

Sekundärprävention bei Alkoholproblemen

**Analyse einer aktuellen Entwicklung im Arbeitsfeld der
Suchtkrankenhilfe**

Diplomarbeit

**Zur Erlangung des Grades einer Diplom-Sozialpädagogin am Fachbereich
Sozialpädagogik
der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

Vorgelegt von: Anne Reinke

Matrikelnummer: 1473212

Eingereicht: Sommersemester 2004

Betreuender Prüfer: Herr Professor Jürgen Hille

Zweiter Prüfer: Herr Professor Dirk Zeichner

1. Einleitung und Themenstellung.....	3
--	----------

2. Grundlagen.....	5
---------------------------	----------

2.1. Sucht - ein vielfältiger Begriff.....	5
2.2. Suchtmodelle - Modellvorstellungen.....	7
2.2.1. Die „Trunksucht“ als weit verbreitetes gesellschaftliches Problem.....	7
2.2.2. Die „Trunksucht“ als gesundheitliches Problem - Sucht als Krankheit.....	7
2.2.3. Zur Frage der Suchtursache(n).....	8
2.2.3.1. Psychologische Erklärungsmodelle zur Entstehung von Sucht.....	9
2.2.3.2. Psychosoziale Perspektiven.....	11
2.2.4. Das Abstinenzparadigma.....	13
2.3. Medizinische Definition von Sucht über Klassifikationssysteme.....	14
2.3.1. Sucht oder Abhängigkeit.....	14
2.3.2. ICD-10- und DSM-Kriterien für das „Abhängigkeitssyndrom“.....	15
2.3.3. Substanzbezogene Störungen: Abhängigkeit, Mißbrauch und riskanter Konsum...	17
2.4. Die Droge Alkohol.....	19
2.4.1. Die Substanz und ihre Wirkung.....	19
2.4.2. Alkohol als kultur- und sozialintegrierte Droge.....	20
2.4.3. Pro-Kopf-Verbrauch und alkoholbedingte gesundheitliche Störungen.....	21
2.4.4. Alkohol als Wirtschaftsfaktor.....	22
2.5. Der Präventionsbegriff.....	23
2.5.1. Sekundärprävention in der Suchtkrankenhilfe.....	24
2.6. Zusammenfassende Bewertung.....	25

3. Die Suchtkrankenhilfe – Selbstverständnis im Wandel.....	26
--	-----------

3.1. Staatlich definierte Zuständigkeiten zur Finanzierung und Gestaltung von Hilfemaßnahmen.....	27
3.1.1. Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherung.....	27
3.1.2. Nicht sozialversicherungsrechtlich begründete Zuständigkeiten.....	29
3.2. Träger von Einrichtungen und Maßnahmen und ihre übergeordneten Organisationen.....	30
3.2.1. Die Freie Wohlfahrt.....	31
3.2.2. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und die Landesstellen gegen die Suchtgefahren.....	32
3.4. „Traditionelle Suchtkrankenhilfe“.....	33
3.4.1. Grundorientierungen.....	34
3.4.1.1. Motivation – ein zentraler Begriff in der Behandlung Suchtkranker.....	35
3.4.1.2. Differenzierte Zielsystematik der Suchtkrankenhilfe.....	37
3.5. Strukturmodell zur Beschreibung der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen.....	39
3.6. Suchtkrankenhilfe der Zukunft – Das „Positionspapier 2001“ zu Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe in Deutschland.....	40
3.7. Zusammenfassende Bewertung.....	41

4. Darstellung des aktuellen Standes der Theorie und Forschung zu alkoholproblembezogenen sekundärpräventiven Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Basisversorgung	43
4.1. Epidemiologische Befunde zur Begründung von Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit des frühinterventiven Maßnahmenkonzepts im Rahmen der medizinischen Basisversorgung.....	46
4.1.1. Epidemiologie.....	46
4.1.2. Häufigkeit alkoholbezogener Störungen in der Gesamtbevölkerung.....	47
4.1.3. Häufigkeit alkoholbezogener Störungen in den Institutionen der medizinischen Basisversorgung.....	50
4.2. Früherkennung.....	53
4.2.1. Früherkennung durch Screening-Fragebögen.....	53
4.3. Frühintervention.....	56
4.3.1. Frühintervention als Motivierungsarbeit.....	59
4.3.1.2. Das Transtheoretische Modell	61
4.3.2. Frühintervention als Beratungsarbeit.....	66
4.3.2.1. Das Beratungskonzept der Motivierenden Gesprächsführung.....	68
4.3.2.2. Modell zur differentiellen Intervention für verschiedene Phasen der Änderungsbereitschaft	70
4.4. Vorschläge zur Umsetzung des sekundärpräventiven Interventions-konzepts in ein Regelversorgungsangebot im Rahmen des Allgemeinkrankenhauses.....	72
4.4.1. Krankenhausinterne Perspektiven für sekundärpräventive Aktivitäten.....	74
4.4.2. Vorschläge zur Umsetzung der sekundärpräventiven Interventionskonzepte in Kooperation mit krankenhausexternen suchtspezifischen Fachkräften und Institutionen.....	77
4.4.2.1. Kooperationsgebot.....	77
4.4.2.2. Kooperationserfahrungen.....	78
4.5. Zusammenfassende Bewertung.....	83
5. Konkurrenz um ein gewichtiges Arbeitsfeld der Zukunft.....	86
5.1. Hinweise auf Konkurrenzen.....	89
5.2. Konkurrenzebenen.....	94
5.2.1. Konkurrenz der Institutionen.....	94
5.2.2. Konkurrenz der Berufsgruppen.....	97
5.2.2.1. Zum Stellenwert der Sozialpädagogen.....	99
5.3. Zusammenfassende Bewertung.....	104
6. Schlußwort	105
Literaturverzeichnis	108
Anhang	116

1. Einleitung und Themenstellung

Die Suchtkrankenhilfe stellt eines der Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit dar. Bereits im Rahmen des Studiums ist sie einer der zur Wahl stehenden Paxisschwerpunkte. Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland bildet ein zwischen gesundheitsbezogenen und sozialen Hilfestrukturen anzusiedelndes Spezialsystem, welches vornehmlich in fürsorglich/sozialarbeiterischer Tradition steht. Dieses gewachsene, relativ beständige Gefüge soll im folgenden als „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ bezeichnet werden. In ihren Anfängen beschäftigte sich diese Institution vor allem mit der Bekämpfung der „Alkoholgefahren“. Heute umfaßt sie auch Hilfeangebote hinsichtlich der Abhängigkeit von verschiedenen anderen Suchtmitteln wie es die sogenannten illegalen Drogen sind oder es auch bestimmte Verhaltensweisen sein können (vgl. Kap. 3.4.). Die folgende Arbeit legt ihren Schwerpunkt auf Fragen der Versorgung von alkoholabhängigen Menschen.

Die „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ unterliegt gegenwärtig grundlegenden Veränderungen. Diese sind eng verbunden mit einer seit etwa 15 Jahren währenden Diskussion um die Bedarfsgerechtigkeit der Hilfeangebote. Nach Wienberg bleibt eine Mehrheit von Menschen mit Alkoholproblemen von den Angeboten der traditionellen Hilfen unerreicht (vgl. Wienberg 1992, 9/10). Diese erstmalig 1992 aufgestellte These von einer somit „vergessenen Mehrheit“ wird von ihm aktuell bestätigt:

„Quantitativ und qualitativ unzureichend ist das Hilfeangebot für zwei Teilgruppen aus der Gesamtpopulation der Menschen mit Alkoholproblemen: für Personen im Vorfeld (riskanter Konsum, Mißbrauch) oder im Frühstadium einer Abhängigkeit, sowie für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke. Diese beiden Teilgruppen zusammen konstituieren die „vergessene Mehrheit““ (Wienberg 2001 a, 22).

Die vorliegende Analyse aktueller Entwicklungen im Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe nimmt ihren Ausgangspunkt bei der hier zuerst genannten - als bisher unzureichend berücksichtigt gekennzeichneten - Teilgruppe von Menschen mit Alkoholproblemen: Personen im Vorfeld oder im Frühstadium einer Alkoholabhängigkeit. Die Versorgung dieser Gruppe erfordert Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention, welche auch als Sekundärprävention bezeichnet werden. Eine Reihe aktueller Veröffentlichungen zeigt das rege Interesse der Fachöffentlichkeit an der Frage nach Notwendigkeit, Sinnhaftigkeit,

Praktikabilität und nach konkreten Konzepten zur Durchführung regelmäßiger sekundärpräventiv angelegter Hilfen.

Bei den gegenwärtig diskutierten Möglichkeiten zur Sekundärprävention wird davon ausgegangen, daß Menschen mit Alkoholproblemen frühzeitig in Erscheinung treten in Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung - d.h. in Allgemeinarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern -. Hier finden die Betroffenen nach Wienberg bisher keine, zu wenig qualifizierte oder zu späte Hilfe (vgl. Wienberg 1992, /10 u. 2001 a, 20). Eine Reihe von Forschungsprojekten der vergangenen acht Jahre beschäftigt sich mit der Entwicklung und Erprobung von sekundärpräventiven Hilfskonzepten im Rahmen von Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung. Die Ergebnisse dieser in der Hauptsache von Medizinern vorangetriebenen Forschungstätigkeit werden von zentralen Organen der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ als „ermutigende Untersuchungsergebnisse“ bezeichnet, „die nahe legen, diese effektiven und kostengünstigen Formen der Intervention auszubauen“ (DHS 2001 a, 23). Die Versorgung von Menschen in Vor- und Frühstadien einer Abhängigkeit wird neu als Aufgabengebiet der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ definiert. Die für die regelmäßige Umsetzung der Hilfskonzepte notwendig zu entwickelnden Kooperationsstrukturen zwischen suchtspezifischen und medizinischen Versorgungseinrichtungen wird als „wesentliche Zukunftsaufgabe der Suchtkrankenhilfe“ (vgl. a.a.O. 50) bezeichnet. In diesem Zusammenhang kündigen sich grundlegende strukturelle Veränderungen für den Versorgungsbereich der Suchtkrankenhilfe an. Die Sekundärprävention von Alkoholproblemen zeichnet sich dabei als ein gewichtiges Arbeitsfeld der Zukunft ab. Das als präventiv orientiert und bedeutend (vgl. BMG 1996, 3) gekennzeichnete neue Tätigkeitsfeld ist angesiedelt in den allgemeinmedizinischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und beinhaltet zugleich originäre Aufgabenstellungen der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“. So begründet sich die Notwendigkeit überinstitutioneller Kooperation. Tatsächlich scheinen sich institutionelle, berufsständische und fachliche Konkurrenzen um einen zukunftssträchtigen „Leistungs- und Arbeitsmarkt“ zu entwickeln, innerhalb derer sich die „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ neben den anderen Anbietern neu zu behaupten hat.

Die Sekundärprävention bei Alkoholproblemen zeigt sich somit als Themenstellung mit vielfältigen Aspekten. Sie stellt sich zunächst als ein innovatives Interventionskonzept dar. Zugleich scheint sie, zentraler Bestandteil aktueller grundlegender Veränderungen im Selbstverständnis und in der Organisation der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ zu sein.

Beide Aspekte präsentieren sich als eng miteinander verbunden. Die folgende Arbeit hat das Ziel, diesen Zusammenhang im einzelnen zu ermitteln und darzustellen. Hierfür gilt es, den aktuellen Stand von Theorie und Forschung zum Thema zu betrachten. Weiterhin ist, nach der Relevanz dieser Forschungstätigkeit für die gegenwärtigen Entwicklungen in der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ zu fragen. Auch die Möglichkeit von Auswirkungen dieser Entwicklungen auf den Stellenwert des Berufsstandes der Sozialpädagogen in der Suchtkrankenhilfe gilt es zu untersuchen.

Mit der Analyse der vorgenannten Aspekte und deren Zusammenhang soll eine sich als bedeutungsvoll abzeichnende aktuelle Entwicklung im Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe umfassend dargestellt werden.

2. Grundlagen

Im folgenden werden verschiedene themenbezogene grundlegende Begriffe und Zusammenhänge geklärt und dargestellt.

Zunächst wird der Suchtbegriff in seiner Geschichte und Vielfalt umrissen. Die „Trunksucht“ ist das Phänomen, an dem sich wesentliche Aspekte des modernen Suchtverständnisses geformt und entwickelt haben. Aus ihr abgeleitete Modellvorstellungen zur Frage danach, was Sucht im einzelnen ausmacht, und wie sich Sucht begründet, werden beschrieben. Einige der in dieser Arbeit angeführten Begriffe leiten sich aus medizinischen Klassifikationssystemen ab. Diese Systeme sind einerseits zu lesen als Versuche, das Phänomen Sucht bzw. Abhängigkeit im allgemeinen zu beschreiben und abzugrenzen. Grundsätzlich handelt es sich bei ihnen um, für medizinische Belange entwickelte, Werkzeuge zur Diagnostik, das heißt, sie dienen zum Erkennen und Bestimmen einer Krankheit an einem bestimmten Patienten. In dieser Funktion stellen sie die Voraussetzung für Auswahl und Einsatz von unterschiedlichen Hilfemaßnahmen/Interventionen dar. Spezifische Merkmale der Droge Alkohol werden hervorgehoben. Der Präventionsbegriff unter besonderer Berücksichtigung von Sekundärprävention und Frühintervention ist zu klären.

2.1. Sucht - ein vielfältiger Begriff

Selbstsucht, Habsucht, Eifersucht, Rachsucht oder auch Sehnsucht – dieses alles sind ‚Suchtwörter‘ und Bestandteile des alltäglichen Sprachgebrauches. ‚Sucht‘ ist ein

schillernder, ein vielseitig verwendeter Begriff, der die unterschiedlichsten Phänomene bezeichnet und sie zugleich vereint. Über ein großes semantisches Feld um ihn herum läßt er sich einkreisend, als Versuch einer Annäherung bestimmen. Einen solchen Versuch hat Rolf Harten in seiner ethymologisch angelegten Studie „Sucht, Begierde, Leidenschaft“ unternommen. Er stellt dabei vier Ebenen fest, auf denen sich die verschiedenen, dem Begriff anhängigen Bedeutungsteile übergeordnet sortieren lassen: 1.) die Ebene des Leidens und des mit der Sucht verbundenen Schmerzes 2.) die Ebene der der Sucht zugrundeliegenden Bedürfnisse und Begierden 3.) die Ebene der der Sucht vorangehenden, sie begründenden psychischen Grundhaltungen und Verhaltensmuster 4.) die magische Ebene, in der, der dämonische Charakter der Sucht gefaßt wird (vgl. Harten 1991, 17/18). Das auf diesen Ebenen zu findende Wortfeld reicht von Weh, Leid, Pein, Siechtum über Hunger, Durst, Gier, Lust, Drang und Zwang zu Gewöhnung, Passion oder Leidenschaft und schließlich zu Wut, Tollheit, Versuchung oder auch Manie. Diese längst nicht vollständige Wortansammlung mag hier genügen, um die Vielschichtigkeit des Suchtbegriffes zu belegen. Zugleich macht das aufgeführte Wortfeld den stark emotionalen und mit Wertungen verbundenen Charakter von Sucht deutlich. Sie ist Grenzgang - eine Bewegung entlang oder auch jenseits der Grenze zu dem, was als normal oder auch gesund angesehen wird – und sie ist entsprechend belegt mit Gefühlen der Angst und Sorge, genauso wie mit Neugierde und mit Faszination.

Die Einordnung des Phänomens als ‚abnorm‘ und ‚krank‘ findet auf der Grundlage allgemeiner Werte und Normen statt. Diese wiederum sind keine feste Größe; sie wandeln sich im Laufe der Zeit und unterscheiden sich von Kultur zu Kultur. Für den hiesigen Kulturkreis läßt sich beispielsweise mit Einsetzen der Neuzeit eine deutliche Veränderung in den Verhaltensstandards bezogen auf den Rausch feststellen (Legnaro 1996, 64/65). War im Mittelalter „die Trunkenheit ein Verhalten, dessen man sich nicht zu schämen brauchte“ (ebd., 65), „der Rausch (ist) noch ein selbstverständlicher Bewußtseinszustand“ (a.a.O. 69), so wurde diese Ungehemmtheit im Zuge der neuzeitlichen Rationalisierung durch das Gebot einer durch die Vernunft geleiteten „Kontrolle der eigenen Gefühle und des eigenen Lebens“ (ebd., 69) abgelöst. Der neu entdeckte, zentrale Wert der Selbstkontrolle als „zunehmende[r] Zwang zur Affektkontrolle und zur beherrschten Präsentation des Selbst gegenüber der Welt“ (ebd.), schafft eine der Voraussetzungen für die bis heute gültige überwiegend negative Bewertung von Rausch und Sucht. Zugleich gewinnt der Rausch an Reiz, indem er die willkommene Möglichkeit bietet, eben diesen gesteigerten Druck zu rationalem Verhalten und Selbstkontrolle zu kompensieren.

Der Suchtbegriff trägt bis heute, bei allen Bemühungen um eine klare Definition, immer auch die eben beschriebene Vielfalt und emotionale aufgeladeneheit des Alltagsbegriffes in sich. Eine einheitliche und einfache Definition der Sucht ist auch in der wissenschaftlichen Literatur nicht zu finden. Hier begründen sich unterschiedliche Auffassungen ebenfalls in historischem Wandel und kulturellen Zusammenhängen und sind darüber hinaus mitbestimmt von verschiedenen wissenschaftlichen Traditionen und Schulen, professionellen Perspektiven, individuellen Werthaltungen sowie politischen und weltanschaulichen Ansichten und Absichten.

2.2. Suchtmodelle - Modellvorstellungen

Die „Trunksucht“ als seit jeher verbreitetste und „älteste“ unter den Süchten, ist das Phänomen, an dem sich das moderne Suchtverständnis wesentlich geformt und entwickelt hat. Im folgenden werden die daraus abgeleiteten Modellvorstellungen im Rahmen ihrer Entstehungsgeschichte vorgestellt.

2.2.1. Die „Trunksucht“ als weit verbreitetes gesellschaftliches Problem

Die Substanz Alkohol, ein Lebens- und Genußmittel genauso wie Rauschmittel, ist als die älteste Droge der Menschheit anzunehmen. „Vermutlich haben die Menschen schon als Jäger und Sammler organische Substanzen vergoren, um alkoholische Getränke zu gewinnen“ (Loviscach 1996, 123). Die Möglichkeiten des Konsums von Alkohol waren lange Zeit begrenzt. Mit der Erfindung des Branntweins, besserer Methoden zur Konservierung und dem systematischen Ausbau des Verkehrs- und Handelsnetzes in Europa war die beschränkte Verfügbarkeit des Alkohols aufgehoben und die Folgen exzessiven Trinkens wurden erstmalig zu einem öffentlichen Problem. Für das 16. und 17. Jahrhundert läßt sich eine erste schwere „Alkoholkrise der Menschheit“ feststellen (vgl. Lindenmeyer 1998, 24). Luthers Predigten wider den „Saufteufel“ legen Zeugnis ab vom Ausmaß der „Plage“.

Eben in diesen Zeitraum fällt auch eine neue Sinnggebung und Bewertung des Suchtbegriffes. Das Wort ‚Sucht‘ leitet sich zunächst aus dem germanischen ‚siech‘ ab und weist so bereits auf Siechtum und Krankheit hin (vgl. Stimmer 1996, 502). Es wurde anfänglich synonym zu unserem heutigen Krankheitsbegriff verwendet. Erst etwa seit dem 16. Jahrhundert entwickelte sich nach und nach die Vorstellung von einem spezifischen Krankheitsbild, in dessen Zentrum ein „krankhafter innerer Zwang“, ein „krankhafter Trieb“ angenommen wurde (vgl. Harten 1991, 71).

2.2.2. Die „Trunksucht“ als gesundheitliches Problem - Sucht als Krankheit

Die „Entdeckung der Sucht“ als eigenständige Krankheit ist eine des ausgehenden 18. Jahrhunderts (vgl. Levine 1996, 111) und vollzog sich am Beispiel der „Trunksucht“. Wurde bis dahin exzessives Trinken wohl auch als problematisch bewertet, als ‚böse‘ oder ‚teuflich‘ verurteilt – dieses vor allem aus christlich motivierter Moral heraus – so wurde die Trunkenheit doch als etwas betrachtet, das sich in der Entscheidung eines Individuums

begründete, eine bewußt begangene Sünde war. „Ob als Sünde oder Segen, Trinken wurde als natürlich und normal betrachtet, als freie Entscheidung für das Vergnügen“ (a.a.O. 113)

Eine umfassendere Idee zu der Zwanghaftigkeit des Geschehens entwickelte der Amerikaner Benjamin Rush. Er betrachtete den Brauch viel zu trinken zunächst auch als eine freie Entscheidung des Willens, wobei die Gewohnheit bald zur Notwendigkeit werde. Diesen Zustand bezeichnete er als eine „Krankheit des Willens“, die gekennzeichnet sei durch die Unfähigkeit sich zu enthalten, durch den Verlust der Kontrolle (vgl. Rush 1772, zitiert nach Levine 1996, 114). Rush hat ein erstes Modell der (Trunk-)Sucht entwickelt, indem er

- als verursachende Kraft den Alkohol identifizierte,
- den Kontrollverlust über das Trinkverhalten als Zwangshandlung hervorhob,
- diesen Zustand als Krankheit bezeichnete und
- als einzige Möglichkeit der Heilung die vollständige Abstinenz empfahl (vgl. ebd.).

Ähnlich geartete Ideen tauchten etwa zum gleichen Zeitpunkt auch in Europa auf. So führt Feuerlein den schottischen Arzt Trotter als den „Vater des Krankheitskonzepts des Alkoholismus“ an. Trotter schrieb 1780, daß die „Begierde nach häufiger Trunkenheit eine durch die chemische Natur der alkoholischen Getränke hervorgerufene Krankheit“ sei (zitiert nach Feuerlein 1996, 13). Auch hier wird in der Folge „Zuspruch und Sittenpredigt“ als überflüssig angenommen, da das Trinken zum physischen Bedürfnis geworden sei und der Betroffene als Kranker zu gelten habe (vgl. Feuerlein 1996, 13).

Kontrollverlust und Zwang und die Bewertung dieses Zustandes als Krankheit sind die bestimmenden Größen dieses Modells. Sie werden bis heute als die zentralen Aspekte einer Sucht angesehen.

2.2.3. Zur Frage der Suchtursache(n)

Vollständig anders wird derweil die Lokalisierung der Suchtquelle vorgenommen. E.M. Jellinek - führender Forscher des „Yale Centers of alcohol studies“ - griff das Krankheitskonzept von Rush in den 1930ern neu auf. Anders als Rush nahm er an, daß die Ursache der Sucht nicht so sehr im Alkohol selbst, als vielmehr in dem von der Sucht betroffenen Individuum zu suchen sei. Damit war die Dämonisierung der Droge an sich außer Kraft gesetzt: „Jetzt konnte Alkohol als eine gesellschaftlich akzeptable, „domestizierte Droge

verstanden werden, die nur bei einigen Personen aus unbekanntem Gründen Sucht hervorrief“ (Levine 1996, 116). Etwas an dem von der Sucht Betroffenen mußte krank und anders sein, so daß es im Umgang mit der Droge zu einem Verhalten jenseits der Willenskontrolle kam. Haben sich Abstinenz- und Mäßigkeitsbewegungen vornehmlich um die grundsätzliche Meidung des Alkohols bemüht (in den USA erfolgreich bis hin zur Prohibition), so zielen Erklärungs- und Hilfskonzepte nunmehr auf die Persönlichkeit der Betroffenen und auf die Initiierung und Unterstützung einer grundlegenden Persönlichkeits- und Verhaltensänderung. Weiterhin gilt die Abstinenz gleichzeitig als erste Bedingung und oberstes Ziel eines Veränderungs- oder auch Heilungsprozesses. Individualisierung und Entpolitisierung des Suchtproblems sind die Folge. Psychologische Erklärungsmodelle und psychotherapeutische Hilfsansätze stehen in der Tradition dieser vorgenannten Suchtkonzeption (vgl. Kap. 2.2.3.1.).

Moderne Erklärungsansätze zur Frage der Ursache von Sucht tragen der Gebundenheit allen individuellen Seins an ein gesellschaftliches Ganzes Rechnung, indem sie das Bedingungsgefüge Person-Droge um den Aspekt des „sozialen Milieus“ (vgl. Ladewig u.a. 1979, zitiert nach Loviscach 1996, 40) oder auch des „Sozialfeldes“ (vgl. Feuerlein 1996, 19) erweitern. Aus diesem Trias-Modell - Person-Droge-Umwelt - leiten sich sogenannte „multifaktorielle“ Perspektiven ab, nach denen sich eine Sucht immer vielfältig und auf mehreren Ebenen des Daseins begründet.

„Zu den möglichen Ursachen [einer Sucht] zählen individuelle, körperliche, seelische, soziale und spirituelle Bedingungen ebenso wie gesellschaftliche und politische Gegebenheiten. Damit es zu einer Sucht kommt, muß bei den stoffgebundenen Süchten ein Stoff verfügbar sein, ein Anlaß für dessen Erstgebrauch, Gründe für den anhaltenden Mißbrauch sowie begünstigende Faktoren“ (Stimmer 1996, 503).

Sowohl Erklärungsmodelle als auch Hilfskonzepte haben die Komplexität und individuelle Vielfalt dieses Geschehens zu berücksichtigen. Eine konsequente Umsetzung dieser Ursachentrias findet sich in dem psychosozialen Grundverständnis der modernen Suchtkrankenhilfe (vgl. Kap. 2.2.3.2.).

2.2.3.1. Psychologische Erklärungsmodelle zur Entstehung von Sucht

Auf der Grundlage unterschiedlicher psychologischer Schulen sind Erklärungsmodelle entwickelt worden zur Frage von Suchtursachen und wiederkehrenden Mechanismen bei der Entstehung einer Sucht. Als die beiden bedeutendsten Perspektiven gelten dabei die Psychoanalyse und die Lerntheorie.

„Psychologische Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit beruhen überwiegend auf bekannten Paradigmen der Psychopathologie und Psychotherapie. Lerntheoretische, kognitiv-behaviorale und psychoanalytische Konzepte haben die Theorie- und Modellbildung zu Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol am nachhaltigsten beeinflußt“ (Hapke 2000, 27).

Den jeweiligen suchtbezogenen Vorstellungen liegen solche zur allgemeinen Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen zugrunde. Persönlichkeit wird dabei verstanden „als das spezifische Gefüge von Merkmalen, Eigenschaften, Einstellungen und Handlungskompetenzen, das einen einzelnen Menschen kennzeichnet“ (Tillmann 1996, 11). Innerpsychische Prozesse und Zustände, Gefühle und Motivationen, Wissen, Sprache und Werthaltungen stehen im Zentrum eines solchen psychologischen Persönlichkeitsverständnisses (vgl. ebd.).

Die Psychoanalyse ist wissenschaftliche Theorie und Heilmethode zugleich. Als Theorie bildet sie ein „System von Hypothesen über die Funktionsweise der menschlichen Psyche“ (a.a.O., 56). Diese formiert sich nach Freud in der frühen Kindheit. Die familiären Beziehungsstrukturen zwischen Kind und Eltern, insbesondere zwischen Kind und Mutter, gelten als ausschlaggebend für die Ausbildung von Persönlichkeitsstrukturen.

„Die Persönlichkeitsentwicklung vollzieht sich nach Auffassung der Psychoanalyse in Auseinandersetzung zwischen dem triebgesteuerten Kind und der reglementierenden, disziplinierenden und damit triebeinschränkenden Umwelt“ (Hurrelmann u. Bründel 1997, 23).

Nach psychoanalytischem Verständnis ist die Ursache einer Sucht in Störungen dieses frühkindlichen Persönlichkeitsentwicklungsprozesses zu suchen. Insofern gelten Sucht und Abhängigkeit hier lediglich als Symptome. Psychoanalytisch orientierte Therapiekonzepte zielen auf die Behandlung dieser der Sucht zugrundeliegenden Störungen. So hebt auch Rost hervor, daß er die Sucht im allgemeinen und den Alkoholabusus im besonderen als ein Symptom begreift, „nämlich als den Ausdruck tieferliegender Konflikte, Defizite oder Persönlichkeitsstörungen, sozusagen als die Spitze des Eisberges“ (vgl., Rost 1994, 27). Das Vorhandensein spezifischer, für eine Sucht typischer Störungsbilder wird von Rost verneint. Es seien die unterschiedlichsten Konflikte und Persönlichkeiten, auf deren Hintergrund Alkohol zum Problem werden könne. Diagnostisch wichtig erscheine es ihm vielmehr, im Einzelfall zu erfassen, welche Bereiche einer Persönlichkeit gestört seien und als wie tiefgreifend sich diese Störungen erwiesen (vgl., a.a.O., 28).

Auch Lerntheorien sind Teil der psychologischen Forschung und fragen nach Gesetzmäßigkeiten bei Prozessen der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung. Es lassen sich zwei große Richtungen unterscheiden: die verhaltenstheoretische und die kognitive Psychologie. Erstere - auch als Behaviorismus bezeichnet - beschränkt sich auf die Beobachtung von Verhalten, welches verstanden wird als erlernte Antwort auf einen von der Umwelt ausgehenden Reiz. Rein experimentell wird nach Regelmäßigkeiten beim Erwerb solcher Reiz-Reaktionsverbindungen gesucht. Alle Vorgänge, die im Bewußtsein des Menschen zwischen Reiz und Reaktion, zwischen Erleben und Verhalten anzunehmen sind, werden als nur spekulativ erfaßbar bewertet und aus der Betrachtung ausgeschlossen. Für eben diesen Bereich zwischen den Ereignissen interessiert sich die kognitive Psychologie.

„Unter Kognitionen versteht man jene Vorgänge, durch die ein Organismus Kenntnis von seiner Umwelt erlangt. Im menschlichen Bereich sind dies besonders: Wahrnehmung, Vorstellung, Denken, Urteilen, Sprache. Durch Kognition wird Wissen erworben“ (Edelmann 2000, 114).

Behavioristische wie auch kognitive Lerntheorie verstehen den Prozeß der Persönlichkeitsentwicklung als das Ergebnis einer Reihe von Lernerfahrungen. Die kognitiven Theorien gehen dabei von komplexen Organisations-, Strukturierungs- und Verknüpfungsvorgängen aus, welche eine progressive Persönlichkeitsentwicklung im Rückgriff auf bereits verarbeitete Lernerfahrungen ermöglichen. Lernen, Wissenserwerb und Persönlichkeitsentwicklung sind folgerichtig als lebenslanger Prozess anzunehmen. Auf dem Hintergrund dieser lerntheoretischer Perspektiven stellt sich auch Sucht als erlerntes Verhalten dar, welches grundsätzlich über neue Lernerfahrungen modifizierbar ist.

Die im weiteren Verlauf der Arbeit vorzustellenden Interventionsstrategien zielen auf die Motivierung von Menschen zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen hinsichtlich des Konsums von Alkohol. Sie leiten sich in der Hauptsache aus lerntheoretischen Konzepten ab.

2.2.3.2. Psychosoziale Perspektiven

Psychosoziale Perspektiven gehen von einem sozialisationstheoretischen Konzept der Persönlichkeitsentwicklung aus. Entstehung und Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit werden hier stärker in ihrer Abhängigkeit von sozialen und materiellen Lebensbedingungen verstanden. In der stetigen Auseinandersetzung mit diesen vorgefundenen Bedingungen entwickelt sich danach das Individuum hin zu einer sozial

handlungsfähigen Persönlichkeit (vgl. Hurrelmann 1995, 14). Eine solche Perspektive beschreibt das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft als ein sich wechselseitig beeinflussendes. Neben der Herausbildung einer einmaligen, von anderen unterscheidbaren Persönlichkeit steht hier der Prozeß der Vergesellschaftung, das heißt zum einen die Anpassung an gesellschaftliche Normen und Regeln und zum anderen die Entwicklung sozialer Kompetenzen, die es dem Individuum ermöglichen, die sozialen Bedingungen seinerseits zu beeinflussen. Beide Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung werden als unauflöslich miteinander verwoben verstanden.

Ausgehend von der Annahme solcherlei interdependenter Zusammenhänge haben sich systemische Theorien entwickelt. Hurrelmann kennzeichnet diese folgendermaßen:

„Denn die systemische Konzeption sieht Persönlichkeit, Organismus und Gesellschaft als unabhängige Systeme, die gegenseitig füreinander Umwelten bilden und in komplexen Austauschprozessen miteinander stehen“ (Hurrelmann 1995, 44).

Den Ebenen Gesellschaft und Person wird hier die des Organismus im Sinne der biologisch – physischen Gegebenheiten eines Individuums hinzugefügt. Systemtheoretische Annahmen finden Anwendung in familientherapeutischen Maßnahmen. Hier wird die Familie als das unmittelbare Beziehungsgefüge eines jeden Individuums und als grundlegendes soziales System in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt. Individuelle Störungen und ihre Symptome werden dabei als Ausdruck einer Störung im System verstanden.

„Das Symptom wird dann nicht als das Problem, sondern als Hinweis auf ein Problem verstanden. Systemisch gilt es zu fragen, wie die Familie an der Entstehung des individuellen Symptoms beteiligt ist und welche Funktion dieses Symptom für die familiären Prozesse hat“ (Hantel - Quitmann 1996, 115).

Auch suchtbezogene Störungen werden in familiensystemischen Zusammenhängen gedeutet und behandelt. Der Beitrag systemischer Theorie- und Therapieansätze besteht dabei in der Hauptsache in der Erklärung der Familiendynamik von Sucht. Dynamik und Beziehungen innerhalb einer Familie werden untersucht, und es wird danach gefragt, „welche familialen und intergenerationalen Mechanismen das Suchtverhalten zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufrechterhalten bzw. verändern“ (Hurrelmann u. Bründel 1997, 30).

Die psychosoziale Diagnose einer Sucht versteht sich - über das unmittelbare Umfeld im Sinne der Familie hinausgehend - „als die Bestandsaufnahme der persönlichen und strukturellen Situation und der Probleme“ eines Klienten (vgl. Stimmer 1996, 390). Besondere Berücksichtigung findet dabei die soziale Umgebung des Betroffenen hinsichtlich der dort vorliegenden besonderen Belastungen einerseits und der Ressourcen andererseits. Interventionen verstehen sich dann als Antworten auf psychosoziale Konflikt- und Problemlagen. Sie beinhalten eine mehrdimensionale Problem- genauso wie Ressourcenanalyse persönlicher wie sozial-gesellschaftlicher Bedingungen und deren Widersprüchlichkeiten und zielen auf Förderung der individuellen Bewältigungskompetenzen (vgl. Sickendiek 2002, 27), genauso wie sie auf die unmittelbare Beziehungslandschaft und -praxis eines von Sucht betroffenen Menschen einzuwirken suchen. Auch der kritische Blick und Versuche einer entsprechenden Einflußnahme auf gesamtgesellschaftliche Verhältnisse, die süchtige Verhaltensweisen befördern, gehören zu einer solchermaßen begründeten Arbeit.

Indlekofer stellt fest, daß sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten „ein größeres Inventar der Psychodiagnostik“ entwickelt habe. Daneben mangle es im psychosozialen Bereich an „standardisierten und allgemein anerkannten Erhebungsinstrumenten, die die verschiedensten psychosozialen Lebensbereiche systematisch erfassen“ (Indlekofer, 2001, 89). Das psychosoziale Diagnostiksystem PREDI (Psychosoziale, REssourcenorientierte DIagnostik) stellt standardisierte Arbeitsbögen für den Erstkontakt zu einem Klienten und für die Erstellung einer Kurz- bzw. Feindiagnose zur Verfügung. Diese Erhebungsinstrumente sollen, über die Erfassung von Problem- und Ressourcenlage und die Ermittlung von Veränderungswünschen der Klienten, den verschiedenen Ebenen des Daseins aus psychosozialem Blickwinkel gerecht werden. Sie vermeiden eine ausschließlich problem- und defizitorientierte Perspektive, indem sie gleichermaßen den Blick auf die Ressourcen eines Menschen und einer Situation lenken und sie nehmen als zentralen Bestandteil der Diagnostik die Beurteilungsperspektive des betroffenen Klienten auf, indem sie nach dessen Veränderungswünschen fragen (vgl. a.a.O., 90/91).

2.2.4. Das Abstinenzparadigma

Die von Rush formulierte Überzeugung, einer Sucht sei nur zu begegnen durch die dauerhafte Abstinenz vom Suchtmittel, ist eine für die Suchtarbeit bis heute prägende Vorgabe. Erst neuere Entwicklungen im Suchthilfebereich stellen die Gültigkeit dieses Paradigmas in Frage (vgl. Kap. 3.4.).

2.3. Medizinische Definition von Sucht über Klassifikationssysteme

Medizinische Klassifikationssysteme basieren auf der Beobachtung von Symptomen und Syndromen. Ursachen und die je individuelle Entstehungsgeschichte einer Sucht finden keine Berücksichtigung (vgl. DHS 2001 a, 7). Die in dieser Arbeit thematisierten Möglichkeiten und Methoden einer frühzeitigen Ansprache von Menschen mit Alkoholproblemen setzen einheitliche Kriterien zur Identifikation einer Sucht oder einer sich anbahnenden Suchtproblematik im Sinne einer Diagnose voraus. Einen solchen Katalog stellen die folgenden Klassifikationssysteme zur Verfügung. In ihnen wird anstelle von Sucht der Begriff der Abhängigkeit verwendet.

2.3.1. Sucht oder Abhängigkeit

Zu den Begriffen Sucht und Abhängigkeit finden sich verschiedene Versuche der Abgrenzung, genauso wie beide Begriffe synonym zueinander verwendet werden. Unterschieden wird häufig nach

- einerseits der Sucht, als einer von einem unabweisbaren Verlangen geprägten psychischen Grundkonstellation und des darauf basierenden Verhaltens,
- und andererseits einer sich auf einen konkreten Suchtstoff oder ein bestimmtes Verhalten beziehenden Abhängigkeit.

„Süchtige Haltung“ und „süchtiges Verhalten“ können zu einer Abhängigkeit führen, müssen es aber nicht. Abhängigkeit ist danach zu verstehen als möglicher „krankhafter Endzustand“ eines von süchtigen Verhaltensweisen geprägten Prozesses (vgl. Hurrelmann u. Bründel 1997, 16).

