



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Vom Versuch, die Sucht zu kontrollieren: Kontrolliertes
Trinken und dessen Rezeption in der deutschsprachigen
Suchtforschung.
Eine kritische Diskurs- und Dispositivanalyse.“

verfasst von / submitted by

Ines Röhrle

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Thomas Slunecko

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die mich bei der Fertigstellung dieser Arbeit begleitet haben.

Zuallererst möchte ich mich bei Prof. Thomas Slunecko dafür bedanken, dass Sie mir durch Ihr qualitativ-orientiertes Masterseminar ermöglicht haben, kurz vor Ende meines quantitativ-naturwissenschaftlichen Psychologiestudiums noch einen kleinen Umweg einzuschlagen, der mir dazu verhalf, jenes Studium mit geschärften Augen aus einem veränderten Blickwinkel zu betrachten. Danke auch für Ihre engagierte, stets hilfreiche Betreuung und Ihr umfangreiches, blitzschnelles Feedback.

Danke an Lilly, Katia und Louisa - meine kleine ‚Selbsthilfegruppe‘ während der teils endlos erscheinenden Schreibphasen und darüber hinaus.

Danke an Marius, dass du auch in holprigen Zeiten an mich und diese Arbeit geglaubt hast, mir Mut und Kraft verliehen hast und nicht müde wurdest, meinen Fokus wieder geradezurücken, wenn er mir einmal abhandengekommen war.

Danke an meine Familie, dafür, dass ihr während meiner gesamten Studienzeit und darüber hinaus hinter mir steht.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	7
Forschungsvorhaben.....	9
<i>Forschungsfragen</i>	<i>9</i>
Methodologie und Metatheorie.....	11
<i>Die kritische Diskursanalyse</i>	<i>11</i>
<i>Die Duisburger Schule der kritischen Diskursanalyse (KDA)</i>	<i>12</i>
Das gesellschaftskritische Potential der KDA	12
Was ist der Diskurs?.....	13
Was ist ein Dispositiv?.....	17
Vorgehensweise.....	17
Diskursiver Kontext.....	22
<i>Das Abstinenzparadigma</i>	<i>22</i>
Diagnose und Therapie von Alkoholismus - Status Quo	26
Alkoholkonsum im Spannungsfeld zwischen Normalität und Devianz	30
Die Anfechtung des Abstinenzparadigmas	33
<i>Das Harm Reduction Paradigma.....</i>	<i>35</i>
Die Geschichte des Harm Reduction Ansatzes	36
Harm Reduction und Alkohol	38
<i>Kontrollierter Drogenkonsum</i>	<i>38</i>
Das Ideal einer gemeinen Drogenkultur	39
Die Entdeckung des kontrollierten Konsums	39
Die Therapeutisierung des kontrollierten Konsums	40
Kontrollierter Konsum und Neoliberalismus.....	41
<i>Kontrolliertes Trinken.....</i>	<i>43</i>
Begriffsbestimmungen und Selbstverständnis	43
Abgrenzung zu Harm Reduction	45
Ursprung in den USA.....	45

Rezeption im deutschsprachigen Raum	46
Die Kontroverse um kontrolliertes Trinken im deutschsprachigen Raum	48
Zwischenfazit	50
Durchführung der Analyse.....	52
<i>Vorgehensweise und Materialkorporus</i>	52
<i>Analysezyklus 1: Protagonist*innen des kontrollierten Trinkens und ihr Internetauftritt</i>	53
Die Evangelische Hochschule Nürnberg	54
Das Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)	55
Joachim Körkel - Der Mann hinter kontrolliertem Trinken.....	60
Die GK Quest Akademie	62
Die Webseite www.kontrolliertes-trinken.de	62
<i>Analysezyklus 2: Kontrolliertes Trinken in suchtwissenschaftlichen Zeitschriften</i> ..	84
Materialauswahl.....	84
2000 - 2001: Erste Reaktionen auf die Veröffentlichung der kT-Programme	90
2001 - 2003: Versuche der Versachlichung.....	99
2004 - 2013: Windstille (oder Totschweigen) in SUCHT.....	109
2014 - 2015: Zweite Chance unter geänderten Bedingungen.....	110
2019 - 2020: Kontrolliertes Trinken im Lichte eines Paradigmenwechsels	116
Zusammenfassung und abschließende Gedanken	123
<i>Der Geist des kontrollierten Trinkens</i>	125
<i>Der Diskurs um Kontrolliertes Trinken</i>	126
<i>Kontrolliertes Trinken und Normalismus</i>	130
<i>Kontrolliertes Trinken als Dispositiv</i>	131
Literaturverzeichnis	133
Anhang.....	151
<i>Abstract (English)</i>	151
<i>Abstract (Deutsch)</i>	152

Einleitung

Auf den Alkohol! - Den Ursprung und die Lösung sämtlicher Lebensprobleme!

Homer Simpson¹

Im deutschsprachigen Raum, der den Fokus dieser Arbeit bildet, ist Alkohol fester Bestandteil des Alltags. Es scheint normal zu sein, dass die Trinkmenge ab und zu ein *gesundes* Maß übersteigt. In der Film- und Serienwelt, in der Werbung, im Kultur- und Nachtleben, in Supermärkten sowie zu kulturellen Anlässen und Traditionen ist Alkohol omnipräsent. Wenn ich mich umhöre, scheint exzessives Trinken eine Erfahrung zu sein, die jede*r schon einmal gemacht hat oder häufiger macht; abstinente Menschen kenne ich nur wenige. Der Alkoholkonsum in unserer Kultur gleicht einem Spiel mit dem Feuer, bei dem es aber ganz *normal* zu sein scheint, sich ab und zu die Finger zu verbrennen.

Durch ein Praktikum in einer Suchtklinik hat sich mein Aufmerksamkeitsfokus auf Menschen verlagert, die dieses Spiel mit dem Feuer anscheinend nicht beherrschen. Bei Menschen mit Sucht- bzw. Abhängigkeitsdiagnose scheint daher ein anderer Maßstab zu gelten: von ihnen wird lebenslange *Abstinenz* gefordert, während die Menschen um sie herum fröhlich weitertrinken dürfen, wenn nicht gar sollen. Wir leben in einer „positiv sanktionierenden“ und „permissiven“ Trinkkultur (Rode, 2000, S. 175f): Es fällt nicht auf, wer trinkt, sondern wer nicht trinkt. Das *Nein* von nicht-trinkenden Menschen wird häufig nicht akzeptiert oder sie werden sozial sanktioniert, indem ihnen z.B. das Attribut *langweilig* zugeschrieben wird.

Auf mich wirkte die Suchtklinik wie eine *Resilienzakademie*, deren leidliche Aufgabe es war, die Betroffenen für ihren langen und beschwerlichen Weg in die notwendige Abstinenz in verhältnismäßig kurzer Zeit zu erziehen, um den vielen Verführungen der Außenwelt standzuhalten. Angesichts des teils exzessiven Alkoholkonsums unserer Trinkkultur wirkt die Unterscheidung zwischen pathologisch und nicht pathologisch jedoch wie eine konstruierte Grenze.

Doch was ist gemeint, wenn von einem *Hineinrutschen* in die Sucht die Rede ist? Was steht hinter Floskeln, die ich in Gesprächen mit Klinikkolleg*innen häufig gehört habe, wie

¹ Das Zitat stammt aus Episode S08E18 der Serie „Die Simpsons“ - *Der mysteriöse Bierbaron* (Die Simpsons, 2019) mit TV-Premiere in Deutschland am 14.11.1997 (Arndt, o. D.).

das sind Leute wie du und ich oder das könnte jedem passieren? Wie schafft man es, die Grenze zur Sucht zu überschreiten? In den Therapiegruppen war meistens die Rede von einem *komplexen Ursachengeflecht*, was für mich jedoch auffällig diffus klang. Mich interessierte, was es mit dieser vermeintlichen Schwelle zwischen *normal* und *Sucht* auf sich hatte und wie sie im psychologisch-wissenschaftlichen Diskurs konstruiert wird. Denn ich fragte mich, warum es sich dabei anscheinend um ein irreversibles Überschreiten des Rubikons handelt, was es den Betroffenen unmöglich macht, jemals wieder ein maßvolles Konsumverhalten des Suchtmittels aufzubauen. Warum ist Abstinenz mit Beginn der Suchttherapie unausweichlich? Warum ist man nicht *geheilt*, sondern nur *trocken*? Und wieso wird der erste Schluck danach sofort zum *Rückfall*?

Während meines Praktikums habe ich von Entwicklungen erfahren, die eben diese Dichotomie zwischen *trocken* und *rückfällig* als Konstruktion anfechten, indem sie ein Dazwischen in den Diskurs einführen. Es handelt sich um einen neueren Therapieansatz, der sich *kontrolliertes Trinken* nennt und nicht mehr die Abstinenz als einzig mögliches Therapieziel postuliert, sondern einen streng kontrollierten oder reduzierten Alkoholkonsum nach Plan (Körkel, 2015) auch bei Alkoholabhängigen für möglich erklärt. Dieser neue Ansatz verändert den Diskurs um die Unausweichlichkeit von Abstinenz und Rückfall.

In der Klinik wurde kontrolliertes Trinken von Kolleg*innen, die ich darauf ansprach, als wirkungslos abgelehnt, als naiv bezeichnet und belächelt. Die therapeutischen Interventionen zielten allesamt auf Abstinenz ab. Auch die meisten Patient*innen berichteten fest entschlossen, dass für sie nur eine dauerhafte Abstinenz in Frage käme. Es gab jedoch auch andere Patient*innen, die auf einen reduzierten Konsum mithilfe des kontrollierten Trinkens zusteuerten und dies als Möglichkeit erachteten, nicht aus ihren bisherigen Kreisen ausgeschlossen zu werden. Die Therapeut*innen reagierten wiederum etwas hilflos auf die von einer Abstinenz abweichenden Therapieziele und so endeten solche Debatten meist mit einem Ausweichmanöver - der versöhnlichen Formulierung, alle Meinungen zu tolerieren und es jede*n für sich entscheiden zu lassen. Patient*innen, die kontrolliertes Trinken erlernen wollten, hatten in der Klinik jedoch nicht die Möglichkeit. Dort herrschte striktes Alkoholverbot und Therapiegruppen zum kontrollierten Trinken wurden nicht angeboten. Alles war auf Abstinenz ausgerichtet. Eben diese wahrgenommene emotionale Aufgeladenheit, das anscheinende Redeverbot und das Ausweichen vor einem Konflikt hatten mich neugierig gemacht und ich begann, über vergangene und aktuelle Entwicklungen im Suchtdiskurs zu recherchieren, um mehr über Wirken und Rezeption dieser *alternativen* Ansätze in der Alkoholsuchttherapie zu erfahren.

Forschungsvorhaben

Die Entstehungsgeschichte des Paradigmas des kontrollierten Konsums aus dem Abstinenzparadigma heraus im Lichte gesellschaftlicher und politischer Prozesse zu ergründen, klingt für mich äußerst vielversprechend, da dieses Phänomen momentan im gesamten Suchtdiskurs aufzutreten scheint: Nicht nur bei Alkohol, sondern auch bei anderen Substanzen wird ein *kontrollierter Konsum* bzw. *moderate use* debattiert (Jungaberle, 2015; Falcato, 2008; Wiczoreck, 2020). Zu Substanzen wie Cannabis oder MDMA werden im deutschsprachigen Raum Legalisierungsdebatten geführt (Jungaberle, 2015). In den USA ist man über diese Debatten sogar schon weit hinaus: MDMA steht kurz vor der Zulassung zur Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung (Mitchell et al., 2021). Die neu hinzugekommenen Verhaltenssüchte² wie Online-Sucht, Handysucht oder Kaufsucht müssen quasi mit dem Ziel des kontrollierten Konsums therapiert werden, da Einkaufen und Internetnutzung heutzutage essentiell geworden sind.

Mit dem Suchtmittel Alkohol wähle ich eine Substanz, die die Legalitätshürde in unserer Kultur nie überwinden musste und zur *Volksdroge* bzw. zum *Kulturgut* wurde. Der Diskurs um einen kontrollierten Alkoholkonsum ist mittlerweile in die evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie eingezogen. Mit meiner Arbeit möchte ich diese Entwicklung nachvollziehen, denn mir stellt sich nach wie vor die Frage, wie sich mit dem kontrollierten Trinken eine Strömung entwickeln konnte, die tiefgreifende Grundannahmen über die menschliche Psyche (die Existenz eines Suchtgedächtnisses und die daraus abgeleitete lebenslange Abstinenz aufgrund mangelnder Selbstkontrolle) anscheinend neu definiert. Bietet das kontrollierte Trinken eine Legitimation für unsere „gestörte Trinkkultur“ (Lindenmeyer, 2013, S. 2), für die Koexistenz von Genuss und Sucht in unserer Gesellschaft? Zur Beantwortung dieser Frage versuche ich die historische Entwicklung der Alkoholsuchttherapie zu rekonstruieren, wobei meine Hauptanalyse mit dem Einzug des kontrollierten Trinkens in den wissenschaftlichen Diskurs beginnen soll.

Forschungsfragen

Meine Forschungsfrage zielt demnach auf einen möglichen Paradigmenwechsel (nach Kuhn, 2020) ab und lautet zusammengefasst: *Wie entwickelt sich das Paradigma des*

² Unter den Begriff „Verhaltenssüchte“ fallen „Störungsbilder mit exzessiven belohnenden Verhaltensweisen, die die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllen“ (Grüsser et al., 2007, S. 998).

kontrollierten Trinkens aus dem Abstinenzparadigma und löst sich aus ihm heraus? Folgende Hilfsfragen dienen zur Strukturierung der Analyse: Wer sind die Protagonist*innen des kontrollierten Trinkens und welche Motive, Visionen und Denkstile haben sie? Welche Kontexte haben dafür gesorgt, dass der Diskurs Einzug in die Mainstream-Wissenschaft erhalten hat? Wer finanziert die Forschung, bzw. wer profitiert davon? Wie entwickelt sich der Diskurs, d.h. wie reagieren die Protagonist*innen aufeinander? Inwiefern findet eine Integration des kontrollierten Trinkens in die Suchtforschung und -therapie statt? Wie verändert der Diskurs zwischen kontrolliertem Trinken und Abstinenzparadigma die Suchtforschung und Suchttherapie?

Methodologie und Metatheorie

Im Folgenden skizziere ich die methodologischen und metatheoretischen Grundlagen sowie die daraus resultierende Methodik meiner Arbeit. Da ich die Entwicklung des Diskurses zwischen Abstinenzparadigma und kontrolliertem Trinken kritisch beleuchten möchte, folgt meine Arbeit der diskursanalytischen Tradition, genauer gesagt der Tradition der kritischen Diskursanalyse.

Die kritische Diskursanalyse

Ansätze, die sich dem Paradigma der kritischen Diskursanalyse zuordnen lassen, charakterisieren sich durch eine Reihe von Prinzipien (Wodak & Meyer, 2015, S. 2ff): a) Sie sind problemorientiert und deshalb interdisziplinär und eklektisch; b) anhand der systematischen und nachvollziehbaren Untersuchung von semiotischen (d.h. geschriebenen, gesprochenen oder visuellen) Daten versuchen sie, darin liegende Ideologien und Macht zu dekonstruieren; c) die eigenen Positionierungen und Interessen der Forschenden sind offengelegt und werden reflektiert. Mittlerweile gibt es verschiedenste Ansätze, die meist aus einem speziellen Forschungsinteresse heraus geboren und am Gegenstand entwickelt wurden (siehe dazu die Beiträge in den Übersichtswerken von Wodak & Meyer, 2015 oder Keller et al., 2011), jedoch kein strenges Regelkonzept mit einer klar strukturierten Liste an Arbeitsschritten bieten. Großkopf schlussfolgert daher, dass es „eine Methodologie geben [kann], aber keine singuläre Methode der Diskursanalyse“ (Großkopf, 2007, Abs. 44). Dennoch lassen sich die diskurstheoretischen Ansätze zu einem gewissen Grad einteilen. Wodak & Meyer (2015, S. 17ff) unterscheiden die Ansätze a) anhand ihrer Perspektive (deduktiv-allgemein vs. induktiv-detailliert); b) anhand ihres theoretischen Hintergrundes (Foucault, Kritische Theorie, Marx, Moscovici, symbolischer Interaktionismus, Halliday oder ohne spezifischen theoretischen Hintergrund); c) anhand des Ausmaßes, mit dem linguistische Kategorien in die Analyse miteinbezogen werden (breite linguistische Operationalisierung vs. detaillierte linguistische Operationalisierung) und d) der Art der Aggregation (struktur- vs. akteurbezogen³). Mit der *kritischen Diskursanalyse* nach Jäger entscheide ich mich für einen Ansatz, der sich metatheoretisch eindeutig positioniert (basierend auf Michel Foucaults Diskurstheorie), sich hauptsächlich der qualitativen Sozial- und Kulturforschung zuordnet, sich aber dennoch als interdisziplinär versteht (d.h. es dürfen auch sprachwissenschaftliche Instrumente zur

³ „structure vs. agency“ im englischen Original (Wodak & Meyer, 2015, S. 22).

Verwendung kommen). Vor allem aber eignet sich die auf Foucault basierende kritische Diskursanalyse sehr gut, um wissenschaftliche Diskurse zu analysieren.

Die Duisburger Schule der kritischen Diskursanalyse (KDA)

Die kritische Diskursanalyse (KDA) des Duisburger Instituts für Sprach- und Sozialforschung (DISS), zu der auch Siegfried und Margarete Jäger gehören, wird seit Mitte der 1980er Jahre entwickelt und angewandt (Jäger & Jäger, 2007, S. 15). Jäger und Jäger fassen zusammen: „Es geht darum, diskursive Sagbarkeitsfelder darzustellen, diese zu interpretieren und einer Kritik zu unterziehen“ (ebd.). Die KDA ist daher immer politisch, denn die Diskurspositionen der Analysierenden fließen zwangsläufig - wie in jeglichen Disziplinen der Human- und Sozialwissenschaften - in die Analysen mit ein; in der KDA wird die eigene Position jedoch offengelegt und stetig reflektiert (Jäger & Jäger, 2007). Der Ansatz der kritischen Diskursanalyse des DISS orientiert sich stark an der Diskurstheorie Michel Foucaults, der in seinen Schriften der Frage nachging, wie „in den abendländischen Gesellschaften die Produktion von Diskursen, die (zumindest für eine bestimmte Zeit) mit einem Wahrheitswert geladen sind, an die unterschiedlichen Machtmechanismen und -institutionen gebunden“ ist (Foucault, 1983; zitiert nach Jäger & Jäger, 2007, S. 20). Foucault sah seine methodologischen Überlegungen stets als Werkzeuge und nicht als Rezepte (Jäger & Jäger, 2007) und auch die darauf basierende Diskurstheorie des DISS bietet lediglich einen losen Leitfaden, historische und aktuelle Diskurse, ihre Macht-Wirkung und ihre herrschaftslegitimierende und -sichernde Funktion in der Gesellschaft zu analysieren, welcher an den zu erforschenden Gegenstand angepasst werden sollte (Jäger & Jäger, 2007).

Das gesellschaftskritische Potential der KDA

Sowohl Foucault wie auch die in seiner Tradition stehende KDA benutzen klassische Methoden der (historischen) Beweisführung, d.h. „Verweise auf Texte, Quellen, Autoritäten und die Herstellung von Bezügen zwischen Ideen und Tatsachen; Schemata, die ein Verständnis ermöglichen, oder Erklärungstypen“ (Foucault, 1994; zitiert nach Jäger, 2015, S. 77), sodass alles verifiziert oder widerlegt werden kann. Doch Foucault „bleibt bei diesem fröhlichen Positivismus nicht stehen“ (Jäger & Zimmermann, 2019, S.15) und erlaubt sich wertende Kritik und den Traum von einer besseren Welt (ebd.):

Kritik ist der Versuch, ... Denken aufzustöbern und zu verändern. Sie zeigt, dass die Dinge nicht so selbstverständlich sind, wie man meint, damit sie nicht mehr so selbstverständlich hingenommen werden. Kritik heißt, Dinge, die allzu leicht von der Hand gehen, schwerer zu machen. ... Ich glaube, in Wirklichkeit kann Veränderung nur

in der freien und dennoch ständig bewegten Luft einer permanenten Kritik erfolgen. (Foucault, 2005; zitiert nach Jäger, 2008, S. 5)

Auch die KDA folgt dieser kritischen Tradition und setzt es sich zur Aufgabe, über die konsequente Beschreibung von Sachverhalten eines Diskurses zu einer Kritik zu gelangen, indem sie „die ‚blinden Flecken‘ der Wissenschaften, sowie deren Machtwirkungen“ (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 15) und „die impliziten und nicht gesagten Voraussetzungen und als Wahrheiten vertretenen Setzungen oder zu Unrecht Konsens beanspruchenden Aussagen“ (ebd.) versucht, sichtbar zu machen. Die KDA erfasst „das in einer bestimmten Zeit jeweils Sagbare ..., aber auch die Strategien, mit denen das Feld des Sagbaren ausgeweitet oder auch eingeengt wird“ (ebd., S. 20), sei es durch „direkte Verbote, Einschränkungen, Gesetze, Richtlinien, Anspielungen, Implikate, explizite Tabuisierungen ..., gültige Normen, Konventionen, Verinnerlichungen [oder] Bewusstseinsregulierungen“ (ebd.). In dem Offenlegen dieser Einengungs- oder Ausweitungsstrategien liegt u.a. das gesellschaftskritische Potential der KDA (ebd.). Letztlich möchte die KDA durch das Hinterfragen und Problematisieren aktueller und historischer Diskurse herrschende Missstände - sei es Krieg, Rassismus, Diskriminierung, Sexismus, Ausbeutung oder andere Arten von Fundamentalismus - anprangern und Vorschläge zu deren Auflösung anbringen (ebd., S. 22f).

Was ist der Diskurs?

Foucault versteht den *Diskurs* als „eine Menge von Aussagen, die einem gleichen Formationssystem zugehören“ (Foucault, 1973; zitiert nach Jäger & Zimmermann, 2019, S. 37). Die KDA vergleicht den Diskurs mit einem „Fluss von ‚Wissen‘ bzw. sozialen Wissensvorräten durch die Zeit, der durchaus einmal rückwärts fließen, Seen hinterlassen oder durchqueren kann, zeitweilig oder auch restlos versiegen kann und er schafft die Vorgaben für die Subjektbildung und die Strukturierung und Gestaltung von Gesellschaften, die sich entsprechend als außerordentlich vielgestaltig erweisen“ (Jäger & Jäger, 2007, S. 23).

