

What Shall we do with the Drunken Drug Addict? – Eine Studie zum Alkoholkonsum Drogenabhängiger

What Shall we do with the Drunken Drug Addict? – Alcohol Consumption Among Drug Addicts

Autoren

J. Körkel¹, D. Waldvogel²

Institute

¹ Evangelische Fachhochschule, Fachbereich Sozialwesen, Nürnberg

² Deutsche Angestellten-Akademie, Nürnberg

Schlüsselwörter

- Drogenabhängigkeit
- Alkoholkonsum

Key words

- drug addiction
- alcohol consumption

Zusammenfassung



Anliegen: Ziel der Feldstudie sind die Erfassung von Häufigkeit, Menge und Schweregrad des Alkoholkonsums Drogenabhängiger und die Prüfung von Zusammenhängen zwischen Alkoholkonsum und Anzahl resp. Art der konsumierten illegalen Drogen.

Methode: 76 Besucher zweier Kontaktläden für Drogenabhängige (M=35,9 Jahre, 84% männlich, 38% in Substitutionsbehandlung, M=7,4 konsumierte Substanzen in den letzten 12 Monaten) wurden per standardisiertem Interview (Dauer: M=34 Minuten) nach den in den letzten 12 Monaten bzw. 4 Wochen konsumierten legalen und illegalen Substanzen, Merkmalen der Suchtvorgeschichte sowie soziodemografischen Hintergrundvariablen befragt. Alkoholbezogen erfolgte zusätzlich eine tageweise Häufigkeits-Mengen-Erhebung für die letzten 7 Tage sowie eine 30-Tages-Abhängigkeitsdiagnostik (nach DSM-IV).

Ergebnisse: Von den Befragten sind 82,9% Alkoholkonsumenten und 43% alkoholabhängig. 18% befanden sich bereits in Alkoholentgiftungsbehandlung. Der durchschnittliche Wochenkonsum der Alkoholkonsumenten beträgt 446 g (SD=449; Alkoholabhängige: M=579 g, SD=495). Mit der Anzahl der konsumierten Drogen steigt auch die Alkoholkonsummenge ($r=0,33$, $p<0,01$).

Schlussfolgerung: Da viele Drogenabhängige einen hohen, zum Teil abhängigen Alkoholgebrauch aufweisen, sollte der Alkoholkonsum sowohl in der niedrigschwelligen Drogenhilfe als auch in anderen Hilfebereichen (z.B. Substitutionsbehandlungen) substanzieller Gegenstand von Diagnostik, Motivations- und (zieloffenen) Behandlungsmaßnahmen sein.

Abstract



Objective: The study investigates frequency, amount, and severity of alcohol intake in drug addicts, as well as relationships between alcohol and drug consumption.

Methods: A random sample of 76 drug addicts (M=35.9 years, 84% male, 38% in substitution treatment, M=7.4 legal and illegal drugs consumed within the last 12 months) frequenting two harm reduction facilities (special cafes for drug addicts) was interviewed (standardized face-to-face interviews, M=34 minutes). Questions addressed consumption of legal and illegal drugs (past 12 months/four weeks), history of addiction treatment, and sociodemographic characteristics. Frequency and amount of alcohol consumption (last seven days) and symptoms of alcohol dependence (DSM-IV, last four weeks) were assessed in detail.

Results: 82.9% of Ss drink alcohol, 43% are alcohol dependent, 18% had been in alcohol detoxification before. Mean alcohol intake per week amounts to 446 g (SD=449; alcohol dependent subjects: M=579 g, SD=495). Weekly alcohol intake increases with number of drugs consumed within the last 4 weeks ($r=0.33$, $p<0.01$).

Conclusions: In the face of high levels of alcohol intake and high rates of alcohol dependence in drug addicts a comprehensive assessment of alcohol intake, motivational counselling, and implementation of alcohol treatment packages are in need in all treatment facilities serving drug addicts.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1077083
Suchttherapie 2008; 9: 72–79
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Körkel
Evangelische Fachhochschule
Fachbereich Sozialwesen
Bärenschanzstr. 4
90429 Nürnberg
joachim.koerkel@evfh-
nuernberg.de

Einleitung

▼ Aus Einrichtungen der (niedrigschwelligen) Drogenhilfe wie auch aus Substitutionsbehandlungen wird immer wieder ein hoher Alkoholkonsum unter Drogenabhängigen berichtet. Wissenschaftliche Studien bestätigen diese Praxiserfahrungen. So stellt Gossop [1] auf Basis der groß angelegten britischen National Treatment Outcome Research Study (NTORS) fest, dass Alkohol das zweitgrößte Substanzproblem Drogenabhängiger zu Beginn einer Drogenbehandlung (und oftmals auch nach deren Ende) darstellt und ca. 20% von ihnen mit einer täglichen Konsummenge von 240g Alkohol – mehr als einer Flasche Schnaps (0,7 l Schnaps [40%]=222 g) – als alkoholabhängig einzustufen sind. Bei Backmund, Schütz, Meyer, Eichenlaub und Soyka [2] hatten 28% der 1070 befragten stationären Drogenentzugspatienten mehr als die als risikoarm angesetzte Menge von 40g Alkohol/Tag überschritten, im Mittel wurden 176g/Tag konsumiert, 23,6% nahmen mehr als 240g/Tag zu sich.

Studien speziell bei Substitutionspatienten untermauern die Alkoholproblematik vieler Drogenabhängiger. In der Mehrzahl der Erhebungen wird ein problematisch hoher Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit bei ca. einem Drittel aller Substituierten berichtet (z. B. [2–4]). Von den bei Stenbacka, Beck, Leifman, Romelsjö und Helande [5] untersuchten Substitutionspatienten hatte etwa ein Drittel bereits einen alkoholbedingten Klinikaufenthalt hinter sich, und zu Rückfällen mit illegalen Drogen kam es signifikant häufiger bei Methadonpatientinnen mit (versus ohne) Alkoholproblem. Lieb, Specka, Sick, Bonnet und Scherbaum [6] stellten fest, dass sich die Alkoholkonsumtage im Laufe einer 2-jährigen Heroinsubstitutionsbehandlung verdoppelten (von 6,2 auf 13/Monat) – andere Studien sprechen für eine Reduktion des Alkoholkonsums während Substitutionsbehandlung (z. B. [7]). Ggf. vorkommende Steigerungen des Alkoholkonsums während der Substitutionstherapie sind wohl kein Spezifikum eben dieser Behandlung, sondern Folge des reduzierten oder eingestellten Heroinkonsums; ein Anstieg des Alkoholkonsums findet sich nämlich zuweilen auch nach Drogenabstinenztherapie [8].

