

An die

Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit



Institut für Suchtforschung  
Frankfurt am Main

Gebäude 2 / Raum 328  
Prof. Dr. Heino Stöver  
Tel. +49 (0)69 1533-2823  
Fax +49 (0)69 1533-2809  
E-Mail: [hstoever@fb4.fra-uas.de](mailto:hstoever@fb4.fra-uas.de)

Datum: 26. Februar 2021

[www.frankfurt-university.de/ISFF](http://www.frankfurt-university.de/ISFF)

**Stellungnahme zur  
Öffentlichen Anhörung zur Alkoholpräventionsstrategie  
am 3. März 2021**

**Inhalt**

|  |    |
|--|----|
| 1. Epidemiologie .....   | 2  |
| 2. Gesundheitliche Risiken.....                                | 6  |
| 3. Präventionsziele.....                                       | 6  |
| 3.1. Abstinenzorientierung als allgemeingültiger Ansatz? ..... | 6  |
| 3.2. Zieloffene Suchthilfe .....                               | 8  |
| 3.3. Harm Reduction (Schadensminderung).....                   | 11 |
| 3.4. Harm Reduction als innovativer Ansatz.....                | 13 |
| 3.5. Das Konzept des „Kontrollierten Trinkens“ .....           | 15 |

|   |    |
|---|----|
| 3.6. Was versteht man unter diesem Konzept ‚Kontrolliertes Trinken‘? .....  | 16 |
| 3.7. Die Wirksamkeit der Trinkmengenregulation .....  | 18 |
| 3.8. Die Optimierung zieloffener Ansätze .....  | 20 |
| 4. Stärkung der Resilienzfaktoren.....  | 23 |
| 5. Beziehungen .....  | 24 |
| 6. Integration von Achtsamkeit .....  | 26 |
| 7. Mindful-Based Relapse Prevention .....   | 27 |
| 8. Wirksamkeit von Achtsamkeit .....  | 29 |
| 9. Partizipation und Konsumkompetenzen stärken – Betroffene zu Beteiligten machen.....  | 31 |
| 10. Geschlechtsspezifischer Ansatz in der Prävention .....  | 31 |
| 10.1.Hintergründe .....   | 32 |
| 10.2. Wahrung von Autonomie und Ressourcenorientierung - Förderung der<br>Gesundheitskompetenz von Männern in der Ansprache und Prävention..... | 34 |

## 1. Epidemiologie

Deutschland ist ein Hochkonsumland was Alkohol anbetrifft (siehe WHO-Daten<sup>1</sup> Grafik 1): Der Konsum reinen Alkohols pro Kopf der Bevölkerung (15 Jahre +) beträgt mehr als 13l und ist damit im europäischen und weltweiten Vergleich relativ hoch.

Diese Alkoholaffinität ist historisch gewachsen und verdeutlicht die gesellschaftliche Akzeptanz des Konsums dieser psychoaktiven Droge.

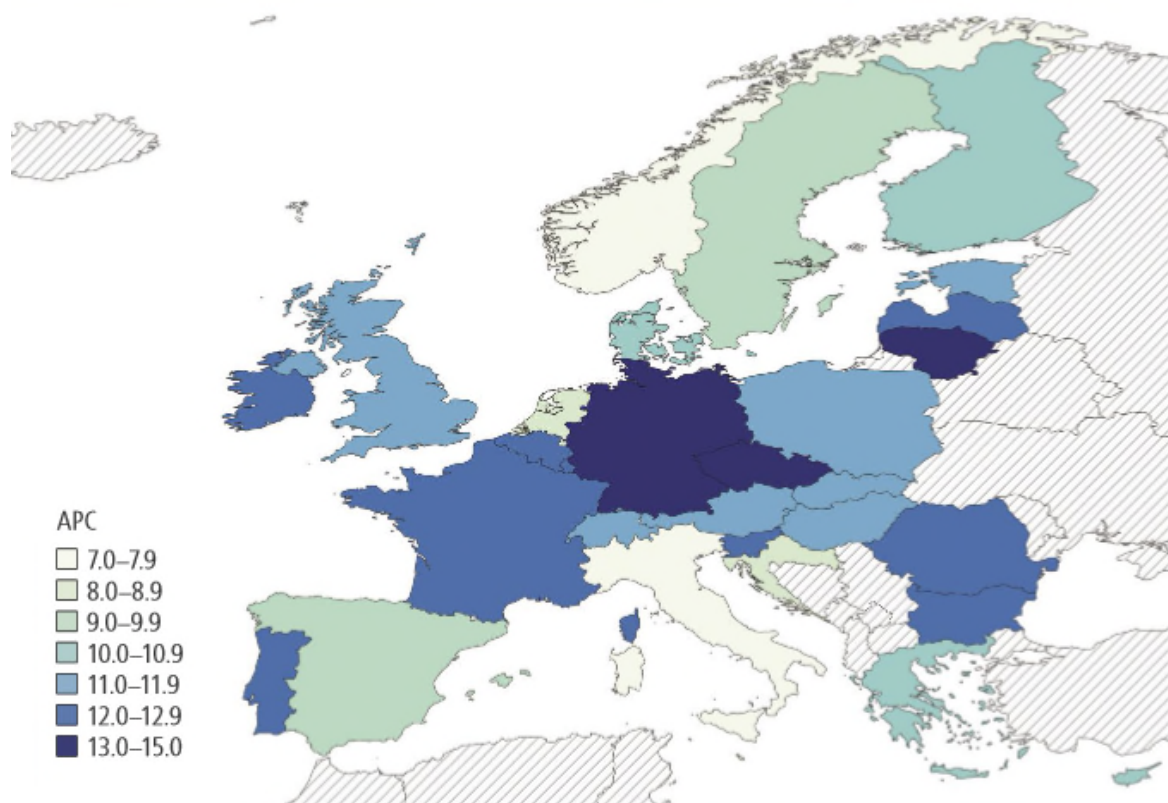
Der permissive Umgang mit Alkohol zeigt seinen sozialen Status allgemeines Kulturgut, bei zahlreichen gesellschaftlichen Anlässen akzeptiert oder gar ritualisiert eingebunden in zahlreiche Traditionen. Ein hoher Pro-Kopf-Konsum und ein früher Einstieg auch der jungen Bevölkerung in den regelmäßigen oder episodisch intensiven Konsum sind die Folge und erklären eine hohe alkoholbezogene Morbidität und Mortalität. Jährlich sind in Deutschland etwa 74 000 Sterbefälle auf den Alkoholkonsum zurückzuführen, dies entspricht etwa 10 % der Gesamtmortalität<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://t1p.de/heyf>

Bei Jugendlichen ist seit Jahren eine rückläufige Tendenz beim Alkoholkonsum festzustellen während leichte Anstiege bei jungen Erwachsenen zu verzeichnen sind laut Studiendaten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die neuen Studienergebnisse zeigen, dass aktuell 8,7 Prozent der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren regelmäßig, also mindestens einmal wöchentlich, Alkohol konsumieren. Das ist ein historisch niedriger Stand. In dieser Altersgruppe lag dieser Wert im Jahr 2004 noch bei 21,2 Prozent.

Fig. 2. APC among adults (15+) in EU+ in litres of pure alcohol, 2016



Grafik 1: Alkoholkonsum pro Kopf der Bevölkerung (15 Jahre +). Quelle: WHO: Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019

<sup>2</sup> John U, Hanke M: Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country Germany. Alcohol Alcoholism 2002, 37; 581–5 [CrossRef MEDLI](#)

Unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren geben aktuell 33,4 Prozent an, regelmäßig Alkohol zu trinken. Dies ist ein seit dem Jahr 2014 gleichbleibender Wert. Ausgehend vom Jahr 2004 mit 43,6 Prozent ist eine langfristig rückläufige Entwicklung zu beobachten.<sup>3</sup>

Verbunden mit Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft sind erhebliche Belastungen der Gesundheit und des sozialen Wohlbefindens der Konsument\*innen selbst, aber auch ihrer Partner\*innen und Angehörige, sowie der Gesamtgesellschaft. Allein die Zahl der unter Alkoholeinfluss verübten Straftaten beträgt etwa 13%, wobei viele dieser Straftaten allein auf Gewaltdelikte entfallen (Tabelle 1):

| Straftaten(gruppen) 2010                   | insgesamt | mit Alkoholeinfluss | in % |
|--|-----------|---------------------|------|
| Widerstand gegen die Staatsgewalt          | 22.929    | 14.707              | 64,1 |
| Gewaltkriminalität (insgesamt)             | 194.373   | 61.824              | 31,8 |
| - Mord                                     | 834       | 131                 | 15,7 |
| - Totschlag und Tötung auf Verlangen       | 1.872     | 697                 | 37,2 |
| - Vergewaltigung und sexuelle Nötigung     | 6.675     | 1.858               | 27,8 |
| - Sonstige sexuelle Nötigung               | 4.910     | 1.063               | 21,6 |
| - Raub, räuberische Erpressung etc.        | 32.790    | 5.934               | 18,1 |
| - Zechanschussraub                         | 86        | 50                  | 58,1 |
| - Körperverletzung mit Todesfolge          | 128       | 36                  | 28,1 |
| - Gefährliche und schwere Körperverletzung | 159.119   | 54.298              | 34,1 |
| Sachbeschädigung                           | 163.028   | 44.133              | 27,1 |
| (Vorsätzliche) Brandstiftung etc.          | 4.771     | 889                 | 18,6 |
| Alle Tatverdächtigen                       | 2.152.803 | 284.128             | 13,2 |

Tab. 2.3: Alkoholeinfluss bei Tatverdächtigen 2010 (Polizeiliche Kriminalstatistik 2010, Tab. 22)

