

Kontrolliertes Trinken in der Schweiz zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Controlled Drinking Programs in Switzerland – A Look into the Black Box

Autoren

H. Klingemann^{1,2}, M. Dampz¹, H. Perret¹

Institute

¹ Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungseinheit 'Abhängigkeitserkrankungen' (SUD)

² südhang Klinik für Suchttherapien und atf Schweiz

Schlüsselwörter

- Alkohol
- kontrolliertes Trinken
- gesteuerter Konsum
- Therapiesystem
- Behandlungspraxis

Key words

- alcohol
- controlled drinking
- wet places
- treatment system
- treatment practice

Zusammenfassung

Einer Einführung zum Stande der Forschung zum moderaten Alkoholkonsum folgen eine Gesamtübersicht und die Kategorisierung von Behandlungsangeboten in der Schweiz zum Kontrollierten Trinken (KT) sowie von Ansätzen zur Konsumsteuerung ambulant und stationär. Erste Ergebnisse einer Internetumfrage bei n=34 KT-Therapeutinnen und Therapeuten 2009 erlauben einen Vergleich zwischen der Kurspraxis und den Kurskonzepten alcochoix+ und dem KT-Modell nach Körkel. Entgegen den konzeptuellen Programmvorgaben bejahen die KT-Therapeuten die Anwendung auch bei abhängigen Klienten und konstatieren Individualisierungsbedarf.

Abstract

A short introduction on alcohol and moderation is followed by an overview of controlled drinking programs (cd) in Switzerland as well as approaches to limit consumption ('wet places'). The results of an internet survey conducted in 2009 among n=34 treatment staff who run cd-programs allow for a comparison between treatment practice and program concepts in the French (adapted version of the Canadian program alcochoix+) and the German speaking part (German cd program according to Körkel) of Switzerland. Contrary to officially declared program limitations cd therapists agree that cd treatment should also be offered to dependent alcohol users and require a more individualized assessment. Recruiting clients for cd programs and competing claims of abstinence oriented treatment providers are reported as key issues – even though frequent client flows from cd to abstinence programs can be observed.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1247513>
Suchttherapie 2010; 11: 18–23
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Dr. rer. pol. Dr. h. c.
H. Klingemann

Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich
Forschungseinheit
'Abhängigkeitserkrankungen'
(SUD)
Selnaustrasse 9
8002 Zürich
Schweiz
harald.klingemann@dgsp.uzh.ch

Ausgangssituation – Angebotsstruktur

Insgesamt kann in vielen Ländern, so auch in der Schweiz, bereits seit geraumer Zeit ein Trend zu einer Diversifizierung, Individualisierung und Öffnung der Suchtbehandlungssysteme festgestellt werden [1–3]. Hierin drückt sich auch das zunehmende Bemühen aus, neue Zielgruppen zu erreichen, die bis dahin professionelle Hilfe nicht in Anspruch genommen haben. Bis jetzt erreicht das Behandlungssystem nämlich lediglich etwa ein Fünftel derjenigen, welche alkoholbezogene Probleme zu lösen haben, wie aus aktuellen Umfragen bei abhängigen Alkoholkonsumentinnen und Alkoholkonsumenten, z. B. dem *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) hervorgeht [4–6]. Die zuneh-

mende Konsumentenorientierung im Behandlungssystem [7] begünstigt entsprechend die Relativierung des Abstinenzziels. Die Substitutionspraxis bei Heroinabhängigkeit, die tendenzielle Schrumpfung des stationären Sektors und die Akzeptanz des Schadensbegrenzungsansatzes strahlen auch auf das Alkoholbehandlungssystem aus. Die Bereitschaft, kostengünstige, wenig invasive Therapien anzubieten, wird durch Mittelknappheit und Sparmaßnahmen im Gesundheitssektor noch weiter verstärkt. Der aktuelle Stand der Forschung belegt, dass sowohl Teilgruppen von chronisch alkoholabhängigen Personen als auch weniger schwer Abhängige durchaus in der Lage sind, ihren Alkoholkonsum zu mäßigen oder zu kontrollieren, auch wenn dabei Phasen gemäßigten Konsums oft durch Perioden von sowohl Abstinenz als auch problematischen