Macht-Wissens-Komplex. Diskurse tragen „zur Strukturierung von Macht- und Herrschaftsverhältnissen in den jeweiligen Gesellschaften bei“ (Jäger, 2015, S. 38), indem sie als „Träger‘ von (historisch und räumlich jeweils gültigem) ‚Wissen‘ Macht“ (ebd.) ausüben und „Verhalten und (andere) Diskurse induzieren“ (Jäger & Jäger, 2007, S. 20). Für Foucault gilt nicht: „Wissen ist Macht“ (Jäger, 2015, S. 38), sondern: Macht und Wissen sind untrennbar miteinander verbunden, was er als den *Macht-Wissens-Komplex* bezeichnet (ebd.). Er schreibt:

Das Wort Wissen wird also gebraucht, um alle Erkenntnisverfahren und -wirkungen zu bezeichnen, die in einem bestimmten Moment und in einem bestimmten Gebiet akzeptabel sind. Und zweitens wird der Begriff der Macht gebraucht, der viele einzelne,

definierbare oder definierte Mechanismen abdeckt, die in der Lage scheinen, Verhalten oder Diskurse zu induzieren. (Foucault, 1992; zitiert nach Jäger, 2015, S. 38)

Foucault und der seinen Überlegungen folgenden KDA geht es nun darum, die wechselseitigen Wirkungen zwischen Macht und Wissen in einer Gesellschaft sowie die dem Wissen impliziten Machteffekte aufzudecken und offenzulegen, was sie „akzeptabel gemacht hat“, um ein Veränderungspotential zu schaffen (Jäger, 2015, S. 39). *Macht* ist jedoch von *Herrschaft* zu unterscheiden. Jäger schreibt dazu:

Der Unterschied zwischen Macht und Herrschaft besteht darin, daß [sic] Macht die gesamte Gesellschaft wie ein Netz überzieht, so daß [sic] man sagen kann, daß [sic] alle Menschen in einer Gesellschaft über Macht verfügen, und sei ihr Anteil noch so gering; von Herrschaft ist dagegen zu sprechen, wenn aufgrund der ungleichen Verteilung von Macht Menschen über Menschen bestimmen und sie z.B. ausgrenzen und ausbeuten können etc. Die KDA greift diese komplexen Zusammenhänge auf und begründet damit die Notwendigkeit von Kritik. (Jäger, 2015, S. 47)

Die Rolle des Subjekts. In Foucaults Diskurstheorie gibt es keinen Subjektivismus und keinen Individualismus - das Subjekt ist immer eingebunden in einen sozio-historischen Kontext, es agiert „im Rahmen eines wuchernden Netzes diskursiver Beziehungen und Auseinandersetzungen“ (Jäger & Jäger, 2007, S. 22) und nimmt so unterschiedliche, sich verändernde Subjektpositionen ein. Wissen entsteht aus einer sich verfestigenden Rezeption von Diskursen, d.h. einer Konfrontation mit gleichen oder ähnlichen Aussagen über einen längeren Zeitraum. Das so formierte Wissen beeinflusst subjektives Handeln und somit auch „die Gestaltung gesellschaftlicher Wirklichkeit“ (Jäger & Jäger, 2007, S. 23). Die handelnden Subjekte, d.h. die tätigen Menschen, machen die Diskurse daher nur sichtbar, bestimmen sie aber nicht (ebd.). „Der Diskurs ist überindividuell. Alle Menschen stricken zwar am Diskurs mit, aber ... [niemand] bestimmt den Diskurs oder hat genau das gewollt, was letztlich dabei herauskommt“ (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 14). Die Aufgabe der Diskursanalyse ist es, diese Vermittlerrolle der menschlichen Tätigkeit zu beobachten, um die Produktion von Wirklichkeit durch die Diskurse zu analysieren.

Diskurs und Wirklichkeit. Diskurse spiegeln die Wirklichkeit nicht einfach wider, sondern stellen durch ihr Eigenleben eigene gesellschaftliche Wirklichkeiten her, indem sie „das Wissen für die Gestaltung von Wirklichkeit bereitstellen“ (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 14) und Subjekte produzieren, die zu dieser oder in diese Wirklichkeit passen. Folglich versucht die KDA nicht nur bereits Vorhandenes zu deuten, sondern das aktuelle Wirken eines Diskurses zu untersuchen. Dementsprechend wirkt auch „jede Diskursanalyse - bis zu einem gewissen Grad - an der Konstruktion ihres Gegenstandes ... [mit], insofern sie selbst als

spezifischer (wissenschaftlicher) Diskurs Deutungen zur ‚Wirklichkeit‘ dieses Gegenstandes produziert“ (Keller et. al, 2011, S. 17).

Die Struktur des Diskurses. Der gesellschaftliche Gesamtdiskurs gliedert sich in ein Netz aus eng miteinander verflochtenen und verschränkten Diskursen, die nicht eindeutig voneinander abgrenzbar sind. Die KDA schlägt daher eine Terminologie zur Strukturierung von Diskursen vor, um diese durchschaubarer und analysierbar zu machen (Jäger & Jäger, 2007, S. 25ff):

Thematisch einheitliche Diskursverläufe werden als *Diskursstränge* bezeichnet, die wiederum aus unterschiedlichen *Diskursfragmenten*, d.h. Texten oder Textteilen mit bestimmten Unterthemen, bestehen. Die Diskursanalyse versucht *Aussagen*⁴, d.h. „der inhaltlich gemeinsame Nenner“ (Jäger & Jäger, 2007, S. 26), aus den Texten jener Diskursfragmente zu ziehen. Ein Diskursstrang kann hinsichtlich zweierlei Dimensionen betrachtet werden: Ein *synchroner* Schnitt „ermittelt, was zu einem bestimmten gegenwärtigen Zeitpunkt bzw. in jeweiligen Gegenwart sagbar ist“ (Jäger & Jäger, 2007, S. 26). Ein *diachroner* Schnitt fächert den Diskurs hinsichtlich seines zeitlichen Verlaufes auf. Ereignisse, die den Verlauf eines Diskursstrangs, seine Qualität und seine Richtung, grundlegend beeinflussen, werden als *diskursive Ereignisse* bezeichnet. Diskursive Ereignisse finden wiederum in einem *diskursiven Kontext* statt, der durch ihre Nachzeichnung sichtbar gemacht wird. Ferner lässt sich ein Diskurs in mehrere *Diskursebenen* unterteilen, auf der die jeweiligen Diskursstränge operieren (z.B. Wissenschaft, Politik, Medien, Erziehung, Alltag), wobei auch diese Ebenen stark miteinander verflochten sind. Grundsätzlich lässt sich jedoch zwischen *Spezialdiskursen* (d.h. wissenschaftliche Diskurse) und dem *Interdiskurs* unterscheiden. Die politische Positionierung einer Person oder eines Mediums wird als *Diskursposition* bezeichnet. Diskurspositionen innerhalb eines herrschenden Diskurses sind relativ einheitlich; davon abweichende Diskurspositionen gehören den Gegendiskursen an. In der Regel enthält ein Text ineinander verschränkte Diskursfragmente aus unterschiedlichen Diskurssträngen, die Bezüge zu unterschiedlichen Themen herstellen. Diese Phänomene werden als *Diskurs(strang)verschränkungen* bezeichnet.

Normalismus als diskurstragende Kategorie. Unter *diskurstragenden Kategorien* „sind in der Regel nicht isolierte einzelne Wörter zu verstehen, sondern ganze semantische

⁴ Aussagen sind daher von belanglosen und eher zufälligen Äußerungen zu unterscheiden (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 16).

Komplexe einschließlich ihrer Praxisbezüge“ (Link, 1996; zitiert nach Jäger & Jäger, 2007, S. 61), weshalb sie ebenfalls in die Werkzeugkiste einer kritischen Diskursanalyse gehören. Unter *Normalismus* versteht der Diskursforscher Jürgen Link alle diskursiven Verfahren, „durch die in modernen Gesellschaften ‚Normalitäten‘ produziert und reproduziert werden“ (Link, 2006; zitiert nach Jäger & Zimmermann, 2019, S. 87). *Normalität* ist von *Normativität* zu unterscheiden: „Normen existieren [in allen Gesellschaften], bevor gehandelt wird und leiten insofern Handeln an“ (Jäger & Jäger, 2007, S. 62); Normalität hingegen wird erst nach einer Handlung definiert, wenn anhand von Daten und Statistiken z.B. durch Durchschnittsbildung im Nachhinein festgestellt wird, ob etwas normal ist oder nicht (Jäger & Jäger, 2007). Daher kann Normalismus auch „als vorherrschender Kulturtyp westlicher Industriegesellschaften“ gesehen werden (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 88).

Normalismus hat die Funktion, Wachstum und Weiterentwicklung in dynamischen Gesellschaften zu kontrollieren und zu regulieren, indem sich die Grenzen zum Abnormalen auf einem Kontinuum jederzeit prinzipiell verschieben lassen (Jäger & Jäger, 2007, S. 63). Diese Verschiebbarkeit wiederum führt zu einer ständigen latenten *Denormalisierungsangst* bei Subjekten einer Gesellschaft (*Bin ich normal?*) (ebd.).

Link arbeitete zwei Strategien heraus, wie Normalitätsgrenzen festgelegt werden und Normalismus in Diskursen durchgesetzt wird: protonormalistisch vs. flexibelnormalistisch (ebd., S. 63). Die *protonormalistische* Strategie herrschte im 19. Jahrhundert und bis zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor und legt „möglichst enge und starre Toleranzgrenzen gegen Denormalisierung“ (ebd., S. 63) fest; die *flexibelnormalistische* Strategie hingegen zeichnet sich durch „möglichst breite Toleranzgrenzen“ (ebd., S. 63) aus, die flexibel verändert werden können und gilt heutzutage als dominante Strategie.

Beide Strategien beinhalten jedoch Risiken (Jäger & Jäger, 2007, S. 64): Protonormalistische Strategien blockieren Wachstumsdynamiken, flexibelnormalistische Strategien führen eventuell zu einem Verschwimmen von Grenzen und zu erheblichen Denormalisierungen. Optimal wäre daher ein ständiges Wechselspiel der Strategien, um Denormalisierung zu verhindern. Sie sind zwar prinzipiell umkehrbar, aber da sie „unterschiedliche bzw. gegensätzliche Subjektivitäten herausbilden“ (ebd., S. 64), ist dies nicht ohne weiteres möglich. Die protonormalistische Strategie erfordert und produziert „autoritär strukturierte“ Subjektivitätstypen, während die flexibelnormalistische Strategie „autonome“ Subjektivitätstypen verlangt und hervorbringt, die sich selbst regulieren können (ebd., S. 64). Diese Subjektivitäten können sich nicht so schnell umwandeln. Dennoch nimmt

Link die Möglichkeit an, dass flexibelnormalistische Subjekte für eine gewisse Zeit auf Protonormalismus umschalten können, andersherum jedoch nicht (ebd.).

Bei der Etablierung von Normalismus spielen die Massenmedien eine wichtige Rolle, da sie Daten, Fakten, Statistiken und Meinungsumfragen dem breiten Publikum veröffentlichen und somit die Anleitung für ein *normales* Verhalten liefern (Jäger & Jäger, 2007, S.64f). Dabei kann es durchaus vorkommen, dass Medien entweder hinsichtlich einer Strategie polarisieren und Strategien mischen. Letztlich definiert aber der Gesamtdiskurs, was normal ist und was nicht (ebd.).

Was ist ein Dispositiv?

Neben Diskurs, Wissen und Macht gehört *Dispositiv* zu den zentralen Begriffen in Foucaults Diskurstheorie (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 51). Foucault beschreibt ein Dispositiv als „eine Art von ... Formation, deren Hauptfunktion zu einem gegebenen historischen Zeitpunkt darin bestanden hat, auf einen *Notstand* (urgence) zu antworten. Das Dispositiv hat also eine vorwiegend strategische Funktion“ (Foucault, 1978; zitiert nach Jäger & Zimmermann, 2019, S. 52). Was bedeutet das? Ein Notstand (urgence) ist definiert als spezifische gesellschaftliche Problemlage, die einen Handlungsbedarf aufdeckt. Ein vorhandenes Dispositiv wird als prekär und somit zur gesellschaftlichen Bedrohung erklärt. Als Reaktion darauf bildet sich ein neues Dispositiv heraus, das diesem Notstand begegnen soll. In diesem Sinne ist ein Dispositiv als „inneres Band“ (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 90) zu verstehen, welches *diskursive Praxen* (Sprechen und Denken), *nicht-diskursive Praxen* (Handeln) und *Sichtbarkeiten* bzw. *Vergegenständlichungen* zusammenfasst, deren gemeinsamer Zweck es ist, auf einen Notstand zu reagieren.

Vorgehensweise

Schulenübergreifend lassen sich nach Keller (2011, S. 85) bestimmte Arbeitsschritte feststellen, die in einer *Diskursanalyse* üblicherweise enthalten sind: 1) die Festlegung auf einen Diskurs(-strang), ein grobes Thema, ein institutionelles Setting und/oder spezifische Akteure; 2) die vorläufige Formulierung von Fragestellungen an den Untersuchungsgegenstand; 3) die Bestimmung der diskurstheoretischen Position und die Auswahl entsprechender Erhebungs- und Auswertungsverfahren; 4) die Einholung zugänglicher Informationen über den Untersuchungsgegenstand, z.B. durch die Rezeption von (nicht-)wissenschaftlicher Literatur (hiermit beginnt der praktische Forschungsprozess); 5) die Zusammenstellung des jederzeit erweiterbaren Datenkorpus; 6) die abwechselnde Feinanalyse einzelner Daten mit Phasen der Hypothesenbildung, der theoretischen Verdichtung und der Darstellung von Zwischenergebnissen, während die Passung von Fragestellung, methodischer

Umsetzung und Datenmaterial stetig beachtet werden muss; 7) die zusammenfassende Interpretation und Aufbereitung der Ergebnisse.

Die *kritische* Diskursanalyse nach Jäger erweitert diese Einteilung durch die Einführung der Begriffe *Strukturanalyse* und *Feinanalyse*. Im Handbuch „Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung“ (Jäger, 2015) stellt Jäger eine „Gebrauchsanweisung“ zum Ablauf einer Diskursanalyse zur Verfügung (Jäger, 2015, S. 90ff):

Ähnlich zu Kellers Vorschlägen zur reinen Diskursanalyse (Keller, 2011) beginnt die KDA nach Jäger mit: (1) einer Benennung der Zielsetzung der Untersuchung, einer Skizzierung des theoretischen Hintergrundes und einer Erläuterung der gewählten Methode.

(2) Als zweiten Schritt benennt und begründet Jäger den Untersuchungsgegenstand (d.h. Diskurs(-strang), Thema, Zeitausschnitt, Raum/Räume); an dieser Stelle sollte außerdem erläutert werden, warum ein Gegenstand gewählt wurde und warum es sich um ein brisantes Thema handelt (da die KDA explizit eine Methode zur Untersuchung brisanter Themen ist).

(3) Als dritten Schritt bestimmt und begründet Jäger die Materialgrundlage, betont jedoch auch, dass dies eine vorläufige Auswahl ist, die beliebig erweitert werden kann; ebenfalls an dieser Stelle sollten Überlegungen zu Vollständigkeit der Materialgrundlage angestellt werden, bzw. inwiefern der betreffende Diskurs(-strang) überhaupt vollständig erfasst werden kann.

(4) Als nächstes führt Jäger das Herzstück der Diskursanalyse durch, die *Strukturanalyse*. Anhand einer gründlichen fragmentübergreifenden Analyse der Struktur und sorgfältigen Materialaufbereitung sollen *Aussagen*⁵ des Diskurses ermittelt und die Grundlage für die Auswahl des Materials der Feinanalyse geschaffen werden. Anhand der Strukturanalyse sollen Diskursfragmente hinsichtlich Themenhäufungen, Zeitlichkeit, sprachlicher und nicht-sprachlicher Performanzen, Wirkungsmittel (z.B. Kollektivsymbole, Normalismus) und sonstiger Merkmale und Auffälligkeiten sortiert werden. Jäger führt hierzu eine Liste (d.h. Legende) von zu erfassenden Kategorien auf, die - angepasst an das Forschungsinteresse - zu kürzen oder zu vervollständigen ist⁶. Die Ergebnisse sollen tabellarisch notiert werden.

⁵ D.h. „Atome oder auch Kerne des Diskurses“ (Foucault, 1973; zitiert nach Jäger & Zimmermann, 2019, S. 16).

⁶ z.B. Datum, Zeitungstitel und politisches Selbstverständnis (d.h. Diskursposition), Textsorte, Rubrik, Autor*in, Überschrift des Artikels, Untertitel, Lead, Anlass des Artikels, grafische Gestaltung, Bebilderung, knappe Inhaltsangabe, Themen und Unterthemen, Aussagen, Quellen des Wissens (Wissenschaft, Politik oder andere Medien), Diskurspositionen, Kollektivsymbolik, Normalismen, besondere Auffälligkeiten, vorläufige Anmerkungen zur Analyse, Artikel geeignet für die Feinanalyse, etc. (Jäger, 2015, S. 96).

Anschließend folgt eine analytische Gesamtansichtung der Materialaufbereitung, bei der nach typischen Merkmalen gesucht wird. Ein Artikel bzw. Diskursfragment ist dann für die Feinanalyse geeignet, wenn er als besonders typisch gilt (meist aufgrund zentraler Aussagen, Normalismen und Kollektivsymboliken).

(5) Die *Feinanalyse* führt Jäger immer erst nach der Strukturanalyse durch, denn die Auswahl eines oder mehrerer Fragmente für die Feinanalyse ist anhand der Ergebnisse der Strukturanalyse zu begründen. Jäger teilt die Feinanalyse grob in vier vorbereitende Schritte ein, denen als fünfter Schritt eine Gesamtanalyse folgt (Jäger, 2015, S. 98ff):

(5.1) Ermittlung des (unmittelbaren) *institutionellen Kontextes*: allgemeine Charakterisierung des Mediums (z.B. Zeitschrift); Beziehungen zu anderen Inhalten des Mediums; Textsorte; inhaltliche Funktion; eventuelle zuordnbare (historische) Ereignisse und Anlässe für den Artikel; Diskursposition des*der Autors*Autorin; Diskurspositionen anderer Autor*innen des Mediums; Charakterisierung der Redaktion bzw. Organisation und ihrer Unterstützer*innen; Verortung im gesamtgesellschaftlichen und politischen Kontext.

(5.2) Erfassung der *Textoberfläche*: Text aufbereiten (d.h. Zeilen nummerieren, Absätze markieren, Einteilung in Sinneinheiten, Abschnittsüberschriften finden); genaue Inhaltsangabe des gesamten Textes inkl. argumentatives Ziel; Verschränkungen mit anderen Diskurssträngen und sonstige inhaltliche Bezüge; Hauptthemen und Unterthemen; sprachliche Performanzen des*der Autor*in und deren Funktion zur Zielerreichung; Grafische Gestaltung (Layout, Fotos, Grafiken) und ihre Funktion.

(5.3) Erfassung der *sprachlich-rhetorischen Mittel*: Übergänge zwischen Sequenzen und Abschnitten (Wodurch wird Textkohärenz hergestellt?); Komposition/Gliederungsschema des Gesamttextes; Sprachliche Routinen (narrative Schemata, Sprichwörter, Redensarten, etc.); Kollektivsymbole; Voraussetzungen von Vorwissen, dadurch angesprochene soziale Gruppe und mögliche „Fährenfunktion“⁷ (z.B. durch Metaphern, Bilder, Auslassungen, Implikate, ungewöhnliche Bedeutungszuweisungen, Jargon); Zuordnung der Substantive zu Bedeutungsfeldern; Charakterisierung der Sprache des*der Autors*Autorin; Isotopien⁸; Funktion von

⁷ Sprachliche Elemente, die neue Inhalte an Vorwissen koppeln, haben laut Jäger (2015) oft die Funktion, diese neuen Inhalte in den bisherigen diskursiv erzeugten Wissenshorizont hineinzutransportieren. Jäger nennt dies „Fährenfunktion“ (Jäger, 2015, S. 105).

⁸ Semantische Verknüpfungen zwischen den Sätzen eines Textes (Jäger, 2015).

Person, Modus und Tempus bei Verbformen (z.B. Konjunktiv); Funktion von Pronomen (z.B. wer ist unter *wir* angesprochen?), Verben und Adjektiven; Stilduktus; Funktion von Strukturierungen durch den*die Autor*in; Argumentationsstrategien; syntaktische Mittel; weitere sprachliche Besonderheiten (z.B. auch Fehler).

(5.4) Extraktion der *inhaltlich-ideologischen Aussagen*: Menschenbild, Gesellschaftsverständnis, Technikverständnis, Zukunftsvorstellung, Normalitäts- und Wahrheitsvorstellungen.

(5.5) *Analyse*, d.h. systematische Darstellung des Diskursfragmentes hinsichtlich z.B. vermittelter Botschaft, sprachlicher und sonstiger Wirkungsmittel, Zielgruppe, Veränderung von Diskursen, diskursiver Kontext (d.h. gesellschaftliche Bedingungen, Verhältnis zum hegemonialen Diskurs, Bezug auf (diskursive) Ereignisse).

(6) Als sechsten Schritt soll der diskursive Kontext ermittelt werden (Zeit, Raum, Herrschaftsform).

(7) Im siebten Schritt wird die Diskursanalyse zusammengefasst, wobei die Ergebnisse der Struktur- und der Feinanalyse eingebunden werden.

(8) Der achte Schritt stellt eine Besonderheit der KDA dar, da er explizit zur Ausformulierung von Kritik und deren Erweiterung durch ethische Überlegungen gedacht ist.

(9) Der neunte Schritt macht die KDA letztlich eindeutig zu einem politischen Instrument, indem hier Vorschläge zur Bekämpfung und/oder Vermeidung der kritisierten Diskurse angebracht werden sollen.

(10) Jäger schließt die KDA mit Überlegungen zur Gültigkeit und Vollständigkeit der Analyse.

Diachrone Diskursanalyse. In der Vorgehensweise ist zwischen der Analyse aktueller Diskurse, d.h. eines *synchronen* Schnittes, und einer *historisch-diachronen Diskursanalyse* zu unterscheiden (Jäger, 2015, S. 124ff). Will man die Entwicklung eines Diskurses analysieren, so ist ein diachrones Vorgehen das Mittel der Wahl. Um die Materialgrundlage bewältigbar zu machen, schlägt Jäger vor, in bestimmten zeitlichen Abständen synchrone Schnitte herzustellen, die miteinander verglichen werden. Die Zeitpunkte solcher synchronen Schnitte sollten anhand diskursiver Ereignisse bestimmt werden, die den Diskursverlauf möglicherweise entscheidend verändert haben (ebd., S. 128). Vor der Entscheidung sollte demnach der diskursive Kontext umrissen werden. Aus arbeitsökonomischen Gründen beschränkt sich die KDA auf den unmittelbaren diskursiven Kontext, indem sie sich auf die Vergangenheit des Diskursstrangs

und seine unmittelbare Umgebung konzentriert, d.h. den Diskursstrang hinsichtlich Diskursstrangverschränkungen und auf verschiedenen Diskursebenen untersucht (ebd.).

Erweiterung zur Dispositivanalyse. Prinzipiell lässt sich die Methode der KDA zur Dispositivanalyse erweitern (Jäger, 2015, S. 73f). Eine Dispositivanalyse hat zur Aufgabe, den „prozessierenden Zusammenhang von Wissen, Handeln und Sichtbarkeiten“ (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 52) aufzudecken. Um dies zu erreichen, muss die Dispositivanalyse diskursive Praxen (d.h. Denken und Sprechen), nicht-diskursive Praxen (d.h. Handeln) und Sichtbarkeiten zu ermitteln, um „den Notstand zu bestimmen, auf den das Dispositiv reagiert“ (Jäger, 2015, S. 74). „Herzstück“ ist also weiterhin die Diskursanalyse (ebd.). Diese wird erweitert durch die Analyse von nicht-sprachlichen Gegenständen und Ergebnissen von Handlungen. Ein solcher Gegenstand kann beispielsweise eine Institution (z.B. ein Krankenhaus; Jäger, 2015, S. 114), eine Webseite oder eine App sein.

Die walkthrough-Methode. Eine Möglichkeit, Apps oder auch Webseiten dispositivanalytisch zu untersuchen, bietet die walkthrough-Methode von Light et al. (2016). Die walkthrough-Methode ist auf die Analyse von Apps ausgerichtet, kann jedoch auch auf die Analyse von Webseiten übertragen werden. Dabei handelt es sich um ein systematisches Explorieren der Webseiten- oder Appinhalte. Der*die Forschende wechselt zwischen Nutzer*innen- und Forscher*innenperspektive. Neben den Inhalten steht auch die technische Beschaffenheit im Analysefokus. Im Aufmerksamkeitsfokus sind Fragen wie: Wie wird man als Nutzer*in geleitet? Wie gestaltet sich die Interaktion mit der App bzw. Webseite? Welche diskursiven und symbolischen Repräsentationen sind zu erkennen (z.B. Logos, Design, Bebilderung)? Welche Business-Strategie lässt sich erkennen? Welche Vision steht hinter der App bzw. Webseite? Welchen Zweck erfüllt sie? (ebd.).

Diskursiver Kontext

Die Schaffung eines Sucht-Konzepts oder die Entdeckung des Phänomens der Sucht Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts kann nicht als eine eigenständige medizinische oder wissenschaftliche Entwicklung gesehen werden, sondern als Teil eines Wandels im sozialen Denken, der in fundamentalen Änderungen des Soziallebens begründet ist. Für diejenigen, die an Kritik und Verbesserung des Suchtmodells von Drogengebrauch interessiert sind, ist es wichtig zu begreifen, daß [sic] das medizinische Modell tiefere Wurzeln hat, als gemeinhin angenommen wird. (Levine, 1996, S. 117)

Die Aussage des Soziologen Harry G. Levine wird in der Suchtforschung allgemein ernst genommen und so finden sich immer wieder Sammelbände, in denen naturwissenschaftliche, medizinische, psychologische, soziologische, ethnologische und historische Texte nebeneinander veröffentlicht werden (z.B. Singer et al., 2005; Schmidt-Semisch & Stöver, 2012; von Heyden et al., 2018). Es scheint eine Notwendigkeit der Verknüpfung unterschiedlicher Perspektiven auf Sucht zu geben. Ein kurzer Umriss der Entstehungsgeschichte des Suchtkonzepts Alkoholismus sollte auch in dieser diskursanalytischen Arbeit nicht fehlen. Die Funktion dieses Kapitels für diese Arbeit ist zudem, den diskursiven Nährboden für das Aufkommen des *kontrollierten Trinkens* zu beschreiben und dieses Aufkommen wiederum zu verstehen.