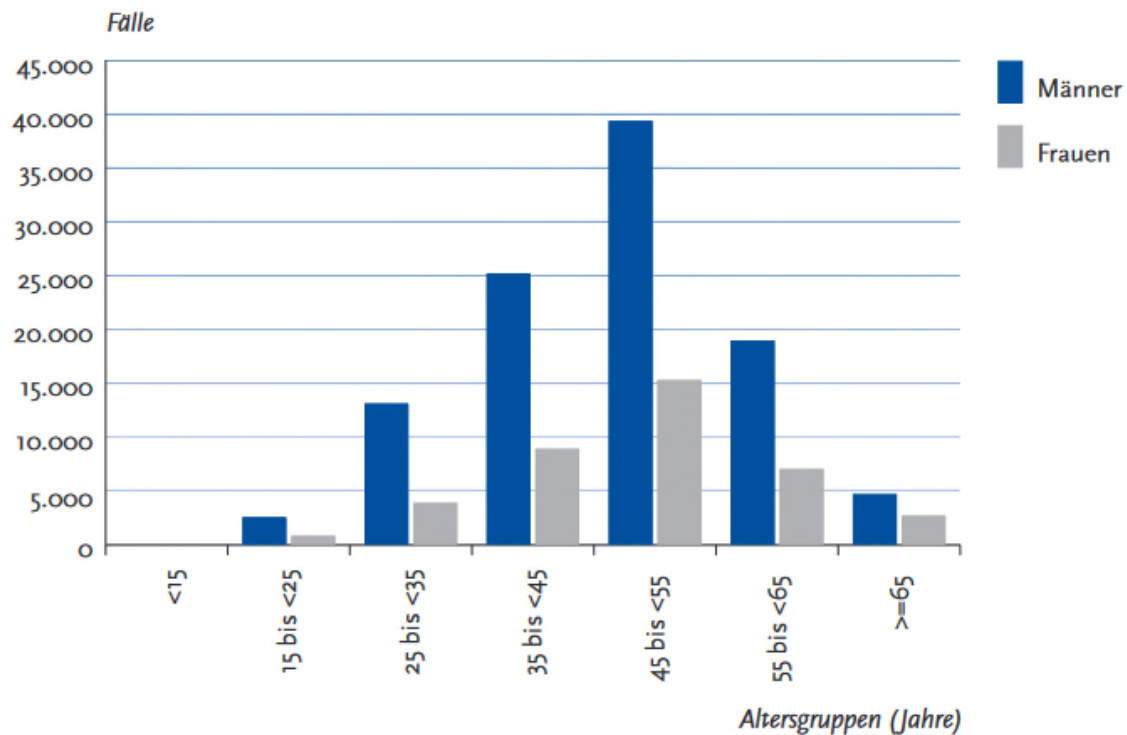
<sup>3</sup> <https://t1p.de/59y3>

Tabelle 1: Alkoholeinfluss bei Tatverdächtigen 2010. Quelle: DHS: Alkoholabhängigkeit, Suchtmediz. Reihe , Bd. 1, S. 20<sup>4</sup>;

Ein weiteres Beispiel bietet die Krankenhauseinweisungsstatistik. Insbesondere bei Männern bilden alkoholbezogene Störungen die häufigste Diagnose bei der Einweisung (siehe Grafik 2).

**Abbildung 2.5.2**  
Fälle von Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) nach Geschlecht nach der Krankenhausdiagnosestatistik im Jahr 2012

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt [61]



Grafik 2: Fälle von Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) nach Geschlecht nach der Krankenhausdiagnosestatistik im Jahr 2021.

<sup>4</sup> [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Broschueren/Suchtmedizinische\\_Reihe\\_1\\_Alkohol.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmedizinische_Reihe_1_Alkohol.pdf)

## 2. Gesundheitliche Risiken

Ein geringfügiger und nur gelegentlicher Alkoholkonsum gilt als gesundheitlich unbedenklich. Die Menge ist entscheidend für die daraus entstehenden gesundheitlichen Risiken. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) legt einen täglichen durchschnittlichen Grenzwert von 12 g reinen Alkohols für Frauen und 24 g reinen Alkohols für Männer fest. Empfohlen werden wenigstens zwei alkoholfreie Tage pro Woche<sup>5</sup>. Legt man diese Grenzwerte zugrunde, so sind die jährlichen Gesamtmengen an Reinalkohol bei Frauen bei etwa 4,4 L und bei Männern bei 8,8 L anzusiedeln. Der durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch reinen Alkohols von mehr als 13l in der Bevölkerung (15 Jahre +) geht jedoch weit über diese empfohlene Grenze hinaus.

## 3. Präventionsziele

### 3.1. Abstinenzorientierung als allgemeingültiger Ansatz?

Der Begriff „Abstinenz“ beschreibt allgemein betrachtet die Enthaltensamkeit (vgl. Duden, 2018a). Diese kann sich auf ganz unterschiedliche Lebensbereiche beziehen. Die gesellschaftliche Internalisierung dahingehend, dass die Alkoholgebrauchsstörung eine Krankheit ist, welche ausschließlich durch Abstinenz, also den völligen Verzicht auf Alkohol, zu heilen ist, stellt für viele eine unumstrittene Zieloption dar (vgl. Körkel, 2017, S. 18).

Die gegenwärtigen und etablierten Therapiemöglichkeiten bei Alkoholgebrauchsstörungen, belaufen sich auf einen grundlegenden, vorgegebenen Weg. Dieser enthält vier Komponenten, die erfüllt werden müssen, um die Erfolgsaussichten zu erhöhen. Dabei ist der persönliche Motivationsaspekt des Betroffenen zunächst entscheidend. Weiterhin folgt die Entgiftungs- oder Entzugsphase, die Entwöhnungsphase und die

---

<sup>5</sup> Seitz HK, Bühringer G, Mann K: Grenzwerte für den Konsum alkoholhaltiger Getränke. In: DHS (eds): Jahrbuch Sucht 2008, Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft mbH 2009.

Weiterbehandlungsphase (vgl. Soyka, 2009, S. 100). Dieser ausschließlich abstinenzorientierte Ansatz<sup>6</sup> war in der Drogenpolitik lange Zeit stark verbreitet (vgl. Schmidt-Semisch/Stöver, 2012, S. 2f.).

Abzuleitende Hauptziele der Renten- und Krankenkasse, welche sich aus dem beschriebenen, gängigen Therapieverfahren ergeben, sind hierbei die Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden einerseits sowie die Ermöglichung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben andererseits (vgl. §9 SGB VI). Während der Behandlungen verlangen die Kostenträger regelmäßige Abstinenznachweise um den Erfolg der Behandlung auszumachen. Der Abstinenzansatz ist also demnach das Hauptziel der Kostenträger (vgl. Buschmann-Steinhage/Zollmann, 2008, S. 63).

Um diesen Therapieweg finanziell erstatten zu können, benötigen die Gesundheitskassen eine Grundlage oder auch eine Diagnose, auf welche sie sich berufen können. Diese sind unter anderem im F-10 ICD-10 klassifiziert. Dabei werden verschiedene Störungen, welche durch Alkoholkonsum verursacht sind aufgeführt. Unter anderem findet man auch Kriterien, die eine Abhängigkeit beschreiben (vgl. ICD-Code, 2019). Geschaffen wurde diese Grundlage von Elvin Morton Jellinek (1960), einem US-amerikanischen Physiologen, welcher erstmals den medizinischen Krankheitscharakter der Alkoholgebrauchsstörung definiert hat. Dieses Krankheitsmodell wurde im Wesentlichen durch die Erfahrungen der Anonymen Alkoholiker (AA) gestützt (vgl. Körkel, 2017, S. 18).

Bei den Anonymen Alkoholikern, handelt es sich um eine weltweit verbreitete Selbsthilfeorganisation, welche hauptsächlich durch abstinente Menschen, die eine Alkoholvergangenheit hinter sich haben, geleitet wird (vgl. Soyka, 2008, S. 347). Ein unabdingbarer Bestandteil und Grundsatz, nach welchem die Anonymen Alkoholiker leben, stellt demnach die Abstinenz sowie die Aufrechterhaltung der Abstinenz dar (vgl. Anonyme Alkoholiker, 1989, S. 144).

---

<sup>6</sup> Batra, Anil; Müller, Christian A.; Mann, Karl; Heinz, Andreas (2016): Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol - Diagnostik und Behandlungsoptionen. In: Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 301-10; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0301

„Die einzige Voraussetzung für die AA-Zugehörigkeit ist der aufrichtige Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören“ (Anonyme Alkoholiker, 1989, S. 133). Neben den Anonymen Alkoholikern bestehen jedoch viele weitere Selbsthilfeorganisationen, deren Ziel ebenfalls die Abstinenz darstellt. Dazu gehören: Das Blaue Kreuz, der Kreuzbund sowie der Guttemplerorden (vgl. Soyka, 2008, S. 346f.).

Einfluss auf das derzeit gängige Therapieverfahren hat neben den Gesundheitskassen auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), welches ebenfalls Einfluss auf die Alkoholpolitik ausübt und den Gesundheitskassen übergeordnet ist (vgl. Soyka, 2008, S. 309).

Neben diesen Bestimmungen hat sich dieser Weg aus einer Sucht vor allem im Denken der Gesellschaft verharret. Trotz der Hilfe, die das Modell der Abstinenz für einige Menschen bereithält, sind die Rückfallquoten sehr hoch (vgl. DHS, 2014). Um die Erfolgsquoten zu erhöhen und breitere Massen anzusprechen, wurde in den letzten Jahrzehnten ein neuer Ansatz implementiert, welcher im nächsten Absatz beleuchtet wird.

### 3.2. Zieloffene Suchthilfe

Die meisten Menschen mit problematischem Substanzkonsum sind für ein gänzlich alkoholfreies Leben nicht zu gewinnen – weil sie eine Karriere des Scheiterns mit Abstinenzversuchen und -behandlungen hinter sich haben, mit Abstinenz (momentan) überfordert sind oder diese nicht ihren Lebensvorstellungen entspricht (Körkel 2012). Wird eine Abstinenzbehandlung auf äußeren Druck begonnen, ist mit abstinenzzielbedingtem Widerstand, Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen zu rechnen (Körkel 2015).

Für die Drogenhilfe bedeutet das, die Zielvorstellungen und die momentan verfügbaren und mobilisierbaren Ressourcen der Betroffenen ernst zu nehmen und in einen dialogischen und zieloffenen Prozess einzutreten über die Ziele, Ressourcen und Potential des Klienten/Patienten. Es gilt also das Selbstbestimmungsrecht von Men-



schen mit Drogengebrauch anzuerkennen, sie zu unterstützen, auch wenn die Zielsetzungen nicht immer den beraterischen/therapeutischen Zielvorstellungen entsprechen (z.B. ‚lediglich‘ Trinkmengenregulation bei Alkoholgebrauchsstörungen). Professionelle Berater\*innen können ihr Know-How, ihre Erfahrungen einbringen, aber letztlich sollten Patient\*innen selbst über die Zielsetzung der Beratung und Behandlung entscheiden können. Dazu braucht es Beratungs- und Therapiesettings die ‚zieloffen‘ arbeiten – dies ist jedoch gegenwärtig nicht möglich in vielen Kliniken, die sehr eindimensional nur auf Abstinenz als einzigem und alleinigem Ziel fokussieren (z.B. die meisten ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen).

Wir gehen davon aus, dass die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit problematischem Substanzkonsum zu einer vermehrten und früheren Behandlungsinanspruchnahme führen wird, und letztlich zu Erfolgen bei der Überwindung problematischer Konsummuster (Körkel/Verthein 2010). Gegenwärtig beträgt die Zeitspanne zwischen erstmalig aufgetretenem Problem und der Inanspruchnahme der Behandlung bei den meisten Substanzen Jahre und bei Alkohol Jahrzehnte. Ein Grund – neben Stigmatisierungs- und Diskriminierungsängsten – könnte sein, dass die Abstinenzfixierung als Voraussetzung und Ziel der Behandlung abschreckend wirkt.

Eine „zieloffene Aufstellung“ des Sucht- und Gesundheitssystems würde begünstigen, dass mehr Menschen mit riskantem Drogenkonsum erreicht, zu einer Konsumänderung motiviert, einer von ihnen akzeptierten Behandlung zugeführt, in der Behandlung gehalten, und zu einem erfolgreichen Behandlungsergebnis befähigt werden.

