

Die Anonymen Alkoholiker

Eine Literaturanalyse zur Wirksamkeit des Programms einer Selbsthilfegruppe für alkohol- kranke Menschen

Beate Robertz-Grossmann/Sigrid Droste
2003

Gliederung

0 Einleitung	3
A Alkoholismus/Alkoholabhängigkeit	
A.1 Was ist Alkoholismus/Alkoholabhängigkeit?	4
A.2 Ursachen des Alkoholismus/der Alkoholabhängigkeit	7
A.3 Alkoholismus/Alkoholabhängigkeit in Deutschland	
A.3.1 Alkoholkonsum	9
A.3.2 Alkoholismus/Alkoholabhängigkeit	11
A.4 Diagnostik des Alkoholismus/der Alkoholabhängigkeit	14
A.5 Therapiemöglichkeiten des Alkoholismus/der Alkoholabhängigkeit	16
A.6 Selbsthilfe	18
B Hauptdokument	
B.1 Die Anonymen Alkoholiker	
B.1.1 Wer/Was sind die Anonymen Alkoholiker	21
B.1.2 Ziele der Anonymen Alkoholiker	21
B.1.3 Angebote der Anonymen Alkoholiker	22
B.1.4 Programm der Anonymen Alkoholiker	24
B.1.5 Mitgliederstruktur	27
B.2 Methodik	28
B.3 Ergebnisse	29
B.4 Diskussion	40
B.5 Fazit	41
C Literatur	42

0 Einleitung

Alkoholismus ist ein ernst zu nehmendes Problem unserer Gesellschaft. Alkoholabhängigkeit ist zumeist mit einer Vielzahl physischer, psychischer und sozialer Folgen für das betroffene Individuum verbunden. Aber auch die gesellschaftliche Dimension ist nicht zu unterschätzen. Alkoholabhängigkeit verursacht hohe volkswirtschaftliche Kosten, wie z.B. die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen (ärztliche und nichtärztliche Versorgung, Rehabilitation usw.), Entstehung von Arbeits- und Berufsunfähigkeit, Inanspruchnahme von Sozialhilfe, juristische Dienstleistungen, Verursachung von Unfällen usw.

Die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker (AA) bieten ein Programm für Alkoholranke, das den Betroffenen dabei helfen soll, abstinent zu werden und zu bleiben. Wenngleich es sich bei den Anonymen Alkoholikern auch um die weltweit am weitesten verbreitete Selbsthilfeorganisation für Alkoholranke handelt, wird die Wirksamkeit ihres Programms jedoch unterschiedlich bewertet. Dieser Umstand läßt es sinnvoll und notwendig erscheinen, sich der Arbeit der Anonymen Alkoholiker mit den Methoden der evidence-basierten Wissenschaften anzunehmen und anhand publizierter Studien zu prüfen,

- ob und inwieweit ein Nachweis der Wirksamkeit des Programms der Anonymen Alkoholiker belegt ist und falls eine solche Wirksamkeit besteht,
- ob diese Wirksamkeit für alle Alkoholranken gleichermaßen besteht und unter welchen Bedingungen diese gegeben ist und
- ob die Wirksamkeit des Programms der Anonymen Alkoholiker überlegen ist über diejenige anderer, alternativer therapeutischer Interventionen, wie z.B. der Psychotherapie (beispielsweise der kognitiven Verhaltenstherapie)

Dies sind Fragen, die mit dem vorliegenden Bericht beantwortet werden sollen. Hierzu wird die methodische Vorgehensweise des Health Technology Assessments (HTA) gewählt. Dies sieht vor, unabhängig von jeglichen Interessen eine umfassende und vollständige Bewertung einer Technologie – dies sind im vorliegenden Fall die Anonymen Alkoholiker – vorzunehmen.

Zu diesem Zweck wird in einem ersten Teil des vorliegenden Berichtes die Problematik des Alkoholismus dargestellt, beginnend mit einer Vorstellung zur Definition und der Verbreitung in Deutschland, gefolgt von einer Darstellung zu diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie den unterschiedlichen Selbsthilfeansätzen. Im zweiten Teil des vorliegenden Berichts wird dann auf die Anonymen Alkoholiker eingegangen. Zunächst wird diese Organisation und ihr Programm vorgestellt und schließlich auf die vorliegenden Informationssynthesen zur Wirksamkeit dieser eingegangen. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und Schlußfolgerungen vorgestellt.

A Alkoholismus/Alkoholabhängigkeit

A.1 Was ist Alkoholismus/Alkoholabhängigkeit?

Alkoholgebrauch und Alkoholmißbrauch sind nicht scharf voneinander zu trennen, da es zwischen beidem fließende Übergänge gibt. Mißbrauch von Alkohol bezieht sich neben Menge und Häufigkeit auch auf Ort, Zeit und die Person mit Alkoholkonsum. Die Unterscheidung von Alkoholge- und –mißbrauch ist zudem abhängig von Trink-sitten und soziokulturellen Normen. Aus medizinischer Sicht wird Alkoholmißbrauch als ein solcher Alkoholkonsum betrachtet, der zu körperlichen, psychischen und sozialen Schäden führt [Singer 1999, S. 28].

Klarer, aber auch nicht eindeutig definiert ist im Gegensatz zum Alkoholmißbrauch die Alkoholabhängigkeit. Die *World Health Organization (WHO)* definiert „Abhängigkeit“ als einen Zustand, der sich „aus der periodisch oder kontinuierlich wiederholten Einnahme einer Droge ergibt“. Als Drogen sind dabei Substanzen zu verstehen, die „Funktionen im Organismus verändern und vor allem das Nervensystem beeinflussen“, wie z.B. Alkohol.

„Das Abhängigkeitspotential einer Droge, auch des Alkohols, wird bestimmt durch:

- 1. Die unmittelbare psychoaktive Wirkung, die vor allem die psychische Abhängigkeit konstituiert. Sie ist charakterisiert durch vielfältige Einwirkungen auf psychische Funktionen, vor allem durch die Beeinflussung von Stimmung und Wahrnehmung, Antrieb und Motorik. Ihre Konsequenzen werden positiv wie negativ erlebt (lustvoll wie angstbesetzt): z.B. Euphorisierung, Angstlösung, Aktivierung, Verbesserung sozialer Kontakte, aber auch Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich, Ermüdung und Aufmerksamkeitsminderung, Verschlechterung der intellektuellen Leistungen und des Gedächtnisses, Steigerung der Aggressivität.*
- 2. Die Entwicklung von physischer Abhängigkeit: Entzugserscheinungen und Toleranz. Toleranzsteigerung liegt dann vor, wenn eine erhöhte Drogenmenge erforderlich ist, um den gleichen spezifischen (früheren) Wirkungsgrad zu erreichen.) Beide sind häufig miteinander verknüpft, aber nicht identisch. Die Entwicklung von Alkoholtoleranz und Entzugssymptomen stellen ein komplexes Phänomen dar, bei dem verschiedene physiologische Mechanismen beteiligt sind. An ihrer Entstehung sind neuronale und hormonelle Systeme beteiligt, vor allem die Neurotransmitter Katecholamine, Serotonin, Acetylcholin, Glutamat, Dopamin und GABA. Außerdem spielen auch Lernprozesse eine Rolle, wie Tierversuche gezeigt haben.“*
[Feuerlein 1998]

Eine Alkoholabhängigkeit ist sowohl durch eine physische wie psychische Abhängigkeit gekennzeichnet. Die psychische Abhängigkeit ist durch ein unwiderstehliches Verlangen nach weiterer periodischer oder dauernde Einnahme von Alkohol gekennzeichnet. Psychische Entzugszeichen sind depressive Verstimmungen, Angst und ein Drang zum erneuten Alkoholkonsum. Die physischen Entzugszeichen sind vielfältig. Zu nennen sind hier insbesondere vegetative Fehlfunktionen, feuchte Hände, Schweißausbrüche, innere Unruhe, Tremor, Schlaflosigkeit, Tachykardie und Blutdrucksteigerung, bei ausgeprägter Form auch zerebrale Krampfanfälle, akute Alkoholhalluzinosen und das Delirium tremens.

Der Begriff „Alkoholismus“ wird häufig für chronischen Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit verwendet. Vom Bundessozialgericht wurde Alkoholismus 1968 als Krankheit bezeichnet, für die „der Kontrollverlust bzw. das Nichtaufhörenkönnen charakteristisch ist“. In den 80er Jahren ergänzten das Bundesverwaltungs- und Bundesarbeitsgericht, daß „Alkoholismus als in der Regel nicht selbstverschuldete Krankheit, da bei ihrer Entstehung viele Faktoren mitwirken, von denen der Betroffene einige nicht übersehen kann“, zu betrachten ist [Singer 1999, S. 30].

Als Alkoholiker bezeichnet die World Health Organization (WHO) einen „exzessiven Trinker, dessen Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß er deutliche geistige Störungen oder Konflikte in seiner körperlichen und geistigen Gesundheit, in seinen mitmenschlichen Beziehungen, seinen sozialen und wirtschaftlichen Funktionen oder Vorzeichen einer solchen krankhaften Entwicklung aufweist. Er benötigt deshalb eine Behandlung“ [Dickhaut 1992].

Unterschieden wird bei der Alkoholabhängigkeit zwischen verschiedenen Typen. Hierzu entwickelte Jellinek vor einigen Jahrzehnten die in Tabelle 1 dargestellte Einteilung [Soyka 1999, S. 133].

Tabelle 1: Typologie der Alkoholabhängigen nach Jellinek

α-Typ	Problem-, Erleichterungs-, Konflikttrinker	Abhängigkeit nur psychisch	kein Kontrollverlust, aber undiszipliniertes Trinken mit Fähigkeit zur Abstinenz
β-Typ	Gelegenheitstrinker	weder psychische noch körperliche Abhängigkeit	kein Kontrollverlust
γ-Typ	süchtiger Trinker	zuerst psychische, dann körperliche Abhängigkeit	Kontrollverlust mit Phasen der Abstinenz
δ-Typ	rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum	psychische Abhängigkeit	keine Abstinenz, kein Kontrollverlust
ε-Typ	episodischer Trinker	psychische Abhängigkeit	Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz

Entsprechend bezeichnet man im allgemeinen Alkoholismus als eine fortschreitende Krankheit mit einer typischen Symptomatik und einem typischen Verlauf. Krankheitsmerkmale sind insbesondere der Kontrollverlust, Denken an Alkohol, Leugnen des Alkoholkonsums und eine Entzugssymptomatik.

Vom *National Council on Alcoholism and Drug Dependence* der *American Society of Addictive Medicine* wurde Alkoholismus folgendermaßen definiert:

„Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst wird. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch dauernd oder zeitweilig auftretende Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die

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

Nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) wird die Alkoholabhängigkeit unter dem Gliederungspunkt „Abhängigkeitssyndrom“ subsumiert. Es werden zur Diagnosesicherung 8 Kriterien aufgelistet, von denen 3 oder mehr während der vergangenen 12 Monate erfüllt sein müssen [WHO 2000]. Dies sind:

- Starker Wunsch zum Alkoholkonsum,
- verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Konsums,
- Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und eine entsprechend positive Erfahrung,
- körperliches Entzugssyndrom,
- Toleranzsteigerung,
- eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol,
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkohols,
- anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis schädlicher Folgen.

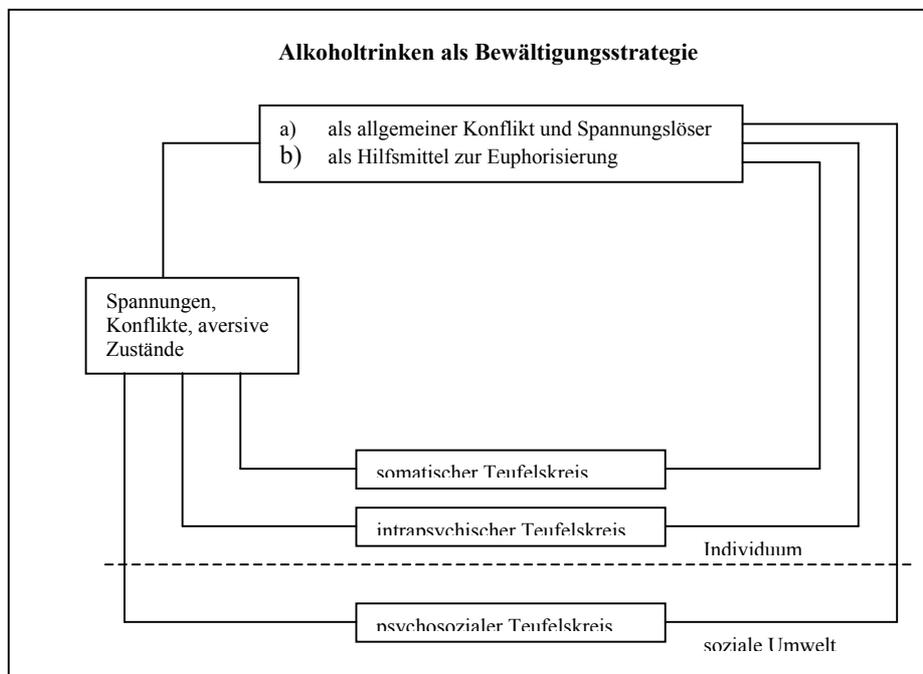
Die ebenfalls gebräuchliche DSM IV-Klassifikation verfügt hinsichtlich der Beschreibung der Alkoholabhängigkeit über dieselben Kriterien wie die ICD 10. Als Kriterien des „schädlichen“ Gebrauchs werden bei der DSM IV jedoch auch negative soziale Konsequenzen berücksichtigt. Zu nennen sind hier die Vernachlässigung von Pflichten, Probleme mit der Polizei oder psychosoziale Probleme [Feuerlein, S. 11].

Studien mit gleichzeitiger Verwendung beider Klassifikationsschemata ergaben für die gleiche Population bei der ICD 10 einen höheren Anteil Alkoholabhängiger wie die DSM IV-Klassifikation (5,5% versus 3,9%) [Feuerlein, S. 11].