Das Abstinenzparadigma

„Die Sucht hat es ... zugleich schon lange gegeben und es hat sie lange Zeit nicht gegeben - eine Frage der Perspektive“ (Spode, 2005, S. 92). Der Historiker und Soziologe Hasso Spode spielt mit dieser Aussage auf die Historizität von Krankheiten an: Für die Medizin bzw. die Psychologie existiert eine Krankheit erst, nachdem sie als das „Resultat kultureller Benennungs- und Klassifikationsprozesse“ von Menschen „erfunden“ wurde (Spode, 2005, S. 89). Dies bedeutet nicht, dass es nicht schon früher exzessiven Alkoholkonsum bzw. Trunkenheit gab, aber erst nachdem sich in Gesellschaft und Wissenschaft eine Vorstellung darüber etabliert hatte, was als *pathologischer* Alkoholkonsum zu bewerten war, wurde dies zu einer behandlungsbedürftigen *Krankheit*.

Die Entstehung des Krankheitsbegriffs der Trunksucht wird von den meisten Forscher*innen auf die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts datiert (Wiesemann, 2000, S. 30). Zum Beispiel verortet Levine (1996) den Ursprung des heutigen Krankheitskonzepts der Sucht in einem Paradigmenwandel an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert, der mit einer neuen Wahrnehmung von Krankheiten nicht mehr als *Unheil*, sondern als systematisch erfasste Symptomkomplexe einherging. Von Historiker*innen und Soziolog*innen werden

gesellschaftliche Entwicklungen und schließlich das Zusammentreffen bestimmter Ereignisse dafür verantwortlich gemacht, dass der „ärztliche Blick“ (vgl. Foucault, 2016) sich erstmals systematisch auf Trunkenheit richtete (vgl. Spode, 1993; Levine, 1996; Wiesemann, 2000): Mit der Aufklärung wurde ein Wertewandel angestoßen hin zu individueller Freiheit, die jedoch Mäßigung und Selbstkontrolle erforderte; die bürgerliche Mittelschicht entwickelte sich zur herrschenden Klasse; Ärzte verbanden sich zu Organisationen und Kliniken wurde gegründet⁹; eine steigende Zahl von *Gewohnheitstrinkern* begann öffentlich zu *gestehen*, dass sie einen unkontrollierbaren Trinkzwang verspürten. Oft wird auch die Industrialisierung und die dadurch erstmals mögliche Massenproduktion von Alkohol und der nun sichtbare „Elendsalkoholismus“ (Spode, 1993; Vogt, 1989), bzw. werden verlängerte Interdependenzketten, wachsende Komplexität und Störanfälligkeit (Spode, 1993) verantwortlich gemacht, was allesamt dazu führte, dass exzessive Trunkenheit als nicht mehr tolerierbare Bedrohung wahrgenommen wurde. Soziohistorisch betrachtet kann das Suchtmodell daher auch als Strategie der sozialen Disziplinierung aufgefasst werden, soziale Devianz - d.h. Abweichung vom *Normalen* - unter Kontrolle zu bringen (z.B. Levine, 1996; Spode, 1993 & 2012; Reinhardt, 2005).

Der amerikanische Arzt Benjamin Rush definierte Trunkenheit anhand der berichteten Symptome daraufhin als „Krankheit des Willens“ (zitiert nach Levine, 1996, S. 114). Er entwickelte laut Levine (1996) als erster ein Modell der Trunksucht, bei dem Alkohol eine inhärent suchterzeugende Substanz sei, dass Trinken zu einer Zwangshandlung werde, die Krankheit stufenweise und fortschreitend verlaufe sowie *Abstinenz* das einzige Heilmittel sei:

Meine Beobachtungen erlauben mir zu sagen, daß [sic] Alkoholsüchtige unverzüglich und gänzlich auf Alkohol verzichten sollten. ‚Probiere nicht, nimm es nicht in die Hand, berühre es nicht‘ sollte auf jedes Gefäß, das Alkohol enthält, im Haus eines Mannes, der von Trunkenheit kuriert werden möchte, geschrieben werden. (Rush, o.D.; zitiert nach Levine, 1996, S. 114)

Rush gilt damit als Begründer der amerikanischen Mäßigkeitsbewegung, die im Laufe des 19. Jahrhunderts immer mehr Menschen überzeugte, in vollständiger Abstinenz zu leben und schließlich in der Prohibition (1919-1933) mündete (Levine, 1996). Der Gedanke der amerikanischen Mäßigkeitsbewegung, ihre Argumente, Literatur und Organisationsformen

⁹ Dies führte auch zu einer Verlängerung der Zeithorizonte, was erst möglich machte, den jahrzehntelangen Verlauf von Trunksucht zu beobachten (Spode, 1993, S. 146).

gelangte nach Europa und stieß vor allem in England und Skandinavien ähnliche Mäßigkeitsbewegungen an. Laut Levine (1996) hat es im deutschsprachigen Raum keine nennenswerte Mäßigkeitsbewegung gegeben.

Der Soziologie und Historiker Hasso Spode (1993) berichtet jedoch auch von massenwirksamen Mäßigkeitsbewegungen in Deutschland, die aus Amerika (Guttempler Orden) und der Schweiz (Blaues Kreuz) importiert wurden. Da Ende des 19. Jahrhunderts die Degenerationshypothese¹⁰ die Wissenschaft beherrschte, wirkte sich dies auch auf den Alkoholismuskurs aus: Alkohol galt als gefährliches Keimgift, eine der Hauptursachen der Degeneration („der Entartung der Nachkommenschaft“; Forel, 1891, S. 19) und daher als Bedrohung für den „gesellschaftlichen Körper“ (Spode, 1993, S. 137). Durch die Alkoholismus-Degenerations-Hypothese wurde jeglicher Alkoholkonsum zum Problem. Um 1900 wurden einige prominente Ärzte (z.B. Auguste Forel oder Emil Kraepelin) selbst abstinent und versuchten das oberste Gebot Abstinenz wissenschaftlich zu fundieren (Forel, 1891; Spode, 1993). Die Abstinenz wurde zum Wundermittel gegen alles Übel und sozio-kulturelle Ursachen der Trunksucht wurden abgewertet. So wurde in Amerika und Europa das Prinzip des totalen Entzugs in die Alkoholismustherapie eingeführt und sogenannte „Trinkerheilstätten“ wurden gegründet (Spode, 1993).

In Deutschland kam der Alkoholismuskurs durch die NS-Rassenhygiene zeitweise zum Erliegen. Die Erblichkeitsannahme von Alkoholismus führte zur Anzeigepflicht von Alkoholiker*innen, Zwangssterilisation und Einsperrung in Arbeitshäusern und Konzentrationslagern und Ermordung (Spode, 1993; Rode, 2000). Trinkerheilstätten wurden wieder geschlossen, denn sie ergaben in der Logik der Degenerationshypothese keinen Mehrwert. Abstinenzverbände wurden verboten. Daher fokussiere ich mich im weiteren Verlauf wieder auf den amerikanischen Abstinenz-Diskurs, der bis heute stark den Gesamtdiskurs prägt.

¹⁰ Spode schreibt: „Degeneration beziehungsweise Entartung wurde zum Schlüsselbegriff der verwissenschaftlichten Fortschrittsangst des fin de siècle. Evolution als ein sich selbst zerstörender Prozeß: Die moderne, pazifizierte Gesellschaft, die zum einen durch soziale Einrichtungen, Medizin, Technik und vor allem durch ihr vormodernes christliches Wertesystem die „natürliche Auslese“ außer Kraft gesetzt hat und zum anderen aus Profitgier und Unwissen eine Vielzahl künstlicher Keimgifte produziert, wirkt „kontraselektorisches“ und führt langfristig in eine katastrophale Schädigung des Genotypus. Diese Sicht der Evolution war in ihrer Geschlossenheit, Einfachheit und Universalität eine bestechend elegante Theorie. Zumal in der noch jungen Disziplin der Psychiatrie fiel sie auf fruchtbaren Boden, erlaubte sie doch endlich eine Ätiologie der Geisteskrankheiten, die somatische Befunde und kausal-genetische Begründungen vereinte“ (Spode, 1993, S. 136).

Mit dem Ende der Prohibition verlagerte sich der amerikanische Alkoholismuskurs wieder in den wissenschaftlichen Bereich (Reinhardt, 2005). Elvin Morton Jellinek, amerikanischer Alkoholforscher und Leiter des bekannten Yale Center of Alcohol Research Studies, entwickelte dort ab ca. 1930 in enger Zusammenarbeit mit den Anonymen Alkoholikern das bis heute zu großen Teilen gebräuchliche *Disease Concept of Alcoholism* (Reinhardt, 2005; Lindenmeyer, 2016b). Es handelt sich hierbei jedoch um „alten Wein in neuen Schläuchen“ (Spode, 2012, S. 34), denn Jellineks Modell zeigte große Ähnlichkeit zum ursprünglichen Suchtkonzept Rushs und der amerikanischen Mäßigkeitsbewegung (Levine, 1996). Demnach durchlaufen Menschen auf dem Weg zur Alkoholabhängigkeit einen linear-progressiven und irreversiblen Prozess, bestehend aus vier Phasen: Voralkoholische Phase - Vorstadium - kritische Phase - chronische Phase (Rode, 2000, S. 200). Wesentliche Bestandteile dieses Phasenmodells sind Kontrollverlust, Dosissteigerung, Entzugssyndrom und notwendige lebenslange Abstinenz (Spode, 2005, S. 107f). Levine (1996) sieht das einzig Neue an Jellineks Modell in der Verlagerung hin zu einem rein naturwissenschaftlich begründeten medizinisch-psychiatrischen Krankheitskonzept, welches den Suchtauslöser nicht mehr in der Droge, sondern im Körper des*der Süchtigen sucht:

Jetzt konnte Alkohol als eine gesellschaftlich akzeptable, ‚domestizierte‘ Droge verstanden werden, die nur bei einigen Personen aus unbekannten Gründen Sucht hervorrief. So wurde Alkoholismus die einzige allgemein und wissenschaftlich anerkannte personenspezifische Drogensucht. Zum ersten Mal liegt der Ursprung der Sucht im Körper des Individuums und nicht in der Droge selbst. Das Resultat war ein ‚reineres‘ medizinisches Modell - was bedeutete, daß [sic] man nun weniger dazu tendierte, Sucht als eine selbst zugefügte Krankheit zu sehen. (Levine, 1996, S. 116)

Die Deutungshoheit lag nun bei Ärzt*innen, Psychiater*innen, Neurowissenschaftler*innen und naturwissenschaftlich denkenden Psycholog*innen (Scheerer & Vogt, 1989). Auf dieser Grundlage wurden die 1933 gegründeten Anonymen Alkoholiker (AA) zur bis heute größten und einflussreichsten Selbsthilfebewegung, da Jellinek in Zusammenarbeit mit ihnen seine empirischen Daten gewann (Spode, 2005). Mithilfe der WHO konnte Jellineks Phasenmodell weltweit verbreitet werden (ebd.). Jedoch erntete es bald wissenschaftliche Kritik, die sich vor allem auf die Linearität und Irreversibilität des Krankheitsverlaufs bezog (Rode, 2000; Spode, 2005). Dennoch richten sich viele therapeutische Institutionen nach wie vor stark an diesem Modell aus. Spode sieht die Gründe in seiner Klarheit und leichten Vermittelbarkeit, der nur schwer umkehrbaren Verankerung von Sucht in unserem Alltagswissen und -verhalten und dem mangelnden „Interesse helfender und heilender Berufe“, definitorische Kriterien zu entschärfen (Spode, 2005, S. 111).

Seitdem hat sich die Suchtforschung auf die Fahnen geschrieben, einen spezifischen suchtauslösenden biologischen Mechanismus zu identifizieren, z.B. eine Zellstrukturveränderung, einen Rezeptor- oder Transmitterdefekt oder sonstige genetische Ursachen (Wiesemann, 2000) ¹¹. Laut Spode lebt die Degenerationstheorie in Erklärungsversuchen wie „Intoleranz gegen Alkohol“ oder „Alkoholismus ist Ausdruck einer ‚larvierten‘ psychischen Erkrankung“ (Spode, 1993, S. 144) in einer abgeschwächten Form weiter.

Ende der 70er Jahre wurde das medizinisch-psychiatrische Suchtmodell schließlich vom biopsychosozialen Suchtmodell (Engel, 1977) abgelöst, wonach neben *Person* (physiologische und psychologische Faktoren) und *Droge* auch die *Umwelt* (soziales Umfeld) eine Rolle spielt (Reinhardt, 2005, S. 70f; Feuerlein, 1984). Alkoholismus wird somit zum multifaktoriell bedingten Phänomen, das interdisziplinär zu behandeln ist (Reinhardt, 2005, S.70f).

Diagnose und Therapie von Alkoholismus - Status Quo

Wer gegenwärtig als alkoholkrank gilt, wird international von den Diagnosemanualen ICD (International Classification of Disease)¹² und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)¹³ festgelegt. Das bis Januar 2022 gültige, im Jahr 1992 veröffentlichte ICD-10 wird im europäischen, d.h. auch deutschsprachigen Raum als gängigster diagnostischer Werkzeugkasten zur Erkennung einer Alkoholabhängigkeit aufgeführt; in den USA ist das DSM gängiger (Baumgärtner & Soyka, 2014). Das ICD-10 trennt kategorial zwischen *Schädlichem Gebrauch* (Harmful Use, F10.1) und dem *Abhängigkeitssyndrom* (Dependence Syndrom, F10.2)¹⁴. *Schädlicher Gebrauch* erfülle (noch) keine Abhängigkeitskriterien im

¹¹ Wiesemann (2000) schlägt vor, Sucht nicht mehr als spezifische, sondern als unspezifische Krankheit aufzufassen: Die Droge löse demnach eine unspezifische Anpassungsreaktion des Körpers aus, um wiederum relative Gesundheit herzustellen. Der Körper passe sich so sehr der Drogenzufuhr an, dass er diese fortan benötigt, um zu funktionieren. Wiesemann bezeichnet Sucht daher auch als *heimliche* Krankheit, die erst auffällt, wenn die Anpassungsleistung des Körpers gestört ist.

¹² Das ICD wird von der WHO (World Health Organization) publiziert.

¹³ Das DSM wird von der American Psychiatric Association publiziert.

¹⁴ In einigen Artikeln wurde auch noch der „riskante Konsum“ aufgelistet (Soyka, 2015; Baumgärtner & Soyka, 2014). Unter riskanten Konsum fallen Konsummuster, die lediglich ein „deutlich erhöhte[s] Risiko für gesundheitliche Folgeschäden“ aufweisen (Baumgärtner & Soyka, 2014, S. 12). Weil diese Definition sehr schwammig ist, wird meist die konsumierte Menge an Alkohol pro Tag herangezogen. Bei Frauen spricht man von riskantem Konsum bei mehr als 12g Alkohol pro Tag;

Sinne eines Kontrollverlusts, es sollten jedoch schon psychische und physische Alkoholfolgeschäden erfassbar sein. Das Übertreten der Grenze vom *schädlichen Alkoholgebrauch* zum *Alkoholabhängigkeitssyndrom* (Alcohol Dependence Syndrome, F10.2) wird anhand folgender Kriterien festgemacht, von denen mindestens drei während des letzten Jahres gemeinsam erfüllt sein müssen:

- Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren¹⁵.
- Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft).
- Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn der Alkoholkonsum reduziert oder abgesetzt wird, nachgewiesen durch alkoholspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahe verwandten Substanz, um Alkoholentzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
- Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen von Alkohol.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten der Alkoholeinnahme. Es wird viel Zeit verwandt, Alkohol zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
- Fortdauernder Alkoholgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist. (Kiefer et al., 2021, S. 9)

Im Januar 2022 wurde das ICD-10 durch das ICD-11 abgelöst, welches schon seit 2007 konzipiert wird (Saunders et al., 2019). Auch im ICD-11 wird zwischen *Alkoholabhängigkeit* (Alcohol Dependence) und (noch) nicht abhängigem, aber *schädlichem Gebrauch* (Harmful Pattern of Use of Alcohol) unterschieden (ebd.). Neu hinzugekommen ist *riskanter bzw. gefährlicher Alkoholkonsum* (Hazardous Alcohol Use) als *health risk factor*, der jedoch noch keine diagnostizierbaren physischen und mentalen Symptome aufweist (ebd.). Die Diagnose *Alkoholabhängigkeit* ist nun konzeptionell definiert als eine „disorder of regulation“ mit dem Hauptmerkmal „strong internal drive to use alcohol“ (ebd., S. 1623). Außerdem wurden die sechs „diagnostic criteria“ zu drei „diagnostic guidelines“ kombiniert:

- Impaired control over alcohol use—in terms of the onset, level, circumstances, or termination of use, often but not necessarily accompanied by a subjective sensation of urge or craving to use alcohol.
- Alcohol use becomes an increasing priority in life such that its use takes precedence over other interests or enjoyments, daily activities, responsibilities, or health or personal care. Alcohol use takes an increasingly central role in the person's life and relegates

bei Männern bei mehr als 24g Alkohol pro Tag (1 Liter Bier entspricht ca. 40g Alkohol) (Baumgärtner & Soyka, 2014).

¹⁵ Auch „Craving“ oder „Suchtdruck“ genannt.

other areas of life to the periphery, and it often continues despite the occurrence of problems.

- Physiological features (indicative of neuroadaptation to alcohol) as manifested by: (i) tolerance, (ii) withdrawal symptoms following cessation or reduction in use of alcohol, or (iii) repeated use of alcohol (or a pharmacologically similar substance) to prevent or alleviate withdrawal symptoms. Withdrawal symptoms must be characteristic for the withdrawal syndrome for alcohol and must not simply reflect a hangover effect. (Saunders et al., 2019, S. 1624)

Auch das von der American Psychiatric Association (APA) publizierte DSM unterlag in den letzten Jahren einem Revisionsprozess und so wurde das seit 1994 gültige DSM-IV im Mai 2013 durch das DSM-5 abgelöst (Saunders et al., 2019). *Substanzbezogene Störungen* wurden zu *Sucht und zugehörige Störungen* (Addiction and Related Disorders) umbenannt, um den Suchtbegriff auf nicht-stoffgebundene Süchte (hier: pathologisches Glücksspielen) auszuweiten¹⁶. Außerdem wird im DSM-5 nicht mehr zwischen Abhängigkeit und Missbrauch differenziert. Stattdessen werden beide Diagnosen als dimensionales Krankheitskonzept der *Substanzgebrauchsstörung* (Substance Use Disorder) unterschiedlicher Schweregrade zusammengefasst. Grundlage für diese Entscheidung waren einige Befunde, die nahelegten, dass Missbrauch und Abhängigkeit einander keinesfalls gegenseitig ausschließen, sondern oft hoch miteinander korrelieren (Rumpf & Kiefer, 2011). Dies stellt einen entscheidenden Unterschied zum ICD dar, welches diese Differenzierung weiterhin vornimmt. Das Zusammenführen von ICD- und DSM-5-Diagnosen werde dadurch erschwert, was die Suchtforschung und -therapie vor größere Probleme stelle (Rumpf & Kiefer, 2011; Soyka, 2015; Saunders et al., 2019). Für die Diagnose einer Substanzgebrauchsstörung laut DSM-5 müssen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums mindestens 2 von folgenden 11 Merkmalen vorliegen:

- Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
- Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.

¹⁶ Ursprünglich tauschte die WHO im Jahr 1964 den Begriff „Sucht“ gegen „Abhängigkeit“ (z.B. „pharmakologische Abhängigkeit“, „Abhängigkeitssyndrom“) ein, um der Verwässerung des Begriffs „Sucht“ im allgemeinen Sprachgebrauch entgegenzuwirken (Wiesemann, 2000, S. 44ff). Außerdem konnten durch diese Reduktion auf das Biologische unangenehme Fragen nach der Natur der Sucht umgangen werden (ebd.). Dass nun wieder die Rede von „Sucht“ („addiction“) statt „Abhängigkeit“ („dependence“) ist, weist auf einen erneuten Bedeutungswandel des Suchtkonzepts hin zu den „kognitiven und verhaltensassoziierten Aspekten der Sucht (Craving, Kontrollverlust)“ (Rumpf & Kiefer, 2011, S. 47), womit nun auch nicht-stoffgebundene Süchte den Suchtkriterien entsprechen.

- Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
 - Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
 - Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
 - Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust)
 - Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
 - Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung
 - Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
 - Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen
 - Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren.
- (Rumpf & Kiefer, 2011, S. 46)

Außerdem wird der Schweregrad der Symptomatik weiter eingeteilt in *moderat* (2-3 Kriterien liegen vor) und *schwer* (4 oder mehr Kriterien liegen vor) (Rumpf & Kiefer, 2011). Neu gegenüber dem DSM-IV ist die Aufnahme von *Craving* (Suchtdruck), während das Merkmal *Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz* entfernt wurde, weil es sich als „niedrig prävalent“ erwies (Rumpf & Kiefer, 2011, S. 46).

Die eigentliche Diagnose einer Alkoholerkrankung wird mithilfe diverser Screeningverfahren mit Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen durchgeführt (z.B. CIDI, AUDIT, AUDIT-G-L, CAGE)¹⁷. Häufig kommen auch weitere Fragebögen, z.B. zu Motivation und Abstinenzsicherheit, zum Einsatz. Außerdem wird der Schweregrad erfasst, Laborparameter sowie somatische Symptome untersucht und das Entzugssyndrom quantifiziert (Baumgärtner & Soyka, 2014).

Die Therapie kann in eine Kontaktphase, eine Entgiftungsphase, eine Rehabilitationsphase und eine Nachsorgephase gegliedert werden (Soyka, 2015). Rehabilitation und damit auch Reintegration in den Arbeitsmarkt wird im deutschsprachigen Raum oft als Indikator für den Therapieerfolg genannt. Vermutlich liegt das daran, dass die Rentenversicherung zumindest in Deutschland die Therapie bei Vorliegen einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit im Normalfall finanziert, und daher (positive) Ergebnisse hinsichtlich erneuter Arbeitsfähigkeit einfordert (ebd.).

Die Therapie kann stationär oder ambulant erfolgen (Soyka, 2015). Stationäre Einrichtungen befolgen meist einen Komplex aus verschiedensten Interventionen (häufig Gruppentherapien), die von einem multiprofessionellen Team durchgeführt werden. Solche

¹⁷ Für eine Übersichtstabelle der Screeningverfahren siehe Baumgärtner & Soyka (2014, S. 14). Für eine soziologische Analyse der Screeningverfahren CAGE und AUDIT hinsichtlich Trinknormen siehe Reinhardt (2005, S. 70ff).

Interventionen können aus verschiedensten Therapierichtungen stammen (kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Verfahren, achtsamkeitsbasierte Verfahren, etc.) und auf unterschiedliche Thematiken abzielen (Motivationsstärkung, Selbstkontrolle, Emotionsmanagement, Therapie von Komorbiditäten, etc.). Dauer und Intensität orientieren sich am Schweregrad. Eine begleitende Pharmakotherapie ist ebenfalls gängig (ebd.).