Dazu braucht es Konzepte der zieloffenen und akzeptierenden Drogenhilfe, die attraktive und klientenorientierte Ansätze verfolgt, die das Selbstbestimmungsrecht in der Zielwahl von Menschen mit für sie problematischem Drogenkonsum anerkennen.

Diese Form der Drogenarbeit ist darauf ausgerichtet, die Bedürfnisse, Ressourcen und Lebenslagen der Konsumierenden als Ausgangs- und Auftragsbasis einer gemeinsam diskutierten Zielsetzung der Hilfe zu machen. Diese „Bemündigung“ hat große Auswirkungen auf Formen und Inhalte der Drogenhilfe, denn es geht um die

individuelle, zeitlich begrenzte, aber punktgenaue Unterstützung der Hilfesuchenden bei der Zielerreichung. Diese kann vielfältig sein: Reduzierung des Gebrauchs, Kontrollgewinne, Reduzierung/Aufgabe des Beigebrauchs, Erleben sog. funktionaler Äquivalente (Kunst, Bewegung, Sport etc.). Auch im Bereich des Konsums legaler Substanzen haben sich Änderungen vollzogen, die allgemein gesprochen auf mehr „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzgebrauch“ (z. B. KISS-Programm) abzielen. Abstinenzangebote und Schadensminimierung sind in dieser Form der Drogenhilfe als einander ergänzende Zieloptionen anzusehen.

Durch den Anstoß von Angeboten der zieloffenen Suchtarbeit ist es in den vergangenen Jahrzehnten durchaus gelungen, neben dem Abstinenzparadigma, weitere nennenswerte Konzepte zu schaffen. Wie in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt gehen die Meinungen bezüglich der effektivsten Methode sowohl in der Gesellschaft selbst als auch in der Politik weit auseinander.

Doch anstatt sich immer wieder die Frage nach der geeignetsten Therapieform zu stellen, besteht durchaus die Möglichkeit, Abstinenz und Schadensminimierung als einander ergänzende Zieloptionen anzusehen.

Gleichzeitig ist die Notwendigkeit der bisher vernachlässigten Harm-Reduction Ansätze zu verdeutlichen.

Es eine Tatsache, dass speziell auf Abstinenz basierende Therapieformen, für eine bestimmte Anzahl der betroffenen Bevölkerung durchaus einen Nutzen sowie eine Chance auf ein verbessertes Leben schaffen. Gleichzeitig wird es immer Menschen geben, die aus unterschiedlichen Gründen durch die Abstinenzprogramme und das Abstinenzziel keinerlei Hilfe erfahren können. Sei es der eigenen Unfähigkeit geschuldet oder auch anderen äußeren Faktoren, wie beispielsweise einem negativen sozialen Umfeld. Jegliche Programme müssen künftig besser auf die Individuen abgestimmt werden. Der spätere Nutzen fällt sicherlich nicht groß aus, wenn eine Standardtherapie bei einem Menschen mit einer Alkoholgebrauchsstörung durchgeführt wird, dieser am Ende jedoch wieder in seine soziale Wohngemeinschaft zurückkehrt, in welcher er möglicherweise wieder vielen anderen Konsumierenden, die differenzierte Ziele verfolgen, ausgesetzt ist.

### 3.3. Harm Reduction (Schadensminderung)

Der Begriff der Harm Reduction (Schadensminderung) hat sich in den 1980er Jahren vor allem in Bezug auf Angebote für Konsumierende illegaler psychotroper Substanzen entwickelt, und zwar als Gegenentwurf zu „bevormundenden“ und „entmündigenden“ Begriffen, Konzepten und Praktiken der damals ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfe (Stöver 1999).

Heute sind Strategien der Schadensminderung zentrale Elemente übergeordneter Public Health -Strategien geworden und haben Eingang in die Europäischen und die meisten nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne gefunden. Die WHO, UNAIDS, und UNODC empfehlen ein Paket von neun Harm Reduction - Interventionen<sup>7</sup> für Opioidabhängige in Freiheit und 15 in Haft<sup>8</sup> als die Grundlage einer adäquaten Public Health - Antwort auf die Herausforderungen des intravenösen Drogenkonsums und den damit zusammenhängenden Infektionskrankheiten.

Harm Reduction International hat die folgende Definition erarbeitet: «Schadensminderung umfasst Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen der Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, den Gebrauch einzustellen.»<sup>9</sup>

Diese Definition hat sich im illegalen Suchtbereich etabliert und eine große Zahl an Studien belegen eine hohe Wirksamkeit von Harm Reduction Maßnahmen (Rhodes/Hedrich 2010), v.a. bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten (z.B.

---

<sup>7</sup> The nine interventions are: (1) needle and syringe programs; (2) opioid substitution therapy and other evidence-based drug-dependence treatment; (3) HIV testing services; antiretroviral therapy for people living with HIV; (4) prevention and treatment of sexually transmitted infections (and sexual and reproductive health services); (5) condom programs for people who inject drugs and their sexual partners; (6) targeted information, education and communication; (7) prevention, vaccination, diagnosis and treatment of viral hepatitis B and C; (8) prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis; and(9) community distribution of naloxone for prevention and treatment of opioid overdose.

<sup>8</sup> [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV\\_comprehensive\\_package\\_prison\\_2013\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf)

<sup>9</sup> <https://www.hri.global/>

Fernandes 2017; Davis et al. 2017; Platt et al 2018), auch in Gefängnissen (Lazarus 2018; Kamarulzaman 2016), sowie bei der Reduktion von drogenbedingten Todesfällen (Übersicht: Hedrich/Giraudon 2018).

Die Übertragung des Konzeptes „Harm Reduction“ auf den Umgang mit Konsument\*innen legaler Substanzen respektive Verhaltensweisen ist noch wenig in verhaltens-/ bzw. verhältnispräventive Strategien umgesetzt worden. Im Tabakbereich kann der Einsatz von E-Zigaretten beispielsweise als eine harm reduction – Strategie interpretiert werden (Stöver 2016, 2019, 2020; Stöver et al. 2020). Im Gegensatz zu Deutschland wird diese Strategie im Ausland als „Tobacco Harm Reduction“ viel offensiver diskutiert (vgl. Global State of Tobacco Harm Reduction 2020; Stöver 2021). In Bezug auf Alkohol bestehen zwar unter anderem die Bemühungen der WHO, alkoholassoziierte Schäden zu reduzieren, sowie die zunehmende Erkenntnis, dass bei Alkoholabhängigkeit Abstinenz nicht das alleinige Therapieziel sein muss, die Schadensminderung auch im Alkoholbereich in den Fokus gerückt, aber in der internationalen Literatur besteht kein Konsens, welche Interventionen der Schadensminderung zuzurechnen sind. Häufig beinhalten diese auch Maßnahmen der Regulierung der Nachfrage und des Angebotes von Alkohol unter der Verwendung der breiter gefassten Definition des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010: 19, eigene Übersetzung) verwendet:

„Interventionen, Programme und Strategien, die auf die Reduzierung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden für Individuen und die Gesellschaft durch Substanzkonsum ausgerichtet sind“.

Hilfreich ist auch die von Stockwell (2006) verwendete Differenzierung; die Strategien der Schadensminderung beim Konsum von Strategien zur Reduktion der Nachfrage und des Angebots abgrenzt, wie z. B. die Erhöhung der Alkoholsteuer.

„Strategien der Schadensminderung reduzieren die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Nachteile oder Schäden und berücksichtigen Sicherheitsaspekte, ohne notwendigerweise eine Veränderung der Konsummuster resp. eine Reduktion der Konsumhäufigkeit oder -menge vorauszusetzen. In erster Linie geht es darum, möglichst adä-

quate Konsumbedingungen zu schaffen: wie z. B. eine sichere Konsumumgebung, indem große Menschenansammlungen bzw. Gedränge vermieden werden, gut ausgebildetes Service-Personal (Restaurants, Bars, Clubs etc.), das auf bestimmte aber nicht provozierende Art keine alkoholischen Getränke an bereits betrunkene Personen oder an Jugendliche (Bier, Wein ab 16, Spirituosen ab 18 Jahren) verkauft, sicherer Transport betrunkenen Personen nach Hause, Chill-out-Zonen im Nightlife-Bereich, Ausnüchterungszellen etc.“

Völlig ungeklärt ist noch die Bedeutung von Schadensminderung bei Verhaltenssüchten, wie z.B. Glücksspiel. In diesem Bereich wird eher noch von „verantwortungsvollem“ bzw. „kontrolliertem Konsum“ gesprochen. Aber hier wirken durchaus bereits meist verhaltenstherapeutisch fundierte Programme der Selbstkontrolle.

Im Folgenden soll, die eingangs genannte Definition von Harm Reduction International verwendet werden.

### **3.4. Harm Reduction als innovativer Ansatz**

Ein Ansatz, welcher sich weitgehend von der prohibitionistischen Drogenpolitik Ende des 20. Jahrhunderts abwendet und mit seinen Strategien stattdessen in Richtung Akzeptanzorientierung appelliert, ist der Ansatz der Harm Reduction oder auch Schadensminimierung (vgl. Schmidt-Semisch/Stöver, 2012, S. 7f.). Dieser Ansatz ist sowohl politisch als auch fachlich anerkannt (vgl. Leicht, 2012, S. 221). Für die Integration auf nationaler Ebene sorgen vor allem Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) und das United Nations Office on Drug and Crimes (UNODC).

Durch spezielle Programme und Methoden sollen gesellschaftliche und auch individuelle, durch die Konsumierung psychoaktiver Substanzen, ausgelöste Folgeschäden bei Menschen, die aus differenzierten Gründen nicht dazu in der Lage sind, den Substanzgebrauch einzustellen, vermindert werden. In diese Definition mit einbezogen sind illegale und legale Drogen wie beispielsweise Alkohol (vgl. Harm Reduction International, 2018).

Wichtig bei der Hinwendung zum akzeptanzorientierten Denken ist vor allem, dass Konsumenten nicht unmittelbar als behandlungsbedürftig angesehen werden oder gar durch Ausgrenzungsmaßnahmen und Strafen verurteilt werden (vgl. Stöver, 1997, S.12).

Harm Reduction versteht sich als eine komplementäre, ergänzende Strategie, in Bezug auf die bestehenden politischen Regulierungsmaßnahmen in Angebot und Nachfrage (vgl. Schmidt- Semisch/Stöver, 2012, S. 10). Das Angebot von alkoholischen Getränken in unserer Gesellschaft basiert auf dem System der freien Marktwirtschaft. Die Tatsache, dass Produzenten an einem möglichst hohen Absatz interessiert sind und dies in der Gesellschaft anwerben, gilt daher als legitim.

Auf der Seite der Nachfrage handelt es sich bei dem Konsum von Alkohol um ein kulturelles Gut, welches vom Großteil der Bevölkerung konsumiert wird. Es deckt unterschiedliche Funktionen ab, die von bloßem Genuss, bis hin zur Darstellung von Männlichkeit dienen können (vgl. ebd., S. 9f.).