Feuerlein grenzt physische und psychische Anteile einer Abhängigkeit voneinander ab. Die physische Abhängigkeit ist danach gekennzeichnet durch „eine Reihe von körperlichen und psychischen Phänomenen, die nach Entziehung der Droge auftreten“ (Entzugssyndrom). Als psychische Abhängigkeit bezeichnet er „das unwiderstehliche Verlangen nach einer weiteren oder periodischen Einnahme der Droge, um Lust zu erzeugen oder Mißbehagen zu vermeiden“ (vgl. Feuerlein 1975, 5).

Die im folgenden angeführten medizinischen Klassifikationen beziehen sich mit ihrem Abhängigkeitsbegriff ausschließlich auf die sogenannten Substanzabhängigkeiten, das heißt auf die Abhängigkeit von Drogen. Unter Drogen werden alle Wirkstoffe pflanzlicher oder synthetischer Herkunft verstanden, die durch ihre Wirkung auf das Zentralnervensystem das Empfinden und die Erlebnisweisen ihrer Benutzer beeinflussen. Diese Wirkung auf die Psyche wird als psychoaktiv oder auch psychotrop bezeichnet und ist das wesentliche Moment des Suchtpotentials von Drogen (vgl. Loviscach 1996. 17/18).

2.3.2. ICD-10- und DSM-Kriterien für das „Abhängigkeitssyndrom“

Medizinische Klassifikationssysteme sind Werkzeuge zur Diagnostik, das heißt sie dienen zum Erkennen und Bestimmen einer Krankheit an einem bestimmten Patienten. Auch Abhängigkeit wird als Krankheit verstanden und über die Auflistung ihrer Symptomatik erfaßt und beschrieben. Die beiden in der Medizin relevanten Klassifikationssysteme sind die ICD-10 (International Classification of Diseases) und das DSM (Diagnostical and statistical manual of mental disorders).

Den ICD-10-Kriterien zufolge liegt eine Abhängigkeit vor, wenn mindestens drei der folgenden Punkte im Verlaufe eines vergangenen Jahres zutreffend gewesen sind.

„(1) starker Wunsch zum Substanzkonsum, (2) verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Substanzkonsums, (3) Substanzkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und eine entsprechend positive Erfahrung, (4) körperliches Entzugssyndrom, (5) Toleranzsteigerung, (6) eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz, (7) fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums, (8) anhaltender Konsum trotz Nachweises schädlicher Folgen“ (Dilling, Mombaur, Schmidt 1991 zit. nach John 1998, 141).

Wenn mindestens drei dieser Kriterien in der Vergangenheit galten, aber für den genannten Zeitraum der vergangenen 12 Monate vor der Diagnosestellung nicht mehr festzustellen sind, wird dieses *als remittierte Alkoholabhängigkeit* oder auch *Remission* bezeichnet (vgl. BMG 1996, 7).

Die in den ICD-10-Kriterien nicht berücksichtigte „soziale Symptomatik“ wird im DSM-III-R aufgeführt. Nach diesen Kriterien wird von einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

ausgegangen, wenn mindestens drei von den neun genannten Bedingungen erfüllt sind. Auch die DSM-Kriterien sollen im folgenden vollständig wiedergegeben werden, da sie dem ICD-10-Katalog einiges hinzufügen.

(1) häufiger Alkoholkonsum in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt, (2) anhaltender Wunsch oder mindestens ein erfolgloser Versuch, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren, (3) viel Zeit für Aktivitäten um die Substanz zu beschaffen im Rahmen des Alkoholkonsums, (4) häufige Intoxikation oder Entzugssymptome, wenn eigentlich die Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause erwartet wird oder wenn die Einnahme einer Substanz zur körperlichen Gefährdung führt, (5) wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt, (6) fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis der sozialen, psychischen oder körperlichen Probleme, die durch den Substanzkonsum verursacht oder verstärkt werden, (7) Ausgeprägte Toleranzentwicklung (wenigstens 50% Dosissteigerung), (8) charakteristische Entzugssymptome, (9) häufige Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu bekämpfen oder zu vermeiden (vgl. Wittchen, Saß, Zaudig u.a. 1991, 214/215).

Neben der Berücksichtigung auch sozialer Konsequenzen ist hier über die Punkte zwei und sechs die besondere Qualität, die süchtiges Verhalten ausmacht, hervorgehoben: ein Handeln „wider besseres Wissen“, das Getrieben- und Gezwungen-Sein selbst da noch, wo sich negative Konsequenzen bereits zeigen, der Verlust der Kontrolle nicht nur über den Trinkvorgang, sondern darüber hinausgehend über das eigene Handeln. Nach Jellinek ist unter Kontrollverlust zu verstehen, daß bei einer Trinkgelegenheit wesentlich größere Trinkmengen als beabsichtigt zu sich genommen werden und somit eine unbeabsichtigt schwere Intoxikation erlitten wird (vgl. Jellinek 1960, zitiert nach Hapke 2000, 15). Beide Klassifikationsysteme erweitern dieses Verständnis um die Unfähigkeit zur Abstinenz, wobei die DSM-Kriterien die Tragweite dieser Unfähigkeit für das gesamte Handeln eines Betroffenen andeuten.

Neuere wissenschaftliche Veröffentlichungen beziehen sich auf die Kriterien für Abhängigkeit nach DSM IV. In diesen werden nur sieben der DSM III R Kriterien angeführt, wobei die Punkte acht und neun in der neueren Version unter einem Punkt zusammengefaßt werden. Lediglich der Punkt vier entfällt vollständig. Damit unterscheiden sich die beiden Versionen nur unwesentlich.

2.3.3. Substanzbezogene Störungen: Abhängigkeit, Mißbrauch und riskanter Konsum

Abgeleitet aus dem Sprachgebrauch und den definitiven Abgrenzungen der medizinischen Klassifikationssysteme, wird in der internationalen Fachdiskussion mittlerweile anstelle von Sucht oder auch Abhängigkeit der Begriff „substanzbezogene Störungen“ bevorzugt verwendet (vgl. DHS 2001 a, 7). Unter diesem Begriff werden „Substanzabhängigkeit“, „Substanzmißbrauch“ und der „riskante Konsum“ von Drogen subsumiert. Die Substanzabhängigkeit ist über den Kriterienkatalog im vorangegangenen Kapitel bereits beschrieben. Mit den Kategorien „Substanzmißbrauch“ und „riskanter Konsum“ wird es möglich, Menschen im Vorfeld einer manifesten Abhängigkeit zu identifizieren.

2.3.3.1. Substanzmißbrauch

Ähnlich wie für den Sucht- bzw. Abhängigkeitsbegriff ist auch für die Kategorie des Mißbrauchs der Mangel einer einheitlichen Definition festzustellen. Sehr allgemein läßt sich festhalten, daß der Begriff Mißbrauch Konsummuster bezeichnet, die zu unterschiedlichsten negativen Konsequenzen führen (vgl. Hapke 2000, 18). Nach den DSM-III-R-Kriterien ist der Substanzmißbrauch eine Kategorie zur Beschreibung „unangepassten Gebrauchs psychotroper Substanzen“ (a.a.O. 17). Hierfür werden zwei diagnostische Kriterien genannt, von denen mindestens eines erfüllt sein muß:

„(1) Fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem, das durch den Gebrauch der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt wird.

(2) Wiederholter Gebrauch in Situationen, in denen der Gebrauch eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Alkohol am Steuer)“ (Wittchen, Saß, Zaudig u.a. 1991, 216).

Im Sinne dieser Kriterien kann Mißbrauch auch als singuläres Ereignis auftreten, weshalb zur Hervorhebung der dauerhaften Problematik von „chronischem Alkoholmißbrauch“ gesprochen wird. Das DSM-III-R impliziert die Annahme, daß Mißbrauch in der Regel eine Vorstufe der Abhängigkeit darstellt (vgl. Hapke 2000, 18). Die Mißbrauchsdiagnose kann nur dann gestellt werden, wenn die Kriterien für eine Abhängigkeit nie erfüllt gewesen sind (vgl. BMG 1996, 7).

Auch für die Mißbrauchskriterien wird vielfach auf die neuere Version des DSM IV verwiesen. Darin werden vier Kriterien für Mißbrauch angeführt, von denen mindestens eines im Verlaufe der vergangenen 12 Monate erfüllt gewesen sein muß:

- (1) Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule wegen Substanzgebrauch
- (2) Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen
- (3) Probleme mit dem Gesetz wegen Substanzgebrauch
- (4) Soziale und zwischenmenschliche Probleme wegen Substanzgebrauch

In den ICD-10-Kriterien wird anstelle von Mißbrauch der Begriff „schädlicher Gebrauch“ eingeführt. Die Schädlichkeit des Substanzkonsums wird hier ausschließlich an tatsächlichen Schädigungen der psychischen oder physischen Gesundheit bemessen. Es müsse dabei ein deutlicher Nachweis zu erbringen sein, „daß der Substanzgebrauch verantwortlich ist für die körperlichen oder psychischen Probleme, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das evtl. zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen geführt hat“ (Dilling, Mombour, Schmidt u.a. 1994, zitiert nach Hapke 2000, 223)

2.3.3.2. Riskanter Konsum

Neben den klassischen Krankheitskategorien Abhängigkeit und Mißbrauch bzw. „schädlichem Gebrauch“ findet auch die Kategorie des „riskanten Konsums“ Verwendung. Diese Risikokategorie ist bereits 1982 unter dem Begriff des „hazardous use“ von der Weltgesundheitsorganisation eingeführt worden. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren nennt in ihrem „Positionspapier 2001“ (vgl. Kap. 3.6.) „Personen mit riskantem Konsum psychotroper Substanzen“ neuerdings als „eine grundsätzlich wichtige Zielgruppe der Suchtkrankenhilfe (vgl. DHS 2001 a, 7). Die Kategorie des riskanten Konsums wird über die Höhe der durchschnittlichen Konsummenge eines Menschen gebildet. In Deutschland gilt eine tägliche Menge reinen Alkohols von 20 Gramm bei Frauen und von 40 Gramm bei Männern als problematische bzw. als riskante Konsummenge (Simon, Tauscher, Pfeiffer 1999, 46). Neuere Studien setzen den Wert für Männer mit 30 Gramm sogar noch niedriger an (vgl. a.a.O. 48). Die Diagnose „riskanter Konsum“ wird herangezogen zur Identifizierung von Menschen mit einer über diesen Werten liegenden durchschnittlichen Konsummenge, die jedoch noch ohne eine Symptomatik im Sinne des Mißbrauchs oder der Abhängigkeit sind.

2.4. Die Droge Alkohol

Die Droge Alkohol ist durch einige Besonderheiten hinsichtlich ihrer Wirkung, ihrer Verfügbarkeit und Verbreitung, ihrer sozial-kulturellen Integration und ihrer Rolle als Wirtschaftsfaktor gekennzeichnet. Im folgenden sollen diese besonderen Merkmale dargestellt werden.

2.4.1. Die Substanz und ihre Wirkung

Alkohol entsteht durch Gärung von Zucker. Es handelt sich dabei um einen natürlichen Vorgang, wobei der Zucker durch Hefe in Äthanol und Kohlendioxid umgewandelt wird. Der Alkohol ist ein Stoffwechselprodukt lebender Mikroorganismen (vgl. Schneider, 1998, 21). Die Entdeckung der berauschenden Wirkung von solcherlei Vergorenem reicht vermutlich an den Beginn menschlichen Daseins zurück. So ist der Alkohol als älteste Droge der Menschheit anzunehmen. Vor allem als Wein und Bier ist er seit altersher Nahrungs- und Genußmitteln und dient zugleich als Rauschmittel.

Alkohol gehört zu den zentralnervös ansetzenden Substanzen. Diese entfalten ihre Wirkung im Gehirn des Menschen (vgl. Lindenmeyer, 1998, 35). Der neueren Forschung zufolge greift er hier im Belohnungszentrum „in das komplizierte Gleichgewicht von hemmenden und aktivierenden Botenstoffen (sog. „Neurotransmitter“) zwischen den Nervenzellen“ (a.a.O. 41) ein. Das Belohnungszentrum wird als der Sitz aller Lust und- Unlustgefühle des Menschen angenommen. Unmittelbar nach dem Genuß von Alkohol kommt es zu einer vermehrten Endorphinausschüttung (körpereigene Opiate), welche als Beruhigung, Entspannung, Schmerzlinderung, Enthemmung, Stimmungshoch oder Stärkung erlebt wird (vgl. ebd.).

Diese Wirkung auf Befinden und Erlebnisweise des Benutzers wird auch als psychoaktiv bezeichnet und ist Eigenschaft aller Drogen. Alkoholische Getränke werden sowohl aus Geschmacks- und Genußgründen als auch gezielt um ihrer Wirkung willen konsumiert.

„Alle Drogen können Anlaß einer Sucht sein, d. h. sie haben ein mehr oder weniger hohes Suchtpotential“ (Loviscach, 1996, 18). Für die Substanz Alkohol wird ein hohes Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential festgestellt. Dabei dauert die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit, im Vergleich zu anderen Substanzabhängigkeiten relativ lange, meist mehrere Jahre. Bei Jugendlichen ist dieser Prozeß erheblich beschleunigt, hier kann es bereits innerhalb eines Jahres zu einer manifesten Abhängigkeit kommen.

2.4.2. Alkohol als kultur- und sozialintegrierte Droge

Für den europäischen Raum ist der alltägliche Konsum von Alkohol bis in das Altertum nachzuweisen, wobei der zunächst auf den Genuß von Bier und Wein begrenzte Gebrauch einerseits keine gesetzlichen Beschränkungen fand, andererseits über Ritus, Kult und Feste normaler Bestandteil des Lebens war. Auch die über die Jahrhunderte hinweg mal mehr und mal weniger laut werdenden Dokumente der Auseinandersetzung mit den Problemen der Trunkenheit und Trunksucht legen an erster Stelle Zeugnis ab über eine lange Tradition und Kultur des Trinkens. Schon „das klassische griechisch-römische Schrifttum ist angefüllt mit kritischen Schilderungen von Trinkexzessen und voll des Lobes für die Mäßigung. (...) Auffällig ist dabei das Fehlen einer gegen Trunkenheit gerichteten Gesetzgebung“ (Austin, 1996, 54).

Bis heute ist der Alkohol in den meisten westeuropäischen Ländern eine sogenannte legale Droge, das heißt Herstellung, Verbreitung und Konsum von Alkohol sind im Unterschied zu den illegalen Drogen nicht strafbar. Die einer Unterscheidung von legalen und illegalen Drogen zugrundeliegenden Annahmen werden von Loviscach kritisch bewertet:

„Die übliche Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen beruft sich auf die gesetzlichen Vorgaben, die angeblich deren unterschiedliche Gefährlichkeit widerspiegeln. Tatsächlich ist diese Einteilung politisch und entspricht nicht durchweg den medizinischen oder kulturvergleichenden Erfahrungen. Heute gibt es keine Zweifel mehr, daß Alkohol und Tabak vergleichsweise sehr gefährlich für die Gesundheit sind und auch in ihrem Suchtpotential kaum hinter einem Teil der illegalen Drogen zurückstehen“ (Loviskach 1998, 19).

Tradition und gesetzliche Legitimierung begründen hierzulande, daß mindestens Bier und Wein als Lebens- und Genußmittel in ein durchschnittliches Erwachsenenleben selbstverständlich integriert sind. Die Verfügbarkeit von Alkoholika ist kaum eingeschränkt. Es bedarf keiner besonderen Lizenz, um Alkohol zu verkaufen oder auszuschenken. Lediglich in Bezug auf Kinder und Jugendliche wird die Abgabe und der Verzehr von Branntwein, branntweinhaltigen Getränken und anderen alkoholischen Getränken verboten bzw. eingeschränkt (vgl. JuSchG 2003, § 9). Auch Trinkregeln, das heißt allgemeingültige Vorstellungen dazu, wer wann, wo, wie und in welchem Ausmaß trinken darf, sind eher vage und weit gesetzt. Grundsätzlich besteht eine positive Einstellung in der breiten Öffentlichkeit zum Alkoholkonsum mit einer Tendenz zum „Mitmachzwang“: Es ist eher der Nichttrinker, der sich zu rechtfertigen hat und sich des Vorwurfes, ein Spiel- und Spaßverderber oder gar Schwächling zu sein, erwehren muß.

2.4.3. Pro-Kopf-Verbrauch und alkoholbedingte gesundheitliche Störungen

Die Verbreitung des Alkoholkonsums läßt sich zum einen belegen durch Ermittlungen des durchschnittlichen jährlichen Verbrauches in einer Bevölkerung. Die Daten hierfür werden über die Umsätze der Alkoholindustrie ermittelt.

Im Jahrbuch Sucht 2002 wird der Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken in der Bundesrepublik Deutschland für das Jahr 2000 mit 154,4 l angegeben. Dieser entspricht einem Konsum von 10,5 l reinen Alkohols pro Kopf der Bevölkerung. Internationalen Vergleichen dieser Verbrauchsgröße für das Jahr 1999 zufolge nimmt Deutschland weltweit einen Platz in der Spitzengruppe ein: „Insgesamt hält Deutschland beim Alkoholverbrauch pro Einwohner die fünfte Stelle, wobei das Konsumniveau von 10,6 Litern reinen Alkohols nur wenig unter dem Spitzenwert von Luxemburg liegt (Tab. 9)“ (DHS 2001 b, 25).

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit werden seit 1980, jeweils im Abstand von zwei bis fünf Jahren, „*Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen*“ durchgeführt. Ziel der Befragungen ist es zu ermitteln, wie viele Bundesbürger welche psychoaktiven Substanzen konsumieren, wie häufig und in welchen Mengen sie das tun und welche Folgen dieser Konsum hat. Die im folgenden berücksichtigte Erhebung aus dem Jahr 2000 erfaßt den Gebrauch psychotroper Substanzen bei 18 – 59 jährigen Erwachsenen. Aus den Angaben zum Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten wurde jeweils ein Durchschnittskonsum in Gramm Reinalkohol pro Tag berechnet. Bezogen auf die Gesamtstichprobe ergab sich dabei ein Pro-Kopf-Verbrauch von 6,6 Litern Reinalkohol im Jahr (vgl. Kraus u. Augustin 2001, 7).

Die Erklärungen zu der erheblichen Differenz zwischen dem aus den Verbrauchszahlen abgeleiteten Pro-Kopf-Verbrauch und den Ergebnissen der Repräsentativerhebung geben Hinweise auf die besonderen Schwierigkeiten und Einschränkungen, denen Bevölkerungsbefragungen unterliegen, genauso wie sie das aus den Verbrauchszahlen abgeleitete Konsumniveau relativieren.

„Die Differenz zu dem aus den Verbrauchszahlen errechneten Pro-Kopf-Konsum von 10,6 Litern erklärt sich aus sozial erwünschten Angaben der Respondenten, dem Fehlen besonderer Trinkanlässe wie Jahreswechsel im Erhebungszeitraum sowie der Tatsache, daß die „Verbrauchszahlen“ nicht den tatsächlichen Verbrauch, sondern die produzierte Menge an Reinalkohol schätzen“ (Kraus u. Augustin 2001, 7).

Der Pro-Kopf-Konsum von alkoholischen Getränken wird nach Edwards als einer der wichtigsten Indikatoren für zu erwartende alkoholbezogene Probleme in der Bevölkerung angenommen (vgl. DHS 2001 b, 18). Auch bei Hapke ist zu diesem Zusammenhang zu lesen: „Es gibt hinreichende empirische Belege dafür, daß eine Steigerung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung eine exponentielle Zunahme von alkoholbedingten gesundheitlichen Störungen, Verletzungen und Erkrankungen zur Folge hat“ (Hapke 2000, 12). Bezogen auf den Einfluß von Alkoholkonsum auf die öffentliche Gesundheit insgesamt formuliert Edwards:

„Eine erhebliche Anzahl vorliegender Untersuchungsdaten unterstreicht, daß es einen Zusammenhang zwischen dem Gesamtkonsum an Alkohol in einer Gesellschaft und der Häufigkeit verschiedener Schäden gibt, einschließlich somatischer Krankheiten wegen schweren Langzeitkonsums, Unfällen infolge akuter Intoxikationen, Gewaltverbrechen und Suizid. Somit unterstützt die Befundlage die Auffassung, daß sich der nationale Konsum auf die öffentliche Gesundheit und die Sozialpolitik auswirkt“ (Edwards 1997, 88).

2.4.4. Alkohol als Wirtschaftsfaktor

Hinter dem beschriebenen hohen Verbrauch von Alkohol steht ein entsprechend großer Wirtschaftszweig, der von Produktion und Handel mit Alkoholika lebt. Darüber hinaus ist das gastronomische Gewerbe in seinen Verdienstmöglichkeiten wesentlich mitbestimmt durch einen hohen Umsatz an alkoholischen Getränken. Auch die Werbeindustrie findet in der Alkoholindustrie ihre Kundschaft: „Mit Werbeausgaben in Höhe von 1,2 Mrd. DM war die Alkoholbranche mit 2,4 % an sämtlichen Werbeausgaben der deutschen Wirtschaft im Jahr 2000 beteiligt“ (DHS 2001 b, 24).

Der Staat erhebt besondere Steuern auf den Verbrauch von Bier, Schaumwein und Branntwein und profitiert damit auch unmittelbar von einer florierenden Alkoholwirtschaft. „Im Jahre 2000 beliefen sich die Einnahmen aus Alkoholsteuern auf insgesamt 6,8 Mrd. DM“ (a.a.O. 22). Gesundheitspolitischen Versuchen, auf den Konsum von Alkohol Einfluß zu nehmen, stehen demnach starke wirtschaftliche Interessen und Interessensgruppen gegenüber. So stellt auch Hapke fest:

„Alkohol läßt sich einfach, preiswert und in großen Mengen produzieren und lagern. (...) Gegenüber anderen Produkten ist die Spanne zwischen Herstellungspreis und dem Preis, den der Verbraucher bereit ist, für Alkohol zu bezahlen, extrem groß. Seine Produktion und Vermarktung birgt somit enorme

Gewinnspannen. Unabhängig davon, ob diese als Unternehmensgewinne oder durch staatliche Abgaben abgeschöpft werden, wird die Alkoholpolitik durch wirtschaftliche Interessen entscheidend mitbestimmt“ (Hapke, 2000, 21).

2.5. Der Präventionsbegriff

Prävention bedeutet Zuvorkommen, Vorbeugen oder auch Abschrecken. Der Präventionsbegriff kann sich auf die Sicherung gesellschaftlicher Normsetzungen und Verhaltensstandards beziehen. In diesem Zusammenhang soll mit den Mitteln der Prävention der Entwicklung oder auch Festigung von Verhaltensweisen vorgebeugt werden, die als von der Norm abweichend oder auch als die betreffende Person oder die Gesellschaft gefährdend bewertet werden (vgl. Stimmer, 1996, 371). Ein Beispiel wäre hier die Gewaltprävention unter Jugendlichen, aber auch die Prävention des Gebrauchs illegaler Drogen zielt immer auf solcherlei Normsicherung. Teil psychosozialer Perspektiven ist die Zielsetzung der Erhaltung, Stärkung oder (Wieder-)herstellung normgerechter Handlungsfähigkeit von Menschen (vgl. a.a.O. 390) über die Gewährung von sozialen und psychologischen Hilfen. Nur wenn ausgeschlossen werden kann, daß die Verletzung der Norm willentlich und bewußt vonstatten gegangen ist, finden die Kategorien „Krankheit“ oder „Behinderung“ Anwendung (vgl. ebd.).

Weiterhin verbreitete Verwendung findet der Präventionsbegriff in medizinischen Zusammenhängen. Der Begriff der Suchtprävention ist dem dort vorherrschenden Präventionsverständnis im Sinne der Krankheitsverhütung zuzuordnen.

„Prävention (Krankheitsverhütung) sucht (...) eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (Schwartz u. Walter 2000, 151).

„Präventionsmaßnahmen können sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (*Verhaltensprävention*) als auch auf die Veränderung der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt (*Verhältnisprävention*) beziehen“ (a.a.O. 153).

Aus der medizinischen Perspektive stammt die Differenzierung des Präventionsbegriffs nach Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention. Es handelt sich dabei um eine Einteilung nach dem Grad der Betroffenheit einer Zielgruppe (vgl. Loviscach 1996, 206): *Primärprävention* richtet sich an (noch) nicht Betroffene, *Sekundärprävention* an gefährdete (Risiko-)Gruppen, *Tertiärprävention* an bereits Erkrankte, wobei es um die Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen geht (vgl. Schwartz u. Walter 2000, 152).

„Die Vermeidung exogener Schädigungen (Exposition) oder die Verhinderung oder Verringerung eines personengebundenen Risikos (Disposition, Risikofaktoren) heißt Primärprävention. Sekundärprävention versucht das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Früherkennung und -behandlung zu verhindern. Die Tertiärprävention möchte Folgeschäden (Defekte, Behinderungen) einer eingetretenen Erkrankung vermeiden oder abmildern“ (Schwartz u. Walter 2000, 151).

In der Suchtkrankenhilfe ist mit dem Begriff der Prävention im allgemeinen die Primärprävention gemeint (vgl. Loviscach 1996, 206). Sekundärpräventive Maßnahmen werden explizit als Sekundärprävention bezeichnet.

2.5.1. Sekundärprävention in der Suchtkrankenhilfe

Im Zusammenhang mit substanzbezogenen Störungen wenden sich sekundärpräventive Maßnahmen an Menschen, „die ein mißbräuchliches oder riskantes Konsumverhalten aufweisen, ohne daß bereits eine manifeste Abhängigkeit oder massive Folgeprobleme festzustellen wären“ (DHS 2001 a, 22). Sekundärprävention beinhaltet die Zielsetzung, „Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum möglichst frühzeitig zu identifizieren und durch geeignete Interventionen eine Motivierung zum Wandel des Substanzkonsums herbeizuführen (vgl., Hapke/Rumpf/Schumann u.a., 1999, 81). Die entsprechenden Maßnahmenkonzepte beinhalten Instrumente zur Früherkennung und unterschiedliche Frühinterventionsformen, wie die schriftliche Information, den Ratschlag, die Kurzberatung, Beratung und Behandlung (vgl., BMG 1996, 63). Diese zeitlich eher unaufwendigen Maßnahmen werden auch als Kurzinterventionen bezeichnet.

Allgemeine Zielsetzung des frühen Intervenierens ist die Initiierung einer aktiven Auseinandersetzung mit der Substanzproblematik und die Motivierung zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung (vgl. John 2000 a, 480). Entsprechend heißt es auch bei Hapke, sekundärpräventive Maßnahmen erforderten ein aktives Zugehen auf Betroffene. Nur so könne eine frühzeitige Erkennung und Behandlung realisiert werden (vgl. Hapke 2000, 84).

Da in frühen Stadien der Abhängigkeitserkrankung

„noch nicht von einer Einsicht in die vorliegende Problematik ausgegangen werden kann und bestenfalls geringe Änderungsmotivation vorhanden ist, (...) liegt die Initiative zur Frühintervention regelmäßig beim Intervenierenden. Diese eher kurze Intervention zielt primär auf die Motivierung zur Verhaltensänderung und die Herstellung einer Beziehung, die weiteres Arbeiten und gegebenenfalls die

qualifizierte Vermittlung an weiterführende Hilfeangebote ermöglicht“ (DHS 2001 a, 23).

In der Forschung findet sich eine erweiterte Auffassung von Sekundärprävention. Hier richten sich die Maßnahmen zur Früherkennung und -behandlung zunächst auf Menschen in frühen Stadien einer Alkoholproblematik; darüber hinaus ist aber auch die Rede von „Interventionen in frühen Stadien der Verhaltensänderungsbereitschaft“ (vgl. BMG 1996, 56). Über diese kognitive Kategorie werden zum Ziel sekundärpräventiver Maßnahmen ausdrücklich auch Menschen mit einer manifesten Abhängigkeit erklärt. Als Charakteristikum der Sekundärprävention von Alkoholabhängigkeit wird angeführt:

„Die Interventionen setzen im Verlauf von Abhängigkeit früh ein im Sinne des Stadiums kognitiver Bearbeitung der Probleme. Ein Patient kann bereits einen jahrelangen manifesten Verlauf aufweisen, aber keinerlei Änderung seines Konsums wünschen“ (BMG 1996, 62).

Rein definitorisch handelt es sich hier um Aktivitäten, die der Tertiärprävention zuzurechnen wären, weil sie sich auf bereits erkrankte, nämlich auf als manifest alkoholabhängig eingestufte Personen beziehen. Die beschriebene erweiterte Auslegung des Sekundärpräventionsbegriffes findet sich durchgängig in allen Forschungs- und Modellprojekten zum Thema. So werden als Zielgruppe sekundärpräventiver Aktivitäten in der medizinischen Basisversorgung angegeben:

„(1) Menschen mit Alkoholproblemen in einem möglichst frühen Stadium der Suchtkarriere, bspw. bei riskantem oder mißbräuchlichem Konsum oder zu Beginn der Abhängigkeitsentwicklung, und

(2) Menschen mit einer fortgeschrittenen Suchtmittelabhängigkeit, die aktuell nicht bereit oder in der Lage sind, suchtspezifische Hilfen in Anspruch zu nehmen“ (Görgen u. Hartmann 2002, 8).

Unterschiedliche empirische Untersuchungen belegen, daß sekundärpräventive Maßnahmen „zu einer Verkürzung chronischer Verläufe, Vermeidung wiederholter Behandlungen und Beschleunigung des Erreichens von Abstinenz beitragen“ (vgl. BMG 1996, 63).

2.6. Zusammenfassende Bewertung

Das vorangegangene Kapitel zeigt eine Vielfalt an Perspektiven im Hinblick auf das Phänomen Sucht oder Abhängigkeit. Weit zurückreichende historische Entwicklungen und

Traditionen prägen auch aktuelle, moderne Sichtweisen. Unterschiedliche wissenschaftliche Schulen und Disziplinen bringen jeweils eigene spezifische Geschichte(n) und Blickwinkel in ihre Suchtkonzepte ein. Medizin, Psychiatrie, Psychologie und Sozialarbeit zeigen sich gleichermaßen interessiert am Phänomen genauso wie an dessen Behandlung und Bearbeitung. Ihre unterschiedlichen Perspektiven zeigen sich zum einen als je eigenständige, in sich schlüssige Erklärungsmodelle, zum anderen läßt sich eine gegenseitige Durchdringung und Beeinflussung der Theorien feststellen. Dieses zeigt sich beispielsweise in der Aufnahme auch sozialer und psychologischer Aspekte in medizinische Klassifikationssysteme. Auch lehnen sich Versuche, Diagnoseinstrumente für komplexe psychosoziale Sachverhalte zu entwickeln, an medizinisch-klinische Traditionen an. Die psychosoziale Perspektive bildet als solche die Synthese aus psychologischen und sozialwissenschaftlichen Sichtweisen.

Das Phänomen und das Problem der Sucht zeigt sich als vieldimensional und multiperspektivisch begründet, so daß sich für ein umfassendes Verständnis das Hinzuziehen all der genannten Deutungen, Definitionen, Kriterien und Aspekte empfiehlt.

3. Die Suchtkrankenhilfe – Selbstverständnis im Wandel

Mit dem Suchtkrankenhilfebegriff lassen sich drei voneinander zu unterscheidende Phänomene bezeichnen: Zum ersten ist mit „der Suchtkrankenhilfe“ eine *Institution* angesprochen. Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein differenziertes, professionelles Suchtkrankenhilfesystem, welches sich in einem gut hundert Jahre andauernden Prozeß als Subsystem der Sozial- und Gesundheitsversorgung ausdifferenziert hat (vgl. DHS 2001 a, 14). Zum zweiten kann Suchtkrankenhilfe ganz allgemein „*Hilfen für suchtkranke Menschen*“ meinen. Ein solches Verständnis umfaßt alle im weiteren Sinne mit der Gewährung von Hilfen für suchtkranke Menschen befaßten Angebote oder Einrichtungen. Drittens ist die Suchtkrankenhilfe als *Arbeitsfeld professionellen Handelns* zu verstehen, in dem traditionsgemäß Psychiater, Ärzte, Sozialarbeiter (früher Fürsorger) und Pädagogen tätig sind.

Die folgende Darstellung bezieht sich auf alle drei Deutungsmöglichkeiten gleichermaßen. Die Institution „Suchtkrankenhilfe“ soll mit dem bereits in der Einleitung eingeführten Begriff der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ bezeichnet werden. Die Hilfestrukturen dieses eigenständigen Versorgungssystems sind bestimmt durch

- staatlich definierte Zuständigkeiten zur Finanzierung und Gestaltung von Maßnahmen,
- die Initiative der wesentlichen Träger von Hilfemaßnahmen und deren übergeordneten Verbänden und Organisationen,
- die grundsätzlichen Richtungsvorgaben einer staatlichen Suchtpolitik
- tradierte Grundorientierungen und aus diesen heraus erwachsene Versorgungskonzepte.

An der Versorgung suchtkranker Menschen sind über die Angebote der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ hinaus weitere Institutionen beteiligt. Wienberg identifiziert in einem „Strukturmodell zur Beschreibung der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen“ (Wienberg 1992, 19 und 2001 a, 19ff.) insgesamt drei Versorgungssektoren: 1.) Die „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ 2.) Die „medizinische Basisversorgung“ 3.) Die „psychosozial – psychiatrische Basisversorgung“ (vgl. ebd.). Dieses erweiterte, über die Angebote der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ hinausgehende Verständnis von Suchtkrankenhilfe soll erläutert und in seinen Konsequenzen betrachtet werden.

3.1. Staatlich definierte Zuständigkeiten zur Finanzierung und Gestaltung von Hilfemaßnahmen

Maßnahmen der Suchtkrankenhilfe begründen sich in einer Reihe von Gesetzen. Es bestehen keine „spezialgesetzlichen Sonderregelungen“ für die Finanzierung der Suchtarbeit (vgl. DHS 2001 a, 41), die diversen Leistungsangebote begründen sich auf unterschiedlichsten Finanzierungsformen.

3.1.1. Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherung

Eine grundlegende Zuweisung von Zuständigkeiten hat sich aus dem Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) von 1968, sowie einem Folgeurteil von 1978 ergeben. Durch diese Urteile „sind in Deutschland Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit als Krankheiten sozialrechtlich anerkannt“ (DHS 2001 a, 41). Diese Rechtsauffassung verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, die gesetzliche Rentenversicherung und nachrangig die Sozialhilfeträger zur Erbringung von Leistungen, die denen für alle anderen Kranken gleichkommen.

Die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung sind zentrale Elemente des bundesdeutschen Sozialversicherungssystems. Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen ist es, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (SGB V 2004, §1). „Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“ (ebd.).

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt für ihre Versicherten Rentenleistungen im Falle der Erwerbsunfähigkeit. Vorrang vor der Rentenleistung haben Leistungen zur „medizinischen Rehabilitation“. Die Erbringung von medizinischen, berufsfördernden oder ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation zielen darauf ab, den Auswirkungen von Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden (vgl. SGB VI 2004, § 9).

Maßnahmen zur Bekämpfung der Suchterkrankung entsprechen dem Auftrag der Krankenversicherungen und der Rentenversicherung demzufolge gleichermaßen. Mit der „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ von 1978 haben sich die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger auf eine Aufteilung der Zuständigkeiten geeinigt. Den Krankenkassen wird danach, neben der allgemeinmedizinischen Versorgung, grundsätzlich die Finanzierung von Entgiftungsmaßnahmen zugewiesen. Die „medizinische Rehabilitation“ (vgl. SGB VI 2004, § 15) wird zum Aufgabengebiet der Rentenversicherung erklärt. Hat ein Betroffener keine Ansprüche gegenüber der Rentenversicherung geltend zu machen, so treten nachgeordnet zunächst die gesetzliche Krankenkasse oder letztlich der Sozialhilfeträger an deren Stelle. Auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) erfolgt die Leistung unter dem Titel der „Eingliederungshilfe für Behinderte“ (vgl. BSHG 2003, §§ 39/40).

Die Zuständigkeit der beiden Sozialversicherungen hat zu einer gesicherten Finanzierung und einem entsprechend professionellen Ausbau, vor allem des stationären Versorgungsbereiches, geführt. Entgiftungen werden in Krankenhäusern vorgenommen, die „medizinische Rehabilitation“ (Therapie) findet in Fachkliniken statt. Mit der „Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht“ von 1991 wird unter bestimmten Voraussetzungen die „medizinische Rehabilitation“ auch ambulant ermöglicht. Die „ambulante Therapie“ ist seither als Behandlungsangebot zum Maßnahmenkatalog mancher Beratungsstellen hinzugekommen.

Mit der Zuständigkeit für bestimmte Leistungsbereiche gehen, neben der Leistungsverpflichtung, Mitverantwortung und Gestaltungsrecht für die Leistungsangebote einher. So regeln die Empfehlungsvereinbarungen auch die Zugangsvoraussetzungen für die Betroffenen, das Antrags- und Bewilligungsverfahren und die Anforderungen an das Leistungsangebot der Einrichtungen (vgl. Grigoleit, DHS 1997, 229). Neben der Finanzierung von Maßnahmen sind die Leistungsträger somit wesentlich an der Gestaltung der Suchthilfelandchaft beteiligt.

3.1.2. Nicht sozialversicherungsrechtlich begründete Zuständigkeiten

Ambulante Leistungen, d.h. die Arbeit von Beratungsstellen, Kontaktläden, Krisendiensten und die präventive oder aufsuchende Arbeit, sind durch Länder und Gemeinden im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Gesundheitsvorsorge, für Bildung und Erziehung und für die Sozialhilfeleistungen zu finanzieren. Gesetzliche Basis hierfür sind der Auftrag zur „allgemeinen Daseinsvorsorge“ oder auch Vorschriften des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) und des Bundessozialhilfe-Gesetzes (BSHG). Es bestehen keine speziellen gesetzlichen Sonderregelungen für die Finanzierung der Suchtarbeit, so daß auf die allgemeinen Finanzierungsregelungen der jeweiligen Gesetze zurückzugreifen ist (vgl. DHS 2001 a, 41). Auch verwaltungsorganisatorisch fallen Suchtkrankenhilfeleistungen unter verschiedene Zuständigkeiten. Sowohl Sozialämter als auch Jugend- oder Gesundheitsämter sind an der „Suchtarbeit“ beteiligt. Es obliegt der jeweiligen Gemeinde, die Zuständigkeiten im einzelnen zu verteilen und Finanzierung und Ausgestaltung der Hilfen vor Ort, in Auseinandersetzung mit Einrichtungen und Initiativen der Suchtkrankenhilfe, auszuhandeln.

