

Kontrolliertes Trinken – Stand der Debatte in der Schweiz*

Thomas MEYER**

Zusammenfassung

Was ist mit kontrolliertem Trinken gemeint? Geht es um Konsumreduktion, um Punktabstinenz, um Konsummässigung, um kontrolliertes Trinken im engeren Sinne, nämlich um geplanten und situationsangemessenen Konsum, geht es gar um umschriebene, definierte Trainingsprogramme zum kontrollierten Konsum? Oder geht es auch um Trinken respektive Alkoholkonsum unter Kontrolle, wobei hier eine externe Kontrolle, meist in institutionellem Umfeld gemeint ist? Ich werde auf diese Begriffe weiter unten zurückkommen. Der Hauptschwerpunkt des Referates liegt auf der politischen, fachlichen und öffentlichen Diskussion derjenigen Interventionsstrategien im Alkoholbereich, deren Ziel nicht ausschliesslich eine lebenslange Alkoholabstinenz ist.

Historischer Rückblick

Blicken wir doch kurz zurück, um besser verstehen zu können, weshalb die Debatte um nichtabstinenzorientierte Therapieziele in der Schweiz während sehr langer Zeit derart emotional und ideologiegeleitet geführt wurde (Meyer, 2006). In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es aufgrund gesellschaftlicher Umwälzungen in der Folge der industriellen Revolution mit einer verarmenden Arbeiterschicht zur bekannten Schnapsseuche. Der Pro-Kopf-Konsum in der Schweiz betrug damals ca. 18 Liter, gegenüber ca. 8,6 Liter im Jahre 2006 (http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/graf_a02.pdf). In diesem Umfeld kam es zur Gründung von Mässigungsbewegungen, die

* Referat gehalten am Kongress «Moderater Konsum als Behandlungsziel – Integration statt Ausgrenzung», Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, 9.5.2008

** Dr. med., Direktor Forel Klinik, Vorstandsmitglied SSAM (Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin), Mitglied Steuerungsgruppe atf schweiz (Alkoholismustherapieforschung Schweiz), Vizepräsident EKAL (Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen)

bald einmal zu Abstinenzbewegungen wurden. Es war eine Zeit, in der die Medizin davon ausging, Alkoholkonsum sei für das Überleben unerlässlich. In psychiatrischen Kliniken wurde sowohl dem Personal als auch den Patienten täglich Alkohol verabreicht. Eugen Bleuler, damals Direktor der psychiatrischen Klinik Burghölzli und während 50 Jahren Verwaltungsrat der Forel Klinik, verschärfte die Debatte im medizinischen Umfeld, indem er jeglichen Konsum bei ehemaligen Alkoholikern als automatisch in die Katastrophe führend ausschloss. Ausdruck dieser Haltung ist die Tatsache, dass er in den bereits damals vorhandenen Katamnesestudien der Forel Klinik die Kategorie «gebessert» abschaffte und nur noch von «Geheilten» und «Rückfälligen» sprach.

In der ganzen ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war die Alkoholkonzeption geprägt von einem religiös-fürsorgerischen Lasterkonzept, das Alkoholprobleme auf ein moralisch-religiöses Versagen zurückführte und jeden erneuten Konsum als Charakterschwäche und Abwendung von Gott konnotierte.

Theoretisch untermauert wurde die Abstinenzideologie im Weiteren durch zwei Entwicklungen: Zum einen durch die breite Etablierung des Jellinek'schen Phasenkonzepts (Jellinek, 1960): Die Konzeptionalisierung von sich folgenden Phasen der Alkoholkrankheit impliziert das automatische Fortschreiten der Krankheit – ausser der Betroffene würde sich zu gänzlicher Abstinenz entscheiden. Die andere wichtige Entwicklung war die Verbreitung der Anonymen Alkoholiker ab 1963 in der Schweiz, deren Konzept explizit von der Notwendigkeit lebenslänglicher Abstinenz ausgeht.

In den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts kam es dann zu einer Professionalisierung der Alkoholismustherapie und es wurden im Nachgang zu den 68er Jahren Psychogeniekonzepte des Alkoholismus etabliert, die besagten, dass jedes Suchtproblem auf einer frühen Störung beruhe und nur bei genügender Bearbeitung der Grundstörung überwunden werden könne. Jeder erneute Konsum, aber übrigens auch jede begleitende Pharmakotherapie, wurde als ein Zurückfallen auf ein orales Funktionsniveau interpretiert. Ausserdem wurde argumentiert, dass psychotherapeutisches Arbeiten unter dem Einfluss psychotroper Substanzen grundsätzlich nicht möglich sei. Auch hier war die Folge eine Zementierung des Abstinenzparadigmas in der Alkoholtherapie.