Konsums unterbrochen werden [8,9]. Aus der Evaluation von Therapieergebnissen geht ferner hervor, dass Kontrolliertes Trinken beispielsweise durch *behavioral self-control training* [10,11] und Reizexpositionstherapie [12,13] gefördert werden kann. Schließlich haben Erhebungen bei unbehandelten Stichproben gezeigt, dass Kontrolliertes Trinken durchaus auch spontan, d. h. offenbar ohne jegliche Intervention von Fachkräften vorkommen kann [14,15]. Ungeachtet des Standes der Forschung ist die Bereitschaft, Kontrolliertes Trinken als ein legitimes Therapieziel in Betracht zu ziehen, je nach Gesamtstruktur und paradigmatischer Ausrichtung von Therapiesystem zu Therapiesystem unterschiedlich ausgeprägt, wobei die Bereitschaft zur Integration von KT-Angeboten bei den Behandlungsanbietern in der Schweiz im internationalen Vergleich vergleichsweise hoch ausfällt [16]. Dies schlägt sich nieder einerseits in der zunehmenden Verbreitung und Akzeptanz von Programmen zum Erlernen des Kontrollierten Trinkens, andererseits in der Entwicklung von Konzepten zur Kontrolle und Steuerung des Konsums aus der Perspektive der Schadensreduktion.

Der aktuelle Stand der Forschung belegt, dass sowohl weniger schwer Abhängige als auch Teilgruppen von chronisch alkoholabhängigen Personen in der Lage sind, ihren Alkoholkonsum zu mäßigen oder zu kontrollieren.

Im Einzelnen zählen zu den jüngsten Entwicklungen die breit angelegte Einführung ambulanter Alkohol-KT-Programme in der Westschweiz nach kanadischem Vorbild, Ansätze zur Konsumkontrolle im Heimbereich und im Rahmen von Anlaufstellen („wet places“), Pilotversuche mit adaptierten KT-Programmen bei Schwerstabhängigen und die Übertragung des Ansatzes auf kontrollierten Konsum anderer Substanzen. Das einschlägige aktuelle Angebotsspektrum in der Schweiz fällt entsprechend differenziert aus (Abb. 1) und umfasst folgende Angebotstypen, welche in ihrem Aufbau und konzeptuellen Ansatz bereits anderweitig beschrieben sind:

- ▶ ‚Trinken mit Zielen und nach Plan‘, das KT-Programm nach Körkel (www.kontrolliertes-trinken.de/www.kontrolliertes-trinken.ch), als Einzel- und Gruppenprogramm seit 2004 in der deutschsprachigen Schweiz eingeführt [17]; erstes Pionierprogramm 2001: Fachstelle für Alkoholprobleme Bülach, ZH.
- ▶ Das Programm alcochoix+ für kontrolliertes Trinken (<http://www.alcochoix.ch>) adaptiert nach dem kanadischen Ansatz Alcochoix und in der Romandie 2008 lanciert [18]; erstes Pionierprogramm 2007: CENE, Neuenburg; NE.
- ▶ Der Beratungsansatz nach Isebaert seit 2003 bei der Aargauischen Stiftung Suchthilfe praktiziert [19].
- ▶ Das verhaltenstherapeutische Programm KISS (Kontrolle im Selbstbestimmten Substanzkonsum) welches sich nach dem Vorbild des Körkel KT-Programms als verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm an drogenabhängige Menschen richtet und seit 2009 bei ARUD Zürich (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen) eingesetzt wird [20].
- ▶ Trinken unter Kontrolle oder kontrollierter Alkoholausschank im Heimsektor und bei Anlaufstellen und Treffpunkten [21] wobei das Heim Le Pré-aux-Boeufs in Sonvilier, BE seit 1976 zu den Pionieren gehört [22]; der Treffpunkt t-alk, als ambulanter Raum für Alkoholikerinnen und Alkoholiker wurde als

erster seiner Art im Jahr 2001 vom Sozialdepartment der Stadt Zürich eröffnet [23].

Das Bundesamt für Gesundheit beauftragte 2002 ein internationales, interdisziplinäres Forschungsteam, welches einen umfassenden Überblick über den Stand des Wissens auf dem Gebiet des Kontrollierten Trinkens erarbeitete. Dieser Literaturbericht [24] wurde durch die Ergebnisse einer gesamtschweizerischen Umfrage bei 138 Behandlungsanbietern zur Einschätzung des Potenzials von KT- als Behandlungsziel ergänzt [25]. Diese Übersichtsarbeiten zum internationalen Forschungsstand und zur Einstellung der Behandlungsanbieter gegenüber KT bildeten den Ausgangspunkt für die im Folgenden vorgestellte Anschlussstudie.

Programme zum Kontrollierten Trinken: Kontext und Praxiserfahrungen im Spiegel einer Anbieterumfrage

Ziele der Umfrage Das von der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung (SSA) geförderte Projekt zielt auf eine detaillierte nationale Bestandsaufnahme der aktuellen Angebote zum Kontrollierten Trinken (KT) sowie zum Trinken unter Kontrolle (TK) in der Schweiz ab, in dessen Rahmen die Praxiserfahrungen der KT-Kursanbieter erhoben wurden. Die folgenden Teilergebnisse aus dieser Umfrage können somit im Sinne einer vorläufigen Prozessevaluation der wichtigsten KT-Programmtypen eingeordnet werden und lassen keine Schlussfolgerungen bezüglich der relativen Wirksamkeit verschiedener Programme zu.