Als Beispiel für den Mangel an Einheitlichkeit der Finanzierung ambulanter Maßnahmen, der sich aus dieser unbestimmten Zuweisung von Zuständigkeiten ergibt, soll die Finanzierung von Beratungsstellen vor Ort angeführt werden.

Grundsätzlich sind die Beratungseinrichtungen nach öffentlicher und freier Trägerschaft zu unterscheiden. Dabei wird die Grundfinanzierung der *öffentlichen Beratungsstellen* meist von den Kommunen geleistet. Bei Erfüllung bestimmter Mindestaustattungen beim Personal können zusätzliche Mittel vom Land erwartet werden. Die Bedingungen dafür und der Umfang der Landesförderung variieren von Land zu Land, genauso wie die Grundfinanzierung von Gemeinde zu Gemeinde verschieden ausfällt. *Beratungsstellen in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände* finanzieren sich teils aus öffentlichen und teils

aus verbandseigenen Geldern bzw. verbands- und aufgabengebundenen Spenden: „Sie haben in der Regel eine komplizierte Mischfinanzierung, die sich aus verschiedenen Quellen, wie kommunalen Zuschüssen, Projektgeldern, Grundförderungen des Landes, freien Mitteln, Spenden usw. zusammensetzt“ (Loviscach 1996, 197).

Als eine weitere Finanzierungsart für ambulante Aufgabenstellungen werden *Modellförderungen* in Anspruch genommen. Bund und Länder stellen für die Erforschung neuer Fragestellungen im Zusammenhang mit der Entwicklung und Erprobung neuer Hilfeprojekte Gelder zur Verfügung. Die Projekte sind zeitlich begrenzt und werden wissenschaftlich begleitet. Nach Ende der Laufzeit muß eine Anschlußfinanzierung gefunden werden. Gelingt dieses nicht, „werden solche Modellprojekte unabhängig von ihrem Erfolg oft mit dem Ende der Laufzeit eingestellt“ (ebd.)

3.2. Träger von Einrichtungen und Maßnahmen und ihre übergeordneten Organisationen

Die Übernahme von Aufgaben der Wohlfahrtspflege durch den Staat steht neben privaten Initiativen und der Arbeit von Trägern der Freien Wohlfahrt. Der Anteil an freien Trägerschaften sozialer Einrichtungen ist sehr hoch. Die freien Träger sind dabei fast vollständig den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege zugeordnet (vgl. Stimmer 1996, 191). Auch „Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe werden überwiegend von Mitgliedern der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege betrieben und unterhalten, die auch erhebliche Eigenmittel in diese Arbeit investieren“ (Hüllinghorst u. Lehner 1997, 105). Die „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ ist von daher im wesentlichen durch diese verbandlichen Aktivitäten bestimmt.

Das Verhältnis von freien Trägern zu den öffentlichen Trägern unterliegt dem Subsidiaritätsprinzip. Diesem Prinzip folgend soll gesellschaftliche Unterstützung und Hilfstätigkeit erst dann einsetzen, wenn alle Möglichkeiten zur Selbsthilfe erschöpft sind. Es besteht dabei „eine Selbständigkeitshierarchie von unten her, d.h. die Aufgaben einer untergeordneten sozialen Institution (z.B. Familie) dürfen nicht von übergeordneten Instanzen (z.B. Staat) übernommen werden, sondern letztere sind verpflichtet, erstere funktionstüchtig zu erhalten“ (Stimmer 1996, 502). Für die Suchtkrankenhilfe bedeutet das, daß Maßnahmen der Freien Wohlfahrt Vorrang vor öffentlichen Maßnahmen haben. Der öffentliche Träger ist

dabei zu Unterstützung und Zusammenarbeit gegenüber dem freien angehalten (vgl. a.a.O. 192).

Die Träger der Suchthilfe haben sich in übergeordneten Verbänden zusammengeschlossen. Diese sind maßgeblich an den politischen Auseinandersetzungen um grundlegende Orientierungen der Suchtkrankenhilfe beteiligt.

3.2.1. Die Freie Wohlfahrt

Verbände und Vereine der Freien Wohlfahrtspflege haben „ihren historischen Ursprung in der Dualität von freier Liebestätigkeit und staatlicher Armenpflege im Zeitalter der Nationalstaaten“ (Stimmer 1996, 1929). Die „freie Liebestätigkeit“ fand ihr Motiv in unterschiedlichen geistigen Strömungen, wie der christlichen Nächstenliebe, bürgerlicher Aufklärung oder auch der Arbeiterbewegung. Im Zuge der Industrialisierung ließ sich der Elendsalkoholismus als gewichtiges soziales und gesundheitliches Problem nicht übersehen. Initiativen verschiedener Wohlfahrtsorganisationen führten zur Gründung von Abstinenz- und Mäßigkeitsvereinen. In diesen Aktivitäten der Freien Wohlfahrt wurzelt die Tradition eines gesonderten Suchtkrankenhilfesektors.

Die Freie Wohlfahrt organisiert sich heute folgendermaßen: Unter dem Titel „Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.“ haben sich sechs Spitzenverbände zusammengeschlossen. Hinter den Spitzenverbänden stehen

- die katholische und die evangelische Kirche mit dem Deutschen Caritasverband und dem Diakonischen Werk der ev. Kirche in Deutschland,
- die Sozialdemokratie mit der Arbeiterwohlfahrt,
- die jüdische Gemeinschaft mit der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland,
- und eine konfessionell und parteipolitisch ungebundene fürsorgerisch-sozialarbeiterische Tradition, vereint im Deutschen Roten Kreuz und dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband e.V.

3.2.2. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und die Landesstellen gegen die Suchtgefahren

Als eine der wichtigsten Dachorganisationen des Suchtarbeitsbereichs, deren Gründung ebenfalls maßgeblich auf die Hauptakteure aus der Freien Wohlfahrt sowie staatliche Dienststellen zurückgeht, ist die *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (DHS) zu nennen. Sie existiert seit 1955 als eigenständig eingetragener Verein.

Die DHS hat die Aufgabe, für die Koordinierung und Förderung der Arbeit der angeschlossenen Verbände zu sorgen. Weiterhin sollen Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch mit Ministerien und anderen behördlichen Institutionen befördert werden. Der fachliche Austausch zwischen Sozialarbeitern, Ärzten und Wissenschaftlern ist ein grundlegendes Anliegen der DHS. Auch die Unterstützung von wissenschaftlichen Forschungsarbeiten und die Herausgabe vielfältiger suchtspezifischer Publikationen stellt einen weiteren Arbeitsbereich dar (vgl. Kiebel 1997, 46/47).

„Als bundesweit koordinierende Fachstelle für Suchtfragen ist es Aufgabe der DHS, Themen der Suchtproblematik aufzugreifen, fachliche Diskussionen zu fördern, Richtlinien bzw. Rahmenkonzeptionen zu entwickeln und Stellungnahmen abzugeben“ (DHS 1997 b, 354).

Große, auch eigenständig agierende Mitgliedsverbände der DHS sind: der „Fachverband Drogen und Rauschmittel“ (FDR), der „Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.“ (buss), der „Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige e.V.“ (VABS) oder der Fachverband Sucht (FVS).

Parallel zu der bundesweit tätigen Instanz DHS haben sich auf Länderebene die Landesarbeitsgemeinschaften bzw. Landesstellen gegen die Suchtgefahren etabliert. Auch sie verstehen sich als „Koordinierungsstellen für in der Suchtkrankenhilfe tätige Verbände und Institutionen. Ihre Hauptaufgabe war und ist, jeweils die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber dem Land bzw. den Kostenträgern wahrzunehmen und eine Kommunikationsplattform für Praktiker, Verbandsvertreter und politisch Verantwortliche zu unterhalten“ (Weiser 1997, 52). In der Regel (voll)finanziert aus Mitteln der Länder, haben die Geschäftsstellen der Landesstellen sich einerseits als fachpolitisches Sprachrohr und Interessenvertretung für ihre Mitglieder zu profilieren; sie stehen andererseits unter einem besonderen Rechtfertigungsdruck gegenüber ihren Geldgebern (vgl. a.a.O. 60). Die

Landesstellen sind über die „Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen gegen die Suchtgefahren“, Mitglied der DHS.

3.4. „Traditionelle Suchtkrankenhilfe“

Der traditionelle Hilfebereich organisiert sich nach dem Prinzip der „therapeutischen Kette“ (vgl. Wienberg 2001 b, 42). Suchtspezifische Beratung, Entgiftung, Therapie (im sozialrechtlichen Sprachgebrauch „medizinische Rehabilitation“) und Nachsorge werden hier als notwendig aufeinander folgende Behandlungskette verstanden. Die Einrichtungslandschaft besteht aus Beratungsstellen, Entgiftungsstationen in Krankenhäusern, Fachkliniken und professionellen Nachsorgeeinrichtungen neben den Angeboten der Selbsthilfegruppen.

Angelehnt an das traditionsgemäß vor allem auf die Bekämpfung der „Alkoholgefahren“ ausgerichtete Suchtkrankenhilfesystem entwickelte sich im Verlaufe der 70er Jahre ein weitgehend paralleles Einrichtungsnetz der „Drogenhilfe“ für die Konsumenten von „illegalen“ Drogen (vgl. DHS 2001 a, 19). Der Begriff der Suchtkrankenhilfe bezieht sich grundsätzlich auf beide Hilfesektoren.

Die sozialrechtliche Anerkennung der Sucht als Krankheit (vgl. Kap. 3.1.1.) schuf eine wesentliche finanzielle Grundlage für den professionellen Ausbau des Suchtkrankenhilfesystems (vgl. DHS 2001 a, 41). Im Jahrbuch Sucht 2002 werden die traditionellen Hilfen als „ein effizientes und qualitativ hoch entwickeltes Behandlungssystem“ bewertet (vgl. DHS 2001 b, 149). Suchtkranken ständen in der Bundesrepublik Deutschland eine Vielzahl von Hilfeangeboten und ein überwiegend gut ausgebautes spezialisiertes Versorgungssystem zur Verfügung (vgl. Görgen u. Hartmann 2002, 7). Beispielsweise versorgen 1.359 Beratungsstellen und -dienste etwa 275.000 Hilfesuchende pro Jahr. An vollstationären Entwöhnungsbetten stehen 11.926 zur Verfügung, qualifizierte Entgiftungsmaßnahmen sind mit einer Kapazität von 7.858 Betten im Angebot. Arbeitsprojekte und Qualifizierungsmaßnahmen für Suchtkranke mit 1.750 Plätzen werden in 150 Einrichtungen vorgehalten. Etwa 8.000 Selbsthilfegruppen bemühen sich um hochgerechnet 150.000 suchtkranke Menschen (DHS 2001 b, 139/140).

3.4.1. Grundorientierungen

Die Angebote des traditionellen Hilfesystems zeichnen sich durch hohe Zugangsschwellen, die Vorherrschaft des Abstinenzparadigmas und eine psychotherapeutische Grundorientierung der Hilfskonzepte aus.

Der *hochschwellige Zugang* verlangt zunächst das aktive Ersuchen um Hilfe durch den Betroffenen (Komm-Struktur). Die Hilfe selbst versteht sich als Angebot, dessen Voraussetzungen und Bedingungen von dem Hilfesuchenden zu akzeptieren und zu erfüllen sind. Ihm obliegt es, sich dem System und seinen Bedingungen anzupassen (Angebotsstruktur). Kritische Stimmen unterstellen diesem Hilfesystem die „Emanzipation vom Klienten“ (Bossong zit. n. Loviscach 1996, 182); „nicht der konkrete süchtige Mensch stehe im Vordergrund, sondern eine Ideologie des Helfens“ (Loviscach 1996, 183).

Fraglos galt lange Zeit die *Abstinenz* zugleich als Voraussetzung und oberstes Ziel eines erfolgreich verlaufenden Hilfeprozesses. Das selektive Moment dieses Anspruchs ist vor allem im Drogenhilfesektor offenbar geworden, in dem zu Beginn der 90er Jahre leere Beratungsstellen und wenig genutzte Therapieeinrichtungen einer wachsenden Zahl von Drogentoten gegenüberstanden (vgl. a.a.O. 182). Die Hilfeangebote erreichten offensichtlich ihre Zielgruppe nicht. Dieser Tatbestand, Kriminalisierung, die damit einhergehende verschärfte Verelendung der Szene und nicht zuletzt die Bedrohung durch Infektionskrankheiten wie AIDS und Hepatitis, führten zur Entwicklung sogenannter „akzeptanzorientierter Maßnahmen“ im Bereich der Drogenhilfe. Akzeptanz, verstanden als eine „ethisch normative Haltung“, die den „Suchtmittelkonsum als Teil einer Lebensform unter vielen anderen möglichen ansieht und respektiert“ (Körkel 1999, 91), hat sich in der Drogenhilfe in „unterstützenden Arbeitsansätzen“ niedergeschlagen. Suchtbegleitung und Risikominderung als Ziel solcher als „niedrigschwellig“ bezeichneten Maßnahmen sind regelmäßig nur im Drogenhilfesektor zu finden.

„Während das Angebot niedrigschwelliger Hilfen für Opiatabhängige als gut ausgebaut bezeichnet werden kann, deckt hinsichtlich Alkoholabhängiger bislang die Wohnungslosenhilfe einen großen Teil des Bedarfs durch Vorhalten von Aufenthalts- und Duschmöglichkeiten ab“ (DHS 2001 b, 141).

Die in der Suchtkrankenhilfe seit den 70er Jahren vorherrschende „Hinwendung zu *psychologischen Erklärungs- und Therapieansätzen*“ beschrieb (Drogen)abhängigkeit immer mehr als individuelle Psychopathologie, als späten Ausdruck früher Entwicklungs- und

Reifungsdefizite, die es im therapeutischen Prozess nachzubessern gelte“ (Loviscach 1996, 174). Auch die sozialarbeiterische Suchthilfepraxis orientierte sich zunehmend an solcherlei klinisch-psychologischen Theorien. In ihnen zeigen sich typische medizinische Perspektiven insofern, als „individuelle Defizitzuschreibungen zwar nicht mehr als angeboren und physiologisch angelegt, aber weiterhin als im Individuum zu verortende Störungsursachen betont werden, die entsprechende kurative Behandlung nahelegen“ (Sickendiek, Engel, Nestmann 2002, 26).

So zielen auch psychotherapeutisch ausgerichtete Hilfskonzepte in der Hauptsache auf eine Veränderung der betroffenen Personen. „Soziale Aspekte wie materielle Absicherung, Stabilisierung der sozialen Bezüge, und medizinische Aspekte wie Begrenzung von körperlichen Folgeschäden, die Stabilisierung der körperlichen Gesundheit sind – wenn überhaupt – allenfalls nachrangig Gegenstand des Bemühens“ (Wienberg 2001 b, 42). Darüber hinaus setzt die therapeutische Arbeit beim Betroffenen Freiwilligkeit, Einsicht in die eigene Hilfebedürftigkeit und ein hohes Maß an Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitarbeit voraus (vgl. ebd.).

3.4.1.1. Motivation – ein zentraler Begriff in der Behandlung Suchtkranker

Motivation, verstanden als die „Summe der Beweggründe, die jmds. Entscheidungen und Handlungen beeinflussen“ (Duden Bd. 5, 1990), ist ein vielschichtiges Phänomen.

Im Rahmen der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ fand der Motivationsbegriff lange Zeit vor allem Verwendung im Zusammenhang mit der „Therapiemotivation“ der Klienten. Eine ausreichende Motivation wurde hier als Voraussetzung für die (erfolgreiche) Inanspruchnahme der traditionellen Hilfeangebote betrachtet und sie wurde in einem engen Zusammenhang mit der Größe des Leidensdruckes gesehen. Nach traditioneller Auffassung nimmt „die Behandlungsbereitschaft mit steigendem Leidensdruck und sinkenden sozialen, seelischen und körperlichen Möglichkeiten“ zu (vgl. Loviscach 1996, 70). Zugespitzt beinhaltet diese These die Annahme, daß bei einer mangelhaften Behandlungsmotivation nur der Leidensdruck (noch) nicht groß genug sei. Auf die ausreichende Motivation bei ausreichendem Elend blieb es zu warten oder aber das Elend gezielt krisenhaft zuzuspitzen und eine „Kapitulation“ vor der Sucht durch aggressiv konfrontative Interventionsstrategien zu erwirken (vgl. Miller u. Rollnick 1999, 24). Hapke stellt für die traditionelle Suchtkrankenversorgung auch aktuell fest, daß dort die Beratung von konfrontativen

Strategien dominiert sei (vgl. Hapke, Rumpf, John 2000, 97). Diese beinhalteten vor allem das direkte und aggressive Konfrontieren mit negativen gesundheitlichen, sozialen oder interpersonalen Problemen (vgl. ebd.).

Ein Motivationsverständnis, welches Gelingen oder Scheitern von Behandlungsbemühungen in der Hauptsache in der Bereitschaft der Klienten sieht, sich auf die gegebenen Hilfeangebote und Hilfestrategien einzulassen, bewertet Schwoon folgendermaßen:

„Die Verantwortung für gescheiterte Bemühungen, die sich z.B. in den nächsten Rückfällen dokumentieren, wird der nicht vorhandenen oder der unterentwickelten Motivation der Patienten angelastet. Mängel in Ausbildung und Erfahrung, falsche Versorgungsstrukturen, Mängel in theoretischen und therapeutischen Konzepten müssen dann nicht mehr kritisch beleuchtet werden“ (Schwoon, 1992, 170).

Weiterhin hebt er Motivation hervor als ein Geschehen, daß nicht nur beim Patienten gesehen werden könne. Sie sei vielmehr das Ergebnis eines Interaktionsprozesses zwischen den Kranken und ihren Therapeuten, und auch die Motivation auf seiten des Behandlers gehe in diesen Prozeß ein (vgl. a.a.O. 171). Von einem solchen Verständnis gehen auch Miller/Rollnick aus, wenn sie Motivation bestimmt sehen „sowohl durch persönliche Faktoren auf seiten des Klienten als auch durch die Interaktion zwischen Klient und Therapeut“ (Miller u. Rollnick 1999, 49) und wenn sie Kritik üben an einer Haltung, die sich darauf beschränkt, den Verlauf der Motivation beim Klienten passiv zu beobachten und gegebenenfalls „Motivationsmangel“ als dessen Fehler zu betrachten (vgl. ebd.).

Neben der Kritik an einer einseitigen Zuweisung von Motivation in die Verantwortung der Klienten/Patienten und einer von seiten der Behandler unbeeinflußbaren Kategorisierung derselben nach „Motivierten“ und „Unmotivierten“ weist Schwoon auf die Vielfalt möglicher Motivationen hin, die im Verlaufe einer Entwicklung - hinein genauso wie hinaus aus einer Sucht - eine Rolle spielen können (vgl. Schwoon 1992, 172). Generell sei das „Wozu“ eines Motiviert-Seins zu differenzieren. So sei der Begriff der „Therapiemotivation“ aufzuspalten in unter Umständen unabhängig voneinander bestehende Teilmotivationen wie Behandlungsmotivation, Änderungsmotivation oder Abstinenzmotivation (vgl. a.a.O., 175). Eine solchermaßen differenzierte Perspektive ist zugrundegelegt, wenn Motivation nicht mehr als allgemeine Charaktereigenschaft verstanden, sondern ihre Bezogenheit auf spezifische Kontexte hervorgehoben wird (vgl. Miller u. Rollnick 1999, 35). Danach ist davon auszugehen, daß eine Person motiviert ist, „an einer bestimmten Behandlung teilzunehmen,

aber nicht an einer anderen, an einem bestimmten Problem zu arbeiten, aber nicht an einem anderen, einen bestimmten Therapeuten kontinuierlich aufzusuchen, aber keinen anderen“ (ebd.).

Motivation verstanden als Produkt von Interaktionsprozessen ist zu beeinflussen durch Interaktionspartner und -bedingungen, und in der Folge stellt sich die Frage nach den motivierenden Faktoren für eine effektive Auseinandersetzung mit der Krankheit – also nach dem „Wodurch“ der Motivation (vgl. Schwoon 1992, 172). Diese Frage ist auf Seiten der professionellen Helfer zu klären.

„Aus dieser Perspektive heraus ist es für einen Therapeuten nicht länger sinnvoll, einen Klienten wegen mangelhafter Veränderungsmotivation zu kritisieren, genauso wenig wie ein Geschäftsmann einem möglichen Käufer Vorwürfe machen würde, wenn dieser sein Produkt nicht kaufen würde. Motivation ist eine zentrale Aufgabe von professionellen Helfern (Miller u. Rollnick 1992, 36).

So stellt sich nicht mehr die Frage nach einem „Motiviert-Sein“, sondern die Frage nach dem „Motivieren“ als Aufgabe der Suchtkrankenhilfe, welche den Katalog der Methoden und Ziele von Suchtarbeit erweitert.

3.4.1.2. Differenzierte Zielsystematik der Suchtkrankenhilfe

Eine Differenzierung des Motivationsverständnisses zieht die Notwendigkeit einer Differenzierung von Zielsetzungen nach sich. Anstelle eines einzigen Zieles - dem der Abstinenz - müssen an den Gegebenheiten des Einzelfalles die jeweils möglichen und vorrangig notwendigen Ziele bestimmt werden.

„Wir müssen uns also für die Behandlung Alkoholkranker statt eines Zieles, der Abstinenz, eine Zielhierarchie setzen, die aus mehreren Stufen besteht“ (Schwoon 1992, 178).

Die hier von Schwoon vorgeschlagene Zielhierarchie ist mittlerweile als „differenzierte Zielsystematik der Suchtkrankenhilfe“ (DHS 2001 b, 136) zum integrierten Bestandteil unterschiedlicher programmatischer Veröffentlichungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland geworden (vgl. DHS 2001 a, 16; DHS 2001 b, 137; FVS 1998, 9).

Stellvertretend sei hier das Jahrbuch Sucht 2002 zitiert. Dort heißt es, in Deutschland hätten sich „die Mehrzahl der Träger, Verbände und Institutionen der Suchtkrankenhilfe sowie

Bund, Länder und Kommunen auf eine differenzierte Zielsystematik der Suchtkrankenhilfe verständigt“ (DHS 2001 b, 136). Diese wird wie folgt umrissen:

- „Sicherung des Überlebens in Phasen akuten Substanzmißbrauchs (z.B. durch aufsuchende Arbeit, Angebote von Krisenzentren und medizinische Notdienste),
- Verhinderung körperlicher Folgeschäden durch gesundheitsfördernde Maßnahmen,
- Soziale Sicherung der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, der Arbeit und privater Unterstützungsstrukturen,
- Verhinderung bzw. Milderung sozialer Desintegration, Ausgrenzung und Diskriminierung,
- Vermittlung von Einsichten in Art und Ausmaß der substanzbezogenen Störungen und Risiken mit dem Ziel der Förderung von Veränderungsbereitschaft,
- Erreichung von (längeren) Abstinenz(phasen),
- Behandlungsmotivation und Akzeptanz professioneller Hilfeangebote,
- Erreichen einer verbesserten Lebensqualität, unterstützt durch konstruktive Bearbeitung evtl. Rückfälle,
- autonome Lebensgestaltung in freier persönlicher Entscheidung,
- (Re-)Integration in soziale und berufliche Zusammenhänge,
- Stabilisierung der Interventionserfolge“ (a.a.O. 137).

Eine solchermaßen programmatische Differenzierung der Ziele von Hilfen für suchtkranke Menschen setzt in Teilen die Überwindung der oben beschriebenen Grundorientierungen traditioneller Hilfskonzepte voraus. Sie beinhaltet die Forderung nach der Entwicklung und dem Ausbau innovativer Hilfeansätze, wie der aufsuchenden Arbeit, niedrigschwelliger Hilfeangebote, früher und vorbeugender Ansprache und Aufklärung sowie Motivierungsarbeit. Sie umfaßt die Bearbeitung dringlicher kurzfristiger Ziele genauso wie weitreichender langfristiger Ziele und orientiert sich dabei in der Hauptsache an den Erfordernissen des Einzelfalls: der Schwere der vorliegenden Störung und den individuellen Besonderheiten und Bedürfnissen des jeweiligen Klienten. Die Zielsystematik gewährt „die Möglichkeit, klienten- und problembezogene Interventionsziele zu bestimmen und zu vereinbaren“ (ebd.). Die Motivation zu einer Veränderung des Konsumverhaltens bis hin zur Abstinenz oder für die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen wird nicht vorausgesetzt, sondern stellt ein eigenständig zu bearbeitendes Ziel der Hilfen dar. Im Rahmen eines solchen Hilfeverständnisses stehen soziale Zusammenhänge und soziale Hilfsangebote gleichwertig neben den langjährig vorherrschenden psychotherapeutisch orientierten Konzepten. Die Zielhierarchie übersetzt ein psychosoziales Grundverständnis von Sucht in entsprechende Hilfestrategien.

3.5. Strukturmodell zur Beschreibung der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen

Wienberg beschreibt die Suchtkrankenhilfandschaft unter der erweiterten Perspektive einer allgemeinen Versorgung. Dabei stellt er neben die spezifischen Dienste der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ auch alle anderen Hilfen, Dienstleistungen und Institutionen, die von suchtkranken Menschen benötigt und in Anspruch genommen werden. Dazu gehören über die Angebote der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ hinaus auch allgemeine medizinische, psychiatrische, psychosoziale und soziale Dienste. Zur „weitgehend vollständigen Beschreibung des Gesamtspektrums der Versorgung“ stellt Wienberg (Wienberg 1992, 19 u. Wienberg 2001 a, 19 ff.), angelehnt an das Trias-Modell zur Genese von Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Kap. 2.2.3.), alle Hilfen geordnet nach ihrem primären Ansatzpunkt - Person-Droge-Umwelt - innerhalb eines Dreiecks dar:

- Der eine Eckpunkt dieses Dreiecks ist besetzt von Hilfen, die sich vor allem auf die **Person** des Abhängigkeitskranken richten. Hierunter ordnet Wienberg die Institutionen der „*traditionellen Suchtkrankenhilfe*“ ein.
- Weiterhin werden diejenigen Hilfen zusammengefaßt, die sich in erster Linie auf den körperlichen Aspekt von Abhängigkeit beziehen. Hier geht es um die unterschiedlichen Auswirkungen der **Droge** auf den Organismus, um die Behandlung von „akuten oder chronischen körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen, die Folgen von Unfällen und Verletzungen sowie schwere Intoxikationen“ (Wienberg 2001 a, 20). Akteure dieses Hilfesektors sind vor allem die niedergelassenen Ärzte und die Allgemeinkrankenhäuser. Wienberg benennt ihn als den der *medizinischen Primärversorgung oder auch Basisversorgung*.
- Der dritte Versorgungssektor umfaßt alle diejenigen Maßnahmen und Einrichtungen, die sich vornehmlich auf die soziale Situation und die soziale **Umwelt** des Erkrankten beziehen und hier auf Milderung oder Behebung der sozialen Folge- und Begleitprobleme hin wirken. Die hier zusammengefaßten Institutionen bilden eine inhomogene Landschaft: Neben den öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdiensten finden sich die betriebliche Suchtkrankenhilfe, die Wohnungslosenhilfe, Psychiatrische Krankenhäuser, Schuldnerberatungsstellen oder auch allgemeine Krisendienste. Dieser Hilfesektor wird von Wienberg als der der „*psychosozial – psychiatrischen Basisversorgung*“ bezeichnet.

Wienberg betrachtet dieses Modell als „hinreichende Grundlage zur Analyse der wichtigsten Strukturdefizite in der Versorgung“ (a.a.O. 22) und hebt als wichtigsten Mangel die „Tendenz zur Versäulung der Teilsysteme“ hervor (ebd.). Diese „Versäulung“ beinhaltet starke Abgrenzungstendenzen und Konkurrenzen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren und entsprechend mangelhafte bzw. fehlende Kooperationsbereitschaft (vgl. ebd.).

3.6. Suchtkrankenhilfe der Zukunft – Das „Positionspapier 2001“ zu Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe in Deutschland

Von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren wird mit dem „Positionspapier 2001 – Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe“ (DHS 2001 a) der Versuch unternommen, eine Art Gesamtkonzeption für eine Suchtkrankenhilfe der Zukunft zu entwerfen. Wienbergs „These von der vergessenen Mehrheit“ und seine damit einhergehende Analyse von und Kritik an den bestehenden Versorgungsstrukturen hat über den Verlauf der vergangenen 15 Jahre Wirkung gezeigt. Im „Positionspapier 2001“ wird festgestellt, daß das hochspezialisierte Behandlungsangebot der Suchtkrankenhilfe nur einen Teil der Menschen mit substanzbezogenen Störungen erreiche (vgl. DHS 2001 a, 44). Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland habe sich bisher auf die Gruppe der Substanzabhängigen“ konzentriert, Menschen mit problematischen Konsummustern im Vorfeld einer Abhängigkeit seien bisher wenig beachtet worden (vgl. a.a.O. 10). Zur Behebung dieses Mißstandes wird für die Suchtkrankenhilfe ein erweitertes Zielgruppenverständnis und ein die Hilfesektoren übergreifendes Selbstverständnis programmatisch festgeschrieben. Die Suchtkrankenhilfe gliedert sich, dieser Konzeption folgend, zukünftig nach den Schwerpunkten

- Basisversorgungssysteme und Sekundärprävention
- niedrigschwellige Hilfen und Schadensreduzierung
- Ausstiegshilfen und Therapie (vgl. a.a.O. 22-31).

Der Bereich der „*Ausstiegshilfen und Therapie*“ entspricht dem von Wienberg als „Traditionelle Suchtkrankenhilfe“ identifizierten Versorgungssektor.

„Ausstiegshilfen und therapeutische Angebote richten sich an Abhängige, die motiviert sind, ihre Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung zu überwinden. Diese Hilfen umfassen traditionell die Angebote von ambulanten Beratungsstellen, stationären Entgiftungsbehandlungen sowie ambulanten, teilstationären und stationären Entwöhnungsbehandlungen“ (DHS 2001 a, 26).

Der Versorgungsschwerpunkt „*niedrigschwellige Hilfen und Schadensreduzierung*“ läßt sich dem von Wienberg als „*psychosozial-psychiatrische Basisversorgung*“ bezeichneten zuordnen. Die entsprechenden Hilfekonzepte finden sich als regelmäßige Angebote bisher nur im Drogenhilfesektor (vgl. Kap. 3.4.1.). Für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen konstatiert auch das Positionspapier einen großen Nachholbedarf:

„Insbesondere für die Gruppe chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger existieren derzeit nur vereinzelt niedrigschwellige Unterstützungsangebote. Ein Teil dieser Zielgruppe kann lediglich über aufsuchende Formen der sozialen Arbeit erreicht werden. Darüber hinaus werden auch für sie adäquate Aufenthalts- und (betreute) Wohnmöglichkeiten benötigt. Um ein entsprechendes niedrigschwelliges Hilfeangebot zu schaffen, ist es erforderlich, mit angrenzenden Hilfesystemen wie z.B. der Wohnungslosenhilfe, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der medizinischen Basisversorgung zu kooperieren“ (DHS 2001 a, 24).

Die unter „*Basisversorgungssysteme und Sekundärprävention*“ beschriebenen Hilfekonzepte zielen auf den bei Wienberg als „*medizinische Basisversorgung*“ zusammengefaßten Versorgungssektor. Sie stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit. Allgemeinkrankenhäuser und niedergelassene Ärzte werden als „*Institutionen des Gesundheitssystems*“ bezeichnet, die „*zu Frühintervention und Motivationsarbeit besonders geeignet*“ wären. Ziel der Suchtkrankenhilfe müsse es sein, „*die Fachkräfte der medizinischen Basisversorgung intensiver für diese Tätigkeit zu qualifizieren*“ (a.a.O. 22).

„Eine Kooperation von Suchtkrankenhilfe und medizinischen wie psychosozialen Basisversorgungssystemen (...) bietet die Chance, Menschen mit mißbräuchlichem, riskantem oder schädlichem Konsum zu erreichen und mit vergleichsweise geringem Aufwand zu einer Verhaltensänderung zu motivieren“ (DHS 2001 a, 44).

Mit ihrem Positionspapier 2001 will die DHS gegenwärtige Handlungsoptionen der Suchtkrankenhilfe aufzeigen (vgl. a.a.O. 5). Das beschriebene erweiterte Zielgruppenverständnis zieht die Notwendigkeit struktureller Veränderungen nach sich, in deren Zentrum Kooperation und Vernetzung mit benachbarten Hilfesektoren stehen. Diese „*Entwicklungsbedarfe und -perspektiven*“ (a.a.O. 44) werden als Zukunftsaufgaben proklamiert.

3.7. Zusammenfassende Bewertung

Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland stellt sich insgesamt als gewachsene, in sich geschlossene und eigenständige Institution dar. Zugleich zeigt sie sich in ihrer komplexen Organisation und ihren strukturellen Besonderheiten. Diese sind vor allem gekennzeichnet durch den Mangel an Einheitlichkeit sowohl auf der gesetzlich verankerten Ebene der

Finanzierung und Zuständigkeiten als auch in einer geschichtlich begründeten Trägervielfalt. Die oben angeführten übergeordneten Organisationen verstehen es dennoch, dieses vielfältige Gebilde als ein Ganzes erscheinen zu lassen. So beziehen sich auch die dargestellten Prozesse des Wandels im Grundverständnis von Sucht und den darauf basierenden Hilfekonzepten auf die gesamte Institution Suchtkrankenhilfe.

Grundauffassungen und Hilfekonzepte der Suchtkrankenhilfe haben sich im Verlaufe der vergangenen 35 Jahre differenziert und erweitert. Mit der sozialversicherungsrechtlichen Anerkennung der Sucht als Krankheit wurde zunächst der Ausbau grundsätzlich klinisch orientierter Interventionskonzepte befördert. Finanziell getragen und inhaltlich eingebunden in die entlang des Krankheitskonzeptes entwickelten Hilfeangebote von Krankenkassen und Rentenversicherungsträger wurden Abstinenzorientierung und Psychotherapeutisierung zu den handlungsleitenden Koordinaten der Suchtkrankenhilfe in den 1970ern und 80ern. Erst in jüngerer Zeit – vor allem ausgehend von der Drogenhilfe – setzen sich wieder zunehmend psychosoziale Perspektiven durch, welche psychologische – und damit individuelle – genauso wie soziale – und damit gesellschaftlich zu verantwortende – Aspekte einer Sucht berücksichtigen und in ihre Konzepte aufnehmen. Mit diesen Entwicklungen einher geht der Ruf nach innovativen Hilfeansätzen jenseits des traditionellen Angebotskatalogs. Gefordert wird die Ergänzung der bisherigen Angebote nach „Komm-Struktur“ durch den Auf- und Ausbau nachgehender und niedrigschwelliger Hilfen. Eine offensive und frühzeitige Ansprache von Menschen mit Suchtproblemen unter der Maßgabe einer differenzierten Zielhierarchie jenseits des Abstinenzparadigmas muß mit einer Erweiterung des Zielgruppenverständnisses auf Menschen in Vor- und Frühstadien einer Suchtproblematik einhergehen. Diese ist in dem „Positionspapier 2001“ programmatisch vollzogen.

Die von Wienberg konstatierten besonderen Chancen auf ein frühzeitiges Intervenieren bei Alkoholproblemen im Rahmen von basismedizinischen Einrichtungen, wie Krankenhäusern oder Allgemeinarztpraxen, sind derweil durch Studien überprüft und bestätigt. Die Suchtkrankenhilfe schreibt sich die Zuständigkeit für die Behebung des an dieser Stelle gegenwärtig noch immer bestehenden Versorgungsmangels in ihr Programm. Dieses zeigt sich in der Zielgruppenerweiterung genauso wie in der Zielsystematik. Sie ermöglichen, bzw. beinhalten sekundärpräventive Strategien. Auch in der expliziten Benennung eines Arbeitsschwerpunktes der Suchtkrankenhilfe unter dem Titel: „Basisversorgungssysteme und Sekundärprävention“ zeigt sich das genannte Zuständigkeitsempfinden. Unter diesem

Arbeitsschwerpunkt werden die im folgenden noch vorzustellenden Studien und Forschungsergebnisse angesprochen und als effektive und kostengünstige Formen der Intervention bewertet, die ausgebaut werden sollten. Als dafür notwendig erachtet wird die suchtspezifische Qualifizierung der Berufsgruppen des medizinischen Versorgungssektors (vgl. DHS 2001 a, 23). Wie diese Qualifizierung vonstatten gehen soll und wer diese anzustrengen habe, wird nicht näher erläutert. Als konkreter Beitrag der Suchtkrankenhilfe zur Realisierung sekundärpräventiver Aktivitäten in der medizinischen Basisversorgung wird das Bemühen um Kooperation von Suchtkrankenhilfe und medizinischen wie psychosozialen Basisversorgungssystemen genannt (a.a.O. 44).

Abschließend ist hervorzuheben, daß der von Wienberg vor 15 Jahren reklamierte Versorgungsmangel hinsichtlich einer von ihm als Mehrheit gekennzeichneten Gruppe von Menschen mit Alkoholproblemen und die - ebenfalls in dieser Bemängelung begründeten - Forschungsarbeiten zur Sekundärprävention im Rahmen der medizinischen Basisversorgung zentral eingegangen sind in den Versuch einer Neupositionierung der Suchtkrankenhilfe. Damit bestätigt sich die einleitend formulierte Annahme eines Zusammenhanges zwischen den Entwicklungen und Veränderungen im Selbstverständnis der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ und den im folgenden dargelegten Forschungsaktivitäten.

4. Darstellung des aktuellen Standes der Theorie und Forschung zu alkoholproblembezogenen sekundärpräventiven Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Basisversorgung

Einer Reihe internationaler Studien zufolge spielt die sekundäre Prävention von Folgen des Alkoholkonsums in der medizinischen Basisversorgung bisher nur eine untergeordnete Rolle. Einem hohen Anteil von Patienten mit „Alkoholfolgeerkrankungen, Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit in Allgemeinkrankenhäusern stehen geringe Raten der Identifikation, Beratung und Behandlung gegenüber“ (vgl. Hapke 2000, 84). Auch in Deutschland finden sich Veröffentlichungen, die eine vergleichbare Situation beschreiben. Besonderes Gehör hat dabei Wienbergs „These von der vergessenen Mehrheit“ gefunden. Sie beinhaltet neben der Feststellung, daß mit der unzureichenden Berücksichtigung von Menschen in Vor- oder Frühstadien einer Alkoholproblematik eine „Mehrheit“ unversorgt bleibt, den Hinweis darauf, daß diese Mehrheit erkennbar würde und ansprechbar wäre in den Institutionen der medizinischen Basisversorgung (vgl. Kap. 1 u. 3.6.).