Die Diskussion um den kontrollierten Konsum setzte in der Schweiz relativ spät ein. Zu den Protagonisten gehören meine Vorgänger Gottfried Sondheimer (1978) mit entsprechenden Publikationen ab 1978 und seinem bekannten Entscheidungs-ABC (1989) und Eugen Polli (1989), der ab Mitte der 80er Jahre entsprechende Programme durchführte und auch auswertete.

Wandel in den letzten 20 bis 30 Jahren

In den letzten zwanzig bis dreissig Jahren kam es zu einer Aufweichung des Abstinenzparadigmas auf breiter Front. Es lassen sich verschiedene Einflussfaktoren ausmachen. Zu den wesentlichen gehören meines Erachtens folgende:

Vertiefte empirische Katamneseforschung

Vielfältigste internationale und nationale Verlaufsuntersuchungen belegen, dass erneuter Alkoholkonsum

- nicht automatisch in eine psychosoziale Katastrophe zu führen scheint (Meyer, 2004; Spinatsch und Chivers, 1991). Im Gegenteil sind stabile psychosoziale Verhältnisse und hohe Lebenszufriedenheit auch bei erneut Konsumierenden vielfach belegt;
- unter bestimmten Voraussetzungen wieder sistiert werden kann. Er ist auch nicht automatisch einer Konsumsteigerung unterworfen (Sieber et al. 2003).

Mangelnde Belege für Progressionskonzept

Bis heute gibt es wenig schlüssige empirische Belege für das Progressionskonzept des Alkoholismus, wie es insbesondere von Jellinek etabliert wurde (Sieber et al., 2003; Novisky et al., 1992), wenn man einmal von den sekundären bio-psycho-sozialen Schädigungen absieht.

- Viele Arbeiten deuten darauf hin, dass Alkoholismus nicht progressiv, sondern eher fluktuierend verläuft (Cahalan, 1987). Als häufigstes Verlaufsmuster wird das Hinein- und Hinausgleiten aus Perioden von Alkoholproblemen unterschiedlicher Ausprägung mit zwischenzeitlichen Perioden von Abstinenz oder von low-risk-Konsum beschrieben.
- Teilweise wurden bei Nachuntersuchungen von früheren Alkoholabhängigen nur noch Alkoholmissbrauch oder gar keine substanzbezogene Diagnose mehr gefunden (Dawson, 1996).
- Auch die diversen Arbeiten von Sieber (2003, auch zit. in Meyer, 2004) zur grossen Katamnese studie der Forel Klinik zeigen eine Vielzahl von intermediären Konsummustern bei behandelten Alkoholabhängigen und eine Abnahme der Konsummenge um mehr als das Doppelte, selbst bei der schwerstrückfälligen Kohorte.

Substitutionsdebatte im illegalen Drogenbereich

Bekanntlich hat die Substitutionsdebatte im illegalen Suchtmittelbereich und die v.a. in den 90er Jahren markant breitere Indikationsstellung für Substitutionstherapie vorerst einmal die Fachleute dieses Bereichs (von gewissen Politikern schon gar nicht zu sprechen) in Aufregung versetzt und zu einer starken Polarisierung entlang standespolitischer Grenzen geführt. Diese Polarisierung dauert bis heute teilweise an, wenngleich sich die Fronten aufzuweichen beginnen, nach dem Motto «Ausstieg ist auch unter sehr langfristiger oder permanenter Substitutionsbehandlung möglich; nämlich Ausstieg aus einer deletären dissozialisierenden Entwicklung».

Zu Beginn der Substitutionsbewegung kreiste die Diskussion u.a. um folgende zwei Punkte:

- Wo bleibt die Motivation zu tief greifender innerer und äusserer Veränderung, wenn die Sucht durch die Substitution aufrechterhalten bleibt? Und gelegentlich noch schärfer formuliert: Substitution ist nichts anderes als eine iatrogene Chronifizierung der Sucht.
- Ist (psycho-)therapeutische Arbeit überhaupt machbar und sinnvoll unter dem Einfluss einer psychoaktiven Substanz? Diese Frage wurde von – nennen wir sie puristische Psychotherapeuten – immer wieder gestellt.