Schadensminimierende Ansätze arbeiten also nicht durch restriktive Maßnahmen gegen diese gesellschaftliche Angebots- und Nachfrageseite, sondern sind sich über den weiterhin bestehenden Alkoholkonsum der Gesellschaft bewusst und zentrieren ihren Fokus mehr auf die Minimierung der daraus entstehenden Folgen (vgl. ebd.). Zudem geht es bei dem Konzept darum, von unrealisierbaren Zielen abzusehen und stattdessen erreichbare Ziele für die Gesellschaft zu definieren (vgl. ebd., S. 10f.).

Etabliert wurden die schadensminimierenden Ansätze erstmals hauptsächlich im Bereich des illegalen Drogenkonsums. Die Abgabe steriler Spritzen zur Verringerung von Infektionsgefahren sowie die Errichtung von Konsumräumen, in welchen die Applikation illegaler Substanzen unter reinen und überwachten Bedingungen gestattet wird, stellen wirkungsvolle Beispiele von Harm Reduction-Strategien dar (vgl. Schmidt-Semisch/Stöver, 2012, S. 7f.).

Trotz der Ausweitung des Konzepts auf legale psychoaktive Substanzen, hat sich bisher, bezogen auf die praktische Integrierung und Anwendung speziell ausgerichteter Maßnahmen, noch nicht allzu viel getan (vgl. Stöver, 2018b, S. 303). Neben den bereits erwähnten und bestehenden Harm Reduction-Maßnahmen in Bezug auf illegale

Substanzen wäre hinsichtlich legaler Drogen im Tabakbereich die E-Zigarette als Harm Reduction-Ansatz zu benennen (vgl. ebd.).

Eine Handlungsoption, basierend auf Schadensminimierung in Hinblick auf Alkohol, wäre beispielsweise das Angebot des Kontrollierten Trinkens (vgl. Körkel, 2012, S. 141). Auch die Schaffung und Bereitstellung öffentlicher Zusammenkünfte, in welchen das Trinken erlaubt ist, stellt eine weitere Maßnahme dar (vgl. Leicht, 2012, S. 220). Betont werden muss dabei, dass es wenig Sinn macht, mittels Vertreibungspolitik, öffentliche Zusammenkünfte trinkender Menschen aufzulösen, wenn keine Alternativen angeboten werden. Die logische Schlussfolgerung, die hierbei selten durchdacht wird, ist die Verlagerung solcher Trinkzusammenkünfte, an wiederum andere Orte. Auf Grund der Tatsache, dass die soeben erwähnten Beispiele für Schadensminimierung, im Bereich der legalen Drogen, noch keinen gleichwertigen Anklang neben dem Abstinenzmodell erlangt haben, spiegelt sich auch bei den Kostenträgern wieder, welche das Konzept der Trinkmengenregulation noch nicht als regelfinanzierten Ansatz in ihrem Katalog mit aufgenommen haben (vgl. Körkel, 2012, S. 141).

Grundsätzlich besteht im Sinne der Primärprävention, nach §20 SGB V, eine Möglichkeit zur Förderung solcher Programme durch die Krankenkassen. Über Zuschüsse dieser Art bestimmen diese jedoch individuell, je nach Anfrage. Eine grundsätzliche Bezuschussung gewährleistet der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) (vgl. GK Quest Akademie/Körkel, 2019a).

### **3.5. Das Konzept des „Kontrollierten Trinkens“**

Programme zum Erlernen eines kontrollierten Trinkkonsums wurden in Deutschland durch den Diplom-Psychologe Joachim Körkel, mit Hilfe der GK Quest Akademie, einem Fortbildungs- und Beratungsinstitut, entwickelt. Nachdem diese Unterstützungsangebote schon längere Zeit eine Alternative neben dem Abstinenzziel in Ländern wie

Kanada, Australien und Großbritannien darstellten, wurden sie in Deutschland erstmals im Jahre 1999 integriert (vgl. GK Quest Akademie/Körkel, 2019c).

Der Begriff des selbstkontrollierten Trinkens wurde erstmals durch Reinert und Bowen (1968) eingeführt. Dabei geht es um die Anpassung des Trinkverhaltens an einen festgelegten Konsumplan (vgl. Körkel, 2015, S. 148). Durchgeführt werden die Programme in Suchtberatungsstellen sowie in der betrieblichen Suchtarbeit und in freien Praxen (vgl. GK Quest Akademie/Körkel, 2019a).

Bei der Zielgruppe, welche durch das Programm des Kontrollierten Trinkens angesprochen wird, handelt es sich um Menschen, welche aus unterschiedlichen Gründen nicht oder noch nicht für eine Abstinenz bereit sind (vgl. GK Quest Akademie/Körkel, 2019d). Auch Personengruppen, welche einen riskanten Konsum mit Alkohol pflegen und denen daher die Abhängigkeit drohen könnte, können Veränderungen angehen und somit vom kontrollierten Trinkprogramm profitieren (vgl. Lippert, 2008, S. 78).

Da es Menschen gibt, die für eine völlige Abstinenz noch nicht bereit sind, stellt die ausschließliche Ausrichtung der Therapieprogramme auf Abstinenz kein zufriedenstellendes Angebot dar. Aus diesem Grund weisen die Programme zum Kontrollierten Trinken eine Alternative neben dem etablierten Abstinenzbegriff auf. Sie stellen mehr eine ergänzende Therapiemöglichkeit neben der Abstinenz dar (GK Quest Akademie/Körkel, 2019d).

### **3.6. Was versteht man unter diesem Konzept ‚Kontrolliertes Trinken‘?**

Prinzipiell werden in Deutschland zwei unterschiedliche Programme unterschieden. Zum einen das Selbstlernprogramm, welches im Wesentlichen zehn Schritte beinhaltet zur selbständigen Bearbeitung. Zum anderen das ambulante Programm, welches im Rahmen einer Gruppe stattfinden kann oder auch als ambulantes Einzelprogramm, gemeinsam mit dem jeweiligen Therapeuten (vgl. GK Quest Akademie/Körkel, 2019e).



Bevor die Kurse jedoch stattfinden, werden individuelle diagnostische Maßnahmen durchgeführt, um abzuklären ob eine Teilnahme nützlich und hilfreich sein kann. Diese Maßnahmen beinhalten spezielle Fragebögen sowie die Vorstellung bei einem Arzt (vgl. GK Quest Akademie/ Körkel, 2019a). Die Gruppen- oder auch Einzeltermine, welche von einem geschulten Berater durchgeführt werden, finden an zehn Tagen statt. Inhaltlich geht es zunächst um Grundinformationen zum Thema Alkohol und Sucht, um in erster Linie ein Grundverständnis zu entwickeln.

Ein zentrales Element stellt das Trinktagebuch dar, in welchem alle Klienten jegliche Ziele und Fortschritte planen und notieren. Gemeinsam werden Strategien zur individuellen Zielerreichung erarbeitet sowie der Umgang mit möglichen und persönlichen Gefährdungssituationen. Jeder Klient setzt seine eigenen Ziele, welche persönlich erreichbar erscheinen. Dabei kann vor allem die Zusammenkunft in der Gruppe, mit Gleichgesinnten, für einen besseren Austausch von Ratschlägen dienen (vgl. GK Quest Akademie/Körkel, 2019a).

Die Trinkmengen, welche die Teilnehmer hierbei eigen ständig einplanen, sollen keinesfalls über den Empfehlungen zum risikoarmen Konsum liegen (vgl. Lippert, 2008, S. 79). Die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen unterscheidet in Bezug auf das bestehende Risiko unterschiedliche Konsumklassen. Bei Frauen handelt es sich hierbei um 12 Gramm pro Tag, während Männer sich noch bei bis zu 24 Gramm pro Tag innerhalb der definierten risikoarmen Zone bewegen. Um dies besser zu verdeutlichen, kann gesagt werden, dass circa 0,33 Liter Bier ungefähr 13 Gramm Alkohol enthalten (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2017). Zudem wird in dem Kurs zum Kontrollierten Trinken erlernt, alkoholfreie Tage in die wöchentliche Planung mit einzubauen (vgl. Lippert, 2008, S. 81).

Das Selbstlernprogramm dient vor allem Menschen, die ihre Problematik aus Eigenmotivation und Initiative bewältigen möchten. Hierbei handelt es sich um einen 150-seitigen Katalog zur Bearbeitung. Dieser basiert auf verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, Informationen, Hilfestellungen, Arbeitsblättern und Fragebögen zur selbstständigen Bearbeitung. Bei dieser Methode sind Betroffene jedoch auf sich selbst gestellt, was eine hohe Disziplin erfordern kann. Bei Problemen besteht immer die Mög-

lichkeit, sich an ausgebildete Fachkräfte zu wenden. Für jede Region gibt es sogenannte Coaches, bei welchen man Termine vereinbaren kann. Die genauen Kontaktinformationen befinden sich auf der Website „[www.kontrolliertestrinken.de](http://www.kontrolliertestrinken.de)“ (vgl. GK Quest Akademie/Körkel, 2019e).

### 3.7. Die Wirksamkeit der Trinkmengenregulation

Kontrolliertes Trinken ist nicht zuletzt deswegen ein umstrittenes Thema, weil es die Grundannahmen des Krankheitsmodells hinterfragt. Die Erfolgsquote der Trinkmengenregulationsprogramme konnte jedoch bereits in den letzten 50 Jahren durch zahlreiche empirische Befunde gestützt werden. Es bestehen mittlerweile handfeste Nachweise darüber, dass diese Interventionsmöglichkeit tatsächlich dazu führt, dass einige Personen den Konsum von Alkohol langfristig reduzieren oder deren Abstinenzentscheidung gefördert wird. Neben diesen herausragenden Ergebnissen werden zudem auch alkoholassoziierte Schwierigkeiten reduziert (vgl. Körkel, 2002, S. 87).

Die Kontroverse um die Wirksamkeit des Kontrollierten Trinkens wurde durch eine Studie von Davies ausgelöst, welcher neun bis elf Jahre nach einer Suchttherapie bei 93 Personen feststellen konnte, dass davon etwa sieben Personen einen kontrollierten Alkoholkonsum aufwiesen (vgl. Davies, 1962). Daraufhin wurden weitere spezifisch auf Kontrolliertes Trinken ausgelegte Studien durchgeführt (vgl. Körkel, 2002, S. 88).

Diese Studien haben laut späterer Untersuchungen noch immer Gültigkeit und werden von Joachim Körkel in der Zeitschrift „Sucht“ im Jahr 2015 nochmals bekräftigt und erweitert (vgl. Körkel, 2015). Überdies sind diese Studien zum Teil auch auf der stetig aktualisierten Website, [www.kontrolliertestrinken.de](http://www.kontrolliertestrinken.de), enthalten.