Auswahl der Behandlungseinrichtungen Die Befragungsgesamtheit bildeten Behandlungsfachleute, welche bereits Erfahrungen mit der Durchführung von KT-Programmen gesammelt haben. Sie wurde ermittelt unter Heranziehung der Teilnehmer-/Institutionenverzeichnisse einschlägiger Trainingsprogramme, Internetrecherchen und Snowball Kontakte ausgehend vom Fachverband Sucht, „Fachgruppe Kontrollierter Konsum“. Entsprechend konnten 32 einschlägige Behandlungseinrichtungen in der deutschen Schweiz und 8 in der Romandie identifiziert und in eine Internetumfrage aufgenommen werden. Die Analyse basiert auf Interviews mit insgesamt n=34 Behandlungsfachleuten mit KT-Erfahrung.

Fragebogen als Instrument Der Fragebogen umfasste offene Fragen zur Einschätzung kursspezifischer Stärken und Schwächen der jeweiligen Programme zum Erlernen des Kontrollierten Konsums aus Sicht der Behandlungsfachleute und zu deren Positionierung im Behandlungsumfeld.

Analyseleitende Fragen Daten zur KT-Praxis in der Schweiz liegen bislang nicht vor; programminterne oder geplante Evaluationen (GREA) stellen in der Regel auf Wirksamkeitskriterien ab, vernachlässigen aber die Anwendungsdynamik („black box“), was generell eine Schwachstelle der ergebnisorientierten Therapieforschung darstellt [26]. Entsprechende Schwerpunkte der folgenden Analyse sind:

- ▶ Die Charakterisierung der Umsetzungsbedingungen von KT-Angeboten im Behandlungssystem;
- ▶ Ein deskriptiver Vergleich der alcochoix+Angebote in der Westschweiz und der KT- bzw. KISS-Programme nach Körkel;
- ▶ Die Gegenüberstellung der jeweiligen offiziellen Programmvorgaben und -kriterien und der Behandlungspraxis.