Die These kann für Deutschland als Ausgangspunkt gesehen werden für eine verstärkte Forschungstätigkeit zur Frage von alkoholproblembezogenen frühinterventiven Maßnahmen vor allem im Rahmen von Allgemeinkrankenhäusern, aber auch innerhalb von Allgemeinarztpraxen. Diese Forschungen sind vornehmlich von Medizinern angestrengt worden.

Verschiedene Modellprojekte wurden im Verlaufe der vergangenen 10 Jahre durch öffentliche Mittel ermöglicht. Die im Rahmen dieser Projekte entwickelten sekundärpräventiven Maßnahmenkonzepte zielen auf die Verhinderung des Fortschreitens einer einmal diagnostizierten alkoholbezogenen Störung oder Erkrankung. Erkennen und Behandeln sollen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt problematischen Alkoholkonsums einsetzen (vgl. Kap.2.5.1.). Im Rahmen des Forschungsprojektes „Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung“ (1992–1995, „*Lübecker Studien*“) wurden für Deutschland erstmalig „Möglichkeiten der Früherkennung“ und „Wege für Interventionen“ aufgezeigt und systematisch erprobt (vgl. BMG 1996, 2). In sieben Teilstudien befaßt sich das Lübecker Projekt mit

- der Gewinnung epidemiologischer Daten zur Begründung von Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit sekundärpräventiver Strategien im Rahmen der medizinischen Basisversorgung,
- der Erprobung und Weiterentwicklung von Instrumenten zur Früherkennung (Screening-Fragebögen),
- der Erprobung und Weiterentwicklung eines für die Sekundärprävention in den Institutionen der medizinischen Basisversorgung besonders geeigneten Interventionskonzeptes in Gestalt eines speziellen Beratungsansatzes und schließlich,
- der Erprobung von geeigneten Umsetzungsmodellen zur Einrichtung sekundärpräventiver Angebote als Regelversorgung (vgl. BMG 1996).

Weitere Studien und Modellprojekte nehmen diesen Themenkatalog vertiefend auf. Das von 1994 bis 1997 ebenfalls vom Bundesministerium geförderte „*Bielefelder Projekt*“ zur „Erkennung und Behandlung von Patienten/innen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke“ erprobt die Umsetzung eines aus Screening, vertiefender Diagnostik

und anschließender **Kurzintervention** bestehenden Maßnahmenkonzepts (SDK-Konzept) sowohl in Allgemeinarztpraxen als auch in Allgemeinkrankenhäusern (vgl. BMG 1998). Weiterhin wird für die Umsetzung sekundärpräventiver Strategien die Notwendigkeit einer suchtspezifischen Qualifizierung der behandelnden Ärzte betont und ein entsprechendes Schulungskonzept entwickelt.

Als Fortsetzung und Ergänzung der Lübecker Studien versteht sich das *Forschungsprojekt „Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus“* (Hapke 2000, 121). Es befaßt sich vertiefend und überprüfend mit dem Lübecker Interventionskonzept, „das die Elemente Screening und Beratung umfaßt“ (a.a.O. 9).

Anknüpfend an die genannten Arbeiten sucht ein vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie Frauen und Gesundheit gefördertes Modellprojekt nach *„Neue[n] Wege[n] in der Behandlung Suchtkranker in der frühen Sekundärprävention“* (Görgen u. Hartmann 2002). Zielstellung ist die praxisnahe und finanzierbare Umsetzung der „modellerprobten Strategien in die Regelversorgung“ (vgl. a.a.O. 5 u. 11).

„Dabei geht es vor allem um die Frage, wie spezialisierte suchtspezifische Behandlungskompetenz in die Behandlungs- und Arbeitsroutinen, aber auch in die Finanzierungskonzepte der medizinischen Einrichtungen integriert werden können“ (Görgen u. Hartmann 2002, 5).

Das Bundesmodellprogramm *„Suchthilfe im Krankenhaus“* (BMG 1999) befaßt sich vor allem mit den Besonderheiten einer Arbeit an der Schnittstelle zweier Versorgungssektoren und fragt nach geeigneten Kooperationsformen. Im Rahmen des Modellprojektes „wurden in elf Städten Erfahrungen mit unterschiedlich strukturierten Kooperationsprojekten zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Institutionen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe gesammelt“ (BMG 1999, 37).

Die folgende Darstellung der Befunde aus Forschung und Modellpraxis orientiert sich an dem oben angeführten Themenkatalog: So werden zunächst grundlegende *epidemiologische Untersuchungen* vorgestellt. Sie beinhalten den Versuch, die gegenwärtige Versorgungslage mit Daten zu belegen und darüber den Bedarf an sekundärpräventiven Aktivitäten zu begründen. Weiterhin sind die eingesetzten *Instrumente/Methoden zur Früherkennung* vorzustellen. Der im Rahmen der Modellprojekte entwickelte und erprobte

Interventionsansatz wird in seiner theoretischen Begründung dargelegt. Die in den verschiedenen Projekten entwickelten Vorschläge zur *Realisierung* des gesamten Maßnahmenkonzepts als Regelversorgungsangebot sollen vorgestellt und in der Unterschiedlichkeit ihrer Perspektiven aufgezeigt werden.

4.1. Epidemiologische Befunde zur Begründung von Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit des frühinterventiven Maßnahmenkonzepts im Rahmen der medizinischen Basisversorgung

Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit sekundärpräventiver Maßnahmen werden unter anderem über Bedarfsanalysen begründet. Zur Ermittlung eines allgemeinen Hilfebedarfs werden Zahlen zur Verbreitung von alkoholbezogenen Störungen in der Gesamtbevölkerung und innerhalb ausgewählter Institutionen herangezogen (vgl. John 1997, 13). Es wird dabei davon ausgegangen, daß die Häufigkeit alkoholbezogener Störungen in einer Gesellschaft von deren allgemeinen Konsumniveau abhängt. Daten zur Verbreitung und Höhe des Konsums von Alkohol innerhalb einer Bevölkerung geben demnach erste Hinweise auf den Umfang der zu erwartenden alkoholbezogenen Probleme (vgl. Kap. 2.4.3.). Es werden regelmäßig Bundesstudien zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland angestrengt. In den jüngeren dieser Studien wird über standardisierte, kriterienorientierte (DSM IV – Kriterien) Diagnoseinstrumente explizit nach alkoholbezogenen Störungen gefragt (vgl. BMG 2000, 105). Der spezifische Bedarf an sekundärpräventiven Hilfen im Rahmen der medizinischen Basisversorgung wird direkt aus Daten zur Häufigkeit von substanzbezogenen Störungen unter den Patienten von Allgemeinkrankenhäusern und Allgemeinarztpraxen abgeleitet.

Die Gewinnung solcherlei Datenmaterials zur quantitativen Versorgungsbedarfsbestimmung ist Teil der epidemiologischen Forschung. Einige grundlegende Erklärungen und Begrifflichkeiten zur Epidemiologie sollen der Darstellung der themenrelevanten epidemiologischen Befunde vorangestellt werden.

4.1.1. Epidemiologie

Epidemiologie ist eine medizinische Forschungsrichtung, bei der man sich mit der Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung von Krankheiten und Epidemien befaßt. Sie dient der quantitativen Erforschung der Verteilung und der Determinanten (Risikofaktoren) von Krankheiten in Bevölkerungen und sucht daraus Erkenntnisse über die Möglichkeiten der

Kontrolle dieser Krankheiten abzuleiten (vgl. Stark u. Guggenmoos-Holzmann 2000, 285). Epidemiologische Daten begründen quantitative Versorgungsbedarfsbestimmungen und dienen über die Analyse von Ursachengefügen der Erforschung und Entwicklung unterschiedlicher Ansätze zur Behandlung (vgl.,John 2000 b, 6).

Daten zur Beschreibung von Krankheitshäufigkeiten (epidemiologische Maßzahlen) gewinnen ihre Aussagekraft erst in Relation zu einer bestimmten Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe und müssen sich auf einen bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum beziehen. Zwei Arten von Maßzahlen werden unterschieden:

- Die *Prävalenzrate* einer Krankheit faßt „die zu einer bestimmten Zeit in einer definierten Population vorhandenen Krankheitsfälle“ (Stark/Guggenmoos-Holzmann 2000, 287).
- Die *Inzidenzrate* „mißt die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes neu auftretenden Krankheitsfälle in einer definierten Gruppe von Personen, die zu Beginn des Beobachtungszeitraumes frei von der zu untersuchenden Krankheit waren (ebd.). Sie wird üblicherweise als „Anzahl der Neuerkrankungen pro 100 Personenjahre angegeben“ (a.a.O. 288).

4.1.2. Häufigkeit alkoholbezogener Störungen in der Gesamtbevölkerung

Die aktuellsten Daten zum Alkoholkonsumniveau und dessen Folgen entstammen der „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000“ (Kraus/Augustin 2001). Diese jüngste Bundesstudie zielt neben der Erfassung von Mengen und Häufigkeiten des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke auch unmittelbar auf die Frage nach der Verbreitung alkoholbezogener Störungen, indem sie die DSM-IV-Kriterien für Mißbrauch und Abhängigkeit erfaßt und über die Abgrenzung von Konsumentengruppen nach durchschnittlichen Tageskonsummengen die Gruppe der riskanten Konsumenten identifizierbar macht (vgl. Kraus u. Augustin 2001, 15/16).

Die Befragungen berücksichtigen die Altersgruppe 18-59-jähriger Personen und beziehen sich jeweils auf den Zeitraum der vergangenen 12 Monate (sog. 12-Monats-Prävalenz). Alkoholbezogene Störungen werden danach wie folgt beziffert:

- Nach der Definition über Grammgrenzen (durchschnittlich mehr als 30–60g Reinalkohol pro Tag für Männer bzw. 20– 40g für Frauen) hatten ca. 15% der Männer und 8% der Frauen einen *riskanten Alkoholkonsum*. Das entspricht 11,6% der Befragten.
- Eine *Mißbrauchsdiagnose* nach DSM-IV-Kriterien (vgl. Kap. 2.3.2.) erhielten 3% der Befragten.
- Eine Diagnose für *Alkoholabhängigkeit* nach DSM-IV-Kriterien wurde für weitere 3% der Befragten gestellt. (Kraus u. Augustin 2001, 78).

Diese aktuellste Umfrage findet in der vorliegenden Literatur zur Sekundärprävention noch keine Berücksichtigung. Anstelle dessen wird sich auf die vorangegangene Bundesstudie von Kraus und Bauernfeind bezogen (Kraus u. Bauernfeind 1998). In dieser werden ebenfalls 3% der Befragten als *alkoholabhängig* nach DSM-Kriterien klassifiziert. Die *Mißbrauchsdiagnose* erhielten 5% der Befragten (vgl. a.a.O. 43). (Da sich im zugrundeliegenden Fragebogen der neueren Studie Formulierungen zur Erfassung der Mißbrauchskriterien geändert haben, lassen sich die Werte nicht direkt vergleichen).

Die zuletzt genannte Studie gibt den Anteil der Personen mit *riskantem Konsum* mit 8,8% der befragten Frauen und 16,6% der befragten Männer an. Insgesamt ist damit bei 12,6% der Befragten von riskantem Konsum auszugehen (BMG 2000, 9). Die DHS übersetzt diese Ergebnisse im Jahrbuch Sucht 1999 in absolute Zahlen. Danach gibt es in Deutschland, bezogen auf die Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren, 1,5 Mio. Menschen, die alkoholabhängig sind, 2,4 Mio. konsumieren mißbräuchlich und 4,9 Mio. zeigen einen riskanten Gebrauch (zitiert nach Görden Hartmann, 7).

Aus den Befunden solcherlei epidemiologischer Erhebungen werden über Hochrechnungen „Schätzzahlen“ für die Alkoholprobleme der gesamten bundesdeutschen Bevölkerung ermittelt. Eine „Zusammenstellung der derzeit bestmöglichen Berechnungs- bzw. Schätzverfahren für den Umfang des Alkoholkonsums in der Bevölkerung und der damit zusammenhängenden Störungen“ in absoluten Zahlen liefert ein vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebener Bericht (BMG 2000). Neben der bereits angeführten Bundesstudie sind in die dort ermittelten Schätzwerte auch die Ergebnisse weiterer Studien eingeflossen (vgl. BMG 2000, 35 ff.). Die Unterschiede in Methodik und Datenerhebung zwischen den verschiedenen Studien machten zunächst eine Konsensbildung über bestimmte methodische Vorgehensweisen notwendig. In der Folge wurden Daten von bereits

publizierten Untersuchungen nach den gefundenen Konsensregelungen neu berechnet (vgl. BMG 2000, 15). Für die Bundesrepublik Deutschland wurden folgende Schätzzahlen zu den alkoholbezogenen Störungskategorien Mißbrauch, Abhängigkeit und remittierte Alkoholabhängigkeit bzw. remittierter Mißbrauch unter der 18-59 jährigen Wohnbevölkerung ermittelt:

- Eine aktuelle Alkoholabhängigkeit (12-Monatsprävalenz) ist für 1,6 Mio. Personen (2,4%) anzunehmen.
- Eine remittierte Alkoholabhängigkeit liegt bei 3,2 Mio. Personen (4,9%) vor.
- Demzufolge hatten insgesamt 4,8 Mio. Personen irgendwann im Verlauf des Lebens eine Alkoholabhängigkeit.
- Bei 2,65 Mio. Personen (4%) liegt ein aktueller Alkoholmißbrauch vor.
- Auf 8 Mio. Personen (12%) wird die Zahl der Menschen geschätzt, bei denen gegenwärtig kein Mißbrauch vorliegt, die aber früher einmal mißbräuchlich konsumiert haben.
- Danach ist für insgesamt etwa 10 Mio. Menschen anzunehmen, daß sie irgendwann im Verlaufe ihres Lebens einen Alkoholmißbrauch hatten (BMG 2000, 11/112).
- Von riskantem Konsum wird bei etwa 5 Mio. Personen ausgegangen (BMG 2000, 152).

Wienberg hält diese aktuellste Einschätzung der Verbreitung alkoholbezogener Störungen in Deutschland für die heute beste Schätzung der „wahren Prävalenz“ (Wienberg 2001, 17). Allerdings mißachte eine sich auf Fragebögen begründende Erhebung die Gruppe der chronisch kranken Alkoholabhängigen. Diese ist in der Regel aufgrund von psychischen, sozialen und körperlichen Folgeproblemen der Abhängigkeit nicht mit den Mitteln einer Befragung erreichbar. Auch die Nichtberücksichtigung wohnungsloser Menschen - einer Personengruppe, bei der von einer besonders hohen Prävalenz auszugehen sei - dürfte zu einer Unterrepräsentierung abhängiger Menschen führen (ebd.). Darüber hinaus unterlägen Fragebogen-Ergebnisse grundsätzlich dem Effekt, daß sozial unerwünschtes Verhalten wie ein zu hoher Alkoholkonsum abgeschwächt oder verleugnet würden (ebd.). Auf der Basis dieser einschränkenden Aspekte geht Wienberg in seinen Ausführungen von 2,0 Mio. alkoholabhängigen Menschen in Deutschland aus, die im engeren Sinne als aktuell behandlungsbedürftig anzusehen seien (vgl. a.a.O. 18). Darüber hinaus „dürfte auch bei Personen mit einem aktuellen Alkoholmißbrauch objektiv in der Regel ein Hilfe- bzw. Beratungsbedarf gegeben sein, das Gleiche gilt für viele Personen mit einem riskanten Gebrauch“ (ebd.).

4.1.3. Häufigkeit alkoholbezogener Störungen in den Institutionen der medizinischen Basisversorgung

Zur Stützung der These, daß Menschen in Früh- und Vorstadien einer Alkoholproblematik in allgemeinmedizinisch versorgenden Institutionen sichtbar werden, ist es sinnvoll, unmittelbar in diesen Institutionen Prävalenzraten zu ermitteln. Für Deutschland wird die Forschungslage in diesem Bereich als mangelhaft bewertet:

„In Deutschland liegen nur drei Studien vor, die Aufschluß über die Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit bei Patienten chirurgischer und internistischer Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern geben. Ergänzend zu diesen Studien finden sich zwei Untersuchungen, die in Universitätskliniken durchgeführt wurden“ (Hapke 2000, 75).

Die *„Lübecker Studien zur Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Basisversorgung“* gelten bis heute als „die aktuellste und nach Kriterien der Repräsentativität und Güte der Diagnostik aussagefähigste“ Untersuchung zum Thema (vgl. Hapke 2000, 75). Auf ihre Ergebnisse wird sich in aktuellen Veröffentlichungen zur Sekundärprävention bezogen. Die Studien umfassen Schätzungen der Häufigkeit Alkoholabhängiger und -mißbraucher (Prävalenz) im stationären Bereich eines Allgemeinkrankenhauses und in Arztpraxen (vgl., BMG 1996, 9). Zur Identifikation der von alkoholbezogenen Störungen betroffenen Patientenschaft wurden Fragebogenverfahren eingesetzt. Diese sogenannten Screeninginstrumente werden im Kapitel zur Früherkennung (Kap. 4.2.) näher beschrieben.

Für den Bereich des Krankenhauses fanden die Untersuchungen im Verlaufe des Jahres 1993 im Städtischen Krankenhaus Süd zu Lübeck statt. Für jeweils ein halbes Jahr wurden zunächst Patienten der internistischen Abteilung und im folgenden der chirurgischen berücksichtigt. Den Einschlusskriterien (Alter: 18-64 Jahre, mindestens 24 Stunden stationär, im Befragungszeitraum zum ersten Mal aufgenommen) entsprochen und bereitwillig teilgenommen an den Screenings haben letztlich 1309 Patienten von 2651 im genannten Zeitraum aufgenommenen (a.a.O. 22). Sie „füllten ohne Hilfe die Fragebögen CAGE und MAST (vgl. Kap. 4.2.) aus oder ließen sich, wenn Probleme dabei entstanden, mündlich vom Untersucher befragen, der die Antworten unmittelbar danach auswertete“ (a.a.O. 24). Bei positivem Screening-Ergebnis wurden die Patienten einer zweiten, vertieften Diagnostik nach ICD-10- und DSM-III-R-Kriterien unterzogen.

Bei 24,1% der Patienten der Stichprobe wiesen die Screenings auf Alkoholmißbrauch oder –abhängigkeit hin. Für 17,5% der Stichprobe bestätigte sich dieses Screening-Resultat auch nach der zweiten Diagnosestufe (Alkoholmißbrauch 4,8%, Alkoholabhängigkeit 12,7%) (vgl. a.a.O. 26). Bei weiteren 9,7% wurde eine sogenannte Verdachtsdiagnose gestellt (ebd.). Diese erfaßte „Patienten, bei denen kein standardisiertes diagnostisches Interview durchgeführt werden konnte oder der Untersucher den Eindruck der Dissimulation hatte, gleichzeitig aber mindestens ein deutlicher Nachweis bestand, daß Alkoholkonsum für aktuelle körperliche und psychische Probleme des Konsumenten verantwortlich ist“ (a.a.O. 25). Bei 2,6% der Patienten der untersuchten Stichprobe wurde von einer remittierten Alkoholabhängigkeit ausgegangen (a.a.O. 26).

Werden die vier aufgeführten Diagnosegruppen zusammengerechnet, ergibt sich eine Gesamtprävalenz von 29,8% alkoholbezogener Diagnosen. (vgl. Hapke 2000, 77). Diese Prävalenzdaten werden als „erheblich“ (BMG 1996) bewertet und als „(potentiell) hohe Erreichbarkeit von alkoholgefährdeten und –abhängigen Personen im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts“ interpretiert (vgl. Görgen/Hartmann 2002, 9).

Die Teilstudie zur Verbreitung alkoholbezogener Störungen unter den Patienten von *Allgemeinarztpraxen* wurde im Stadtgebiet Lübeck vorgenommen. Geschichtet nach Stadtteilen, ansonsten zufällig ausgewählt, wurden 12 Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin oder praktischen Ärzten berücksichtigt. Zwischen April 1994 und Februar 1995 wurden jeweils 80 konsekutive Patienten zwischen 14 und 75 Jahren untersucht. Die insgesamt 960 Patienten wurden jeweils gebeten, einen Fragebogen zu beantworten. Darüber hinaus wurde eine Einschätzung des behandelnden Arztes hinsichtlich einer möglichen Alkoholproblematik der jeweiligen Patienten eingeholt. Von den insgesamt 960 Patienten verweigerten 28 die Teilnahme am Screening, drei weitere waren zu krank, um die Fragebögen auszufüllen. Von 929 Patienten liegen vollständige Screening-Fragebögen vor. Bei positivem Befund durch Screening oder Hausarzt wurde auch in dieser Studie eine vertiefende Diagnostik vorgenommen. (vgl., BMG 1996, 40 ff.).

Bei 218 Personen wiesen entweder das Screening oder der behandelnde Hausarzt auf Alkoholprobleme hin. Der weiterführenden Diagnostik verweigerten sich 15 Patienten, 203 Patienten nahmen daran teil. Letztlich wurden alkoholbezogene Diagnosen folgendermaßen

vergeben: Bei 10,7% der befragten Patienten liegt Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit vor (Alkoholmißbrauch 3,5%; Alkoholabhängigkeit 7,2%). Bei weiteren 1,2% wurde eine Verdachtsdiagnose gestellt. Weiterhin waren 5,3% zu einem früheren Zeitpunkt alkoholabhängig gewesen (Remission) (a.a.O. 43). Die Summe der vier angeführten Diagnosegruppen ergibt eine Prävalenzrate von 17,2% alkoholbezogener Diagnosen in den berücksichtigten Arztpraxen.

Zusammenfassend wird festgestellt, daß alkoholbezogene Störungen in Krankenhäusern und Arztpraxen häufig vorkommen und zum großen Teil mit Folgeerkrankungen verknüpft sind, welche im stationären Bereich zu verlängerten Behandlungszeiten führen (vgl. a.a.O. 45). Es besteht eine auffällige Diskrepanz zwischen den hohen Erkennungsraten der beiden vorliegenden Studien und dem Vermerk einer entsprechenden Diagnosestellung in den regulären Krankenakten. So wurden von den behandelnden Hausärzten im Rahmen der Studie, unabhängig von den Screening-Ergebnissen, 76,3% der Patienten mit Alkoholabhängigkeit oder -mißbrauch erkannt, aber nur bei 12,1% dieser Patienten fand sich eine entsprechender Vermerk in der Krankenakte (a.a.O. 44). Nur 33% dieser Patienten gaben an, „schon einmal irgendeine Form der Beratung oder Behandlung bezüglich ihres Alkoholproblems erhalten zu haben“ (ebd.).

Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung werden auf der Grundlage der dargestellten Daten als quantitativ bedeutsamster Bereich für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen angesehen. Versorgung ist dabei bisher zu verstehen als die Versorgung der Betroffenen hinsichtlich ihrer somatischen Beschwerden unter Mißachtung der zugrundeliegenden Alkoholproblematik. Insofern stellt sich der Bedarf an der Einrichtung alkoholproblembezogener Behandlungsprogramme im basismedizinischen Versorgungssektor als groß dar. Hapke faßt die Ergebnisse der Lübecker Prävalenzstudien folgendermaßen zusammen:

„In einer repräsentativen Stichprobe von Patienten im Alter von 18 bis 64 Jahren wurde bei 12,7% eine Alkoholabhängigkeit, bei 12,6% eine remittierte Alkoholabhängigkeit und bei 4,8% ein Alkoholmißbrauch diagnostiziert. Somit sind 17,4% der Patienten als Zielgruppe für Sekundärprävention anzusehen. Werden Interventionen, die der Aufrechterhaltung von Remission dienen, mit einbezogen, erweisen sich sogar 20,1% der Patienten als potentielle Zielgruppe“ (Hapke 2000, 114).

Einschränkend muß an die insgesamt schmale Datenlage erinnert werden.

4.2. Früherkennung

Sekundärpräventive Strategien setzen zwingend Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung des für weitergehende Interventionen in Frage kommenden Personenkreises voraus (vgl. Hapke 2000, 84). Eine gezielte Identifikation von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen wird durch spezielle Screening-Instrumente vorgenommen. Screening (engl.) bedeutet wörtlich Überprüfung, Durchleuchtung oder Siebung. Screening oder auch Vorfelddiagnostik meint in der Medizin alle auf eine bestimmte Krankheit gerichtete diagnostischen Maßnahmen (Tests), mittels derer symptomlose Krankheitsträger (möglichst im Frühstadium) innerhalb der Gesamtbevölkerung oder innerhalb eines besonders gefährdeten Teils derselben erkannt werden sollen (Lexikon Medizin 1997).

„Als Screening-Instrumente kommen klinische Tests, biologische Marker und direkte oder indirekte Fragebogenverfahren in Betracht“ (Hapke 2000, 87).

Im folgenden soll auf die Fragebogenverfahren besonders eingegangen werden. Sie werden als wesentliche Instrumente zur Früherkennung von der Forschung hervorgehoben, weil sie sich im Rahmen eines „sekundärpräventiven Gesamtkonzepts“ (a.a.O. 85) durch zeitliche Unaufwendigkeit und organisatorisch gute Integrierbarkeit als besonders praktikabel erwiesen haben (vgl. BMG 1998, 27).

4.2.1. Früherkennung durch Screening-Fragebögen

Fragebogenverfahren sind besonders geeignet für eine erste Überprüfung von Patienten hinsichtlich des Vorhandenseins von alkoholproblembezogenen Symptomen. Diese sogenannte nominale Diagnostik bedarf in der Folge der Ergänzung durch eine genauere Bestimmung von Ausprägung und Schwere der Symptomatik (ordinale Diagnostik). Über das Fragebogen-Screening werden Verdachtsdiagnosen ermittelt, die durch eine weitergehende Diagnostik bestätigt oder abgelehnt werden (vgl. BMG 1996, 50). Die vertiefende Diagnostik bei positivem Screening-Ergebnis ist Bestandteil aller sekundärpräventiven Konzepte, wobei sie häufig bereits intervenierenden Charakter hat, das heißt bereits informierende, beratende oder beratende Funktionen erfüllt (vgl. Hapke 2000, 128).

Screening-Fragebögen erhöhen nachweislich die Identifikationsrate von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit (vgl. a.a.O. 86). Sie liefern Daten zur Ermittlung der Häufigkeit

alkoholbezogener Störungen unter den Patienten der medizinischen Basisversorgung im allgemeinen (vgl. Kap. 4.1.3.). Zugleich werden einzelne Patienten, die für eine sekundärpräventive Intervention in Frage kommen, identifiziert. Im letztgenannten Zusammenhang sind sie als Instrument der Früherkennung bereits Teil der sekundärpräventiven Maßnahme.

Die am häufigsten verwendeten Fragebögen sind die im folgenden aufgeführten:

- eine Übersetzung des *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) und eine Kurzversion desselben (SMAST),
- eine Übersetzung des CAGE Questionnaire,
- der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT),
- der Münchner Alkoholismus Test (MALT) und
- der Lübecker Alkoholismus-Screening-Test (LAST)

Die genannten Instrumente sind alle sogenannte direkte Fragebogenverfahren, d.h., die in ihnen gestellten Fragen zielen offensichtlich auf Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch (vgl. Hapke 2000, 87). Direkte Verfahren haben sich im Rahmen der Erfordernisse in der medizinischen Basisversorgung als „empfehlenswert“ erwiesen (BMG 1996, 53), und sie erreichen eine hohe Akzeptanz bei den Patienten. Im Rahmen eines sekundärpräventiven Gesamtkonzepts, welches eben auf Mitarbeit und Motivation von seiten der Patienten zielt und in dessen Mittelpunkt Aufklärung und eine offene Ansprache der Problematik stehen, erscheinen indirekte Verfahren und „verdeckte Ermittlungen“ in Bezug auf eine Erhöhung der Ansprechbarkeit der Patienten kontraproduktiv:

„Die „verdeckte Ermittlung“ durch klinische Merkmale oder Laborparameter kann die Compliance des Patienten herabsetzen. Wird der Patient durch diese Verfahren quasi überführt, liegt also tatsächlich eine Leugnung der Problematik vor, so entsteht für den Patienten eine Situation, die frühere Stigmatisierungserfahrungen erneut verstärkt. Dadurch besteht die Gefahr, dass der „Überführte“ mit Rückzug und Vermeidung eines weitergehenden Kontaktes mit dem Behandler reagiert“ (Hapke 2000, 90).

Unter den aufgeführten Instrumenten hervorzuheben ist der LAST. Dieser wurde im Rahmen der Lübecker Studien entwickelt (eine Kopie dieses Fragebogens findet sich im Anhang) . Er umfaßt insgesamt sieben Fragen, gilt als kurzer und valider Screeningtest (vgl. BMG 1996, 51) und er hat mittlerweile in unterschiedlichen Projekten zur Sekundärprävention von

Alkoholproblemen Verwendung und Anerkennung gefunden. Das Instrument zeigt sich dabei auch als in hohem Maße von den Patienten akzeptiert:

„Von insgesamt 1283 erfaßten Patienten im Allgemeinkrankenhaus haben lediglich 26, d.h. 2% das Screening mit dem LAST abgelehnt. Eine kürzlich in einem Lübecker Allgemeinkrankenhaus durchgeführte Studie berichtet von 7% Verweigerungen“ (Kremer, Wienberg, Dormann u.a. 1997, 69).

Die Verwendung des LAST im Rahmen des „Bielefelder Projektes“ bestätigt ihn für den Einsatz im Allgemeinkrankenhaus als besonders praktikabel, weil zeitlich unaufwendig und organisatorisch gut integrierbar (vgl. BMG 1998, 27). Für Arztpraxen hat sich diese problemlose Anwendbarkeit nicht gezeigt. Zeitdruck und Organisation des Praxisablaufes werden hier als Begründung für - entgegen der Verabredung - nicht kontinuierlich durchgeführten Screenings im Rahmen eines Modellprojektes angeführt (vgl. a.a.O. 18). Für die stattgefundenen Screenings wird dabei angegeben, daß sie in der Regel drei bis fünf Minuten in Anspruch genommen hätten, wobei die Ärzte diese Zeit für anderweitige Tätigkeiten haben nutzen können (a.a.O. 19). Von seiten der Patienten hat auch hier das Fragebogenverfahren eine hohe Akzeptanz erfahren.

„[Es] wird von den Patienten verstanden und akzeptiert, erfaßt alle relevanten Zielgruppen und ist eine geeignete Grundlage eines weiterführenden diagnostisch-therapeutischen Gesprächs“ (BMG 1998, 25).

Das gezielte Screening auf Alkoholprobleme hin erweist sich als notwendig, da die medizinische Routinediagnostik dieses anderen Erkrankungen und Schäden zugrundeliegende Problem zumeist nicht erfaßt.

„Smals et al. (1994) wiesen nach, daß der übliche Entlassungsbericht bei weniger als einem Prozent der in einer systematischen Diagnostik als Alkoholabhängige oder -mißbraucher klassifizierten Patienten einen Hinweis auf diese Problematik enthielt“ (BMG 1996, 12).

Ergebnisse einer vergleichenden Studie zeichnen Screenverfahren gegenüber ärztlicher Zuweisung von Alkoholproblemen als besonders geeignete Methode zur Entdeckung von Menschen in frühen Stadien einer Alkoholproblematik und zum Zeitpunkt von Absichtslosigkeit in bezug auf eine Veränderung ihres Trinkverhaltens aus. Mittels der Screening Prozedur wurden „zweimal soviel Mißbraucher (13,9 versus 6,2%) und fünfmal soviel Patienten mit einer Verdachtsdiagnose als bei der Zuweisung“ durch die Ärzte (6,2 versus 1,2 %) entdeckt (vgl. BMG 1996, 58). Auch die Ergebnisse eines Modellprojektes, in

dessen Rahmen der in der Modellkonzeption zunächst vorgesehene regelhafte Einsatz von Screeningverfahren (CAGE, LAST) nicht umgesetzt werden konnte, zeigen, daß ärztlicherseits erstellte Diagnosen „in erster Linie Personen mit bereits entwickelten alkohol(mit-)bedingten gesundheitlichen Folgeschäden bzw. mit einer Alkoholabhängigkeit“ selektieren (Görge u. Hartmann 2002, 29).

4.3. Frühintervention

In der Medizin werden alle „therapeutischen oder vorbeugenden ärztlichen Maßnahme[n]“ als Intervention bezeichnet. Therapie wiederum meint hier alle „Maßnahmen zur Heilung einer Krankheit“ (Lexikon Medizin 1997). Interventionen bei Alkoholproblemen innerhalb der Institutionen der medizinischen Basisversorgung sind charakterisiert durch die folgenden sechs Punkte:

- „die Intervention setzt im Verlauf der Abhängigkeit früh ein (Stadium der kognitiven Bearbeitung) (vgl. Kap. 2.2.3.1. u. 2.5.1.)
- die Intervention ist kurz (vom wenige Minuten dauernden Ratschlag bis zu einer dreiwöchigen stationären Behandlung),
- die Initiative liegt beim Berater (aktives Zugehen auf den Patienten),
- im Vordergrund steht Motivationsarbeit (Verhaltensänderung, weitere Inanspruchnahme von Hilfen),
- eine verstehende Haltung des Beraters bestimmt die Berater-Patienten-Kommunikation,
- Ziel ist es, die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit bzw. dem schädlichen Gebrauch zu fördern (z.B. Trinkmengenreduktion, Inanspruchnahme von Hilfen, Abstinenz)“ (Görge u. Hartmann 2002, 10).

Diese sechs Charakteristika korrespondieren mit einer Reihe von Besonderheiten, die die Patientenschaft eines Krankenhauses oder auch einer Allgemeinarztpraxis mit sich bringt. Es sind eben die Aspekte, durch die sich die medizinische Basisversorgung für sekundärpräventive Maßnahmen empfiehlt. Anders als in den Institutionen der Suchtkrankenhilfe finden sich hier Menschen in der ganzen Vielfalt möglicher substanzbezogener Störungsbilder, die darüber hinaus immer gekoppelt sind mit somatischen Beschwerden und Erkrankungen. Auch die Bereitschaft der Patienten, sich mit Fragen zum Alkoholkonsum oder mit einer Veränderung des Konsumverhaltens auseinanderzusetzen kann, nicht vorausgesetzt werden. Die Motivation zu einer Verhaltensänderung ist sehr

unterschiedlich ausgeprägt. Die Interventionsformen haben dieser Vielfalt der Diagnosen und Motivationslagen zu entsprechen.

„Methoden und Ziele sekundärpräventiver Interventionen können nur dann den erwünschten Wirkungsgrad haben, wenn sie an die Heterogenität der Störungsbilder und Motivationslagen adaptierbar sind“ (Hapke, Rumpf, John 1996, 345).

Es wird dabei angenommen, daß gerade das stationäre Setting des Allgemeinkrankenhauses einige deutlich förderliche Bedingungen mit sich bringt für die Ansprechbarkeit von Menschen hinsichtlich problematischer Verhaltensweisen (vgl. a.a.O. 346). Demnach erhöhen die folgenden Besonderheiten eines Krankenhausaufenthaltes die Bereitschaft der Patienten, sich mit ihrem problematischen Alkoholkonsum auseinanderzusetzen:

- die Konfrontation mit einer somatischen Erkrankung (möglicherweise als Folge des Alkoholkonsums),
- das Erleben von Entzugserscheinungen bei einer bestehenden Abhängigkeit,
- die in der Regel bestehende Abstinenz während des Krankenhausaufenthaltes,
- die zeitweilige Herauslösung aus den alltäglichen sozialen Kontexten (vgl. ebd.).

Die aufgeführten Bedingungen werden als „*teachable moment*“ interpretiert. Es wird davon ausgegangen, „daß Patienten, die eine Form von Streß erleben, der auf das Alkoholtrinken zurückgeführt wird, sich in einem günstigen Moment für eine Beeinflussung zur Veränderung befinden“ (Rumpf, Hapke, Meyer u.a. 1999, 59).

Neben dem Krankenhausaufenthalt und damit dem Moment der Bedrohung von Gesundheit oder gar Leben werden noch andere Situationen als günstig für einen „Kurswechsel“ beschrieben: Durch den drohenden Verlust des Arbeitsplatzes, der Partnerschaft, der Gesundheit oder auch eines Führerscheins können von Alkoholproblemen Betroffene in Bedrängnis und Entscheidungsnot geraten (vgl. John, Veltrup, Driessen u.a. 2000, 30). Auch diese Situationen eignen sich als „*teachable moments*“ besonders gut für Frühintervention und Motivationsarbeit (vgl. DHS 2001 a, 23).

Erstes Ziel aller Interventionen ist die Verringerung des Alkoholkonsums. „Angestrebt wird ein auf den einzelnen Patienten abgestimmter gesünderer Umgang mit Alkohol“ (BMG 1998,

13). Differenziert nach dem Schweregrad der Störung sind in frühen Stadien einer Alkoholproblematik erklärte Interventionsziele

- die Reduktion des Konsums unterhalb einer Schwelle, die gesundheitsgefährdend ist (Hapke, Rumpf, Hill u.a. 1997, 52),
- die Vermeidung von Intoxikationen und daraus folgenden Gefährdungen wie z.B. Unfällen (vgl. ebd.) und
- die Veränderung von Konsummustern.

Für Patienten mit einer Abhängigkeitsdiagnose kommen darüber hinaus hinzu

- die Erlangung, bzw. Aufrechterhaltung von Abstinenz (-Phasen),
- die Motivierung zur Inanspruchnahme weitergehender suchtspezifischer Hilfen (vgl. Kremer, Wienberg, Dormann u.a. 1997, 66).

Um der oben beschriebenen Besonderheit der unterschiedlichsten Motivationslagen unter den Patienten einer allgemeinmedizinisch versorgenden Institution gerecht zu werden, müssen die Interventionen auf die je unterschiedliche Bereitschaft zur Verhaltensänderung abgestimmt werden. Je nach Stand der motivationalen Entwicklung sind unterschiedliche Interventionsziele anzustreben. Die theoretischen Vorgaben zu einer Beschreibung und Klassifizierung von Verhaltensänderungsstadien und -prozessen liefert das Transtheoretische Modell (TTM).

