaben der Suchtbehandlung. In *Sucht aktuell 1* (S. 58-72).
- Wienberg**, G. (1992). *Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg**, G. (2001). Die "vergessene Mehrheit" heute - Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In G. D. Wienberg, *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen* (S. 12-23). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wittchen**, H.-U. E. (1992). Lifetime and sixmonth prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, S. 247-258.

WDP - Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

- Heft 01/2010: Jonas Bielefeldt: Risikomanagement unter Marketinggesichtspunkten
- Heft 02/2010: Barbara Bojack: Der Suizid im Kinder- und Jugendalter
- Heft 03/2010: Thomas Dahlmann/Andreas Hauschild/Maik Köppen/Alexander Kofahl/Uwe Lämmel/Stefan Lüdtkke/Stefan Luttenberger: Wissensmanagement mittels Wiki-Systemen
- Heft 04/2010: Günther Ringle/Nicole Göler von Ravensburg: Der genossenschaftliche Förderauftrag
- Heft 05/2010: Antje Bernier/Henning Bombeck: Campus für ALLE? – Analyse der multisensorischen Barrierefreiheit von staatlichen Hochschulen in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 06/2010: Herbert Müller: Die Hauptsätze der Thermodynamik. Eine Neubetrachtung aus systemwissenschaftlicher Sicht mit Konsequenzen
- Heft 07/2010: Gunnar Prause (Ed.): Regional Networking as Success Factor in the Transformation Processes of Maritime Industry. Experiences and Perspectives from Baltic Sea Countries
- Heft 01/2011: Karsten Gaedt: Strategischer Bezug des externen Wachstums
- Heft 02/2011: Hubert Kneußel: Partizipationsformen der Umweltpolitik und des Energiesektors
- Heft 03/2011: Slim Lamine, Roland Rohrer, Moritz Ruland, Holger Werner: Marketing und Vertrieb als erfolgsrelevante Faktoren eines Unternehmens
- Heft 04/2011: Frauke Harder, Assaf Hoz-Klemme: Emotionale Markenkommunikation im Investitionsgütermarketing am Beispiel des Antriebssystemherstellers MTU
- Heft 05/2011: Jonas Bielefeldt: Der E-Commerce und seine Vergütungsmodelle in Bezug auf Affiliate-Marketing
- Heft 06/2011: Alexander Kirsch, Thorste S. Stoyke: Erfolgsfaktoren für eine produktive Zusammenarbeit zwischen Marketing und Vertrieb - Bestandsaufnahme, Trends, Lösungsmöglichkeiten und Grenzen der Einflussnahme
- Heft 07/2011: Harald Mumm: Benchmark zur Tourenoptimierung
- Heft 08/2011: Jürgen Hönle, Barbara Bojack: Alkohol- und Drogenprobleme von Auszubildenden als Ursache von Ausbildungsabbrüchen
- Heft 09/2011: Martin Merrbach: Globale Ungleichgewichte – Sind sie

- für die Finanzmarktkrise (mit-) verantwortlich?
- Heft 10/2011: Rünno Lumiste/Gunnar Prause: Baltic States Logistics and the East-West Transport Corridor
- Heft 11/2011: Joachim Winkler: Ehrenamtliche Arbeit und Zivilgesellschaft
- Heft 12/2011: Christian Reinick/Jana Zabel/Meike Specht/Judith Schissler: Trendanalyse im Bereich Windenergie am Beispiel Chinas
- Heft 13/2011: Thomas Kusch/Gunnar Prause/Kristina Hunke: The East-West Transport Corridor and the Shuttle Train "VI-KING"
- Heft 14/2011: Jost W. Kramer: Miscellen zur Hochschulpolitik
- Heft 15/2011: Kristina Hunke: Oversize Transport Strategy for the Region Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 16/2011: Monique Siemon: Diversity Management als strategische Innovation des Controllings
- Heft 17/2011: Karsten Gaedt: Bewältigung von Unternehmenskrisen durch Private Equity
- Heft 18/2011: Semantische Wiki-Systeme im Wissensmanagement von Organisationen: Das Kompetenz-Portal der Hochschule Wismar
kompetenz.hs-wismar.de
- Heft 01/2012: Robin Rudolf Sudermann, Arian Middleton, Thomas Frilling: Werteorientierung als relevanter Erfolgsfaktor für Unternehmen im Zeitalter des Societing
- Heft 02/2012: Romy Schmidt: Die Wahrnehmung der Winter-Destination Tirol der Zielgruppe „junge Leute“ in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 03/2012: Roland Zieseniß, Dominik Müller: Performancevergleiche zwischen Genossenschaften und anderen Rechtsformen anhand von Erfolgs-, Liquiditäts- und Wachstumskennzahlen
- Heft 04/2012: Sebastian Kähler, Sönke Reise: Potenzialabschätzung der Regionalflughäfen Mecklenburg-Vorpommerns
- Heft 05/2012: Barbara Bojack: Zum möglichen Zusammenhang von Psychotrauma und Operationsindikation bei Prostatihyperplasie
- Heft 06/2012: Hans-Eggert Reimers: Early warning indicator model of financial developments using an ordered logit
- Heft 07/2012: Günther Ringle: Werte der Genossenschaftsunternehmen – "Kultureller Kern" und neue Wertevorstellungen
- Heft 08/2012: Harald Mumm: Optimale Lösungen von Tourenoptimie-

- rungsproblemen mit geteilter Belieferung, Zeitfenstern, Servicezeiten und vier LKW-Typen
- Heft 01/2013: Dieter Gerdesmeier, Hans-Eggert Reimers, Barbara Roffia: Testing for the existence of a bubble in the stock market
- Heft 02/2013 Antje Bernier, Katharina Kahrs, Anne-Sophie Woll: Landesbaupreis für ALLE? 1. Fortsetzung – Analyse der Barrierefreiheit von Objekten des Landesbaupreises Mecklenburg-Vorpommern 2010/2012
- Heft 03/2013 Günther Ringle: Auf der Suche nach der „richtigen“ Mitgliederförderung
- Heft 04/2013 Frederik Schirdewahn: Analyse der Effizienz einzelner Maßnahmen zur Reduzierung des CO₂-Ausstoßes in der Transportlogistik
- Heft 05/2013 Hans-Eggert Reimers: Remarks on the euro crisis
- Heft 01/2014 Antje Bernier (Hrsg.): Na, altes Haus? – Stadt und Umland im Wandel. Planungs- und Entwicklungsinstrumente mit demografischer Chance, Konferenz der Hochschule Wismar am 14. Okt. 2013 in Schwerin
- Heft 02/2014 Stefan Voll/Daniel Alt: „Das große Ziel immer im Auge behalten“ Sportimmanente Indikatoren des Trainerstils von Jürgen Klopp – Transfermöglichkeiten für Führungskräfte in Genossenschaftsbanken
- Heft 03/2014 Günther Ringle: Genossenschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand

ISBN 978-3-942100-17-5