Aber eben: Gerade die Substitutionspraxis im illegalen Suchtmittelbereich hat die Frage nach kontrolliertem Konsum auch bei Alkoholabhängigen reaktiviert.

Substitutionsdebatte im Alkoholbereich

Die Substitutionsdebatte im Alkoholbereich ist noch kaum angelaufen. Das mag verschiedene Gründe haben:

- Das Fehlen von Alkoholrezeptoren im Hirn mag dazugehören.
- Die lange auch im illegalen Bereich bestehende Skepsis gegenüber Substitution mit den «Originalsubstanzen» (was sich allerdings mit der Einführung von Heroinabgabeprojekten geändert hat).
- Das somatische Schädigungspotential von Alkohol.

Trotzdem gibt es Parallelen zur Substitutionsbehandlung auch in der Alkoholismustherapie. Dabei stütze ich mich nicht auf das Substitutionsverständnis im engeren Sinn, sondern auf einen erweiterten Substitutionsbegriff, nämlich die pharmakologische Beeinflussung der an einem Suchtgeschehen beteiligten Transmittersysteme. Die Zeit reicht an dieser Stelle aber nicht aus, auf Vorteile und kritische Einwände vertieft einzugehen. Es seien deshalb nur einige Ansätze skizziert:

- Mit *Benzodiazepinen* kann das durch chronischen Alkoholkonsum induzierte GABA-Defizit substituiert werden.
- *Distranneurin* wird bekanntlich im Alkoholentzug eingesetzt, wird aber in einzelnen neueren Arbeiten auch als Dauersubstitution bei Alkoholikern diskutiert (Ulmer, 2002).
- Der Einsatz von *Dihydrocodein* wurde zuletzt in Deutschland als Substitutionsmöglichkeit Alkoholabhängiger propagiert (Ulmer, 2002; Ulmer, 2007).
- Medikamentöse Strategien, wie der Einsatz von *Naltrexon* oder teilweise *Acamprosat*, wirken über antagonistische Mechanismen.
- Letztlich stellt sich die Frage, ob medikamentöse Therapien wie beispielsweise eine antidepressive Medikation nicht auch zu den Substitutionstherapien zu zählen seien. Vom ethischen Standpunkt aus fragt es

sich, wo der Unterschied liegt zwischen der Substitution eines Serotonindefizits mit Antidepressiva und der Behandlung eines herabregulierten GABA-Systems mit Benzodiazepinen.

Festzuhalten bleibt,

- dass es im Alkoholbereich durchaus Substitutionsansätze gibt,
- dass mit ihnen die Diskussion um konsumtolerierende Therapien aktiviert werden
- und dass wir Fachleute uns dieser Diskussion noch viel offener stellen sollten,

denn die Substitutionsdebatte wird in der Alkoholismusbehandlung in der Schweiz noch sehr zurückhaltend geführt.

Die meisten der hier vorgestellten Optionen rufen selbstverständlich – übrigens gut begründete – Einwände punkto Gefährlichkeit oder sekundäre Suchtinduktion hervor. Eine sorgfältige Diskussion dieser Kritiken wird notwendig sein, muss aber immer auf dem Hintergrund der differenziellen Indikation geführt werden. Solche Methoden sind für diejenigen Abhängigen angezeigt, die mit Alkohol wegen gesundheitlicher Gefährdung nicht leben können, aber es eben auch nicht schaffen, auf den Konsum zu verzichten.

Weitverbreitete Ansicht, wonach Sucht- und Alkoholismustherapie besonders erfolglos und frustrierend sei, oder: Der verlorene Schlüssel, oder «mehr desselben»

In einer Geschichte von Watzlawick (1983) sucht ein Betrunkener seinen Schlüssel unter einer Strassenlaterne. Ein Polizist hilft ihm bei der Suche. Als der Polizist nach langem Suchen wissen will, ob der Mann sicher sei, den Schlüssel hier verloren zu haben, antwortet jener: «Nein, nicht hier, sondern dort hinten — aber dort ist es viel zu finster.»

Aus dem Abstinenzparadigma in der Alkoholismustherapie resultierte schliesslich ein eigentlicher Circulus vitiosus: Gemessen am Abstinenzziel gab es geringe Erfolge. In der Folge wurden die Bemühungen verstärkt, das Ziel zu erreichen, was wiederum kaum zu höheren Abstinenzraten, aber zu zunehmender Frustration bei Therapeuten und Resignation bei den Betroffenen führte. Vieles deutet darauf hin, dass der «verlorene Schlüssel» von uns Alkoholfachleuten in der Schweiz während langer Zeit am falschen Ort gesucht wurde.