„Das Modell von Prochaska & DiClemente macht die motivationale Entwicklung vom Beginn eines kritischen Substanzmißbrauches bis hin zur Abstinenz abbildbar“ (Hapke, Rumpf, John 1996, 348).

Zusammenfassend sind für die alkoholproblembezogenen Interventionen in Krankenhaus und Allgemeinarztpraxis die folgenden Orientierungen hervorzuheben:

- Die Abstinenz gilt weder als Voraussetzung noch als unbedingtes Ziel der Aktivitäten;
- Motivation wird verstanden als Motivation zu einer Verhaltensänderung. Die Interventionen zielen auf die „Motivierung einer solchen Änderungsbereitschaft“.
- Die Zielsetzung „Verhaltensänderung“ wird differenziert nach
 - einer Veränderung der Trinkmuster,

- einer Verringerung der Trinkmengen bis hin zur Abstinenz,
- der Inanspruchnahme weitergehender (suchtspezifischer) Hilfen.

Methodische Umsetzung finden die beschriebenen Besonderheiten und Erfordernisse sekundärpräventiven Wirkens innerhalb eines allgemeinmedizinischen Versorgungssettings in dem „Modell zur differentiellen Intervention für verschiedene Phasen der Änderungsbereitschaft“ (Hapke, Rumpf, John 1996, 347). Darin werden „Grundsätze der Beratung von Patienten mit einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus“ formuliert (a.a.O. 346). Bei dem Interventionsmodell handelt es sich um eine Adaption des Beratungskonzepts der "Motivierenden Gesprächsführung"(MI) (Miller u. Rollnick 1991 : deutsche Übersetzung 1999) an die Spezifika des Settings eines Allgemeinkrankenhauses (vgl. Hapke 2000, 139).

Im folgenden soll die Frühintervention zunächst als Motivierungsarbeit hervorgehoben werden. Handlungsleitend sind hier Theorien zum Wandel von Gesundheitsverhalten (vgl. BMG 1996, 73). Unter diesen aktuell besonders diskutiert ist das Transtheoretische Modell (TTM), welches vorgestellt wird. Die im Rahmen der Studien entwickelten Konzepte zur Frühintervention verstehen sich im weitesten Sinne als Beratungsarbeit. Sie beziehen sich auf das Beratungskonzept der Motivierenden Gesprächsführung (MI). Dieses gilt als eine Form der Beratung, welche mit den Annahmen des TTM korrespondiert (vgl. John, Hapke, Rumpf, u.a. 2002, 211). Auch das MI-Konzept findet in der aktuellen Fachdiskussion besondere Beachtung und soll von daher näher betrachtet werden.

4.3.1. Frühintervention als Motivierungsarbeit

Motivierung heißt: etwas begründen, anregen oder veranlassen. Motivierungsarbeit zielt auf die Beweggründe, die das Handeln eines Menschen bestimmen. Es soll dazu angeregt werden, sich dieser Motive bewußter zu werden, sie zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren, um in der Folge ein auf ihnen basierendes problematische Verhalten zu verändern. Frühinterventionen in Bezug auf Alkoholprobleme streben die Beeinflussung von gesundheitsrelevantem Verhalten an. Dieses wird grundsätzlich als bestimmendes Moment für die Chancen auf Gesundheit oder die Risiken in bezug auf Krankheit eines Menschen angesehen. Der gezielten Einflußnahme auf gesundheitsrelevantes Verhalten wird generell zunehmende Bedeutung für die Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitsstatus von einzelnen wie auch einer Bevölkerung im ganzen beigemessen (vgl. Keller 1999, 11).

Motivierungsarbeit im Rahmen der Suchtkrankenhilfe ist neu (vgl. Kap. 3.4.1.1.). Das traditionelle Krankheitskonzept beinhaltet die Vorstellung von einem Tiefpunkt, dessen Erreichung als Voraussetzung für die Motivation zur Behandlung und Abstinenz angenommen wird. Das zugrundeliegende Konzept ist das des „hits-bottom“ der Anonymen Alkoholiker, nach dem ein Alkoholiker in seiner Karriere erst seinen Tiefpunkt durchlaufen muß, bevor er aus dieser Situation heraus motiviert ist sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen und so Heilung möglich wird (vgl., Miller u. Rollnick 1999, 24). Das Vorhandensein von Motivation wird dabei als schicksalhaft und nicht beeinflussbar betrachtet (vgl. John, Veltrup, Driessen u.a. 2000, 12). Nach neuem Verständnis wird bei der Motivation zur Änderung des Trinkverhaltens oder zur Inanspruchnahme von Hilfen nicht mehr von einer geradlinig aus dem Leidensdruck abzuleitenden Größe ausgegangen, sondern von einem durch unterschiedliche Motive beeinflussten Prozeß, den es zu fördern gilt (vgl. Loviscach 1996, 256 u. John, Veltrup, Driessen u.a. 2000, 12). Bei Miller u. Rollnick heißt es dazu:

„Wir möchten Motivation nicht als ein persönliches Problem oder Merkmal betrachten, das eine Person in die Behandlung mitbringt, sondern als einen beeinflussbaren Zustand von Veränderungsbereitschaft, der von Situation zu Situation schwankt“ (Miller u. Rollnick 1999, 30).

Etwa seit Beginn der 1980er Jahre lassen sich international vielfältige Anstrengungen zur Entwicklung sekundärpräventiver Hilfskonzepte belegen. Die Motivierungsarbeit bildet ein zentrales Element dieser Konzepte (vgl. John, Veltrup, Driessen u.a. 2000, 14).

„Aufgrund der Literatur lässt sich belegen, dass die Entscheidung zur Abstinenz und ihre Realisierung nicht statisch sind. U.a. Ergebnisse aus der Psychologie zu Einstellungen und Verhalten sowie zu Entscheidungen zeigen, dass die Entwicklung von Motivation zur Abstinenz ein Prozess ist, der sich interpersonell beeinflussen lässt. Den psychologischen Ergebnissen gemäß ist folgerichtig, wenn bei Alkoholabhängigen Bemühungen um Förderung der Motivation zu einem Leben mit Alkoholabstinenz unternommen werden. Wir verstehen solche Bemühungen als Interventionen im Sinne der Sekundärprävention“ (John, Veltrup, Driessen u.a. 2000, 95).

Motivierungsarbeit basiert auf den Erkenntnissen unterschiedlicher psychologischer Modelle, die sich in der Hauptsache der kognitiven Lerntheorie zurechnen lassen (vgl. Kap. 2.2.3.1.). Sie alle befassen sich mit dem Zusammenhang von Wahrnehmungen, Vorstellungen, Denken, Urteilen und Sprache und dem sich darauf gründenden Verhalten. Es wird davon

ausgegangen, daß der Veränderung von Verhalten eine Modifikation der genannten Kognitionen vorausgeht (vgl. a.a.O. 19).

4.3.1.2. Das Transtheoretische Modell

Das TTM beschreibt Verhaltensänderung als Prozeß, als das aktive zeitliche Durchlaufen einer Reihe aufeinander aufbauender Schritte. Diese Schritte werden als „Stufen der Verhaltensänderung“ („stages of change“) voneinander abgegrenzt. Den verschiedenen Stufen im Verlaufe des Änderungsprozesses werden unterschiedliche „Strategien der Veränderung“ („processes of change“) zugeordnet (ebd.). Darüber hinaus werden eine Reihe von Variablen als weitere Indikatoren für den Verlauf und die Stabilität von Veränderungsschritten hinzugezogen (vgl. Keller, Velicer, Prochaska 1999, 17).

Der Sprachgebrauch bezüglich der genannten Modellkonstrukte in deutschen Übersetzungen ist uneinheitlich. Einer Darstellung von Heidenreich und Hoyer zufolge werden Veränderungsstadien als „stages of change“ von Veränderungsprozessen als „processes of change“ und Veränderungsstufen als „levels of change“ unterschieden. Veränderungsstufen bezeichneten dabei „die Ebenen, auf denen sich Veränderungen vollziehen können (z.B. symptomatische Ebene, Systemebene)“ (Heidenreich u. Hoyer, 2001, 158). Auch Hapke spricht von Stadien und Prozessen und führt als dritte Dimension des Modells die „Ebenen der Änderung“ an (vgl. Hapke 2000, 71).

Die der folgenden Darstellung in der Hauptsache zugrundegelegte Veröffentlichung bezeichnet wiederum die „stages of change“ als „Stufen der Veränderung“ und beschränkt sich auf deren Beschreibung in Verbindung mit den ihnen zugeordneten „Strategien der Veränderung“. Dieser Sprachgebrauch und diese Beschränkung werden für die folgende Bearbeitung übernommen. Zur Aufklärung der Relevanz des TTM für die hier thematisierten sekundärpräventiven Zusammenhänge erscheint dieses ausreichend. Auch John bezeichnet Stufen (von ihm als Stadien bezeichnet) und Strategien der Verhaltensänderung als die Kernkonstrukte des TTM, wobei die Stufen „das zentrale organisierende Konstrukt“ bilden (vgl. John, Hapke, Rumpf u.a. 2002, 210).

Der Prozeß der Verhaltensänderung wird in fünf bzw. sechs „diskrete, aufeinander aufbauende **Stufen**“ eingeteilt. Diese Stufen werden folgendermaßen voneinander abgegrenzt (vgl. Keller, Velicer, Prochaska 1999, 18-22):

- Die Stufe der *Absichtslosigkeit* („precontemplation“), welche dadurch gekennzeichnet ist, daß keinerlei Absicht besteht, das spezifische Problemverhalten in absehbarer Zeit zu verändern. Informationen bezüglich der Risiken des Verhaltens werden ausgeblendet.

„Die Stufe der Absichtslosigkeit kann als stabilste aller Stufen im Rahmen des Modells verstanden werden. Ohne aktive Intervention ist die Wahrscheinlichkeit, daß Personen von der Absichtslosigkeit in die nächste Stufe gelangen, relativ gering“ (Grimley et.al. 1994; zit. nach Keller, Velicer, Prochaska 1999, 21).

- Die Stufe der *Absichtsbildung* („contemplation“) ist bestimmt durch eine bewußte Auseinandersetzung mit dem Risikoverhalten, ohne daß aber unmittelbar Maßnahmen zur Veränderung ergriffen werden. Neben dem Bewußtsein um das problematische Verhalten bestehen ausgeprägte Ambivalenzen gegenüber tatsächlichen Veränderungen. Veränderungsschritte werden vage zur Realisierung im Rahmen der nächsten sechs Monate ins Auge gefaßt.

„Wie die Stufe der Absichtslosigkeit ist auch die Stufe der Absichtsbildung offenbar sehr stabil, in dem Sinne, daß Personen sehr lange in ihr verharren können, ohne daß ein weiteres Fortschreiten im Veränderungsprozeß erkennbar wird“ (Keller, Velicer, Prochaska 1999, 21).

- Die Stufe der *Vorbereitung* („preparation“) ist charakterisiert durch das Vorhandensein einer deutlichen Absicht zu handeln. Konkrete Schritte werden für die kommenden 30 Tage angekündigt oder aber sind bereits erfolgt. Das Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung ist das wichtigste Merkmal dieser Phase. Diese Entscheidung ist begründet in bereits eingeholten Informationen und der Auskundschaftung möglicher Unterstützung.

„Die Stufe der Vorbereitung ist weniger stabil als die beiden vorangegangenen Stufen, da es sich um eine „Durchgangsstufe“ handelt, die sich auf einen eng begrenzten Zeitraum bezieht (meist die nächsten 30 Tage)“ (ebd.).

- Die Stufe der *Handlung* („action“) beinhaltet den aktiven und gezielten Versuch, das problematische Verhalten abzubauen. Dafür notwendige Veränderungen im Erleben, wie z.B. eine andere Bewertung von bestimmten Sachverhalten (kognitive Bewertungsprozesse) oder in den Umweltbedingungen, wie z.B. das Meiden einer das problematische Verhalten fördernden Umgebung (Stimulus-Kontrolle), werden

herbeigeführt. Die Handlungsphase gilt dann als erreicht, wenn das problematische Verhalten bereits abgelegt und das angestrebte Verhalten erreicht ist (z.B. wird nicht mehr oder nur eine bestimmte Menge getrunken). Dieses muß seit mehr als einem Tag aber weniger als sechs Monaten der Fall sein.

„Die Stufe der Handlung ist die aktivste Phase im Prozeß der Verhaltensänderung und birgt, nicht zuletzt aufgrund des hohen erforderlichen Aufwandes, das größte Risiko für eventuelle Rückfälle in frühere Phasen“ (a.a.O., 22).

- Die Stufe der *Aufrechterhaltung* („maintenance“) ist erreicht, wenn das angestrebte, veränderte Verhalten seit mehr als sechs Monaten beibehalten werden konnte. Die für die Feststellung der Aufrechterhaltung vorausgesetzten Zeiträume sind grundsätzlich je nach dem, um welches problematische Verhalten es geht, unterschiedlich lang zu veranschlagen. Die sechs Monate sind auf der Grundlage von Erfahrungen in der Raucherentwöhnung gewählt worden. Für ernährungsbezogene Verhaltensweisen wären möglicherweise längere Zeiträume anzuberaumen, um eine Stabilisierung der Verhaltensänderung annehmen zu können.

„Je nach Verhaltensbereich kann diese Stufe den Rest der Lebensspanne umfassen; so kann argumentiert werden, daß das Ausüben regelmäßiger körperlicher Aktivität oder die Beibehaltung einer gesunden Ernährung und die Auseinandersetzung mit möglichen Rückfallsituationen für betroffene Personen lebenslange aktive Prozesse sind, die keinen Abschluß erfahren“ (ebd.).

- Eine Stufe der (endgültigen) *Stabilisierung* („termination stage“) läßt sich beispielsweise für den Bereich der Raucherentwöhnung feststellen. Hier scheint der Konsolidierungsprozeß im Verlaufe von Jahren voranzuschreiten, bis hin zu einem Zustand, der durch a) „einhundertprozentige“ Zuversicht, das Zielverhalten beizubehalten gekennzeichnet ist und sich b) in einer „nullprozentigen“ Versuchung für einen Rückfall darstellt (vgl. ebd.).

Die *Linearität* dieses Stufenmodells beinhaltet nicht die Vorstellung von einem ebenso linear verlaufenden Entwicklungsprozeß von Stufe zu Stufe. Veränderungsprozesse werden als umkehrbar angenommen, sie werden „als dynamische und leider auch reversible Vorgänge“ (Watzl u. Bühringer 2001, 156) aufgefaßt. Der „Rückfall“ auf vorangegangene Stufen ist nicht nur möglich, sondern wird „als integraler Bestandteil des Veränderungsprozesses verstanden“ (23).

„Prochaska et. al. (1992) gehen davon aus, dass die Veränderung von Verhalten nur in seltenen Ausnahmefällen in einem einmaligen und linearen Durchschreiten der dargestellten Veränderungsstadien abläuft. In der Regel seien zyklische Abläufe zu beobachten (...). Es wird angenommen, dass es im Laufe des wiederholten Durchschreitens der Stadien zu einer Festigung der Verhaltensänderung kommt“ (Heidenreich u. Hoyer 2001, 160).

Im Rahmen sekundärpräventiver Interventionen ist eine klare Abgrenzung der verschiedenen Entwicklungsschritte und in der Folge die Möglichkeit der eindeutigen Zuordnung von Individuen zu den postulierten Stufen von primärem Interesse. Die dafür notwendige Operationalisierung der abgegrenzten Teilschritte wird in der kritischen Übersichtsarbeit von Heidenreich und Hoyer als bisher uneinheitlich und vielfach problematisch bewertet (vgl. Heidenreich u. Hoyer, 166). Instrumente zur Erfassung der „Stufen der Veränderung“ werden in Form von psychometrisch konstruierten Fragebögen entwickelt.

„Bei den zur empirischen Erfassung der Veränderungsstadien entwickelten Instrumenten lassen sich einfache Zuordnungen zu Kategorien (von Prochaska et.al. 1992 als „kategoriale Algorithmen“ bezeichnet) und psychometrisch konstruierte Fragebögen unterscheiden“ (a.a.O. 160).

Im Rahmen des TTM werden insgesamt zehn **„Strategien“** der Verhaltensänderung“ beschrieben und den einzelnen Stufen der Veränderung zugeordnet (vgl. Keller, Velicer, Prochaska 1999, 25-29). Die Strategien lassen sich in kognitive und in verhaltensorientierte einteilen (vgl. a.a.O. 25). Kognitive Strategien beinhalten im wesentlichen Prozesse des emotionalen Erlebens, der Bewußtwerdung und Auseinandersetzung und der (Neu-) Bewertung. Sie manifestieren sich nicht unbedingt in einer beobachtbaren Verhaltensänderung. Demgegenüber sind die handlungsorientierten Strategien durch beobachtbar verändertes Verhalten und Handeln gekennzeichnet. Kognitive Strategien sind vor allem innerhalb der ersten drei Stufen der Verhaltensänderung von Bedeutung. Zu ihnen gehören:

- die Entwicklung und Steigerung eines Problembewußtseins,
- die Entwicklung und Bewußtwerdung emotionaler Bezüge und damit einer persönlichen Betroffenheit,
- die Wahrnehmung und Bewertung der Konsequenzen des eigenen problematischen Verhaltens für die persönliche Umwelt,

- eine (Neu-)Bewertung der eigenen Person im Zusammenhang mit dem problematischen Verhalten und dessen Konsequenzen,
- oder auch das Wahrnehmen von für eine Verhaltensänderung förderlichen Umweltbedingungen.

Handlungsbezogene Strategien der Verhaltensänderung kennzeichnen die Veränderungsstufen der Vorbereitung, der Handlung und der Aufrechterhaltung. Hier geht es um das „Wahrmachen“, das „Konsequenz-Zeigen“ auf der Basis der vorangegangenen Bewußtwerdungs- und Entscheidungsprozesse. Das TTM unterscheidet die folgenden Strategien:

- die Selbstverpflichtung als öffentlich gemachte Ankündigung des eigenen Vorhabens,
- die Kontrolle der Umwelt unter den Aspekten Förderlichkeit und Unterstützung einerseits und Hemmnis oder Versuchung andererseits („stimulus control“),
- das Ersetzen des problematischen Verhaltens durch günstiges Verhalten (Gegenkonditionierung) im Sinne einer Problemlösung, wie z.B. die Reduzierung von streßauslösenden Bedingungen anstelle einer Streßkompensation durch eine Zigarette,
- das Nutzen hilfreicher Beziehungen durch die Suche nach und das Annehmen von sozialer Unterstützung;
- die Selbstverstärkung durch bewußt eingesetzte Belohnungen und Belobigungen nach Erreichen kleiner Teilziele.

Dem TTM kommt für die Sekundärprävention von Alkoholproblemen ein besonderer Stellenwert zu, weil es unterschiedlichste Theorieansätze zu (abhängigem) Verhalten und dessen Veränderung aufzunehmen und miteinander zu verknüpfen versteht und darüber hinaus die Möglichkeit einräumt, weitere Ansätze zu integrieren (vgl. Hapke 2000, 73). Unter der Annahme, daß das systematische Anpassen von Interventionen an unterschiedliche Motivationslagen zu einer Steigerung der Interventionseffektivität führt (vgl. Keller, Velicer, Prochaska 1999, 34), wird eine klare Abgrenzung dieser Lagen notwendig. Das TTM liefert einen theoretischen Rahmen für ein solches Vorgehen. Dabei wird über eine Operationalisierung der „frühen Stadien der Änderungsbereitschaft“ der Erkenntnis Rechnung getragen, daß einer Verhaltensänderung innere Prozesse vorausgehen (müssen) (vgl. Miller u. Rollnick 1999, 45). Weiterhin werden diese vor Einsicht und Änderungsbereitschaft

liegenden Verfassungen für Interventionen zugänglich gemacht (vgl. Watzl u. Bühniger 2001, 156).

Das Konzept des TTM hat sich als gute Grundlage zur Systematisierung von zu einer Verhaltensänderung motivierenden Interventionen erwiesen. Als „nahezu ideale Verbindung“ wird „die Verknüpfung des TTM mit den Methoden des „Motivational Interviewing“ (MI) angesehen (vgl. Keller, Velicer, Prochaska 1999, 36). Bei John heißt es dazu: „Die Motivierende Gesprächsführung ist eine Form der Beratung, die den zentralen Annahmen des TTM besonders nahe kommt. Sie eignet sich für Menschen in allen Stadien der Änderungsabsicht“ (John, Hapke, Rumpf u.a. 2002, 211) und sie „bildet einen gewichtigen Interventionsansatz“ für die Frühintervention bei Substanzproblemen (a.a.O. 210).

4.3.2. Frühintervention als Beratungsarbeit

Unter Berücksichtigung besonderer Bedingungen der Institutionen medizinischer Primärversorgung werden die folgenden Interventionsformen als geeignet angeführt:

„Frühintervention in der medizinischen Versorgung ist unter Bedingungen knapper personeller Ressourcen durchzuführen. Daher kommen wenig aufwendige Interventionsformen in Frage, wie schriftliche Information über Abhängigkeit und Hilfe, Ratschlag, Kurzberatung oder Beratung“ (John, Veltrup, Driessen u.a. 2000, 39).

Im folgenden soll die Beratung als zentrale Frühinterventionsform hervorgehoben werden. Beratung im allgemeinen bewegt sich auf einem Kontinuum, „daß durch die beiden Nachfrageaspekte „Mangel an Wissen“ und „Mangel an Entscheidungsfähigkeit“ begrenzt ist. Konkrete Beratung ist auf diesem Kontinuum schwerpunktmäßig zuzuordnen, dient also mehr der Informations- und Wissensvermittlung oder mehr der Förderung psychosozialer Kompetenz“ (Stimmer 1996, 63). Information und Aufklärung, Beratschlagung und Begleitung in einem Problemklärungs- und Entscheidungsprozeß genauso wie die Organisation konkreter Hilfen und Unterstützung können Aspekte von Beratungsarbeit sein. So betrachtet erscheinen die anderen oben genannten Interventionsmöglichkeiten auch als mögliche Teilinterventionen oder Strategien innerhalb eines Beratungsprozesses. Je nach Beratungsphase und individuellem Bedarf steht im Mittelpunkt einer Intervention mehr die Information, ein gezielter Ratschlag, konkrete Hilfen und Unterstützung oder ein psychotherapeutisch begründetes Vorgehen.

„Beratung ist unabhängig von der Dauer, dem Ort, der Zahl beteiligter Personen und dem Kommunikationsmedium“ (John, Veltrup, Driessen u.a., 2000, 33). Die Grundorientierungen und Prinzipien für Beratung sind entsprechend gültig, unabhängig davon, ob es sich um ein Gespräch oder eine Reihe von Sitzungen handelt, ob sich diese Gespräche auf eine oder mehrere Personen beziehen (z.B. Paarberatung, Erziehungsberatung) und unabhängig davon, ob sie sich von Angesicht zu Angesicht oder beispielsweise als Telefongespräch realisieren.

Beratungsarbeit ist Beziehungsarbeit, ist ein Austauschprozeß zwischen zwei (oder mehr) Personen (vgl. a.a.O. 35). Sie ist als „ein gemeinsames Unternehmen“ zu begreifen, „und nicht als etwas, was den Klienten durch „Experten“ „angetan wird““ (Culley 1996, 16). Dabei sind einerseits die Eigenverantwortlichkeit der Klienten herauszufordern und zu bestärken (der Klient als Experte seines Problems), andererseits ist aber auch die Bereitschaft zur Kooperation mit dem Berater (im Sinne einer Anerkennung als Experten für Beratung) von seiten des Klienten notwendig (vgl. ebd.).

Beratung wird als organisierter Prozeß verstanden. Sie ist konzipiert als eine „Abfolge von geordneten Phasen“ und somit „das Gegenteil zufälliger oder chaotischer Aktivität“ (a.a.O. 13). Das Ordnungsgefüge der Beratung beinhaltet die Abgrenzung bestimmter, aufeinander folgender und aufbauender Teilschritte für den Weg hin zu einem definierten Ziel. Für jede der Beratungsphasen gelten Teilziele, deren Erreichung durch bestimmte Strategien und Fertigkeiten auf seiten des Beraters befördert werden soll (vgl. ebd.). Grundsätzlich werden die folgenden Phasen voneinander abgegrenzt: (1) Aufbau einer Beziehung, (2) Identifikation von Problemen, (3) Erstellen von Zielen, (4) Auswahl und Einsatz von bestimmten Strategien, (5) Bewertung des Beratungsprozesses und Beendigung der Beratungsbeziehung (vgl. John, Veltrup, Driessen u.a. 2000, 34).

Beratung zielt immer auf die Exploration/Identifikation und letztlich auf die Anbahnung einer Lösung von Problemen. Insofern bilden „Problemlösungsansätze, die aus der Verhaltenstherapietradition herrühren (...), sinnvolle Strukturierungen des Beratungsprozesses“ (a.a.O. 35).

„Sechs Charakteristika des Problemlösens lassen sich nennen: 1. Probleme müssen konkret definiert werden, möglichst in Verhaltenskategorien. 2. Die relevanten Aspekte der Problemsituation sollten operationalisiert sein. 3. Es sollten möglichst viele Lösungen dargestellt werden, von denen die adäquateste und vom Klienten am meisten akzeptierte ausgewählt werden kann. Kosten und Konsequenzen jeder

alternativen Lösung sind zu bewerten. 5. Die ausgewählte Lösung ist zu verwirklichen. 6. Das Ergebnis der Entscheidung sollte bewertet werden“ (ebd.).

Als eine bedeutsame Stufe im Rahmen des Problemlösungsprozesses ist das „Treffen von Entscheidungen“ hervorzuheben. So wird von John als zentrales Ziel der Beratungsarbeit im frühinterventiven Zusammenhang angeführt, es gehe darum, „Entscheidungen des Klienten zu fördern, etwa zu seinem Lebensstil seiner Abstinenz oder abstinenzbezogenen Aktivitäten, wie Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe oder Therapie“ (a.a.O. 33).

Die Klientenzentriertheit ist Teil einer für Beratungskonzepte im allgemeinen postulierten Grundhaltung gegenüber dem Klienten, die der Tradition der humanistischen Psychologie entstammt. Hier wird der Klient „vom Objekt zum Subjekt therapeutischer Bemühungen“ gemacht, indem ihm die Fähigkeit zugeschrieben wird, seine Probleme selbst zu lösen. Dem Therapeuten kommt die Rolle eines „Geburtshelfers“ für die Selbstheilungskräfte des Individuums zu (vgl. Stimmer 1996, 214). Im einzelnen vermittelt sich diese Haltung des Beraters über Empathie, Wertschätzung und Kongruenz (ebd.).

Miller u. Rollnick zufolge haben Beratungs- und Behandlungspraxis in der Suchtkrankenhilfe vielfach die Prinzipien der Gesprächspsychotherapie in humanistischer Tradition zugunsten konfrontativer Vorgehensweisen hintangestellt. Der Suchtbereich habe die Verbindung zu den humanistischen Wurzeln der Beratung fast völlig verloren. Die Konfrontation sei anstelle dessen zur therapeutischen Maxime erklärt worden (vgl. Miller u. Rollnick 1999, 12). Auch Hapke stellt fest, in der traditionellen Suchtkrankenversorgung dominierten konfrontative Beratungsformen (Hapke, Rumpf, John 2000, 97). Mit ihrem Beratungskonzept der Motivierenden Gesprächsführung machen sich die genannten Autoren für eine Begründung suchtherapeutischer Arbeit in klientenzentrierten Ansätzen stark.

4.3.2.1. Das Beratungskonzept der Motivierenden Gesprächsführung

Die „Motivierende Gesprächsführung“ (im folgenden abgekürzt als „MI“ von engl. „motivational interviewing“) wurde im Kontext der Beratung und Behandlung von Menschen mit Substanzproblemen entwickelt (vgl. Hapke 2000, 98). Das innovative Konzept baut auf Grundsätzen humanistischer Therapieschulen auf. Es ist dabei direkter als die Gesprächspsychotherapie und es integriert unterschiedliche Theoriekonzepte und therapeutische Methoden (vgl. Hapke, Rumpf, John 2000, 93). Als zentral strukturierendes Moment wird das „Stufen-Konzept“ des TTM eingesetzt. Beratungs- und

Behandlungsstrategien werden über die „Stufen der Veränderung“ an unterschiedliche Motivationslagen angepaßt. Dabei finden die frühen Stadien eines Veränderungsprozesses besondere Berücksichtigung:

„Die Innovation des Verfahrens besteht in der Fokussierung von Zielgruppen, die nur eine geringe Änderungsbereitschaft aufweisen oder in hohem Maße ambivalent sind. MI ist somit für Beratungssettings mit einer motivational niedrigen Zugangsschwelle geeignet. (...), in denen die Motivation zur Verhaltensänderung häufig nicht Voraussetzung, sondern Ziel des Beratungskontaktes ist“ (ebd.).

Das „emanzipatorische Beratungskonzept“ stellt die Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortlichkeit des Menschen mit einem Suchtmittelproblem in den Vordergrund. Der Klient ist es, der Tempo, Richtung und Ausmaß von eventuellen Veränderungen bestimmt, und diese Tatsache gilt nicht als beklagenswerter Umstand, sondern als zu respektierendes und zu förderndes „ethisches Prinzip“ (vgl. Kremer u. Schroer 1999, 8). Dem professionellen Helfer fällt dabei die Rolle des „Experten ohne Expertentum“ zu, er macht Angebote und stellt nicht Gebote auf, er ist nicht Führer sondern Begleiter in einem Bewußtwerdungs- und Veränderungsprozeß und wirkt dabei direktiv, nicht aber dirigierend (vgl., ebd.). Auch von seinen Autoren wird das MI zunächst als spezifische Behandlungsmethode im Sinne eines Satzes besonderer Strategien und Techniken verstanden und als „direktives, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen“ betitelt (Miller u. Rollnick 1999, 11). Neben den Strategien und Techniken sei der „charakteristische Behandlungsstil“ besonders hervorzuheben (style, spirit) (vgl. Demmel 2001, 172).

„Es ist die Grundhaltung, die die motivierende Gesprächsführung charakterisiert: ein ruhiges, respektvolles und konstruktives Gespräch, in dem konfrontative Elemente nicht vorkommen, um so den inneren Motiven der Klienten zu erlauben, Richtung und Ergebnis der Sitzung zu bestimmen. Dies hat nichts mit Strategien oder Techniken zu tun (...), sondern mit einer bewußten Wahrnehmung der Wertvorstellungen der Klienten und der Einflüsse dieser Wertvorstellungen auf mögliche Verhaltensänderungen“ (Miller u. Rollnick 1999, 11).

Der besondere Behandlungsstil des MI konkretisiert sich in fünf Basisprinzipien: **(1)** Empathie, **(2)** Widersprüche aufzeigen, **(3)** Wortgefechte vermeiden, **(4)** nachgiebig auf Widerstand reagieren und **(5)** Selbstwirksamkeit fördern (vgl. a.a.O. 67 ff.). Diese Grundelemente lassen sich den beiden Aspekten Reduktion von Reaktanz (definiert als Folge wahrgenommener Einengung oder Bedrohung persönlicher Freiheit) (vgl. Demmel 2001, 173) und Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen zur Erhöhung von Zuversicht und

Veränderungsbereitschaft (vgl. a.a.O. 172) zuordnen. Gekoppelt an die MI-Prinzipien werden jeweils bestimmte Strategien und Techniken beschrieben. Auf eine detaillierte Wiedergabe dieser Vorgehensweisen wird an dieser Stelle verzichtet. Sie finden sich in einer im Rahmen der Lübecker Studien entwickelten Adaptation des MI für das Krankenhaussetting wieder. Dieses „Modell zur differentiellen Intervention für verschiedene Phasen der Änderungsbereitschaft“ wird im folgenden vorgestellt.

4.3.2.2. Modell zur differentiellen Intervention für verschiedene Phasen der Änderungsbereitschaft

Der Beratungsprozeß nach dem Modell zur differentiellen Intervention organisiert sich entlang der Stufen der Änderungsbereitschaft. Für die Beratungshase auf der *Stufe der Vorabsichtsbildung* (vgl. Hapke, Rumpf, John 1996, 349/350) werden die folgenden dem MI verpflichteten Strategien empfohlen:

- Informations- und Wissensvermittlung: bewußt neutral gehaltene Informationen werden angeboten. Wertungen und Moralisierungen werden vermieden.
- Problemdefinition unter persönlicher Bezugnahme: Resultate aus Screening-Untersuchungen, bestehende Gesundheitsprobleme oder konkrete Nachfragen der Patienten bieten Anknüpfungspunkte für eine Thematisierung der Alkoholproblematik des betroffenen Patienten.
- Diskrepanzen entwickeln: Gesprächsführung zielt auf die Initiation eines Bewußtwerdungsprozesses in bezug auf Widersprüchlichkeiten zwischen allgemeinen Lebenszielen und -wünschen des Patienten und seinem aktuellen Verhalten (insbes. im Hinblick auf das Trinken von Alkohol), welches möglicherweise der Verwirklichung dieser Ziele und Wünsche entgegensteht. Keine Konfrontationen.
- Anbindung: weitergehendes Kontakt- und Hilfeangebot deutlich machen.

Für die *Stufe der Absichtsbildung* (vgl. a.a.O. 350/351) haben sich die folgenden Strategien als effektiv erwiesen:

- Diskrepanzförderung: Verstärkung des Bewußtwerdungsprozesses in bezug auf die Alkoholproblematik. Förderung einer möglichst klaren, persönlichen Problemsicht/Problembeschreibung.

- Informationsvermittlung: konkrete Informationen zu den für den Patienten in Frage kommenden Hilfemöglichkeiten geben.
- Ziele definieren: Veränderungsziele konkretisieren. Anregen zur Setzung von konkreten, dem Patienten realistisch erscheinenden Zielen zur Aufhebung der entwickelten Diskrepanzen.
- Anbindung: Treffen von konkreten Vereinbarungen zwischen Berater und Klienten, was die Durchführung bestimmter Schritte zur Zielerreichung anbetrifft.

Beratung auf der *Stufe der Umsetzung* (vgl. a.a.O. 351) beinhaltet

- das Konkretisieren von Zielen: das heißt die Präzisierung der zuvor entwickelten Zielvorstellungen in bezug auf eine Verhaltensänderung und eine Überführung dieser Vorstellungen in einen Handlungsplan.
- das Treffen konkreter Vereinbarungen im Sinne der Selbstverpflichtung: dafür werden konkrete Vereinbarungen zur Umsetzung des Handlungsplanes getroffen, die die Unterstützung bei Kontaktaufnahmen oder der Einleitung von Behandlung mit beinhalten können.

Auf der *Stufe der Aufrechterhaltung* (vgl. a.a.O. 351/352) geht es um

- die Prüfung des Beratungsbedarfes: nach der Realisierung erster Veränderungsschritte ist das Erreichte zu sichern durch weitergehende Hilfebedarfsprüfung/Hilfeangebote. Entscheidend ist der subjektiv formulierte Bedarf des Betroffenen.
- die positive Rückmeldung: Anregung zur Bilanzierung in bezug auf die Aufhebung von Diskrepanzen z.B. durch die Genesung von gesundheitlichen Störungen, soziale Fortschritte und die Verbesserung interpersonaler Beziehungen.
- die Thematisierung der Inanspruchnahme von Hilfen: Angebot zur Aufarbeitung möglicherweise gemachter negativer Erfahrungen und Ermutigung zur zukünftigen Inanspruchnahme von Hilfe(n). Information über (weitere) Möglichkeiten der Unterstützung. Bei Krisen konkrete Hilfeangebote machen.

Nach diesem Konzept ist die Beratung im Rahmen der Lübecker Studien angelegt worden. Die Interventionen erwiesen sich, was die Förderung der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen anbetrifft, als äußerst wirksam. Das Inanspruchnahmeverhalten der innerhalb der

Studie befragten Patienten konnte von 28,9% zwölf Monate vor dem Krankenhausaufenthalt auf 56,1% zwölf Monate nach dem Krankenhausaufenthalt erhöht werden (vgl. a.a.O. 58). In der katamnestischen Bewertung der Lübecker Studie heißt es:

„Die Abstinenzrate war über das gesamte Jahr nach Krankenhausbehandlung und kurzer Suchtberatung mit 18,4% unerwartet hoch. Noch mehr überraschte uns der enorme Anstieg der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen um etwa das Doppelte. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß eine extrem wenig aufwendige Form der Intervention im Krankenhaus, die Diagnostik und Beratung, eine sehr günstige Kosten-Nutzen-Relation und hohe Effizienz aufweisen“ (BMG 1996, 86/87).

4.4. Vorschläge zur Umsetzung des sekundärpräventiven Interventionskonzepts in ein Regelversorgungsangebot im Rahmen des Allgemeinkrankenhauses

An dieser Stelle soll sich vornehmlich mit der organisatorisch-institutionellen und fachlichen Realisierung von Sekundärprävention bei Alkoholproblemen im Krankenhaus beschäftigt werden. Im Mittelpunkt stehen dabei die Besonderheiten einer versorgungssektoren- und institutionenübergreifenden Aufgabenstellung, mit der die Notwendigkeit multiprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit einhergeht.

Fragen zur regelmäßigen Finanzierung der Maßnahmen sollen hier nicht ausführlicher berücksichtigt werden, wengleich sie über ihre Kopplung an Zuweisungen von Zuständigkeiten ebenfalls Einfluß nehmen auf die Möglichkeiten einer konkreten Umsetzung des Interventionskonzepts. Mit der Zuweisung der Kostenträgerschaft geht eine Beauftragung von Institutionen und damit wiederum von Berufsgruppen einher. Zugleich werden fachliche Perspektiven - z.B. medizinische versus psychosoziale Ansätze - präferiert. In unterschiedlichen Überlegungen werden sowohl das medizinische Versicherungssystem als auch die sozialen Sicherungssysteme als mögliche Kostenträger angedacht. Die jeweilige Präferenz der Finanzierungsmodelle spiegelt die zugrundeliegenden organisatorisch-institutionellen und fachlichen Umsetzungsideen. Grundsätzlich ist anzumerken, daß Finanzierungsmodelle auf der Grundlage der bestehenden Gesetze denkbar sind. Beispielsweise werden auch im Rahmen des Bielefelder Projektes konkrete Finanzierungsmöglichkeiten vorgestellt und diskutiert (vgl. BMG 1998, 40-43). Einschränkend bleibt festzustellen, daß der gegenwärtige Zeitpunkt, ob der weiter knapper werdenden öffentlichen sowie sozialversicherungsgebundenen Mittel, für die Durchsetzung der Finanzierung neuer Leistungskategorien ein denkbar ungünstiger ist.