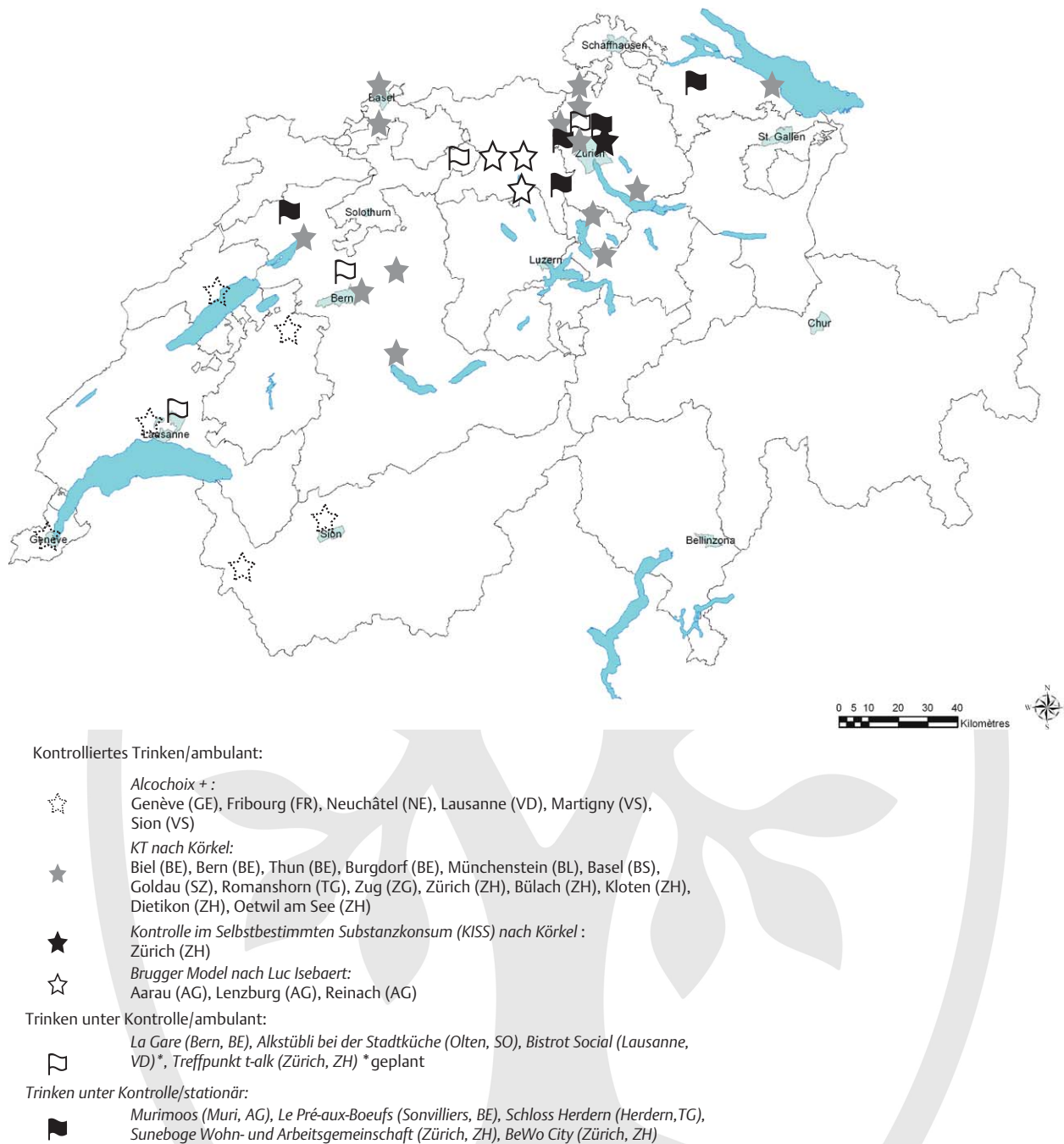


Abb. 1 Kontrollierter Alkoholkonsum und Trinken unter Kontrolle – Programmangebote in der Schweiz (2009).

Akzeptanz im Therapiesystem

Eine optimale Angebotsvermarktung – ein generelles Problem in der Suchtversorgung angesichts der geringen Inanspruchnahme – ist Voraussetzung für die Akzeptanz bei den Zielgruppen. So zeigte bereits eine Inhaltsanalyse der Medienberichterstattung zum kontrollierten Trinken in der Schweiz der Jahre 2000–2004, dass insbesondere Angehörige und sonstige Drittpersonen sich ausschließlich negativ zu solchen Behandlungsangeboten äusserten [27]. Entsprechende Vorbehalte werden jedoch nicht notwendigerweise von den Programmanbietern wahrgenommen. So berichtet lediglich etwa ein Viertel der befragten Fachpersonen über Widerstände bei der Einführung von KT-Angeboten (● Tab. 1).

Wenig überraschend spielen in diesen Fällen die übrigen abstinenzorientierten Akteure im Behandlungssystem eine Rolle, insbesondere hochschwellige stationäre Einrichtungen, welche u. a. auch die starke Opposition ehemaliger abstinenter Patienten ins Feld führen und befürchten, dass KT-Programme die Respektierung und Wertschätzung von Klienten, welche sich für das Abstinenzziel entschieden haben, mindern. Mittels einer einheitlichen Medienkampagne in der Westschweiz (2008) wurde eine Abgrenzung des Geltungsanspruches solcher Programme auf Alkoholmissbraucher klar propagiert, um entsprechende Konkurrenzbedürfnisse zu entkräften, ja deutlich zu machen, dass Teilnehmer an KT-Programmen potentielle Kunden für abstinenzorientierte Angebote sind: 64 % (n = 21) der befragten KT-

Tab. 1 Ausgewählte Indikatoren der KT-Praxiserfahrung bei 32 Kursleitenden nach Kurstyp gemäß Internetumfrage 2009.

Indikator KT-Durchführungspraxis	KT oder KISS nach Körkel (N = 20) (Anteil „Ja“ Antworten)	alcochoix + (N = 12) (Anteil „Ja“ Antworten)
„Haben Sie die Methoden im Laufe Ihrer Arbeit an Ihre Praxis angepasst (möglicherweise Inhalte und Vorgehensweise)?“ (Fr. 4)	14 (70 %)	8 (73 %)
„Meinen Sie, dass KT Angebote auch für abhängige Klienten sinnvoll sein können?“ (Fr. 24)	20 (100 %)	11 (92 %)
„Wenden Sie Ausschlusskriterien an, wenn sich bei Ihnen jemand für die Teilnahme an den KT Gruppen meldet oder an einer individuellen KT Behandlung interessiert ist?“ (Fr. 22)	14 (70 %)	5 (42 %)
„Gab es Widerstände gegen die Einführung des Angebotes?“ (Fr. 13)	5 (26 %)	3 (25 %)
„Begegnen Sie Problemen bei der Durchführung von KT Behandlungen?“ (Fr. 14)	6 (30 %)	3 (25 %)
„Welche Erfahrungen haben Sie ganz allgemein bei Ihrer Arbeit mit der KT Methode gemacht?“ (Fr. 25)		
Erfahrungen mit dem individuellem Angebot		
eher positiv	16 (89 %)	11 (92 %)
eher gemischt	2 (11 %)	0 (0 %)
eher negativ		1 (8 %)
Erfahrungen mit dem Gruppenangebot		
eher positiv	10 (77 %)	kein Gruppenangebot
eher gemischt	3 (23 %)	kein Gruppenangebot