Auffällig ist schließlich die Diskrepanz zwischen hohem Alkoholkonsum und geringem alkoholbezogenem Wissen unter Methadonpatienten, nicht zuletzt in Bezug auf die Interaktionen zwischen Alkohol und Methadon [9].

Festzuhalten bleibt: Alkoholkonsum – auch in problematischem/abhängigem Ausmaß – ist unter Drogenabhängigen weit verbreitet, was zu einer Reihe vorhersagbarer Risiken bei diesem Personenkreis führt: A) Alleine durch den hohen Alkoholkonsum sind nachteilige Folgen gesundheitlicher, psychischer und sozialer Art zu erwarten, in verstärktem Ausmaß zum Beispiel bei Vorliegen einer Hepatitis C – ganz abgesehen davon, dass mit dem Alkoholkonsum Substituierter offenbar auch ein höherer Zigarettenverbrauch und schlechteres Ernährungsverhalten einhergehen [3]. B) Bei der zu erwartenden Wirkungsüberlagerung von Alkohol mit anderen konsumierten Drogen („Mischkonsum“) ist meist mit einer gegenseitigen Wirkungsverstärkung [10] und einem besonders unvorsichtigen Konsum illegaler Substanzen [11] zu rechnen. Es überrascht deshalb nicht, dass 4 von 5 Drogentodesfällen eine Kombination aus Opiaten, Alkohol und anderen Sedativa zugrunde liegt [1] und etwa 20% der Drogenabhängigen zum Zeitpunkt eines Drogentodes/-notfalls eine Blutalkoholkonzentration von über 1‰ aufweisen [11]. C) Speziell während einer Substitutionsbehandlung erhöht der Beigebrauch von Alkohol wegen seiner atemdepressiven Wir-

kung das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko und wirkt sich ungünstig auf den klinischen Verlauf der Substitution aus.

Ein Manko der vorliegenden Studien besteht darin, dass häufig keine differenzierten Erhebungen von Häufigkeit, Menge und Schweregrad des Alkoholkonsums erfolgten und Konsumkombinationen von Alkohol mit dem Spektrum illegaler Drogen nicht erfasst wurden. Die vorliegende Feldstudie in zwei Nürnberger Kontaktläden für Drogenabhängige geht diesen Desiderata nach.

Fragestellungen

▼ Folgende Fragen stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Erhebung: Wie viele Drogenabhängige konsumieren zusätzlich zu illegalen Drogen Alkohol – und in welcher Häufigkeit und Menge? Wie hoch ist der Anteil Alkoholabhängiger? Gibt es Zusammenhänge zwischen der Art und Menge des Alkoholkonsums und der Einnahme illegaler Drogen? Und wie hoch ist die Bereitschaft Drogenabhängiger zur Änderung eines ggf. feststellbaren problematischen Alkoholkonsums?

Methode

Erhebungsinstrument

Zur differenzierten Erfassung des Substanzkonsums sowie diverser Hintergrundvariablen kam eine verkürzte Fassung des „KISS-Diagnostikinventars“ [12] zum Einsatz. Dieses begleitend zum Substanzkonsum-Reduktionsprogramm „KISS“ („Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“ [13]) entwickelte Inventar enthält Interviewfragen und -anleitungen zur Erfassung von Substanzkonsum, Suchtbiographie und soziodemographischen Merkmalen. Im Einzelnen werden folgende diagnostischen Informationen erhoben:

- ▶ **Konsum der einzelnen psychotropen Substanzen.** Erfragt wird für jede der folgenden, im DSM-IV aufgeführten Substanzklassen (und Untergruppen), ob sie in den letzten 12 Monaten sowie letzten 4 Wochen konsumiert worden ist (jeweils ja/nein): Alkohol, Zigaretten, Cannabis, Heroin, Methadon, Buprenorphin, Crack, Kokainpulver, Amphetamine, Benzodiazepine, Analgetika, Halluzinogene, Ecstasy. Alle konsumbezogenen Angaben beziehen sich auf Zeiträume mit freiem Substanzzugang (d. h. exklusive JVA-Zeiten, Behandlungsaufenthalten usw.).
- ▶ **Häufigkeit, Verteilung und Menge des Alkoholkonsums.** Bei Bejahung der 4-Wochen-Prävalenz werden – Tag für Tag zurückgehend – für die letzten sieben Tage und gruppiert nach drei Zeitfenstern (6 - 12 Uhr; 12 - 18 Uhr, 18 - 6 Uhr) die Häufigkeit und Menge des Konsums von Bier, Wein/Sekt, Likör/Schnaps sowie sonstigen Alkoholika erhoben. Für die drei Wochen vor dieser Woche wird nach Unterschieden im Vergleich zur Vorwoche gefragt. Die 4-Wochen-Konsumerhebung wird für Interviewer und Interviewte durch ein Flussdiagramm unterstützt.
- ▶ **Diagnose einer Alkoholabhängigkeit.** Bezogen auf die letzten vier Wochen, wird mittels der Interviewfragen des SKID-I [14] das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit (gemäß DSM-IV) erhoben.
- ▶ **Veränderungsbereitschaft in Bezug auf den eigenen Alkoholkonsum.** Jeder alkoholkonsumierende Klient wird gefragt, ob er seinen Alkoholkonsum verringern möchte (ja/

nein), und im Falle einer Bejahung, wie wichtig ihm momentan eine Veränderung ist und wie hoch die Zuversicht, dass diese auch gelingen würde (self-efficacy; jeweils Ratingskalen von 0=überhaupt nicht, 10=sehr stark).

- ▶ **Soziodemographische und suchtbiographische Merkmale.** Ergänzend zum aktuellen Konsum werden Art und Anzahl suchtbezogener Vorbehandlungen (z.B. Entgiftung, Entwöhnung, Maßregelvollzug nach § 64 StGB, zurückliegende und laufende Substitutionsbehandlungen), das Alter ab Beginn des regelmäßigen Alkoholkonsums sowie soziodemographische Hintergrundvariablen (Geschlecht, Alter, Familienstand, Wohnsituation, Schulabschluss, Berufsausbildung) erfasst.

Am Ende jeder Befragung wird die Interviewdauer (in Minuten) festgehalten und es erfolgt eine Einschätzung der Zuverlässigkeit respektive fehlenden Zuverlässigkeit der Angaben (z.B. aufgrund starker akuter Substanzwirkungen oder mangelnder Deutschkenntnisse; Befragungssitem gemäß DGSS-Standards [15]).