Die vorausgehend beschriebene Forschungstätigkeit wirft die Frage nach der organisatorischen Gestaltung und Einbindung des beschriebenen Behandlungskonzepts in die Gegebenheiten und Abläufe der allgemeinmedizinischen Institutionen auf. Angestrebt wird die Installierung des sekundärpräventiven Maßnahmenkonzepts als Regelversorgungsangebot. Die Planung und Schaffung organisatorischer, prozeduraler und anderer Voraussetzungen zur Umsetzung eines Programms in ein Routinehandeln sind zentrale Momente des Prozesses der Implementation (vgl. Mayntz 1980, 3).

Eine systematische Forschung zur Frage der Implementation hat im Rahmen der hier berücksichtigten Forschungsprojekte noch nicht stattgefunden. Ein Projekt des aktuell aufgelegten Forschungsprogramms zur Entwicklung praktikabler Ansätze der Frühintervention in der medizinischen Versorgung (EARLINT) befaßt sich explizit mit der „Implementierung von Frühinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen im Allgemeinkrankenhaus“ (John, Hapke, Rumpf u.a. 2002, 212). Ergebnisse dieser Studie liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vor.

Innerhalb der hier berücksichtigten Studien lassen sich zwei verschiedene Perspektiven zur Frage der regelmäßigen Umsetzung feststellen. Das Lübecker und das Bielefelder Projekt repräsentieren aus der Perspektive des Krankenhauses entwickelte Vorstellungen. Sie postulieren vor allem die Notwendigkeit einer suchtspezifischen Qualifizierung des medizinischen Personals. Ziel ist es, die zur Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen notwendigen Kompetenzen krankenhausesintern und unabhängig von anderen Suchthilfeanbietern bereitstellen zu können. Die zum gegenwärtigen Zeitpunkt (noch) notwendig von außen hinzuzuziehende fachliche Hilfe sollte dabei nach Möglichkeit einen psychologischen, psychiatrischen und/oder medizinischen Erfahrungshintergrund haben (vgl. BMG 1996, 89). Die Lübecker Studie entwickelt ein Anforderungsprofil für eine solche Fachkraft und nennt als geeignete Berufsgruppen Diplompsychologen und Ärzte mit Erfahrungen in Beratung und Behandlung Alkoholabhängiger (vgl. ebd.). Das Bielefelder Projekt konzipiert ein ärztliches Fortbildungscurriculum. Die im Titel des Projektes angestrebte „Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke“ (BMG 1998) zielt auf die Qualifizierung von Medizinern im Hinblick auf Diagnostik und Behandlung alkoholgefährdeter bzw. alkoholabhängiger Patienten und die Verbesserung der Überleitung von Betroffenen in das fachspezifische Hilfesystem (vgl. BMG 1998, 35). Das Projektziel des „Aufbaus verbindlicher Formen der Kooperation und Vernetzung“ zwischen medizinischer

Basisversorgung und Suchthilfesystem gilt als nicht erreicht und unter den gegebenen Verhältnissen nicht erreichbar. Sowohl auf seiten der medizinischen Versorgung als auch auf seiten des Suchthilfesystems seien verschiedene hinderliche bzw. erschwerende Faktoren festzustellen (vgl. a.a.O. 38).

Das Projekt „Suchthilfe im Krankenhaus“ und das Modellprojekt unter Förderung des Bayrischen Staatsministeriums befassen sich mit der Erprobung von Kooperationsmodellen. Aus einer krankenhausexternen Perspektive heraus wird sich um die Installierung von Kooperationsroutinen zwischen Krankenhaus und anderen Anbietern suchtspezifischer Hilfen bemüht, wobei die Modellprojekte selbst bereits konkrete Informations-, Beratungs- und Behandlungsangebote beinhalten.

In den beiden zuletzt genannten Studien wird von einem fachlich, gesellschaftlich und wirtschaftlich zu begründenden Kooperationsgebot ausgegangen. Das Modellprojekt „Suchthilfe im Krankenhaus“ befaßt sich zentral mit der Arbeit an der Schnittstelle unterschiedlicher Versorgungssysteme (vgl. BMG 1999, 37). Das Bayrische Modellprojekt liefert weitere Erkenntnisse zu dem Versuch, krankenhausexterne, spezialisierte suchtspezifische Behandlungskompetenz in die Behandlungs- und Arbeitsroutinen der medizinischen Einrichtungen zu integrieren (vgl. Görden u. Hartmann 2002, 5). Beide Projekte zeigen wesentliche Probleme, Hindernisse, Möglichkeiten und Notwendigkeiten von Kooperationen über verschiedene Versorgungssektoren und Institutionen hinweg auf.

4.4.1. Krankenhausinterne Perspektiven für sekundärpräventive Aktivitäten

Für das Krankenhaus ist grundsätzlich von knappen personellen Ressourcen auszugehen (vgl. BMG 1996, 66). Bereitschaft und Möglichkeiten des Krankenhauspersonals, weitere, über ihre bisherigen Aufgaben hinausgehende Verantwortungen zu übernehmen, ist als gering einzuschätzen. Diesem Umstand wird zunächst über die Entwicklung von möglichst unaufwendigen Verfahren zur Früherkennung und -intervention Rechnung getragen. Weiterhin wird die bisher mangelhafte Praxis im Umgang mit Alkoholproblemen und die fehlende Qualifikation des medizinischen Regelpersonals angeführt für die Begründung des Bedarfes an einem zusätzlichen suchtspezifischen Fachdienst. Die Einrichtung eines solchen Dienstes ist im Rahmen der Lübecker und der Bielefelder Studie sowohl als Konsiliar- als auch als Liaisondienstmodell angedacht bzw. erprobt worden.

Das Konsiliardienstmodell sieht die einzelfallbezogene Hinzuziehung einer auf Suchtfragen spezialisierten Fachkraft vor. Die Erfahrungen der Lübecker Studie zeigen eine eher seltene Inanspruchnahme der Möglichkeit zum Konsil. Die erforderliche kontinuierliche Initiative zur Kooperation auf seiten des Krankenhauses wurde nicht aufgebracht. Weiterhin wird bemängelt, daß ein solcher Konsiliardienst nicht die Aufgaben einer systematischen Früherkennung mit einschließt (vgl. BMG 1996, 89). Nicht näher ausgeführt wird, von welcher Person oder auch Einrichtung das genannte Konsil angeboten wurde. Im Rahmen der Bielefelder Studie wurde die Hinzuziehung eines suchtspezifischen Konsildienstes durch Mitarbeiter von Suchtberatungsstellen erwogen. Grundsätzlich seien solcherlei Kooperationen zu begrüßen und würden andernorts in einzelnen Fällen auch erfolgreich praktiziert. Weiter heißt es aber, eine systematische Früherkennung sei über das Konsilmodell nicht zu realisieren, es sei nur für die Zielgruppe Abhängiger in fortgeschrittenen Krankheitsstadien anwendbar. Darüber hinaus zeichne sich diese Form der Kooperation durch Unverbindlichkeit und Abhängigkeit vom persönlichen Engagement einzelner Beteiligter aus (vgl. BMG 1998, 30). Auch seien Suchtberatungsstellen laut Aussage der Bielefelder Beratungsstellen dafür personell nicht ausreichend ausgestattet (ebd.). Hier zeigt sich das Konsiliardienstmodell als ein die Krankenhausgrenzen überschreitendes Kooperationsmodell, welches schon vor Erprobung als ungeeignete Möglichkeit verworfen wird.

Das Liaisondienstmodell geht von einer ständig auf den Stationen des Krankenhauses präsenten Fachkraft aus. Ihre Zuständigkeit bestünde in der regelmäßigen Durchführung der Screenings und gegebenenfalls der anschließenden Interventionen (vgl. BMG 1996, 89). Die Einrichtung eines Liaisondienstes wird bevorzugt empfohlen, wobei an dieser Stelle ungeklärt bleibt, ob die dafür erforderliche Fachkraft vom Krankenhaus angestellt oder extern heranzuziehen wäre. Als geeignete Berufsgruppen für diesen Fachdienst werden „Diplompsychologen oder Ärzte mit Erfahrung in Beratung und Behandlung Alkoholabhängiger sowie mit psychiatrischer oder psychotherapeutischer Qualifikation“ (ebd.) vorgeschlagen.

Alternativ zum Liaisondienst wird die Einrichtung einer suchtspezifischen Krankenhausabteilung vorgeschlagen. Auf eine solche „Motivierungsstation“ wären alle Patienten mit Alkoholproblemen „unmittelbar nach Behandlung der akuten somatischen Störungen“ (a.a.O. 90) zu verlegen. Dort könnten sie an einer Motivierungsbehandlung mit einem drei- bis vierwöchigen standardisierten Programm teilnehmen. Somatische

Beschwerden würden konsiliarisch von der aufnehmenden somatischen Station weiterbehandelt. Das Personal der „Suchtstation“ wäre umgekehrt zuständig für Screening und Beratung auf allen anderen Stationen (vgl. ebd.).

Auch das *Bielefelder Projekt* befindet die Einrichtung einer zusätzlichen Stelle für eine Fachkraft als nötig. Auf keiner der am Projekt beteiligten Stationen gelang es, die Stationsärzte für eine kontinuierliche und eigenständige Übernahme des SDK-Konzepts zu gewinnen (vgl. BMG 1998, 29). Als Gründe dafür angeführt werden die hohe Arbeitsbelastung und mangelnde Gesprächskompetenz auf seiten der Ärzte; weiterhin wird die personelle Unbeständigkeit im Rahmen der Krankenhausorganisation angeführt (vgl. a.a.O. 29/30). Von daher wird es als unerlässlich angesehen, zusätzliches, speziell ausgebildetes Personal einzustellen.

„Diese Fachkraft sollte fachlich und dienstrechtlich unabhängig von Stationsärzten arbeiten. Sie sollte zum einen über klinisch-diagnostische Erfahrungen im Umgang mit Suchtkranken sowie zum anderen über Grundkenntnisse motivierender Beratung und psychotherapeutischer Interventionen verfügen“ (BMG 1998, 49).

In einer weiteren Darstellung der Ergebnisse des Bielefelder Projektes wird dazu ausgeführt, daß „das Personal eines solchen Alkohol-Liaison-Dienstes (...) über Erfahrung in der Arbeit mit Suchtgefährdeten und -kranken verfügen und in der Lage sein sollte, seine Interventionen flexibel und auf ein breites Zielspektrum abzustimmen. Es sollte möglichst im Krankenhaus angestellt sein“ (Kremer u. Beyerlein-Buchner 2001, 254). In dieser Darstellung werden Berufsgruppen für den Fachdienst genannt: Prinzipiell kämen dafür Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter in Frage (vgl. ebd.).

In der Folgestudie zum Lübecker Projekt findet sich eine offene Fragestellung zu den beiden unterschiedlichen Organisationsansätzen. Hapke stellt zunächst fest, daß „die wenigsten Allgemeinkrankenhäuser über einen funktionierenden Konsiliar- oder Liaisondienst durch externe Suchtexperten“ verfügten (vgl. Hapke 2000, 183). Welche regionalen Anbieter hierfür in Frage kämen oder ob das Krankenhaus selbst die entsprechenden Ressourcen bereitstellen könne, gelte es zu prüfen. Grundsätzlich sei die Beratung noch während des Krankenhausaufenthaltes durchzuführen. Von daher sei die ständige Präsenz eines Beraters im Allgemeinkrankenhaus vorzugsweise zu realisieren. Dieser könne auch eine tragfähige Vernetzung von Beratungsstelle und Krankenhaus herstellen (vgl. ebd.). Von Kooperation

zwischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und dem Krankenhaus ist hier nicht ausdrücklich die Rede.

4.4.2. Vorschläge zur Umsetzung der sekundärpräventiven Interventionskonzepte in Kooperation mit krankenhausexternen suchtspezifischen Fachkräften und Institutionen

Die Einbindung und Nutzung von außerhalb der Institution des Krankenhauses bereits vorhandenen suchtspezifischen Kompetenzen, Diensten und Organisationsstrukturen legt sich nahe unter der Maßgabe, daß a) diese Kompetenz und solche Organisationsstrukturen im Krankenhaus (noch) nicht vorhanden sind und b) ein auf Suchtfragen spezialisierter, differenzierter Versorgungssektor mit entsprechender Kompetenz existiert.

4.4.2.1. Kooperationsgebot

Im Rahmen ihrer Berichterstattung zum Modellprojekt „Suchthilfe im Krankenhaus“ beschreiben Arnold u.a. überinstitutionelle Kooperationen in der Suchtarbeit zunächst als aus fachlichen Gründen geboten. Die Krankheit Sucht als multifaktorielles Geschehen führe zu ebenso multiplen Störungen im somatischen, psychischen und sozialen Bereich. Hilfen für Abhängige seien entsprechend multidisziplinär zu leisten (vgl. BMG 1999, 18). Multidisziplinäre Hilfen wiederum seien „aus einer Vielzahl von Gründen (Finanzierung, Trägerpluralität etc.) in der Regel nur als multiinstitutionelle Hilfen möglich (vgl. ebd.). Neben diesem fachlich begründeten Kooperationsgebot wird auch das gesellschaftlich begründete Interesse an einer möglichst effektiven und effizienten Gewährung von Hilfen hervorgehoben. Mängel in Koordination, Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Hilfesektoren führten zur Verschwendung von Ressourcen, sowie der Nichtgewährung von prinzipiell möglicher Hilfe (a.a.O. 25).

„Neben der im Alltag vorfindbaren Vielzahl von gelungenen Kooperationsbeziehungen zwischen unterschiedlichen Institutionen finden sich aber auch ebenso viel Mißtrauen, Abgrenzungsbedürfnis und Berührungsangst. Folge vor allem der letztgenannten Faktoren ist, daß die Beteiligten aneinander vorbei arbeiten oder gegeneinander arbeiten (Langnickel 1997). Verbunden hiermit sind die Verschwendung von Ressourcen sowie vertane Hilfemöglichkeiten für die Zielgruppen (BMG 1999, 25).

Eben dieser Hinweis auf die unzureichende Effizienz, die sich in dem gegenwärtigen Mangel an Zusammenarbeit und Koordination zwischen den unterschiedlichen Versorgungssektoren begründet, findet sich auch bei Wienberg:

„Zwischen den drei Sektoren der Versorgung bestehen – abgesehen von vereinzelt Übergängen an den Rändern – generell wenige und instabile Beziehungen vom Typ Kooperation. Weit verbreitet sind dagegen Beziehungen vom Typ Delegation, vom Typ Konkurrenz oder schlicht Ignoranz. Es besteht also eine Tendenz zur „Versäulung“ der Teilsysteme und es mangelt an der Integration der unterschiedlichen Hilfeleistungen. Das Hilfesystem insgesamt ist nicht bedarfsgerecht, Ressourcen werden unzureichend genutzt bzw. verschwendet“ (Wienberg 2001 a, 22).

So gesehen stellt sich die Frage der Kooperation nicht mehr nur noch im Zusammenhang mit der Suche nach der praktikabelsten organisatorischen Lösung für die Implementation eines Interventionskonzepts, sondern empfiehlt sich sowohl aus fachlichen als auch aus finanz- und gesellschaftspolitischen Gründen. Unterschiedliche gesetzliche Normierungen bestätigen bereits dieses so begründete Gebot zur Kooperation (vgl. BMG 1999, 24).

4.4.2.2. Kooperationserfahrungen

Alle drei Studien, die sich mit Fragen zu institutionenübergreifenden Kooperationen befassen, stellen grundlegende Abgrenzungstendenzen der einzelnen Institutionen zueinander fest. So kommt das Bielefelder Projekt zu dem Ergebnis, daß der Aufbau verbindlicher Formen der Kooperation zwischen Allgemeinarztpraxen und dem Hilfesystem für Abhängigkeitskranke nicht gelungen sei. Die Unterschiede zwischen den beiden Systemen seien gravierend:

„Zugangswege, Behandlungsauftrag, Behandlungskonzepte, Finanzierungssystem und Arbeitsorganisation der Arztpraxis (...) sind den Bedingungen vieler Einrichtungen des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke zum Teil diametral entgegengesetzt. Die Struktur des Niederlassungssystems stellt ein großes Hindernis für Kooperationsformen aller Art dar. Der niedergelassene Arzt ist Privatunternehmer und muß sich „am Markt“ behaupten, auch gegen seine eigenen Berufskollegen“ (BMG 1998, 21/22).

Auf der Grundlage von Befragungsergebnissen wird belegt, daß auch auf seiten von Suchtberatungsstellen, welche als die wichtigsten Kooperationspartner benannt werden, kein Bedarf bestehe, die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten zu verbessern. Gründe hierfür werden in einer Überlastung der bestehenden Einrichtungen des Suchtversorgungssystems gesucht (vgl. a.a.O. 22). Auch zwischen Allgemeinkrankenhäusern und den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ließ sich keine systematisierte und verbindliche Kooperation implementieren. Zu einer Vernetzung auf institutioneller Ebene kam es nicht (vgl. a.a.O. 35). Auf seiten des Krankenhauses fehle es an personeller Kontinuität, welche eine der Grundvoraussetzungen institutioneller Vernetzung sei. Ärztlicherseits könne eine solche nur von Oberarzt- oder Chefarztseite gewährleistet werden (vgl. a.a.O. 36). Einzelfallbezogene

Kooperationen stellten sich hier allerdings als unkomplizierter dar als die zwischen Arztpraxen und Suchthilfe, welches an weniger ausgeprägten „standespolitischen Gräben“ liege. Seitens der örtlichen Beratungsstellen wurde die Einrichtung eines aufsuchenden Angebots im Rahmen des Allgemeinkrankenhauses abgelehnt. Keine der Bielefelder Beratungsstellen dachte ernsthaft über eine „derartige Erweiterung ihres Aufgabenkatalogs“ nach (vgl. ebd.).

Die Bundesstudie zur „Suchthilfe im Krankenhaus“ legt den Schwerpunkt ihrer Perspektive auf die Institution Krankenhaus. Die im Rahmen der Studie vollzogenen Modellprojekte zielen auf die Schließung der Versorgungslücke zwischen psychosozialen und medizinischen Hilfen (vgl. BMG 1999, 36). Die jeweiligen Modellprojekte sollen als Kooperationsbrücken zwischen den beiden Versorgungssektoren dienen.

„Der Ansatz des Modellprogramms zielt darauf, diese Versorgungslücke dahingehend zu schließen, als die Modellprojekte eine Schnittstelle zwischen zwei unterschiedlichen Hilfesystemen bilden“ (BMG 1999, 36).

Die Modellprojekte stellen sich so als eigenständige „spezialisierte Suchthilfedienste“ dar, die mit ihrem Kooperationsanliegen auf die Institution Krankenhaus stoßen. Es werden Abgrenzungsbestrebungen auf unterschiedlichen Ebenen konstatiert. Arnold u.a. bescheinigen dem Allgemeinkrankenhaus eine „gewisse Verschränktheit“ in bezug auf die Adressatengruppe Abhängigkeitskranker (vgl. a.a.O. 23). Es finde sich ein „gewisser Widerstand und ein gewisses Abgrenzungsbedürfnis auf seiten der Organisation „Krankenhaus“ gegenüber Süchtigen“ (a.a.O. 22). Diese abwehrende Haltung äußere sich in dem Versuch, diese Patientengruppe nur in bezug auf das „Allernötigste“ zu versorgen, sie als eher selten in der eigenen Institution vorkommend einzuschätzen und in ihrer Behandlung die suchtspezifische Problematik zu ignorieren (vgl. a.a.O. 116/117).

„Offenbar wecken Abhängigkeitskranke spezifische Affekte, die zu einer ablehnenden Haltung führen können. Der eingangs beschriebenen hohen Reichweite der medizinischen Basisversorgung steht insofern eine gewisse Verschränktheit dieses Systems in Bezug auf die Adressatengruppe „Abhängigkeitskranke“ gegenüber“ (BMG 1999, 23).

Auch die Ärzteschaft wird als abwehrend gegenüber der als „schwierig“, „frustrierend“ und „unzuverlässig“ erlebten Patientengruppe beschrieben. Die Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik eines Patienten gilt als aufwendig und zeitraubend (vgl. a.a.O. 22). Weitere

Abgrenzungstendenzen auf seiten der Ärzte beständen gegenüber nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Im Falle einer Kooperation über Einrichtungsgrenzen hinweg arbeiteten Ärzte in der Regel nur mit Ärzten zusammen. In der Bielefelder Studie findet sich dazu das folgende Statement: „Viele Ärzte zweifeln an der Kompetenz und Effektivität nichtärztlicher Behandlungsangebote“ (BMG 1998, 22). Darüber hinaus ist die Rede von „standespolitischen Gräben“, die zu überwinden seien (s.o.). Auch Wienberg stellt dazu fest, daß Kontakte zwischen den beiden Hilfesektoren eher spärlich seien, da sich Ärzte, als die bevorzugten Ansprechpartner von Ärzten, vor allem im ambulanten Arbeitsbereich der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ eher selten fänden (vgl. Wienberg 1992, 46). In der Bundesstudie heißt es, daß die Kooperation des Versorgungssektors der medizinischen Basisversorgung mit den anderen beiden Sektoren (Suchtkrankenhilfe und psychosozial-psychiatrische Basisversorgung) gegen Null gehe (vgl. BMG 1999, 23) und es wird zusammengefaßt:

„Ein Grund für die ebenso wirksame wie folgenreiche Abgrenzung des Sektors der medizinischen Basisversorgung vor allem zum Sektor 1, dem spezialisierten System der Suchtkrankenhilfe, wird in den unterschiedlichen Organisations- und Finanzierungsstrukturen und in den beteiligten Berufsgruppen gesehen“ (BMG 1999, 23).

In dem vom bayrischen Staatsministerium in Auftrag gegebenen Modellprojekt in der Region Erlangen finden sich die bisher genannten Abgrenzungstendenzen und -probleme ebenfalls wieder. Auch dieses Projekt zielt darauf, krankenhausexterne „spezialisierte suchtspezifische Behandlungskompetenz in die Behandlungs- und Arbeitsroutinen“ (Görgen u. Hartmann 2002, 5) allgemeinmedizinischer Einrichtungen zu integrieren. Neben der Erprobung und Überprüfung der beschriebenen sekundärpräventiven Interventionskonzepte stand die Zielsetzung, verschiedene Allgemeinkrankenhäuser der Region Erlangen mit spezialisierten Hilfen für Suchtkranke, „insbesondere mit den Angeboten der Abteilung für Sucht- und Psychotherapeutische Medizin des Bezirksklinikums“ (a.a.O. 14) zu vernetzen. Im einzelnen ging es dabei darum, Kooperationsroutinen zwischen den beteiligten Einrichtungen und anderen Versorgungsangeboten für Suchtgefährdete und Abhängige zu entwickeln und ein organisatorisch und finanziell tragfähiges Modell regionaler Sekundärprävention zu erproben (vgl. ebd.). Als Implementationsprobleme zeigten sich hier

- auf seiten der angesprochenen Krankenhäuser die Einschätzung des Fehlens eines Bedarfes an den angebotenen suchtspezifischen Interventionen,
- die grundsätzlich fehlende Bereitschaft zur Zusammenarbeit,

- die Ablehnung gegenüber einem erwarteten zu hohen Kooperationsaufwand,
- und ein mangelhafter Informationsfluß u.a. begründet in Personalwechselln (vgl. Görden u. Hartmann 2002, 26).

Die bayrische Studie und die Bundesstudie zur „Suchthilfe im Krankenhaus“ dokumentieren Kooperation eindrücklich als eine „Aufgabenstellung der Praxis“ (BMG 1999, 25). Sie zeigen, daß sich Kooperationen, ungeachtet der generellen Widerstände und Schwierigkeiten, verwirklichen lassen auf einer Ebene des Vollzugs. Erst in dem konkreten Handeln der an einer Kooperationspraxis Beteiligten entwickelten und manifestierten sich danach tragfähige Kooperationsstrukturen. Konkrete gelungene Kooperation sei nicht herstellbar über einen formalen Akt, sondern nur „in konkreten Interaktionen zu realisieren“ (ebd.), welche nicht übertragbar seien auf neue weitere Praxiszusammenhänge. Kooperation sei gebunden an bestimmte kooperierende Personen und Institutionen und gewinne ihre Qualität demnach über die Qualität der sozialen Beziehung. Dieses beinhaltet die Notwendigkeit, die Kooperationsbeziehung kontinuierlich neu mit Leben zu füllen und zu gestalten (vgl. a.a.O. 24/25). Die beiden genannten Studien widmen sich der Bearbeitung des generell festzustellenden Mangels an Kooperationserfahrungen. Bei Arnold u.a. heißt es, es fehle das „Know-how in bezug auf das Management von Beziehungen, die die eigenen Institutionsgrenzen überschreiten“ (BMG 1999, 25), es fehle an Wissen und Erfahrung im Umgang mit den organisatorischen und professionellen Strukturen der jeweils fremden Institution. Der Aufbau von interorganisatorischen Beziehungen bringe prinzipiell eine Erhöhung der Arbeitsorganisation mit sich (vgl. a.a.O. 26). Besondere organisatorische und professionelle Anforderungen gingen mit überinstitutionellen Kooperationen einher. Damit verbunden sei eine tendenzielle oder punktuelle Auflösung der Institutionsgrenzen, die durch neue sowie tragfähige Kooperationsbeziehungen aufgefangen werden müssten (vgl. ebd.).

Die Erfahrungen der Studie „Suchthilfe im Krankenhaus“ zeigen zunächst die Institution Krankenhaus als eher unzugänglich gegenüber externen Initiativen hinsichtlich der Einrichtung suchtspezifischer Hilfsangebote. So erweist sich der „Aufbau, die Etablierung und die Sicherung der Zugänge von seiten der psychosozialen Hilfen zu der Organisation Krankenhaus“ vielerorts als schwierig, langwierig bis hin zu nur „punktuell“ möglich (vgl. BMG 1999, 119/120). Darüberhinaus stellt sich das durchschnittliche Krankenhaus auch, was das Interesse an internen Initiativen zu einer verbesserten suchthilfepflichtbezogener Versorgung anbetrifft, als eher nicht engagiert dar. Erst im weiteren Verlauf der Modellprojekte erwies sich die - zunächst unwillig zur Kenntnis genommene – Sensibilisierung und Informierung

der Krankenhausmitarbeiter zu Suchtproblemen als Schlüssel zu eigenständigen Initiativen und einer größeren Bereitschaft, die Aktivitäten der Modellprojektsmitarbeiter zu unterstützen. Kooperationsbereitschaft und aus ihnen entstandene Kooperationsroutinen entwickelten sich an den verschiedenen Projektstandorten sehr unterschiedlich und waren stark geprägt von und gebunden an die jeweiligen an der Kooperation beteiligten Personen.

In der Projektberichterstattung der bayrischen Studie werden Prozesse vorsichtiger Annäherung, zunächst schwieriger Verständigung und zurückhaltender Verfahrensabsprachen beschrieben, genauso wie von der vollständigen Ablehnung ganzer Teile des vorgesehenen Projektablaufes (Früherkennung mittels Screening) berichtet wird (vgl. Görgen u. Hartmann 2002, 26-29). Das Projekt zeichnet sich durch ein pragmatisches Vorgehen aus. Bei dem Versuch einer Umsetzung der Erkenntnisse aus Forschung und Modellpraxis wird angestrebt, neben dem Wissen um „optimale“ Lösungen und der Orientierung an den vorhandenen Konzepten, die Offenheit und die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den in der regulären Praxis vorgefundenen Bedingungen aufzubringen. An den Begrenzungen, die diese Praxisbedingungen den Modellkonzepten setzen, relativieren sich einerseits die Modellvorstellungen, andererseits entstehen aus den Versuchen einer Kooperation auch auf seiten der medizinischen Institutionen Erfahrungen, die Kooperationsbereitschaft neu begründen. Mit 17 Abteilungen von fünf klinischen Einrichtungen konnten konkrete, verbindliche Verfahrensabsprachen hinsichtlich der Inanspruchnahme eines externen Konsiliar- bzw. Liaisondienstes getroffen werden. Diese Vereinbarungen sahen teils regelmäßige Aufenthalte des Projektmitarbeiters auf den Stationen vor, teils wurde die Informationsweitergabe durch Konsilscheine verabredet. Die Übernahme zusätzlicher Aufgaben im Rahmen der sekundärpräventiven Aktivitäten wurde vom ärztlichen Personal der Krankenhäuser durchweg abgelehnt. Die im Modellkonzept vorgesehene Implementierung von regelmäßigen Screeningverfahren konnte so nicht realisiert werden.

„In keiner der beteiligten Krankenhausabteilungen konnten alkoholbezogene Screeningverfahren (z.B. LAST, CAGE) eingesetzt werden. Fehlende Personalkapazitäten sowie die bereits bestehende hohe Belastung der Mitarbeiter dienten dabei als Begründung“ (Görgen u. Hartmann 2002, 75).

Auch der generelle Einblick in Krankenakten wurde dem Modellmitarbeiter aus datenrechtlichen Gründen verwehrt, womit ein weiteres Mittel zur Identifikation von Patienten mit Suchtproblemen ungenutzt blieb. Einmal getroffene Verfahrensabsprachen

mußten auf einigen Stationen aufgrund der hohen Fluktuation des ärztlichen Personals mehrfach erneuert werden (vgl. ebd.).

Zusammenfassend wird festgestellt, daß Voraussetzung für die Entwicklung funktionierender Kooperationsroutinen ein vorsichtiges, auf die je vorgefundenen Gegebenheiten abgestimmtes Vorgehen sei. Über verbindliche aber zugleich als vorläufig zu betrachtende Verfahrensabsprachen müsse die konkrete Kooperation erst erarbeitet werden. Wichtig sei dabei die regelmäßige Präsenz des Projektmitarbeiters in den Krankenhausabteilungen.

„Der „Krankenhausalltag“ mit seinen Ablaufroutinen, der Belastung der Mitarbeiter sowie Mitarbeiterwechsel machen die regelmäßige Präsenz erforderlich u.a., um nicht „in Vergessenheit“ zu geraten“ (a.a.O. 77).

4.5. Zusammenfassende Bewertung

Die oben angeführten epidemiologischen Befunde zur Verbreitung alkoholbezogener Störungen in Deutschland belegen eindrücklich, daß alkoholbedingte Störungen ein gewichtiges gesundheitsrelevantes Problem darstellen. Epidemiologische Daten sind grundsätzlich interpretationsbedürftig und nicht immer vergleichbar miteinander. So ergeben sich variante Einschätzungen der Problemlage aus dem ermittelten Datenmaterial. Es bleibt, daß selbst bei vorsichtigen Schätzungen davon auszugehen ist, daß über unterschiedliche Einflußnahmen auf den Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung genauso wie beim Individuum gravierende gesundheitsfördernde Effekte zu erzielen sind. Die Untersuchungen hinsichtlich der Prävalenz alkoholbezogener Diagnosen im Rahmen von Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Versorgung unterstützen die Wienbergsche Annahme, daß sich die medizinische Basisversorgung für frühzeitige und offensive alkoholproblembezogene Interventionen anbietet.

Die im Rahmen der vorgestellten Studien entwickelten und erprobten Screeningverfahren zur Früherkennung von Alkoholproblemen zeigen sich zunächst als hervorragende Instrumente, um das Thema Alkohol regelhaft in die medizinische Versorgung zu integrieren. Über die routinemäßige Vergabe der Fragebögen im Rahmen einer ärztlichen Konsultation wird ein generell offener und offensiver Umgang mit alkoholbezogenen Fragen befördert. Die Etablierung einer solchen zusätzlichen Leistung im Rahmen des ärztlichen Tuns erweist sich - obwohl der Aufwand sich als klein darstellt - als schwierig. Die über die Fragebögen ermittelten Screeningergebnisse zeichnen sich vor allem dadurch aus, daß sie besonders

Klienten/Patienten in Vor- und Frühstadien einer Alkoholproblematik identifizieren. Die allgemeine medizinische Diagnostik dagegen selektiert vor allem Personen mit bereits deutlichen alkoholbezogenen Symptomen. Erst mit den genannten Screeninginstrumenten gibt es somit ein gezieltes Verfahren, um einen großen Teil der für sekundärpräventive Interventionen in Frage kommenden Personen zu erkennen. Von daher erweist sich die Etablierung eines regelmäßigen Fragebogenscreenings im Rahmen einer sekundärpräventiven Strategie als notwendige Voraussetzung.

Die oben genannten hohen Prävalenzraten hinsichtlich alkoholbezogener Störungen in den Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung zeigen den Bedarf an sekundärpräventiven Aktivitäten in Krankenhaus und Arztpraxis. Beide Einrichtungen empfehlen sich darüber hinaus über ihren Bezug zu gesundheitsrelevanten Fragen. Hier werden Alkoholprobleme konkret im Zusammenhang mit den die eigene Person betreffenden Gesundheitsstörungen oder Krankheiten angesprochen. Lange bevor sich eine Abhängigkeitsproblematik oder gravierendere gesundheitliche Störungen feststellen lassen, ist es in einem allgemein gesundheitsbezogenen Zusammenhang möglich, alkoholbezogenes Verhalten anzusprechen und zu problematisieren. Vor allem im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes scheint eine solche Ansprache Eindruck zu machen. Von seiten der Patienten wird dem Berufsstand der Ärzte ein besonderes Maß an Vertrauen entgegengebracht und Autorität zugesprochen. So zeigt sich der medizinische Versorgungssektor auch von seinem Setting her als besonders geeignetes Moment zur (frühzeitigen) Ansprache von alkoholbezogenen Problemen.

Im Mittelpunkt des vorgestellten Interventionskonzeptes steht das Ziel, Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Die in diesem Zusammenhang angeführten Ziele sind ähnlich wie in der Zielsystematik der Suchtkrankenhilfe hierarchisch angeordnet nach gesundheits- oder gar lebensrettend unbedingt notwendigen, und solchen, die auf einen allgemein weniger gesundheitsgefährdenden Konsum hinwirken wollen. Hier wie dort stellt sich Abstinenz nicht mehr als oberstes oder gar einziges Interventionsziel dar. Jenseits des Abstinenzparadigmas geht es bei den beschriebenen Interventionen um die Motivierung zu einer allgemeinen Verhaltensänderung hinsichtlich des Konsums von Alkohol, welche auch die Reduzierung von Trinkmengen oder die Verabschiedung eines besonders schädlichen Trinkmusters als Erfolg verbucht.

Die Motivation eines Menschen, bestimmte Dinge zu tun und andere zu lassen, wird in der vorliegenden Interventionskonzeption als regelmäßiges, prozeßhaftes Geschehen verstanden, auf welches von außen Einfluß zu nehmen ist. Unterschiedliche psychologische Theorien begründen die Vorstellung von einem solchen Motivationsprozeßmodell. Auf der Grundlage der Annahme von abgrenzbaren Teilschritten innerhalb des Motivationsgeschehens werden auf diese abgestimmte Interventionen entwickelt. Die damit angestrebte Anpassung von Interventionen an den jeweiligen (Motivations-)Entwicklungsstand einer Person entspricht dem sozialarbeiterischen Grundsatz, nach dem ein Klient dort abzuholen ist, wo er gerade steht. Die vorgestellten Theoriemodelle geben diesem Zusammenhang eine systematische wissenschaftliche Fundierung, welche klinisch-psychologischen Denkmustern und -traditionen verpflichtet ist: Ausgehend von Instrumenten zu einer möglichst eindeutigen Diagnosestellung bezogen auf den (Motivations-)Entwicklungsstand einer Person, werden auf die jeweilige Diagnose zugeschnittene therapeutische Aktionen entwickelt und empfohlen. Eine solche Vorgehensweise erscheint neben einer multifaktoriellen Perspektive auf der Grundlage psychosozialer Theoriekonzepte eindimensional und mechanisch. Alkoholprobleme werden hier ausschließlich auf der Ebene des Individuums verhandelt. Es wird sich in der Hauptsache an den Defiziten und Problemen des Klienten orientiert, und die therapeutischen Aktivitäten zielen entsprechend auf die Behebung der festgestellten individuellen Mängel.

Das Beratungskonzept des „motivational interviewing“ organisiert sich um die „Stufen der Veränderung“ aus dem Transtheoretischen Modell herum. Beratungsstrategien und -methoden werden streng bezogen auf den je diagnostizierten Stand der Änderungsbereitschaft des Patienten/Klienten ausgewählt. Der vorliegende Forschungsstand zeigt dabei, daß die Operationalisierung von eindeutigen und trennscharfen Abgrenzungen unterschiedlicher Motivationslagen problematisch und bisher nicht einheitlich gelungen ist.

Die beschriebenen Modellerprobungen zur Umsetzung eines sekundärpräventiven Maßnahmenkonzeptes im Rahmen der medizinischen Basisversorgung zeigen, daß eine engere Vernetzung von Einrichtungen des allgemeinmedizinischen Versorgungssektors und denen der suchtspezifischen Hilfen notwendige Voraussetzung für eine möglichst wirtschaftliche und fachlich gute Realisierung von Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholproblemen sind. Zugleich werden besondere Widerstände diesem Kooperationsgebot gegenüber sichtbar. Hier ergeht der Auftrag zu Vernetzung und Kooperation an zwei

traditionell unabhängig voneinander bestehende und handelnde Institutionen, an unterschiedliche Professionen mit verschiedenen Ausbildungsgängen und unterschiedlichem Zugang zum Problem Sucht. Sichtbar werden darüber hinaus organisatorische Hindernisse: Es sind Zuständigkeitsfragen hinsichtlich der Finanzierung und Durchführung der notwendigen Maßnahmen aufgeworfen; die beteiligten Institutionen weisen gravierend unterschiedliche interne Organisationsstrukturen auf, welche im Rahmen von Kooperationen Veränderungen preisgegeben werden müßten.