In nahezu jedem Bericht, welcher Aussagen über das Trinkverhalten nach Abstinenzbehandlungen trifft, kann festgestellt werden, dass Personen darunter sind, welche

einen kontrollierten Konsum pflegen. Eine Studie konnte 12-50 Monate nach erfolgreichen Entwöhnungsbehandlungen in der Schweizer-Forel Klinik zwischen 5-8% kontrolliert Trinkende ausmachen (vgl. Körkel, 2002, S. 90).

Bei einer weiteren Studie in London, von Menschen mit schweren Alkoholgebrauchsstörungen, die ausschließlich eine Entgiftung vorgenommen haben, konnte nach sechs Monaten festgestellt werden, dass davon 4,7% und nach einem Jahr 8,7% davon kontrolliert tranken. Ebenso wich auch die psychische Lage derer, die kontrolliert tranken, nicht von der Lage der Vergleichsgruppe, die abstinent war, ab. (vgl. Körkel, 2002, S.90).

Eine Erfolgsquote von durchschnittlich 65% ist in der Regel bei kontrolliert Trinkenden nach etwa einem Jahr auszumachen. Als Erfolg gilt dabei die Einhaltung der festgelegten Trinktage, eine reduzierte Trinkmenge an den Trinktagen und die Erhöhung abstinenter Tage. Die Erfolgsquote im Allgemeinen fällt hierbei deutlich höher aus, wenn Sitzungen zur Auffrischung im Anschluss erfolgen (vgl. ebd.).

Ein weiterer positiver Aspekt, der das Kontrollierte Trinken bereithält, ist dass sich nachweislich ein Anteil der Teilnehmer, die keinen gewünschten Erfolg durch dieses Programm erfahren oder einen höheren Bedarf an Unterstützung benötigen, zur Abstinenz übergehen (vgl. ebd., S. 90f.).

Studien über mehrere Jahre belegen, dass ein erfolgreich erlerntes Programm zum Kontrollierten Trinken über Jahre hinweg aufrechterhalten werden kann. Dabei stellt die Standhaftigkeit im ersten Jahr eine gute Vorhersage für die weiteren Jahre dar (vgl.ebd., S. 90).

Es gilt weiterhin sowohl für abstinenzorientierte Therapien als auch für das Kontrollierte Trinken, dass sich die Erfolge mit zunehmendem Abstand zu den Behandlungen verkleinern. Weiterführende motivierende Zusammenschlüsse wie Selbsthilfegruppen, könnten die positive Wirkung verstärken (vgl. ebd., S. 91).

Überdies konnte ein ausgedehntes Selbstvertrauen die Rückfallwahrscheinlichkeit und die Ausstiegsrate bei kontrollierten Trinkprogrammen reduzieren (vgl. ebd., S. 92).

Eine Studie zum Konsum von weiteren psychotropen Substanzen neben Alkohol wie beispielsweise Cannabis, Amphetamine und Kokain belegt, dass dies keine negativen

Auswirkungen oder Folgen für den Erfolg des Kontrollierten Trinkens hat (vgl. Körkel, 2015, S. 158).

Geschlechtsspezifische Unterschiede zur Wirksamkeit konnten bisher in noch keiner Studie ein eindeutiges Ergebnis aufzeigen. Allerdings entscheiden sich Frauen häufiger dafür, ein Programm zur Trinkmengenregulation in Anspruch zu nehmen (vgl. Körkel, 2015, S. 158).

Im Vergleich zu Deutschland werden in Ländern wie Australien und Großbritannien vermehrt Angebote zum Kontrollierten Trinken integriert. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen in Australien beinhalten Programme zum Kontrollierten Trinken. Großbritannien gilt mit 76% als Spitzenreiter. Sogar in den USA, welche lange Zeit von dem Leitbild der Anonymen Alkoholikern geprägt waren, nehmen die Angebote immer mehr zu (vgl. Körkel, 2002, S. 92).

Neuere Studien belegen die Verringerung psychiatrischer Symptome (vgl. Walitzer/Connors, 2007) sowie die Steigerung der Lebensqualität (vgl. Blankers/Koeter/Schippers, 2011).

### **3.8. Die Optimierung zieloffener Ansätze**

Um eine Trinkmengenregulation erfolgreich durchführen zu können, ist es häufig nicht damit getan, lediglich die speziellen Kurse dazu in Anspruch zu nehmen. Wichtig zu beachten ist nicht nur die angestrebte Verhaltensänderung, sondern auch die Auseinandersetzung mit den Ursachen, welche das Trinkverhalten problematisieren. Diese können äußerst vielfältig sein, weshalb es einer genauen Auseinandersetzung mit sich selbst bedarf. Umliegende Faktoren, welche den Mensch als ganzheitliches Wesen und in seiner Vielfältigkeit sehen, spielen demnach eine bedeutende Rolle.

Um also die Wirksamkeit von Regulationsprogrammen weiterhin zu steigern, ist es sinnvoll, andere Programme und Maßnahmen in den Prozess zu implementieren, um

die eigenen Widerstandskräfte sowie Motivatoren zu stärken und die Energie zu erhöhen. Die persönliche „Könnenskraft“ soll also gestärkt werden. Wird jedoch die Ursache des Trinkverhaltens nicht aktiv angegangen, so kann es schnell passieren, dass wieder in ein altes Muster verfallen wird.

Das alleinige Anstreben einer Alkoholabstinenz oder Trinkreduktion stellt kein ausreichendes Behandlungsziel dar, da es auch um Faktoren wie die Erhaltung der Stabilität geht. Um diese Stabilität zu erlangen ist es notwendig, jegliche Risikofaktoren, welche in Bezug zu dem Alkoholkonsum stehen, aufzuarbeiten. Daher ist eine individuelle Zielsetzung, welche neben der Konsumkontrolle auch die Erhaltung und Förderung der Lebensqualität beinhaltet, von Nöten (vgl. Soyka, 2008, S. 314).

Dass die Betrachtung der Ganzheitlichkeit den Erfolg des späteren Ziels mitbestimmt, veranschaulicht vor allem die von Körkel modifizierte Hierarchie nach Maslow, welche wie folgt aussieht:

5. Selbstrealisierung/Autonomie
4. Psychische Stabilisierung
3. Soziale Rehabilitation und Reintegration
2. Sicherung eines möglichst gesunden Überlebens
1. Sicherung des Überlebens

1. Der erste und zunächst wichtigste Aspekt, welchen es zu sichern gilt, ist die Verhinderung von lebensgefährlichen Intoxikationen in Bezug auf den Alkoholkonsum sowie die Sicherstellung von notwendigen Untersuchungen und Behandlungen.

2. Bei der Sicherung eines möglichst gesunden Überlebens geht es hauptsächlich um die Reduktion des Alkoholkonsums sowie um die Gewährleistung eines gesunden Lebensstils, was ebenso Bewegung sowie Ernährung einschließt.

3. Die soziale Rehabilitation und Reintegration bezieht sich zunächst auf stabile Wohnverhältnisse, auf die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie die berufliche Wiedereingliederung.

4. Nicht außer Acht zu lassen ist auch die psychische Stabilisierung, welche sich auf die Reduzierung von Depressionen, Ängsten und dergleichen bezieht.
5. Als letztes, ebenso wichtiges Ziel in der Hierarchie, befindet sich die Selbstrealisierung und Autonomie (vgl. Soyka, 2008, S. 315).

Es ist also abzusehen, dass es sich nicht nur um die Beseitigung der Ursache handelt, sondern ebenso um viele andere Lebensbereiche, die einen Teil zur Motivation, zur Optimierung der Lebensqualität und zum Erfolg beitragen. Dieses Kapitel beschäftigt sich also weitgehend mit Vorschlägen zusätzlicher Angebote, welche die positive Wirkung zieloffener Angebote sowie die Standhaftigkeit der Klienten verstärken und bei dem Prozess unterstützen können.

Im Verlauf werden einige Interventionsmöglichkeiten aufgeführt, welche in Kombination mit Behandlungen wie Trinkregulationskursen zu einer Verbesserung der individuellen Situation führen können. Dabei kann unter intrinsischen sowie extrinsischen Motivationsfaktoren unterschieden werden. Während es sich bei den intrinsischen Faktoren um Motivatoren handelt, welche aus dem Individuum selbst sprechen und dessen Handeln anregen, handelt es sich bei den extrinsischen Faktoren um von außen einwirkende Motivatoren (vgl. Landeszentrale für politische Bildung, 2017).

Zu den Interventionsmöglichkeiten, welche einen positiven Effekt auf die Arbeit mit Suchterkrankten aufweist, zählt insbesondere die Motivierende Gesprächsführung, welche von Therapeuten, Sozialarbeitern und durchaus auch teilweise von Laien durchgeführt werden kann. D mit geht die die Stärkung der individuellen Motivatoren des Individuums sowie der Widerstandskräfte einher. Nicht zuletzt stellt auch die Integration von Achtsamkeitskonzepten im Alltag eine bessere Bewältigungsmethode dar.

Um solche Angebote in Anspruch zu nehmen, bedarf es schließlich einem überaus großen Willen sowie einer starken Selbstkontrolle. Für viele Menschen stellen diese Bedingungen große Hindernisse dar. Manchmal werden Programme wie diese von Klienten probeweise integriert, jedoch wird nicht selten festgestellt, dass es schließlich

an Eigenmotivation oder Selbstkontrolle fehlt. Erfolge stellen sich jedoch nicht unmittelbar ein und bedürfen aktiver Arbeit.

Ein Appell, welcher sich an die Soziale Arbeit richtet, stellt also die Aktivierung dieser Ressourcen, durch Empowerment, dar. Klienten sollen darin bestärkt werden, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, um die persönliche Lebenslage nachhaltig zu verbessern. Die Verknüpfung Sozialer Arbeit und Selbsthilfe stellt eine verbesserungswürdige Maßnahme dar (vgl. Stöver, 2012, S. 165).

Demgemäß werden in den weiteren Kapiteln einige Möglichkeiten aufgeführt, welche zusätzlich zu zieloffenen Suchtprogrammen wie der Trinkmengenregulation in Anspruch genommen werden können. Diese Konzepte und Programme werden von Sozialarbeitern unterstützt, eingeleitet oder durchgeführt. Eine ganzheitliche Bearbeitung der persönlichen Herausforderungen, welche die Veränderung des Trinkverhaltens sowie alle auslösenden und umliegenden Faktoren mit einbegreift, soll durch die Kombination folgender Programmangebote gewährleistet werden. Im positiven Fall kann somit das Durchhaltevermögen von Klienten gestärkt werden. Zudem kann dies eine Verbesserung der Ergebnisse zieloffener Angebote bereithalten.

#### **4. Stärkung der Resilienzfaktoren**

Unter dem Begriff Resilienz versteht man die Fähigkeit, der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit, trotz widriger Lebensumstände (vgl. Herrman u.a., 2011, S. 258f.). Es handelt sich um eine psychische Widerstandsfähigkeit, welche es ermöglicht, trotz vielfältiger

Belastungen gesund zu bleiben oder sich vergleichsweise relativ schnell von negativen Auswirkungen zu erholen (vgl. Schumacher u.a., 2005, S. 3).