Durchführung

Die Befragungen wurden zwischen dem 15.10. und 24.11.2006 in Form standardisierter Einzelinterviews durch die Autorin D.W. in den beiden am meisten frequentierten Nürnberger Kontaktläden für Drogenabhängige durchgeführt. Es handelt sich dabei um die Kontaktläden zweier Träger („Hängematte“ und „mudra“) mit dem üblichen Spektrum an Hilfsangeboten derartiger „Szenetreffs“ (gewalt- und verfolgungsfreie Aufenthaltsmöglichkeit, Bereitstellung von Speisen und Getränken zu geringen Preisen, Angebote zur Körperhygiene [z.B. Dusche, Waschmaschine], Vergabe von Kondomen bzw. Spritzen und anderen Utensilien für den intravenösen Drogenkonsum, Lagerraum für Eigentum der Klienten, Kleiderkammer, schriftliche Informationen z.B. mit Safer-Use- und Drogennotfall-Tipps, Beratungsangebote usw.). Dem einen Kontaktladen ist eine Notschlafstelle angeschlossen, keinem der Kontaktläden ein Drogenkonsumraum.

Für alle Interviewpartner kamen die gleichen Fragen in gleicher Formulierung und Reihenfolge zum Einsatz. Die Interviews fanden an insgesamt 22 Tagen statt, worin Samstage und Sonntage enthalten waren, um auch Klienten zu erreichen, die unter der Woche die Einrichtungen nicht aufsuchen. Die Besucher wurden persönlich von der Interviewerin unter Hinweis auf die Ziele der Studie, Freiwilligkeit der Teilnahme und Anonymität der Angaben zur Mitwirkung eingeladen, wobei nur stark intoxikierte Klienten nicht angesprochen wurden. Zur Gewährleistung der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse fand keine Vorselektion der Klienten durch die Mitarbeiterschaft der Kontaktläden statt. Von insgesamt 83 angesprochenen Besuchern nahmen 80 an der Studie teil, was nach Einschätzung der Leiter der Kontaktläden etwa 10–15% der Grundgesamtheit dieser Kontaktläden entspricht. Die Interviews wurden in ruhigen, extra für die Befragung zur Verfügung gestellten Büroräumen störungsfrei durchgeführt. Die mittlere Interviewdauer betrug 34 Minuten (Minimum 17, Maximum 45 Minuten).

Auswertung

Von den 80 Befragten wurden vier wegen Verdachts auf Verfälschung der Ergebnisse durch Substanzintoxikation (niemand mangels Deutschkenntnissen) aus der Datenauswertung ausgeschlossen. In die Auswertung gehen somit die Angaben von 76 Interviewten ein (34 bzw. 42 aus den beiden Kontaktläden).

Alle alkoholbezogenen Konsumangaben wurden in Gramm um- und auf dieser Basis weiterverrechnet. Da sich die Mehrzahl der Interviewten noch gut an Menge und Frequenz ihres Alkoholkonsums in den letzten sieben Tagen vor dem Interview, an den Zeitraum davor nicht mehr – oder nur vage – erinnern konnte, beziehen sich die Auswertungen mehrheitlich auf die letzte Woche vor der Befragung. Die 62 Personen, die in diesen 7 Tagen Alkohol konsumiert hatten, sind weitgehend identisch mit denen, die in den letzten 4 Wochen (n=63) bzw. 12 Monaten (n=70) Alkohol getrunken haben.

Gruppenunterschiede wurden mittels t-Tests oder χ^2 -Tests, Zusammenhänge per Produkt-Moment- bzw. punkt-biserialer Korrelation auf Signifikanz getestet. Vorgeschaltete Kolmogorov-Smirnov-Tests bestätigten die Normalverteilung der intervallskalierten abhängigen Variablen (z.B. Alkoholkonsummenge/Woche). Die statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Programmsystem SPSS (Version 14.0).

Stichprobe

◉ **Tab. 1** veranschaulicht die zentralen Stichprobencharakteristika, die in ihrer Ausprägung (z.B. bezüglich Alter, Geschlecht, Behandlungsvorerfahrungen etc.) anderen Studien mit langjährig Drogenabhängigen ähneln. Auffällig ist, dass 64,5% der Befragten angeben, in den letzten 30 Tagen ein Substitut konsumiert zu haben, aber nur 38% ärztlich substituiert sind. Diese Differenz kann auf ein Absetzen der Substitutionsbehandlung innerhalb der letzten 30 Tage oder die Einnahme nicht ärztlich verordneter Substitutionsmittel zurückzuführen sein, was hier offenbleiben muss.

Ergebnisse

▼ Im Ergebnisteil erfolgt zunächst ein Überblick über das Spektrum der von den Befragten konsumierten Substanzen, bevor auf die Ausprägung des Alkoholkonsums sowie den Konsum von Alkohol in Zusammenhang mit anderen Drogen eingegangen wird.

Konsum psychoaktiver Substanzen

◉ **Tab. 2** macht deutlich, dass über 80% der befragten Kontaktladenbesucher sowohl im letzten Monat als auch im letzten Jahr Alkohol, Zigaretten und Haschisch bzw. Marihuana konsumiert haben.

Der Anteil der Heroinkonsumenten liegt im letzten Jahr (84,2%), nicht aber im letzten Monat (51,3%) ebenfalls im 80%-Bereich. Deutlich mehr als die Hälfte hat im letzten Jahr auch „Pillen“ konsumiert, und zwar Beruhigungs-/Schlaf-, Schmerz- und/oder Aufputzmittel. Bei Benzodiazepinen liegt die Anzahl der Konsumenten auch im letzten Monat über 50% (60,5%). Von vergleichsweise wenigen werden Crack, Halluzinogene (wie etwa LSD) und Ecstasy (oder andere „Glückspillen“) konsumiert. Die meisten Drogenabhängigen praktizieren mit durchschnittlich 5,57 (SD=1,90) in den letzten 4 Wochen eingenommenen Substanzen einen „polyvalenten Konsum“ (letzte 12 Monate: M=7,36, SD=2,03).