Therapeuten (Individualangebot) geben an, dass Klienten ‚hin und wieder‘ in abstinenzorientierte Angebote wechseln und 15 % stellen das ‚häufig fest‘. Gleichzeitig signalisieren Umfrageteilnehmer Schwierigkeiten beim Gewinnen von Klienten und beklagen ungenügende Mittel für eine erfolgreiche Medienarbeit zur Vermarktung der Programme. In der Tat zeigen die Ergebnisse, dass es offenbar bislang nicht gelungen ist, die zweifellos große potentielle Zielgruppe für diese Angebote zu interessieren: Obwohl das KT-Gruppenprogramm von J. Körkel in 10 von 14 deutschschweizerischen Institutionen angeboten wird, gelang es nur 6 Einrichtungen in den letzten 12 Monaten einen Gruppenkurs durchzuführen. Dagegen haben 14 Deutschschweizer Institutionen *individuelle* KT-Behandlungen im Programm und auch während der letzten 12 Monate praktiziert. Ähnlich ist das Bild auch in der Romandie hinsichtlich des alcochoix+-Programms, das ebenfalls eher im individuellen Rahmen durchgeführt wird: Alle 8 Institutionen haben in den letzten 12 Monaten individuelle Behandlungen durchgeführt; nur in einem Fall wurde eine „post-alcochoix“ Gruppe durchgeführt.

Bislang ist es nicht gelungen, die zweifellos große potentielle Zielgruppe für die Angebote des Kontrollierten Trinkens zu erreichen.

Programmkonzept – Programmpraxis

Welche Erfahrungen werden von KT-Therapeuten mit den Programmen gemacht und wie gehen sie damit um? Hierauf angesprochen berichten 77 % der Kursverantwortlichen über eher positive und 23 % über eher gemischte Erfahrungen mit dem Gruppenangebot. Die Erfahrungen mit dem praktizierten individuellen KT-Angebot in der Deutschschweiz und der Romandie sind aus Sicht der Therapeuten durchweg positiv (91 %). Trotz dieser insgesamt positiven Allgemeineinschätzung weisen die gängigen KT-Programme aus Sicht der KT-Therapeuten durchaus Schwachstellen auf. Die Mehrheit der KT-Therapeuten (73 %) gibt denn auch an, die Programme an ihre Praxis anzupassen und zwar unabhängig davon, ob sie mit dem alcochoix+ oder dem KT-Programm nach Körkel arbeiten (vgl. [Tab. 1](#)). Dies ist insofern bemerkenswert, als die Auswahl des alcochoix+-Programms teilweise auf der Annahme beruhte, dass das helvetisierte, kanadische Programm flexibler und besser an die ‚Thera-

piekultur‘ der Romandie angepasst sei als das KT-Programm nach Körkel.

Die KT-Praktiker verweisen auf folgende Veränderungen, um ‚Praxistauglichkeit‘ herzustellen:

- **Mehr Flexibilisierung und Individualisierung:** „Kein stures Festhalten an den Vorgaben“; „prozesshafter, weniger strukturierter, eher individueller Vorgehen“; „ich mache keinen Auswertungsbogen nach jeder Stunde, da ihn die Klienten als lästig empfinden“; „Anpassung an die berufliche Situation, ob Paarbeziehung in der Krise oder nicht und die psychologische Verfassung des Klienten“.
- **Programmkürzungen:** „Oft reicht das Vermitteln weniger Grundlagen zum Erfolg“, „teilweise nehme ich einzelne Module heraus“.
- **Inhaltliche Ungewichtungen:** „Stärkere Verantwortung in Bezug auf das Selbstmanagement, mehr Gewicht auf den Umgang mit sozialen Verführungssituationen“.
- **Anreicherung der Konzepte, Umnutzung von Materialien:** „zusätzliche Informationen zu neurobiologischen Zusammenhängen“; „Ich orientiere ich mich an meinen sonstigen psychotherapeutischen Grundsätzen, ergänzt durch Elemente nach Körkel“; „Anpassung bestimmter Schemata und Veränderung der zeitlichen Abfolge“.
- **Weitere Zielgruppenveränderungen:** „Wir wenden diese Ansätze auch bei nichtstofflichen Abhängigkeiten an“; „wir setzen das Programm für alle Substanzen einschließlich Alkohol ein, insbesondere auch bei gleichzeitiger Substitution mit Opioiden“.