Alkoholkonsum im Spannungsfeld zwischen Normalität und Devianz

Bei der Durchsicht der historischen und aktuellen Entwicklung des Alkoholismusbegriffs fällt einerseits die konstante Omnipräsenz des Kontrollverlusts auf. Die Annahme des Kontrollverlusts im Rahmen eines weiterhin medizinisch-biologischen Krankheitsverständnisses im *biopsychosozialen Deckmantel* legitimiert nach wie vor die totale *Abstinenz* als einzig sinnvolles Therapieziel. Erneutes Trinken wird sofort als Rückfall gewertet. Damit einher geht die These, dass Alkoholismus (bzw. generell Sucht¹⁸) niemals *geheilt* werden könne. Die Weiterentwicklungen der Diagnosesysteme (ICD-11 und DSM-5) zeigen außerdem, dass die Definition von risikoarmem Alkoholkonsum immer weiter eingengt wird (vgl. Spode, 2012 zur Einengung der Risikowahrnehmung von Alkoholkonsum). Gab es im früheren ICD-10 noch eine klare Unterscheidung zwischen *normalem* (nicht süchtig und nicht gesundheitsgefährdend), *schädlichem* (nicht süchtig, aber vorhandene körperliche Schädigungen lassen sich auf Alkoholkonsum zurückführen) und *pathologischem* (Suchtkriterien sind erfüllt, körperliche Schädigungen müssen nicht notwendigerweise vorhanden sein) Konsum, gibt es in der Neuauflage ICD-11 einen großen Bereich des „riskanten“ Konsums (potentiell süchtig und potentiell gesundheitsgefährdend). Das DSM-5 weicht die Dichotomie gesund-krank sogar komplett auf und ordnet die Substanzgebrauchsstörung auf einem multiaxialen Spektrum ein, auf dem alle Menschen einordbar sind.

Einige Autor*innen bezeichnen Phänomene wie die zunehmende Problematisierung von Alkoholkonsum, die biologische Untermauerung der Diagnose und die schleichende Beschränkung des tolerierbaren Risikos von Alkoholfolgeschäden als Produkte von *Drogenpaniken* (Reinarman, 2007, S. 103ff): Substanzen (oder Verhaltensweisen), die längst im Umlauf sind (oder bestehen), werden durch Moralunternehmer*innen plötzlich zur Gefahr erklärt und medial degradiert, wodurch Gesetzgeber*innen mit Einschränkungen reagieren.

¹⁸ Das Alkoholismusmodell ist gewissermaßen die Schablone für weitere Süchte und hat deshalb auch einen prognostischen Wert für den Suchtdiskurs.

Grund ist eine Veränderung der öffentlich sichtbaren Konsumierenden (ebd.). Spode (1993; 2005; 2012) greift die Idee der Drogenpaniken in Bezug auf Alkohol auf (er nennt sie etwas neutraler „Thematisierungskonjunkturen“, die in den Jahren dazwischen abflachen; Spode, 2012, S. 25ff): In Deutschland der Kampf gegen den „Saufteufel“ während der Reformation, die englische *Gin-Mania* um 1800, die „frommen ‚Kreuzzüge‘“ (ebd., S. 25) der amerikanischen und europäischen Enthaltensamkeitsbewegungen ab Mitte des 19. Jahrhunderts und ihre Zuspitzung in der amerikanischen Prohibition (1919-1933) und der Degenerationstheorie¹⁹ (ebd.). Laut Spode (2012) ergeben sich diese Thematisierungskonjunkturen aus einem zyklischen Wandel zwischen hedonistischen und asketischen Werten. Den aktuellen Zyklus verortet Spode (2012) genau jetzt: das Risiko durch Alkoholkonsum wird zunehmend strenger bewertet und nicht mehr toleriert (Stichwort: Risikogesellschaft). Zusätzlich konstruieren Akteur*innen in Politik, Wissenschaft und Verbänden Alkoholkonsum als Ursache für soziale Probleme (ebd.).

Rode sieht im „gesellschaftlichen Umgang mit der Alkoholabhängigkeit bis heute eher die ‚Volksgeundheit‘ als die Interessen und Bedürfnisse der Betroffenen“ als Maßstab (Rode, 2000, S. 173). Alkoholpolitische Maßnahmen laden oftmals die Verantwortung beim Individuum ab und lassen der Wirtschaft freien Lauf. Beispielsweise wurden im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahrzehnten verschiedene Präventionsmaßnahmen für Alkoholkonsum bei Jugendlichen umgesetzt, z.B. das Jugendschutzgesetz, die oftmals als Ursache für den schleichenden Rückgang des Pro-Kopf-Konsums genannt werden (Lindenmeyer, 2016b). Als Reaktion auf diesen Rückgang entwickelte die Alkoholindustrie neue ansprechende Alkoholsorten und begann, diese im großen Stil zu vermarkten, so z.B. süße alkoholhaltige Mixgetränke, die vor allem Jugendliche ansprechen sollten²⁰. Eine weitere Strategie der Alkoholindustrie, den sinkenden Alkoholkonsum in *westlichen* Industrienationen zu kompensieren, ist die *Eröffnung neuer Märkte* in Entwicklungsländern (ebd.). Als vielversprechendster Markt gilt zurzeit Afrika, da dort keine Kontrollen existieren (Spanke, 2020). Die lokale Alkoholproduktion wird von den großen internationalen Alkoholmarken, z.B.

¹⁹ Rassenhygiene und Degenerationstheorie gehörten zum allgemeinen wissenschaftlichen Zeitgeist, aber nur in Deutschland kam es zu Zwangssterilisationen und Ermordungen von Alkoholiker*innen (Spode, 1993).

²⁰ Sog. *Alkopops* werden seit 1997 angeboten. Seit der gezielten Einführung einer Sondersteuer werden sie zwar weniger konsumiert, haben dennoch die Trinkgewohnheiten von Jugendlichen nachhaltig verändert, da nun verstärkt harte Alkoholika mit Süßgetränken gemixt werden (Lindenmeyer, 2016b).

Heineken, verdrängt und der Alkoholkonsum steigt rasant an. Im Zuge dessen gründete die Alkoholindustrie das *International Center of Alcohol Policy (ICAP)*²¹ und die WHO verabschiedete im Jahr 2010 die *Globale Strategie zur Reduktion schädlichen Alkoholkonsums* (Lindenmeyer, 2016b). Beides kann als Maßnahmen gesehen werden, Alkoholkonsum zu regulieren, ohne jedoch den Verkauf von Alkoholika einschränken zu müssen. Strukturelle Ursachen werden häufig ignoriert und Alkoholismus wird diskursiv als individuell erzeugtes und zu therapierendes Problem dargestellt.

Interessant ist in diesem Zuge die Entwicklung des diskursiven Bildes von Alkoholiker*innen. Zu Beginn wurde Alkoholismus als eine Art teuflische Besessenheit oder als Sünde betrachtet, wobei sich nach und nach der Begriff *Krankheit* in den Diskurs einschlich, der zum einen entsprechende Behandlungsangebote erforderlich machte, zum anderen den Betroffenen die *Schuld* absprach (jedoch nicht die Verantwortung für die Rehabilitation). Im Nationalsozialismus wiederum wurden Alkoholiker*innen als willensschwach, triebhaft und kriminell angesehen - Zuschreibungen, die in der Bevölkerung auch heute noch existieren (Rode, 2000; Schomerus, 2011). In Fachkreisen wird Alkoholismus wieder als *Krankheit* bzw. als *Sucht* oder *Abhängigkeit* gesehen. Angesichts der strukturellen Bedingungen, die schädlichen Alkoholkonsum fördern, kann die diskursiv erzeugte Annahme, dass man an Alkoholismus *erkrankt*, wiederum als Individualisierungsstrategie gedeutet werden, um vom eigentlich *kranken* System und der damit einhergehenden Verantwortlichkeit von Alkoholindustrie und Politik abzulenken, denn eine *Krankheit* kann im Gegensatz zu *strukturellen Missständen* auch nur individuell behandelt werden.

Berausung durch Alkohol ist eine Gradwanderung zwischen Normalität und Devianz. Trotz der gesellschaftlich bekannten Begleitprobleme von Alkoholkonsum bleibt Alkohol heutzutage weiterhin legal und gesellschaftlich erwünscht. Rode erklärt diese Ambivalenz damit, dass sowohl Alkoholkonsum als auch Abstinenz jeweilige gesellschaftliche Funktionen einnehmen, was das gleichzeitige Bestehen widersprechender Botschaften ermöglicht (Rode, 2000). Generell hilft Alkohol, Bedingungen zu ertragen, die nüchtern betrachtet verändert werden müssten oder nicht ertragbar wären, und ist daher erwünscht. Exzessiver Alkoholkonsum wiederum macht arbeitsunfähig, daher erlangt auch die nüchterne Abstinenz eine gesellschaftliche Funktion (Rode, 2000). Rode schreibt: „Nüchternheit bleibt im Prinzip

²¹ Das ICAP dient vor allem dem Zweck, Gesundheitspräventionsprogramme in Entwicklungsländern kostenlos zur Verfügung zu stellen, ohne den Verkauf von Produkten sichtbar einschränken zu müssen (Lindenmeyer, 2016b).

der anzustrebende Idealzustand, aber der dosierte Alkoholkonsum ist durchaus legitimiert. Auch die Regelübertretung ist geregelt, auch der Kontrollverlust wird kontrolliert.“ (Rode, 2000, S. 176). In diesem Zusammenhang nehmen Alkoholiker*innen eine wichtige gesellschaftliche Funktion ein, denn sie dienen als Abschreckungsbeispiel, um die *Normalen* vor dem Abrutschen in die Unordnung zu bewahren. Durch ihre Zuschreibung als *abnormal* müssen Alkoholiker*innen als *pathologisierte Subjekte* ausgegrenzt und therapiert werden (Spode, 1993, S. 274ff). Diese Pathologisierung stellt auch eine Form der sozialen Kontrolle dar (Rode, 2000, S. 176).

Die Anfechtung des Abstinenzparadigmas

Nun gibt es seit Beginn des modernen Alkoholismuskurses nicht nur fröhliche Einigkeit darüber, wie Alkoholismus zu behandeln ist. Innerhalb der Antialkoholbewegung gibt es seit jeher zwei Lager: Mäßige (wet) und Abstinente (dry), die sich um die Frage streiten, ob die Menschheit gänzlich auf Alkohol verzichten sollte oder nicht (Spode, 1993). In der Suchtforschung ist das Abstinenzparadigma seit Beginn des modernen Suchtdiskurses vorherrschend.

Spode (1993, S. 141f) spricht von einer permanenten Krise, in der sich das abstinenzorientierte Alkoholismuskursparadigma befinde. Er bezieht sich auf die Kuhnschen Thesen zum Paradigmenwechsel. Laut Kuhn (2020) läuft wissenschaftlicher Fortschritt nicht linear ab, sondern verläuft in Phasen, die einen Bruch mit den bisherigen Erkenntnissen darstellen. In der Phase der *Normalwissenschaft* ist das Forschungsgebiet streng definiert und es findet eine schrittweise Theorienprüfung innerhalb des Paradigmas statt. Ein Paradigma kommt dann in eine *Krise*, wenn zu viele Anomalien auftauchen, die innerhalb des etablierten Paradigmas nicht mehr erklärt werden können. In der darauffolgenden Phase der *außerordentlichen Wissenschaft* nehmen die Forschenden idealerweise ihre *Paradigmen-Brille* ab, schauen über den Tellerrand und definieren ein neues Paradigma. Es kommt zum Paradigmenwechsel. Meistens werden Anomalien jedoch jahrelang ignoriert und archiviert. Auf Erkenntnisse, die den Regeln des etablierten Paradigmas widersprechen, wird häufig mit heftiger Kritik reagiert. Bezogen auf das Paradigma der Trunksucht schreibt Spode (1993), dass es aufgrund zu vieler Anomalien niemals das „Stadium der Reife“ (Spode, 1993, S. 144) erreicht habe. Stattdessen sei es seit Beginn durch Tendenzlosigkeit geprägt: durch „das stete, teils unbewußte [sic] Nebeneinander disparater psychologischer, ökonomischer, sozialer, biologischer und physiologischer Hypothesen, von denen keine längerfristig ein allgemein anerkanntes Lösungsmodell begründen konnte“ (ebd.). Die größte Anomalie ist womöglich die Frage nach der Ursache der Sucht, d.h. warum so viele Menschen ohne sichtbaren Nachteil

vom Alkohol (oder anderen Drogen) Gebrauch machen können, obwohl dies laut Paradigma ein suchtbildendes Gift ist. Auch ist nach wie vor unklar, wo die Grenze zwischen pathologischem und normalem Alkoholkonsum zu setzen ist. Dementsprechend steht das Abstinenzdogma auf wackeligen Beinen (ebd.).

Wie zuvor ausgeführt, ist Abstinenz hauptsächlich im medizinisch-biologisch begründeten Kontrollverlust fundiert. Kritik am Abstinenzparadigma ist häufig in eine allgemeine sozialwissenschaftliche Kritik am naturwissenschaftlich-biomedizinischen Suchtbegriff eingebettet, die den Krankheitscharakter von Sucht anzweifelt und als soziale Konstruktion bezeichnet. Als Argumente werden z.B. die bisher vergebliche Suchen nach eindeutigen Indizien für biologisch-somatischen Ursachen, die soziale Komponente der Sucht²², die Wirkungslosigkeit spezifischer medizinischer Behandlungen (abgesehen vom körperlichen Entzug) und die selbsterfüllende Prophezeiung der Pathologisierung²³ und die damit verbundene (Selbst-)Stigmatisierung genannt (Scheerer, 1995, S. 86).

Aber auch von Akteur*innen, die den Krankheitscharakter der Sucht nicht gänzlich ablehnen, wird Kritik am Abstinenzparadigma geübt. So wird innerhalb der Suchttherapie häufig das Argument genannt, dass die Aussicht auf Abstinenz viele Betroffene abschrecke, eine Entzugsbehandlung zu beginnen (Körkel, 2015). Ein Abrücken vom alleinigen Therapieziel der Abstinenz könne bewirken, dass mehr Alkoholiker*innen vom Behandlungsangebot erreicht würden (ebd.). Der Therapieerfolg bei Abstinenzfokussierung sei außerdem nur mäßig: In der Literatur ist die Rede von Abstinenzraten von 40-50 % (Soyka, 2013). Bei einigen *neuen* nicht-substanzgebundenen (Verhaltens-)Süchten (z.B. Online-Sucht) ist eine Abstinenz hingegen gar nicht oder nur schwer umsetzbar. Diese Ausweitung des Suchtbegriffs bewirkt, dass potentiell jedes Verhalten als süchtig einzustufen ist, wodurch Abstinenz immer realitätsferner wird.

Als Alternativen zur Totalabstinenz als Ziel der Suchttherapie sind in jüngerer Zeit sogenannte *schadensminimierende* Ansätze im Vormarsch (engl.: Harm Reduction) (Wieczorek, 2020): Substitution (z.B. die kontrollierte Vergabe des weniger schädlichen Methadons anstatt Heroin), Punktabstinenz (d.h. nur in Situationen, in denen Nüchternheit

²² Argumentiert wird, dass Sucht nur in einem sozialen System überhaupt bestehen kann, denn Sucht wird immer als ein von der sozialen Norm abweichendes Verhalten definiert. Drogensucht kann überhaupt nur dann entstehen, wenn die Person lernt, dass der Rausch an das Einnehmen einer Substanz gekoppelt ist und dass die Substanz zur erneuten Berausung bzw. zur Verhinderung von Entzugssymptomen erneut konsumiert werden muss.

²³ V.a. in Bezug auf den progressiven und lebenslangen Charakter der Sucht als Kontrollverlust.

erforderlich ist, z.B. am Steuer) oder Konsumreduktion (d.h. Reduktion der konsumierten Menge auf ein weniger schädliches Niveau). Gemeinsam haben die Ansätze, dass es sich hierbei um einen Versuch handelt, den Drogenkonsum zu *kontrollieren*, jedoch unterscheidet sich das Ausmaß der externen Kontrolle (z.B. Selbsthilfeprogramme vs. Therapieprogramme vs. kontrollierte Vergabe). Einige Ansätze sind stark fremdgesteuert (z.B. Substitution, Bereitstellen von Konsumräumen), während andere Ansätze auf Eigenverantwortung pochen (z.B. Punktabstinenz, kontrollierter Drogenkonsum).

Das Harm Reduction Paradigma

Harm Reduction wird häufig im selben Atemzug verwendet wie *kontrollierter Drogenkonsum*. Tatsächlich haben die beiden Ansätze einige Überschneidungen und viele Befürworter*innen des Harm Reduction Ansatzes vertreten auch kontrollierten Konsum und vice versa. Teilweise wird kontrollierter Drogenkonsum unter Harm Reduction eingeordnet. Deshalb soll Harm Reduction zuerst beleuchtet werden, bevor im nächsten Teilkapitel der kontrollierte Drogenkonsum umrissen wird. Beide Ansätze sind relevant für das Verständnis des kontrollierten Trinkens.

Harm Reduction wird in der Literatur zu „Schadensminimierung“ ins Deutsche übersetzt²⁴ (Schmidt-Semisch & Stöver, 2012). Schmidt-Semisch und Stöver vergleichen es mit einer Alltagsstrategie, die wir alle oft unbewusst, um bei unseren Tätigkeiten das Risiko, uns selbst oder unserem Umfeld zu schaden, zu reduzieren, ohne auf die Tätigkeit verzichten zu müssen (z.B. Helmtragen beim Fahrradfahren). Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die meisten Tätigkeiten nicht nur Freude, Lust, Genuss oder sonstigen Nutzen beinhalten, sondern auch ein Gefährdungsrisiko. Nun wurde diese Strategie von der Politik aufgegriffen, um bestimmte gesellschaftliche Bereiche sicherer zu gestalten, um wiederum den potentiellen gesellschaftlichen Schaden zu reduzieren (z.B. Gurtpflicht beim Autofahren). Die Politik kann so Tätigkeiten bis zu einem gewissen Grad kontrollieren und lenken, ohne diese verbieten zu müssen (ebd.).

Ein solcher Bereich ist der des (illegalen) Drogenkonsums, was auch das klassische Themenfeld darstellt, mit dem das Konzept der Harm Reduction verknüpft ist und bekannt

²⁴ Korrekt übersetzt müsste es *Schadensreduktion* heißen. Zwischen *Reduktion* und *Minimierung* besteht durchaus ein semantischer Unterschied.

wurde. Eine aktuelle Definition findet sich in einem Dokument auf der Webseite der International Harm Reduction Association (IHRA):

„Harm Reduction“ bezieht sich auf Maßnahmen, Programme und Praktiken, die in erster Linie darauf abzielen, die negativen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen des Gebrauchs von legalen und illegalen Drogen zu reduzieren, ohne dabei zwangsläufig das Ziel einer Reduzierung des Drogenkonsums zu verfolgen. Harm Reduction hilft Menschen, die Drogen konsumieren, aber auch deren Familien und dem Gemeinwesen. (Harm Reduction International, o. D., S. 1)

Der angenommene *Schaden* bzw. die *negativen Konsequenzen* sind hierbei die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Drogenkonsum auf Konsumierende, gesellschaftliche und soziale Schäden, sowie der wirtschaftliche Schaden in Form von Kosten für das Gesundheitssystem. *Minimiert* werden soll dabei nicht der Konsum an sich, sondern das benannte Schadensrisiko, dass diesen Konsum begleitet. Abstinenz soll also nicht erzwungen werden. Die beiden Hauptmerkmale sind daher 1) eine Vermeidung der Schäden anstatt einer Verhinderung des Konsums und 2) eine Fokussierung auf Menschen, die Drogen konsumieren, anstatt auf diejenigen, die nicht konsumieren (Harm Reduction International, o. D.). Dem Harm Reduction Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen ihren Drogenkonsum nicht einstellen können oder wollen (ebd.). Harm Reduction versteht sich daher „weniger als verzichtsorientierte ‚Drogenprävention‘, sondern eher als ‚akzeptierende‘ Konsum- und Risikobegleitung zur Stärkung der Kompetenzen und schließlich zur Förderung der Mündigkeit der Drogenkonsumierenden“ (Schmidt-Semisch & Stöver, 2012, S. 8). So viel zum Selbstverständnis von Harm Reduction. Dass Harm Reduction nicht aus einer rein selbstlosen Anwendung heraus geboren und diejenigen, die Drogen konsumieren, nicht nur im Mittelpunkt stehen, zeigt ein Blick in die Entstehungsgeschichte des Ansatzes.

Die Geschichte des Harm Reduction Ansatzes

Die Idee der Schadensminimierung entstand letztlich als Reaktion auf die als schädigend empfundenen Auswirkungen der prohibitionistischen, abstinenzorientierten Drogenpolitik im späten 20. Jahrhundert²⁵ (Schmidt-Semisch & Stöver, 2012, S. 7). Es handelt „sich dabei um den Versuch, die nicht-intendierten Effekte der Drogenbekämpfung in den Griff zu bekommen“ (Herschinger, 2019, S. 411). Lange Zeit wurde dieses Konzept wegen seiner Abweichung vom Ideal einer drogenfreien Welt kritisiert (ebd.). Ernstgenommen wurde es erst

²⁵ Die Prohibition von Drogenkonsum ist in dem Sinne schädigend, da sie mit einer Kriminalisierung, Diskriminierung und generellen Prekarisierung von Drogenkonsumierenden einhergeht.

Ende der 1980er Jahre, nachdem bekannt wurde, dass sich HIV nicht mehr nur unter injizierenden Drogenkonsumierenden, sondern sich von diesen auch auf andere Bevölkerungsteile ausbreitete (Harm Reduction International, o. D.; Weinbauer, 2019). Handlungsbedarf wurde demnach erst wahrgenommen, nachdem die Gefahr durch die Droge auf die *normale*²⁶ Bevölkerung überzuschwappen drohte. Die Ausgabe von sterilen Spritzen stellt daher die erste Harm Reduction Maßnahme dar. Es folgten weitere Maßnahmen, z.B. *safer use* oder *drug checking*, die auf Risikokompetenz bzw. eigenständiges Risikomanagement abzielten (Kolté & Schmidt-Semisch, 2019) oder Opium-Substitutionstherapien wie Methadonprogramme (Herschinger, 2019). *Drogenkonsumräume* sollten den Drogenkonsum wiederum in vom Rest der Gesellschaft abgegrenzte Zonen verlagern (Legnaro, 2007). Harm Reduction erfüllt daher als Instrument einer urbanen Strukturpolitik auch den Zweck der Kontaktreduktion (ebd.).

Damals bezog sich Harm Reduction nur auf illegale Drogen, heutzutage wird Harm Reduction auch mit legalen Medikamenten, Alkohol und Tabak²⁷ in Verbindung gebracht (Harm Reduction International, o. D.; Schmidt-Semisch & Stöver, 2012). Hasso Spode sieht in dieser Begriffserweiterung jedoch eine „gedanklich vorweggenommene „Quasi-Prohibition““ (Spode, 2012, S. 34), denn das Sprechen von *Schadensminimierung* in Zusammenhang mit *legalen* Drogen denormalisiert deren Konsum wiederum als Problem. In der Tat versteht sich Harm Reduction seit Beginn nicht als eine Alternative, sondern als Ergänzung anderer „Ansätze, welche darauf abzielen, den Gebrauch von Drogen zu verhindern oder zu reduzieren“ (Harm Reduction International, o. D., S. 1).

Blickt man auf die Geschichte des gesellschaftlichen Umgangs mit Drogenkonsum, so stellt man fest, dass Harm Reduction kein neues Konzept ist, sondern die Idee der „Mäßigung“ unter verschiedenen Namen und politischen Fahnen immer wieder aufkam (Spode, 2012). Hinsichtlich des Alkoholkonsums lassen sich vier Zyklen bzw. „Thematisierungskonjunkturen“ herausfiltern, die sich jeweils durch eine Problematisierung des Konsums und den Versuch der Regulierung charakterisieren, wobei sich neben dem Lager der „Enthaltsamen“ immer auch ein Lager der „Mäßigen“ herausbildete²⁸ (ebd., S. 26). In der

²⁶ *Normal* im Sinne von statistisch unauffällig und ohne diagnostizierte Suchterkrankung.

²⁷ Z.B. Ist Rauchen auch eine zonierte Tätigkeit geworden, die öffentlich nur noch in abgetrennten Konsumräumen stattfinden darf (Legnaro, 2007).

²⁸ Sichtbar wird „ein zyklisches Auf und Ab der Hegemonie hedonistisch-permissiver und asketisch-kontrollaffiner Grundwerte in einer Gesellschaft, wobei im weiteren Sinne

gegenwärtigen Thematisierungskonjunktur scheinen die Befürworter*innen des Harm Reduction Ansatzes die *neuen Mäßigen* zu sein (ebd.).