Alkoholkonsum

Alkoholkonsum am Vortag

Am Tag vor der Befragung haben 63,2% der Befragten (n=48) Alkohol konsumiert. Von diesen trank die Mehrzahl (56,3% bzw. n=27 von 48) über den ganzen Tag verteilt Alkohol (d.h. vormit-

Tab. 1 Stichprobencharakteristika (N = 76)

Merkmal	Anzahl (%)	Anzahl (N)
Geschlecht (männlich:weiblich)	84,2:15,8	64:12
Altersmittel (SD, Minimum, Maximum)	35,9 (SD = 9,13, Min 18, Max 61) (Durchschnitt Männer 37,1, Frauen 29,8)	
Staatsangehörigkeit deutsch	81,6	62
Familienstand:		
ledig	63,2	48
verheiratet	21,1	16
geschieden	14,5	11
verwitwet	1,3	1
Wohnsituation: alleinlebend	59,2	45
Schulbildung: Höchstens Hauptschulabschluss	73,7	56
Ohne abgeschlossene Berufsausbildung	43,4	33
Alter bei Beginn des regelmäßigen Alkoholkonsums (SD, Minimum, Maximum)	15,5 (SD = 2,92, Min 12, Max 26)	
Gegenwärtig in Substitutionsbehandlung	38,2	29
L-Methadon (Polamidon®)	62,1 (von N = 29)	18
Buprenorphin (Subutex®)	37,9 (von N = 29)	11
Dauer der gegenwärtigen Substitutionsbehandlung (SD)	11,1 Monate (SD = 10,28)	
Alkoholbezogene Vorbehandlungen (Beratung, Entgiftung, Entwöhnung)	21,1	17
Entgiftungsbehandlung	18,4 (M = 3,8 Entgiftungen, SD = 4,16)	14
Entwöhnungsbehandlung	9,2	7
Suchtbezogene Vorbehandlungen außer Alkohol (Beratung, Entgiftung, Entwöhnung)	94,7	72
Entgiftungsbehandlung	78,9 (M = 5,8 Entgiftungen, SD = 5,84)	60
Entwöhnungsbehandlung	61,8 (M = 2,1 Entwöhnungen, SD = 1,45)	47
Substitutionsbehandlung (gegenwärtig oder zurückliegend)	72,4 (M = 2,8, SD = 2,88)	55
Maßregelvollzug	13,2%	10

Tab. 2 Konsum psychoaktiver Substanzen in den letzten 12 Monaten bzw. letzten 4 Wochen vor der Befragung (N = 76, Mehrfachnennungen möglich)

Name der Substanz	Konsum in den letzten 12 Monaten		Konsum in den letzten 4 Wochen	
	%	n	%	n
Zigaretten	98,7	75	97,4	74
Alkohol	92,1	70	82,9	63
Haschisch/Marihuana	89,5	68	80,3	61
Heroin	84,2	64	51,3	39
Benzodiazepine	75,0	57	60,5	46
Analgetika	61,8	47	44,7	34
Aufputzmittel (z. B. Speed)	56,6	43	39,5	30
Methadon	47,4	36	35,5	27
Buprenorphin	47,4	36	28,9	22
Kokain (Pulver)	39,5	30	22,4	17
Ecstasy und andere „Glückspillen“	18,4	14	6,6	5
Halluzinogene (LSD, Pilze u. a.)	15,8	12	5,3	4
Crack	9,2	7	1,3	1

tags, nachmittags, abends/nachts), 43,8% (n = 21 von 48) ausschließlich am Abend bzw. in der Nacht (Zeitraum von 18 bis 6 Uhr). Die bevorzugten Alkoholika waren – auch an den weiteren Tagen der zurückliegenden Woche – Bier und/oder Spirituosen (insbesondere „Jägermeister“). Der Durchschnittskonsum der n = 48 Alkoholkonsumenten beläuft sich für den Tag vor der Befragung auf 88,50 Gramm, d. h. ca. 4,5 Flaschen Bier (à 0,5 l) oder 4,5 Gläser Wein (à 0,2 l) oder 16 „Jägermeister“. Dabei sind die individuellen Konsumunterschiede erheblich (SD = 82,08, Minimum 5,6, Maximum 400).

Alkoholkonsum in der Vorwoche

Etwa jeder fünfte Drogenabhängige (18,4% bzw. n = 14 von 76) hat in den sieben Tagen vor der Befragung keinen Alkohol getrunken, der Rest (81,6% bzw. n = 62 von 76) an mindestens einem Tag (3,9%, n = 3) und maximal sieben Tagen (31,6%, n = 24). Im Durchschnitt wurden von den Alkoholkonsumenten an 4,7 Tagen der Vorwoche Alkohol konsumiert (SD = 2,11) und dabei im Wochenmittel 446 g Alkohol aufgenommen (SD = 449, Minimum 13,2, Maximum 2800; zur weiteren Differenzierung vgl. **Abb. 1**). Der Alkoholwochenkonsum liegt bei mehr als zwei Drittel der Befragten (69,4%, n = 43) oberhalb der von der Britischen Ärztereinigung [16] als „risikoarm“ eingeschätzten Menge von 168 g.

Alkoholabhängigkeit

Von allen 76 im Rahmen der vorliegenden Studie interviewten Klienten sind 43,4% (n = 33) gemäß DSM-IV (SKID-I [14]) als alkoholabhängig einzustufen (4-Wochen-Prävalenz). Bezogen auf die Personen, die in den letzten vier Wochen Alkohol konsumierten (d. h. alle Abstinente ausgeschlossen), ist jeder zweite (52,4%, n = 33 von 63) alkoholabhängig und weist einen durchschnittlichen Wochengesamtkonsum von 579,05 g Alkohol (SD = 494,77) auf (Nichtalkoholabhängige: M = 294,39 g, SD = 338,75, n = 29). Betrachtet man die sieben DSM-IV-Abhängigkeitskriterien einzeln (vgl. **Tab. 3**), finden die beiden Items, die für körperliche Alkoholabhängigkeit stehen, nämlich Toleranzentwicklung (68,3%) und Entzugssymptomatik (47,6%), die höchste Zustimmung (neben „höherer Konsum als gewollt“: 58,7%).

Alkoholbezogene Veränderungsbereitschaft

Angesichts des hohen Alkoholkonsums der Befragten und der damit verbundenen Risiken bzw. Folgeprobleme (Mehrfachabhängigkeit, Mischkonsum, medizinische Komplikationen [z. B. bei Interferonbehandlung], Drogennotfallsituationen etc.) ist

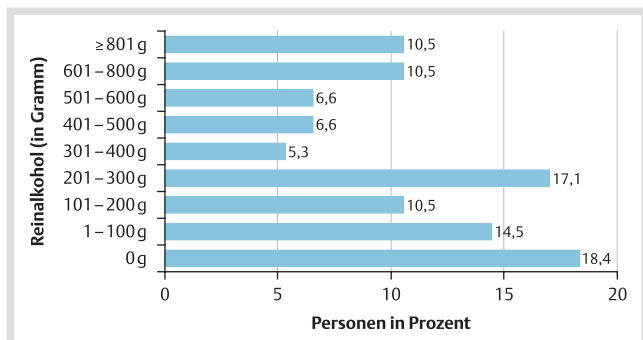


Abb. 1 Konsumierte Alkoholmenge (in g) in den gesamten 7 Tagen vor der Befragung (N = 76).