Die zentrale Grundannahme, dass KT-Angebote sich nicht an *abhängige* Personen richten, für diese ungeeignet seien und Suchtschwere ein Ausschlussgrund ist, wird – unabhängig vom Programmtyp – mit einer Ausnahme, von allen Befragten *nicht* geteilt (vgl. [Tab. 1](#)).

Die Mehrheit der KT-Therapeuten gibt an, die Programme an ihre Praxis anzupassen. Die zentrale Grundannahme, dass KT-Programme für abhängige Personen ungeeignet seien, wird nicht geteilt.

Eine inhaltsanalytische Auswertung der Antwortkommentare ergibt folgende Funktionen der KT-Programme aus Sicht der Praktiker:

- **Klärung der individuellen Therapiezielpräferenzen:** „weil es diesen Umweg zur Einsicht/Abstinenzziel oft braucht“; „Man soll ihnen eine Wahl ermöglichen zwischen ‚Weitermachen wie bisher‘, kontrolliertem Konsum und Abstinenz“; „der abhängige Klient kann die Erfahrung machen, dass Kontrolle viel komplizierter ist als Abstinenz“; „Klient kann überprüfen, ob diese Strategie für ihn/sie geeignet ist“; „KT-Programm mit abhängigen Patienten, die Abstinenz ablehnen und KT-testen können“.
- **Schadensminderung:** „Besser als nichts und Schritt auf dem Weg“; „niederschwelligeres Ziel als Abstinenz“; „Ermöglicht Klienten dort abzuholen, wo sie stehen“; „Weil es nachweislich zu einer Trinkmengenreduktion kommt“.
- **Einübung von Selbstkontrolle und Empowerment:** „Insbesondere für Abhängige geeignet, da per Definition die verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch ja eine zentrale Rolle spielt.“; „KT-vermittelt alkoholologische Grundkenntnisse/ Werkzeuge zur Problemverfolgung und erlaubt Erfahrung mit ‚gestützter Selbstkontrolle““.
- **Stärkung der Änderungsmotivation:** „Entscheid soll Motivation für Veränderungen unterstützen“; „Weil die Überprüfung und Erfahrung die Motivation ausmachen. Klientenorientierung ist mir wichtig“; „Weil Therapieneueinsteiger mit wenig Einsicht in die Zusammenhänge ihres Konsumverhaltens erste Erfahrungen machen; können im Rahmen stützender Gruppe zur Selbstreflexion geführt werden“.

KT-Programme erfüllen verschiedene therapeutische Funktionen: Sie dienen sowohl der Schadensminderung wie auch der Klärung der Therapieziele, der Stärkung der Änderungsmotivation und Einübung von Selbstkontrolle.

Unterschiede zwischen der alcochoix+ Praxis und der Umsetzung der KT-Methode nach Körkel zeigen sich einzig in der unterschiedlich ausgeprägten Bereitschaft, Ausschlusskriterien zu verwenden: Ziehen 64% Personen, die mit den Körkel – Ansätzen arbeiten solche Kriterien heran, so sind es gerade 42% derjenigen, die mit alcochoix+ arbeiten (vgl. **Tab. 1**).

Als **Ausschlusskriterien** genannt werden in der Regel Kombinationen folgender Einzelumstände: Schwangerschaft, bestehende Abstinenz, Folgeerkrankung oder körperliche Schädigung, Medikation, Justizauflagen, Gewalt, Alter, sprachliche oder intellektuelle Unzulänglichkeiten, absehbare negative Einflüsse auf das Gruppengeschehen, kein Erfolg bei wiederholten KT-Versuchen, Psychosen, Demenz, fehlende Motivation, Entzugssymptome, morgendlicher Alkoholkonsum, Mehrfachabhängigkeit.

Diskussion

Die aktuelle Diskussion in der Schweiz um die Revision der Alkoholgesetzgebung und eine integrierte Suchtpolitik (‚Würfelmodell‘) [28,29] geht davon aus, dass dem Kontinuum der Abhängigkeitserkrankungen auch ein Kontinuum angemessener Interventionen entsprechen sollte [30]. Diese Diskussion führt zur wechselseitigen Anwendung von Konzepten bei legalen und illegalen Drogen. Schadensreduktion, Substitution und die Perspektive des moderaten, kontrollierten Konsums werden nicht länger