Einfluss der Sozialpsychiatrie mit einem humanistischen Menschenbild: von der Abstinenzorientierung zur Zieloffenheit

Unter dem Einfluss der sozialpsychiatrischen Reformbewegung der 60er und 70er Jahre des letzten Jahrhunderts kam es zu einer expliziten Orientierung der therapeutischen Einrichtungen an einem humanistischen Menschenbild. Exemplarisch dafür steht beispielsweise das Psychiatriekonzept des Kantons Zürich, das sich explizit auf das humanistische Menschenbild bezieht. Huma-

nismus bezeichnet die Gesamtheit der Ideen von Menschlichkeit und des Strebens danach, das menschliche Dasein zu verbessern. Das Glück und Wohlergehen des einzelnen Menschen und der Gesellschaft bilden den höchsten Wert, an dem sich jedes Handeln orientieren soll.

Der Humanismus beruht auf folgenden Grundüberzeugungen:

- Die Würde des Menschen, seine Individualität, seine Persönlichkeit und sein Leben müssen respektiert werden.
- Der Mensch hat die Fähigkeit, sich zu bilden, sich zu verändern und weiterzuentwickeln.
- Die schöpferischen Kräfte des Menschen sollen sich entfalten können.
- Die menschliche Gesellschaft soll in einer dauernden Weiterentwicklung die Würde und Freiheit (Autonomie) des einzelnen Menschen gewährleisten.
- Humanität ist die praktische Umsetzung der Ideen des Humanismus. Dazu gehören Güte, Freundlichkeit und ein Mitgefühl für die Schwächen der Menschen, seiner selbst inne und mächtig zu werden, sich im Mitmenschen selbst wiederzufinden.

Die Orientierung an einem humanistischen Menschenbild impliziert eine starke Ausrichtung therapeutischer Massnahmen auf die subjektiven Zielsetzungen der Patienten und auf deren Gesamtbefindlichkeit.

Vor diesem Hintergrund ist es in den letzten Jahren z.B. in der Forel Klinik zu einem auch fachlich begründeten Paradigmawechsel gekommen, der sich schlagwortartig «von der Abstinenzorientierung zur abstinentzgestützten Therapie» (Meili et al. 2004, Uchtenhagen, 2002, Meyer, 2004) zusammenfassen lässt. Gemeint ist damit Folgendes: Oberste und sehr allgemeine Therapiezielsetzung muss – eben auf dem Hintergrund eines humanistischen Menschenbildes – stets die Verbesserung der bio-psycho-sozialen Befindlichkeit des Betroffenen unter Berücksichtigung seiner eigenen Zielsetzung und seiner persönlichen Würde und Unabhängigkeit sein. Bezüglich Erreichung dieser übergeordneten Zielsetzung besteht vorerst einmal Methodenfreiheit: Abstinenz kann dabei eine durchaus taugliche und manchmal gar unerlässliche Methode sein. Möglicherweise kann dies aber auch mittels Substitution, mittels Punktabstinenz, mittels kontrollierten Trinkens oder mit einer blossen Konsumreduktion methodisch angezeigt sein. Abstinenz ist innerhalb dieser Konzeption von einem Ziel zu einem methodischen Element geworden, woraus der Begriff der abstinentzgestützten Therapie abgeleitet worden ist (Meyer, 2004).

Zum aktuellen Stand der Debatte in der Schweiz

Zumindest ebenso stark wie durch Forschungsergebnisse wird die Diskussion um kontrollierten Konsum durch die Betroffenen selbst beeinflusst. Entscheidend ist, «was in den Köpfen der Betroffenen selbst vorgeht» (Hoyer, 1995). Wird nicht mit einer patientenzentrierten Haltung auf die Vorstellungen der Betroffenen, die möglicherweise Abstinenz ablehnen, eingegangen, besteht

das Risiko, diese überhaupt nicht zu erreichen (Christoffel et al, 1999). Entsprechend hat sich an der ambulanten Therapiefront ein inoffizieller Wandel hin zur konsumtolerierenden Therapie vollzogen, lange bevor die offizielle Alkoholologie, vertreten durch Forschung, Lehre und institutionelle Versorgung, das Abstinenzparadigma in Frage zu stellen begann.