Tab. 3 Zustimmung zu den einzelnen DSM-IV-Kriterien für Alkoholabhängigkeit (Bezugszeitraum: letzte 4 Wochen; Bezugsgruppe: alle n = 63 Alkoholkonsumenten)

	%	n
– viel mehr Alkohol konsumiert, als eigentlich gewollt	58,7	37
– öfters Wunsch, seinen Alkoholkonsum zu reduzieren oder ganz damit aufzuhören	39,7	25
– viel Zeit damit verbracht, Alkohol zu trinken oder wieder nüchtern zu werden	31,7	20
– wegen des Alkoholkonsums Familie, Freunde, Hobbys oder berufliche Dinge vernachlässigt	14,3	9
– negative körperliche (z. B. Magenbeschwerden) oder psychische Folgen (z. B. Ängsten) des Alkoholkonsums	19,0	12
– deutlich mehr Alkohol als in der Anfangszeit benötigt, um gleiche Wirkung zu erzielen	68,3	43
– körperliche oder psychische Entzugserscheinungen	47,6	30

von Bedeutung, wie die Alkoholkonsumenten (n = 63) ihre Veränderungsmotivation und -zuversicht einschätzen.

Insgesamt wurde von jedem dritten Alkoholkonsumenten (36,5% bzw. n = 23 von 63) die Frage nach der Veränderungsbereitschaft („Möchten Sie Ihren Alkoholkonsum verringern?“) bejaht. Eine Subgruppenanalyse zeigt, dass dies bei signifikant mehr Alkoholabhängigen (63,6% bzw. 21 von = 33) als Nichtalkoholabhängigen (6,7% bzw. 2 von = 30) der Fall ist, $\chi^2(1) = 22,00$, $p < 0,001$. Die relative Wichtigkeit dieser Veränderung zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Ratingskala von 0 = überhaupt nicht wichtig, bis 10 = total wichtig) wird von Alkoholabhängigen (M = 4,2, SD = 3,36) wesentlich höher eingeschätzt als von Nichtalkoholabhängigen (M = 0,70, SD = 1,44), $t(44,25) = 29,10$, $p < 0,001$. Die Zuversicht, dass diese Änderung auch gelingen würde (von 0 = überhaupt nicht zuversichtlich, bis 10 = total zuversichtlich), fällt bei Alkoholabhängigen (M = 2,9, SD = 2,24) wie auch bei Nichtalkoholabhängigen (M = 2,5, SD = 2,21) eher gering aus, $t(61) = 0,73$, $p > 0,05$. Die Änderungszuversicht der Alkoholabhängigen ist signifikant geringer als die Bedeutung, die sie dieser Änderung momentan zuschreiben, $t(32) = 7,09$, $p < 0,001$. Umgekehrt verhält es sich bei den Nichtalkoholabhängigen: Sie halten eine Änderung ihres Alkoholkonsums gegenwärtig für unwichtig, sind aber vergleichsweise zuversichtlich, dass ihnen diese Änderung gelingen würde, so sie sie herbeiführen wollten, $t(29) = 2,66$, $p < 0,05$.

Tab. 4 Konsum von Alkohol und anderen Substanzen im gleichen 30-Tageszeitraum (n = 63; Mehrfachnennungen möglich)

Name der Substanz	Anteil der Befragten mit Konsum von Alkohol und weiterer Substanz	
	%	n
Zigaretten	98,4	62
Haschisch/Marihuana	82,5	52
Benzodiazepine	65,1	41
Heroin	54,0	34
Analgetika	49,2	31
Amphetamine	39,7	25
Methadon	33,3	21
Buprenorphin	33,3	21
Kokain (Pulver)	23,8	15
Halluzinogene	6,3	4
Ecstasy o. Ä.	6,3	4
Crack	1,6	1

Alkoholkonsum und Konsum anderer Substanzen

In **Tab. 4** ist der Anteil der Befragten, der in den letzten 30 Tagen Alkohol und in den gleichen 30 Tagen jeweils eine weitere psychotrope Substanz zu sich genommen hat, aufgeführt (Datenbasis: n = 63).

Sehr häufig wurden neben Alkohol Zigaretten (von 98,4% der Befragten), Cannabinoide (82,5%), Benzodiazepine (65,1%), Heroin (54,0%) und Analgetika (49,2%) konsumiert. Ähnliche Substanzpräferenzen und -kombinationen werden aus einer Londoner Studie berichtet, in der Substitutionspatienten in den zurückliegenden 4 Wochen außer Alkohol Straßenheroin (62%), Stimulantien (47%) und/oder Benzodiazepine (32%) konsumiert hatten [17].

Geht man davon aus, dass bestimmte psychotrope Substanzen, wie etwa Zigaretten, Haschisch/Marihuana oder Heroin täglich und zum Teil mehrfach konsumiert werden und mehr als die Hälfte der Alkoholkonsumenten zu allen Tagesabschnitten Alkohol trinkt (s.o.), ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich die Effekte der genannten Substanzen mit Alkohol überlagern („Mischkonsum“ [10]). Diese Gefahr scheint erheblich zu sein, denn mit der Anzahl der in den letzten 30 Tagen konsumierten Drogen (ohne Alkohol) stieg nicht nur die Wahrscheinlichkeit, im gleichen Zeitraum auch Alkohol zu trinken, $r = 0,25$, $p < 0,05$, sondern gleichzeitig die Menge des konsumierten Alkohols (Gesamtkonsum in den letzten 7 Tagen) signifikant an, $r = 0,33$, $p < 0,01$.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden 76, im Durchschnitt 35,9 Jahre alte Drogenabhängige zweier Kontaktläden Nürnbergs zur 12-Monats-, 4-Wochen-, 1-Wochen- und 1-Tages-Prävalenz sowie Menge ihres Substanzkonsums befragt, wobei der Befragungsschwerpunkt auf Alkohol lag. Verglichen mit der Klientel des bundesdeutschen Heroinprojektes sowie einem Sample der „Drogenszenen“ Bonns, Hamburgs, Kölns und Münchens [18] ergibt sich für die Stichprobe dieser Studie ein leicht höherer Anteil an Männern, ein etwas höheres Alter und ein zwischen beiden zuvor genannten Gruppen liegender Anteil mit früheren Drogenentgiftungsbehandlungen.