Es bestehen eine Menge weiterer Konzepte, welche teilweise ähnliche Ansichten vertreten wie das Konzept der Resilienz. Beispielsweise das Salutogenesemodell nach Aaron Antonovsky, welches sich der Fragen annimmt, was Menschen im Zustand der

Gesundheit hält (vgl. Antonovsky, 1997). Resilienz hingegen beschäftigt sich mit dem Prozess der Bewältigung und Anpassung, um gesund zu bleiben (vgl. Herrman u.a., 2011, S. 258). Es gibt Resilienzfaktoren, die speziell auch für die Entwicklung im Erwachsenenalter von großer Bedeutung sind. Im folgenden Abschnitt werden einige davon ausgeführt:

## 5. Beziehungen

Studien konnten nachweisen, dass zumindest eine konsistente Bezugsperson, die Emotionalität und Wärme vermittelt als Schutzfaktor dient. Wichtig zu beachten ist hierbei, dass eine Bezugsperson nicht nur im Kindesalter als besonders wichtig angesehen wird, sondern ebenso im Erwachsenenalter (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 125ff.).

### 5.2. Motivation

Motivation beschreibt die Fähigkeit, sich selbst für bestimmte Aktivitäten inspirieren zu können sowie Ziele zu setzen und diese auch zu erreichen.

### 5.3. Problemlösefähigkeit

Dies beinhaltet Fähigkeiten, wie die Selbstreflexion, die Planungsfähigkeit und auch strategisches Denken.

### 5.4. Selbstregulationsfähigkeit

Hierunter versteht man besondere Zeitfenster in der Entwicklung, welche eine Förderung der Selbstregulation als besonders günstig betrachten.

### 5.5. Sinnhaftigkeit, Hoffnung, Glaube

Vor allem für Erwachsene stellt sich häufig die Frage nach dem Sinn des Lebens, was durch die reflektiertere Haltung, im Vergleich zu Kindern- und Jugendlichen, entsteht.

### 5.6. Kulturelle Traditionen und Religion

Die Verbundenheit zu unterschiedlichen Traditionen, die für das Individuum eine Rolle spielen, können ein Gefühl von Sicherheit vermitteln.

### 5.7. Hoffnung



Das Gefühl von Hoffnung und Zuversicht kann positive Auswirkungen auf die Bewältigung von Krankheiten haben. Dies wiederum stärkt die Lebensfreude.

### **5.8. Positive Emotionen**

Das gleichzeitige Erleben positiver wie auch negativer Emotionen ermöglicht die Bewältigung belastender Faktoren, denn durch positive Emotionen werden Ressourcen freigesetzt, ebenso wie andere verbesserte Komponenten wie Flexibilität, Kreativität und dergleichen (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 125ff.).

Programme, welche sich auf die Verbesserung der Resilienzfaktoren beziehen, bestehen durchaus in Deutschland. Diese werden allerdings häufig nicht unter dem Namen der „Resilienz“ angegeben, zielen jedoch ebenfalls auf die Stärkung der Schutzfaktoren ab. Das Erreichen von Erwachsenen, in Hinblick auf Präventionsangebote, ist im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen jedoch nicht einfach, da diese häufig an Institutionen wie Schulen und Kindertagesstätten

angetroffen werden können, was sich bei Erwachsenen als größere Schwierigkeit herausstellt. Häufig stellt sich bei Erwachsenen auch erst dann eine Änderungsmotivation ein, wenn der Leidensdruck größer wird, oder nicht mehr zu bewältigen ist (vgl. ebd., S. 131).

Ein großer Teil stellt die Hilfe zur Selbsthilfe dar, mittels zahlreicher Literatur, die in den letzten Jahren veröffentlicht wurde (vgl. ebd.). Überdies bestehen sekundärpräventive Programme, die in Anspruch genommen werden können. Diese sind jedoch nicht immer eindeutig von therapeutischen Programmen zu unterscheiden (vgl. ebd.).

In Anlehnung an suchtbelastete Menschen, die möglicherweise häufig durch Verzweiflung zu Alkohol greifen oder auf Grund nicht vorhandener Resilienzen regelrecht anfällig für süchtiges Verhalten sind, stellt die Stärkung dieser Faktoren eine nützliche Änderungsmaßnahme dar. Um an den persönlich betroffenen Resilienzfaktoren arbeiten zu können, ist eine Reflexion und Auseinandersetzung damit unabdingbar. In Kombination mit Kursen zum Kontrollierten Trinken kann die aktive Auseinandersetzung mit sich selbst und den auslösenden Ursachen möglicherweise ein erfolgreicheres Ziel gewährleisten als die ausschließliche Teilnahme am Programm selbst.

## 6. Integration von Achtsamkeit

Der Begriff der Achtsamkeit, wenn er auch häufig oberflächlich als Modebegriff verwendet wird, hat vor allem im therapeutischen- und Coachingbereich eine empirisch nachgewiesene Bedeutung (vgl. Mundle, 2018, S. 6). Er wird sehr vielfältig benutzt und verstanden und gilt somit als unspezifischer Begriff (vgl. ebd., S. 25). Er stammt aus dem Buddhismus und bedeutet „Sorgfalt“, „Umsicht“ und „Besinnung“ des Augenblicks. Bestehendes soll wahrgenommen werden, ohne zu werten oder zu interpretieren (vgl. ebd., S. 15). Eine regelmäßige Anwendung kann außerdem zur Verbesserung der Emotionsregulation führen und somit zu einem positiveren Umgang mit negativen Gefühlen (vgl. ebd., S. 58).

Achtsamkeit kann weiterhin als „innere Wissenschaft“ angesehen werden. Demnach handelt es sich nicht um ein empirisches und statisches Forschungselement, sondern um eine subjektive Forschungsperspektive, die der Einzelne für sich selbst betreibt (vgl. ebd., S.19).

Die Umsetzung solcher Achtsamkeitskonzepte findet heutzutage nicht nur unter Fachpersonal im professionellen Rahmen Anklang, sondern in der gesamten Gesellschaft (vgl. ebd., S 13). Eingesetzt werden können diese Verfahren bei nahezu allen körperlichen und psychischen Erkrankungen (vgl. ebd., S. 14). Die Zusammenführung von achtsamkeitsbasierten Konzepten in Bezug auf Substanzgebrauchsstörungen entwickelte Sarah Bowen zusammen mit Alan Marlatt, auf der Grundlage des Programms „Mindful-Based Stress Reduction“ (MBSR) von John Kabat-Zinn (vgl. ebd., S.14).

Marlatt war einer der einflussreichsten amerikanisch-kanadischen Suchtpsychologen. Neben seiner Befürwortung und Implementierung unterschiedlicher Harm Reduction-Modelle in den Vereinigten Staaten (vgl. Bowen, 2012, S. 10) setzte er sich in den letzten Jahrzehnten auch für die Integration von Achtsamkeit und Meditation in der Suchthilfe ein.

Bezieht man das Konzept der Achtsamkeit nun auf Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen, bedeutet dies, Suchtdruck oder auch Craving als automatisierten

Vorgang anzusehen, welcher jedoch keiner Handlung bedarf. Viktor Frankl beschreibt dies folgendermaßen:

*„Zwischen Reiz und Reaktion liegt ein Raum. In diesem Raum liegen unsere Freiheit und die*

*Möglichkeit, unsere Antworten zu wählen. In unserer Antwort liegen unser Wachstum und unsere Freiheit“ (Frankl zit. n. Mundle, 2018, S. 15).*

Akzeptanz und Mitgefühl werden bei diesem Ansatz sehr großgeschrieben und ermöglichen es, aus einer beobachtenden Haltung heraus auf das Suchtverlangen zu schauen. Das starke Gefühl der Sucht nachgeben zu müssen wird hierdurch zurückgehalten und neue Handlungsoptionen rücken in den Vordergrund. Das Paradigma der Achtsamkeit kann in diesem Zusammenhang auch mit „freiem Willen“ und Entscheidungsfähigkeit beschrieben werden (vgl. Mundle, 2018, S. 15f.).

Vor allem für die Entwicklung einer akzeptierenden Haltung und der damit verbundenen Therapiezieländerungen bei Substanzgebrauchsstörungen ist das Achtsamkeitsprinzip ein wesentlicher Baustein. Dazu ist es notwendig, den Blick nicht immer nur auf die Beseitigung und Veränderung von Störungen und belastenden Situationen zu lenken. Vielmehr geht es um die Annahme dieser, um ein Gleichgewicht der beiden Extreme zu finden (vgl. Heidenreich/ Michalak, 2009). Eine ausgeglichene Lebensweise erhöht den Grad der Zufriedenheit, was wiederum die Rückkehr in ein schlechtes Verhaltensmuster verhindern kann. Das längere Bestehen einer Unzufriedenheit oder eines Ungleichgewichts wiederum, verstärkt die Versuchung dem Substanzkonsum nachzugeben (vgl. Daley/Marlatt, 2006, S. 188).

## **7. Mindful-Based Relapse Prevention**

Das achtsamkeitsbasierte Programm Mindful-Based Relapse Prevention (MBRP) bezieht sich vor allem auf die Rückfallprävention bei Substanzgebrauchsstörungen (vgl. Mundle, 2018, S. 55) und wird hauptsächlich nach einer Suchttherapie in Anspruch

genommen. Grundsätzlich besteht die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention jedoch für alle Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen, daher spielt es keine Rolle, ob die Teilnehmenden abstinent sind oder ein anderes Ziel verfolgen, wie es beispielsweise die zieloffene Suchttherapie vorsieht. Es besteht lediglich die Notwendigkeit, zu Beginn eines solchen Programms, mit unterschiedlichen Diagnosegruppen, die jeweilige Zielsetzung mit dem Experten abzuklären (vgl. ebd., S. 61f.).

Die Grundvoraussetzung für die Teilnahme ist jedoch die Bereitschaft zur regelmäßigen Ausführung achtsamkeitsbasierter Übungen. In vielen Fällen führt dies zu Reduzierungen und Veränderungen im Konsumverhalten, manchmal sogar zur völligen Abstinenz. Kommt es jedoch zu einem Rückfall in das vorher bestehende Konsummuster, so wird dies nicht als Versagen angesehen, sondern als Möglichkeit, sich selbst und das vorherrschende Konsummuster besser kennenzulernen (vgl. ebd., S. 61f.).

Das wesentliche Ziel dieses Programms ist es, mittels Achtsamkeit eine Haltung zu entwickeln, die in Hochrisikosituationen schützt und als Bewältigungsstrategie dient (vgl. ebd., S. 58). Rückfälle sind demnach eine nicht achtsame Wahrnehmung von auslösenden Faktoren, sogenannten Triggern (vgl. ebd., S. 58). Das Programm des MBRP geht über einen Zeitraum von acht Gruppenstunden, wobei eine Sitzung jeweils zwei Stunden andauert. In jede Sitzung werden Achtsamkeitsübungen eingebaut und gegen Ende findet eine Reflexion statt, in welcher alle Teilnehmer in einen Erfahrungsaustausch gehen (vgl. ebd. 63).