Aktuelle Forschungsaktivitäten

Vor diesem Hintergrund stellte die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen dem Bundesamt für Gesundheit Ende 2002 den Antrag, eine Studie zur Frage der Akzeptanz und Praxis des kontrollierten Trinkens in der Schweiz in Auftrag zu geben. Diese Studie sollte insbesondere folgenden Fragen nachgehen (Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen, 2002):

- Überblick über den Stand der internationalen Forschung (insbesondere auch in Bezug auf Fragen der Indikationsstellung bzw. der Zielgruppen)
- Ist-Zustand in der Schweiz (institutionelle Praxis, Forschungsimpulse auf universitärer Ebene, Differenzen in den Entwicklungstrends in der Romandie und der Deutschschweiz)
- Differenzielle Kriterien: Abhängigkeitsgrad, somatische Schädigungen, Trinktypen, Dualdiagnosen etc.
- Empfehlungen (Indikation des KT, Konsequenzen für Versorgungsstrukturen und die Prävention)

Das BAG erteilte Harald Klingemann von der Berner Fachhochschule für soziale Arbeit das Mandat für die Durchführung der Studie. Deren Resultate liegen mittlerweile in drei Berichten vor:

1. Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens (Klingemann, Room et al. 2004)
2. Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Gesamtschweizerische Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung (Klingemann, Rosenberg et al., 2004)
3. Arbeitsbericht zur ExpertInnentagung zum Thema «kontrolliertes Trinken» am 16.2.2006 in der Forel Klinik (Klingemann, 2006)

Der erste hier erwähnte Bericht von Klingemann kann an dieser Stelle – leider – nicht detailliert erläutert werden. Er ist jedoch so umfassend und informativ, dass man diese Lektüre nur empfehlen kann.

In die Erhebung für den zweiten Bericht wurden insgesamt 197 ambulante und stationäre Institutionen aus der Deutschschweiz, der Romandie und dem Tessin miteinbezogen. Folgende Fragestellungen wurden dabei untersucht:

- Welches Vorverständnis von kontrolliertem Trinken findet sich bei den Behandlungsanbietern, d.h. was wird von den Fachleuten darunter verstanden?

- Wie fällt die Akzeptanz von kontrolliertem Trinken bei den Behandlern aus und wie fügt sie sich in die allgemeine Therapieauffassung ein?
- Welchen Einfluss haben diagnostische Einzelkriterien bei der Bewertung von kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel.
- Inwiefern und auf welcher Wissensgrundlage wird KT angeboten und legitimiert?

Es würde den Rahmen dieses Referats sprengen, auf die Resultate dieser Studie detailliert einzugehen. Es seien aber immerhin einige markante Resultate erwähnt:

- Insgesamt besteht eine hohe Akzeptanz von kontrolliertem Trinken im internationalen Vergleich (67-93%), mit Unterschieden zwischen den Landesteilen und zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen.
- Es bestehen diffuse Vorstellungen darüber, was unter kontrolliertem Trinken zu verstehen sei. So wurde beispielsweise das Kriterium eines im Voraus festgelegten Trinkplans nur von einem Drittel der Befragten genannt. Das Kriterium der Konsummengenreduktion wurde nur etwa von der Hälfte der Befragten erwähnt. Auch das Wissen um Trinklimite oder Trinkempfehlungen erwies sich als sehr begrenzt.
- Die Anwendung von kontrolliertem Trinken wurde hauptsächlich durch die eigene Berufserfahrung sowie durch Resultate der Forschungsliteratur begründet.
- Insgesamt zeigte sich ein Trend, die Indikation von kontrolliertem Trinken vom Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung abhängig zu machen. Spannenderweise wurde gerade diese differenzielle Indikation vom Expertenmeeting vom Februar 2006 nicht aufrechterhalten. An diesem Treffen wurde gar grundsätzlich die Aufstellung eines Indikations-/Kontraindikationskataloges als verfehlt angesehen.
- Systematisierte Angebote von kontrolliertem Trinken fehlen im stationären Bereich in der Schweiz fast vollständig.

Abgeleitet aus den drei Studien von Klingemann ergab sich die Notwendigkeit einer detaillierteren Analyse des Implementierungsausmasses von Angeboten in der Schweiz. In diesem Zusammenhang gehen die Bestrebungen derzeit in zwei Richtungen.