Mit einem mittleren Konsum von 5,6 verschiedenen Substanzen (4-Wochen-Prävalenz) erweist sich das Konsumverhalten der in der vorliegenden Studie Befragten in erwarteter Weise als „polyvalent“. Konsumiert werden – in interindividuell unterschiedlichen Kombinationen – alle psychoaktiven Substanzen. Mit zunehmender Anzahl der konsumierten Drogen steigt nicht nur die Wahrscheinlichkeit, dass überhaupt Alkohol getrunken wird, sondern auch die Menge des konsumierten Alkohols – und damit auch die Gefahr körperlicher Komplikationen bis hin zu Drogennot- und Todesfällen. Das bedeutet, dass die Notwendigkeit, das Thema „Alkohol“ ins Gespräch zu bringen und zu Konsumänderungen zu motivieren bzw. zu befähigen, mit steigender Anzahl an konsumierten Substanzen immer dringlicher wird.

Etwa 4 von 5 Befragten (82,9%) trinken Alkohol (4-Wochen-Prävalenz), vor allem Bier und/oder Spirituosen (insbesondere „Jägermeister“), die Mehrzahl (56,3%) konsumiert über den Tag hinweg. Alkohol ist – nach Zigaretten – die am häufigsten konsumierte psychotrope Substanz unter den befragten Drogenabhängigen. Auffällig ist der deutlich höhere Prozentsatz der Alkoholkonsumenten in dieser Studie im Vergleich zu den Nutzern von Drogenkonsumräumen etwa in Berlin (63% [19]) oder Frankfurt (38% [20]). Es muss offen bleiben, ob dies an der unterschiedlichen Klientel der jeweiligen Einrichtungen/ Einrichtungstypen, Unterschieden in den Alkoholkonsumgewohnheiten zwischen den Bundesländern, methodischen Unterschieden der Alkoholbefragung oder anderen Gründen liegt.

Vergleichbar einer Londoner Erhebung [17], die bei 41% der Methadonpatienten eine Alkoholabhängigkeit feststellte, sind in der vorliegenden Studie uns 43% aller Kontaktladenbesucher als alkoholabhängig einzustufen. Beide Studien kommen auch zu etwa gleichen Prozentwerten, was den Anteil der Alkoholabhängigen unter den Alkoholkonsumenten angeht: 54% in der Londoner Studie [17], 52% in der vorliegenden Erhebung. Stellt man in Rechnung, dass der Abhängigkeitsstatus in dieser Studie auf die letzten 4 Wochen vor der Befragung bezogen wurde und nicht auf die letzten 12 Monate (wie in der Londoner Studie), dürfte der ermittelte Wert von 52% eher eine Unterschätzung des „wahren Wertes“ Alkoholabhängiger darstellen. Bei den DSM-IV-Abhängigkeitsitems werden in der vorliegenden Studie insbesondere die für eine körperliche Abhängigkeit symptomatischen Fragen nach Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik bejaht, was das Ausmaß der zu erwartenden oder bereits eingetretenen körperlichen Schädigungen unterstreicht.

Auffällig ist nicht nur der hohe Anteil Alkoholabhängiger unter den Drogenkontaktladennutzern, sondern auch die Konsummenge. Am Vortag der Befragung wurden – mit erheblichen interindividuellen Unterschieden – im Durchschnitt 88,50g Alkohol konsumiert (Männer 93,36, Frauen 64,20) und in den gesamten 7 Tagen vor der Befragung 446g (Männer 477,04, Frauen 301,53). Wenn man bedenkt, dass bei gesunden, keiner Gefahr von Mischintoxikationen unterliegenden Männern 24g und bei Frauen 12g als Tagesobergrenzen für „risikoarmen Konsum“ gelten [21] und die entsprechenden Mengenwerte für eine Woche 112g (Frauen) bzw. 168g (Männer) betragen [16], wird deutlich, dass „es hinreichend Anlass [gibt], auch in der Drogenhilfe dem Thema ‚Alkohol‘ mehr Bedeutung zu schenken als bislang“ [22]. Was bedeuten die zuvor berichteten Ergebnisse für die praktische Arbeit mit Drogenabhängigen? Die Befunde dieser und anderer Studien sprechen zunächst einmal ganz allgemein dafür, dem Alkoholkonsum Drogenabhängiger in allen Drogenbehandlungsstellen (Hausarzt- und Schwerpunktpraxis, niedrigschwellige Einrichtungen, psychosoziale Begleitung von Substi-

tuieren, abstinenzorientierte Entwöhnungseinrichtungen u. a.m.) gebührend Bedeutung zu schenken und die strikte Trennung zwischen alkohol- und drogenbezogenen Hilfen aufzugeben. Genauer besehen, heißt das, den Alkoholkonsum in das eigene Wahrnehmungsfeld zu rücken, ihn ggf. genauer zu diagnostizieren, zu Konsumänderungen zu motivieren, „griffige“ zielgruppengemäße Interventionen vorzuhalten oder Klienten mit Erfolg an spezialisierte Alkoholbehandlungsstellen weiterzuvermitteln. Obwohl wenig empirische Befunde dazu vorliegen, kann man wohl davon ausgehen, dass die Lücke zwischen alkoholbezogenen Interventionserfordernissen und Behandlungsrealität erheblich ist – nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern (z.B. Großbritannien; vgl. [1, p.254]). Beispielsweise berichten Hillebrand et al. [17], dass in ihrer Stichprobe Londoner Substitutionspatienten (N=50) 54% alkoholabhängig waren – aber nur einer eine alkoholismusbezogene Behandlung erhielt. Gossop et al. [7] stellen mit Bezug auf Daten der NTOR-Studie ergänzend fest, dass sich der Alkoholkonsum während einer Substitutionsbehandlung zwar verringerte, die im Rahmen der psychosozialen Begleitung durchgeführten alkoholbezogenen Gespräche dazu aber nichts beitrugen. Gossop et al. vermuten, dass die Gesprächszahl bzw. -qualität in Relation zum Schweregrad der Alkoholproblematik unzureichend gewesen sein könnte.

Für die Drogenhilfe ergibt sich der (Qualifizierungs-)Bedarf, sich in Bezug auf die Alkoholthematik (inklusive Alkohol-Drogenmischkonsum) vermehrt kundig zu machen, praktische Hilfsmaßnahmen abzuleiten und diese offensiv einzusetzen. Mit Blick auf die niedrigschwellige Drogenhilfe als „vierter Säule der Suchtarbeit“ [23] ist daran, wie es scheint, auch die Notwendigkeit eines Umdenkprozesses geknüpft. Wenn es niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen nämlich als ihr Ziel ansehen, ohne Vorbedingungen (wie etwa das Vorhandensein von Abstinenzmotivation) „die gesundheitlichen und sozialen Risiken des Drogengebrauchs zu reduzieren“ [24, S.14] und das Überleben der Klienten zu sichern („harm reduction“), ist es notwendig, den Alkoholkonsum ihrer Klientel offensiver zum Thema zu machen, statt ihn – bis auf einrichtungsbezogene Grenzssetzungen (z.B. die Regel „Kein Alkohol im Kontaktladen“) – „suchtbegleitend“ hinzunehmen. Für substituierende Ärzte ergibt sich die Anforderung, bei alkoholisierten Substituierten medizinisch notwendige Einschränkungen der Substitutvergabe (z.B. abhängig von der Promillezahl des Patienten) mit therapeutischen Interventionen Richtung Alkoholabstinenz oder systematisch reduziertem (kontrolliertem) Trinken zu verbinden, statt diese Patienten aus der Substitution auszuschließen – gerade wenn man bedenkt, dass ein Teil der Substituierten alkoholabhängig und ihnen ein „Aufhören einfach so“ in der Regel nicht möglich ist („Können kommt vor Sollen“).