Alle acht Sitzungen sind in unterschiedliche Schwerpunkte gegliedert. In den ersten drei Sitzungen liegt der Fokus hauptsächlich auf der Einführung in das Konzept sowie auf der Einübung einer achtsamen Grundhaltung in Kontrast zum automatisierten „Autopiloten“/Suchtdruck. Eine spezielle Übung, die in diesen Sitzungen im Vordergrund steht, ist beispielsweise die Rosinenübung. Hierbei geht es nicht einfach nur um das Essen einer Rosine, sondern um das achtsame Essen, mit allen Sinnen. Diese Übung dient dem Training der Aufmerksamkeit.

Ebenso funktionieren jegliche Übungen zum Body Scan. Hierbei wird die Aufmerksamkeit nach und nach in unterschiedliche Körperteile gelenkt. Weitere Übungen sind Atem-, Gehmeditationen sowie Yogaübungen. In den darauffolgenden Sitzungen liegt die Betrachtung auf spezifischeren Suchtthemen, wie zum Beispiel der Rückfallprävention. Strategien, die langfristige Hilfe leisten können, sollen erarbeitet werden. Eine spezifische Übung ist beispielsweise das Wellenreiten. Dabei wird die Sucht metaphorisch als Welle erlebt, die nach und nach im Sande verläuft.

Die letzten beiden Sitzungen zielen nicht nur auf das Gewahr werden und Eingestehen von Selbstmitgefühl hin, sondern auch auf die Notwendigkeit sozialer Unterstützung und der Einhaltung eines ausgewogenen Lebensstils. Eine Übung hierbei ist die „liebevolle Güte“. Mittels eines selbsterstellten Plans werden wohltuende und positive Aktivitäten aufgelistet und erarbeitet, welche eine Hilfe in der täglichen Praxis darstellen sollen (vgl. ebd., S. 65ff.).

## 8. Wirksamkeit von Achtsamkeit

Die Wirksamkeit integrativer Maßnahmen von Achtsamkeitsverfahren in eine Suchtbehandlung, wurde vor allem in den letzten Jahrzehnten durch einige Studien überprüft. Die erste Studie wurde mit etwa 168 Menschen, die eine ambulante oder eine stationäre Therapie hinter sich gebracht hatten, durchgeführt. Die Studienteilnehmer wurden entweder einer MBRP-Gruppe zugeordnet oder einer Standardnachsorgebehandlung (TAU). Im Ergebnis konnte festgestellt werden, dass die Teilnehmer der MBRP-Gruppe verglichen mit der Standardgruppe einen deutlich verringerten Suchtmitteldruck verspürten.

Auch bei Teilnehmenden, die im Anschluss daran einen Rückfall erlitten, konnte ein wesentlich geringerer Konsum festgestellt werden als bei Teilnehmern des Standardtherapieverfahrens. Diese Untersuchungen untermauern die Hypothese, dass Personen, welche ein größeres Bewusstsein über ihre Wahrnehmung erlangen, weniger Suchtdruck verspüren (vgl. Mundle, 2018, S. 126f.). Die Reduzierung von Sucht-

druck stellt einen ausschlaggebenden Faktor für einen reduzierten Substanzkonsum dar, daher ist es unabdingbar, einen verbesserten Umgang mit automatisierten Vorgängen anzustreben (vgl. ebd., 2018, S. 129).

Zudem gab es Untersuchungen in Thailand mit etwa 30 Menschen, die unter einer Alkoholkonsumstörung litten, welche je an einem Standardtherapieverfahren teilnahmen oder an dem MBRP-Programm. Hinterher konnte festgestellt werden, dass mehrere Teilnehmer aus der MBRP-Gruppe abstinent lebten. Außerdem war der Zeitraum bis zum ersten Rückfall bei den

Personen aus der MBRP-Gruppe signifikant größer im Vergleich zur Standardgruppe (vgl. ebd., S. 128).

In einer weiteren Studie wurden in einem Zeitraum von drei Jahren 286 Patienten mit Substanzgebrauchsstörungen in jeweils drei unterschiedliche Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe verfolgte das Ziel einer achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention, die zweite Gruppe verfolgte eine kognitive Verhaltenstherapie der Sucht und die letzte Gruppe wurde einer Standardbehandlung zugewiesen, welche auf Selbsthilfemanualen basierte.

Evaluiert wurde nach je drei, sechs und zwölf Monaten. In Hinblick auf die Zeit bis zu Rückfällen stellte sich heraus, dass die MBRP-Gruppe als auch die Gruppe der kognitiven Verhaltenstherapie signifikant bessere Ergebnisse erzielte als die dritte Gruppe der Standardbehandlung, basierend auf Selbsthilfekonzepten der Anonymen Alkoholiker. Bei der Evaluation nach sechs Monaten lagen die Ergebnisse der kognitiven Verhaltenstherapie weiter vorne. Nach der abschließenden Evaluation nach zwölf Monaten jedoch wurde sichtbar, dass die MBRT-Gruppe im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen weniger Trinktage und reduziere Trinkmengen aufwies.

Demnach kann geschlussfolgert werden, dass die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention langfristig positive Ergebnisse bringt. Im Vergleich zu der Gruppe der kognitiven Verhaltenstherapie kann jedoch keine Überlegenheit ausgemacht werden (vgl. ebd., S. 127f.).

## 9. Partizipation und Konsumkompetenzen stärken – Betroffene zu Beteiligten machen

Ein übergreifender Handlungsansatz über alle Lebensbereiche, Alterssegmente und Ressourcen hinweg ist die Stärkung der Konsumkompetenz in der Gesellschaft beim Umgang mit psychotropen Substanzen. Danach sollten die Konsumierenden um die Wirkungen wissen, um eigene körperliche und seelische Verfassungen, um Anlässe, Regeln und Grenzen sowie die Förderung von Risikominimierung (inkl. der Förderung von Fähigkeit zur Punktabstinenz<sup>10</sup>) besser reflektieren zu können. Auch „Sicherer Gebrauch“ (Safer Use) ist ein Bestandteil der Konsumkompetenz.

Konsumkompetenz stärken, um Chronifizierungen vorzubeugen, bedeutet aus wissenschaftlicher Sicht, den Prozess der Risiko- und damit Lebenskompetenzen in den Settings zu beachten und zu fördern (Heudtlass/Stöver 2005). Ebenso schließt es das Erlangen in der Fähigkeit zu einem gesundheitsverträglichen Umgang nach einer problematischen Konsumphase mit ein, indem z.B. nach einer Drogentherapie notwendige Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung von Abstinenz oder zum kontrollierten Konsum erlernt werden (Böllinger/Stöver 2002).

## 10. Geschlechtsspezifischer Ansatz in der Prävention

Es gilt heute als fachlich unumstritten, dass substanzbezogene Störungen, v.a. Suchterkrankungen bei Frauen und Männern neben Gemeinsamkeiten, sehr viele Unterschiede in den Ursachen, Konsummotiven, -gründen, -anlässen, den Ausprägungen, Verläufen und Überwindungen aufweisen.

So sind zum Beispiel zwei Drittel der von illegalen Drogen und Alkohol abhängigen Menschen in Deutschland Männer, bei der Medikamentenabhängigkeit stellt sich dieses Verhältnis genau umgekehrt dar: Zwei von drei Betroffenen sind Frauen. Auch der

---

<sup>10</sup> Punktabstinenz ist ein Fachbegriff für den gezielten zeitweisen Verzicht in bestimmten Lebenslagen/-situationen. Ein Beispiel ist der Verzicht auf Drogen im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz.

gesellschaftliche Umgang mit suchtkranken Frauen und Männern ist verschieden. Dies macht unterschiedliche Ansprache-, Beratungs- und Behandlungsansätze notwendig. Während sich eine geschlechterdifferenzierte/-sensible Versorgung vor allem von suchtkranken Frauen bereits seit Jahren bewährt hat, besteht in der geschlechtsspezifischen Beratung und Behandlung von Jungen und Männern mit Drogen- und Suchtproblemen ein noch großer Entwicklungsrückstand.

### 10.1.Hintergründe

Für verbesserte jungen-/männerspezifische Ansprache-/Beratungs- und Behandlungsstrategien bei dem Konsum psychoaktiver Substanzen sind zwei grundlegende Hintergrundinformationen zu beachten.

Die wichtigsten Ursachen, die Jungen zum riskanten und compulsiven Konsum von psychoaktiven Substanzen veranlassen können liegen einerseits in den sozialisationsbedingt erschwerten Zugängen zur eigenen Innenwelt, zur Artikulation von Gefühlen und Bedürfnissen, dem Aufbau eines Systems von Gefühlsabwehrmechanismen (Süfke 2010, 92ff). Drogengebrauch, Rausch, Betäubung ist vor diesem Hintergrund auch als missglückter Versuch Kontakt zur eigenen Innenwelt herzustellen. Diese Abschottung, dieser Gefühlspanzer ‚traditioneller Männlichkeiten‘ ist bei erwachsenen Männern oftmals auch anzutreffen. Drogengebrauch spielt hier eine wesentliche Rolle zur Bewältigung der „eigenen Ambivalenz aus Gefühlsabwehr und Gefühlssehnsucht“ (Süfke 2010, 90). Allerdings bestehen noch weitere Gründe und Funktionalitäten für einen Drogengebrauch: Gruppenerleben/-druck, Kontaktmöglichkeiten, Grenzerfahrungen etc.

Auch bei Jungen kommen Erfahrungen von Gewalt (überwiegend begangen von anderen Männern oder Jungen) und Vernachlässigung in der Kindheit zentrale Bedeutung für ihre weitere psychosoziale Entwicklung zu (Lenz 2016). Im Unterschied zu Mädchen und Frauen können die meisten betroffenen Jungen aufgrund traditioneller, genderspezifischer Prägungen nicht die Opfer, sondern viel häufiger die Täterrolle übernehmen, d.h. sie werden selbst gewalttätig. Der Konsum von Drogen, der sich für



alle Jungen und Männer ideal dazu eignet, kann Gewaltausbrüche herbeiführen, die entlastende Funktionen haben können. Dazu kommen gesellschaftliche Rollenerwartungen mit starken Erfolgsorientierungen an das Erwerbsarbeitsleben, was z.B. zu Erfolgsdruck und Überforderung führen kann. Die Kehrseite davon sind Erfahrungen von Schwäche und Ohnmacht, die aber keinen adäquaten Ausdruck finden, sondern unterdrückt werden müssen (Neumann/Süfke 2004). Damit ist die klassische männliche Biographie eindimensional ausgerichtet und sehr störanfällig.