- Unter dem Titel: «Kontrolliertes Trinken und Trinken unter Kontrolle zwischen Anspruch und Wirklichkeit» wird bis Mitte 2009 eine von der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung finanzierte Studie durchgeführt. Die thematische Ausweitung des Themas über die Kontrolle durch die Betroffenen hinaus hin zu Konzepten mit externer Trinkkontrolle ist dabei neuartig und findet in der bisherigen Literatur kaum Niederschlag.
- Das Konzept des «Konsums unter Kontrolle» kommt aus der Schadensbegrenzung und wird häufig von Institutionen angewendet, die nicht primär im Alkoholbereich tätig sind. Solche Modelle erfreuen sich einer

zunehmenden Akzeptanz und die bisher vorliegenden Resultate sind ermutigend. Vielleicht ergibt sich hier eine neue Perspektive, nämlich die Adaptation der Konzepte zum «Trinken unter Kontrolle» über den Schadensbegrenzungsansatz hinaus auch in die Therapie.

Die Finanzierung einer zweiten Studie mit dem Arbeitstitel: «Wie nass sind Alkoholfachkliniken? – Abstinenzvereinbarung und Therapiezielkonformität in der stationären Alkoholtherapie zwischen Wunsch und Wirklichkeit» ist von atf schweiz ebenfalls bei der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung beantragt und soll ab Anfang 2009 in den zwei grössten Alkoholfachkliniken der Schweiz Südhang und Forel Klinik durchgeführt werden. Die Hypothese lautet, dass Abstinenz zwar eine Aufnahmebedingung in diese beiden Fachkliniken ist, dass aber

- die Häufigkeit der Kontrollen zur Durchsetzung dieser Abstinenz-Verpflichtung sehr unterschiedlich ist;
- das Vorgehen bei Alkoholkonsum der Patientinnen und Patienten eher wenig geregelt und formalisiert ist;
- das geplante Konsumverhalten der Patientinnen und Patienten nach Therapieabschluss sehr offen thematisiert wird bzw. wenig standardisiert ist;
- Konsumereignisse während der Therapie häufig sind und die Dunkelziffer vermutlich hoch ist;
- die Abstinenzverpflichtung nicht mit den subjektiven Zielsetzungen der Patienten abgestimmt, sondern institutionell auferlegt ist.

Mit dieser Studie soll u.a. die Auswirkung der Therapiezielkonformität auf die Nachhaltigkeit des Behandlungseffektes erforscht werden.

Praxisnahe Aktivitäten

Im bereits zitierten Bericht von Klingemann hat sich sehr deutlich gezeigt, dass die verschiedensten Formen konsumakzeptierender Therapien in der Schweiz bereits breit etabliert und bei den Fachleuten in erstaunlich hohem Mass akzeptiert sind. Im Folgenden seien deshalb noch zwei praktische Beispiele vorgestellt, bei denen auch eine Erfolgskontrolle durchgeführt wurde.

Trainingsprogramm kontrolliertes Trinken der Berner Gesundheit

Von den Beratungsstellen der Berner Gesundheit wurden zwischen Sommer 2004 bis Ende 2007 insgesamt 250 Klienten (7% des Gesamtkollektivs) in das Trainingsprogramm kontrolliertes Trinken der Questakademie aufgenommen. Die systematische Erfolgskontrolle erfolgte über das Instrument CLOU. Dabei wurden 178 Probanden erfasst. Es ergaben sich folgende Hauptresultate:

- Geringe Abbruchrate von knapp 20%.
- Anhaltende Konsumreduktion auf ca. die Hälfte des Ausgangswertes, die sich nach Programmende gar noch akzentuierte.
- Steigender Anteil von Abstinente(n) auch nach Programmende (5% bei Abschluss, 13% nach einem Jahr).

Trinken unter Kontrolle in der Wohn- und Arbeitsgemeinschaft Suneboge, Zürich

In der Wohn- und Arbeitsgemeinschaft Suneboge wurde 2007 mit einer Änderung der Hausordnung neu der Konsum von Alkohol im Hause unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen. Da diese Änderung nicht unumstritten war, wurden die Auswirkungen dieser Änderung durch eine Befragung der Mitarbeitenden und der BewohnerInnen durch das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der PUK Zürich ausgewertet. Hauptbefunde dieser Auswertung sind folgende:

- Insgesamt positive Beurteilung durch Mitarbeitende und BewohnerInnen.
- Ein grosser Teil der Bewohner gibt eine Verbesserung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit an. Die diesbezügliche Einschätzung der Mitarbeitenden ist zurückhaltender.
- Die Therapiebereitschaft der Bewohner hat kaum abgenommen (eine allfällige Verbesserung der Therapiebereitschaft wurde leider nicht erfragt).
- Bewohner und Mitarbeitende berichten eine deutlich verbesserte Atmosphäre und eine geringere Aggressivität.
- Regeln im Haus werden insgesamt besser eingehalten.