Was könnte ganz konkret getan werden, um mit Drogenabhängigen ins Gespräch über ihren Alkoholkonsum zu kommen und sie für Veränderungen zu sensibilisieren? Die Möglichkeiten sind vielfältig. Sie können in Entwicklung und Einsatz alkoholbezogener Informationsmaterialien bestehen (z.B. Flyer oder Plakate), der kreativen Nutzung von „Eyecatchern“ zur Sensibilisierung für die Thematik (z.B. Berechnen des Alkoholgehalts einer präsentierten Auswahl von Getränken [z.B. „Herren- und Damengedeck“]), dem Einsatz anderer spielerischer Mittel (z.B. Alkohol-Quiz mit anschließendem Gewinn für die Gruppe mit den meisten richtigen Lösungen), dem direkten „einladenden“ Ansprechen des Alkoholkonsums (i.S.d. Motivational Interviewing [25]) u.v.a.m. Bereits das gemeinsame, systematische und

detailgenaue Zusammentragen des konsumierten Alkohols (für den Vortag, die letzte Woche etc.) kann, wie die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Interviews gezeigt haben, die Nachdenklichkeit über den eigenen Alkoholkonsum fördern, das Mitgeben und spätere Auswerten kleiner „Trinktagebücher“ könnte diesen Prozess ggf. noch fördern. Auch die motivierende Informationsvermittlung kann ein Schritt in die richtige Richtung sein, wenn man bedenkt, dass das alkoholbezogene Wissen Drogenabhängiger oft gering ist [9] und informationsbezogene Gespräche („z.B. Wie viele Schnäpse entsprechen der Menge an reinem Alkohol, der in einem halben Liter Bier enthalten ist?“) überraschende Aha-Erlebnisse nach sich ziehen können.

Über unmittelbar konsumbezogene Interventionen hinaus ist auch an solche zu denken, die mittelbar Konsumveränderungen anbahnen können, wie etwa Maßnahmen zur Tagesstrukturierung und Beschäftigung. Insbesondere bei Substituierten, die die von ihnen erlebte Langeweile und Bedeutungslosigkeit („leere Zeit“) zwischen Substitutvergaben mit Alkohol „füllen“, ist von solchen Maßnahmen auch ein konsumreduzierender Nutzen zu erwarten.

Würde man sich, wie skizziert, in der Drogenhilfe der Alkoholthematik verstärkt annehmen, hieße dies vielfach „offene Türen einzurennen“: 64% aller alkoholabhängigen Drogenabhängigen tragen bereits den Wunsch in sich, an ihrem Alkoholkonsum etwas zu ändern – und einen gewissen Pessimismus, dass dies auch gelingen könnte. Hier gilt es, auf die gut ausgearbeiteten Gesprächsführungsmethoden zum Aufbau von Änderungszuversicht zurückzugreifen („confidence talk“ [25]) und gemeinsam Änderungsziele anzustreben, die von Klienten getragen werden. Das bedeutet, dass neben abstinenzorientierten Interventionen auch solche zur gezielten Konsumreduktion (kontrolliertes Trinken) vorgehalten werden sollten, da bei „Szeneklienten“ die „Dauertotalabstinenz“ im Regelfall weder gewünscht noch realistisch ist [26].

Abschließend sind einige die Interpretation dieser Studie einschränkende Faktoren zu bedenken.

Zunächst ist zu fragen, ob alle in die Studie einbezogenen Klienten drogenabhängig waren, da keine formale ICD- oder DSM-Diagnostik erfolgt ist. Eine manifeste Drogenabhängigkeit liegt sehr nahe, wenn man bedenkt, dass die Befragten in den Kontaktläden als langjährige, meist körperlich geschädigte und psychisch wie sozial auffällige „polyvalente Drogenkonsumenten“ bekannt sind und sich die überwiegende Mehrzahl bereits in drogenbezogener Behandlung befand (Entgiftung, Entwöhnung, Maßregelvollzug) oder befindet (Substitution).

Mit Blick auf die relativ geringe Stichprobengröße ist zu konstatieren, dass die statistische Power und damit die Nachweisbarkeit von Effekten limitiert sind. Zukünftigen Studien bleibt es vorbehalten, die Stabilität der Effekte zu prüfen und ggf. bislang unerkannte Effekte nachzuweisen.

In der vorliegenden Studie wurde die Validität der Selbstangaben zum Konsum nicht eigens geprüft. Allerdings ergaben sich in einer zeitgleich durchgeführten Studie, in der bei vergleichbarer Klientel (drogenabhängige Kontaktladen- und Konsumraumnutzer dreier Frankfurter Drogenhilfeeinrichtungen) die gleichen Konsumerhebungen in ergänzter Form vorgenommen worden sind, gute Übereinstimmungen zwischen Selbstangaben und Urintestergebnissen [27]. Auch andere Studien (z.B. [28]), bestätigen immer wieder die Validität von Selbstangaben, so dass begründet von der Validität der Daten auch in der vorliegenden Studie ausgegangen werden kann.

In einer Anschlussstudie wäre es sinnvoll, nicht nur den Konsum von Alkohol, sondern auch den der anderen Suchtmittel tagesweise und tageszeitspezifisch zu erheben, um – z.B. anhand der Halbwertszeiten der einzelnen Substanzen – Zeiträume von Wirkungsüberlagerungen feststellen und Empfehlungen zur Minimierung der Risiken von Mischkonsum geben zu können.