Harm Reduction und Alkohol

Die Droge Alkohol nimmt aufgrund ihres Status als legales *Genussmittel* einen besonderen Stellenwert ein, da Harm Reduction hier auf eine neue Art von Akteuren, Interessen und Einstellungen trifft (Schmidt-Semisch & Stöver, 2012). Die Herstellung von Alkohol ist eingebettet in den freien Markt und somit in die industrielle bzw. kapitalistische Warenproduktion. Dies hat zur Folge, dass von der Angebotsseite Werbung und Lobbyismus betrieben werden, um den Absatz zu steigern und einschränkende strukturelle oder gesetzliche Maßnahmen zu verhindern. Dazu kommt, dass Alkoholkonsum vor allem im deutschsprachigen Raum als selbstverständliches Kulturgut gehandelt wird und nahezu von allen Erwachsenen regelmäßig konsumiert wird. Angebot und Nachfrage bedingen einander gegenseitig (ebd.).

Harm Reduction nimmt an, dass diese Symbiose aus Angebot und Nachfrage nicht geändert werden kann und versteht sich daher als komplementäre Strategie zu angebotseinschränkenden (z.B. Alkoholverkaufsverbote) und nachfragereduzierenden Maßnahmen (z.B. Steuererhöhungen) (Schmidt-Semisch & Stöver, 2012). Harm Reduction sieht seine Möglichkeit der Einflussnahme daher in der Erziehung zu einem „kontrollierten Kontrollverlust“ (ebd., S. 11), was sich durch einen Maßnahmencocktail aus Fremd- und Selbstkontrolle auszeichnet.

Kontrollierter Drogenkonsum

Das dem kontrollierten Trinken übergeordnete Paradigma *kontrollierter Drogenkonsum* oder *kontrollierter Drogengebrauch* ist ein Konzept, welches mit dem Paradigma der Harm Reduction eng verwandt ist und sich teils auch überschneidet. Auch hier ist das Ziel keine drogenfreie Welt, sondern eine risikoarme Konsumkultur. Die folgende Beleuchtung von kontrolliertem Drogenkonsum orientiert sich stark am Text *Kontrollierter Drogenkonsum: Ein prekäres Paradigma?* von Kolte und Schmidt-Semisch (2019), die die Entstehung und Entwicklung dieses Paradigmas beschreiben.

„bürgerliche“ Bildungsschichten und ebensolche Experten als sozialmoralische Hauptakteure fungieren: mal als Hedonisten, mal als Asketen“ (Spode, 2012, S. 17).

Das Ideal einer gemeinen Drogenkultur

Noch bevor der kontrollierte Konsum *entdeckt* wurde, entstand in den Reihen der Kritiker*innen des als pathologisierend empfundenen Drogendiskurses der Wunsch (illegalen) Drogengebrauch zu normalisieren und kulturell zu integrieren (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 174). Christian Marzahn war laut Kolte und Schmidt-Semisch der erste, der diese Hoffnung breitenwirksam ausdrückte mit seinem Plädoyer für eine „gemeine Drogenkultur“ (Marzahn, 1983; zitiert nach Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 178), das er in Abgrenzung zur Prohibition illegaler, aber auch zur Bewerbung und Vermarktung legaler Drogen entwickelte. Seine Vision war somit dezidiert eine Drogenkultur, die in sich selbst entstehen und von der Politik in Ruhe gelassen werden sollte²⁹, angelehnt an Beschreibungen antiker oder indigener Drogenkonsumbräuche (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 178ff). Der Drogengebrauch sollte in eine vertraute und verlässliche Gruppe eingebettet sein und einen festen Platz in Raum und Zeit, d.h. in feste Rituale und Regeln, erhalten. Weitergegeben werden sollte dieses Gebrauchswissen von Erfahrenen zu Unerfahrenen durch den Gebrauch und dezidiert nicht durch politische Rahmung und Fremdkontrolle. Ausgehend von dieser Vision entwickelte sich ein Forschungsfeld, das es sich zum Ziel gesetzt hatte, Drogenkonsum als selbstbestimmte Praxis aus einer nicht-pathologisierenden Perspektive zu erforschen (ebd.).

Die Entdeckung des kontrollierten Konsums

Ein Schlüsselereignis stellt schließlich eine Veröffentlichungswelle von Studien in den frühen 1980-Jahren dar, die nahelegten, dass *moderate* Konsummuster bei jeder Droge möglich seien (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 176)³⁰. Trotz der mangelnden Repräsentativität wurde dies als ein unumkehrbarer Durchbruch gewertet, der die Grundüberzeugungen des pathologisierenden Suchtdiskurs. Die Ergebnisse sagten zudem aus, dass die Aufrechterhaltung eines moderaten Konsums vor allem durch informelle Sanktionen (d.h. Regeln und Rituale) bedingt und von personalen, sozialen und materiellen Ressourcen abhängig sei (Schippers & Cramer, 2002). Kolte & Schmidt-Semisch (2019) sprechen in diesem Zusammenhang von der „Entdeckung“ des kontrollierten Konsums von illegalen Drogen (S. 175). Erst ab den späten

²⁹ „Nicht nur ein Widersinn, sondern eine Anti-Utopie, ein Horror-Trip wäre Drogenkultur als Programm, als Verordnung, als Strategie von oben. Das wäre das Soma-Programm der Brave new World. Niemand darf deshalb darauf hoffen, Drogenkultur zur herrschenden Politik zu machen. Nur als in Ruhe gelassene Vielfalt ist sie denkbar.“ (Marzahn, 1983; zitiert nach Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 179f).

³⁰ Eine Auflistung der relevanten Studien finden sich bei Kolte & Schmidt-Semisch (2019, S. 176).

1980er-Jahren wurde dann auch von einem kontrollierten Gebrauch der legalen Alltagsdrogen Alkohol und Tabak gesprochen, obwohl dieser eigentlich schon lange bekannt, jedoch noch nicht Teil des wissenschaftlichen Diskurses war. Spode (2012) bringt diese neue Verknüpfung von Alkoholkonsum und Kontrolle mit einer Re-Asketisierung und einer immer strengeren Risikobewertung in Verbindung, wonach die bisher hingenommene Gefahr von Alkoholfolgeschäden nun nicht mehr tolerierbar sei (Spode, 2012, S. 29).

Die *Entdeckung* des kontrollierten Gebrauchs illegaler Drogen wurde entgegen Marzahns Ideal einer gemeinen Drogenkultur schon bald zum Politikum, denn sie diente den Befürworter*innen einer Legalisierung bzw. Entkriminalisierung illegaler Drogen als Hauptargument. Durch die Legalisierung, so argumentierten sie, würde die Drogenpolitik in eine Drogenkultur münden. In diesem Zuge wurde kontrollierter Gebrauch zur „drogenpolitischen Zielvorstellung“ (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 179).

Die Therapeutisierung des kontrollierten Konsums

Die Entdeckung des kontrollierten Konsums bewirkte in einigen Expert*innenkreisen eine Verschiebung im Suchtverständnis von der Substanz hin zum Konsum: Offenbar war nicht die Substanz aus sich heraus suchterzeugend, sondern die Konsumform (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 180). Kolte & Schmidt-Semisch (2019) argumentieren, dass dieses veränderte Suchtverständnis der Grund war, warum Anfang der 1990er Jahre erste präventive und therapeutische Konzepte aufkamen, die nicht mehr Abstinenz, sondern einen kontrollierten Konsum zum Ziel hatten. An diesem Punkt kreuzen sich die Wege von Harm Reduction und kontrolliertem Konsum, denn beide gehen von eigenverantwortlich handelnden Konsumierenden aus, bzw. solchen, die einen reflektierten, selbstverantwortlichen und vor allem *mäßigen* Gebrauch durch entsprechendes Training lernen wollen und können. Dieses veränderte Suchtverständnis erreichte jedoch nur eine Minderheit im professionellen Suchtdiskurs, weshalb in der Praxis, vor allem in staatlich finanzierten Primär- und Sekundärpräventionsprogrammen, weiterhin eine negativ informierende Drogenprävention nach dem Ideal einer drogenfreien Welt stattfindet, jedoch offenbar ohne sichtlichen Erfolg (Quensel, 2010).

Im therapeutischen (d.h. im tertiärpräventiven) Bereich wiederum kommt kontrollierter Konsum durchaus zur Anwendung in Form von lern- und verhaltenstherapeutischen Therapieprogrammen (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 182): z.B. das *Kontrollierte Rauchen* (Drinkmann, 2002), das *Self Control Information Program (SCIP)* für kontrollierten

Heroin- und Kokainkonsum (Kolte, 2005), kontrollierter Konsum bei *Koffeinsucht*³¹ (Beiglböck, 2016) und das *Kontrollierte Trinken* (z.B. Körkel, 2015), das den Analysegegenstand dieser Arbeit bildet. Ihre Legitimation sehen diese Programme in dem neuen Verständnis von mündigen Konsumierenden, die der Droge nicht hilflos ausgeliefert sind, sondern ihren Konsum rein theoretisch steuern bzw. lernen können zu steuern. Kolte und Schmidt-Semisch stellen fest, dass „der kontrolliert Konsumierende ... also Voraussetzung und Ziel der Programme zugleich“ ist (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 183). Therapeutisch produzierter kontrollierter Konsum sei jedoch „nur im Schatten von Sucht denkbar“ (ebd., S. 184), denn die konstante Aufrechterhaltung der Selbstkontrolle durch strenge Regeln und Rituale sei dauerhaft nötig, um nicht erneut in die Sucht abzurutschen. Somit sind therapeutisch produzierte kontrolliert Konsumierende keineswegs *geheilt*, sondern genauso wie im Abstinenzparadigma stellt der Rückfall eine konstante Bedrohung im Schatten der irreversiblen Suchterkrankung dar.

Therapeutisch produzierter kontrollierter Konsum ist daher abzugrenzen von kontrolliertem Konsum in Form eines meist unbewussten nicht-problematisierten *moderaten* Konsumverhaltens, das selbstverständlich in einem *normalen* Rahmen zu bleiben scheint (im Sinne einer gemeinen Drogenkultur) (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 184). Außerdem abzugrenzen ist es von einem bewussten moderaten Konsumverhalten „im Sinne eines autonomen, selbstverantwortlichen Handelns als idealistische Zielkategorie einer liberalen, nicht-prohibitiv orientierten Drogenpolitik“ (ebd.).

Kontrollierter Konsum und Neoliberalismus

Kolte und Schmidt-Semisch (2019) stellen fest, dass sich seit der Entdeckung des kontrollierten Konsums ein Begriffswandel vollzogen hat: Aus der solidarischen Vorstellung einer gemeinen Drogenkultur wurde eine „anti-prohibitive Drogenpolitik“ (S. 184). Der kontrollierte Konsum wurde zur „Zielkategorie“ (ebd.) dieser Drogenpolitik. Aus „Selbstbestimmung“ wurde „Selbstkontrolle“ (ebd., S. 184f). Drogenkonsumierende wurden zu „Managern ihrer Konsum- und Rauschbedürfnisse“ (ebd.), die zwar im Sinne eines „Rechts auf Genuss und Rausch mit einem Recht auf Hilfe“ (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 185f) Drogen konsumieren dürfen sollten, jedoch auch die volle Verantwortung für die

³¹ Koffeinsucht ist keine „offizielle“ Sucht. Koffeinkonsum wird in der Suchtforschung jedoch verstärkt pathologisiert. Hier scheint die von Spode (2012) prognostizierte Verengung der Risikowahrnehmung zu greifen.

Konsequenzen zugesprochen bekämen. Kolte und Schmidt-Semisch bringen diese Betonung der Selbstkontrolle mit neoliberaler Denkart in Verbindung (ebd.).

Neoliberalismus wird als Begriff nicht einheitlich verwendet. Lüthy (2016) versteht darunter die „Bezeichnung des Wiederauflebens liberaler Gedanken, also von Denkrichtungen, in deren Zentrum die Verteidigung der Freiheit steht, wobei die Betonung der Freiheit zuweilen etwas sehr stark ist und auf Kosten der Gerechtigkeit gehen kann“ (Lüthy, 2016, S. 122). Somit kann der Neoliberalismus als politische und philosophische Reaktion auf Erfahrungen mit freiheitseinschränkenden totalitären Ideologien betrachtet werden (ebd.). Charakteristisch für neoliberale Regime ist die Einschränkung gesellschaftlicher Institutionen und Denkrichtungen, die die freie Entwicklung und Wirkung der Märkte behindern würden (Ptak, 2017, S. 60). Dies geschieht z.B. durch den Abbau sozialer Sicherungssysteme unter der Prämisse der Eigenverantwortlichkeit, was durch die Erreichung eines allgemeinen Wohlstandsniveaus legitimiert wird (Butterwegge, 2017, S. 154). Das neoliberale Menschenbild ist somit das eines selbstverantwortlich handelnden Subjektes, welches konsumiert, aber auch investiert, da Freiheit auf das Recht auf freie Investition des Eigenkapitals, d.h. Arbeitskraft, Zeit und Geld, heruntergebrochen wird (ebd., S. 154). Ulrich Bröckling (2007) spricht vom *unternehmerischen Selbst*, welches zur stetigen Selbstkontrolle und Selbstoptimierung angetrieben wird, die jedoch niemals vollendet sein kann. Dies bedingt und verstärkt eine Expansion entsprechender Programme, Ratgeber, Trainings und therapeutischer Maßnahmen, die - im Sinne einer Führung zur Selbstführung - erklären, wie man zu funktionieren hat, (Bröckling, 2007).

Kolte und Schmidt-Semisch (2019) finden es daher „nicht verwunderlich, dass kontrollierter Drogenkonsum als therapeutische Maßnahme und v.a. auch im Kontext der Ratgeberliteratur auf Expansionskurs ist“ (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019, S. 185). Sie prognostizieren, dass sich das Recht auf Hilfe immer mehr vom Recht auf Genuss und Rausch abkoppeln wird, bis es irgendwann nicht mehr vorgesehen ist. Die Freiheit endet somit mit dem Verlust der Kontrolle. Indizien, die diese Prognose unterstreichen, sehen Kolte und Schmidt-Semisch in Erscheinungen wie *lifestyle discrimination*³² oder Risikoprämien in der

³² Lifestyle discrimination steht für die Diskriminierung von Angestellten aufgrund bestimmter Tätigkeiten abseits der Arbeitszeit, die vom Arbeitgeber als unternehmensschädigend eingestuft werden. Unter lifestyle discrimination fallen z.B. die Entlassung von Angestellten, die nach der Arbeitszeit Cannabis konsumieren oder eine präventive Ablehnung von Bewerber*innen, die z.B. rauchen oder übergewichtig sind (Sugarman, 2002).

Krankenversicherung und Einsparungen im Gesundheitssystem. Diese Ambivalenz mache kontrollierten Konsum daher zu einem „prekären Paradigma“ (ebd., S. 186).

Kontrolliertes Trinken

Nach der Einführung in das übergeordnete Paradigma des *kontrollierten Konsums* soll nun eine Strömung darin, der kontrollierte *Alkohol*konsum, aus Sicht der Vertreter*innen dieses Ansatzes beschrieben werden, um ihr Selbstverständnis, ihre Argumente für die Legitimation und ihre Sicht auf die Entstehung deutlich werden zu lassen. Passend für dieses Vorhaben erschien mir der Literaturbericht eines Projekts aus dem Jahr 2004: *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel - Bestandsaufnahme des aktuellen Wissens* (Klingemann et al., 2004) im Auftrag des Schweizer Bundesamts für Gesundheit. Unter den Autor*innen sind auch die amerikanischen Psycholog*innen Linda Sobell und Mark Sobell, welche „als Pioniere in der Erforschung des Kontrollierten Trinkens“ (ebd., S. 3) gelten, da sie im Jahr 1973 die erste Studie zum kontrollierten Trinken als Therapieziel veröffentlichten (Sobell & Sobell, 1973) und damit heftige medienwirksame Kontroversen auslösten. In dem Literaturbericht ziehen sie Bilanz zur Entstehung des Konzepts und der Kontroverse um kontrolliertes Trinken vorwiegend in den USA - für mich eine passende Gelegenheit, um die Bedingungen für das Aufleben der Kontroverse zum Ansatz im deutschsprachigen Raum um 2000 rekonstruieren zu können. Die folgende Beleuchtung von kontrolliertem Trinken orientiert sich daher eng an dem oben genannten Literaturbericht (Klingemann et al., 2004).

Begriffsbestimmungen und Selbstverständnis

Kontrolliertes Trinken stehe für „den Konsum von kleineren Alkoholmengen ohne negative Folgen“ (Sobell & Sobell, 2004a, S. 29). Im Laufe der Jahre wurden verschiedene Begrifflichkeiten verwendet: *normal drinking*, *social drinking*, *controlled drinking*, *moderate drinking*, *nonproblem drinking*, *light drinking* und *low risk drinking*³³ (ebd., S. 29). Sobell und Sobell merken an, dass es bei der Besprechung dieser Begriffe ausschließlich darum gehen sollte, „den für das Therapieziel treffendsten Begriff zu finden, welcher allfällige negative Konnotation so wenig wie möglich durchschimmern lässt und damit Widerstand von Seiten von Fachleuten und KlientInnen ausräumt“ (ebd., S. 29).

³³ Für eine Diskussion der Implikationen der jeweiligen Begriffe siehe Sobell & Sobell (2004, S. 29ff).

Eine der frühen Bezeichnungen, *controlled drinking* (deutsch: *kontrolliertes Trinken*), hat sich durchgesetzt, obwohl sie laut Sobell & Sobell (2004a) auch die Umstrittenste sei und „stellvertretend für den heftigsten Streit über das Therapieziel des gemäßigten Alkoholkonsums“ stehe (ebd., S. 30). Positiv daran finden sie, dass der Begriff „das Dilemma des Alkoholabhängigen in seinem Kern“ treffe (ebd., S. 30). Ungünstig sei der Definitionsspielraum, den das Prädikat „kontrolliert“ zulasse, da unklar ist, wer die Kontrolle ausübt. Die Sobells³⁴ scheinen insgesamt eher ablehnend gegenüber ihrer eigens kreierten Bezeichnung zu sein. Denn aufgrund seiner „negativen Konnotation“ fänden sie es „von Vorteil, das Wort ‚kontrolliert‘ zu vermeiden, wenn auch nur, um negative Reaktionen bei Fachleuten zu vermeiden. Solche Reaktionen lenken nämlich ab von gewichtigeren Problemen“ (ebd., S. 30). Die Sobells scheinen durchaus von der Kontroverse gezeichnet zu sein, die ihre Forschung jahrzehntelang begleitet hat. Der Begriff ihrer Wahl sei stattdessen *Risikoarmes Trinken / low risk drinking*, da er nicht mehr für das „tatsächliche Auftreten negativer Konsumfolgen“ stehe, sondern stattdessen für „die erhöhte *Möglichkeit* des Risikos“ (ebd., S. 31, Hervorh. i.O.), die ihrer Meinung nach immer bestehe. Außerdem würde dies eine ihres Erachtens sinnvolle „Konsensuskonferenz zur Etablierung einheitlicher Risikokriterien einfordern“ (ebd.).

Eine Minimaldefinition des kontrollierten Trinkens umfasse die „mit Risiko behafteten Dimensionen“, d.h. die Menge, die Umstände und die Funktion des Alkoholkonsums (ebd., S. 31). Über die empfohlene maximale Anzahl an Getränken lasse sich streiten, da jedes Land seine eigene Definition eines Standardgetränks hat. Daher wird die Harmlosigkeitsgrenze der WHO herangezogen, die bei 24g reinem Alkohol für Männer und 16g für Frauen pro Tag liegt. Zudem sollte auf tägliches Trinken verzichtet werden, um keine Gewohnheit entstehen zu lassen. Bestimmte problembeladene Situationen oder Risikosituationen sollten ebenfalls vermieden werden. Außerdem sollte die Funktion des Konsums nicht die Berausung (die Autor*innen setzen dies gleich mit „Intoxikation“) sein, sondern der Zweck sollte sich aus einem gesellschaftlichen Anlass heraus ergeben (ebd.).

Kontrolliertes Trinken versteht Alkoholsucht als gelerntes Verhalten (z.B. durch klassische und operante Konditionierung oder Modelllernen), welches abhängig von Gesellschaft, Trinkkultur und sozialem Umfeld ist. Somit kann Alkoholsucht durch gezieltes Training und eine Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung auch wieder verlernt bzw. abtrainiert werden (Rosenberg, 2004, S. 41ff).

³⁴ Mit „die Sobells“ übernehme ich lediglich die Bezeichnung, die sie sich selbst im Text geben.

Abgrenzung zu Harm Reduction

Kontrolliertes Trinken kann auch als Harm Reduction Maßnahme betrachtet werden (z.B. Kolte & Schmidt-Semisch 2019). Die Sobells grenzen diese Begriffe in ihrem Text jedoch streng voneinander ab (Sobell & Sobell, 2004a, S. 33f). Der Unterschied bestehe ihrer Meinung nach darin, dass Harm Reduction das Eintreten eines Unfalls als unausweichlich sehe und nur den Schaden zu minimieren versuche, während kontrolliertes Trinken ein solches Risiko begrifflich zunächst nicht impliziere. Ein „Risikoreduziertes Trinken“ im Sinne der Harm Reduction (ähnlich der Methadonvergabe statt Heroin) finde, wenn überhaupt bei schwer Alkoholabhängigen statt, wenn dies ein realistischeres (Zwischen-)Ziel auf dem Weg zur Abstinenz darstelle (Sobell & Sobell, 2004a, S. 33).

Diese Unterscheidung lässt deutlich werden, dass zwischen passivem *risikoreduziertem* Trinken (Harm Reduction, d.h. *fremd*kontrolliert) und aktivem *risikoreduzierendem* Trinken differenziert werden muss. Das kontrollierte Trinken versteht sich daher als *selbst*kontrolliertes Trinken. Es wird ein aktiv handelndes Selbst angenommen, welches Trinken zu kontrollieren hat, um das Risiko des Kontrollverlusts möglichst niedrig zu halten. Kontrolliertes Trinken erfordert deshalb ein aktives, starkes, risikoaverses, eigenverantwortlich *handelndes* Subjekt. Maxime dieser Handlung ist die *Mäßigung*.

Ursprung in den USA

1962 markierte laut den Sobells (2004b, S. 15ff) das Jahr, in dem das Phänomen des kontrollierten Trinkens in den machtwirksamen modernen Suchtdiskurs aufgenommen und im angloamerikanischen Raum sofort zum Gegenstand einer heftigen Kontroverse wurde. In diesem Jahr wurde eine Studie eines britischen Arztes veröffentlicht, laut der eine kleine Stichprobe an Patient*innen nach einer abstinenzorientierten Alkoholtherapie (zurück) zu einem „normalen“ Trinkverhalten finden konnten (*Normal drinking in recovered alcohol addicts*, Davies, 1962). Diese Veröffentlichung werten die Sobells rückblickend als Schlüsselereignis und als Frontalangriff gegen die vorherrschende wissenschaftliche Meinung zur Irreversibilität von Alkoholsuchterkrankungen. Die Studie wurde heftig kritisiert und die Verbreitung weiterer solcher Ergebnisse erschwert (Sobell & Sobell, 2004b, S. 15).

Ein Jahrzehnt später erregte eine weitere Studie besondere Aufmerksamkeit: *Individualized behavior therapy for alcoholics* (Sobell & Sobell, 1973), die erste Studie, die kontrolliertes Trinken als Therapieziel unter kontrollierten Bedingungen untersuchte und zum Ergebnis kam, dass es bei schwer Alkoholabhängigen wirksamer war als Abstinenz als Therapieziel. Die Sobells werten die Veröffentlichung ihrer Studie als zweites Schlüsselereignis in der Entstehung des kontrollierten Trinkens (Sobell & Sobell 2004b, S.

15ff). Zum einen wurde in den öffentlichen Medien darüber berichtet. Zum anderen kam es wiederum ein Jahrzehnt später zum Vorwurf des Wissenschaftsbetrugs, wodurch ein Gerichtsverfahren eingeleitet wurde. Die Sobells nennen dies eine „unheilvolle Wendung“ im Diskurs (ebd., S. 16). In der Aufarbeitung konnte zwar keine Grundlage für die Vorwürfe gefunden werden. Die Berichterstattung über die Rehabilitation der Sobells sei jedoch im Gegensatz zum weltweiten populärwissenschaftlichen Medienecho auf die angebliche Fälschung sehr mager gewesen (ebd.).