A.2 Ursachen des Alkoholismus/der Alkoholabhängigkeit

Die Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit sind vielschichtig. Biologische/genetische, psychologische und soziologische Faktoren bilden einen komplexen Zusammenhang. Feuerlein entwickelte zur Darstellung des Zusammenhanges ein Modell, bestehend aus den Komponenten der spezifischen Substanzwirkung der Droge Alkohol, den spezifischen Eigenschaften des konsumierenden Individuums (physiologische und psychologische Faktoren) und der Besonderheit des sozialen Umfeldes (soziokulturelle, sozioökonomische, Familie usw.) [Feuerlein 1998]. Diese Komponenten können sich gegenseitig beeinflussen und verstärken. So wird trotz der großen Verbreitung des Alkoholkonsums nur ein kleiner Teil der Bevölkerung vom Alkohol abhängig. Für diese kleine Gruppe wird aus dem Regelkreis der gegenseitigen Beeinflussung und Verstärkung ein „Teufelskreis“ der Abhängigkeit (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Teufelskreis der Alkoholabhängigkeit [Feuerlein 1998]



Charakteristische Persönlichkeitsmerkmale für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit sind mangelnde Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl, gesteigerte Impulsivität und Aggressivität, unkonventionelle Verhaltensmuster und soziopathische Züge usw.

Die Verhaltensmuster des Alkoholkonsums sind je nach Alter unterschiedlich. Bei Beginn des Alkoholmißbrauchs in jugendlichem Alter kommt es schneller zu einer Abhängigkeit. Jüngere Menschen trinken durchschnittlich seltener Alkohol, dafür dann aber größere Mengen als ältere Menschen. Bei den Alkoholikern höheren Alters werden zwei Typen unterschieden: Bei den Menschen, die vor dem 60. Lebensjahr mit einem pathologischen Trinkverhalten beginnen (early onset), handelt es sich zumeist um Personen, die seit jugendlichem Alter zumeist ohne Unterbrechung trinken. Bei solchen Menschen mit Alkoholmißbrauch nach dem 60. Lebensjahr (late onset) liegen insbesondere Streß, erlernte Hilflosigkeit, Depression und Vereinsamung als Ursachen vor. Bei den sozialen Aspekten als Ursache für Alkoholabhängigkeit sind die soziokulturellen Einflüsse von Bedeutung. Aufgrund der psychoaktiven

Funktionen von Alkohol, wie z.B. Spannungsminderung, Angstlösung, Erleichterung sozialer Kontakte usw., erfolgt der Alkoholkonsum häufig im Rahmen von Zeremonien oder in gesellschaftlichem Rahmen.

Die Herkunftsfamilie ist für die Entwicklung insofern von Bedeutung als die Familienstruktur (z.B. Familiengröße), Trinkverhalten der Eltern und Gleichaltriger, Familienkohäsion, emotionaler Austausch und die Übereinstimmung der Eltern eine Rolle bei der Entwicklung einer späteren Alkoholabhängigkeit spielen. Aber auch die Art der Beziehungen von Ehepartnern bzw. Bezugspersonen oder von Peergroups spielt eine entscheidende Rolle.

Nach Dickhaut [1992] sind bei den meisten Alkoholkranken „ganz „frühe“, frühkindliche Beziehungsstörungen im Sinne eines „emotionalen Mangels“, eines Defizits in der Ich-Entwicklung, eines „Lochs im Ich““ feststellbar. Dieser emotionale Mangel bedinge eine „ständige Sehn-Sucht nach Sättigung bei gleichzeitiger Unersättlichkeit sowie eine unstillbare Sehn-Sucht nach Zuwendung und Geborgenheit, nach Wärme.“

Ein weiterer Einflussfaktor stellt die Berufs- und Arbeitssituation eines Menschen dar. Angehörige bestimmter Berufsgruppen wie z.B. alkoholnaher Berufe, Bau- und Metallberufe usw. sind mit einer größeren Alkoholgefährdung behaftet als Anghörige anderer Berufe. Aber auch Schichtarbeiter, Menschen in beruflichen Streßsituationen oder mit unzureichender Satisfaktion sind beispielsweise stärker alkoholgefährdet. Weitere soziale Faktoren für die Entstehung von Alkoholabhängigkeit sind z.B. eine problematische finanzielle Situation oder auch Wohnungslosigkeit [Feuerlein 1998].

Festzuhalten ist jedoch, daß es keine spezifische Alkoholikerpersönlichkeit, keine prämorbidie Persönlichkeitsstruktur gibt, die zwangsläufig zur Alkoholkrankheit führt [Dickhaut 1992].

A.3 Alkoholismus/Alkoholabhängigkeit in Deutschland

A.3.1 Alkoholkonsum

Zur Bestimmung des Alkoholverbrauchs in der Bevölkerung wird der Verbrauch an reinem Alkohol je Kopf der Bevölkerung gemessen. Es konnte beobachtet werden, daß ein direkter Zusammenhang zwischen der Höhe des Alkoholkonsums in einer Gesellschaft und den daraus resultierenden Schäden besteht. Je höher der Pro-Kopf-Verbrauch, desto höher ist auch die Häufigkeit von alkoholbezogenen Erkrankungen- und Todesfällen, z.B. von Leberzirrhosen.

Zur Bestimmung des Alkoholverbrauchs wird die Produktion und der Umsatz (Liter Fertigware) erfaßt. Nach der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) wird der Anteil reinen Alkohols in Fertigprodukten wie folgt angenommen:

Bier	4,4%
Wein	12,0%
Schaumwein	12,0%
Spirituosen	38,0%

Allerdings sind die Umrechnungsfaktoren strittig: Die Alkoholindustrie oder auch andere Nationen rechnen mit anderen Werten [Hüllinghorst, S.33].

Eine Auswertung des Alkoholverbrauchs seit Anfang der 90er Jahre zeigt einen sinkenden Trend –insbesondere beim Bierkonsum. Lediglich der Weinkonsum hat seit 1999 wieder zugenommen. Während im Jahr 1990 der Verbrauch bei 11,9 Litern reinen Alkohols lag, waren dies 1996 10,9 Liter, also 1 Liter bzw. 8,4% weniger und 2001 10,5 Liter bzw. nochmals 4,6% weniger. Nach Art der Fertigware stellt sich der Verbrauch - wie in Tabelle 2 aufgezeigt - dar:

Tabelle 2: Entwicklung des Verbrauchs an alkoholhaltigen Fertigwaren

Art der Fertigware (Verbrauch in Liter)	1990	1996	1999	2001
Bier	142,7	131,9	127,5	123,1
Wein	21,9	18,3	18,0	19,7
Sekt	5,1	4,8	4,9	4,2
Spirituosen	6,2	6,3	5,9	5,8

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland beim Bierkonsum an 3. Stelle, beim Weinkonsum an 15. Stelle und beim Verbrauch an Spirituosen an 21. Stelle in 2000. Nach den Angaben des Jahrbuch Sucht hat sich Deutschland zwischen 1993 und 2000 vom 4. Platz auf den 7. Platz hinsichtlich des Verbrauches an reinem Alkohol entwickelt [Hüllinghorst und DHS 2003].

Zur zielgruppenspezifischen Bestimmung des Alkoholverbrauchs werden Repräsentativerhebungen durchgeführt. Im Jahr 1995 wurden hierzu insgesamt 6.292 Menschen in den alten und 1.541 Menschen in den neuen Bundesländern im Alter von 18 bis 59 Jahren befragt. Zusätzlich führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 1993 eine Drogenaffinitätsstudie bei Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahre durch (2.000 Menschen in den alten Bundesländern, 1.000 Menschen in

den neuen Bundesländern). Die aktuellsten Zahlen zum Alkoholkonsum finden sich in dem im Januar 2003 von der Hauptstelle gegen die Suchtgefahren veröffentlichten „Jahrbuch Sucht“.

Laut Drogenaffinitätsstudie (2000/01 N=3.010) tranken Jugendliche 1993 weniger häufig Alkohol als 20 Jahre zuvor. Ebenso ist der Anteil der 18-25jährigen zurückgegangen, die täglich oder mehrmals wöchentlich Alkohol trinken. 1993 waren deutliche Unterschiede hinsichtlich des Alkoholverbrauchs in den alten und neuen Bundesländern festzustellen. Während der Bierkonsum in den alten Bundesländern höher ist als in den neuen Bundesländern (61% versus 53% der Probanden tranken Bier) – insbesondere bei den Frauen (48% versus 35% der weiblichen Probanden tranken Bier) – ist der Verbrauch von Spirituosen (45% der Probanden tranken diese) und alkoholhaltigen Mixgetränken etwa gleich. Lediglich beim Wein- und Sektverbrauch ist der prozentuale Anteil der diese Getränke Konsumierenden in den neuen Bundesländern etwas höher als in den alten Bundesländern (77% versus 71). Dieser Unterschied trifft insbesondere für Frauen zu. Sowohl in den alten wie in den neuen Bundesländern ist der Anteil unter den 12-13jährigen mit Wein- bzw. Sektkonsum am höchsten. Bei den 21-25jährigen ist dies ebenfalls der Fall, jedoch ist die Differenz zu anderen Alkoholika nicht so groß (60% mit Spirituosenkonsum versus 84% mit Wein- bzw. Sektkonsum) [Hüllinghorst, S. 35].

Insgesamt läßt sich ein Sinken des Alkoholkonsums an Werktagen und ein Sinken des Anteils mit Alkoholkonsum in der jüngsten Altersgruppe – den 12-13jährigen – festhalten. 12-25jährige trinken Alkohol zu größten Teil mit gleichaltrigen Freunden und Bekannten (bis zu 97% des Alkoholkonsums). Mit Eltern, Geschwistern bzw. Verwandten trinken 12-25jährige deutlich seltener, in den neuen Bundesländern allerdings signifikant häufiger als in den alten Bundesländern. Festgehalten werden kann ebenfalls, daß Erfahrungen mit einem Alkoholrausch in sozialen Situationen wie dem Einstieg ins Berufsleben, während des Wehr- und Ersatzdienstes sowie bei Arbeitslosigkeit deutlich größer sind als in den übrigen sozialen Kontexten.

Die Repräsentativerhebung von 1995 ergab für Westdeutschland einen höheren Anteil alkoholabstinenter Menschen als in Ostdeutschland (Ost: Männer 12.8%, West: Männer 16.3%, Ost: Frauen 20.8%, West: Frauen 30.0%). Auch der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken haben, ist in Westdeutschland mit 52.1% (Wein/Sekt) und 31.9% (Spirituosen) geringer als in Ostdeutschland (62.5% (Wein/Sekt) und 39.2% (Spirituosen)).

Der Anteil der Frauen mit Bierkonsum ist deutlich geringer als derjenige bei Männern – in Ostdeutschland ist diese Differenz größer als in Westdeutschland. Beim Wein- und Sektkonsum liegt in Westdeutschland kaum ein geschlechtsspezifischer Unterschied vor. Dagegen ist der Wein-/Sektkonsum in Ostdeutschland bei Frauen z.T. deutlich höher als bei Männern. Sowohl in Ost- wie in Westdeutschland konsumieren Männer mehr Spirituosen als Frauen.

Von einem „schädlichen“ Alkoholkonsum geht man bei Frauen von mehr als 20g reinen Alkohols je Tag und bei Männern von mehr als 40g reinen Alkohols je Tag aus. Der Anteil des „schädlichen“ Alkoholkonsums ist bei Männern in Ostdeutschland größer als bei Frauen (20.5% versus 10.5%); in Westdeutschland ist dieser Unterschied nicht so groß (15.1% Männer versus 10.0% Frauen). Der Anteil „schädlichen“ Alkoholkonsums ist bei den westdeutschen Männern in der Altersgruppe der 50-59jährigen am höchsten, bei den westdeutschen Frauen in der Gruppe der 40-49jährigen. Bei den ostdeutschen Männern dagegen ist dieser Anteil unter den 21-

24jährigen am höchsten, bei den Frauen wie in Westdeutschland unter den 40-49jährigen (vgl. Tabelle 3) [Hüllinghorst, S. 38].

Tabelle 3: „Schädlicher Alkoholkonsum (in Prozent aller Befragten). Männer: > 40g je Tag; Frauen: > 20g je Tag [Hüllinghorst, S. 38]

	Altersgruppe						
	Gesamt	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<i>West</i>							
Männer	15,1	10,4	12,8	13,3	15,9	15,6	16,8
Frauen	10,0	9,0	5,6	10,1	9,4	12,6	9,9
<i>Ost</i>							
Männer	20,5	7,7	27,7	20,7	21,1	18,7	21,6
Frauen	10,5	1,8	8,3	11,8	12,1	12,2	9,1

A.3.2 Alkoholismus

Eine zuverlässige Einschätzung der Häufigkeit des Alkoholismus in der Bevölkerung ist schwierig, da unterschiedliche Definitionen und Klassifikationen für die Diagnosestellung verwendet werden. Deshalb wird die Verbreitung von Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit zumeist nur geschätzt. Nach Untersuchungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) überschreiten in den alten Bundesländern etwa 27% der Männer und 31% der Frauen die festgelegten Grenzwerte für einen „schädlichen“ Alkoholkonsum (Männer 40g Reinalkohol je Tag, Frauen 20g Reinalkohol je Tag). In den neuen Bundesländern lauten dies Werte 35% (Männer) und 28% (Frauen). Je nach betrachteter Quelle weichen die dargestellten Zahlen zur Prävalenz des Alkoholmißbrauchs bzw. Alkoholismus von diesen Werten ab. Nach Fichter [1990] werden aktuell etwa 9% der Männer und 0,5% der Frauen als behandlungsbedürftige Alkoholiker betrachtet.

„Mindestens 13% (21% der Männer und 5% der Frauen) der deutschen Bevölkerung betreiben in ihrem Leben zumindest zeitweilig Alkoholmißbrauch ... Jenseits des 60. Lebensjahres sind Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol seltener“ [Feuerlein].

Am häufigsten wird Alkoholmißbrauch bzw. -abhängigkeit in den mittleren Altersgruppen beobachtet. Dies kann sowohl der Statistik der ambulanten Beratungsstellen als auch der stationären Einrichtungen entnommen werden. Bei den 18-20jährigen wird bei 2.4% der Männer und 3.4% der Frauen ein „schädlicher“ Alkoholkonsum festgestellt, bei den 21-24jährigen bei 7.3% der Männer und 2.9% der Frauen. Bei weiblichen Jugendlichen insgesamt ist der Anteil mit „schädlichem“ Gebrauch höher als bei männlichen Jugendlichen.