Die Einrichtungen aus beiden Versorgungssektoren erscheinen, außerhalb der dargestellten Modellprojekte, wenig interessiert an der Übernahme neuer und weiterer Versorgungsaufgaben. Ohne eine Erweiterung finanzieller und personeller Ressourcen sehen sich offenbar Krankenhäuser wie auch Beratungsstellen nicht in der Lage, zusätzlichen Anforderungen zu genügen. Auch die privatwirtschaftlich organisierte niedergelassene Praxis muß ihr Engagement auf eine angemessene Bezahlung der entsprechenden Leistungen gründen. Diese ist derzeit nicht sichergestellt. Alle Studien zeigen, daß die gegebenen wirtschaftlichen und personellen Kapazitäten in beiden Versorgungssektoren nicht ausreichend sind, um die vorgestellten sekundärpräventiven Aktivitäten zu leisten. Auch die Entwicklung und Einrichtung dauerhafter Kooperationsroutinen stellt sich als weitere Aufgabenstellung dar und wäre nur unter Einsatz zusätzlicher Mittel möglich. In den vorgestellten Modellstudien sind es die Projekte, die diese fehlenden Ressourcen einbringen. Die verschiedenen Projektverläufe zeigen einheitlich die Entwicklung eines zunehmenden Interesses und entsprechende Mitwirkungsbereitschaft Beteiligter aus unterschiedlichen Berufsgruppen in der Folge der projekteigenen Kooperationsbemühungen. Konkrete Kooperation über Einrichtungs- und Versorgungssektorengrenzen hinweg ist schwierig. Probleme und Hindernisse stellen sich zugleich über den Einsatz einer vermittelnden Instanz als bewältigbar dar.

5. Konkurrenz um ein gewichtiges Arbeitsfeld der Zukunft

Vor allem die Lübecker und die Bielefelder Studie lesen sich in einigen Teilen wie eine Bewerbung des medizinischen Versorgungsbereiches um Förderung und Unterstützung zum Ausbau eines neuen medizinisch orientierten, zunächst Forschungs- und fürderhin Tätigkeitsbereiches. An der (Mit-)Gestaltung dieses neuen Hilfefeldes zeigt sich die „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ gleichermaßen interessiert. Entwicklung und

Implementation der vorgestellten sekundärpräventiven Hilfsansätze im Rahmen medizinischer Basisversorgungsangebote stellen für den medizinischen Versorgungssektor genauso wie für den Sektor der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ ein als gewichtig anerkanntes Arbeitsfeld der Zukunft dar. Bereits im Vorwort der Lübecker Studien wird die dort angekündigte Arbeit als „präventiv orientierte Weiterentwicklung eines bedeutenden Sektors der Gesundheitsversorgung“ gekennzeichnet (vgl. BMG 1996, 3). In der vom Bayrischen Staatsministerium geförderten Studie heißt es, die rechtzeitige Erkennung des Mißbrauchs bzw. der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen - unter denen Alkohol und Tabak als die epidemiologisch bedeutsamsten zu nennen sind - stelle eine der zentralen Aufgaben bei der Weiterentwicklung von Hilfen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken dar (vgl. Görge u. Hartmann 2002, 5). Das Positionspapier 2001 der DHS mahnt eine gesundheitspolitisch breitere Orientierung der Suchthilfe an, hebt dabei die genannten sekundärpräventiven Konzepte als besonders förderungswürdig hervor und erklärt deren Weiterentwicklung und deren organisatorische Einbindung in ein Gesamtkonzept der Suchthilfe zu einer ihrer zentralen Zukunftsaufgaben (vgl. DHS 2001 a, 44). Auch die über die vergangenen 15 Jahre kontinuierlich fortgesetzte Forschungstätigkeit zur Frage der Sekundärprävention von alkoholbezogenen Störungen in der medizinischen Basisversorgung und deren ebenso kontinuierliche öffentliche Förderung geben einen weiteren Hinweis auf die gesundheitspolitische Relevanz der Thematik.

Parallel zu dieser Übereinstimmung in der Bewertung der vorgestellten Maßnahmen als fachlich sinnvoll, epidemiologisch notwendig, organisatorisch praktikabel und von daher zukunftssträchtig bestehen - den im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Umsetzungsmodellen und -versuchen der einzelnen Studien entsprechend - zwei unterschiedliche Implementationsperspektiven. Aus medizinischer Perspektive werden die genannten Hilfskonzepte ausschließlich in ihrem krankheits- bzw. gesundheitsbezogenen Zusammenhang gesehen. Es werden sektoreninterne Finanzierungs- und Organisationsformen angestrebt. Kooperation und Vernetzung werden aufgrund „hinderlicher bzw. erschwerender Faktoren“ auf seiten der medizinischen Versorgung genauso wie auf seiten des Suchthilfesystems (vgl., BMG 1998, 38) als gegenwärtig nicht realisierbar akzeptiert, und man bemüht sich anstelle dessen um autonome Lösungswege. Vertreter von Ärzteverbänden, Krankenkassen, Allgemeinkrankenhäusern und niedergelassenen Praxen suchen nach versorgungspolitischen Strategien und Finanzierungsmodellen (vgl. BMG 1998, 40). Sie streben die Aufnahme der Maßnahmen in den Leistungskatalog der Krankenkassen an. Damit

einher ginge ein weiteres Mal die Betonung der Krankheitsperspektive und die eindeutige Zuweisung der Zuständigkeit und des Gestaltungsrechts an das medizinische Versorgungssystem.

„Sucht gleich Krankheit – d.h. vor allem: die Früherkennung, die Behandlung und die medizinische Rehabilitation sind in erster Linie Aufgabe des medizinischen Systems und der Ärzteschaft.“ (Poerksen 2001, 118)

Weiter argumentiert Poerksen, daß mit der Entscheidung des Bundessozialgerichtes von 1968 Sucht zweifelsfrei als Krankheit definiert sei. Diese Vorgabe sei aber bis heute nicht in entsprechende Behandlungs- und Finanzierungssysteme umgesetzt worden.

„Sucht ist Krankheit“ mit allen Konsequenzen, so vertritt es das Bundesgesundheitsministerium. Suchtbehandlung als Krankenbehandlung im engeren Sinne zu Lasten der Krankenversicherung, das wäre die logische Konsequenz dieser Aussage“ (Poerksen 2000, 36).

Dem hier zitierten Projektleiter der Bielefelder Studien zufolge stellt die „Medizinisierung“ der Suchthilfe die zentrale Voraussetzung für jede zukunftssträchtige Entwicklung dar (vgl. Poerksen 2001, 118).

Neben diesen sich abgrenzenden Aktivitäten des Gesundheitsversorgungssektors - repräsentiert durch die Lübecker und die Bielefelder Studie - stehen die oben genannten Projekte zur Entwicklung von Kooperationsmodellen. Deren Bemühungen passen zu den institutionellen Bestrebungen der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“. Stellvertretend für diese formuliert die DHS in ihrem Positionspapier Zielsetzungen, in deren Mittelpunkt die Behebung kooperationsbe- und verhindernder Strukturdefizite stehen (vgl. DHS. 2001 a, 47). Es wird die Notwendigkeit einer behutsamen Weiterentwicklung des sozialrechtlichen Krankheitsbegriffes und seiner Anwendung angemahnt. Diese Notwendigkeit zeige sich insbesondere im Zusammenhang mit den Finanzierungsproblemen von Frühinterventionen als sekundärpräventiven Maßnahmen (vgl., a.a.O. 43). Gravierende Planungs-, Steuerungs- sowie Kooperationsdefizite verhinderten hier die angemessene Nutzung vorhandener Ressourcen (vgl. a.a.O. 47).

„Strukturelle Defizite der Suchtkrankenhilfe sind nicht zuletzt durch die wenig koordinierte Koexistenz einer Vielzahl von Kosten- und Leistungsträgern sowie Angebotsformen bedingt. Vor allem die Kooperation auch über die Grenzen der Versorgungssektoren hinaus sowie Strukturplanung und -steuerung im Verbund aller Akteursgruppen bedürfen der Intensivierung.(...) Daher besteht die

Notwendigkeit neue konsensorientierte Planungs- und Kooperationsstrukturen zu implementieren. Entsprechende Methoden der modernen Sozialplanung integrieren quantitative und qualitative Planungsschritte. Sie setzen die Diskurs- und Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten voraus“ (DHS 2001 a, 47).

Das Kooperationsanliegen der Suchthilfe findet bei den Akteuren aus dem Sektor der Gesundheitsversorgung scheinbar kein Gehör. Genauso wie die konkreten, auf autonome Lösungen zielenden Aktivitäten des medizinischen Sektors auf seiten der Suchthilfe unkommentiert bleiben. Es wird lediglich festgestellt, daß die Kooperation an der Schnittstelle zwischen spezifischer Suchtkrankenhilfe und medizinischer Basisversorgung „besondere Herausforderungen“ beinhalte (vgl. a.a.O. 50). Auf der institutionellen Planungsebene findet sich kein einheitlicher Wunsch nach und keine einheitliche Praxis von Kooperation und dementsprechend keine übergeordnete Zusammenarbeit unter einer gemeinsamen Zielsetzung.

In den vorgestellten Studien und in weiteren Veröffentlichungen zur Frage der Sekundärprävention innerhalb basismedizinischer Versorgungseinrichtungen gibt es eine Reihe von Hinweisen auf das Vorhandensein von Konkurrenzen. Konkurrenz verstanden als alle Versuche, sich anderen Menschen, Gruppen von Menschen oder Institutionen gegenüber in Leistung, Attraktivität, Ressourcennutzung, Handlungsspielraum usw. zu behaupten und durchzusetzen oder eine drohende Unterlegenheit abzuwenden (vgl. Fengler 1996, 9), wird dabei zum Teil explizit angesprochen, zu einem anderen Teil offenbart sie sich implizit. Befunde dafür werden im folgenden angeführt.

5.1. Hinweise auf Konkurrenzen

Schon in Wienbergs erster Veröffentlichung zur „vergessenen Mehrheit“ heißt es:

„Insgesamt jedoch scheinen die Beziehungen zwischen den Sektoren I und II stark durchsetzt mit Anteilen von Konkurrenz und zum Teil abwertender Kritik: Die einen beschuldigen die anderen nur >den Rahm abzuschöpfen< und sich nicht um die >vergessene Mehrheit< zu kümmern; die anderen blicken abschätzig auf die einen, weil sie >das Elend nur verwalten< und qualitativ auf niedrigem Niveau tätig sind“ (Wienberg 1992, 46/47).

Zu Beginn der Auseinandersetzung mit dem von Wienberg festgestellten Versorgungsdefizit geht es demnach in der Hauptsache darum, die Verantwortung für den festgestellten Mangel dem jeweils anderen Versorgungssektor zuzuschreiben. So wundert es nicht, daß rund 10 Jahre später weder eine entscheidende Veränderung hinsichtlich des Versorgungsdefizits noch

hinsichtlich der ebenfalls von Wienberg angemahnten Notwendigkeit kooperativer Lösungen festzustellen ist.

„Zwischen den drei Sektoren der Versorgung bestehen - abgesehen von vereinzelt Übergängen an den Rändern - generell wenige und instabile Beziehungen vom Typ Kooperation. Weit verbreitet sind dagegen Beziehungen vom Typ Delegation, vom Typ Konkurrenz oder schlicht Ignoranz“ (Wienberg 2001 a, 22).

In den *Lübecker Studien* realisiert sich der Beziehungstyp der Ignoranz. Bei den im Rahmen der Studie überlegten und erprobten Implementationsmodellen findet sich keine Idee hinsichtlich einer Kooperation/Integration von auf Suchtfragen spezialisierten Einrichtungen und deren besonderen Kompetenzen. Als Konsequenz aus dem bestehenden Mangel an suchtspezifischer Kompetenz im Rahmen der medizinischen Basisversorgung wird „die notwendige Fortbildung ärztlichen und pflegerischen Personals hinsichtlich der Frühentdeckung und Frühintervention“ proklamiert (vgl. BMG 1996, 93). Weiterhin wird die Einrichtung eines Liaisondienstes bevorzugt empfohlen, für dessen Besetzung als besonders geeignete Berufsgruppen Diplompsychologen und Ärzte genannt werden (vgl. a.a.O. 89). Implizit aus dieser expliziten Empfehlung ausgeschlossen ist der Berufsstand des Sozialpädagogen. Dieser stellt zugleich die größte professionelle Gruppe im ambulanten Versorgungsbereich der „traditionellen Suchthilfe“ dar. Bei der Personalausstattung der Beratungsstellen liegen Sozialpädagogen weit vor Psychologen, und Ärzte fallen zahlenmäßig kaum ins Gewicht (vgl. Wienberg 2001 b, 49).

„Nach dem EBIS-Bericht (1999) sind von den Fachkräften im ambulanten Suchtbereich 57% Sozialarbeiter/innen bzw. Sozialpädagogen/innen, 11% gehören der Berufsgruppe der Dipl. Psychologen/innen an und weniger als 2% sind (Fach)ärzte/innen“ (DG-SAS 2001, Gründungserklärung, 1).

In der *vertiefenden Studie zu den Lübecker Projekten* finden sich keine Hinweise auf Konkurrenzen. Das Studiendesign zielt ausschließlich auf die weitergehende Klärung von Fragestellungen zu Art und Anwendung der Früherkennungsinstrumente und den frühinterventiven Vorgehensweisen. Lediglich im Ausblick der Studie wird die Frage nach möglichen Organisationsformen der Beratungsarbeit aufgeworfen. Dabei wird festgestellt, daß die wenigsten Allgemeinkrankenhäuser über einen funktionierenden Konsiliar- oder Liaisondienst durch externe Suchtexperten verfügten. Zukünftig gelte es zu prüfen, welche jeweiligen regionalen Anbieter hierfür in Frage kämen oder ob das Krankenhaus selbst entsprechende Ressourcen zur Verfügung stellen könne (vgl., Hapke 2000, 183).

Die *Bielefelder Studien* benennen zunächst auf seiten des Suchthilfesystems den ambulanten Versorgungsbereich - die Beratungsstellen - als die wichtigsten möglichen Kooperationspartner für die Einrichtungen der medizinischen Versorgung (vgl. BMG 1998, 37). Diese zeigten sich ihrerseits rege interessiert am Fortgang der Projekterprobungen. „Ein systematisches aufsuchendes Angebot für Alkoholabhängige im Allgemeinkrankenhaus (...) konnte sich allerdings keine der Bielefelder Beratungsstellen vorstellen“ (a.a.O. 36). Um einen Überblick, über die bestehende Kooperationspraxis zwischen Beratungsstellen und medizinischen Einrichtungen im ganzen Land Nordrhein-Westfalen zu gewinnen, wurde im Rahmen der Studie eine Befragung aller ambulanten Beratungsstellen hinsichtlich ihrer Zusammenarbeit mit medizinischen Institutionen vorgenommen. Die mit 64,3% als hoch eingeschätzte Rücklaufquote der versendeten Fragebögen wird als großes Interesse der Suchtberatungsstellen am Thema Kooperation mit medizinischen Einrichtungen bewertet (vgl. a.a.O. 37). Die Befragungsergebnisse zeigen, daß es bei jedem 18. Klienten einer Suchtberatungsstelle zu einem fallbezogenen Kontakt zwischen Beratungsstelle und Einrichtungen der medizinischen Versorgung kommt.

„Bei einer mittleren Klientenzahl von 273 (Median) bedeutete das für die einzelne Beratungsstelle durchschnittlich 15 Kontakte im Jahr, einer oder zwei pro Monat (a.a.O. 38).

Vier von fünf der Beratungsstellen gaben auf die Frage, warum sie von sich aus nicht stärker den Kontakt zu medizinischen Versorgungseinrichtungen aufnahmen, an, daß dieses (in den vorliegenden Fällen -die Verf.-) nicht notwendig gewesen sei (vgl. ebd.).

Die beschriebene Befragung wird folgendermaßen zusammengefaßt und ausgewertet: Es wird festgehalten, daß der medizinische Versorgungssektor für Suchtberatungsstellen von großem Interesse sei. Der Bedarf an einer Veränderung der (schlechten ? -die Verf.-) Kooperation sei allerdings gering. Dieses bestätige den Eindruck, den die Projektverantwortlichen im Rahmen des Projektbeirats gewonnen hätten (vgl. ebd.). Der hier erkennbare Widerspruch zwischen grundsätzlich großem und gleichzeitigem Mangel an Interesse wird nicht weiter hinterfragt und thematisiert. Weiterhin ist nicht nachvollziehbar, inwieweit sich das genannte Fazit aus der zuvor angeführten Befragung ergibt. Im weiteren Textverlauf heißt es:

„Im Hinblick auf das Projektziel des Aufbaus verbindlicher Kooperationsstrukturen bzw. der Verbesserung institutions- und fallbezogener Vernetzung wurden hinderliche bzw. erschwerende Faktoren also nicht nur auf seiten der

medizinischen Versorgung festgestellt, sondern in gleichem Maße auch auf seiten des Suchthilfesystems“ (ebd.).

Weder werden diese „hinderlichen und erschwerenden Faktoren“ erläutert, noch lassen sich auch diese aus den Befragungsergebnissen der Studie nachvollziehbar ableiten. Die vergleichende Feststellung eines Mangels „hüben wie drüben“ - in der medizinischen Versorgung wie in der Suchthilfe - ist an dieser Stelle unverständlich und legt die Frage nach den Motiven eines solchen Vergleiches nahe. Die Kooperationsbemühungen im Rahmen des Projektes werden abschließend als gescheitert beschrieben, wobei die Verantwortung für dieses Scheitern in den bestehenden Strukturen der regionalen Suchthilfe gesucht wird.

„Es bleibt festzuhalten, daß das Projektziel des Aufbaus „verbindlicher Formen der Kooperation und Vernetzung“ nicht erreicht wurde. „Verbindlich“ im Sinne von „beide Partner an einen gemeinsamen Auftrag koppeln und Zuständigkeiten festlegen“ ist nur mit einem grundlegenden Wandel der regionalen Suchtkrankenversorgung möglich“ (a.a.O. 36).

Auch wie dieser für notwendig befundene Wandel auszusehen hätte, ist weder aus den vorangegangenen Ausführungen zu entnehmen, noch wird er im weiteren Textverlauf behandelt.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, daß die angeführten Feststellungen und Schlußfolgerungen in ihrer jeweiligen Herleitung und in ihrer Zielsetzung unklar bleiben. Von dem zunächst selbst zur Aufgabe gemachten Kooperationsanliegen und dem offiziellerseits allgemein anerkannten Kooperationsgebot wird sich hier auf der Grundlage schmäler und dazu fragwürdig ausgewerteter Befunde sehr schnell und sehr endgültig verabschiedet. Die folgenden Ausführungen des Projektleiters der Bielefelder Studien mögen den Hintergrund für das beschriebene Vorgehen erhellen. In ihnen erklärt er, was er unter der als notwendig angemahnten „Medizinisierung“ der Suchthilfe versteht:

„Sucht gleich Krankheit – d.h. vor allem: die Früherkennung, die Behandlung und medizinische Rehabilitation sind in erster Linie Aufgabe des medizinischen Systems und der Ärzteschaft. Der historische deutsche Sonderweg, die Suchtkrankenhilfe in ein besonderes System neben der medizinischen und psychiatrischen Versorgung >auszugliedern<, erweist sich mehr und mehr als Hemmschuh für die bedarfsgerechte Entwicklung des Gesamtsystems, denn einem Gesundheitsproblem epidemischen Ausmaßes ist mit den Mitteln der traditionellen Trias nicht beizukommen. Medizinisierung ist deshalb nach meiner Einschätzung die zentrale Voraussetzung für jede zukunftssträchtige Entwicklung (Poerksen 2001,118)

Weiterhin wird die Medizinisierung als das Gesamtspektrum ärztlich-medizinischen Handelns hervorgehoben, zu welchem Überlebenssicherung, Schadensminimierung, Früherkennung, Kurzbehandlung, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und schließlich Rückfallprophylaxe und Krisenintervention zu rechnen seien (vgl. a.a.O. 119). Im Rahmen dieser Positionierung des medizinischen Versorgungssektors stellt der Autor folgerichtig die Frage danach, ob und inwieweit die „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ dann noch einen Platz hätte (vgl. a.a.O. 118). Konkurrenz zeigt sich hier nicht mehr nur noch als eine um ein neues Arbeitsfeld in der Suchtkrankenhilfe. Die genannten Bestrebungen lesen sich wie die Ankündigung eines grundlegenden Verdrängungswettbewerbes.

In der *Bundesstudie „Suchthilfe im Krankenhaus“* gibt es keine expliziten Hinweise auf Konkurrenzen. Es werden (anfängliche) Abgrenzungsbedürfnisse von seiten der Institution Krankenhaus genauso wie von seiten der Berufsgruppe der Ärzte gegenüber den Aktivitäten der Modellprojekte beschrieben (vgl. Kap. 4.4.2.2.). Es wird angenommen, daß diese Abgrenzungstendenzen jenseits der Projekte Kontakte zu und Kooperation mit insbesondere dem Versorgungssektor der spezialisierten Suchtkrankenhilfe verhinderten (vgl. BMG 1999, 23).

Das „*bayrische*“ *Modellprojekt* nennt zunächst den bestehenden „Organisations- und Professionsseparatismus“ innerhalb des bundesdeutschen Gesundheitssystems als „erhebliches Strukturdefizit“, in welchem sich der von Wienberg angemahnte Versorgungsmangel wesentlich mitbegründe (vgl. Görge u. Hartmann 2002, 8). Die Erfahrungen innerhalb des Projektes zeigen keine expliziten Konkurrenzen zwischen den beteiligten Institutionen oder Mitarbeitern. Im Rahmen der Studie kommt es dagegen tatsächlich zu einrichtungs- und sektorenübergreifender Kooperation und Vernetzung. Implementationsprobleme spielen sich auf der Ebene von Abgrenzung und mangelnder Bereitschaft zur Kooperation ab, die sich wiederum in kritischen Überlegungen zum Kooperationsaufwand und der Einschätzung eines fehlenden Bedarfes begründen. Im Verlaufe des Projektes werden diese abwehrenden Haltungen zunehmend abgebaut.

Die beiden letztgenannten Studien stellen ernsthafte Bemühungen um konkrete, in einer bestimmten Region plazierte und an bestimmte Einrichtungen gebundene Kooperationen dar. Diese Bemühungen erweisen sich als sehr erfolgreich. Hier geht es eher um die Überwindung separatistischer Traditionen und weniger um Konkurrenzen.

5.2. Konkurrenzebenen

Konkurrenzen finden auf verschiedenen Ebenen statt, die zugleich eng miteinander verbunden sind. Bedingt voneinander abgrenzen lassen sich dabei dennoch die Konkurrenzebenen zunächst der Institutionen und einzelnen Einrichtungen sowie der Berufsgruppen und der fachlich-disziplinären Orientierungen.

Auf der Ebene der Institutionen und Einrichtungen wird um den Bestand und zugleich die Vormachtstellung konkurriert. Einem Modell zu den „Konkurrenzstrukturen im System der Suchthilfe“ zufolge stehen grundsätzlich erst einmal alle Einrichtungen der von Wienberg identifizierten Versorgungsektoren in einer für alle gleichermaßen zueinander bestehenden Konkurrenz: Jede Einrichtung konkurriert mit allen anderen, und jeder Versorgungssektor konkurriert mit den jeweils anderen (vgl. Redecker 2001, 54). Alle genannten Akteure sind dabei als „mögliche Konkurrenten auf dem Markt der Suchtkrankenhilfe“ zu verstehen (a.a.O. 58). Hier haben sie sich mit effektiven und kostengünstigen Hilfeangeboten und mit ihrem jeweils eigenen fachlichen Profil gegeneinander durchzusetzen.

Auf der Konkurrenzebene der Berufsgruppen geht es um die Beteiligung des jeweils eigenen Berufsstandes an den sich ankündigenden Entwicklungen. Es geht um Arbeitsplätze, um die Sicherung, Verteidigung oder den Ausbau des jeweiligen beruflichen Status und um fachliche Gestaltungs- und Profilierungsmöglichkeiten. Somit eng miteinander verknüpft sind die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe und die in deren Traditionen begründete fachliche Orientierung und Hilfepraxis.

5.2.1. Konkurrenz der Institutionen

Wienbergs These von der „vergessenen Mehrheit“ hat einen gravierendes Versorgungsdefizit aufgedeckt. Damit einhergehend sind sowohl der medizinische Versorgungssektor als auch die „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ in die Kritik geraten. Die Gesamtheit der Hilfen wird als qualitativ und quantitativ unzureichend bezeichnet. Das Hilfesystem insgesamt sei nicht bedarfsgerecht, Ressourcen würden unzureichend genutzt bzw. verschwendet (vgl. Wienberg 2001 a, 22).

Dem medizinischen Versorgungssektor wird mangelndes Interesse und mangelnde Qualifikation im Umgang mit den Suchtproblemen von Patienten vorgeworfen. Infolgedessen

werde jährlich in der medizinischen Primärversorgung „hunderttausendfach die Chance vertan, Patienten mit Alkoholproblemen frühzeitig zu erkennen und ihnen qualifiziert zu helfen. Setze man dieses in Relation zu den Kosten, die durch die Behandlung von Alkoholfolgeproblemen entstünden, so könne von einer immensen Ressourcenverschwendung in diesem Teil des Versorgungssystems gesprochen werden (vgl. Wienberg 2001 c, 234).

Dem Sektor der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ wird vor allem vorgeworfen, durch zu hohe Zugangsschwellen, begründet in Angebotsstruktur und Abstinenzparadigma, nur einen kleinen Teil der tatsächlich Hilfebedürftigen zu erreichen. Dabei finde eine Selektion nach dem Prinzip des „inverse care law“ statt, das heißt, die vorhandenen Hilfeangebote seien vorrangig auf die Menschen mit den ohnehin besseren Prognosen ausgerichtet. Diejenigen mit dem höchsten Hilfebedarf blieben weitgehend unberücksichtigt (vgl. Poerksen 2000, 38). Das hohe fachliche Niveau in der spezifischen Suchthilfe komme nur einem kleinen ausgewählten Kreis der tatsächlich von Suchtproblemen Betroffenen zugute. In diesem Sinne werden die „traditionellen“ Hilfen als nicht bedarfsgerecht, ineffektiv und ineffizient bewertet.

Auf institutioneller Ebene haben sich sowohl die medizinische Versorgung als auch der spezifische Suchthilfesektor im Angesicht der genannten Kritik zu legitimieren und zu rehabilitieren. Der genannte Vorwurf der Ineffektivität und Ineffizienz und der mangelnden Bedarfsgerechtigkeit trifft die Suchtkrankenhilfe in besonderer Weise, da sich ihre Daseinsberechtigung eben ausschließlich aus der Versorgung suchtkranker Menschen ergibt. Das Abschlußkapitel des Positionspapiers der DHS mag einen Hinweis auf die Brisanz dieser Legitimationsnotwendigkeit geben. Es steht unter der Überschrift der „Zukunftssicherung“ (vgl. DHS 2001 a, 47). Für den medizinischen Versorgungsbereich beinhaltet die angeführte Bemänglung keine sich unmittelbar darin begründenden existentiellen Konsequenzen. Mit der zunehmenden Anerkennung von Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Implementation alkoholbezogener sekundärpräventiver Hilfen in Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung wird auch die Hoffnung auf eine baldige Lösung der Finanzierungsfrage immer begründeter. Es eröffnet sich somit ein neues Handlungsfeld, für das eine absehbare Bereitstellung der notwendigen Ressourcen erwartet wird. Die oben festgestellte „Schwerhörigkeit“ des medizinischen Sektors dem Kooperationsanliegen der Suchtkrankenhilfe gegenüber erklärt sich möglicherweise in der mangelnden Bereitschaft, ein u.a. wirtschaftlich zukunftsträchtiges Hilfefeld mit den Mitbewerbern zu teilen. Demgegenüber besteht die Suchtkrankenhilfe, den „Medizinisierungsbestrebungen“ zum

trotz, über ihre Zielsetzung „kontinuierlicher Kooperation, Planung und Steuerung“ (DHS, 2001 a, 47) auf gleichrangige Mitbewerberschaft um Gestaltung und Durchführung der Maßnahmen.

Nebenbei wird auf seiten des medizinischen Versorgungssektors ein etwas anderes Kooperationsverständnis formuliert. Dort heißt es, daß die hervorragenden Kompetenzen im vorhandenen Suchthilfesystem dazu eingesetzt werden müssten, das medizinische Suchtkrankenversorgungssystem auf den Stand zu bringen, den es entsprechend der Versorgungsrealität beanspruche (vgl., Poerksen 2000, 43). Die genannte Versorgungsrealität und der daraus abgeleitete Anspruch auf eine zukünftige Führungsrolle medizinischer Institutionen werden folgendermaßen beschrieben:

„Geht man also davon aus, dass Sucht eine Krankheit ist und dass die Behandlung einer Krankheit im wesentlichen Aufgabe der in der Krankenversorgung tätigen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen ist, geht man weiterhin davon aus, dass allein in diesem Versorgungssystem ambulant 70 bis 80% aller betroffenen Personen und in der stationären allgemeinmedizinischen Versorgung ein extrem hoher Prozentsatz erreicht wird, dann müssen alle Initiativen der Früherkennung und Frühintervention, der Schadensminderung (Harm reduction) und Suchtbehandlung hier ansetzen“ (Poerksen 2000, 43).

Der Suchtkrankenhilfe käme dabei die Aufgabe zu, sich „unterstützend, fördernd und begleitend in die vielfältigen Aufgaben der Prävention und Früherkennung einzuschalten“ (a.a.O. 44).

Beide Hilfesektoren haben einen Ruf zu verlieren. Den Vorwurf mangelnder Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit kann zu Zeiten ohnehin knapper Ressourcen keine der beiden genannten Institutionen auf sich sitzen lassen. Qualität, Kompetenz und Leistungsfähigkeit der jeweiligen Versorgungssektoren stehen auf dem Prüfstand. Der Versuch, die eigenen Defizite in den Hintergrund zu rücken, indem die Mängel des jeweils anderen Versorgungsbereiches besonders hervorgehoben werden (vgl. Kap. 5.1.), ist dabei eindeutig weniger einer kooperativen als einer konkurrenten Grundhaltung verpflichtet. Auch in der Verteidigung des jeweils eigenen Rufes kommt es hier zu einem Wettbewerb.

„Soziale Elemente des gesellschaftlichen Lebens sind zu einem Markt geworden“ (Leune 2000, 103). Die Beziehungsstrukturen zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und Nutzern werden dabei neu organisiert: „Es wird ein Wechsel vollzogen von der

kostenbezogenen Zuwendungsfinanzierung zur Vergütung von Leistungen auf der Grundlage von Leistungsverträgen“ (Walter-Hamann 2001, 7). Die zur Vergütung vereinbarten Leistungen realisieren sich in der Regel am Einzelfall. Das bedeutet, daß nicht mehr Einrichtungen oder Hilfeangebote als Ganze finanziert werden, sondern die konkreten am Einzelfall vollbrachten Hilfen und Dienste abzurechnen sind. Das Vorherrschen solcherlei „individualisierter Finanzierungsformen“ (vgl. DHS 2001 a, 43) führt zu einem dienstleistungsorientierten Wettbewerb um den Klienten/Patienten/Kunden. Konkurrenzen auf diesem Markt finden weniger um Inhalte als um Geld statt (vgl. Leune 2000, 103). Es geht um Handlungsspielräume, Gestaltungsmacht und eben nicht zuletzt um die dafür notwendigen Ressourcen. Hier zeigt sich die Kontur eines dienstleistungsorientierten Wettbewerbssystems, in dem sich die einzelnen Anbieter von Leistungen - das heißt hier Einrichtungen des medizinischen genauso wie des suchtspezifischen Versorgungssektors - gegeneinander zu behaupten haben.

5.2.2. Konkurrenz der Berufsgruppen

Die Erfordernisse einer qualifizierten Suchtkrankenhilfe beinhalten das Gebot multiinstitutioneller und multiprofessioneller Zusammenarbeit (vgl. Kap. 4.4.2.1.). Dieser an die verschiedenen Professionen gerichteten Maßgabe wird nicht immer entsprochen.

„Im Zusammenhang der individuellen Suchtkrankenhilfe bestehen (...) sehr unterschiedliche Konzepte der Betreuung und Behandlung. Ungeachtet immer wieder geforderter und auch praktizierter Kooperation der einzelnen Berufsgruppen in der Suchtkrankenhilfe und trotz der Multiprofessionalität von Behandlungsteams verbirgt sich hinter diesen Differenzen bisweilen auch die Konkurrenz einzelner Professionen, die unterschiedlich akzentuiert einen vorrangig medizinisch, psychiatriisch, psychotherapeutisch oder psychosozial geprägten Behandlungsansatz präferieren“ (DHS 2001 a, 14).

Auf dem jeweiligen beruflichen Hintergrund werden unterschiedliche *fachliche Perspektiven* und Überzeugungen entwickelt und eingenommen. Häufiger mangelt es dabei an der Bereitschaft, auch die jeweils anderen Erklärungs- und Behandlungsansätze zu respektieren oder auch an der Fähigkeit dazu, sie ergänzend neben den eigenen Konzepten bestehen lassen zu können und möglicherweise sogar zu integrieren. Es zeigt sich eine grundlegende Kontroverse zwischen medizinisch-klinisch hergeleiteten und psychosozialen Perspektiven. Einerseits werden Störungen und Defizite eines Individuums focussiert, und es wird versucht auf der Grundlage eindeutiger Diagnosen für Abhilfe bzw. Heilung zu sorgen. Andererseits wird das Individuum mit seinen Problemen, Defiziten und auch seinen Ressourcen in seiner

jeweiligen sozialen Eingebundenheit betrachtet, und sich darauf gründende Bemühungen richten sich sowohl auf die Förderung der individuellen Bewältigungskompetenzen als auch auf die Verbesserung der sozialen Bedingungen im nahen und fernen Umfeld der Betroffenen.

Den verschiedenen an der Suchthilfe beteiligten Berufsgruppen ist ein gesellschaftlich begründeter unterschiedlicher *Berufsstatus* zugewiesen. Laut Bundesstudie zur „Suchthilfe im Krankenhaus“ ist die bereits oben beschriebene Abgrenzung des Sektors der medizinischen Basisversorgung gegenüber dem der „traditionellen Suchthilfe“ begründet in „den unterschiedlichen Organisations- und Finanzierungsstrukturen und in den beteiligten Berufsgruppen“ (BMG 1999, 23). Weiter heißt es, es bestünden Differenzen hinsichtlich der den Berufsgruppen gesellschaftlich zugebilligten Definitionsmacht, hier hätten die Ärzte einen größeren Spielraum als die psychosozialen Berufsgruppen. Dieses gehe mit einer höheren Verantwortlichkeit im rechtlichen Sinne einher. Letztlich unterschieden sich die beiden Berufsgruppen hinsichtlich des zugeschriebenen sozialen Status (vgl. ebd.).

„Die genannten Unterschiedlichkeiten werden über den langen Prozeß der Berufsausbildung und der beruflichen Sozialisation insgesamt vermittelt und münden in der Regel in die Ausbildung eines spezifischen beruflichen Habitus ein“ (ebd.).

Der oben beschriebene Wettbewerb auf dem Markt der sozialen Dienstleistungen betrifft nicht nur die institutionelle Ebene. Mit der zunehmenden Verknappung öffentlicher Mittel einerseits und der Vielfalt an Leistungsanbietern andererseits kommt es zu einem verschärften Wettbewerb um zu wenige Arbeitsplätze. Auch im Positionspapier 2001 findet dieser enger werdende *Arbeitsmarkt* Erwähnung, indem darauf hingewiesen wird, daß im Zuge des Aufbaus sekundärpräventiver Hilfen die Bedeutung niedergelassener Arztpraxen zunehmen werde und das weiterhin auch in der Folge des Psychotherapeutengesetzes neue Anbieter auf dem Markt erscheinen würden (vgl. DHS 2001 a, 43). Daß auch Angst und Sorge um Arbeitsplätze in die Konkurrenzen um die zukünftigen Suchtkrankenhilfefelder eingehen, läßt sich dem folgenden Beruhigungsversuch an die Adresse der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ entnehmen. Da heißt es, daß bei dem Ausmaß des Problems der Abhängigen im legalen und illegalen Bereich weniger der Arbeitsplatzverlust zu erwarten sei als vielmehr die Notwendigkeit größerer Anpassungsfähigkeit an bedarfsgerechtere Arbeitseinsätze und -orte (vgl. Poerksen 2000, 47).

Jeder Berufsstand ist zunächst darum bemüht, die *angestammten Arbeitsfelder* auch zukünftig allein für sich in Anspruch zu nehmen. Dieses zeigt sich z.B. in den bereits oben angeführten Empfehlungen bestimmter Berufsstände für die Ausführung des suchtspezifischen Liaisondienstes im Rahmen des Allgemeinkrankenhauses (vgl. Kap. 4.4.1.). Darüber hinaus lassen sich Bestrebungen feststellen, sich weitere Tätigkeitsbereiche und Einsatzplätze zu erobern. Beispielweise wird die mangelhafte ärztliche Ausstattung des traditionellen ambulanten Suchtkrankenhilfesektors beklagt. Die Behebung dieses Mangels sei aus fachlichen Gründen hinsichtlich einer tatsächlichen Realisierung multiprofessioneller Hilfeleistung anzustreben. Weiterhin werde darüber auch das Problem der gestörten Kommunikation zwischen medizinischem und suchtspezifischem Hilfesektor gelöst, da „im Falle einer Kooperation über Einrichtungsgrenzen hinweg lediglich Ärztinnen und Ärzte mit Ärztinnen und Ärzten zu kooperieren pflegen“ (BMG 1999, 23). Auch bezüglich der Frage danach, wer zukünftig im Rahmen eines komplexen Gesamtsystems der Suchthilfe eine zentrale Koordination der Hilfen für den Klienten/Patienten im Sinne des Case managements übernehmen könnte, spielt neben fachlichen Argumenten die Konkurrenz der Berufsgruppen eine Rolle.

„Hier bietet sich einmal der therapeutische Mitarbeiter in der psychosozialen Beratungsstelle und zum anderen der Hausarzt an. Das traditionelle Suchtkrankenhilfesystem sieht den Mitarbeiter der Beratungsstelle als Casemanager, während andere meinen, dass ein für die Suchtkrankenhilfe qualifizierter Hausarzt diese Position übernehmen sollte, weil sich die meisten Suchtkranken pro Jahr mindestens einmal in der ärztlichen Praxis zur Behandlung somatischer Erkrankungen vorstellen (Redecker, 2001, 55).

Unterschiedliche fachlich begründete Überzeugungen und Hilfeperspektiven, Erhalt, Bestätigung oder Verbesserung des jeweiligen beruflichen Profils und Ansehens und nicht zuletzt der Wettbewerb auf dem zunehmend enger werdenden Arbeitsmarkt führen zu einer ausgeprägten Konkurrenz zwischen den verschiedenen an der Suchtkrankenhilfe beteiligten Berufsgruppen.