„Rausch“, „Drogenkonsum“ und „Sucht“ stellen Phänomene dar, die unmittelbar mit der Konstruktion von Männlichkeiten verbunden sind: Ein ‚ganzer Kerl‘, ‚trinkfest‘ zu sein, sich dem Gruppendruck nicht zu entziehen, rechtliche Normübertretungen beim Konsum illegaler Drogen (einschl. Beschaffungen, Konsumtechniken) und ‚Stehvermögen‘ zu zeigen sind männliche Attribute, die nicht akzidentell ‚passieren‘, sondern die permanent konstruiert werden, wesentliche Bestandteile männlicher Konstruktionen von Geschlechtsidentität darstellen (Heinzen-Voß und Stöver 2016; Vosshagen 2016; Jacob und Stöver 2006; Jacob und Stöver 2009). Die epidemiologische überproportionale Verteilung des Drogengebrauchs bei (heranwachsenden) Männern und auch die damit verbundenen Häufigkeiten individueller und gesellschaftlicher Schädigungen ist daher kein Zufall (Stöver 2017).

Sehr viele positiv besetzte männliche Erfahrungen sind gleichzeitig auch drogenbesetzt (z.B. deutlich bei Bundeswehrveteranen und ihren alkoholinduzierten „Heldentaten“). Drogen spielen in diesen Prozessen der Konstruktion von Geschlechtsidentitäten eine herausragende Rolle als Demonstrationsmittel von Stärke und Macht, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel oder als soziales „Schmiermittel“. Dies alles ist ein Teil von männlicher Geschlechteridentitäts-konstruktion gerade und vor allem mit Drogen, „doing gender with drugs“: Der Drogenkonsum als Geschlechtsidentität bildende Handlung stellt diese im alltäglichen Handeln ständig neu wieder her und verfestigt sie damit.

Die Bedeutung der Drogen an diesen Prozessen des „doing gender“ wird allgemein noch unterschätzt, zumindest nicht entsprechend gewürdigt (Haase/Stöver 2009).

Vor diesem Hintergrund müssen jungen-/männerspezifische Ansprache, Beratung und Behandlung bei Drogenproblemen die biographischen Prägungen, jungen-/männerspezifischen „Imperative“ und die Bedeutungen und Funktionalitäten des Drogengebrauchs für „doing gender with drugs“ berücksichtigen, um zielgenau und lebensweltnah Botschaften und Angebote zur Gesundheitsförderung zu entwickeln. Es gilt die Diversität der adressierten männlichen Zielgruppen zu berücksichtigen. Vier Strategien seien hier skizziert (vgl. LWL 2006):

#### **10.2. Wahrung von Autonomie und Ressourcenorientierung - Förderung der Gesundheitskompetenz von Männern in der Ansprache und Prävention**

Wenn Rausch, Drogenkonsum einen konstitutiven Faktor für die Konstruktion von männlicher Geschlechtsidentität bildet, laufen abstinenz-orientierte Botschaften zunächst ins Leere und sind eher unrealistisch. Zudem erreicht ein „Sucht-basierter Diskurs“ in der Prävention ebenfalls die Zielgruppe nicht: Sucht wird als ein – abwertender und stigmatisierender - Zustand in weiter Ferne betrachtet, der mit der gegenwärtigen Lebenslage wenig zu tun hat. Für Jungen geht es deshalb bei gerade gewonnener Autonomie um einen akzeptanz-orientierten und entstigmatisierenden Umgang mit psychoaktiven Substanzen im Sinne einer Rausch- und Risikopädagogik im Rahmen von Jungenarbeit. Der Suchtdiskurs verneint die Autonomie und kommt nicht an den Kern der Funktionalität des Drogengebrauchs innerhalb des Jungenlebens. Stattdessen sollten ressourcenorientierte Vorgehensweisen in Ansprache und Beratungssettings gewählt werden, die die Stärken und nicht die Defizite der Jungen in den Blick nehmen – gern auch mit Humor.

Die Risikopädagogik hat bereits brauchbare Modelle einer ‚Risikobegleitung‘ entwickelt. Neben der Vergrößerung des Wissens und der Reflexion eigener Erfahrungen,

Erwartungen und Empfindungen sollten jungen-/männerspezifische Suchtpräventionsangebote das Thema ‚Drogen‘ im Prozess der Herstellung von Männlichkeiten hinterfragen. Damit verbunden ist eine Genussorientierung, die in männlichen Drogenkonsummustern oftmals hinter einer Wirkungsorientierung und -optimierung verborgen ist.

Zusammenfassend lassen sich die Ziele von Suchtpräventionsangeboten für männliche Jugendliche mit der Zielsetzung „harm reduction“ wie folgt darstellen:

Phase kritischen Drogenkonsums ohne irreversible psycho-soziale Folgeschäden überleben

Schwerwiegende Folgen für Dritte vermeiden

Wissen um Wirkungen, Wechsel- und Nebenwirkungen vergrößern

Für sich und andere verantwortlichen Suchtmittelgebrauch erlernen

„Suchtmittelkonsum“ als Herstellungsmittel von Männlichkeit hinterfragen

Sensibilisierung für eindimensionalen, vorwiegend an Erwerbsarbeit, Erfolg und Leistung ausgerichteten männlichen Lebensalltag

Genussorientierungen vermitteln („Genuss ohne Reue“) (vgl. Schmidt-Semisch/Stöver 2012)

Behandlung: Erhöhung der Handlungskompetenzen der Männer durch partizipative Ansätze

Welche männerspezifischen Ziele sollten in der Beratung und Behandlung von Drogen-/Alkoholabhängigen formuliert werden? Neben den verstehens- und akzeptanzorientierten Beratungs- und Suchtpräventionszielen geht es in der Therapie psychotrope Substanzen konsumierender Männer um folgende Zielsetzungen:

Integration, Beteiligung der Patienten

Versöhnung von idealem und realem Selbstbild

Zulassen eigener Schwächen - Erkennen eigener Stärken

Identifikation von Zwischentönen, statt polarisierende, lähmende und z.T. radikale Entweder-oder-Haltungen zu pflegen

Erhöhung der Handlungskompetenzen

Sensibilisierung für die Funktionalisierung von Drogen zur Konstruktion, d.h. auch ständigen Aufrechterhaltung, der eigenen Männlichkeit

Infragestellen des vorhandenen kulturspezifischen Männerbildes (Abkehr von der Definition der eigenen Männeridentität ausschließlich über Erwerbsarbeit und nicht über andere Haus-/Kinderarbeiten)

Auseinandersetzung mit der eigenen geschlechtlichen Identität und deren Prägung durch gesellschaftliche Vorgaben.

Das Handbuch „Männlichkeiten und Sucht“ (Stöver et al. 2017) offeriert zu den Themen, die in der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung sowie der allgemeinen und genderspezifischen Suchtforschung als relevant benannt werden, praxisgerechte Arbeitsmittel zur therapeutisch-beraterischen Umsetzung dieser Aspekte. Sie haben den Anspruch der Vielseitigkeit männlicher Identitätsfindungsaspekte gerecht zu werden. Da männliche Drogenabhängigkeit und traditionelle Konstruktionen von Männlichkeiten eng zusammen hängen, beinhaltet männerspezifische Suchtarbeit das Angebot zu einer Reflektion und Neukonstruktion von Männlichkeit. Sie trägt zur Aufrechterhaltung von Abstinenz oder vermehrter Kontrolle über den Suchtmittelgebrauch durch eine adäquatere Bewältigung zentraler männlicher Lebensbereiche und durch Anreicherung sowie Balancierung einseitiger Geschlechtsrollenvorgaben bei.

Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen für männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit  
Immer noch verbreitet ist die Meinung bei vielen MitarbeiterInnen der Drogenhilfe, dass ein männerspezifischer Ansatz sich quasi „von selbst“ ergibt, einfach dadurch, dass man(n) es hauptsächlich mit männlichen Patienten/Klienten zu tun hat (zu etwa 80%; vgl. Schu et al. 2014). Ein männerspezifischer Ansatz verlangt jedoch von den Mitarbeitern, dass sie sich selbst in ihrer jeweiligen Geschlechtsbezogenheit wahrnehmen, sich kritisch und ausgiebig mit ihrem eigenen Mann-Sein beschäftigen, d.h. ihre Konstruktion von Männlichkeiten reflektieren, und sich in ihrer Männlichkeit in Bezug auf Patienten/Klienten verstehen (Übertragung/Projektion). Das heißt, dass sie sich über ihre unterschiedlichen Verhaltensweisen und Beurteilungen gegenüber

Frauen und Männern (Kollegen/innen und Patienten/innen) bewusst werden, diese Differenzen hinterfragen und ggf. verändern.

Für Männer, die Therapie und Beratung mit Männern machen, ist eine Selbsterfahrung in der Ausbildung wichtig, um die eigene Geschichte des Mannseins, u.a. auch die Vaterbeziehung zu klären, bevor es um eine Auseinandersetzung mit anderen Männern geht.

Angesichts der Schwierigkeit dass geschlechtshomogene Arbeit oft nicht möglich ist, weil etwa  $\frac{3}{4}$  der MitarbeiterInnen weiblich sind, muss bedacht werden, welche Implikationen es hat „Wenn Frauen Männer behandeln“ (LWL 2017)

Die Gendersensibilität in der Suchtarbeit muss auf zwei Ebenen gefördert werden:

Die Wahrnehmung der sozialen Geschlechtlichkeit des Klienten und

die Wahrnehmung der eigenen Geschlechtlichkeit als Professioneller innerhalb eines Berufsfeldes und auf dem Hintergrund der biografischen Lerngeschichte.

Wenn beides in den Blick genommen wird, können die Einflüsse der Geschlechterkonstruktionen der Praktiker in ihren Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit den Klienten verstanden werden. Dies kann als Beitrag zu einer genderbezogenen Professionalisierung der Sozialen Arbeit bzw. der Suchtarbeit gesehen werden. Mit dieser Sensibilisierung können ggf. Konflikte mit der eigenen Männlichkeit, die projektiv auf die Klientel verschoben werden, bewusst gemacht werden.

Für Männer, die Therapie und Beratung mit Männern machen, ist eine Selbsterfahrung wichtig, um die eigene Geschichte des Mannseins zu klären, bevor es um eine Auseinandersetzung mit anderen Männern

Organisationelle Voraussetzungen schaffen

Die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in den Einrichtungen der Suchthilfe ist von enormer Bedeutung: Geschlechteraspekte haben Einfluss auf die Personalentwicklung, die Organisationskultur, die Produkte und Leistungen bis hin zur Diagnostik, Indikationsstellung, Therapieziele, Behandlungsplanung und Wahl der Methoden etc. Die Standards einer geschlechtersensiblen Suchtarbeit müssen auf allen

Ebenen verankert werden: im Leitbild, in den Zielen und Konzepten einer Einrichtung, bei der Qualifikation und Qualifizierung der MitarbeiterInnen, in der Kommunikation und Interaktion, in der Darstellung der Angebote in der Öffentlichkeit, bei der Datenerhebung und Dokumentation, bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen etc. (vgl. Heinen-Voß, Ludwig o.J.). Die Angebote sollten reflektiert werden, um die Angebotsqualität zu verbessern (vgl. BZgA 2017).

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Frankfurt am Main, den 26. Februar 2021

---

Prof. Dr. Heino Stöver

Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung (ISFF)