Folge- und Begleiterkrankungen

„Es gibt kaum ein Organ, welches nicht infolge eines Alkoholmißbrauchs geschädigt werden kann“. Unklar ist, ob der Alkohol dabei alleinige Krankheitsursache ist oder die schädigende Wirkung anderer Noxen potenziert. Die einzelnen Organe können in unterschiedlicher Häufigkeit und unterschiedlichem Ausmaß betroffen sein, ohne daß die Ursache für die unterschiedliche Empfindlichkeit bekannt ist. Vermutet werden genetische Faktoren, Geschlecht, Trinkmuster, Getränkeart, Alter, Vorschädigung, individuelle Verträglichkeit und Umweltfaktoren. Nach Feuerlein [1998] leiden bis zu 75% der Alkoholiker, die in eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme kommen, an Alkoholfolgekrankheiten [Singer, Teysen 1999, S. 141f]. Eine Auflistung der wichtigsten Folgekrankheiten aus einer Studie aus den 70er Jahren ist in Tabelle 4 wiedergegeben.

Tabelle 4: Häufigkeiten der wichtigsten Krankheiten bei Alkoholismus [Singer, Teysen 1999, S. 141]

Erkrankung	Männer (Anteil in %)	Frauen (Anteil in %)
Fettleber	47.7	27.4
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung	12.1	5.9
Traumen (Gesamtzahl)	11.4	7.4
Bluthochdruck	8.7	6.7
Mangelernährung	7.7	8.9
Anämie	4.2	13.1
Gastritis	6.1	3.0
Knochenbrüche	5.7	3.7
Hiatushernie	5.7	2.2
Leberzirrhose	4.4	3.0
Magen-Darmgeschwüre	4.1	3.7
Chronischer Hirnschaden	3.7	3.0
Fettsucht	3.1	5.9
Kardiomyopathie	2.7	4.4
Ischämische Herzkrankheiten	3.1	0.0
Lungenentzündung	2.6	0.7
Epileptische Anfälle	2.6	0.7
Diabetes mellitus	2.4	0.7
Gastrointestinale Blutung	2.3	2.2
Harnwegsinfekt	1.6	0.7
Akutes Hirnsyndrom	1.6	0.7
Pankreatitis	0.8	0.7

Mortalität

Bei der Bestimmung der Mortalität von Alkoholkranken sind unterschiedliche Kategorien von Todesursachen zu berücksichtigen. Dies sind die

- direkt auf Alkohol zurückzuführenden Todesursachen,
- indirekt auf Alkohol zurückzuführende Todesursachen und
- sonstige Todesursachen, die indirekt auf Alkohol zurückzuführen sind (z.B. Unfälle).

Die exakte Bestimmung der Sterbefälle, die auf Alkohol zurückzuführen sind, ist schwierig. Die Angaben z.B. der Sterberegister weisen diesbezüglich eine Unterschätzung durch unkorrekte Angaben auf. Feuerlein gibt für 1993 einen Anteil von 3.6% aller Todesfälle als alkoholassoziierte Todesfälle an. Das Robert-Koch-Institut schätzt diese Zahl auf rund 5.6%. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren spricht von 25% aller Todesfälle bei Männern zwischen dem 35. und 64. Lebensjahr und von 13% aller Todesfälle bei Frauen derselben Altersgruppe, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind [DHS 2003]

Es läßt sich eindeutig eine deutliche Übersterblichkeit der Alkoholiker gegenüber der Gesamtbevölkerung feststellen. Am höchsten ist diese Übersterblichkeit in den niedrigen Altersstufen. Die häufigsten Todesursachen von männlichen Alkoholikern sind in Tabelle 5 wiedergegeben.

Tabelle 5: Die häufigsten Todesursachen männlicher Alkoholiker

Todesursache	Anteil an allen Todesfällen (in %)
Alkoholische Leberzirrhose	15.6
Ischämische Herzerkrankung	14.7
Tumoren des oberen Verdauungstraktes	4.9
Tumoren der Lunge	3.8
Unnatürliche Todesursachen	
- Suizid	12.6
- Unfall	5.6

Bei weiblichen Alkoholikern sind die alkoholische Leberzirrhose mit 19.8% und die Suizide mit 15.4% die häufigsten Todesursachen. Die Todesursache „Alkoholabhängigkeit“ nach ICD 10 wird lediglich bei 8.7% der männlichen Todesfälle und 12.5% der weiblichen Todesfälle angeführt (Unterschätzung). Die Suizidgefährdung ist bei Alkoholikern 60-120mal so hoch wie in der Gesamtbevölkerung.

A.4 Diagnostik des Alkoholismus

Alkoholismus und alkoholbedingte Störungen werden nach der ICD 10 der World Health Organization (WHO) oder der DSM IV der American Psychiatric Association (APA) klassifiziert (vgl. Abschnitt A.1).

Die Alkoholabhängigkeit geht nicht nur mit einem, sondern mit mehreren bis vielen Symptomen einher – je größer der Schweregrad der Abhängigkeit, desto größer die Anzahl der Symptome. So sind auch die Klassifikationssysteme so gestaltet, daß von den genannten Symptomen eine bestimmte Anzahl erfüllt sein muß. Die Trinkmenge spielt bei den Klassifikationen keine Rolle, d.h. es gibt keinen „Schwellenwert“, ab dem eine Alkoholabhängigkeit anzunehmen oder zwingend ist.

Für die Bildung von Subtypen von Alkoholabhängigen wird zumeist die Typologie von Jellinek verwendet (vgl. Abschnitt A.1). Von klinischer Bedeutung sind nach diesem Schema die Gamma-Typen, bei denen nach der anfänglichen psychischen Abhängigkeit eine körperliche Abhängigkeit mit Kontrollverlust, aber erhaltener Fähigkeit zur Abstinenz, einsetzt. Auch die Delta-Typen mit einem kontinuierlichen Alkoholkonsum sind von klinischer Relevanz. Die von Cloninger vorgelegte Typologie zielt mehr auf die genetische Komponente der Alkoholabhängigkeit ab und stellt einen Typ II vor, der stark genetisch bedingt ist und ausschließlich Männer betrifft sowie einen Typ I, der eher von Umweltfaktoren abhängig ist und sowohl Männer wie Frauen betrifft. Einer Typisierung von Babor, die einen Typ A- und einen Typ B-Alkoholiker einführt, kommt ein mehr prädiktiver Wert zu. Als Typ A werden Alkoholiker mit einem späten Beginn des Alkoholmißbrauchs bezeichnet, die eine günstigere Prognose haben als Typ B-Alkoholiker mit einem frühen Beginn des Mißbrauchs und u.a. vermehrten körperlichen und sozialen Konsequenzen des Alkoholkonsums.

Im klinischen Bereich eingesetzt werden unterschiedliche Untersuchungsinstrumente zur Diagnosesicherung. Diese – mit ausreichender Sensitivität und Spezifität ausgewiesenen Untersuchungsinstrumente - sind:

- Screening-Tests,
- Standardisierte Interviews,
- Fragebogentests sowie
- mehrdimensionale Untersuchungsinstrumente,
- klinisch-chemische Tests und
- hämatologische Tests.

Zu den einzelnen Typen von Untersuchungsinstrumenten gibt es eine Vielzahl von Vorschlägen. Die wichtigsten Fragebögen und Screening-Tests sind der Alcohol-Clinical-Index, der CAGE-Test, der Michigan-Alcoholism-Screening-Test, der Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete und der Münchener Alkoholismustest.

Über diese Untersuchungsinstrumente hinausgehend ist das Erscheinungsbild mit typischen Folgeschäden im klinischen Alltag von großer Bedeutung. Zu den Folgeschäden zählen [Soyka, S. 139]:

- Fazies alcoholica mit unreiner Haut,
- Vergrößerte Gesichtszüge,
- Teleangiectasien,
- Rhinophym,

- Fötör alcoholicus,
- Tremor der Hände,
- gerötete Konjunktivä oder Konjunktivis,
- vegetative Fehlfunktionen,
- motorische Unruhe,
- erhöhte Reizbarkeit,
- Nervosität,
- neurologische Folgeschäden wie Polyneuropathie, Kleinhirnsymptomatik mit Ataxie und Dysdiadochokinese,
- beinbetonte Muskelatrophie,
- aufgeblähter Bauch.

Die Diagnose des Alkoholismus ist bei fortgeschrittener Alkoholkrankheit mit vorliegenden Organschäden und/oder psychischen/sozialen Schäden leicht möglich. Schwieriger ist die Diagnose im Anfangsstadium, da die Beschwerden des Patienten hier häufig uncharakteristisch sind, wie z.B. morgendlicher Tremor und vegetative Labilität – zumal bei den Betroffenen häufig starke Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen vorliegen [Singer, Teysen 1999].

A.5 Therapie des Alkoholismus

Ziel einer jeden Alkoholismustherapie ist der Abbau der Motivation zum Trinken und der Aufbau einer Motivation zur Abstinenz. Die Krankheitseinsicht, Bereitschaft zur Veränderung, innere Einstellung zur Ursache der Abhängigkeit, spezifische Abwehrmechanismen und die Realisierung des Ausmaßes an Sanktionen bei anhaltendem Alkoholkonsum sind wichtige Voraussetzungen auf dem Weg zu einer erfolgreichen Therapie.

Unterschieden wird zwischen einer ambulanten und einer stationären Therapieform. Die ambulante Therapie beginnt nach Diagnosestellung eines Alkoholmißbrauchs mit einer „Minimalintervention“ in Form eines oder mehrerer ärztlicher Gespräche. Bei schon bestehender Alkoholabhängigkeit erfolgt ein aufklärendes und konfrontierendes Gespräch mit dem Ziel der Abstinenzmotivation. Bei Nichterfolg dieser Maßnahmen erfolgt eine stationäre Entzugsmaßnahme. In Deutschland wird diese suchtspezifische Behandlung allerdings nur von etwa 1% der Alkoholabhängigen in Anspruch genommen.

In den ersten Wochen nach der stationären Behandlung ist eine wohnortnahe Betreuung durch Suchttherapeuten erforderlich, da in dieser Zeit die Gefahr eines Rückfalls besonders groß ist. Empfohlen wird neben der regelmäßigen hausärztlichen Betreuung die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Eine adjuvante pharmakologische Therapie kann in den ersten 6 Monaten nach dem stationären Entzug indiziert sein. Eine pharmakologische Therapie sollte jedoch immer von einer supportiven Psychotherapie begleitet werden. Die ambulante Entwöhnung nach dem stationären Entzug hat als wichtigstes Ziel die Festigung des Abstinenzwunsches [Mann 1999, S. 487f].

Die Dauer der stationären wie ambulanten Therapie ist individuell unterschiedlich. Sie hängt ab vom Stadium der Erkrankung und den persönlichen und sozialen Ressourcen des Patienten. Eine lange Behandlungsdauer ist insbesondere für Patienten mit schlechter Prognose und geringer sozialer Unterstützung angezeigt. Während in der Vergangenheit überwiegend stationäre Maßnahmen über einen längeren Zeitraum durchgeführt wurden, nimmt in den letzten Jahren die Zahl der ambulanten Entwöhnungsversuche zu.

Die Erfolgsbewertung der verschiedenen therapeutischen Konzepte ist unterschiedlich. Das Institute of Medicine stellte 1990 hierzu folgende Schlußfolgerungen zusammen [Mann 1999, S. 492]:

1. Eine angemessene und spezifische Behandlung von Alkoholabhängigen kann zu eindeutig positiven Resultaten führen. Eine ganze Reihe spezifischer Behandlungsmodalitäten war mit einem Therapieerfolg assoziiert, wenn man sie in kontrollierten Studien mit Wartegruppen ohne Behandlung oder mit alternativen Behandlungsformen verglich.
2. Es gibt keine einzelne den anderen Behandlungsmodalitäten überlegene Therapieform, die für alle Alkoholabhängigen gültig wäre. Statt zu versuchen, die Überlegenheit einer einzelnen Methode durch das Prüfen spezifischer Interventionen in heterogenen Stichproben nachzuweisen, sollten Outcome-Studien vielmehr die Charakteristika von Teilstichproben untersuchen, für die spezifische Behandlungsmodalitäten maximal erfolgreich sind.
3. Therapeutenvariablen als Erfolgsdeterminanten wurden bisher deutlich unterschätzt. Fertigkeit und Werthaltungen der Therapeuten sind wichtige Faktoren,

die den Erfolg beeinflussen. Dies ist unabhängig von der psychotherapeutischen Ausbildung der Behandler.

4. Selbsthilfegruppen, insbesondere die Anonymen Alkoholiker, sind weit verbreitet. Studien, die ihren Erfolg belegen könnten, fehlen jedoch fast vollständig. Dennoch muß angenommen werden, daß die Selbsthilfegruppen insgesamt einen positiven und stabilisierenden Faktor in der Auseinandersetzung vieler Alkoholabhängiger mit ihrer Krankheit darstellen.
5. Die Behandlung anderer mit dem Trinken zusammenhängender Lebensprobleme kann das Therapieergebnis positiv beeinflussen. Hierzu gehört das Training sozialer Fertigkeiten, Ehe- und Familientherapie, u.U. eine antidepressive, medikamentöse Behandlung, Stressmanagement und die Einbindung in gemeindenahe Hilfsysteme.
6. Der globale Behandlungserfolg unausgewählter Patienten scheint zwischen stationären und ambulanten Behandlungsformen keinen Unterschied aufzuweisen. Das Gleiche gilt für längerdauernde Behandlungen im Vergleich zu kürzeren. Einschränkend muß jedoch gesagt werden, daß bei einer größeren Schwere der Abhängigkeit und ausgeprägteren psychiatrischen Zusatzstörungen, sowie schon weiter fortgeschrittenen Alkoholfolgeschäden eine längere und stationäre Behandlung der kürzeren ambulanten überlegen ist.

Abweichend von den allgemeinen Therapiekonzepten zur Behandlung des Alkoholismus ist für das Auftreten des Alkoholentzugssyndroms und des Delirium tremens eine akute Intervention notwendig. Bei einem Drittel bis zur Hälfte der Patienten mit Entzugssyndrom ist eine pharmakologische Therapie erforderlich. Auch metabolische Entgleisungen und Blutdruckerhöhungen sind therapiebedürftig. Bei ungefähr 5% der Alkoholabhängigen tritt ein Delirium tremens auf. Dies ist eine lebensbedrohliche Situation, die eine stationäre – zumeist intensivmedizinische – Behandlung in einer medizinischen oder psychiatrischen Einrichtung erfordert.