nur bei illegalen Drogen thematisiert, sondern auch bei Alkohol und Tabak. Dies schlägt sich auch in der übergeordneten Vision der schweizerischen Alkoholpolitik im Nationalen Programm Alkohol (NPA) 2008–2012 nieder: „Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies ohne sich selbst und anderen Schaden zuzufügen“ und im Rahmen des NPA sind als Oberziele die Verringerung der Anzahl alkoholabhängiger Personen *und* eine Reduktion des problematischen Alkoholkonsums festgelegt [31]. Der vorliegende Beitrag illustriert am Beispiel einer Umfrage bei KT-Therapeuten exemplarisch Chancen und Widerstände bei der Einführung von Behandlungsangeboten, welche in erster Linie auf die Reduzierung von Alkoholmissbrauch ausgerichtet sind und unterstreicht den Nutzen von Rückkoppelungsprozessen zwischen Interventionspraxis und Interventionsmodellen. Künftige Forschungs- und Praxisherausforderungen im Bereich ‚moderater Konsum‘ im Interesse einer evidenzbasierten Diversifizierung des Therapieangebotes betreffen:

- Prozess- und Ergebnisevaluationen ‚konkurrierender‘ KT-Ansätze im ambulanten Sektor: Eine Evaluation von alcochoix+ ist vom Fachverband GREA für 2010 vorgesehen, die Replikation aktueller Evaluationsergebnisse für das KT-Modell nach Körkel [32] in der Schweiz steht noch aus.
- Durchführung von KT-Pilotprojekten im stationären Bereich unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit Konzepten zur Konsumsteuerung bei Wohnheimen: Suchtfachkliniken haben zieloffene Konzepte nach Austritt, halten jedoch weiterhin an Abstinenzvereinbarungen während der Therapie fest, deren Funktionalität empirisch zu überprüfen wäre.
- Abklärung der Schnittstelle KT- und Konsumsteuerung: Ein Pilotprojekt in Anlehnung an eine deutsche Referenzstudie [33] ist gegenwärtig beim Zürcher Alkoholikerinnen und Alkoholiker Treffpunkt t-alk [23] in Vorbereitung.
- Programmierproben über ein breiteres Spektrum von Suchtproblematiken (vgl. zu Cannabis [34]).

Interessenkonflikt

Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Fazit für die Praxis

Mit Blick auf eine zieloffene Behandlungs- und Beratungspraxis, welche ein breites Spektrum von Erfolgskriterien einschließt, ist der flexible Einsatz von Programmen zum Erlernen des Kontrollierten Trinkens durchaus angezeigt. Es geht nicht darum, Abstinenz gegen Kontrolliertes Trinken ‚auszuspielen‘, sondern den Klienten bei der Erprobung unterschiedlicher Zielsetzungen zu begleiten. Die Ansprache neuer Zielgruppen setzt allerdings kontinuierliche Aufklärungsarbeit und erheblichen Mitteleinsatz beim Marketing voraus. Die traditionelle Verabsolutierung der Abstinenzzielsetzung hat zu Suchtbildern in der Bevölkerung geführt, welche die Beurteilung davon abweichender Behandlungsangebote bislang noch deutlich beeinflussen dürften.

Zur Person



Dr. rer. pol. Dr. h. c. Harald Klingemann ist Soziologe und Volkswirt und war langjähriger Forschungsleiter bei der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). Gegenwärtig ist er für den Geschäftsbereich ‚Forschung‘ an der südhang Klinik für Suchttherapien im Rahmen des Forschungsverbundes atf (alkoholismus therapie Schweiz)

verantwortlich und als Projektleiter an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich – Bereich Substanzstörungen – tätig. Natürliche Verläufe von Suchtkarrieren und die vergleichende Analyse von Behandlungssystemen sind seine Forschungsschwerpunkte. Aktuell befasst sich Harald Klingemann mit den Themenkreisen ‚Kontrolliertes Trinken als Therapieoption‘, ‚Maskulinität und Sucht‘ sowie ‚Selbstheilungsstrategien bei Adipositas‘.