Rückblickend erklären die Sobells die Debatte angesichts der zunehmenden Aggressivität und Unsachlichkeit zu einem „Kernkonflikt zwischen der wissenschaftlichen Alkoholismusforschung und volkstümlichen Überzeugungen“ (Sobell & Sobell, 2004b, S. 17), d.h. dem in den USA weit verbreiteten Gedankengut der Anonymen Alkoholiker (AA). Sie beziehen sich auf Kuhns Überlegungen zur *wissenschaftlichen Revolution*, bei der sich ein Meinungswandel nicht allmählich vollziehe, sondern sich neue Erkenntnisse in einem Meinungskampf durchsetzen müssen (Kuhn, 2020). Im Falle des Kampfes zwischen kontrolliertem Trinken und Abstinenz sei dies ein „Kampf zwischen der Wissenschaft und der Populärwissenschaft“ gewesen (Sobell & Sobell, 2004b, S. 17). Auf akademischer Ebene sei die Siegerin „ganz klar die Wissenschaft“ geworden, auf populärwissenschaftlicher Ebene jedoch „die Anschuldigungen“. Die Verbreitung ungerechtfertigter Anschuldigungen habe schließlich zu einer Drosselung der Forschung zum kontrollierten Trinken geführt. Forschungsarbeiten zum Thema haben lange Zeit als karriereschädigend gegolten (ebd., S. 18). Zudem scheitere die Umsetzung von Maßnahmen zum kontrollierten Trinken häufig an einem Mangel an willigem Betreuungspersonal, da dies in den USA oft abstinent lebende ehemalige Alkoholiker*innen seien. Kontrolliertes Trinken scheint in einem unauflösbaren Widerspruch zu Abstinenz zu stehen, weshalb dies in stationären Einrichtungen abgewehrt werde (ebd., S. 19). Die Sobells bezeichnen die Debatte in den USA im Gegensatz zu Großbritannien und Kontinentaleuropa als weitaus hitziger (ebd., S. 20). Ähnlich hitzig sei sie jedoch in Deutschland gewesen.

Rezeption im deutschsprachigen Raum

Zur Beleuchtung der Rezeption im deutschsprachigen Raum aus Sicht der Befürworter*innen ziehe ich aus demselben Literaturbericht die Texte von Harald Klingemann und Sina Schatzmann (2004a & 2004b) heran. Die Autor*innen sind an der Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern tätig. Harald Klingemann, der Projektverantwortliche, ist laut eigenen Angaben „dipl. Volkswirt sozialwissenschaftlicher Richtung“ und langjährig in der soziologischen Suchtforschung „insbesondere an der Schnittstelle zwischen

Selbstheilungsphänomen und professioneller Intervention“ in der Schweiz tätig (ebd., S. 2). Sina Schatzmann ist dipl. Sozial- und Entwicklungspsychologin und wissenschaftliche Projektmitarbeiterin Klingemanns.

Die Kontroverse zum kontrollierten Trinken in den USA bezeichnen Klingemann und Schatzmann (2004a) als „emotionale Debatte“, deren Schärfe heute „verwundern“ mag, „aber angesichts der Dominanz der AA (Alcoholics Anonymous) im amerikanischen Therapiesystem vielleicht doch verständlich“ sei (ebd., S. 9f). Sie solidarisieren sich mit den Sobells, die erbitterten Widerstand erhalten hätten, als sie in ihrer Studie (Sobell & Sobell, 1973) erkannt hätten, dass die „einseitige Ausrichtung des Therapieangebots auf Schwerstabhängige wenig bedürfnisgerecht“ sei (Klingemann & Schatzmann, 2004a, S. 9). Abschließend gehen sie davon aus, dass bis heute Studien zum kontrollierten Trinken in den USA „politisch eher unkorrekt“ seien.

Klingemann und Schatzmann beobachten in der Schweiz in jüngster Vergangenheit ein zunehmendes Interesse für kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel und einen starken Anstieg an Therapieangeboten im ambulanten Sektor (Klingemann & Schatzmann, 2004a, S. 7). Sie erklären sich dies mit der Relativierung des Abstinenzparadigmas, der tendenziellen Schrumpfung des stationären Sektors und der vermehrten Akzeptanz des Harm Reduction Ansatzes. Außerdem würden Sparmaßnahmen im Gesundheitssektor die Bereitschaft, „kostengünstige, wenig invasive Therapien“ anzubieten, ganz allgemein verstärken (Klingemann & Schatzmann, 2004a, S. 7). Die Behandlung von Sucht weiche immer mehr der „traditionellen Fixierung auf Schwerstabhängige“ und entwickle sich hin zu einem „Kontinuum vom selbstorganisierten Ausstieg aus der Sucht bis hin zur spezialisierten Fachklinik“ (ebd.).

Das Problem bei der Implementierung von kontrolliertem Trinken sei jedoch die mangelnde wissenschaftliche Evaluation, die begriffliche und konzeptuelle Unsicherheit und die uneinheitliche und zurückhaltende Diskussion in Fachkreisen (Klingemann & Schatzmann, 2004a, S. 7). Z.B. finde die Operationalisierung von kontrolliertem Trinken sehr unterschiedlich statt, weshalb Therapieergebnisse nicht miteinander verglichen werden könnten. Oder als Therapieerfolg werde oft nur einseitig das verringerte Trinkverhalten gewertet, nicht aber eine Verbesserung der Lebensumstände. Studien, in denen Patient*innen mit Abstinenz als Therapieziel *besser abschneiden* als Patient*innen mit dem Therapieziel kontrolliertes Trinken, seien daher mit Vorsicht zu genießen. Für kontrolliertes Trinken ergeben sich „definitionsgesteuert eher geringe Erfolgsraten, welche dann zur vorsichtigen

öffentlichkeitswirksamen Darstellung des kontrollierten Trinkens als Ausnahmephänomen herangezogen werden“ (Klingemann & Schatzmann, 2004b, S. 93).

Die Unterschiede zwischen stationärem und ambulantem Bereich führen die Autor*innen auf unterschiedliche Therapiephilosophien und Prinzipien zurück (ebd., S. 88ff). Im stationären Bereich sei kontrolliertes Trinken trotz gewisser Skepsis und Unsicherheit von Therapierendenseite grundsätzlich anerkannt, jedoch mangle es an der Umsetzung: Die beiden Ziele, kontrolliertes Trinken und Abstinenz, stünden sich diametral entgegen. *Selbstkontrolliertes* Trinken in stationären Kliniken sei daher zum Schutz abstinenter Patient*innen meist verboten, weshalb ein Ausprobieren des eigenen Trinkplans innerhalb der Klinik nicht möglich sei. Spezifische Therapiegruppen gebe es schlichtweg nicht. *Fremdkontrolliertes* Trinken finde in einigen Schweizer und deutschen Einrichtungen durchaus statt, dann jedoch nur im Hospiz- und Pflegesektor mit „unmittelbaren Parallelen zum Schadensbegrenzungsansatz beim illegalen Drogenkonsum“ (z.B. Hospice Le Pré-aux-Boeufs, Sonvilier, o. D.).

Klingemann und Schatzmann schließen sich der Meinung an, die Trennung in abstinenzorientierte stationäre und substitutionsgestützte ambulante Behandlung sei ein historisch bedingter Irrtum (Klingemann & Schatzmann, 2004b, S. 93f). Aus politischen und organisatorischen Gründen blieben die drei Perspektiven *Planung* des neuen Trinkverhaltens, *Einübung* und *fremdkontrollierte Alkoholgabe* unverbunden. Sie schlussfolgern: „Die prinzipiell freie Behandlungszielbestimmung durch die PatientInnen bleibt im Fachklinikbereich buchstäblich eine Trockenübung, obgleich die Erprobung und Verbesserung von Trinkplänen und Kontrollstrategien eigentlich am besten in einem geschützten stationären Rahmen und unter professioneller Supervision denkbar ist“ (Klingemann & Schatzmann, 2004b, S. 94).

Die Kontroverse um kontrolliertes Trinken im deutschsprachigen Raum

Die Debatte um kontrolliertes Trinken in Deutschland und der Schweiz beschreiben Klingemann und Schatzmann (2004b) als durch die amerikanische Debatte zyklisch beeinflusst. Den Beginn der deutschsprachigen Kontroverse datieren sie auf die 70er- und Anfang der 80er-Jahre, aufgrund der „landmark studies“ von Davies (1962), den Sobells (Sobell & Sobell, 1973) und der Rezeption des RAND-Reports (*Alcoholism and Treatment - Report for the national institute on alcohol abuse and alcoholism*; Armor, Polich & Stambul, 1976).

„Typische“ Argumente für kontrolliertes Trinken seien (nach Klingemann & Schatzmann, 2004b, S. 101) „höhere soziale Akzeptanz“, „Entstigmatisierung“, „Zielattraktivität“ und „Niederschwelligkeit“. Ein Argument gegen kontrolliertes Trinken sei

(paradoxerweise) ebenfalls Entstigmatisierung, jedoch durch Festhalten am Krankheitskonzept. Zusätzlich sei das Abstinenzziel eine „einfache, verständliche Botschaft“, die „für das primäre soziale Umfeld“ „entlastend“ wirke (ebd.). Außerdem würden abstinenzorientierte Selbsthilfegruppe als Unterstützung in der Nachsorge wegfallen.³⁵ Sie fassen die Debatte zusammen, indem sie das „medizinische, progressive Krankheitskonzept mit der Annahme des Kontrollverlusts“ (Rückfall als *Katastrophe*) dem „sozialwissenschaftlich lerntheoretischen Modell des Trinkverhaltens“ (Rückfall als *Chance* bzw. als *Lebensform*) gegenüberstellen (Klingemann & Schatzmann, 2004b, S. 101). Zur Erfassung des Stimmungsbildes beziehen sie sich auf ein Zitat von Watzl (1983, S. 99, zitiert nach Klingemann & Schatzmann, 2004b, S. 101), in dem er die Sicht auf Vertreter*innen des kontrollierten Trinkens als „unverantwortliche Bilderstürmer“ und auf Vertreter*innen des Abstinenzparadigmas als „lebensferne Reaktionäre“ zusammenfasst.

Schließlich kommen Klingemann und Schatzmann auf die Veröffentlichung des AkT-Programms (*Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken*, 1999) von Joachim Körkel zu sprechen, die Ende der 90er-Jahre eine „heftige emotionale Debatte erneut entfacht“ (Klingemann & Schatzmann, 2004b, S. 101). Teilweise würde die Debatte in wissenschaftlichen Zeitschriften kontrovers ausgetragen (z.B. SUCHT, 2001, 47/4). Jedoch finde der Diskurs „nur zu einem kleinen Teil Eingang in die publizierte Fachliteratur und steht dann nicht immer im Vordergrund der jeweiligen Analyse oder theoretischen Betrachtungen“ (ebd., S. 80). Deshalb sei es von Relevanz, zusätzlich zur Literaturanalyse auch das Internet und Printmedien zu untersuchen und Expert*innen zu interviewen (Klingemann & Schatzmann, 2004b, S. 80). Zum Beispiel wurden im Jahre 2002 auch im SPIEGEL und PSYCHOLOGIE HEUTE Artikel zur Debatte veröffentlicht. Außerdem reagierten die fünf größten Selbsthilfeverbände, was von Klingemann & Schatzmann als „heftige, kategorische Ablehnung“ beschrieben wird (ebd., S. 102). Insgesamt bezeichnen sie die Debatte in der Schweiz im Gegensatz zu Deutschland „eher pragmatisch und sachorientiert“ (ebd.): „Parallelen zur Drogenpolitik und Anwendung des Ansatzes der Schadensverminderung bei illegalen Drogen sind zumindest potentiell leichter zu ziehen als in anderen Ländern“ (ebd.).

³⁵ Klingemann & Schatzmann fassen diese Argumente aus Scheerer & Vogt (1989, S. 97) in eigenen Worten zusammen.

Zwischenfazit

Seit Beginn der Problematisierung von exzessivem Alkoholkonsum bestimmt das Abstinenzparadigma den wissenschaftlich-therapeutischen und den öffentlichen Diskurs: Alkoholismus sei eine chronisch-fortschreitende, irreversible Krankheit, die durch einen Kontrollverlust über das eigene Konsumverhalten gekennzeichnet sei. Nach einer Entzugstherapie sei lebenslange Abstinenz die einzige Möglichkeit, um nicht wieder in die Sucht abzurutschen. Die vorherrschende Meinung kennt nur Missbrauch, Abhängigkeit und Abstinenz - Konsum ist immer pathologisch (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019). Die Deutungsmacht haben Wissenschaftler*innen, Politiker*innen und Bürokrat*innen, deren Wissen sich in scheinbar allgemeingültigen und kulturübergreifenden Diagnosesystemen und Therapieempfehlungen niederschlägt. Doch sind diese keineswegs frei von kulturellem, historischem und ideologischem Kontext und so ist neutrale wissenschaftliche evidenzbasierte Suchttherapie, wie so vieles in diesem Bereich, eine naive Wunschvorstellung.

Die Standortgebundenheit der Akteur*innen im Alkoholismuskurs ließ die Abstinenz als nicht hinterfragbares Dogma erscheinen. Doch Mitte des 20. Jahrhunderts *entdeckte* ein britischer Arzt, dass einige seiner Patient*innen nach einer überstandenen Alkoholabhängigkeit wieder ein *normales* Konsumverhalten entwickelt hatten und veröffentlichte dies schließlich als wissenschaftliche Studie in einem Journal mit guter Reichweite (Davies, 1962). Die Idee des kontrollierten Trinkens war öffentlichkeitswirksam geboren. Ein Jahrzehnt später wurde eine weitere Studie veröffentlicht, die kontrolliertes Trinken zum ersten Mal als Therapieziel erprobte und für akzeptabel befand (Sobell & Sobell, 1973). Die Autor*innen dieser Studie lies ich im vorherigen Kapitel zu Wort kommen. Ihr Rückblick auf die letzten Jahrzehnte ihrer Forschungstätigkeit pro kontrolliertes Trinken liest sich wie ein emotionaler Kampf der ständigen Rechtfertigung. Die Mehrheit der führenden Alkoholismusforscher*innen fühlte sich in ihrer Grundüberzeugung zur Notwendigkeit der Abstinenz angegriffen, kritisierte die Studien zum kontrollierten Trinken scharf und lehnte sie sogar ab. Forscher*innen zum kontrollierten Trinken fühlten sich in die Ecke gedrängt und versuchten die Abwehr der Abstinenzvertreter*innen tiefenpsychologisch zu erklären. Der Gipfel war der unbegründete Vorwurf des Wissenschaftsbetrugs, womit man sich eventuell erhoffte, diesen unerwünschten Eindringling zurück in die Versenkung zu befördern. Die Vehemenz, mit der gegen eine öffentliche Verbreitung der Idee des kontrollierten Trinkens gekämpft wurde, zeigt jedoch auch, dass dieses neue Paradigma von Anfang an als ernst zu nehmender Kontrahent wahrgenommen wurde. Es scheint von Anfang an ein Paradigmenstreit zu sein, bei dem es nur Verlierer und Gewinner, jedoch keinen Kompromiss, geben kann. Die

Debatte flammt seitdem in Zyklen auf und ist auch nicht in allen Ländern gleich kontrovers. Am heftigsten wird die Debatte in den USA und Deutschland geführt, die Länder, in denen die frühen Enthaltensamkeitsbewegungen um 1900 zum Massenphänomen wurden und gesellschaftlich nachwirken (Spode, 1993). Letztlich ist es aber „alter Wein in neuen Schläuchen“ (Spode, 2012, S. 34) zwischen *Mäßigen* und *Enthaltamen*. Abstinenz und kontrolliertes Trinken sind nicht nur wissenschaftliche Paradigmen. Sie sind moralische Leistungen, wobei es nicht nur um die Frage der Suchtbehandlung geht. Es geht um einen Lebensstil, um die Deutungshoheit um das *rechte Leben*, um ein soziales Programm (Room, 2004).

Kontrolliertes Trinken wird bis ins 21. Jahrhundert hinein durch das mächtigere Abstinenzparadigma in die Ecke gedrängt. Die Entstehungsgeschichte des kontrollierten Trinken ist nur im Schatten des Konflikts nachvollziehbar und hätte sich ohne Gegenwind womöglich niemals als eigenständiges Paradigma entwickelt. Da Forschung dazu für lange Zeit als karriereschädigend galt, musste es sich jedoch als *Untergrund-Bewegung* weiterentwickeln. Der Ansatz bekommt nach und nach Anhänger*innen aus anderen Disziplinen. So sind Harm Reduction und der kontrollierte Konsum illegaler Drogen dem kontrollierten Trinken freundlich gesinnt, denn sie haben einen gemeinsamen Feind: Die repressive Drogenpolitik. Den *Aufstand* wagt in Deutschland Joachim Körkel mit der Veröffentlichung seiner Therapieprogramme zum kontrollierten Trinken im Jahr 1999.

Durchführung der Analyse

In diesem Kapitel wird der Diskurs zum kontrollierten Trinken im deutschsprachigen Raum anhand ausgewählter Materialien im Detail weiterverfolgt und diskursanalytisch untersucht. Als methodische Rahmung verwende ich hierzu die *kritische Diskurs- und Dispositivanalyse* nach Jäger (2015).

Vorgehensweise und Materialkorporus

Der diskursanalytische Teil meiner Arbeit widmet sich dem *Spezialdiskurs der akademischen Suchtforschung*, wobei sich meine Analyse auf den *Diskursstrang des kontrollierten Trinkens in der Alkoholsuchttherapie* beschränkt. Da ich die paradigmatische Entwicklung in den Analysefokus setze, wähle ich eine möglichst *diachrone* Betrachtungsperspektive des Diskursverlaufs: Zur Rekonstruktion der Diskursentwicklung verwende ich (inspiriert durch die Masterarbeit von Brandt, 2019) ein historisch nachvollziehendes Vorgehen, d.h. ich versuche die Diskursereignisse in derselben chronologischen Abfolge zu rekonstruieren, wie sie tatsächlich aufgetreten sind. Den Diskursbeginn verorte ich im Jahr 1999 durch die Veröffentlichung von Körkels Programmen zum kontrollierten Trinken (Körkel, Langguth, et al., 2000). Begründet durch meine vorangegangene Literaturrecherche grenze ich meinen Materialkorporus folgendermaßen ein:

Zur Erfassung der *Motive, Visionen, Menschenbilder und Denkstile der Protagonist*innen des kontrollierten Trinkens* (Analysezyklus 1) ziehe ich den Internetauftritt des kontrollierten Trinkens heran. Diesen grenze ich ein auf die relevanten Abschnitte der Webseiten www.kontrolliertes-trinken.de³⁶ und www.iss-nuernberg.de³⁷, www.evhn.de³⁸ und www.gk-quest.de³⁹. Die Webseite www.kontrolliertes-trinken.de halte ich deswegen für sehr relevant, da andere Autor*innen für nähere Informationen zum kontrollierten Trinken regelmäßig auf sie verweisen (z.B. Lindenmeyer, 2016a, S. 39 oder Praxis Suchtmedizin, 2020). Die Webseite des von Körkel geleiteten Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) (www.iss-nuernberg.de), die Webseiten der dem ISS übergeordneten Evangelischen Hochschule Nürnberg (www.evhn.de) und der an der Entwicklung von

³⁶ Zuletzt abgerufen am 19.11.2021.

³⁷ Beim letzten Besuch (13.11.2021) habe ich festgestellt, dass die Webseite ein neues Design hat. In die Analyse ging bisher nur die alte Webseite ein (abgerufen am 31.08.2021).

³⁸ Zuletzt abgerufen am 31.08.2021.

³⁹ Zuletzt abgerufen am 31.08.2021.

kontrolliertem Trinken beteiligten Organisation GK Quest (www.gk-quest.de) verwende ich, um die an der Verbreitung des kontrollierten Trinken beteiligten Protagonist*innen, Institutionen und Organisationen zu analysieren.

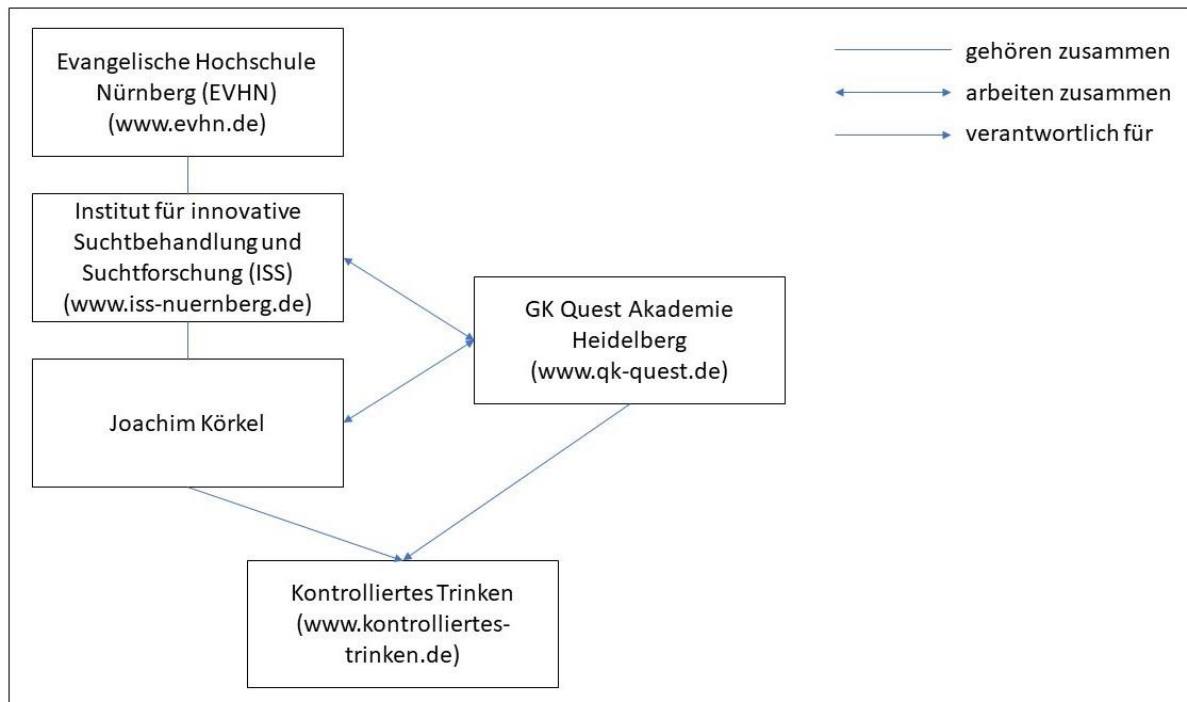
Um die *Entwicklung der wissenschaftlichen Kontroverse, Reaktionen und Gegenreaktionen* (Analysezyklus 2) nachzuzeichnen, nehme ich die deutschsprachigen wissenschaftlichen Zeitschriften in meinem Materialkorporus auf, in denen kontrolliertes Trinken hauptsächlich thematisiert wird. Dies sind die deutschen Zeitschriften *Suchttherapie* und *SUCHT*, sowie die schweizerische Zeitschrift *SuchtMagazin* (Die Materialauswahl für Analysezyklus 2 ist auf S. 83ff ausführlich beschrieben).

Analysezyklus 1: Protagonist*innen des kontrollierten Trinkens und ihr Internetauftritt

Im Folgenden versuche ich anhand des Internetauftritts zu rekonstruieren, welche *Akteur*innen, Institutionen und Organisationen* (ersichtlich in Abbildung 1) am Aufstieg des kontrollierten Trinkens im deutschsprachigen Raum beteiligt waren und was ihre *Motive, Visionen und Denkstile und Menschenbilder* waren und sind. Dazu analysiere ich der Reihe nach relevante Webinhalte der jeweiligen Akteur*innen, Institutionen und Organisationen. Ich beginne mit der Institution *Evangelische Hochschule Nürnberg (EVHN)*. Anschließend untersuche ich das zur EVHN gehörige *Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)*, sowie die verfügbaren Informationen zu deren (ehemaligen) Geschäftsführer und (aktuellen) wissenschaftlicher Leiter *Joachim Körkel*, der auch als *Vater* der Programme zum kontrollierten Trinken (kT) in Deutschland gilt. Da Körkel diese Programme zusammen mit der *GK Quest Akademie* entwickelt(e), beleuchte ich ebenfalls diese Organisation kurz. Im Anschluss befasse ich mich tiefergehend mit der von Körkel und der GK-Quest entwickelten und betreuten Webseite www.kontrolliertes-trinken.de, der Hauptinformationsquelle im Internet zum kontrollierten Trinken nach Körkel. Zur Analyse dieser Webseite verwende ich eine adaptierte Version der *walkthrough* - Methode von Light et al. (2016), indem ich die Webseite systematisch aus User*innensicht durchlaufe. Außerdem untersuche ich einige Webseiteninhalte (hauptsächlich Text) nach den Regeln der diskursanalytischen Feinanalyse von Jäger (2015). Zwischen den einzelnen Blöcken werden die bisherigen Resultate in einem Zwischenfazit festgehalten.