Es stellt sich abschließend die Frage nach der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse. Gegen einen systematischen Erhebungsbias sprechen die zeitvariablen Interviewtermine (Befragungen über mehrere Wochen, an allen Wochenenden, über diverse Tageszeiten hinweg), der Verzicht auf eine Vorselektion der Befragten (zum Beispiel durch Mitarbeiter der Einrichtungen) sowie die Korrespondenz zwischen dem Stichprobenanteil der nichtdeutschen Staatsbürger und dem Gesamtanteil der Migranten in den Kontaktläden. Allerdings muss die Verallgemeinerungsfähigkeit der Ergebnisse auf alle Kontaktladennutzer Nürnbergs aufgrund der geringen Stichprobengröße offen bleiben. Weitergehende Verallgemeinerungen der ermittelten Befunde auf die Besucher anderer Kontaktläden oder gar Einrichtungstypen (z.B. Drogenkonsumräume), etwa Bayerns oder Deutschlands, verbieten sich ohnehin, da sowohl die Verfügbarkeit der diversen illegalen Substanzen als auch die Alkoholkonsumgewohnheiten zwischen deutschen Städten, Regionen und Bundesländern differieren.

Fazit für die Praxis

- ▶ Ein hoher bis abhängiger Alkoholkonsum gehört zu den gravierenden Substanzproblemen vieler Drogenabhängiger.
- ▶ Es ist in allen Feldern der Drogenhilfe erforderlich, den Alkoholkonsum der Klientel offensiv zu thematisieren, zu Veränderungen zu motivieren und standardmäßig Interventionen zur Reduktion oder Einstellung des Alkoholkonsums in die Angebotspalette einzubeziehen.
- ▶ Alkoholbezogene Interventionen können sich bei vielen drogenabhängigen Alkoholkonsumenten, insbesondere den Alkoholabhängigen unter ihnen, auf deren Veränderungsbereitschaft stützen, müssen aber mit einer geringen Zuversicht in die eigene Veränderbarkeit rechnen.
- ▶ Die strikte Trennung zwischen alkohol- und drogenbezogenen Hilfen ist bei der Zielgruppe der polyvalent Drogen Konsumierenden nicht mehr funktional.

Danksagung



Wir danken Stefan Schachtner (Geschäftsführer Hägematte), Bertram Wehner (Geschäftsführer mudra) und Klaus Thieme (Leiter Ambulante Hilfen, mudra) für die Bewilligung und freundliche Unterstützung der Studie. Unser Dank gebührt ebenso Harald Bartsch, der im Januar dieses Jahres verstorben ist, für die umfassende Unterstützung der Studie.

Deklaration möglicher Interessenkonflikte: Es bestehen keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

- 1 Gossop M. Drug addiction and its treatment. Oxford: Oxford University Press 2003
- 2 Backmund M, Schütz CG, Meyer K et al. Alcohol consumption in heroin users, methadone-substituted and codeine-substituted patients – frequency and correlates of use. *European Addiction Research* 2003; 9: 45–50
- 3 Best D, Lehmann P, Gossop M et al. Eating too little, smoking and drinking too much: Wider lifestyle problems among methadone maintenance patients. *Addiction Research* 1998; 6: 489–498
- 4 Stasny D, Potter M. Alcohol abuse by patients undergoing methadone treatment programmes. *British Journal of Addiction* 1991; 86: 307–310
- 5 Stenbacka M, Beck O, Leifman A et al. Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Review* 2007; 26: 55–63
- 6 Lieb B, Specka M, Sick I et al. Alkoholkonsum in Methadonsubstitution – keine Suchtverlagerung. *Suchttherapie* 2005; 6: 206–207
- 7 Gossop M, Stewart D, Marsden J. Effectiveness of drug and alcohol counselling during methadone treatment: Content, frequency, and duration of counselling and association with substance use outcomes. *Addiction* 2006; 101: 404–412
- 8 Anglin MD, Almog JJ, Fisher DG et al. Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drug-free treatment samples. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1989; 15: 191–207
- 9 Foster JH, Finch E, Gaffney EJ et al. Prevalence and consequences of harmful drinking in methadone maintenance patients. *Addiction Biology* 1999; 4: 232–233
- 10 Poehlke T. Problematik des polyvalenten Konsums unter besonderer Berücksichtigung Substituierter und/oder HIV-/Hepatitis-Infizierter. In: Heudtlass J-H, Stöver H (Hrsg). *Risiko mindern beim Drogengebrauch* Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. 2005; 273–278
- 11 Püschel K, Iwersen-Bergmann. Drogen – ihre Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen. In: Heudtlass J-H, Stöver H (Hrsg). *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. 2005; 48–110
- 12 Körkel J., GK Quest Akademie. Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS): KISS-Diagnostikinventar. Heidelberg: GK Quest Akademie 2006
- 13 Körkel J., GK Quest Akademie. Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS): Trainermanual und Teilnehmerhandbuch. Heidelberg: GK Quest Akademie 2008, (4. Aufl)
- 14 Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S et al. SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft. Göttingen: Hogrefe 1997
- 15 Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht* 2001; 47, (Sonderheft 2)
- 16 British Medical Association. Alcohol: Guidelines on sensible drinking. London: BMA 1995
- 17 Hillebrand J, Marsden J, Finch E et al. Excessive alcohol consumption and drinking expectations among clients in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001; 21: 155–160
- 18 Degkwitz P, Lichtermann D, Deibler P et al. „Schwerstabhängige“- Die Teilnehmer des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung. *Suchttherapie* 2007; 8: 12–18
- 19 Schu M, Tossmann P. Evaluation der Drogenkonsumräume in Berlin. Köln/Berlin: delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung/ FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich 2005
- 20 Simmedinger R, Vogt I. Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2006. Frankfurt a.M.: Fachhochschule Frankfurt a.M. Institut für Suchtforschung 2007
- 21 Seitz K, Bühringer G. Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Hamm: DHS o.J.
- 22 Körkel J. Kontrollierter Alkoholkonsum – Risikominimierung bei Alkohol- und Drogenkonsumenten. In: Heudtlass J-H, Stöver H (Hrsg). *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. 2005; 164–188
- 23 Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF). Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Bern: Huber 2006
- 24 Stöver H. Akzeptierende Drogenarbeit – Entwicklungen, Bedingungen und Perspektiven. In: Schuller K, Stöver H (Hrsg). *Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe*. Freiburg: Lambertus 1991; 14–30
- 25 Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus 2004
- 26 Körkel J. Kontrolliertes Trinken als Weg oder Ziel: Eine Behandlungsoption für die Arztpraxis. In: Zerdick J (Hrsg). *Suchtmedizin im Dialog*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung 2000; 139–156
- 27 Körkel J, Becker G, Happel V et al. Gezielte Reduktion des Drogenkonsums: Eine Studie zur Wirksamkeit des Programms „KISS“ („Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“). Vortrag auf der Frankfurter Konferenz zu einer integrierten Drogenpolitik und Drogenarbeit, 28.–29. Februar 2008
- 28 Gossop M, Marsden J, Stewart D et al. Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *The British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 166–171