5.2.2.1. Zum Stellenwert der Sozialpädagogen

Die Frage nach dem Stellenwert von Sozialpädagogen ergibt sich im Zusammenhang mit der Diskussion um die zukünftige Entwicklung der Suchtkrankenhilfe. Die soeben beschriebenen Konkurrenzen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren und zwischen den Berufsständen treten anlässlich der anstehenden innovativen Entwicklungen und den damit notwendig einhergehenden strukturellen Veränderungen verschärft zutage. Es gilt hier nach

der Positionierung von Sozialpädagogen im Rahmen des beschriebenen Wettbewerbes zu fragen.

Zunächst fällt die nicht-namentliche Nennung dieses Berufsstandes auf. Während

- Ärzte, Psychiater und Diplompsychologen für die Übernahme bestimmter Tätigkeiten empfohlen werden (vgl. BMG 1996, 89),
- Mediziner als nicht ausreichend innerhalb der „traditionellen Suchthilfe“ vertreten bezeichnet werden und ihre regelhafte Einbindung in Beratungsstellen angeraten wird (vgl. Poerksen 2001, 120),
- für die Zukunft ein stärkeres Engagement niedergelassener psychologischer Psychotherapeuten in der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen begrüßt (vgl. DHS 2001 a, 43) und dieses mit der Erwartung eines „erheblichen Qualitätssprungs“ verknüpft wird (vgl., Poerksen 2000, 46),

bleibt der Sozialpädagoge hinter der Institutionsbezeichnung „traditionelle Suchtkrankenhilfe“, allgemeinen Tätigkeitsbeschreibungen wie der „Behandlungstätigkeit in den Beratungsstellen“ oder auch der allgemeinen Bezeichnung „Fachkraft“ oder „Mitarbeiter“ im Verborgenen. So ist beispielsweise bei Poerksen von einer „latent immer noch vorhandenen mediziner- und medizinefeindlichen Haltung der traditionellen Suchtkrankenhilfe“ (Poerksen 2000, 43) die Rede, und es bleibt dem Leser anheimgestellt, einer solchermaßen geschlossenen Allgemeinheit konkrete Handelnde zuzuinterpretieren. Wobei sich eine Zuordnung zu der zufällig am häufigsten vorkommenden - und im Gegensatz zu Psychologen und Medizinern niemals namentlich erwähnten - Berufsgruppe der Sozialpädagogen aufdrängt. An anderer Stelle wird darüber spekuliert, inwieweit sich das zukünftige Engagement der niedergelassenen Psychotherapeuten mit dem medizinischen Versorgungssystem oder dem traditionellen Suchthilfesystem verzahnen ließe oder ob dieses „die Behandlungstätigkeit in den Beratungsstellen“ irgendwann ersetzen werde (vgl. Poerksen 2000, 46).

Im Rahmen des Positionspapiers der DHS wird ein Qualifikationsprofil für „Fachkräfte in der Suchtkrankenhilfe“ entworfen, welches im wesentlichen typisch sozialarbeiterische Kompetenzen aufzählt, ohne dabei den zugehörigen Berufsstand explizit zu nennen (vgl. DHS 2001 a, 32/33). Die anschließende ausdrückliche Erwähnung von Sozialarbeit und

Sozialpädagogik geht einher mit der grundsätzlichen Verneinung des Vorhandenseins suchtspezifischer Ausbildungsgänge:

„Dabei ist festzustellen, dass gegenwärtig keine der beruflichen Ausbildungen in den Bereichen Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Pädagogik, Psychologie oder Medizin – ungeachtet der evtl. Berücksichtigung entsprechender Inhalte – einen formalisierten Ausbildungsgang oder Ausbildungsschwerpunkt ‚Sucht‘ aufweist“ (DHS 2001 a, 32).

Diese Bemängelung ist nach den Ausbildungserfahrungen der Verfasserin hinsichtlich des Fachhochschul-Studienganges der Sozialpädagogik sachlich nicht richtig (vgl. dazu den Exkurs am Ende dieses Kapitels).

Bei den folgenden Ausführungen handelt es sich zunächst um eine Kritik an der Institution Suchtkrankenhilfe. Unter der Überschrift „Suchtkrankenhilfe und Forschung – eine problematische Beziehung“ wird die These vertreten, „daß die Suchtkrankenhilfe in Deutschland in den letzten drei Jahrzehnten neuere Forschungsergebnisse wenig genutzt, teilweise sogar bekämpft hat und daß dies zu deutlichen Qualitätsmängeln führte“ (Bühringer 1997, 259) Als eines der Beispiele für solch eine mangelhafte Berücksichtigung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der praktischen Arbeit werden auch die Forschungsergebnisse zur „zyklischen Veränderungsbereitschaft von Abhängigen“ und die daraus abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen (vgl. a.a.O. 262) angeführt. Nach Bühringer ließen sich die festzustellenden Mängel in Qualität, Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit der Suchtkrankenhilfe aus dem nicht ausreichenden Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis ableiten (vgl. a.a.O. 263). Die im weiteren Textverlauf angeführten Gründe für den beklagten Mißstand beziehen sich ausnahmslos auf die Mitarbeiterschaft der Suchtkrankenhilfe. Da heißt es zunächst, der Anteil der Mitarbeiter mit einer wissenschaftlichen Ausbildung sei zu gering. Eine solche sei aber notwendige Voraussetzung, um „die Qualität von Untersuchungen und die Relevanz der Schlußfolgerungen beurteilen und brauchbare Erkenntnisse in der eigenen Einrichtung bzw. im individuellen Einzelfall umsetzen zu können“ (a.a.O. 265). Weiter wird vermutet, daß der höhere Anteil von Diplompsychologen in verschiedenen um 1980 gegründeten Alkoholkliniken der Grund für die stärkere Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse sei (vgl. ebd.). Auch auf der Leitungsebene von therapeutischen Einrichtungen und Trägerverbänden habe der Mangel an wissenschaftlich ausgebildeten Kräften zu einer negativen Beeinflussung der „Innovationsfreudigkeit“ geführt. Als besonders forschungsfeindlich wird dann noch einmal

der Drogenbereich hervorgehoben (vgl. ebd.). Für eine Verbesserung der Situation wird folgerichtig der Ausbau des Anteils von Mitarbeitern mit einer wissenschaftlichen Grundausbildung gefordert. Wissenschaftliche Ausbildung findet nach Bühringer in „universitären“ Zusammenhängen statt. Insgesamt müsse die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Tätigkeitsbereiche Prävention und Therapie möglich sein, so „wie sie auch in anderen Bereichen der klinischen Psychologie oder Medizin gelten“ (a.a.O. 267).

Auch hier fällt wiederum die Nichtnennung der Sozialen Arbeit und des Sozialpädagogen auf, während die Medizin, klinische Psychologie und der Diplompsychologe besondere Erwähnung finden. In Bezug auf den festgestellten Mangel an Mitarbeitern mit wissenschaftlicher Ausbildung stellt sich die Frage, welche Berufsgruppen damit gemeint sein könnten. Ärzte? Psychologen? Pädagogen? Sozialpädagogen? Letztere sind die einzigen, die i.d.R. keine universitäre sondern eine Fachhochschulausbildung absolvieren. Ihnen deshalb allerdings die wissenschaftliche Ausbildung abzusprechen, ist wohl gewagt, und so mag sich die unbestimmte Bezeichnung des nicht wissenschaftlich geschulten Personals der Suchtkrankenhilfe erklären.

Suchthilfe in Westdeutschland wird von Leune als traditionell zunächst psychosoziale und nicht medizinische Arbeit gekennzeichnet (vgl. Leune 2000, 95). Eben dieser Tatbestand wird gegenwärtig kritisch angegangen, wenn hinter der berechtigten Anmahnung eines stärkeren Engagements der medizinischen Versorgung in suchtspezifischen Fragen gleich der Ruf nach einer grundlegenden „Medizinisierung“ der Suchthilfe zum Vorschein kommt. Hierhin mögen die folgenden Äußerungen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DGSAS) ihren Ursprung haben. In deren Gründungserklärung heißt es zunächst, daß vor dem Hintergrund eines sich rasant entwickelnden Gesundheitsmarktes verschiedene Berufsgruppen ein verstärktes Interesse an der „Suchtarbeit“ zeigten. Es sei dabei eine zunehmende Krankheitszentrierung zu beobachten, über die Suchtphänomene in erster Linie als eine medizinische Symptomatik beschrieben würden. Dieses werde der Komplexität von Suchtgenese und Suchtverläufen nicht gerecht. Im Zuge dieser Entwicklungen bestehe die Gefahr, daß das spezifische fachliche Profil der Sozialen Arbeit in den Hintergrund gedrängt werde (vgl. DG-SAS 2001, Gründungserklärung, 2). Von daher solle sich dafür eingesetzt werden, das psychosoziale Grundverständnis von Sucht in der Gesellschaft zu fördern und „die Bedeutung von Sozialer Arbeit als gesellschaftliche Antwort auf psychosoziale Konflikt- und Problemlagen“ herauszustellen (a.a.O. 2/3).

„Der professionelle und innovative Beitrag der Sozialarbeiter/innen hat insgesamt entscheidend zur Qualität der psychosozialen Gesundheitsversorgung beigetragen. Allerdings fehlte bislang ein Organ, das diesen Beitrag in der öffentlichen Fachdiskussion repräsentiert und das Profil der Berufsgruppe schärft“ (DG-SAS 2001, Gründungserklärung, 2).

Die angeführten Befunde geben Hinweise darauf, daß im Rahmen der konkurrent geführten Diskussion um notwendige Innovationen und Veränderungen im Hinblick auf die Entwicklung einer bedarfsgerechteren, zukunftsfähigen Suchtkrankenhilfe möglicherweise auch die Qualität und die Legitimität der Sozialarbeit in diesem Arbeitsfeld in Frage steht. Die Berufsgruppe der Sozialpädagogen scheint stellvertretend für die Mängel der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ auf dem Prüfstand zu stehen.

Exkurs zum für die Zukunft anvisierten Qualifikationsprofil für die Fachkraft in der Suchtkrankenhilfe des Positionspapiers 2001: Das Fachhochschulstudium der Verfasserin war von Beginn des vierten Fachsemesters bis hin zum Abschluß im 8. Semester wesentlich vom gewählten Praxisschwerpunkt „Sucht/legaler Bereich“ bestimmt. Ausgehend davon, daß keine Berufsausbildung unmittelbar nach Abschluß zu einer allumfassenden und für den Berufsalltag endgültig ausreichenden Qualifikation führt, sind dennoch die im Positionspapier als notwendig angeführten Kompetenzen alle samt solche, die im Rahmen dieser sozialpädagogischen Ausbildung vermittelt wurden. Grundlagen einer „qualifizierte Beratungsfähigkeit“ (DHS 2001 a, 33), die Einübung „diagnostischer Kompetenzen“ (ebd.) zur Erstellung psychosozialer Diagnosen und die Anleitung zur „Erstellung von Hilfeplänen“ (ebd.) waren Teil des Lehrprogramms eines jeden der zu wählenden Praxisschwerpunkte innerhalb des Studienganges zur Sozialpädagogik. Dem jeweiligen Praxisschwerpunkt entsprechend wurden - im vorliegenden Fall suchtspezifische - Konzepte und Methoden vermittelt. Die Wahl eines Praxisschwerpunktes beinhaltet ausgehende Praktika in dem entsprechenden Schwerpunktbereich. Die genannten Konzepte und Methoden standen somit von Beginn an in stetigem Rückbezug zu einer konkreten Praxis. Die Anmahnung der „Bereitschaft und Fähigkeit zum interdisziplinären Arbeiten“ (ebd.) erscheint bezogen auf die Sozialpädagogik obsolet, ist doch deren Wissenskanon bereits geprägt durch seine „Querlage“ zu den verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen: Soziologie, Psychologie, Recht und nicht zuletzt die Pädagogik fließen in die Ausbildung gleichermaßen ein. Diese theoretische Querlage mündet regelmäßig in von unterschiedlichen Berufsgruppen geprägte Praxisfelder. Allein der in der Sozialarbeit wurzelnde Begriff der psychosozialen Perspektive beinhaltet die Integration psychologischer genauso wie sozialwissenschaftlicher Konzepte. Die konkrete Sozialarbeit als Antwort auf psychosoziale Konflikt- und Problemlagen arbeitet entsprechend auf der Grundlage einer Vielheit integrierter Perspektiven. Der Einzelfall erscheint hier immer sowohl in seinen individuellen als auch sozialen Bezügen. Es zeigen sich gleichermaßen Aufgabenstellungen hinsichtlich psychologischer, rechtlicher, materiell versorgender, Beziehungen herstellender und Beziehungen nutzender oder auch aufklärender Beratung, Begleitung und Unterstützung.

Im Rückbezug auf die so beschriebene absolvierte Ausbildung ist es nicht zu verstehen, warum im Positionspapier der DHS die Nichtexistenz einer solchen Qualifikation konstatiert wird.

5.3. Zusammenfassende Bewertung

Der Befundlage folgend stellt die Sekundärprävention von Alkoholproblemen im Rahmen der medizinischen Basisversorgung eines der beiden (der zweite betrifft die Versorgung der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken) zukünftig besonders zu berücksichtigenden und expandierenden Arbeitsfelder in der Suchtkrankenhilfe dar. Im Zuge der notwendig anstehenden innovativen Entwicklungen wird neu über Zuständigkeiten, Finanzierungen und die Vergabe von Gestaltungsaufträgen bzw. die Inanspruchnahme oder Zuschreibung von Gestaltungsmacht gestritten und verhandelt werden. In dieser Auseinandersetzung haben sich auch die unterschiedlichen an der Suchtkrankenhilfe beteiligten Berufsgruppen mit ihren spezifischen Berufsprofilen gegeneinander zu behaupten. Es bleibt zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur zu wünschen, daß diese institutionellen und standespolitischen Konkurrenzen das fachlich begründete Kooperationsgebot nicht vollständig unterlaufen.

Leune kennzeichnet Innovation als einen „Balanceakt zwischen Neuheit und Qualitätsgewährleistung, zwischen Kreativität und Zuverlässigkeit, zwischen Risikobereitschaft und Sicherheitsbedürfnis“ (Leune 2000, 103). Weiterhin benennt er Innovation als „Management im Spannungsfeld von Bewahren und Verändern“ (ebd.). Die in dem Positionspapier 2001 dokumentierten Neuerungsbestrebungen des „traditionellen“ Suchthilfesektors zielen auf einen solchen „Balanceakt“ und ein solches „Management“. Demgegenüber zeigen sich die beschriebenen „Medizinisierungsbestrebungen“ als all zu sehr auf den Zugewinn von Macht und Handlungsspielräumen ausgerichtet. Sie gehen einher mit der Mißachtung des Kooperationsgebotes und bereits bestehender und funktionierender Hilfestrukturen, Hilfeangebote und Hilfefähigkeiten. Sie schreiben damit ein weiteres Mal die ungenügende Nutzung vorhandener Ressourcen fest. Zu bemerken ist dabei, daß die genannten Bestrebungen ausdrücklich nur von einer einzigen Person betrieben werden. Sie finden allerdings Berücksichtigung und ein Forum - und deswegen werden sie hier angeführt - im Rahmen zentraler Veröffentlichungen zum Thema.

Die sich in den oben angeführten Befunden andeutende Infragestellung sozialarbeiterischer Leistungen im Rahmen der Suchthilfe wäre weitergehend zu untersuchen und zu befragen. Derweil zeigt sich in zweien der themenrelevanten Studien eine federführende Beteiligung von Sozialarbeit und Sozialpädagogen. Die Studie zur Suchthilfe im Krankenhaus erweist sich über ihren Untertitel – Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit – als der Sozialarbeit verpflichtet. Die Leitungskräfte dieses Bundesmodellprogramms sind dem

Institut für Sozialarbeit (ISS) eng verbunden. Auch das bayrische Modellprojekt steht im Zusammenhang mit Aktivitäten des ISS. Zielsetzungen, Verlauf und Ergebnisse dieser Studien lassen genauso wie die Verlautbarungen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe darauf hoffen, daß sich der Berufsstand des Sozialpädagogen und dessen besondere Qualifikationen in dem allgemeinen Gerangel um Profil, Macht, Geld und nicht zuletzt den Arbeitsplatz zu behaupten wissen wird.

6. Schlußwort

Alle *Diskussion* um die Notwendigkeit und die Möglichkeiten einer Implementation von sekundärpräventiven Hilfen im Rahmen von medizinischen Basisversorgungseinrichtungen ist verbunden mit grundsätzlichen Fragen hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit, Akzeptanz, Effizienz und Effektivität des „traditionellen Suchtkrankenhilfeangebots“. Kurz gesagt: Die Qualität der „traditionellen Suchtkrankenhilfe“ steht dabei auf dem Prüfstand. Die vorliegende Analyse zeigt die Sekundärprävention bei Alkoholproblemen als ein zentrales Moment dieser Qualitätsdiskussion im Zuge derer sich gegenwärtig grundlegende strukturelle und konzeptionelle Veränderungen für das Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe anbahnen.

Alle *Forschung* zur Frage von Sekundärprävention bei Alkoholproblemen zeigt die Richtigkeit der Annahme, daß eine große Anzahl von Menschen mit Alkoholproblemen in den Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung frühzeitig sichtbar wird. Bei systematischen Früherkennungsmaßnahmen ist es möglich, einen großen Anteil dieser Personen zu identifizieren und sie über relativ unaufwendige, kostengünstige und kurzfristige Interventionen hinsichtlich ihrer Alkoholproblematik positiv zu beeinflussen.

Alle *Versuche*, die erfolgversprechenden Interventionskonzepte zur Sekundärprävention bei Alkoholproblemen als Regelversorgungsangebote *zu implementieren* gehen einher mit der Notwendigkeit einer Öffnung unterschiedlicher Versorgungsinstitutionen hin zu Austausch und Kooperation und damit verbunden der Bereitschaft auch zu internen Veränderungen. Der Auftrag zu selbstkritischem Wandel und Erneuerung ergeht dabei an alle beteiligten Institutionen gleichermaßen. Unter der Maßgabe eines möglichst effektiven und effizienten Umgangs mit einem Gesundheitsproblem epidemischen Ausmaßes ist es unumgänglich dem Kooperationsgebot zu folgen und sich unter Berücksichtigung aller vorhandener Ressourcen gemeinsam auf den Weg zu machen. Die vorangehend beschriebenen

Kooperationserfahrungen zeigen Schwierigkeiten und Widerstände in diesem Prozeß, genauso wie sie ermutigend belegen, daß bei ernsthaftem Bemühen um eine Zusammenarbeit für alle Beteiligten und alle Betroffenen positive Effekte zu erreichen sind. Als hinderlich hinsichtlich der notwendigen Kooperation erweisen sich konkurrenente Bestrebungen, die ausschließlich im Interesse einer Abgrenzung oder auch Hervorhebung der eigenen Institution und Profession darauf aus sind, den anderen Mitstreitern Kompetenz, Qualifikation und Legitimation abzusprechen.

Perspektiven der öffentlichen Gesundheit (Public Health) rücken gegenwärtig Alkoholprobleme und deren Folgen stärker in den Focus der allgemeinen Gesundheitspolitik. Der Public-Health-Ansatz präferiert vorsorgende, gesundheitsfördernde und präventive Strategien. Im Zuge allgemeiner Kostendämpfungsbestrebungen werden diese Strategien zur Zeit grundsätzlich in der Gesundheits- und Sozialpolitik als Möglichkeiten zur Verhinderung von krankheitsbezogenen Kosten und zum Erhalt von individuell-gesundheitlichen und gesellschaftlichen Ressourcen verstärkt in den Blick genommen. Die seit einigen Jahren zu beobachtende starke Präsenz der Frage nach Sekundärprävention bei Alkoholproblemen in der Fachöffentlichkeit entspricht einem allgemeinen präventiv orientierten Trend in Gesundheits- und Sozialpolitik und gewinnt so noch einmal an Relevanz. Auch darin begründet sich sicherlich die verstärkte Förderung von Forschung und Modellpraxis zum Thema, genauso wie die Hoffnungen auf baldige Finanzierungslösungen für eine Implementation der Maßnahmen als Regelversorgungsangebote hier ihre Berechtigung suchen mögen. Unterschiedliche Kosten-Nutzen-Analysen zeigen sekundärpräventive Programme „aufgrund der geringen Kosten (Fortbildung, Durchführung der Intervention etc.) einerseits und der beträchtlichen sozialen und gesundheitlichen Schäden exzessiven Alkoholkonsums andererseits [als] in hohem Maße kosteneffizient“ (vgl. Rist, Demmel, Hapke u.a. 2004, 108).

Die vorangegangene Analyse einer aktuellen Entwicklung im Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe stellt die Sekundärprävention bei Alkoholproblemen ausgehend von aktuellen Forschungsergebnissen einerseits und der gegenwärtigen suchtspezifischen Fachdiskussion andererseits in ihren wesentlichen Zusammenhängen dar. Diesen Befunden folgend wird auf die Frage nach Früherkennung und Frühintervention im Rahmen von Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung focussiert. Eine Vielzahl weiterer empirischer Untersuchungen zeigt mittlerweile den Erfolg kurzer, frühzeitiger und offensiver

Ansprachen hinsichtlich möglicher Alkoholprobleme auch im Rahmen psychosozialer Basisversorgungsangebote. Solche können sein: Schwangerenberatung, betriebliche Suchtberatung, allgemeine Jugendberatung oder auch explizite sekundärpräventive Programme im Rahmen der Gemeindefarbeit (vgl. Rist, Demmel, Hapke u.a. 2004, 108). „Weitere bedeutsame Ansatzpunkte zu Frühintervention und Motivation bieten sich im Zusammenhang des alkoholbedingten Führerscheinentzugs und der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU)“ (DHS 2001 a, 23). Auch das Arbeitsamt kann als Setting für eine frühzeitige suchtspezifische Intervention genutzt werden (vgl. Baumgärtner u. Zemlin 2001, 161 ff.). Alle diese Zusammenhänge könnten ebenfalls zukünftig konsiliarische Arbeitsfelder einer sekundärpräventiv ansetzenden Suchtkrankenhilfe sein.

Die vorausgehend herausgearbeiteten institutionellen und berufsständischen Konkurrenzen um ein gewichtiges Arbeitsfeld der Zukunft sollten als durchaus bedrohlich für den Berufsstand der Sozialpädagogen in der Suchtkrankenhilfe zur Kenntnis genommen werden. Es empfiehlt sich eine klare Positionierung und der offensive Umgang mit den beschriebenen Entwicklungen so wie sie sich in den Verlautbarungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit in der Suchthilfe ankündigen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich dieses Organ etablieren kann und als Stimme für die Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe Gehör verschaffen wird.

Literaturverzeichnis

- Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (1997). Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen : Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und ambulante Entgiftungen. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Austin, G. (1996). Die europäische Drogenkrise des 16. Und 17. Jahrhunderts. In: Gros, H. (Hg.): Rausch und Realität, Bd. I. Stuttgart, Ernst Klett.
- Baumgärtner, E. u. Zemlin, U. (2001). Psychologischer Konsiliardienst für arbeits-lose Menschen mit Suchtmittelproblemen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtge-fahren (HG.): Sucht und Arbeit : Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbe-zogener Störungen in der Arbeitswelt. Freiburg i. B., Lambertus- Verlag.
- Bühringer, G. (1997). Suchtkrankenhilfe und Forschung in Deutsch-land: eine problematische Beziehung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtge-fahren (HG.): Suchtkrankenhilfe in Deutsch-land : Geschichte Strukturen Perspektiven. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 71. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (1998). Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkohol-Problemen. Schriftenreihe des Bundes-ministeriums für Gesundheit Bd. 106. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (1999). Suchthilfe im Krankenhaus : Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Bundes-modellprogramms „Drognnotfallprophylaxe/ Nachgehende Sozialarbeit“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 120. Baden-Baden, Nomos Verlagsge-sellschaft.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 128. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bundessozialhilfegesetz (BSHG) (2003). In: Bundessozialhilfegesetz. Beck-Texte im dtv. München, dtv-Verlag.
- Culley, S. (1996). Beratung als Prozeß : Lehrbuch kommuni-kativer Fertigkeiten. Weinheim u. Basel, Beltz Verlag.

- Demmel, R. (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. In: Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jahrg. 47, H. 3. Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) (2001). Satzung und Gründungserklärung der DG-SAS. Internet-Veröffentlichung: <http://www.dg-sas.de>
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1996). Alkohol – Konsum und Mißbrauch : Alkoholismus – Therapie und Hilfe. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hg.) (1997 a). Suchtkrankenhilfe in Deutschland : Geschichtliche Strukturen Perspektiven. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (1997 b). Aktionsplan Alkohol der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Diskussionsentwurf – Stand: 17. Juni 1997). In: Suchtkrankenhilfe in Deutschland : Geschichte Strukturen Perspektiven. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hg.) (1997 c). Regionale Suchtkrankenversorgung – Konzepte und Kooperationen. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (2000). Individuelle Hilfen für Suchtkranke : Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (2001 a). Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe : Positionspapier 2001. Veröffentlicht im Februar 2001 über homepage: www.dhs.de
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hg.) (2001 b). Jahrbuch Sucht 2002. Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern, Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. u.a. (Hg.) (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kap.V (F), Forschungskriterien. Bern, WHO.
- Duden Bd. 5 (1990). Das Fremdwörterbuch. Mannheim, Wien, Zürich, Dudenverlag.
- Edelmann, W. (2000). Lernpsychologie. Weinheim, Psychologie-Verlags-Union, Verlagsgruppe Beltz.
- Edwards, G. (1997). Alkoholkonsum und Gemeinwohl : Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart, Enke.
- Dachverband Sucht e.V. (FVS) (1998). Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung des Fachverbandes Sucht. Bd. 5, Bonn.
- Fengler, J. (1996). Konkurrenz und Kooperation in Gruppe, Team und Partnerschaft. München, J. Pfeiffer Verlag.
- Feuerlein, W. (1975). Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit : Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.

- Feuerlein, W. (1996). Alkoholismus : Warnsignale, Vorbu-gung, Therapie. München, Beck.
- Gör-gen, W., Hartmann, R. (2002). Neue Wege in der Behandlung Suchtkrank-er in der frühen Sekundärprävention. Geest-hacht, Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Grigoleit, H. (1997). Die Rolle der gesetzlichen Krankenver-sicherung : Ein Interview. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland : Geschichte Strukturen Perspektiven. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Gros, H. (Hg.) (1996). Rausch und Realität, Bd. I. Stuttgart, Ernst Klett Verlag.
- Hantel-Quitmann, W. (1996). Beziehungsweise Familie : Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Hapke, U. (2000). Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkranken-haus : Theoretische Grundlagen und empirische Befunde. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Hapke, U, Rumpf, H.-J., Hill, A. u.a. (1997). Alkoholprobleme in der medizinischen Basisversorgung – Prävalenz und sekundärpräventive Strategien. In: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen : Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und ambulante Entgiftungen. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Hapke, U, Rumpf, H.-J., John, U. (1996). Beratung von alkoholabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In: Deutsche Haupt-stelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Alkohol – Konsum und Mißbrauch : Alkoholismus – Therapie und Hilfe. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., John, U. (2000). Motivierende Beratung : Wenn Motivation das Ziel und nicht die Voraussetzung für Beratung sein soll. In: Nickolai, W. (Hg.): Jenseits von Therapie. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Hapke, U., Rumpf, H.J., Schumann, A. u.a. (1999). Beratung von Menschen mit problematischem Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkon-sum auf Basis des Transtheoretischen Modells. In: Keller, S. (Hg.): Motivation zur Verhaltensänderung : Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Harten, R. (1991). Sucht – Begierde – Leidenschaft : Annäherung an ein Phänomen. München, Ehrenwirth Verlag.
- Heidenreich, T., Hoyer, J. (2001). Stadien der Veränderung bei Substanz-mißbrauch und –abhängigkeit: Eine methodenkritische Übersicht. In: Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jahrg. 47, H.3. Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Hüllinghorst, R., Lehner, B. (1997). Sucht `97 – Umfang und Hilfen. In: Suchtkrankenhilfe in Deutschland : Geschichte Strukturen Perspektiven.

- Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Hurrelmann, K. (1995). Einführung in die Sozialisationstheorie : Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. Weinheim und Basel, Beltz Verlag.
- Hurrelmann, K. u. Bründel, H. (1997). Drogengebrauch – Drogenmißbrauch : Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft – Primus Verlag.
- Indlekofer, W. (2001). PREDI : Ein psychosoziales Ressourcen-orientiertes Diagnostiksystem in der Suchtkrankenhilfe. In: Walter-Hamann, R.: Menschenbild und soziale Dienstleistung : Ist Hilfe messbar – ist Leid zertifizierbar?. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- John, U. (1997). Bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung bei Alkoholkonsum, -mißbrauch und –abhängigkeit. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hg.): Regionale Suchtkrankenversorgung – Konzepte und Kooperationen. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- John, U. (1998). Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeiten. In: Mann, K. u. Buchkremer, G. (Hg.): Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Ulm, Jena, Stuttgart, Lübeck, G. Fischer Verlag.
- John, U. (2000 a). Riskanter Konsum, Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In: Schwartz, F.W., Badura, R., Leidl, H. u.a.(Hg.): Das Public Health Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. München u. Jena, Urban & Fischer Verlag.
- John, U. (2000 b). Analytische Epidemiologie des Substanz-mißbrauchs in Deutschland. In: Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jahrg. 46, H.1. Geesthacht, Neuland-Verlags-gesellschaft.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. u.a. (2002) Der Suchtforschungsverbund: Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen (EARLINT). In: Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jahrg. 48, H.3. Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft.
- John, U., Veltrup, C., Driessen, M. u.a. (2000). Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Jugendschutzgesetz (JuSchG) (2003). In: Jugendrecht. Beck-Texte im dtv. München, dtv-Verlag.
- Keller, S. (Hg.) (1999). Motivation zur Verhaltensänderung : Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Keller, S., Velicer, W.F., Prochaska, J.O. (1999). Das Transtheoretische Modell : Eine Übersicht. In: Keller, S. (Hg.): Motivation zur Verhaltensänderung : Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Kiebel, H. (1997). Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

- e.V., 1947 – 1997. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland : Geschichte Strukturen Perspektiven. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Körkel, J. (1999). Akzeptanz in der Arbeit mit Alkohol-konsumenten. In: Stöver, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit : Eine Zwischenbilanz. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Kraus, L. u. Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. In: Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jahrg. 47, Sonderheft 1. Geesthacht, Neuland-Verlags-gesellschaft.
- Kraus, L. u. Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psy-choaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. In: Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jahrg. 44, Sonderheft 1. Geesthacht, Neuland-Verlags-gesellschaft.
- Kremer, G., Beyerlein-Buchner, C. (2001). Sekundärprävention von Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus – originärer Auf-trag oder ineffektiver Aufwand?. In: Wienberg, G., Driessen, M.: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit : Innovative Kon-zepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn, Psychiatrie -Verlag.
- Kremer, G., Schroer, B. (1999). Einführung. In: Miller, W.R., Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung : Ein Kon-zept zur Beratung von Menschen mit Sucht-problemen. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Kremer,G., Wienberg, G., Dormann, S. (1997) Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung – Bedarfslage und Umsetzung eines Interventionskonzeptes in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Sucht-gefahren (DHS) (Hg.): Regionale Sucht-krankenversorgung – Konzepte und Koope-rationen. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Legnaro, A. (1996). Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle – Bedeutungswandel zwischen Mittelalter und Neuzeit in Europa. In: Gros, H. (Hg.): Rausch und Realität, Bd. I. Stuttgart, Ernst Klett Verlag.
- Leune, J. (2000). Die Zukunft der Suchthilfe – Vom Angebot zur Leistung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Individuelle Hilfen für Suchtkranke : Früh erkennen, profes-sionell handeln, effektiv integrieren. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Levine, H.G. (1996). Die Entdeckung der Sucht : Wandel der Vorstellungen über Trunkenheit in Nordamerika. In: Gros, H. (Hg.): Rausch und Realität Bd. I. Stuttgart, Ernst Klett Verlag.
- Lexikon Medizin (1997). Lexikon Medizin. Sonderausgabe 1997. München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg.
- Lindenmeyer, J. (1998). Lieber schlau als blau : Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

- Loviscach, P. (1996).
- Mayntz, R. (Hg.) (1980).
- Miller, W.R. u. Rollnick, S. (1999).
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2000).
- Nickolai, W. (Hg.) (2000).
- Poerksen, N. (2000).
- Poerksen, N. (2001).
- Redecker, T. (2001).
- Rist, F., Demmel, R., Hapke, U. u.a. (2004).
- Rost, W.-D. (1994).
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. u.a. (1999)
- Weinheim, Beltz-Psychologie Verlags Union.
- Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht : Eine Einführung. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Implementation politischer Programme : Empirische Forschungsberichte. Königstein/Ts., Verlag Anton Hain Meisenheim GmbH.
- Motivierende Gesprächsführung : Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Suchtvorbeugung in der medizinischen Praxis. 2. Auflage, Jan. 2000, Düsseldorf
Internet: www.alkoholratgeber.de/Page10383/Suchtvorbeug.medizin.pdf
- Jenseits von Therapie. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Die Entwicklung der Suchtkrankenhilfe oder Wie Brüche im Hilfeprozess vermieden werden können. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Individuelle Hilfen für Suchtkranke : Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Hat die traditionelle Suchtkrankenhilfe eine Zukunft. In: Wienberg, G., Driessen, M. (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit : Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Die Zukunft der Fachkliniken : Von der Kur im Grünen zum qualifizierten Baustein im regionalen Versorgungsnetz. In: Wienberg, G., Driessen, M. (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit : Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Leitlinien der AWMF. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jahrg. 50, H. 2. Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Der psychoanalytische Ansatz: Die Therapie der Grundstörung : Möglichkeiten und Grenzen. In: Scheiblich, W.: Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Freiburg i.B., Lambertus Verlag
- Motivationale Grundlagen für die Sekun-därprävention von Alkoholabhängigkeit in unterschiedlichen Populationen. In: Keller, S.: Motivation zur Verhaltensänderung : Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.

- Scheiblich, W. (1994). Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Freiburg i.B., Lambertus Verlag
- Schneider, R. (1998). Die Suchtfibel : Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. Baltmannsweiler, Schneider-Verlag Hohengehren.
- Schwartz, F.W., Badura, R., Leidl, H. u.a.(Hg.) (2000). Das Public Health Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. München u. Jena, Urban & Fischer Verlag.
- Schwartz, F.W. u. Walter, U. (2000). Prävention. In: Schwartz, F.W., Badura, R., Leidl, H. u.a.(Hg.): Das Public Health Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. München u. Jena, Urban & Fischer Verlag.
- Schwoon, D.R. (1992). Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg, G. (Hg.): Die vergessene Mehrheit : Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamenten-abhängiger Menschen. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann, F. (2002). Beratung : Eine Einführung in sozial-pädagogische und psychosoziale Beratungs-ansätze. Weinheim und München, Juventa Verlag.
- Simon, R., Tauscher, M., Pfeiffer, T. (1999). Suchtbericht Deutschland 1999. Baltmannsweiler, Schneider-Verlag Hohengehren.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (2004). In: Sozialgesetzbuch. Beck-Texte im dtv. München, dtv-Verlag.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (2004). In: Sozialgesetzbuch. Beck-Texte im dtv. München, dtv-Verlag.
- Stark, K. u. Guggenmoos-Holzmann, I. (2000). Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen : Epidemiologie – eine Basiswissenschaft für Public Health. In: Schwartz, F.W., Badura, R., Leidl, H. u.a.(Hg.): Das Public Health Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. München u. Jena, Urban & Fischer Verlag.
- Stimmer, F. (Hg.) (1996). Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. München, R. Oldenbourg Verlag.
- Stöver, H. (Hg.) (1999). Akzeptierende Drogenarbeit : Eine Zwischenbilanz. Freiburg i. B., Lambertus-Verlag.
- Tillmann, K.-J. (1996). Sozialisationstheorien : Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung. Reinbek b.Hbg., Rowohlt – Tb – Verlag.
- Walter-Hamann, (2001). Menschenbild und soziale Dienstleistung – eine thematische Einführung. In: Menschenbild und soziale Dienstleistung : Ist Hilfe messbar – ist Leid zertifizierbar?. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Walter-Hamann, R. (Hg.) (2001). Menschenbild und soziale Dienstleistung : Ist Hilfe messbar – ist Leid zertifizierbar?. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.

- Watzl, H., Bühringer, G. (2001).
 Problematischer Konsum, Mißbrauch, Abhängigkeit: Konzepte und Strategien für ein breiteres Störungsspektrum : Editorial. In: Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jahrg. 47, H.3. Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Weiser, E. (1997).
 Die Landesstellen gegen die Suchtgefahren. In: Suchtkrankenhilfe in Deutschland : Geschichte Strukturen Perspektiven. Freiburg i.B., Lambertus-Verlag.
- Wienberg, G. (Hg.) (1992).
 Die vergessene Mehrheit : Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamenten-abhängiger Menschen. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. (2001 a).
 Die >vergessene Mehrheit< heute - Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In: Wienberg, G. u. Driessen, M. (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit : Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. (2001 b).
 Die >vergessene Mehrheit< heute - Teil II: Zur Situation der traditionellen Sucht-krankenhilfe. In: Wienberg, G. u. Driessen, M. (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit : Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. (2001 c).
 Die >vergessene Mehrheit< heute – Teil IV : Zur Situation in der medizinischen Primärversorgung. In: Wienberg, G., Driessen, M. (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit : Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. u. Driessen, M. (Hg.) (2001).
 Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit : Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. u.a.. (1991).
 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen : DSM-III-R. Weinheim, Basel, Beltz.

Lübecker Alkoholmissbrauch- und abhängigkeits-Screening-Test

- **Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie weniger trinken sollten?**
- **Hatten Sie jemals Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens?**
- **Sind Sie immer in der Lage Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen?**
- **Haben Ihre Partnerin/Ihr Partner, Ihre Eltern oder andere nahe Verwandte sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt?**
- **Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen?**
- **Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (Fettleber oder Leberzirrhose)?**
- **Waren Sie einmal im Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums?**

Bei zwei auffälligen Antworten wird von einer Verdachtsdiagnose ausgegangen, welche eine ausführlichere Diagnostik rechtfertigen würde. Die Befragung kann sowohl schriftlich als auch mündlich vollzogen werden. (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2000, 20).