Literatur

- 1 Klingemann H, Takala JP et al. Cure, care, or control – Alcoholism treatment in sixteen countries. New York: State University of New York Press; 1992
- 2 Klingemann H, Takala JP et al. The development of alcohol treatment systems – An international perspective. Alcohol Health & Research World 1993; 17: 221–227
- 3 Klingemann H, Hunt G, Hrsg. Drug treatment systems in an international perspective: Drugs, demons and delinquents. Thousand Oaks, CA, Sage Publications Inc 1998
- 4 Dawson DA, Grant BF, Stinson FS et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. Addiction 2005; 100: 81–292
- 5 Dawson DA, Grant BF, Stinson FS et al. Estimating the effect of help-seeking on achieving recovery from alcohol dependence. Addiction 2006; 101: 824–834
- 6 Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: A 3-year follow-up. Alcoholism, Clinical and Experimental Research 2007; 31: 2036–2045
- 7 Klingemann H, Bergmark A. The legitimacy of addiction treatment in a world of smart people. Addiction 2006; 101: 1230–1237
- 8 Dawson DA. Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1996; 20: 771–779
- 9 Sartor CE, Jacob T, Bucholz KK. Drinking course in alcohol-dependent men from adolescence to midlife. Journal of Studies on Alcohol 2003; 64: 712–719
- 10 Hester RK, Miller WR. Self-control training. Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives. In: Hester RK, Miller WR, Hrsg. Boston: Allyn and Bacon 1989; 141–149
- 11 Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. Behavior Therapy 2000; 31: 135–149
- 12 Heather N, Tebbutt JS, Greeley JD. Alcohol cue exposure directed at a goal of moderate drinking. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 1993; 24: 187–195
- 13 Sitharthan T, Sitharthan G, Hough MJ et al. Cue exposure in moderation drinking: A comparison with cognitive-behavior therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1997; 65: 878–882
- 14 Klingemann H, Sobell L. Selbstheilung von der Sucht? Auf dem Wege zu einer selbstheilungsfreundlichen Gesellschaft. Wiesbaden: VS-Verlag; 2006
- 15 Klingemann H, Sobell MB, Sobell LC. Continuities and changes in self-change research. Addiction (im Druck)
- 16 Klingemann H, Rosenberg H. Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programs. European Addiction Research 2009; 15: 121–127
- 17 Gernet R. Das Programm nach Körkel bei der Berner Gesundheit. SuchtMagazin 2008; 34: 17–19
- 18 Gache P, Girod I, Savary F. Das Programm Alcochoix+ in der Romandie. SuchtMagazin 2008; 34: 23–25
- 19 Rickenbacher R. Der Beratungsansatz nach Isebaert bei der Aargauischen Stiftung Suchthilfe. SuchtMagazin 2008; 34: 20–25
- 20 Stark L. Kontrollierter Substanzkonsum als Therapieziel bei GAIN Zürich. SuchtMagazin 2008; 34: 32–38
- 21 Bosshard E. Kontrollierter Alkoholausschank am Beispiel des Schloss Herdern. SuchtMagazin 2008; 34: 26–29
- 22 Schweizer B. Endlich Ruhe! Ein jurassisches Hospiz leistet Pionierarbeit in der kontrollierten Alkoholabgabe. Die Weltwoche 1998, Nr. 41, 8. Oktober: S. 74
- 23 Griching E, Frei A, Rehm J. Evaluation des Treffpunkts für Alkoholikerinnen und Alkoholiker t-alk – Zielgruppenbefragung und Institutionsbefragung. Bericht im Auftrag des Sozialdepartements der Stadt Zürich. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung ISF Nr. 143, 2002
- 24 Klingemann H, Room R, Rosenberg H et al., Hrsg. Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens. Bern: University of Applied Sciences Bern, School of Social Work; 2004
- 25 Klingemann H, Rosenberg H, Schweizer B et al. Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Gesamtschweizerische Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung. Bern: Research Report F03-90, University of the Applied Sciences Bern, School of Social Work; 2005
- 26 Orford L. Asking the right questions in the right way: The need for a shift in research on psychological treatments for addiction. Addiction 2008; 103: 875–885
- 27 Klingemann H, Schatzmann S. Forschungs- und Diskussionsstand zum Kontrollierten Trinken in der Schweiz und ausgewählten Nachbarländern. In: Klingemann H, Room R, Rosenberg H, Schatzmann S, Sobell LC, Sobell MB, Hrsg.. Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens. Bern: University of Applied Sciences Bern, School of Social Work; 2004; 80–112
- 28 Berthel T. Das Würfelmodell der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Abhängigkeiten 2006; 12: 25–31
- 29 Huber H. Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen www.psychosaktiv.ch. Bern: Eidgenössische Kommission für Drogenfragen EKDF; 2006
- 30 Klingemann H. Internationaler Vergleich: Staatliche Interventionen im Suchtbereich – Hindernisse auf dem Weg zu einem Integrationsmodell. Abhängigkeiten 2006; 12: 55–63
- 31 Bundesamt für Gesundheit, Hrsg. Nationales Programm Alkohol 2008 – 2012. Bern: BAG Sektion Alkohol und Tabak; 2008
- 32 Körkel H. Behavioural self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group approach. Addiction Research and Theory 2006; 14: 35–49
- 33 Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), Hrsg. Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft; 2007
- 34 Hubrich R, Hülsler G, Minder W et al. Realize it! Beratung bei Cannabiskonsum. SuchtMagazin 2008; 34: 34–38