Fazit

Ich komme zum Schluss und fasse zusammen:

- Von Politiker- und Behördenseite wird kaum noch von Abstinenz als suchtpolitischem Ziel gesprochen, wie beispielsweise das 2007 veröffentlichte Nationale Programm Alkohol zeigt.
- Die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen EKAL hat den Anstoss für eine wissenschaftliche Ausleuchtung der Theorie, der Praxis und der Akzeptanz des kontrollierten Alkoholkonsums gegeben durch die Anregung eines entsprechenden Forschungsauftrags beim BAG.
- Fachverbände wie beispielsweise die SSAM, der Fachverband Sucht und die GREA diskutieren die Frage eines kontrollierten Alkoholkonsums sehr aktiv und offen.
- Im Bereich der Forschung laufen ausserordentlich viele Vorhaben zum Thema des kontrollierten Konsums, respektive von konsumtolerieren-

den Versorgungsstrukturen und therapeutischen Strategien. Es fehlen dagegen bisher grössere empirische Verlaufsstudien zu diesem Thema in der Schweiz.

- Der stationäre Bereich zeigt sich bisher sehr zurückhaltend gegenüber konsumtolerierenden Therapieansätzen. Offen dafür sind bisher niedrighschwellige, nicht spezialisierte betreute Wohneinrichtungen.
- Eine spezielle Dimension bekommt die Frage der Konsumakzeptanz beim Altersalkoholismus. Im dritten Lebensabschnitt kommt die ethische Frage von Autonomie versus Gesundheitsvorsorge deutlich zum Ausdruck (Meyer und Willimann, 2008) und vor allem Spitexmitarbeiterinnen und Pflegefachleute in Alters- und Pflegeheimen sind damit besonders konfrontiert.
- Im ambulanten Bereich zeigt sich dagegen eine grosse Offenheit, wobei hier allenfalls eine Diskrepanz zwischen gelebter Praxis und Ausbildungs- und Wissensstand festzustellen ist. Das wiederum zeigt die Bedeutung des Wissenstransfers aus der Forschung und die Bedeutung von systematischer Aus-, Weiter- und Fortbildung in diesem Bereich. Dabei sollte das ärztliche Grundversorgersystem besonders im Auge behalten werden, da von diesem nach wie vor die überwiegende Mehrzahl von Patienten mit Alkoholproblemen versorgt wird.
- Die Substitutionsdebatte im Alkoholbereich wird bisher sehr zurückhaltend geführt und sollte vertieft werden. Zu hoffen bleibt, dass das Thema nicht allein von den Alkoholmedizinern, sondern von allen Alkoholfachleuten aufgegriffen wird.

Summary

Controlled drinking – state of the debate in Switzerland

What is meant by controlled drinking? Is it about reducing consumption, about point abstinence, about moderating consumption, about controlled drinking in the narrower sense, i.e. planned consumption which is reasonable in the current situation, or is it even about circumscribed, defined training programmes for controlled consumption? Or does it also mean drinking, i.e. alcohol consumption under supervision, i.e. external supervision, mostly in an institutional setting? I will return to these concepts below. The main emphasis of this paper is on political, specialist and public discussions on the intervention strategies in the field of alcohol, not all of whose aim is lifelong alcohol abstinence.

Résumé

Consommation contrôlée d'alcool – situation du débat en Suisse

Qu'est-ce qu'on entend par consommation contrôlée d'alcool? S'agit-il d'une réduction de la consommation, d'une abstinence ponctuelle, d'une modération de la consommation, d'un contrôle de la consommation d'alcool au sens strict, à savoir d'une consommation planifiée et adaptée à la situation, s'agit-il de programmes d'exercices décrits et définis pour contrôler la consommation? Ou bien s'agit-il de boire, c'est-à-dire de consommer de l'alcool sous contrôle, impliquant un contrôle externe, généralement dans un cadre institutionnel? Je reviendrai sur ces notions plus tard. L'accent principal de l'exposé est mis sur la discussion politique, professionnelle et publique des stratégies d'intervention dans le domaine de l'alcoolisme, ne visant pas exclusivement une abstinence à vie de l'alcool.