A.6 Selbsthilfe

Für alkoholranke Menschen bestehen verschiedene - im Bereich der Prävention, der Nachsorge und der Rehabilitation tätige - Selbsthilfeorganisationen bzw. –gruppen und sogenannte Abstinenzvereine, denen jeweils unterschiedliche ideologische Konzepte zugrunde liegen. Im einzelnen sind dies folgende:

- Anonyme Alkoholiker,
- Blaues Kreuz,
- Kreuzbund,
- Guttemplerorden,
- Freundeskreis.

Diese Institutionen rekrutieren sich zumeist aus ehemaligen Alkoholikern. „Ihr Ziel ist es vor allem, eine Solidargemeinschaft (nicht eine bloße Interessengemeinschaft) zu sein. Sie haben meist eine weltanschauliche Basis (humanitäre, oft auch christliche Konzepte)“.[Feuerlein 1999, S. 318]. Häufig unterhalten diese Organisationen neben Selbsthilfegruppen auch Beratungsstellen, z.T. auch Suchtfachkliniken.

Mit diesen Selbsthilfegruppen sind die „Förderung einer neuen, alle Lebensbereiche umfassenden Lebensperspektive, die Möglichkeit, selbst in helfender Weise aktiv zu werden, aber auch selbst Hilfe und Anregungen zu bekommen, sowie das Angebot persönlicher Kontakte und Beziehungen“ [Feuerlein 1999, S.318] beabsichtigt.

Zur Darstellung der unterschiedlichen Konzepte der Selbsthilfegruppen und –organisationen folgende Ausführungen:

Anonyme Alkoholiker

Darstellung siehe unter B Hauptdokument

Blaues Kreuz

Gründung: 1877 in Genf

Ziele: Auf evangelisch-christlicher Grundlage umfassende Hilfe für Suchtgefährdete und ihre Angehörigen und Mißbrauch des Alkohols entgegenwirken. Möglichst viele Menschen zu einem sinnvollen Leben befähigen.

„Die Organisation bemüht sich, auf die verschiedenen Suchtgefahren, besonders den Alkohol, hinzuweisen und Verständnis für die Betroffenen zu wecken, arbeitet überkonfessionell, bietet jedem – auch ohne organisatorische Bindung – die Möglichkeit, sich in der Suchtkrankenarbeit einzusetzen, ist eine Gemeinschaft, deren Mitglieder sich zu Jesus Christus als ihrem Herrn und Befreier bekennen, sie leben grundsätzlich abstinent, hat damit einen „alkoholfreien Lebensraum“ als Bewahrung und Hilfe für alle, die einen solchen Raum suchen und zu brauchen meinen“ [Dickhaut 1992, S. 162].

Angebote: vorbeugende, beratende und nachgehende Suchtkrankenhilfe in Begegnungsgruppen, Vereinen, Beratungsstellen usw. Eigene Einrichtungen wie z.B. Fachkrankenhäuser, Rehabilitationsheime, Familienferienheime

Organisation: Selbständiger Fachverband, Mitglied des Diakonischen Werkes. Schätzungsweise 1.000 Selbsthilfegruppen mit rund 16.000 Teilnehmern

Kreuzbund

Gründung: 1896 in Aachen

Ziele: katholisch orientierter Abstinenzverband, von Betroffenen und Angehörigen, die Anderen zu helfen bereit sind. Behandlungsmotivation.

„Die Freunde im Kreuzbund sind Weggefährten, denen es auf die menschliche Begegnung ankommt und deren Weggefährtschaft ein Stück des Weges gemeinsam bedeutet. Menschliche Nähe und persönliche Zuwendung bestimmen Denken und Handeln der Freunde im Kreuzbund“ [Dickhaut 1992, S. 161].

Angebote: Hilfsangebote als Teil eines Behandlungnetzes, begleitende Hilfe während der ambulanten bzw. stationären Behandlung, insbesondere Nachsorge durch verschiedenste Gruppenangebote. Persönliche Hilfe für Suchtgefährdete, Suchtkranke und deren Angehörige, sachliche Information über Hilfsmöglichkeiten, wertorientierte Gestaltung des eigenen Lebensbereiches, Förderung sozialer Bindungen.

Organisation: freier Zusammenschluß, erreicht mit seinen Aktivitäten wöchentlich rund 25.000 Teilnehmer

Guttemplerorden

Gründung: 1851 in den USA, 1889 in Deutschland

Ziele: religiös-weltanschaulich unabhängige Hilfe für Alkoholgefährdete, Alkoholranke und deren Angehörige; durch bewußte alkoholfreie Lebenseinstellung des Einzelnen den Eintritt einer Abhängigkeit verhindern, Abhängige aus ihrer Krankheit heraus helfen, Hilfestellung bei der Persönlichkeitsentwicklung.

„Grundlage der Arbeit der Guttempler ist das Recht aller Menschen auf Freiheit und persönliche Entwicklung. Die Guttempler wollen damit an besseren Lebensbedingungen für Alle mitwirken. Mit großer Sorge stellt der Orden fest, daß immer mehr Menschen versuchen, ihre Probleme durch Suchtmittel zu lösen und abhängig werden. Die Ursachen dafür liegen nach der Meinung des Ordens sowohl in der Verhaltensweise des Einzelnen als auch in seinem sozialen Umfeld. Die einzige gesellschaftlich anerkannte und am leichtesten zugängliche Droge ist nach Meinung des Ordens der Alkohol. Die Erfahrungen und Erkenntnisse der Guttempler liegen auf dem Gebiet der Auswirkungen des Alkohols. Ziel ihres Programmes ist es, die alkoholbedingten Schäden durch Senkung des Konsums zu verringern. Ihr Angebot umfaßt ambulante und stationäre Betreuung. Mitglieder des Ordens sind nicht nur Alkoholranke und Alkoholgefährdete, sondern auch andere, die sich zur Arbeit im Orden berufen fühlen“ [Dickhaut 1992, S. 160].

Organisation: Gemeinschaft alkoholfrei lebender Menschen. Rund 500 Gemeinschaften in Deutschland.

Freundeskreis

Gründung: 1956 in Baden-Württemberg

Ziele: als Selbsthilfegruppe von Suchtkranken und deren Angehörigen mit den Grundprinzipien Freiwilligkeit, Selbstbetroffenheit, Gleichberechtigung, Selbstbestimmung, Eigenverantwortung.

Die Freundeskreisgruppen möchten „Alkoholkranken und anderen Abhängigen, deren Familie und Freunden Rat und Hilfe geben, informieren und wollen helfen, Vorurteile abzubauen, bereiten akut Suchtkranke auf eine freiwillige stationäre Behandlung vor, begleiten Patienten und Angehörige während und nach der stationären Behandlung, fühlen sich an keine Tradition gebunden und für jeden hilfsbedürftigen Menschen offen, arbeiten mit anderen Abstinenzverbänden zusammen, pflegen Kontakt mit kommunalen Suchtkrankenbetreuungs- und Beratungsstellen, streben gute Kontakte zu Fachkrankenhäusern, Ärzten, Behörden und den freien Trägern der Suchtkrankenhilfe an“ [Dickhaut 1992, S. 160].

Angebote: ehemalige Abhängige und deren Angehörige leisten die meisten Angebote, es finden regelmäßig gemeinsame Zusammenkünfte von Suchtkranken und Angehörigen statt, mit großem Raum für Gespräche, Diskussionen und Erfahrungsaustausch, Angehörige von Suchtkranken werden von Beginn an mit in die Betreuung einbezogen, Angebote zur Förderung der Persönlichkeitsneubildung und –festigung, Pflege alkoholfreier Geselligkeit, Förderung von Fort- und Weiterbildung in der Suchtkrankenhilfe

Organisation: Bundesarbeitsgemeinschaft (eingetragener Verein), zu Beginn der 90er Jahre 790 Freundeskreisgruppen mit rund 20.000 Gruppenteilnehmern (Schätzung)

Die vorgenannten Organisationen bzw. Gruppen sind vor einem unterschiedlichen Hintergrund zu betrachten. Auf der einen Seite handelt es sich um Abstinenzverbände bzw. –gruppen, wie z.B. der Kreuzbund, die „vor über 100 Jahren von „gesunden“ Helfern als Hilfe für Alkoholranke ins Leben gerufen wurden“ [Dickhaut 1992, S. 159]. Die Selbsthilfegruppen auf der anderen Seite wurden ausschließlich von Betroffenen gegründet.

Zur Häufigkeit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen liegen unterschiedliche Angaben vor. Patienten, die auch andere Angebote der Nachsorge in Anspruch nehmen, suchen häufiger auch Selbsthilfegruppen auf. Die Wirksamkeit der Nachsorgeaktivitäten wird in einzelnen Studien recht unterschiedlich bewertet. Aufgrund von Mängeln im Studiendesign, nicht vorgenommenen Randomisierungen oder unangemessenen Vergleichsgruppen etc. sind viele Studienergebnisse nicht verwendbar. Vorher-Nachher-Vergleiche o.ä. sind zur Beurteilung der Wirksamkeit nicht geeignet.

Weniger angemessen ist ein Vergleich der unterschiedlichen Selbsthilfegruppen, da die Wahl einer am besten geeigneten Gruppe primär von der Persönlichkeit des Alkoholkranken abhängig ist. Die Selbsthilfegruppe, die für einen Patienten am besten geeignet ist, muß dies nicht zwangsläufig auch für einen anderen Patienten sein.

Dagegen ist die therapeutische Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen an sich unbestritten. „Eine Gruppe von gleichermaßen betroffenen Alkoholkranken wird von vielen als Auffüllung ihrer narzißtischen Leere erlebt“ [Dickhaut 1992, S. 163]. Allerdings besteht die Gefahr einer neuen Abhängigkeit – nämlich derjenigen von der Selbsthilfegruppe -, die allerdings das Selbstwertgefühl der Beteiligten stärkt und vor einem Rückfall schützt. Es besteht die Auffassung, daß gerade Alkoholranke mit einer mangelnden Selbstidentität und einer gestörten Beziehung zu ihrem sozialen Umfeld einer „beinahe lebenslangen Begleitung durch Einzeltherapeuten bedürfen, vor allem aber durch eine stützende Gruppe. ... So kann die Gruppe gewissermaßen zum Ersatz für den entzogenen Alkohol werden“ [Dickhaut 1992, S. 164].

B Hauptdokument

B.1 Die Anonymen Alkoholiker

B1.1 Wer/was sind die Anonymen Alkoholiker?

Bei der Organisation der Anonymen Alkoholiker (AA) handelt es sich um die weltweit bekannteste Selbsthilfegruppe für Alkoholranke. 1996 bestehen in 146 Ländern rund 90.000 Gruppen mit insgesamt über 1.8 Millionen Mitgliedern.

Gegründet wurde die Organisation 1935 in Akron in Ohio (USA) von zwei alkoholkranken Männern. 1939 erschien das Buch mit dem Titel „Alcoholics Anonymous“, in dem die damaligen Mitglieder ihre Grundsätze und Erfahrungen niederschrieben. Hier sind auch die 12 Schritte, das geistige Gedankengut der Anonymen Alkoholiker, enthalten. Dieses Buch ist nach wie vor Grundlage der Arbeit der Anonymen Alkoholiker.

1946 wurden diese Grundlagen um die 12 Traditionen der Anonymen Alkoholiker erweitert, die sowohl das „Innenleben“ der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker wie auch die Beziehungen der Anonymen Alkoholiker zur Umwelt regeln. Dies wurde notwendig, nachdem die Zahl der Mitglieder in den Jahren zuvor erheblich angewachsen war und daraus Probleme hinsichtlich Finanzierung, Mitgliedschaft, persönlicher Beziehungen sowie hinsichtlich der Leitung von Gruppen und Clubs sowie der Darstellung in der Öffentlichkeit entstanden waren.

In Deutschland entstand 1953 die erste deutschsprachige Gruppe durch Angehörige der amerikanischen Besatzungstruppen. Bis 1997 gründeten sich in Deutschland rund 2.300 Selbsthilfegruppen, z. T. mit Kontaktmöglichkeiten in Krankenhäusern und Justizvollzugsanstalten.

Die Organisation wird ausschließlich durch ehemalige Alkoholranke – ohne Beteiligung von nicht betroffenen Experten – getragen. Es ist ihr Ziel für Alkoholranke, „nüchtern“ zu werden bzw. zu bleiben und anderen Alkoholikern auf diesem Weg zu helfen [Feuerlein 1998, S. 320].

Die Anonymen Alkoholiker sind rechtlich nicht institutionalisiert. Es werden keine Beiträge erhoben, sondern sie finanzieren sich ausschließlich über Spenden von Mitgliedern und den Verkauf von Schriften. Die Gruppen treffen sich zu wöchentlichen Meetings, an denen nur Personen teilnehmen dürfen, die eine „Trinkerkarriere“ hinter sich haben und bereit sind, sich als Alkoholiker zu bezeichnen. Die Anonymität wird durch ausschließlichen Gebrauch von Vornamen und den Verzicht auf sonstige Identifikationsangaben gewahrt. Mitgliederverzeichnisse gibt es nicht. Neu-Mitglieder werden durch erfahrene Mitglieder betreut („Sponsoren“) [Feuerlein 1998, S. 320]. Für Familienmitglieder wurden eigene Gruppen gebildet, und zwar die AI-Anon bzw. Fam-Anon für Erwachsene und die AI-ATEen für Kinder von Alkoholikern.

B 1.2 Ziele der Anonymen Alkoholiker

Ziel der Gruppen der Anonymen Alkoholiker ist es, eine Solidargemeinschaft zu bilden, in der Gleichbetroffene sich auf freundschaftlicher Basis gegenseitig helfen. Im Vordergrund steht dabei die kurzfristige Erfolgsperspektive. „Anstatt dem Alkohol für alle Zeiten abzuschwören oder sich Sorgen zu machen, ob er morgen trocken bleiben kann, konzentriert sich der Alkoholiker darauf, jetzt und heute nicht zu trinken“ [Anonyme Alkoholiker]. Dieser Grundsatz spiegelt sich in einem – einer Druck-

sache der Anonymen Alkoholiker entnommenen – Text wieder, der deshalb im Folgenden zitiert wird [Dickhaut 1992, S. 168 f.]:

GESTERN – HEUTE – MORGEN

Es gibt in jeder Woche zwei Tage, über die wir uns keine Sorgen machen sollten. Zwei Tage, die wir freihalten sollten von Angst und Bedrückung.