Abbildung 1

*Grafische Darstellung der an der Entwicklung des kontrollierten Trinkens beteiligten Akteur*innen, Institutionen und Organisationen.*



Die Evangelische Hochschule Nürnberg

Die staatlich anerkannte *EVHN (Evangelische Hochschule Nürnberg)* wird laut Wikipedia-Eintrag (*Evangelische Hochschule Nürnberg*, 2019) durch die Evangelische Landeskirche Bayern und den Freistaat Bayern finanziert. Die EVHN bietet Studiengänge in den Bereichen Sozialwissenschaften, Sozial- und Gesundheitswirtschaft, Gesundheit und Pflege, Pädagogik und Theologie an. Auf ihrer Webseite wird beschrieben, sie orientiere sich „an einem Bildungsbegriff, für den das christliche Menschenbild zentrale Grundlage ist“ (*Evangelische Hochschule Nürnberg*, o. D.-c). Dies äußere sich in ergänzenden spirituellen, persönlichkeitsbildenden und allgemeinbildenden Angeboten sowie „einer kritischen Reflexion der eigenen Person in Beruf und Gesellschaft“ und einer „Übernahme von Verantwortung“ (ebd.). Ein Blick auf die Homepage der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern gibt Aufschluss darüber, was unter dem „christlichen Bildungsbegriff“ zu verstehen ist:

Die Kirche der Reformation ist eine Kirche der Bildung. Allgemeinbildung und Bildung im christlichen Glauben wirken zusammen, wenn es um die Herausbildung der Möglichkeiten eines unabhängig urteilsfähigen Christenmenschen geht. Dieses spezifisch evangelische Bildungsverständnis ist im Bildungskonzept unserer Kirche dargestellt und begründet worden. Es zielt auf die Verbreitung des Evangeliums, die Förderung von Humanität und Verständigung in der Gesellschaft. Wesentlich sind dabei

Einsichten über Wert und Würde des Lebens sowie über die Grundlagen sozialer Verantwortung. (Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern, 2021)

Der EVHN geht es also um den Auftrag zur Erziehung eines „unabhängig urteilsfähigen Christenmenschen“. Nun stellt sich die Frage, welches Interesse die Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern im Zusammenhang mit diesem Menschenbild am kontroversen Thema kontrolliertes Trinken hat, sodass es an der EVHN ein eigenes Institut dafür gibt. Um etwaige Verknüpfungen zu finden, analysiere ich im Folgenden den Internetauftritt dieses Instituts und versuche daraus ein Menschenbild abzuleiten.

Das Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)

Das ISS wurde 2012 an der EVHN gegründet und befasst sich laut Webseite der EVHN „in wissenschaftlich fundierter Weise mit der Entwicklung, Verbreitung und Erforschung innovativer, wirtschaftlich tragfähiger und praxisnaher Suchtbehandlungsansätze“ (Evangelische Hochschule Nürnberg, o. D.-a & Evangelische Hochschule Nürnberg, o. D.-b). Aktuell besteht das ISS aus einem vierköpfigen Team (ein Psychologe (Körkel), zwei Sozialpädagog*innen und ein Soziologe) und wurde seit Gründung bis zuletzt von Joachim Körkel geleitet (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), o. D.-b)⁴⁰. Weiter steht auf der Webseite der EVHN (Evangelische Hochschule Nürnberg, o. D.-b), das Ziel des ISS sei die „Entwicklung, Verbreitung und Erforschung von Programmen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums“, mit dem Zweck „die auf lebenslange Abstinenz ausgerichtete Suchthilfe in ein zieloffenes Suchtbehandlungssystem“ zu transformieren, um auch Menschen, die das Abstinenzziel nicht einhalten wollen oder können, zu begleiten. Begründet wird dies mit einem Menschenbild, welches „die Autonomie der Suchtmittelkonsumenten [respektiere] und sie in ihren selbstgesetzten Änderungszielen“ unterstütze. Ähnlich formuliert es das ISS selbst auf der hochschulexternen Webseite: „Wir verfolgen das Ziel, Menschen bei der Bewältigung ihrer Suchtproblematik zu unterstützen – vor allem diejenigen, die sich über ihr angestrebtes Ziel im Unklaren sind oder im Moment den Weg der Abstinenz nicht begehen möchten (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), o. D.-a). Die Entwicklung von Programmen ist hier im Vergleich zum Text auf der EVHN-Webseite jedoch nicht mehr Ziel,

⁴⁰ Abgerufen am 31.08.2021. Auf der aktualisierten Homepage (abgerufen am 08.12.2021) wird der ebenfalls seit Gründung am ISS tätige Matthias Nanz als neuer Geschäftsführer genannt. Joachim Körkel wird als „wissenschaftliche Leitung“ genannt (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), o. D.-b).

sondern Zweck. Der Begriff „Reduktion“ wird nicht mehr genannt, stattdessen gehe es um die Entwicklung von „Selbsthilfemanualen zur eigenständigen Veränderung des Suchtmittelkonsums“ und „innovativen Behandlungsansätzen“, sowie die „Begleitung“ von Einrichtungen bei deren „Implementierung“. Weiters biete das ISS seine „Kompetenz in Form von Vorträgen, Workshops und Expertisen“ an und führe Forschungsprojekte durch.

Die Webseite www.iss-nuernberg.de soll laut eigener Aussage vorwiegend Fachkräfte ansprechen und nur zweitrangig Betroffene. Diese werden außerdem in Anführungszeichen gesetzt („Betroffene“), als ob man sich eigentlich von dieser Zuschreibung distanzieren möchte. Die betriebswirtschaftlich konnotierte Wortwahl gibt der Homepage des ISS den Charakter einer Verkaufsw Webseite („innovativ“ wird nahezu inflationär verwendet, so auch im Namen des Instituts; „Kompetenz“, „Angebot“, „Expertise“; es gibt zwei Reiter, die mit „unsere Leistungen“ und „Implementierung“ benannt sind und deren Inhalte mit entsprechenden Stock-Fotos gespickt sind). Die Webseite erweckt den Eindruck eines profitorientierten Unternehmens, welches seine Produkte verkaufen möchte (Selbsthilfemanuale, Behandlungsprogramme, Schulungen, Workshops, Vorträge, Forschungsprojekte, Begleitung bei der Implementierung). Es werden zwar aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen angeführt (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), o. D.-b). Bei einem genaueren Hinsehen lassen sich die Arbeiten jedoch als wissenschaftlich weniger bedeutsam entlarven: Sie sind meist auf Deutsch, umfassen oft nur wenige Seiten und sind kaum in peer-reviewten Zeitschriften veröffentlicht - sie sind also eher als wissenschaftliche Werbeeinschaltungen zu kategorisieren, um das eigene Produkt zu bewerben.

Kostenlose Workshopangebote. Da sich das ISS als Verkaufsw Webseite präsentiert, ist bei der Erkundung besonders interessant, welche Informationen und Produkte kostenlos zur Verfügung stehen, da das ISS diese Inhalte ausgewählt hat, um sich selbst bestmöglich zu präsentieren und zum Kauf von kostenpflichtigen Inhalten zu motivieren⁴¹. Es gibt drei kostenlose Online-Einführungen zu den Themen „Sodom und Gomorra? Was Zieloffene Suchtarbeit (nicht) ist“, „Menschenbild und Suchtverständnis: Der Mutterboden Zieloffener Suchtarbeit“ und „Motivierende Gesprächsführung - Die Basiskompetenz Zieloffener Suchtarbeit“ (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), o. D.-c):

⁴¹ Sogenannter *freemium*-Bereich, in dem Software oder Web-Verkäufer*innen ihren Kund*innen die Möglichkeit geben, einen Teil ihrer Services kostenlos auszuprobieren, bevor sie Premium-Inhalten käuflich erwerben (Bullock et al., 2019).

„*Sodom und Gomorra? Was Zieloffene Suchtarbeit (nicht) ist*“. Der Ausruf „Sodom und Gomorra“ steht für eine Entrüstung über Sünde, Unmoral und Unordnung⁴². Offenbar sieht das ISS einen Bedarf, mit dem Vorurteil aufzuräumen, zieloffene Suchtarbeit sei etwas Unmoralisches. Da ich diesen Begriff an dieser Stelle zum ersten Mal lese, stellt sich die berechnete Frage: was ist zieloffene Suchtarbeit? Auf der Webseite des ISS wird *zieloffene Suchtarbeit (ZOS)* folgendermaßen beschrieben: Der Ansatz bestehe aus drei Bestandteilen: 1) „eine Bestandsaufnahme aller konsumierten Substanzen“, 2) „eine substanzweise Abklärung der Änderungsziele“, 3) „das Vorhalten von Behandlungsangeboten, die den Änderungszielen der betroffenen Menschen entsprechen“ (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), o. D.-d). ZOS hebt sich daher von traditioneller abstinenzorientierter Suchttherapie vor allem in zwei Punkten ab: zum einen werden den Klient*innen alle drei möglichen Zielrichtungen (Abstinenz, Schadensminimierung und Konsumreduktion) angeboten, zum anderen wird das Suchtproblem nicht auf ein biomedizinisches Krankheitsmodell, bzw. ein daraus resultierendes Therapiemodell, verallgemeinert, sondern abhängig von der jeweiligen Veränderungsmotivation wird jede Substanzabhängigkeit einzeln angegangen (z.B. Konsumreduktion bei Alkohol, Abstinenz bei Zigaretten und Schadensminimierung bei Heroin). Dies richtet sich diametral gegen das biomedizinische Suchtverständnis, das Sucht als biologisch bedingten Kontrollverlust sieht. Somit stellt ZOS eine „grundlegende Art und Weise dar, Suchtarbeit zu verstehen und zu praktizieren“ (ebd.). Als Vorteile werden die Erhöhung der Erreichungsquote, die Beachtung ethischer Maximen und die Verbesserung des Behandlungserfolgs genannt. Auf der Seite wird ebenfalls ein Kartensatz zur Anwendung von ZOS mit Klient*innen verkauft.

„*Menschenbild und Suchtverständnis: Der Mutterboden Zieloffener Suchtarbeit*“. Wie schon in der Selbstbeschreibung ersichtlich, scheint die genaue Definition eines Menschenbildes für das ISS von zentraler Bedeutung zu sein und eng mit dem Suchtverständnis verwoben. In der Vortragsbeschreibung wird erläutert, dass „die Klärung des eigenen Menschenbildes/Suchtverständnisses Voraussetzung für ein zieloffenes Arbeiten mit SuchtklientInnen ist“.

⁴²Die Städte Sodom und Gomorra sind nach der biblischen Erzählung (Gen. 18,16-19,29) wegen den Sünden ihrer Bewohner*innen (u.a. Homophilie und verweigerte Gastfreundschaft) zum Inbegriff der sündigen Welt geworden. Sie wurden durch göttliche Strafe zerstört; ihre Geschichte dient als Vorbild für Untergangssagen (Schreiner, 2007, S. 802-803).

„*Motivierende Gesprächsführung - Die Basiskompetenz Zieloffener Suchtarbeit*“. Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) ist ein Gesprächsführungsansatz, der 1991 von William Miller und Stephen Rollnick entwickelt wurde (Miller & Rollnick, 2015). Das ISS beschreibt MI als „partnerschaftlicher, nicht-bevormundender, dialogischer, ziel- und veränderungsorientierter Austausch auf gleicher Augenhöhe“. Es gehe darum, „Mitwirkungsbereitschaft auch bei ‚schwierigen KlientInnen/PatientInnen‘ und ‚heiklen Themen‘ zu wecken und nachhaltige Verhaltensänderungen zu bewirken“. Laut Vortragsbeschreibung ist MI zentral für die Umsetzung zieloffener Suchtarbeit. Das ISS bietet mehrere kostenpflichtige MI-Schulungen an.

Die Begleitung bei der Implementierung von zieloffener Suchtarbeit scheint das Hauptanliegen des ISS zu sein. Im Reiter „Implementierung“ wird hauptsächlich ausgesagt, dass es nicht reiche, Schulungen für einzelne Mitarbeiter*innen anzubieten, sondern die gesamte Einrichtung sich einem organisatorischen Wandel unterziehen müsse. Dafür werden mehrere Gründe genannt, die sich vor allem auf die Bremswirkung von vorherrschenden „alten Suchtparadigmen“ beziehen. Anschließend wird das Produkt des ISS, die Begleitung des nötigen Organisationsentwicklungsprozess, in Teilschritten genau beschrieben. Das hierbei vermittelte all-or-nothing-Prinzip deutet darauf hin, dass das ISS die Entwicklung des Suchtwissens in ein „altes“ und ein „neues Suchtparadigma“ einteilt, die, so scheint es, inkompatibel sind, da ein inhaltlicher Sprung stattfindet. Da zieloffene Suchtarbeit dem neuen Paradigma zugehörig scheint, muss laut ISS auch innerhalb von Organisationen ein Paradigmenwechsel stattfinden. Dies kann auch als Vermarktungsstrategie gedeutet werden, die die Notwendigkeit der Inanspruchnahme des kompletten „Implementierungs-Services“ unterstreicht.

Auf der Seite des ISS wird „Zieloffene Suchtarbeit“ als begriffliche Einheit konsequent großgeschrieben, häufig auch als „ZOS“ abgekürzt. Auch dies kann als Vermarktungsstrategie gedeutet werden, denn durch die Großschreibung wird „Zieloffene Suchtarbeit“ oder die Verwendung von „ZOS“ zum Markennamen, was zur Wiederverwendung genau dieser Bezeichnung animieren und zu deren Verbreitung betragen kann⁴³.

⁴³ Dies geschieht bei der Entwicklung psychologischer Konzepte häufiger und kann als herausgeberische Strategie gedeutet werden. So wird z.B. Auch *Positive Psychologie* oder *Humanistische Psychologie* ebenfalls gerne großgeschrieben.

Zwischenfazit. Mit meinen verfügbaren Informationen ist es mir nicht mehr ersichtlich, eine mögliche Entwicklung des ISS nachzuzeichnen, aber falls das ISS jemals primär ein Forschungsinstitut war, so zeigt es sich jetzt primär als Verkäufer eines exklusiven Behandlungskonzepts. Denn die vielen Erwähnungen und Verlinkungen innerhalb der Webseite deuten darauf hin: das Herzstück des Instituts für *innovative* Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) scheint das *innovative* Konzept der *Zieloffenen Suchtarbeit* zu sein (worunter auch kontrollierter Konsum bzw. kontrolliertes Trinken fällt; diese beiden Konzepte spielen auf der Webseite nur eine Nebenrolle!). Körkel und das ISS haben mit *Zieloffener Suchtarbeit* also ein neues Behandlungskonzept geschaffen, welches sie auf ihrer Webseite vermarkten.

Zum Menschenbild lässt sich folgendes herauspräparieren: Das ISS vertritt die Position, dass Suchtbetroffene keinen irreversiblen Kontrollverlust erleiden, sondern weiterhin die Fähigkeit zur Mäßigung besitzen, sobald eine entsprechende Motivationsstütze und ein Betreuungsangebot *auf Augenhöhe* ⁴⁴ vorhanden sind. Betroffene werden nicht als Patient*innen gesehen, sondern als Klient*innen, die, bis auf ihr kleines Laster (den problematischen Suchtmittelkonsum), per se mündig sind und für sich selbst entscheiden können, welchen Weg sie gehen möchten. Das ISS hält zieloffene Suchtarbeit folglich für menschlicher als *alte* Suchtparadigmen; d.h. rein abstinenzorientierte Suchtarbeit. Die Selbstlegitimation des ISS ist daher moralischer Natur und die Begleitung bei der Implementierung zieloffener Suchtarbeit ein Beitrag zum größeren Ganzen auf dem Weg hin zu einer als moralischer empfundenen Suchttherapie. Der Verkauf des eigenen Produkts wird als Beitrag zu einer moralisch besseren Gesellschaft legitimiert.

Die Art und Weise, wie das ISS seine Suchthilfekonzepte bewirbt, hat durch die Betonung der moralischen Komponente nahezu missionarischen Charakter. In der Tat ist Suchthilfe im Rahmen von Wohltätigkeitsarbeit ein traditioneller Verantwortungsbereich christlicher Träger (z.B. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2019). Auf seiner Homepage schreibt der (evangelische) Fachverband Suchthilfe der Diakonie Bayern: „Diakonische Suchtkrankenhilfe vertraut auf die Fähigkeiten jedes Menschen, sein Verhalten zu verändern und neue Perspektiven für sich zu entwickeln (Diakonisches Werk Bayern e.V.,

⁴⁴ Jedoch ist *auf Augenhöhe* ein schwammig definierter, ideologisch besetzter Begriff, der institutionelle Machtdynamiken verschleiert und sogar ableistisch sein kann, da in bestimmten Settings Augenhöhe faktisch gar nicht hergestellt werden kann. Auch im hier behandelten Suchtarbeitssetting ist es fraglich, was *auf Augenhöhe* überhaupt meint und wie dies hergestellt werden kann.

o. D.). Dieselbe Grundhaltung nimmt das ISS ein, denn die Konzepte der zieloffenen Suchtarbeit und auch des kontrollierten Konsums sehen Selbstbestimmung und die eigene Urteilsfähigkeit an erster Stelle. Das ISS scheint also eine Organisation zu sein, die eng mit evangelisch-christlichen Wertvorstellungen verwoben ist. Dies könnte eine Erklärung sein, warum gerade die evangelisch-lutherische Kirche Bayern die *innovativen* Konzepte ISS unterstützt und nicht ein katholischer Träger, da das Hochreden der persönlichen Verantwortungsübernahme in einem katholischen Kontext wohl weniger leicht wäre (vgl. Weber, 2013). Auch das Einführen eines *dazwischen* in die Unterscheidung - zwischen nicht-süchtig (gut) und süchtig (böse) - gelänge in einem katholischen Kontext womöglich weniger leicht⁴⁵. Somit schließt sich der Bogen zum christlichen Menschenbild und Bildungsbegriff der Evangelischen Hochschule Nürnberg (EVHN), welcher die Pflicht zur sozialen Verantwortungsübernahme betont. Die Verantwortungsübernahme gelingt auf eine Art und Weise durch das Verkaufen und Verbreiten der eigenen Konzepte zieloffene Suchtarbeit und kontrollierter Konsum.

Das Auftreten als Werbe- und Verkaufsplattform und weniger als Forschungsinstitut kann jedoch auch eine Reaktion auf Gegenwind sein: Womöglich sehen sich Joachim Körkel & Co zum aktiven Verkaufen der entwickelten Konzepte gezwungen, weil sie sie anders nicht im Suchthilfediskurs etablieren können.

Joachim Körkel - Der Mann hinter kontrolliertem Trinken

Publiziert wird das erste deutschsprachige Programm zum kontrollierten Trinken, das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (akT)“, von *Joachim Körkel* im Jahr 1999 während seiner Anstellung am Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) der Evangelischen Hochschule Nürnberg (EVHN) (Körkel, Langguth, et al., 2000). Die folgenden Ausführungen zum Lebenslauf Körkels entnehme ich, wenn nicht anders zitiert, seiner eigenen Darstellung auf der Institutsseite (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), o. D.-b). Prof. Dr. Joachim Körkel (*1954 in Heidelberg) ist promovierter Psychologe und (approbierter) psychologischer Psychotherapeut (in Verhaltens- und Gestalttherapie). Seit 1988 ist er Professor für Psychologie an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Seit 2012 ist er Leiter des Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), einer Forschungsabteilung der evangelischen

⁴⁵ Laut Max Webers Protestantismus-These brachte die Religion - genauer der Protestantismus - den Kapitalismus hervor (Weber, 2013).

Hochschule Nürnberg. Als Forschungsschwerpunkte nennt er in seinem Lebenslauf „zieloffene Suchtarbeit, selbstkontrollierter Substanzkonsum (Alkohol, illegale Drogen, Tabak), Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung), Rückfall, Ethik“. Außerdem ist er Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (dgsp) und Gründungsherausgeber der Zeitschrift *Suchttherapie* (die ebenfalls Teil meines Materialkorpus ist). Ein Blick auf die Liste seiner Veröffentlichungen (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), o. D.-b) verrät, dass Körkel zu Beginn seiner Forschungstätigkeit ausschließlich zu kognitionspsychologischen Themen forscht (Metakognition, Gedächtnis). Ab 1988, also seit Beginn seiner Professur in Nürnberg, kommt verstärkt das Thema Rückfall in der Suchttherapie dazu. Die Titel seiner Veröffentlichungen klingen zunächst (1991) nach dem Versuch der Umdeutung, bzw. Neuinterpretation des Rückfalls (z.B. „Rückfall muß keine Katastrophe sein“, „Rückfall als Chance“, „Der Rückfall von Alkoholabhängigen - Auf dem Wege zu einem neuen Verständnis des Rückfalls“). Im Jahr 1993 benutzt er erstmals das Wort „Paradigmenwechsel“ in einem Titel und hinterfragt „Abstinenz als Allheilmittel?“. 1995 folgen Titel wie „Denkstile über Sucht: Beginn eines Wandels“, „Drogenabhängige im Spannungsfeld widersprüchlicher Ätiologie- und Behandlungsparadigmen“, „Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung“. Im Jahr 1999 veröffentlicht er zu akzeptierender Suchtarbeit und zu „Ziele[n] und Zielvereinbarungen“ in der Suchtarbeit. Ab 2000 veröffentlicht er zum Thema „kontrolliertes Trinken“. Dazu gehört die Bewerbung der von ihm entwickelten kT-Programme, aber auch allgemeine Übersichtsarbeiten. Mit den Jahren weitet er die Anwendbarkeit des Konzepts kontrolliertes Trinken auf weitere Zielgruppen (Wohnungslose, 2005; (Noch) Nicht-Süchtige, 2008) und weitere Süchte (illegale Drogen, 2009; Tabak, 2017) aus. 2014 und 2015 beinhalten die Titel verstärkt Andeutungen zum Menschenbild: „Everything’s out of control? Zu Menschenbild und Umgang mit Suchtkranken“ (2014), „Wie wollen, können und sollen wir mit Suchtkranken umgehen? Ethische Reflexionen“ (2015), „Das Menschenbild als Dreh- und Angelpunkt des Umgangs mit Suchtkranken (auch) in der rechtlichen Betreuung“ (2015). Ab 2016 veröffentlicht er vermehrt zu zieloffener Suchtarbeit. Er stellt zieloffene Suchtarbeit als das neue Paradigma dar, u.a. durch Titel wie: „Vom Abstinenzdogma zum Paradigma Zieloffener Suchtarbeit“ (2016), „20 Jahre deutsche „Suchtlandschaft“ – Zwischen Abstinenzfalle und Zieloffener Suchtarbeit“ (2019) oder „Paradigmenwechsel in der Suchthilfe: Vom einseitigen Abstinenzgebot zur „Zieloffenen Suchtarbeit“ (2019).

Die GK Quest Akademie

Neben dem ISS spielt eine weitere Organisation eine Rolle bei der Verbreitung des kontrollierten Trinkens im deutschsprachigen Raum: die GK Quest Akademie. Laut Homepage (GK Quest Akademie, o. D.-a) wurde sie 2001 in Heidelberg als privates Fortbildungs- und Beratungsinstitut gegründet. Laut eigener Aussage widmete sich die GK Quest in den ersten Jahren hauptsächlich der Entwicklung der Programme zum kontrollierten Trinken (kT) in Zusammenarbeit mit Joachim Körkel. Die Zusammenarbeit mit Körkel erstreckte sich auch über die Bereiche Rückfallprävention, Motivational Interviewing und kontrollierten Konsum illegaler Drogen. Die Leistung, die die GK Quest Akademie dabei für Joachim Körkel erbringt, ist die Ausbildung von Fachkräften. Sie bietet 6-tägige Schulungen zum* zur kT-Trainer*in an. Zusätzlich wird die Webseite www.kontrolliertes-trinken.de (ebenfalls Gegenstand meiner Analyse) und noch andere Webseiten zu Konsumreduktionsprogrammen (z.B. www.kontrolliertes-rauchen.de und www.kiss-heidelberg.de (illegale Drogen)) von der GK Quest Akademie betrieben. Das ISS und die GK Quest Akademie haben demnach eine gemeinsame Vision: die Verbreitung und Implementierung von Programmen zum kontrollierten Drogenkonsum. Die GK Quest (sowie auch das ISS) scheint aus einer Notwendigkeit heraus geboren, die Idee des kontrollierten Trinkens in die Praxis zu übersetzen. Heute präsentiert sich die GK Quest Akademie als breit aufgestellter Fortbildungsträger für Gesundheitswesen, Firmen, Behörden und Organisationen, sowie Privatpersonen in allerlei Themenbereichen, die weit über Sucht hinaus gehen, z.B. Organisationsentwicklung oder Konfliktmanagement.