Literaturverzeichnis

- Berner Gesundheit, 2008. Persönliche Mitteilung
- Bundesamt für Gesundheit BAG, 2007: Nationales Programm Alkohol 2008–2012 (NPA)
- Cahalan, D., 1987: Studying drinking problems rather than alcoholism. In: Galanter, M. (ed), recent developments in alcoholism. Vol.5, pp 363-372, New York: Plenum
- Christoffel, U., Liechti, U., Meyer, T., Sieber, M., Sondheimer, G., 1999: Kontrolliertes Trinken und Kontrollüberzeugungen, Bulletin 2/1999, Forel Klinik
- Dawson, D.A., 1996: Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20, pp 771-779
- Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen, Projektskizze kontrolliertes Trinken, 2.9.2002, internes Arbeitspapier
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 1997: Psychiatriekonzept Leitbild und Rahmenkonzept
- Hoyer, J., 1995: Zur Modifikation ambivalenter Kognitionen über den Begriff «gemässiger Alkoholkonsum», Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 27 (1), 99-112
- Jellinek, E.M., 1960: The Disease Concept of Alcoholism. College and University Press, New Haven
- Klingemann, H., Room, R., Rosenberg, H., Schatzmann, S., Sobell, L. & Sobell, M., 2004: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens. Literatur- und Expertenbericht zum Modul A. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKA)
- Klingemann, H., Rosenberg, H., Schweizer, B., Schatzmann, S., 2004: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Gesamtschweizerische Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung. Ergebnisbericht zum Modul B. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKA)
- Klingemann, H., 2006: Arbeitsbericht zur ExpertInnentagung zum Thema «Kontrolliertes Trinken» am 16.2.2006 in der Forel Klinik
- Meili, D., Dober, S., Eyal, E., 2004: Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie, Suchttherapie 2004; 5: 2-9
- Meyer, T., 2006: Bleuler und die Abstinenzbewegung, in: Scharfetter, Chr., Eugen Bleuler – Polyphrenie und Schizophrenie, SS 199-234, vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, 2006
- Meyer, T., 2004: Empirische Befunde aus der Katamnesestudie der Forel Klinik, abhängigkeiten 2/04, SS 6-16, ISPA Press Lausanne
- Meyer, T., Willimann, B., 2008: Altersalkoholismus – Eine Bestandesaufnahme, Expertenpanel Altersalkoholismus des Kantons Zürich, unveröffentlicht
- Nowinsky, J., Baker, S.C., Carroll, K., 1992: Twelve Step Facilitation Therapy Manual (Project MATCH Nonograph Vol. 1). Rockville, Maryland: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
- Pattison, E.M., Sobell, M.B., Sobell, L.C., 1977: Emerging concepts of alcohol dependence. New York: Springer
- Polli, E., Ketterer, H., Weber, E., 1989: Kursprogramm kontrolliertes Trinken, Suchtprobleme und Sozialarbeit, 3, 125-133
- Sieber, M., Riem, M., Meyer, T., Sondheimer, G., (2003): Verlauf der Alkoholabhängigkeit und der Lebenszufriedenheit bei Personengruppen mit unterschiedlichem Behandlungsprofil, Bulletin 2/2003 (Fortsetzung von Bulletin 1/2003), Forel Klinik
- Sondheimer, G., 1978: Kontrolliertes Trinken – eine Alternative zur Vollabstinenz für Alkoholiker? Drogalkohol 1, 3-15
- Sondheimer, G., Eichenberger, M., 1989: Alkoholismus – Ansichtssache? Forel Klinik, Ellikon an der Thur
- Spinatsch, M., Chilvers, C., 1991: Die Lebensverhältnisse von Alkoholabhängigen nach stationärer Behandlung. SFA, Lausanne
- A. Uchtenhagen, 2002: Stellenwert der abstinenzorientierten/abstinenzgestützten Therapie heute. Referat, ISF Forum 02.06.2003, Institut für Suchtforschung Zürich
- Ulmer, A., 2002: Substitutionsmöglichkeiten bei Alkoholabhängigen, Suchttherapie Suppl. 2, 2002, 127/28

Ulmer, A., 2007: Akzeptanzorientierte Suchtarbeit, www.indro-online.de/Ulmer_07.pdf

Watzlawick, P., 1983: Anleitung zum Unglücklichsein, Piper, München

Wohn- und Arbeitsgemeinschaft Suneboge (2008). Persönliche Mitteilung

Korrespondenzadresse

Thomas Meyer, Forel Klinik, CH-8548 Ellikon, E-Mail: thomas.meyer@forel-klinik.ch