Einer dieser zwei Tage ist Gestern mit all seine Fehlern und Sorgen, geistigen und körperlichen Schmerzen. Das Gestern ist nicht mehr unter unserer Kontrolle! Alles Geld dieser Welt kann das Gestern nicht zurückbringen; wir können keine einzige Tat, die wir getan haben, ungeschehen machen. Wir können nicht ein Wort zurücknehmen, das wir gesagt haben. Das Gestern ist vorbei!

Der andere Tag, über den wir uns keine Sorgen machen sollten, ist das Morgen mit seinen möglichen Gefahren, Lasten, großen Versprechungen und weniger guten Leistungen. Auch das Morgen haben wir nicht unter unserer sofortigen Kontrolle.

Morgen wird die Sonne aufgehen, entweder in ihrem vollen Glanz oder hinter einer Wolkenwand. Aber eins steht fest: Sie wird aufgehen! Bis sie aufgeht, sollten wir uns nicht über Morgen Sorgen machen, weil Morgen noch nicht geboren ist.

Es bleibt nur ein Tag übrig: heute!

Jeder Mensch kann nur die Schlacht von einem Tag schlagen. Daß wir zusammenbrechen, geschieht nur, wenn Du und ich die Last dieser zwei fürchterlichen Ewigkeiten – gestern und morgen – zusammenfügen.

Es ist nicht die Erfahrung von heute, die die Menschen verrückt macht; es ist die Reue und Verbitterung für etwas, was gestern geschehen ist, oder die Furcht vor dem, was das Morgen wieder bringen wird.

Empfohlen wird den Mitgliedern die regelmäßige Teilnahme an den Meetings, die ein- bis mehrmals wöchentlich stattfinden. Die Arbeit der Anonymen Alkoholiker erfolgt unter der Annahme, dass Alkoholismus unheilbar ist, dass „jedoch ein Alkoholiker sein Leben normal verbringen kann, vorausgesetzt, daß er einige einfache Änderungen in seiner Lebensweise vornimmt und diese einhält“ [Anonyme Alkoholiker].

Die Anonymen Alkoholiker sind – nach eigenen Angaben – offen für alle Menschen, unabhängig von Sozialschichtzugehörigkeit, Religion, Geisteshaltung, Rasse, Nationalität, Alter und Geschlecht.

B 1.3 Angebote der Anonymen Alkoholiker

Die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker führen keine therapeutischen Maßnahmen durch und bieten keine sozialpädagogischen oder psychologischen Hilfen bzw. psychotherapeutischen Beratungen an. Die Gruppen der Anonymen Alkoholiker beschränken sich ausschließlich auf die „gegenseitige Aussprache, Gemeinsamkeit der Erfahrungen und die ständige Hilfsbereitschaft zu jeder Tages- und Nachtzeit“.

Zentraler Bestandteil der Tätigkeit der Anonymen Alkoholiker sind dementsprechend die von ihnen durchgeführten „Meetings“. Hier werden drei verschiedene Formen unterschieden: Dies sind zum einen die geschlossenen Meetings, an denen ausschließlich Alkoholiker und „alle, die den ehrlichen Wunsch haben, mit dem Trinken

aufzuhören“, [Anonyme Alkoholiker] teilnehmen dürfen. „Jeder, der etwas zu sagen oder zu fragen hat oder sich der Gruppe mitteilen will, kann dies tun. Dabei spricht jeder nur für sich und über sich selbst – seine eigenen Gefühle. Namen sollen nicht genannt, Kritik soll nicht geübt und Ratschläge nicht erteilt werden [Anonyme Alkoholiker].

Ziel dieser Meetings ist es, dass der Alkoholiker lernt, „seine eigenen Schwächen, Fehler und Handlungsweisen selbstkritisch zu betrachten und schließlich zu offenbaren.

Neben diesen geschlossenen Meetings, die neben der Vermittlung des Gefühls der Solidarität auch dazu beitragen sollen, den Mitgliedern die Bedeutung des eigenen Anteils an ihren Schwierigkeiten nahe zu bringen, bestehen die offenen Meetings. Hier dürfen neben den Alkoholikern selbst auch Familienangehörige, Freunde, Verwandte oder sonstige Interessierte teilnehmen. Der Ablauf dieser Meetings ist wie bei den geschlossenen Meetings, allerdings liegen die „Gesprächsthemen und -inhalte – durch die Teilnahme von Nichtalkoholikern – meist auf einer anderen Ebene“ [Anonyme Alkoholiker].

Eine weitere Form der Meetings sind die öffentlichen Informationsmeetings, die durchgeführt werden, wenn „der Interessentenkreis im offenen Meeting zu groß wird oder eine Gruppe eine größere Personenzahl erreichen will“ [Anonyme Alkoholiker]. Diese Meetingform ist offen für alle, auch für Fachreferenten zum Thema Alkoholismus.

Um falschen Vorstellungen über die Anonymen Alkoholiker zu begegnen, haben diese die folgenden Aussagen über ihre Tätigkeit formuliert: Die Gemeinschaft Anonyme Alkoholiker

- *bietet keine Sozialdienste an, stellt weder Unterkunft noch Verpflegung, Kleidung, Arbeit oder Geld zur Verfügung. Sie hilft dem Alkoholiker, nüchtern zu bleiben, so daß er für all diese Dinge selbst sorgen kann;*
- *ist keine medizinische Organisation, verabreicht keine Medikamente und bietet keine psychiatrische Beratung;*
- *unterhält keine Krankenhäuser, Heime oder Sanatorien und leistet keine Krankenpflege;*
- *ist keine religiöse Vereinigung. Jeder Anonyme Alkoholiker ist frei, sich seine persönliche Meinung über den Sinn des Lebens zu bilden;*
- *ist keiner Organisation verbunden, arbeitet jedoch mit Organisationen zusammen, die auf dem Gebiet des Alkoholismus tätig sind. Einige Anonyme Alkoholiker arbeiten bei derartigen Organisationen, aber in ihrem eigenen Namen, nicht als Vertreter der Anonymen Alkoholiker;*
- *nimmt von Außenstehenden kein Geld an, weder von Privatpersonen noch von Behörden oder Institutionen;*
- *kontrolliert ihre Mitglieder in keiner Weise. Jeder entscheidet selbst, ob er trinkt oder nicht. Die Anonymen Alkoholiker hilft dem Alkoholiker lediglich, sich selbst zu helfen. Deshalb kann eine Meetingsteilnahme oder Alkoholenthaltbarkeit nicht bescheinigt werden;*
- *wirbt nicht um Mitglieder. Sie ist für Alkoholiker da, die mit dem Trinken aufhören wollen;*

- es werden keine Akten oder Mitgliederlisten geführt. Die Gemeinschaft Anonyme Alkoholiker hat die Anonymität zum Prinzip erhoben;
- behauptet nicht, sie hätte die einzige Lösung für das Alkoholproblem gefunden. Sie ist auch keine Abstinenzbewegung.

B 1.4 Programm der Anonymen Alkoholiker

Die Ideologie der Anonymen Alkoholiker setzt sich zusammen aus den bereits erwähnten 12 Schritten, die auf den Prinzipien der englischen (neuen) Oxford-Bewegung und auf den 12 Traditionen basieren. Diese 24 Regeln werden als Wiedergenesungsprogramm bezeichnet. Bei den 12 Schritten handelt es sich um folgende:

- 1. Schritt: Wir geben zu, daß wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind und unser Leben nicht mehr meistern können.

„Es ist in der Tat schrecklich, wenn wir zugeben müssen: Wir selbst haben durch das Glas in unserer Hand unser Denken und unser inneres Wesen in die Sucht des zerstörerischen Trinkens getrieben. Das Eingeständnis unserer persönlichen Machtlosigkeit wird schließlich zum Fundament, auf dem ein zufriedenes und sinnvolles Leben aufgebaut werden kann.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 2. Schritt: Wir glauben, daß nur eine Macht – größer als wir selbst – uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.

„Manchmal wird der Anonyme Alkoholiker-Weg für jene Menschen schwieriger, die ihren Glauben verloren oder verworfen haben, als für die, die nie einen Glauben hatten. Denn sie sind der Meinung, sie hätten den Glauben ausprobiert und er habe versagt. Vernunft ist der Ausdruck geistiger Gesundheit. Kein Alkoholiker kann für sich geistige Gesundheit in Anspruch nehmen, wenn er nüchtern sein destruktives Verhalten analysiert.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 3. Schritt: Wir entschließen uns, unseren Willen und unser ganzes Leben der Sorge Gottes – wie wir ihn verstehen – anzuvertrauen.

„Jedem materiell und sachlich denkenden Anfänger kommt dieser Schritt schwierig, ja unmöglich vor. Zu dem Zeitpunkt entdeckten Atheisten oder Agnostiker, daß unsere eigene Gruppe oder die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker als Ganzes als Höhere Macht ausreichen würden.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 4. Schritt: Wir machen gewissenhaft und furchtlos Inventur in unserem Inneren.

„Im vierten Schritt bemühen wir uns ernsthaft und gründlich, herauszufinden, welche Belastungen jeder von uns hatte und noch hat. Wir wollen genau erkennen, wie, wann und wo unsere Naturtriebe uns fehlgeleitet haben. Wir wollen offen das Unglück betrachten, das uns und anderen dadurch geschehen ist. Wenn wir die Fehler in unserem Gefühlsleben entdecken, können wir sie korrigieren. Wenn wir uns darum nicht bereitwillig und dauerhaft bemühen, wird es kaum Nüchternheit oder Zufriedenheit für uns geben.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 5. Schritt: Wir gestehen Gott, uns selbst und einem anderen Menschen die genaue Art unserer Fehler ein.

„Die meisten von uns sind davon überzeugt, daß wir ohne ein furchtloses Eingeständnis unserer Fehler einem anderen gegenüber nicht nüchtern bleiben können. Das Eingestehen der eigenen Fehler anderen gegenüber ist natürlich ein sehr alter Brauch. Die großen Gewinne aus dem Fünften Schritt sind eine realistischere und deshalb ehrlichere Einstellung uns selbst gegenüber.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 6. Schritt: Wir sind vorbehaltlos bereit, unsere Charakterfehler von Gott ausmerzen zu lassen.

„Das ist der Schritt, der Erwachsene von Kindern unterscheidet. Jeder Mensch, der genug Bereitschaft und Ehrlichkeit aufbringen kann, um den sechsten Schritt immer wieder und ohne irgendwelche Vorbehalte auf alle seine Fehler anzuwenden, ist in seiner geistigen Entwicklung ein gutes Stück vorwärts gekommen.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 7. Schritt: Demütig bitten wir ihn, uns von unseren Mängeln zu befreien.

„Alle unsere manchmal sogar ernstgemeinten Bemühungen scheiterten an fehlender Demut. Dann haben wir uns bei den Anonymen Alkoholikern umgeschaut und zugehört. Um uns herum sahen wir, wie durch Demut Fehlhaltung und Elend in unschätzbare Vermögen umgewandelt wurden.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 8. Schritt: Wir machen eine Liste aller Personen, denen wir Unrecht zugefügt haben, und nehmen uns vor, es an ihnen allen wieder gutzumachen.

„Der achte Schritt ist der Anfang vom Ende unserer Isolation von unseren Mitmenschen und von Gott. Wir sollten versuchen, uns dabei an die Regel zu halten, daß wir das, was wir anderen angetan haben, zugeben, daß wir aber gleichzeitig alles Unrecht, daß wir wirklich oder vermeintlich erlitten haben, vergeben. Wir sollten mit uns selbst und anderen nicht zu streng ins Gericht gehen. Wir dürfen weder unsere noch ihre Fehler übertrieben sehen.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 9. Schritt: Wenn immer möglich, bemühen wir uns aufrichtig um direkte Wiedergutmachung an ihnen, ausgenommen, sie oder andere würden dadurch verletzt.

„Die Bereitschaft, zu unserer Vergangenheit zu stehen, die Konsequenzen zu ziehen und dabei das Wohl der anderen nicht aus den Augen zu verlieren: Das ist der wahre Geist des neunten Schrittes. Sobald wir uns auf unserem neuen Lebensweg sicherer fühlen und durch unser Verhalten und Beispiel unsere Umgebung davon überzeugt haben, daß wir uns zum Besseren ändern, ist es an der Zeit, mit denen zu sprechen, denen wir ernsthaften Schaden zugefügt hatten.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 10. Schritt: Wir machen täglich Gewissensinventur, und wenn wir unrecht haben, geben wir es sofort zu.

„Das wichtigste für die Persönlichkeitsbildung ist, täglich Fehler zu entdecken, zuzugeben und zu verbessern. Aufrichtiges Bedauern über den Schaden, den wir angerichtet haben, echte Dankbarkeit für die Segnungen, die wir erhalten haben, und die Bereitschaft, es morgen besser zu machen – das sind die dauerhaften Werte, die wir anstreben.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 11. Schritt: Durch Gebet und Meditation versuchen wir, die bewußte Verbindung zu Gott – wie wir ihn verstehen – zu vertiefen, und bitten ihn um die Fähigkeit, seinen Willen für uns zu erkennen, und um die Kraft, ihn auszuführen.

„Für eine bewußte Verbindung zu Gott sind Gebet und Besinnung das Wichtigste. Wer sich an regelmäßiges Beten gewöhnt hat, kann darauf ebensowenig wie auf Luft, Nahrung und Sonne verzichten, und zwar aus dem gleichen Grund. Die Seele erkrankt genauso aus Mangel an Nahrung wie der Körper.“ [Anonyme Alkoholiker]

- 12. Schritt: Nachdem wir durch diese Schritte ein inneres Erwachen erlebt haben, versuchen wir, diese Botschaft an andere weiterzugeben und uns in all unseren Angelegenheiten nach diesen Grundsätzen zu richten.

„Lebensfreude ist das Thema des zwölften Schrittes der Anonymen Alkoholiker, und das Schlüsselwort heißt Handeln. Mit fortschreitender Nüchternheit spürten wir, daß Gott selbst die beste Kraftquelle für unsere innere Festigkeit war. Jetzt wenden wir uns den Menschen zu, die noch unter Alkoholkrankheit leiden. Hier erleben wir, daß Geben seliger ist als Nehmen“ [Anonyme Alkoholiker]

Neben diesen 12 Schritten geben die im Folgenden wiedergegebenen 12 Traditionen den Mitgliedern Regeln für das Leben innerhalb der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker [Anonyme Alkoholiker]:

1. Tradition: Unser gemeinsames Wohlergehen sollte an erster Stelle stehen; die Genesung des einzelnen beruht auf der Einigkeit der Anonymen Alkoholiker.
2. Tradition: Für den Sinn und Zweck unserer Gruppe gibt es nur eine höchste Autorität – einen liebenden Gott, wie Er sich in dem Gewissen unserer Gruppe zu erkennen gibt. Unsere Vertrauensleute sind nur betraute Diener; sie herrschen nicht.
3. Tradition: Die einzige Voraussetzung für die Anonyme Alkoholiker-Zugehörigkeit ist der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören.
4. Tradition: Jede Gruppe sollte selbständig sein, außer in Dingen, die andere Gruppen oder die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker als Ganzes angehen.
5. Tradition: Die Hauptaufgabe jeder Gruppe ist, unsere Anonyme Alkoholiker-Botschaft zu Alkoholikern zu bringen, die noch leiden.
6. Tradition: Eine Anonyme Alkoholiker-Gruppe sollte niemals irgendein außenstehendes Unternehmen unterstützen, finanzieren oder mit dem Anonyme Alkoholiker-Namen decken, damit uns nicht Geld-, Besitz- und Prestigeprobleme von unserem eigentlichen Zweck ablenken.
7. Tradition: Jede Anonyme Alkoholiker-Gruppe sollte sich selbst erhalten und von außen kommende Unterstützungen ablehnen.
8. Tradition: Die Tätigkeit bei den Anonymen Alkoholikern sollte immer ehrenamtlich bleiben, jedoch dürfen unsere zentralen Dienststellen Angestellte beschäftigen.
9. Anonyme Alkoholiker sollten niemals organisiert werden. Jedoch dürfen wir Dienst-Ausschüsse und -komitees bilden, die denjenigen verantwortlich sind, welchen sie dienen.

10. Anonyme Alkoholiker nehmen niemals Stellung zu Fragen außerhalb ihrer Gemeinschaft; deshalb sollte auch der Anonyme Alkoholiker-Name niemals in öffentliche Streitfragen verwickelt werden.
11. Unsere Beziehungen zur Öffentlichkeit stützen sich mehr auf Anziehung als auf Werbung. Deshalb sollten wir auch gegenüber Presse, Rundfunk, Film und Fernsehen stets unsere persönliche Anonymität wahren.
12. Anonymität ist die spirituelle Grundlage aller unserer Traditionen, die uns immer daran erinnern soll, Prinzipien über Personen zu stellen.

B 1.5 Mitgliederstruktur der Anonymen Alkoholiker

Über die Mitglieder der Gruppen der Anonymen Alkoholiker ist außerhalb der Organisation kaum etwas bekannt. Dies mag auch mit dem Anonymitätsgrundsatz der Anonymen Alkoholiker zusammenhängen. In Österreich wurde 1994 eine Umfrage zur Mitgliederstruktur durchgeführt. Da jedoch lediglich die Ergebnisse verfügbar sind – ohne Aussagen über die Anzahl der Befragten oder zu Aussagen der internen und externen Validität der Ergebnisse – werden diese in der untenstehenden Tabelle 6 nur unkommentiert wiedergegeben.

Tabelle 6: Ergebnisse einer Befragung von Anonyme Alkoholiker-Mitgliedern 1994 in Österreich

Einführung in Anonyme Alkoholiker:	
Faktoren, welche verantwortlich sind, dass Betroffene zu Anonyme Alkoholiker kommen (erlaubt waren zwei Antworten):	
Durch ein AA-Mitglied	27,0%
Selbstmotivation	36,0%
Behandlungs-Einrichtung	6,0%
Familie	24,0%
Beratungsstelle	7,0%
Geistlicher	1,0%
Arzt	17,0%
Arbeitgeber oder Kollege	3,0%
Nicht-AA-Freund oder Nachbar	4,0%
AI-Anon- oder AI-Ateen-Mitglied	4,0%
AA-Literatur	5,0%
Justizvollzugsanstalt	0,0%
Zeitung/Illustrierte/Radio/TV	17,0%

B 2. Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellung ist zu überprüfen, ob bzw. inwieweit international erarbeitete Bewertungen der Arbeit der Anonymen Alkoholiker existieren und ob diese – sofern vorhanden - auf die in Deutschland gegebenen Verhältnisse übertragbar sind. Zur Beantwortung sollten gemäß den Methoden der Evidence-basierten Medizin zunächst Publikationen des höchsten Evidenzlevels, d. h. Publikationen aus internationalen HTA-Einrichtungen sowie neuere Übersichtsarbeiten und ggf. Primärstudien, insbesondere aus dem deutschsprachigen Raum, soweit sie in den o. g. Publikationen keine Berücksichtigung finden, zugrunde gelegt werden. Die Literaturrecherche konzentriert sich also auf das Auffinden von HTA-Berichten, systematischen Reviews und Meta-Analysen.

Zielpopulation

Zur Zielpopulation zählen alle alkoholkranken Menschen – unabhängig von Alter und Geschlecht – die die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker aufsuchen.

Ergebnisparameter

Primärer Ergebnisparameter ist die Abstinenz eines Alkoholkranken, d. h. die Zeit ohne Alkoholkonsum.

Informationsquellen und Recherchen

Zur Identifizierung der publizierten Dokumente zur Wirksamkeit der Arbeit der Anonymen Alkoholiker wurde eine systematische Literaturrecherche in biomedizinischen, sozialwissenschaftlichen und psychologischen Datenbanken und nicht zuletzt in den HTA-Datenbanken (HTA=Health Technology Assessment) durchgeführt. Im Einzelnen umfasste die Informationsgewinnung folgende Schritte:

- Systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Biological Abstracts, BIOSIS, Current Contents, Embase und Medline über DIMDI-Superbase in 2002, aktualisiert in Januar 2003. Weiterhin wurden die Datenbanken Gerolit, SOMED, PsycInfo, Psyndex, Social Work Abstracts, Sociological Abstracts (heute Sociofile), CCMed, Karlsruher Virtueller Katalog (KvK), Springer-, Thieme- und Kluwer-Verlagsdatenbanken nach relevanter Literatur durchsucht. Die Literaturrecherche diente der Auffindung von systematischen und unsystematischen Reviews und Meta-Analysen, die in den Publikationen der unter Punkt 2 genannten Institutionen keine Berücksichtigung gefunden haben. Hier galt es neuere bzw. deutschsprachige Publikationen zu identifizieren. Es wurde für die Literaturrecherche keine zeitliche Begrenzung eingeführt, da sich das Konzept der Anonymen Alkoholiker in den letzten Jahren nicht so verändert hat, dass eine ältere Publikation zur Wirksamkeit unberücksichtigt bleiben müsste.
- Zusätzliche Recherche in den Datenbanken The Cochrane Database of Systematic Reviews, des Cochrane Controlled Trials Registry, DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness), HSTAT, HTA. Bei diesen Datenbanken wurde in der Regel eine einfach strukturierte Suchstrategie verwendet. Die Zahl der gefundenen Records war so gering, dass sich eine spezifische Suchstrategie erübrigte. Suchbegriffe waren hier insbesondere der Term „Alcoholics Anonymous“

in trunzierter Schreibweise sowie „12?step*“ AND alcohol*“. Die Identifizierung relevanter Dokumente erfolgte anhand vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien.

- Es wurden die Referenzlisten der identifizierten Zeitschriftenaufsätze, Übersichtsarbeiten und HTA-Reports durchsucht, um die Recherchestrategie zu validieren und eventuelle Lücken zu schließen.

B 3. Ergebnisse

Im Folgenden werden alle – die Einschlusskriterien erfüllenden – Publikationen nach den Gliederungspunkten

- a) Dokumenttyp und Bezugsrahmen,
- b) konkrete Fragestellung,
- c) Methodik,
- d) Ergebnisse und Schlussfolgerungen und
- e) Abschließende Beurteilung

vorge stellt. Die im Folgenden beschriebenen, für die Informationssynthese berücksichtigten Studien, sind in Tabelle 7 auf der nächsten Seite aufgelistet.

Tabelle 7: Auflistung der in die Einzelauswertung eingeschlossenen Publikationen

Verfasser	Titel	Dokumenttyp	Veröffent-licht (Jahr)
Daum	Eine kritische Auseinandersetzung mit Alcoholics Anonymous	Narrativer Review	1990
Humphreys	Alcoholics Anonymous and 12-step alcoholism treatment programs	Narrativer Review	2003
Emrick et al.	Alcoholics Anonymous: What is currently known?	Meta-Analyse	1993
Ogborne	Assessing the effectiveness of Alcoholics Anonymous in the community: meeting the challenges.	Narrativer Review	1993
Longabaugh et al.	Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects.	Primärstudie	1998
Kownacki, Shadish	Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments.	Meta-Analyse	1999
Humphreys, Moos	Reduced substance-abuse-related health care costs among voluntary participants in Alcoholics Anonymous.	Ökonomische Studie	1996

Daum, P. (1990): Eine kritische Auseinandersetzung mit Alcoholics Anonymous. Diplomarbeit. Berlin: Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik

a) Dokumenttyp und Bezugsrahmen

Beim vorliegenden Dokument handelt es sich um eine Diplomarbeit im Fachbereich Sozialarbeit und Sozialpädagogik.

b) Konkrete Fragestellung

Welche Ziele und Inhalte hat die Arbeit der Anonymen Alkoholiker? Hilft das „spirituelle Programm der Genesung vom Alkoholismus“ Menschen mit Alkoholproblemen tatsächlich, diese Alkoholprobleme zu überwinden und ihr Leben besser zu meistern?

c) Methodik

Unsystematische Aufarbeitung der Literatur zum Thema ohne Dokumentation der Informationsgewinnung

d) Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Messung der Effizienz der Anonymen Alkoholiker ist schwierig, da es keine einheitliche Definition darüber gibt, wann ein Mensch als Alkoholiker bezeichnet wird, z. B. wie viel Alkohol eine Person trinken muss oder welche alkoholbezogenen Probleme sie erfahren haben muss. Auch fehlen einheitliche Kriterien zur Auswertung von Behandlungsprogrammen. Hier werden die durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums pro Tag oder Monat, Abstinenz, Abstinenz innerhalb eines bestimmten Zeitraums, soziales Funktionieren oder auch die Abwesenheit alkoholbezogener Probleme verwendet usw.

Diese methodischen Probleme haben zur Folge, dass die Ergebnisse verschiedener Studien zu den Anonymen Alkoholikern nur schwer vergleichbar sind. Hinzu kommen organisationsbedingte Probleme. Die bei empirischen Studien notwendigen Stichprobenbestimmungen sind nicht möglich, da es keine Mitgliederlisten gibt. Es liegen somit keine validen Daten über demographische und sonstige Merkmale der Population vor. Dies hat zur Folge, dass auch die Studienstichproben durch den Selbstselektionsmechanismus der Organisation bestimmt sind. Dies hat z. B. zur Folge, dass aufgrund der starken Sanktionen der Organisation gegenüber fortgesetztem Trinken eine Überrepräsentanz derjenigen vorliegt, die sich an das Abstinenzgebot halten. Auch sind Angaben zur persönlichen Biographie aufgrund der Reinterpretation der Vergangenheit im Sinne des Weltbildes der AA nicht zuverlässig.

Aus diesen vorgenannten Gründen ist die Bestimmung der Effizienz der AA problembehaftet, und verschiedene Studien kommen deshalb zu widersprüchlichen Ergebnissen.

Die Mehrheit aller, die Kontakt zu AA aufnehmen, verlassen die Organisation nach kurzer Zeit wieder. Höchstens 30 % derer, die zum ersten Mal ein Treffen von AA besuchen, bleiben dabei. Es gibt Argumente, die dafür sprechen, dass die AA für

bestimmte Alkoholiker ungeeignet sind, in manchen Fällen durch das „einfache, spirituelle“ Programm sogar nachteilig/schädlich sind, z. B. bei Problemtrinkern oder bei Rückfällen. „Insgesamt wird eine normative Struktur geschaffen, zu der sich völlig konform zu verhalten fast unmöglich ist. Tritt ein Rückfall auf, so verstärkt diese Devianz die Gruppengrenzen, indem sie den Gegensatz zwischen ‚richtigem‘ und abweichendem Verhalten betont und die Norm der Nüchternheit sowie die Normen, die vor dem Rückfall verletzt wurden, bekräftigt“.

Hinsichtlich der Charakterisierung von Alkoholikern, die tendenziell eher von den AA profitieren, gibt es keine gesicherten empirischen Erkenntnisse. Dennoch wurden in unterschiedlichen Studien folgende Persönlichkeiten als diejenigen Personen herausgehoben, die mehr als andere von den AA profitieren:

- Menschen, deren Denken eher „formistisch“ ausgerichtet ist, d. h. die in Bezug auf das Verstehen der interpersonellen Welt in bestimmten Kategorien und typologischen Etiketten orientiert sind
- Erfolgreiche Mitglieder von AA sind besonders häufig System I (Kennzeichen: Bedürfnis nach Struktur und Ordnung) sowie System II (Bedürfnis nach Einverleibung) zuzurechnen
- Menschen, die mehr durch ihre Impulse kontrolliert sind, die Kontrolle über ihr Leben eher äußeren Einflüssen zuschreiben und allgemein religiöser sind als andere Alkoholiker oder Nichtalkoholiker
- Männliches Geschlecht, Alter über 40, Mittel- oder Oberschichtzugehörigkeit, soziale Stabilität, erstes oder einziges Kind, schweres Trinken, Quartaltrinken, physische Abhängigkeit von Alkohol, Trinken, das durch Kontrollverlust gekennzeichnet ist, autoritäre Persönlichkeitsstruktur, starkes Angliederungsbedürfnis, starkes Bedürfnis nach Gruppenabhängigkeit, Neigung zu Schuldgefühlen, externer Locus der Kontrolle (Tendenz, das persönliche Schicksal eher äußeren Einflüssen als dem eigenen Handeln zuzuschreiben), Feldabhängigkeit, kognitive Unkompliziertheit, Religiosität, existenzielle Ängstlichkeit, konformistische Orientierung.

e) *Fazit des Verfassers:*

Insgesamt lässt sich feststellen, dass angesichts der enormen Verbreitung, die ‚Alcoholics Anonymus‘ als Behandlungsmodalität gefunden hat, nach wie vor nur verblüffend selten versucht wurde, die Wirksamkeit von AA einer wissenschaftlichen Untersuchung zu unterziehen. Darüber hinaus weisen viele dieser Studien methodische Mängel auf, so dass die Gültigkeit der Ergebnisse zu bezweifeln ist.

Auch kommen die Studien zu widersprüchlichen Ergebnissen: Einige Untersuchungen stellen eine Korrelation zwischen AA-Besuch und Abstinenz fest, andere nicht. Im Vergleich zu anderen Formen von Alkoholismustherapie erwies sich AA nicht als überlegen. Ein Phänomen, das in allen Untersuchungen, in denen dies überprüft wurde, auftrat, ist, dass unregelmäßige Besucher von AA schlechtere Ergebnisse zeigen als regelmäßige Besucher oder Personen, die AA überhaupt nicht besuchen. Alles in allem muss festgestellt werden, dass der derzeitige Stand der Forschung eine wissenschaftlich abgesicherte Antwort auf die Frage, ob und in welchem Maße AA „funktioniert“, leider nicht erlaubt.

Es stellt sich ein grundsätzliches Dilemma. Nicht nur die Effizienz von Alcoholics Anonymous ist bislang nicht wissenschaftlich belegt, auch die anderer Therapierich-

tungen ist fraglich. Nach wie vor zeichnen viele Auswertungen von Behandlungsprogrammen keine oder nur unwesentlich bessere Ergebnisse als gar keine Behandlung, und bislang konnte keine Therapierichtung belegen, besser als eine andere zu sein. Daraus den Schluss zu ziehen, Therapie wäre völlig nutzlos, ginge sicher zu weit. Möglicherweise kommen auch hier die schlechten Ergebnisse dadurch zustande, dass Alkoholprobleme individuell unterschiedliche Ursachen haben können und dass deshalb nicht jeder für jedes Therapieprogramm gleichermaßen geeignet ist. Um dies zu klären ist sicher noch weitere Forschung nötig.

Die schwachen Ergebnisse verschiedener Therapierichtungen legen nahe, dass die Alternative zu AA nicht unbedingt professionelle Therapie sein muss. Zur Überwindung von Alkoholproblemen ist wahrscheinlich soziale Unterstützung durch Gleichgesinnte hilfreich. Grundsätzlich hat sich das Konzept von Selbsthilfegruppen durchaus bewährt, nur brauchen diese nicht notwendigerweise auf den spirituellen Prinzipien von Alcoholics Anonymous beruhen.

Humphreys, K. (2003): Alcoholics Anonymous and 12-step alcoholism treatment programs. *Recent Dev Alcohol* 2003; 16: 149–64

a) Dokumenttyp und Bezugsrahmen

Beim vorliegenden Dokument handelt es sich um einen narrativen Review aus der Stanford University School of Medicine.

b) Konkrete Fragestellung

Wie ist der Stand der Evaluationsforschung zu AA Selbsthilfegruppen und 12-Stufen-Behandlungsprogrammen für Alkoholabhängige, und welche Erfordernisse künftiger Forschungen ergeben sich hieraus?

c) Methodik

Qualitative Zusammenstellung von publizierten Studien mit Schlüsselergebnissen und ungeklärten Fragen im Forschungsgebiet der Behandlung von Alkoholabhängigkeit und innerhalb des US-amerikanischen Behandlungsprogramms für Suchtkranke. Es erfolgt keine Dokumentation der Informationsgewinnung.

d) Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Es gibt keine – und wird es vermutlich auch niemals geben – prospektiven, randomisierten Studien zum Vergleich von AA versus keine Intervention oder versus eine andere Behandlung, und das aus folgendem Grund:

- Der Zugang zu unterschiedlichen Interventionen kann von den Wissenschaftlern nur mehr oder weniger gut kontrolliert werden,
- die AA sind gut bekannt und weitverbreitet und ohne Anmeldung und Beitragszahlungen für jeden zugänglich – auch für die Studienpopulation und Kontrollgruppe,

- eine bedeutende Anzahl der Probanden der Kontrollgruppe haben in Eigenverantwortung an AA-Veranstaltungen teilgenommen

Dies hat zur Folge, dass keine prospektiven, kontrollierten Studien im üblichen Sinne durchgeführt werden können, da nicht verhindert werden kann, dass Probanden zu den AA gehen. Auch ist Vorsicht geboten bei der Beschreibung der Vergleichsstudien (z. B. gibt es eine Studie, die schreibt, einen Vergleich von stationären versus AA-Probanden durchzuführen, tatsächlich aber haben alle stationären Probanden an AA-Treffen teilgenommen, da dies Bestandteil des stationären Programms war). Prospektive Evaluationen beobachten i. d. R. höhere versus niedrigere Teilnahmen an AA-Treffen. Diese Vergleiche haben eine geringere Sensitivität als „reine“ Vergleiche hinsichtlich der möglichen Effekte der AA.

e) Fazit des Verfassers

Lediglich eine mäßige Anzahl an Längsschnitt- und vergleichenden Studien wurde zu den AA und professionellen 12-Stufen-Behandlungsprogrammen durchgeführt. Dies limitiert die Sicherheit und die Aussagekraft der Schlussfolgerungen, die über diese Interventionen aufgezeigt werden können. Die bisherige Forschung deutet darauf hin, dass die Teilnahme an den Programmen und den AA zu einer signifikanten Reduzierung im Alkoholkonsum und bei den psychiatrischen Problemen führt. Außerdem reduzieren sich die Kosten der medizinischen Versorgung im Laufe der Zeit. Die statistische Aussagekraft sollte durch größere Studienpopulationen und valide Outcomemessungen erhöht werden. Hauptforschungsbereiche sollten Längsschnittstudien zu den Outcomes der Teilnahme an AA-Treffen sein sowie eine bessere Spezifikation der Aspekte der AA, die den Einfluss der Outcomes beeinflussen, wie auch Studien zu den ökonomischen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem.

Emrick, C.D.; Tonigan, J.S.; Montgomery, H.; Little, L. (1993): Alcoholics Anonymous: What is currently known? In: McCrady, B.S.: Research on Alcoholics Anonymous. Opportunities and alternatives. New Brunswick; Jersey: Rutgers Center of Alcohol Studies

a) Dokumenttyp und Bezugsrahmen

Meta-Analyse zur Arbeit der Anonymen Alkoholiker aus dem Veteran Affairs Medical Center in Denver, Colorado, um den an der Versorgung Beteiligten zu helfen, bessere bzw. geeignetere Behandlungspläne für ihre Patienten zu entwickeln und solche Patienten zu den AA zu schicken, die von den AA-Treffen profitieren können, und nach Therapien für diejenigen zu suchen, die eher nicht von einer Teilnahme an den AA-Treffen profitieren.

b) Konkrete Fragestellung

Welche soziodemographischen Merkmale können in den Studien mit AA-Teilnehmern identifiziert werden als Basis für die Frage warum, wie und für wen die AA wirksam sind?

c) Methodik

Explorative Meta-Analyse zur Zusammenführung der Ergebnisse der berücksichtigten Studien. 107 publizierte und unpublizierte Quellen werden erfasst.

d) Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Das mittlere Alter der Studienpopulationen liegt bei 42 Jahren, der Anteil der in die Studien eingeschlossenen Männer ist erheblich höher als der Anteil der Frauen. Auch sind die Stichprobengrößen bei Studien mit Frauen im Mittel sehr gering (N=9), bei Männern sind dies dagegen durchschnittlich N=116. Sozioökonomische Merkmale der Probanden werden nur selten erhoben bzw. berichtet. Hoch ist auch der Anteil der Studien mit stationären Populationen (68 % aller berücksichtigten Studien). In lediglich 20 % der Studien erfolgt die Rekrutierung der Probanden zufällig. Auffällig ist ferner der hohe Anteil der aus festen AA-Gruppen rekrutierten Probanden (68 %). Nur 19 % sind als Freiwillige rekrutiert worden.

Die größte Korrelation des Merkmals „Zugehörigkeit zu AA“ besteht zum Ausmaß der Inanspruchnahme von externer Hilfe zum Umgang mit dem Alkoholproblem. Alle übrigen getesteten Variablen haben allenfalls einen mäßigen Einfluss. Viele untersuchte Variablen sind unkorreliert oder wegen intermittierender Variablen schwer zu interpretieren. Einen mäßigen positiven Zusammenhang scheint es zwischen der physischen Abhängigkeit vom Alkohol und der Zugehörigkeit zu den AA zu geben. Ähnliches gilt für eine schwere umfassende Abhängigkeit vom Alkohol.

Emrick et al. beschreiben einige persönliche Merkmale, die auf AA-Mitglieder mehr zutreffen als auf Alkoholabhängige im Durchschnitt. Die Charakterisierung entspricht der von Daum [1990] skizzierten in fast allen Punkten (s. o.).

Die Mehrheit der aktiven AA-Mitglieder erhält in unterschiedlicher Form professionelle Behandlung und Beratung vor und nach Besuch der AA. Von Interesse ist, ob Alkoholiker besser betreut sind mit einer Kombination von AA-Betreuung und professioneller Beratung als mit einer dieser alleine. Ergebnisse aus entsprechenden Studien zeigen, dass eine Teilnahme an AA-Treffen vor einer professionellen Therapie keinen Einfluss auf das Trinkverhalten hat. Ein positiver Einfluss wird jedoch für die Konsultation während und nach der professionellen Therapie berichtet.

Eine Untersuchung bzgl. des Zusammenhangs von AA-Zugehörigkeit und beruflicher und sozialer/familiärer Situation ergab einen weichen (da nur wenige zuverlässige Daten) positiven Zusammenhang. Konsistente positive Zusammenhänge wurden beobachtet zu einem aktiveren religiösen Leben, einem größeren internalen Kontrolllokus und einem besseren rechtlichen Status. Einen deutlicheren positiven Zusammenhang wurde beobachtet zwischen AA-Zugehörigkeit und einer Verbesserung der psychischen Einstellung.

Nicht möglich ist die Beobachtung von iatrogenen Effekten der AA, da die aus dieser Organisation ausgeschiedenen Mitglieder nicht untersucht werden konnten. Insgesamt ist mehr qualitative und quantitative Forschung zu den spirituellen/religiösen/philosophischen Komponenten der AA notwendig.

Ogborne, A.C. (1993): Assessing the effectiveness of Alcoholics Anonymous in the community: meeting the challenges. In: McCrady BS. Research on Alcoholics Anonymous. Opportunities and alternatives. New Brunswick; Jersey: Rutgers Center of Alcohol Studies.

a) Dokumenttyp und Bezugsrahmen

Bei dem vorliegenden narrativen Review handelt es sich um eine Arbeit aus der kanadischen Addiction Research Foundation.

b) Konkrete Fragestellung

Ist die Messung der Wirksamkeit der Anonymen Alkoholiker auf lokaler Ebene möglich?

c) Methodik

Narrativer Review ohne Dokumentation der Informationsgewinnung.

d) Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Eine Evaluation der AA ist in vielen Aspekten unterschiedlich von derjenigen standardisierter, qualitätskontrollierter Interventionen und damit ungleich schwieriger. Die AA erscheinen als unorganisierte, nicht-exklusive, ohne definierte Endpunkte arbeitende Organisation mit ungeschulten, unbezahlten und nicht-supervisierten Personen, die sich in lose definierten, auf gegenseitiger Selbsthilfe beruhenden Gruppen engagieren. Einfache Fragen bzgl. der Wirksamkeit der AA ignorieren die zwangsläufigen und nachweisbaren Unterschiede in den Erfahrungen derjenigen, die an den AA-Veranstaltungen teilgenommen haben.

Die Evaluation der AA erfordert ein prozess-orientiertes Denkschema. Dieses sollte umfassen:

- Umweltfaktoren zum Zeitpunkt der AA-Zugehörigkeit, wie z. B. Familie und Arbeitsumgebung, Einbezug der Familie in AA, Lebensereignisse, andere Behandlungen,
- individuelle Merkmale zum Zeitpunkt der Zugehörigkeit zu AA, wie z. B. soziodemographische, psychologische Faktoren, Sozialfunktionen, Trinkmuster/-probleme, Stadium im Veränderungsprozess,
- Umweltfaktoren nach Beendigung der aktiven Teilnahme, wie z. B. Familie und Unterstützung am Arbeitsplatz, Lebensereignisse, andere Behandlungen,
- AA-bezogene Erfahrungen, wie z. B. Typ der besuchten Veranstaltungen, Charakteristika und Aktivitäten des Förderers/anderer Mitglieder, Einbezug in soziale Aktivitäten,
- Kurz- und Langzeit-Outcomes, wie z. B. Veränderung in Einstellungen/Werten, Veränderungen im Wissen, Veränderungen im Trink- und sonstigen Verhalten, andere „12 Schritte“-Veränderungen.

e) Fazit des Verfassers

Die Komplexität der AA und die Vielfalt der alkoholbezogenen Probleme sind dergestalt, dass nicht erwartet werden kann, von einer Studie mehr als ein paar Schritte näher an ein vollständiges Verständnis der AA gebracht zu werden. Viele weitere Studien werden nötig sein, insbesondere multidisziplinäre, prozessorientierte und Prozess-Outcome-Studien, die unterschiedliche AA-Gruppen und Trinkpopulationen umfassen. Der Wert dieser Studien wäre größer, wenn für die Studien einheitliche Methoden und Instrumente angewandt würden sowie Möglichkeiten für große Studien mit vielen Standorten bestünden.

Obwohl die Ergebnisse von Evaluationsstudien nicht ganz klar sind, besteht wenig Zweifel daran, dass die AA sehr hilfreich sind. So haben die AA nichts zu befürchten von Studien, die mehr über die Bedingungen zu lernen versuchen, unter denen die Wirkungen optimal sind.

Longabaugh, R.; Wirtz, P.W.; Zweben, A.; Stout, R.L. (1998): Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction* 1998; 93 (9): 1313–1333

a) Dokumenttyp und Bezugsrahmen

Die vorliegende Primärstudie entstand durch Kooperation verschiedener amerikanischer Universitäten.

b) Konkrete Fragestellung

Gibt es einen Nachweis für die Hypothese, dass die 12-Schritte-Therapie mit Netzwerk-Unterstützung effektiver ist als die Motivationsförderungs-Therapie (MET)? Gibt es eine Kausalkette als Rationale für diesen Effekt?

c) Methodik

Randomisierte Studie mit 12-wöchiger Behandlung. Messzeitpunkte 3 Jahre nach Behandlungsende.

d) Ergebnisse und Schlussfolgerungen

806 alkoholabhängige Patienten aus 5 klinischen Forschungseinheiten erhalten ein von 3–12 Wochen andauerndes Behandlungsprogramm und werden als ambulante Probanden 3 Jahre nach der Behandlung erneut befragt. Die durchgeführten Behandlungsprogramme sind 12-Schritte-Therapie, Motivationsförderungs-Therapie oder kognitive Verhaltenstherapie. Erfasst werden die Netzwerkunterstützung bzgl. des Trinkens vor der Intervention, AA-Teilnahme während und nach der Behandlung, Prozentsatz der Tage mit Abstinenz und Drinks pro Tag während der Monate 37–39 nach der Behandlung.

e) Fazit der Verfasser

Die Messergebnisse bestätigen die Hypothese, dass eine AA-Teilnahme mit Netzwerkunterstützung nach 3 Jahren effektiver war als die Motivationsförderungstherapie. Die Outcomes für AA-Teilnehmer waren zu diesem Zeitpunkt besser als bei Probanden ohne diese Netzwerkunterstützung. In der Langzeit-12-Schritte-Therapie kann die Netzwerkunterstützung durch die AA als Therapie der Wahl gelten. Außerdem sollte die Einbeziehung der AA bei allen Behandlungsverfahren als Möglichkeit in Betracht gezogen werden.

Kownacki, R.J.; Shadish, W.R. (1999): Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Substance Use & Misuse* 1999; 34 (13): 1897–1916

a) Dokumenttyp und Bezugsrahmen

Die vorliegende Meta-Analyse wurde von einem Mitarbeiter des Kompetenzzentrums eines texanischen Krankenhauses sowie einem Mitarbeiter der Universität Tennessee erstellt.

b) Konkrete Fragestellung

Gibt es eine Wirksamkeit der Anonymen Alkoholiker?

c) Methodik

Meta-Analyse der vorliegenden kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der AA. Eingeschlossen wurden in die Studie alle Publikationen, die konventionelle AA-Treffen, lokale Programme (z. B. das Minnesota-Modell) und einzelne Komponenten von AA-Programmen (z. B. Alkoholberater, Peer-geführte Selbsthilfe-Therapiegruppen usw.) umfassen. Vergleichsinterventionen sind Diskussionsgruppen, Hypnosetherapie und Pharmakotherapie.

d) Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die in die Untersuchung eingeschlossene Population ist durchschnittlich 39 Jahre alt (28–46 Jahre), hauptsächlich männlich (92 %), kaukasischer Rasse, geschieden/getrennt lebend (45 %) sowie ohne höheren Schulabschluss (56 %). Eingeschlossen wurden insgesamt 21 kontrollierte Studien mit ungefähr 7.000 Probanden.

Die nichtrandomisierten Studien (N=11) zeigen signifikant positivere Ergebnisse als die randomisierten Studien (N=10). Alle Teilnehmer der randomisierten Studien waren zur Teilnahme gezwungen worden, während 8/9 Teilnehmer an den nichtrandomisierten Studien Freiwillige waren.

In den randomisierten Studien zeigten sich nichtsignifikante negative Effekte der AA-Programme (konventionelle Treffen) gegenüber keiner Behandlung. Da die Teilnahme hier jedoch erzwungen war – eine sehr untypische Situation bei den AA –, ist dieses Ergebnis diskussionsbedürftig.

Die nichtrandomisierten Studien zeigten signifikant positive Effekte, sowohl bzgl. des Besuchs von AA-Treffen gegenüber keinem Besuch als auch hinsichtlich derjenigen, die häufiger AA-Treffen besuchten gegenüber denjenigen, die seltener AA-Treffen besuchten. Eine nichtrandomisierte Studie zeigte auf, dass sich AA-Treffen an sich in ihrer Wirkung nicht signifikant von AA-Treffen plus andere Behandlungsformen unterscheiden.

Die größeren Effekte der nichtrandomisierten Studien können auf einen Selektionsbias zurückzuführen sein. Teilnehmer an AA-Treffen können motivierter sein um zum Erfolg zu kommen oder umgekehrt: die Personen, die bei den AA-Treffen ausscheiden, tun dies vielleicht, weil sie wieder zu trinken begonnen haben.

Es besteht ferner die Möglichkeit eines Bias hinsichtlich des Status Freiwilliger oder erzwungener Teilnahme. Es kann sein, dass die erzwungene Teilnahme dazu führt, dass die Teilnehmer hierauf reagieren, und zwar negativer als Teilnehmer, die zu anderen Behandlungswegen gezwungen werden. Studien mit einer Kombination von Freiwilligen und Erzwungenen zeigen wie die randomisierten Studien negative Effekte.

Bei Therapien in stationären Settings kann aufgrund professionell geschulter Therapeuten ein besseres Therapieergebnis erzielt werden, da diese die Empathie und Akzeptanz – die wirksamsten Elemente einer erfolgreichen Therapie – stärker ausbauen und damit einen größeren Einfluss auf das Therapie-Outcome erwarten lassen.

Das Ergebnis der randomisierten Studien weist darauf hin, dass Patienten besser nicht therapiert werden sollten, wenn die Teilnahme erzwungen ist. Besser wäre es, die betreffenden Patienten in alternative Therapien wie die Psychotherapie oder stationäre Therapieformen zu senden.

Im Gegensatz dazu deuten gegenwärtige Studienergebnisse darauf hin, dass AA-basierte stationäre Behandlungsprogramme unterstützend wirken in der Genesung Alkoholkranker. Für einzelne Komponenten der AA-Ideologie bestehen klarere positive Bewertungen. Dies umfasst den Einsatz genesener Alkoholiker als Berater, Schulung in spezifischen AA-Prozeduren wie das 12-Schritte-Programm und die aufrichtige Bestandsaufnahme ihrer Vergangenheit durch die Alkoholkranken. Die Studien zu Teilbereichen der AA-Ideologie geben Anlass zu der Vermutung, dass bestimmte Aspekte und Vorgehensweisen durchaus wertvoll sind für die Behandlung von Alkoholkranken. Eine in die Meta-Analyse nicht eingeschlossene Studie mit einem Vergleich von 12-Schritte-Programm und kognitiver Verhaltenstherapie ergab für beide Therapieformen nach 12 Monaten eine gleiche Effektivität

e) Fazit der Verfasser

Die Ergebnisse der Meta-Analyse sind in zweierlei Hinsicht bemerkenswert: Die randomisierten Studien deuten darauf hin, dass die Wirksamkeit der AA-Programme nicht besser ist als die anderer Programme. Zusätzlich ist festzuhalten, dass es sehr wenig gute Forschung über die AA gibt.

Humphreys, K.; Moos, R.H. (1996): Reduced substance-abuse-related health care costs among voluntary participants in Alcoholics Anonymous. *Psychiatric Services* 1996; 47 (1): 709–713

a) Dokumenttyp und Bezugsrahmen

Bei der vorliegenden ökonomischen Studie handelt es sich um eine Arbeit der Abteilung Gesundheitsökonomie des Veteran Affairs Medical Centers Palo Alto.

b) Konkrete Fragestellung

Welche Unterschiede bestehen hinsichtlich Outcomes, Inanspruchnahme von Alkoholtherapieprogrammen und Kosten zwischen Alkoholkranken ohne Therapie-Vorgeschichte und denjenigen, die beschließen, die AA oder einen professionellen ambulanten Therapeuten aufzusuchen?

c) Methodik

Prospektive Studie über 3 Jahre. Die Probandenrekrutierung erfolgte über Alkoholismus-Informations- und -betreuungsstellen und bei Entziehungseinheiten in San Francisco.

d) Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Es nahmen 201 Probanden an der Studie teil. Messzeitpunkte waren nach 1 und 3 Jahren. Zu Beginn unterschieden sich die AA-Teilnehmer (N=135) nicht signifikant von denjenigen, die ambulante professionelle Hilfe in Anspruch nahmen (N=66) bzgl. Geschlecht, Familienstand, Beschäftigung, Rasse und Symptomen der Alkoholabhängigkeit und Depression. Allerdings hatten AA-Teilnehmer geringere Einkommen und eine geringere Bildung und erfuhren mehr nachteilige Auswirkung des Trinkens. Während des 3-Jahres-Zeitraumes waren die Kosten für die AA-Teilnehmer um 45% geringer als für die ambulant behandelte Gruppe. Trotz dieser geringeren Kosten waren die Outcomes zum Studienende gleich mit denen der ambulant Behandelten.

e) Fazit der Verfasser

Freiwillige AA-Teilnahme vermag zu einer signifikanten Senkung der professionellen Behandlungskosten beizutragen. Kliniker, Wissenschaftler und Politiker sollten diese durch die AA und anderen Selbsthilfeorganisationen möglichen Einsparungen erkennen.

B.4 Diskussion

Selbsthilfegruppen, insbesondere die Anonymen Alkoholiker (AA), sind weit verbreitet. Studien, die ihren Erfolg belegen könnten, sind jedoch verschwindend gering. Dennoch kann angenommen werden, dass die AA insgesamt einen positiven und

stabilisierenden Faktor in der Auseinandersetzung vieler Alkoholabhängiger mit ihrer Krankheit darstellen, auch wenn sie keine Therapieform anbieten, die für alle Alkoholabhängigen gültig wäre. Von den in die Auswertung eingegangenen Studien gehen fünf von einer Wirksamkeit aus, zwei Autoren – Daum und Ogborne – kommen zu dem Ergebnis, dass sich über die Wirksamkeit nichts sicher aussagen lässt, dass man von einer Wirkung aber ausgehen kann. Mit aller Vorsicht lässt sich deshalb sagen, dass das Programm der AA zu eindeutig positiven Resultaten führen kann und mit einem Therapieerfolg assoziiert ist, wenn man es in kontrollierten Studien mit alternativen Behandlungsformen vergleicht. So kommt Humphreys zu dem Ergebnis, dass die Teilnahme an den Programmen der AA zu einer signifikanten Reduzierung im Alkoholkonsum und bei den psychischen Problemen führt. Außerdem reduzieren sich die Kosten der medizinischen Versorgung im Laufe der Zeit. Longabaugh et al. konstatieren, dass in der Langzeit-12-Schritte-Therapie die Netzwerkunterstützung durch die AA als Therapie der Wahl gelten kann. Außerdem sollte die Einbeziehung der AA bei allen Behandlungsverfahren als Möglichkeit in Betracht gezogen werden. Humphreys und Moos weisen nach, dass während eines 3-Jahres-Behandlungszeitraumes die Kosten für die AA-Teilnehmer um 45 % unter denen für die professionell ambulant behandelte Gruppe lagen. Trotz dieser geringeren Kosten waren die Outcomes zum Studienende gleich mit denen der ambulant Behandelten.

B.5 Fazit

Ziel der Analyse war es, zu prüfen, ob und inwieweit ein Nachweis der Wirksamkeit des Programms der Anonymen Alkoholiker belegt ist und, falls eine solche Wirksamkeit besteht, ob diese Wirksamkeit für alle Alkoholkranken gleichermaßen besteht, unter welchen Bedingungen diese gegeben ist und ob die Wirksamkeit des Programms der Anonymen Alkoholiker vergleichbar ist mit derjenigen anderer therapeutischer Interventionen. Dabei zeigte sich zunächst, dass trotz der weiten Verbreitung der AA Studien, die ihren Erfolg belegen könnten, verschwindend gering sind. Insgesamt deuten die vorliegenden Befunde jedoch an, dass das Programm der AA zu Therapieerfolgen führt, somit also wirksam ist.

C Literatur

Anonyme Alkoholiker: Anonyme Alkoholiker Österreich und Südtirol.
<http://www.anonyme-alkoholiker.at>

Daum, Peter (1990): Eine kritische Auseinandersetzung mit Alcoholics Anonymous. Diplomarbeit. Berlin: Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.) (2003): Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht: Neuland

Dickhaut, Hans H. (1992): Der alkoholranke Patient. Basel: Birkhäuser

Emrick, Chad D.; Tonigan J.,S.; Montgomery, H.; Little, L. (1993): Alcoholics Anonymous: What is currently known? In: McCrady, Barbara S.: Research on Alcoholics Anonymous. Opportunities and alternatives. New Brunswick; Jersey: Rutgers Center of Alcohol Studies

Feuerlein Wilhelm; Kufner Heinrich; Soyka Michael (1998): Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart: Thieme

Humphreys, Keith (2003): Alcoholics Anonymous and 12-step alcoholism treatment programs. *Recent Dev Alcohol* 2003; 16: 149–64

Humphreys, Keith; Moos, Rudolf H. (1996): Reduced substance-abuse-related health care costs among voluntary participants in Alcoholics Anonymous. *Psychiatric Services*; 47 (1): 709–713

Kownacki, Richard J.; Shadish, William R. (1999): Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Substance Use & Misuse* 1999; 34 (13): 1897–1916

Longabaugh, Richard; Wirtz, Philip W.; Zweben, Allen; Stout Robert L. (1998): Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction* 1998; 93 (9): 1313–1333

Ogborne, A.C. (1993): Assessing the effectiveness of Alcoholics Anonymous in the community: meeting the challenges. In: McCrady, B.S. (Hrsg.): *Research on Alcoholics Anonymous. Opportunities and alternatives*. New Brunswick; Jersey: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Singer, Manfred V.; Teysen, Stephan (1999): *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen-Diagnostik-Therapie*. Berlin et al:Springer