Die Webseite www.kontrolliertes-trinken.de

Der Zugriff, auf den sich die Analyse bezieht, erfolgte am 31.08.2021. Die Webseite www.kontrolliertes-trinken.de (GK Quest Akademie, o. D.-b) ist in einem nüchternen, blaugrauen und nur wenig bebilderten Design gehalten (siehe Abbildung 2). Die Aufteilung besteht aus einem Header, einem mittigen Content-Bereich, einer linksbündigen Seitenleiste mit einem Navigationsbereich, d.h. den besuchbaren Unterseiten, sowie einer rechten Seitenleiste, die auf spezifische Unterseiten innerhalb der Webseite verlinkt. Das Design der Webseite wirkt im Gegensatz zur Webseite des ISS (www.iss-nuernberg.de, Zugriff am 31.08.2021) und anderen deutschsprachigen Suchthilfewebseiten (z.B. www.dhs.de, www.kenn-dein-limit.de, www.anonyme-alkoholiker.de, www.blaues-kreuz.de; Zugriff bei allen am 13.11.2021) veraltet. Zum einen liegt das an der fehlenden Responsivität der Webseite, d.h. die Seite passt sich in ihrer Aufteilung nicht flexibel an kleinere Bildschirme z.B. von Mobilgeräten an; sie wird nur insgesamt verkleinert. Zum anderen ist die linksseitige vertikale Positionierung der

Navigationsleiste heutzutage nicht mehr gängig. Meistens befindet sich die Navigationsleiste horizontal unterhalb des Headers oder darin verankert, so auch bei den oben genannten Suchthilfewebseiten. Im Idealfall ist der Header sogar fixiert und scrollt nicht mit, sodass User*innen zu jedem Zeitpunkt innerhalb der Webseite weiter navigieren können. Auch einige Verlinkungen, die ins Leere führen und die Jahreszahlen der Quellenangaben lassen darauf schließen, dass die Seite seit ca. 2003 nur noch punktuell aktualisiert wird⁴⁶.

⁴⁶ Im Bereich „Pressemitteilungen“ finde ich eine Pressemitteilung von Januar 2003, die auf die Komplettüberarbeitung der Webseite hinweist (GK Quest Akademie, o. D.-i). Hinweise auf jüngere Überarbeitungen finde ich nicht.

Abbildung 2

Startseite der Webseite www.kontrolliertes-trinken.de (GK Quest Akademie, o. D.-b; Zugriff am 31.08.2021)

KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE

«Der Langsamste, der sein Ziel nicht aus den Augen verliert, geht noch immer geschwinder als jener, der ohne Ziel umherirrt.»
(Spruchweisheit)

Herzlich Willkommen!

Vielleicht waren auch Sie schon öfter an dem Punkt angelangt, sich Gedanken über Ihren Umgang mit Alkohol zu machen. Dann könnten Sie sich diese Fragen beantworten:

- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Alkoholkonsum zu hoch ist, vielleicht sogar schon Ihrer Gesundheit gefährlich wird?
- Haben Sie schon öfter versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren?
- Haben Sie festgestellt, dass dies „einfach so“ nicht geht?
- Haben Sie den Wunsch, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren? Ist der völlige Verzicht allerdings nicht Ihr Ziel?

Wenn Sie diese vier Fragen mit ja beantwortet haben, könnte **selbst-kontrolliertes, reduziertes Trinken** die richtige Lösung für Sie sein.

Weniger Alkohol Ihr Ziel?

Auf dieser Seite finden Sie einen

- einen Alkohol-Selbsttest
- Adressen von kT-TrainerInnen in Ihrer Region
- ein Selbstlernprogramm zum Erlernen des kontrollierten Trinkens
- vielfältige Hintergrundinformationen

Fachkräfte können sich über Ausbildungsmöglichkeiten zu den Einzel- und Gruppenprogrammen informieren.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und sind auf Ihre Reaktionen gespannt.

Prof. Dr. Joachim Körkel und das Team der GK Quest Akademie

Quest-TrainerInnen-Netzwerk Login

Alkohol-Selbsttest
Wie ist mein Alkoholkonsum einzuschätzen?
» mehr...

Selbstlernprogramm
...zu weniger Alkohol. Schnell und anonym!
» mehr...

Hilfe vor Ort
Adressen von kT-Fachkräften in Ihrer Region
» mehr...

Internetshop

News
Unsere Akademie in Zeiten von Corona
» mehr...

© Copyright 2021, GK Quest Akademie, Alle Rechte vorbehalten

Header. Im Header erscheint das Logo (die Buchstaben „k“ und „t“, von denen jeweils die nicht vertikal verlaufenden Linien rot gefärbt sind, sodass sich ein nach links zeigender Pfeil hervorhebt). Ein nach links zeigender Pfeil kann als *zurück*-Zeichen verstanden werden im Sinne eines *zurück zum normalen Trinken*, was laut Abstinenzparadigma nicht funktioniert. Außerdem erscheinen im Header nach Seitenaktualisierung wechselnde Zitate. Zu fragen ist weniger, was die Zitate im Einzelnen beinhalten, sondern warum die Verfasser*innen überhaupt Zitate an so prominenter Stelle im Header platziert haben, d.h. was sie damit bewirken wollen, und was dadurch transportiert wird. Zum einen stammen fast alle Zitate von bekannten Intellektuellen, d.h. Wissenschaftler*innen, Philosoph*innen, Künstler*innen, Politiker*innen und spirituellen Führer*innen, von denen viele revolutionär waren und während ihrer Lebzeiten nicht nur auf Wohlwollen, sondern auch auf Kritik und Unverständnis gestoßen sind (z.B. Albert Einstein, Immanuel Kant, Mahatma Gandhi, Nelson Mandela). Die

Webseite mit derartigen Zitaten zu schmücken, kann als Legitimationsstrategie gedeutet werden. Die berühmten Persönlichkeiten wirken als Vorbilder, die den Argumenten der Webseitenverfasser*innen Nachdruck verleihen. Van Leeuwen (2008, S. 105ff) nennt dies *role model authority*: Unter Bezugnahme von Personen, denen eine Vorbildfunktion oder eine Meinungsführerschaft zukommt, wird das eigene Handeln legitimiert. Inhaltlich geht es um das Einnehmen einer kritisch-hinterfragenden Haltung, Selbstverantwortung zu übernehmen, Mut zu haben, ungemütliche Wege zu gehen, Selbsterkenntnis durch Erfahrung, das Hinterfragen von Wahrheiten und Vernunft. Themen, die stark an das sich wandelnde Menschenbild im Zeitalter der Aufklärung erinnern: die Entwicklung des Menschen hin zu einer mündigen Persönlichkeit. In Bezugnahme auf kontrolliertes Trinken klingt das Bild einer süchtigen Person, die dennoch mündig ist, an. Der*die mündige Süchtige existierte im klassischen Suchtdiskurs bisher nicht.

Logik des Webseitendurchlaufs. Der Begrüßungstext auf der Startseite (GK Quest Akademie, o. D.-b) möchte vorrangig Betroffene ansprechen, daher durchlaufe ich die Webseite in einer Reihenfolge, wie sie vermutlich Betroffene durchlaufen würden (angelehnt an die *walkthrough*-Methode zur Analyse von Apps von Light et al., 2016). Ich wähle dieses Vorgehen, um herauszufinden, welche Menschenbilder, Motive, Visionen und Denkstile sich in der Konzeption der Webseite dokumentieren lassen. Die Webseite ist so aufgebaut, dass Betroffene nach Aufruf der Startseite vermutlich zunächst den Alkohol-Selbsttest machen, sich dann Wissen zu den angebotenen kT-Programmen aneignen und im Idealfall über die Kontaktadressen ihr Vorhaben direkt in die Tat umsetzen. Daher werde ich die Webseiteninhalte nun in dieser Reihenfolge besprechen.

Startseite. Ruft man die Startseite (Abbildung 2; GK Quest Akademie, o. D.-b) auf, springt sofort ein farbiger Button mit der Beschriftung „Weniger Alkohol >> Ihr Ziel?“ ins Auge. Klickt man diesen *Eye-Catcher* an, gelangt man zum Reiter „Wege zum kT“, wo die drei angebotenen kT-Programme beschrieben werden, d.h. man springt sofort zum Verkaufsprodukt. Zur weiteren Analyse springe ich wieder zurück zur Startseite. Nach einer Begrüßung („Herzlich Willkommen“) wird man durch eine direkte Ansprache und vier Reflexionsfragen angeregt, über die bisherige Änderungsbereitschaft zum eigenen Alkoholkonsum nachzudenken:

Vielleicht waren auch Sie schon öfter an dem Punkt angelangt, sich Gedanken über Ihren Umgang mit Alkohol zu machen. Dann könnten Sie sich diese Fragen beantworten: Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Alkoholkonsum zu hoch ist, vielleicht sogar schon Ihrer Gesundheit gefährlich wird? Haben Sie schon öfter versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren? Haben Sie festgestellt, dass dies „einfach so“ nicht

geht? Haben Sie den Wunsch, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren? Ist der völlige Verzicht allerdings nicht Ihr Ziel? Wenn Sie diese vier Fragen mit ja beantwortet haben, könnte *selbst-kontrolliertes, reduziertes Trinken* die richtige Lösung für Sie sein. (GK Quest Akademie, o. D.-b, Kursivsetzung i.O.)

Die Formulierungen sind lösungs- und zielorientiert. Die Begriffe *Sucht* oder *Abhängigkeit* werden nicht erwähnt. Der Fokus liegt nicht auf dem *Problem* Alkohol, sondern auf der *Lösung* Alkoholreduktion, die ohne Umschweife präsentiert wird. Die Fragen zielen außerdem nicht darauf ab, zu überzeugen, oder den eigenen Alkoholkonsum zu ändern, sondern hier werden in erster Linie Betroffene versucht zu aktivieren, die diese Änderungsmotivation schon besitzen und noch nicht ins Handeln gekommen sind. Die Formulierungen bleiben dabei vage und unaufdringlich („*Vielleicht* waren Sie auch schon öfter an dem Punkt...“; „Dann *könnten* Sie sich diese Fragen beantworten...“; „*könnte* selbst-kontrolliertes, reduziertes Trinken die richtige Lösung für Sie sein“). Durch das „auch“ („*Vielleicht* waren Sie *auch* schon öfter an dem Punkt...“) wird angedeutet, dass es sich hierbei um ein kollektives Phänomen handelt. Der in der traditionellen Suchthilfe sonst stark fokussierte Kontrollverlust wird nur unterschwellig thematisiert („Haben Sie festgestellt, dass dies ‚einfach so‘ nicht geht?“).

Es folgen einige Quicklinks auf Webseiteninhalte: Ein Alkohol-Selbsttest, Kontaktdressen zu kT-Trainer*innen und Hintergrundinformationen zu den kT-Programmen. Der Begrüßungstext schließt mit:

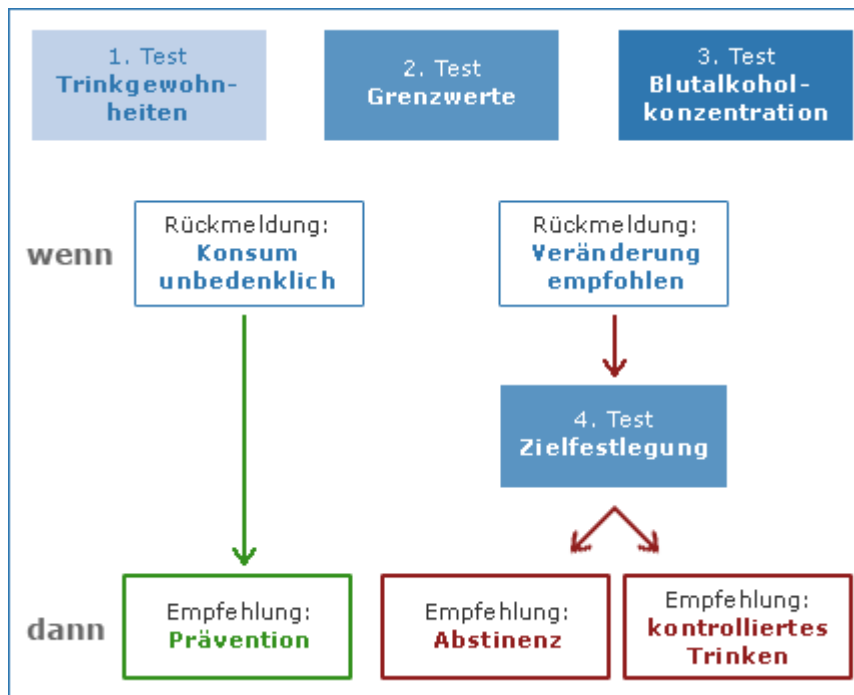
Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und sind auf Ihre Reaktionen gespannt. Prof. Dr. Joachim Körkel und das Team der GK Quest Akademie. (GK Quest Akademie, o. D.-b)

Durch diese Personalisierung werden die (menschlichen) Verfasser*innen sichtbar gemacht. Es wird ein Gefühl von Nahbarkeit und ernst gemeintem Interesse am eigenen Befinden erzeugt. Rezipient*innen sollen mit den Verfasser*innen sympathisieren. Körkel, der hier explizit als Verantwortlicher für die Inhalte genannt wird, scheint sich zeigen zu wollen.

Alkohol-Selbsttest. Der Alkohol-Selbsttest (GK Quest Akademie, o. D.-c) besteht aus vier Testbausteinen (Abbildung 3). Die Tests beruhen auf Freiwilligkeit. Man muss sie nicht durchführen, um bestimmte Seiteninhalte freizuschalten. Auch kann man die Anzahl und die Durchführungsreihenfolge frei wählen, z.B. kann man auch nur einen der vier Tests machen.

Abbildung 3

Struktur des Alkohol-Selbsttests (Grafik entnommen von GK Quest Akademie (o. D.-c); abgerufen am 31.08.2021)



Die ersten drei Testbausteine (*Trinkgewohnheiten*, *Grenzwerte* und *Blutalkohol*) verlangen, den eigenen Alkoholkonsum in Zahlen und Häufigkeiten umzuwandeln und eine Risikoabklärung vorzunehmen. Die Berechnungsgrundlagen und das Auswertungsschema werden transparent gemacht, sodass das Testergebnis nachvollzogen werden kann.

Test 1 (*Trinkgewohnheiten*) dient der Abklärung, ob das eigene Trinkverhalten noch normal (unter 8 Punkte bei maximal 40 Punkten) oder schon risikohaft ist (ab 8 Punkte). Die Fragen prüfen klassische Suchtkriterien ab, so z.B. Trinkmenge, Häufigkeit, Kontrollverlust, Leidensdruck.

Test 2 (*Grenzwerte*) enthält Tabellen, mit denen der wöchentliche Alkoholkonsum (in g Reinalkohol), der höchste Tageskonsum (in g Reinalkohol) und die Anzahl alkoholfreier Tage bestimmt werden sollen.

Test 3 (*Blutalkoholkonzentration*) rechnet die Trinkmenge an zwei beispielhaften Tagen in Blutalkoholkonzentration um. Den Testergebnissen folgen jeweils psychoedukative Teile, die das eigene Trinkverhalten in einen Risiko-Kontext setzen.

Test 4 (*Zielfestlegung*) soll als Entscheidungshilfe für den künftigen Umgang mit Alkohol dienen, falls in den vorausgegangenen Testergebnissen eine Veränderung empfohlen wurde. Möglich sind drei Empfehlungen: *kontrolliertes Trinken*, *Abstinenz* oder *Prävention*. Die Fragen klären noch einmal klassische Abhängigkeitssymptome und gesundheitliche oder

soziale Faktoren ab. Hat man zu viele Fragen mit ja beantwortet (>2), wird ein „Verdacht auf Alkoholabhängigkeit“ geäußert. Es wird empfohlen, Kontakt mit einer Fachkraft aufzunehmen und Abstinenz anzustreben. Kontrolliertes Trinken wird als „zweitbeste Alternative“ bezeichnet, falls Abstinenz „unrealistisch“ oder „nicht erwünscht“ sei. Liegt das Testergebnis unter dem Cut-off-Wert, wird die Empfehlung kontrolliertes Trinken ausgesprochen.

Die Selbsttests stellen gewissermaßen ein ärztlich-psychologisches Diagnostikgespräch, inklusive vorsichtig formulierter Diagnose- und Behandlungsempfehlung, dar. Bei der Konzeption der Selbsttests wurde das von Körkel entwickelte Konzept der zieloffenen Suchtarbeit angewandt, denn trotz Empfehlung sind alle Behandlungsoptionen anklickbar. Die Empfehlung Prävention ist auch immer anklickbar, wird jedoch nicht automatisch angezeigt. Klickt man auf Prävention, wird man anhand von neun „Überlegungen“ (angelehnt an das Konzept der US-amerikanischen Selbsthilfebewegung *moderates Trinken*; <https://moderation.org>) motiviert, „sich den eigenen Umgang mit Alkohol bewusst zu machen“:

1. Betrachten Sie ein gelegentliches alkoholisches Getränk als kleinen, aber nicht zentralen Bestandteil Ihres Lebens.
 2. Wenn Sie Alkohol trinken, tun Sie das bewusst und mit Genuss.
 3. Achten Sie darauf, dass Sie sich mit Ihrem Alkoholkonsum wohl fühlen (d.h. nicht heimlich trinken, sich nicht ständig gedanklich mit Ihrem Alkoholkonsum beschäftigen usw.).
 4. Trinken Sie nicht täglich Alkohol - legen Sie mindestens 1-2 alkoholfreie Tage in jeder Woche ein.
 5. Beschränken Sie sich an Tagen, an denen Sie Alkohol trinken, auf maximal 20g Alkohol als Frau und auf 30g als Mann.
 6. Trinken Sie nicht vor oder während Aktivitäten, die in alkoholisiertem Zustand Gefahren für Sie und andere bergen (z.B. Auto fahren, Maschinen bedienen, schwimmen).
 7. Trinken Sie nicht, um besser mit Problemen zurechtzukommen.
 8. Lernen Sie sich auf alkoholfreie Weise zu entspannen.
 9. Pflegen Sie Hobbys und andere Interessen ohne Alkohol.
- (GK Quest Akademie, o. D.-d)

Mit diesen Regeln sind die Regeln für kontrolliertes Trinken ebenso abgedeckt. Kontrolliertes Trinken und Prävention überschneiden sich zu großen Teilen und sind damit keine von den Verfasser*innen klar voneinander abgegrenzten Konzepte ⁴⁷. Lediglich die

⁴⁷ Das deckt sich auch damit, dass kT laut Webseite von den Krankenkassen als „Primärprävention“ bezuschusst wird (und nicht als Sekundärprävention) (GK Quest Akademie, o. D.-m).

Zielgruppenansprache ist eine andere. Somit scheint Alkoholkonsum nur in Kombination mit Selbstmanagement und Selbstkontrolle denkbar. Intuitiver, moderater Konsum ohne selbstauferlegte Regeln scheint nicht denkbar, unabhängig davon, ob eine Abhängigkeitsdiagnose vorliegt oder nicht. Körkel & Co engen damit das Feld des unproblematischen Alkoholkonsums stark ein. Die Gruppe der Personen, die Alkohol konsumieren „dürfen“, wird durch das Hinzunehmen der eigentlich Abhängigen zwar größer, die Bandbreite der akzeptierten Trinkverhaltensweisen jedoch enger.

kT-Programme. Im Reiter „Wege zum kT“ (GK Quest Akademie, o. D.-j) werden die drei entwickelten Programme beworben: „10-Schritte-Programm“, „AkT - Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ und „EkT - Ambulantes Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken“. Außerdem sind Informationen zu Nachsorge-Selbsthilfegruppen, zwei Erfahrungsberichte und einzelne Manualseiten zum Download verfügbar.

Als erstes wird das *10-Schritte-Programm* genannt (GK Quest Akademie, o. D.-n). Es wird als „Selbstkontrollmanual“ bezeichnet, welches dazu befähigen soll, innerhalb von drei Monaten (wöchentlicher Aufwand 2-3h) kontrolliertes Trinken in Eigenregie zu erlernen. Bestellt werden kann das Manual für 34,90 Euro (bzw. 39,80 Euro) direkt über die Internetseite. Somit fungiert die Seite www.kontrolliertes-trinken.de auch als Verkaufsplattform. Das 10-Schritte-Programm wird als Selbstlernmanual seit 2001 herausgegeben. Laut GK-Quest Internetshop wurde die Auflage zuletzt 2013 bearbeitet. Die 10 Schritte sind:

1. Gute Startbedingungen schaffen
 2. Trinktagebuch führen
 3. Bilanz ziehen
 4. Informationen über Alkohol aneignen
 5. Konsumziele festlegen
 6. Risikosituationen erkennen
 7. Kontrollstrategien anwenden
 8. Freizeit planen
 9. Belastungen bewältigen
 10. Erfolg sichern
- (Körkel, 2003, S.7)

Das Manual wird als „informative Hilfestellung“ beworben. Es sei angelehnt an englischsprachige Selbstlernprogramme und beruhe „auf den Grundpfeilern der Verhaltenstherapie“. Die auf der Webseite genannten Vorteile des Selbstlernprogramms sind: Anonymität und damit verbundene größere Erreichung von Personen, die sich sonst nicht

trauen würden. Es wird ausführlich beschrieben, welche Inhalte enthalten und welche Veränderungen erwartbar sind. Die erwartbaren Veränderungen sind dafür, dass dieser Text an Laien gerichtet ist, auffallend wissenschaftlich formuliert, inklusive Zitationen, Prozentangaben und Literaturverzeichnis. Sie scheinen dennoch nicht an Wissenschaftler*innen gerichtet zu sein, denn es fehlen Angaben zur statistischen Signifikanz. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit beruhen laut Text auf einer ersten Untersuchung in den Jahren 2002 und 2003 mit einer nicht repräsentativen Stichprobe von 151 bei einer Rückmeldequote von 38%. Dennoch werden diese Ergebnisse „bereits als Erfolg gewertet“. Hier wird ein Befund generalisiert, der auf einer nicht repräsentativen Stichprobe beruht. Dies wird von Reisigl und Wodak (2005, S. 69ff) zu den Argumentationsstrategien gezählt, die einem herrschaftsfreien Diskurs entgegenwirken (*hasty generalization*).

Als zweites wird das *AkT - Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken* genannt (GK Quest Akademie, o. D.-m). Es wird erwähnt, dass es „auf Initiative und unter Federführung von Prof. Dr. Joachim Körkel“ erstmals im Oktober 1999 in Nürnberg durchgeführt wurde und seitdem „in vielen Städten in Deutschland, der Schweiz und Österreich angeboten wird“. Das AkT ist somit das erste von Körkel veröffentlichte Programm. Auch das AkT besteht aus 10 Einheiten (verteilt auf 10 Gruppenabende), die große Ähnlichkeiten zu den Schritten des zuvor beschriebenen Selbstlernprogramms aufweisen. Ein inhaltlicher Unterschied ist, dass im Gruppenprogramm zwischen ersten und mittelfristigen Zielen unterschieden wird und Raum dafür gegeben wird, sich in der letzten Einheit noch für Abstinenz zu entscheiden. Es wird also ein zieloffener Ansatz verfolgt. Ein struktureller Unterschied ist, dass das auf kontrolliertes Trinken ausgerichtete Selbstlernprogramm für alle zugänglich ist, während das zieloffene AkT eine vorgeschaltete Diagnosephase beinhaltet, die unter Umständen zum Ausschluss von Personen führt. Ein Klick auf „aktuelle Kursangebote“ führt jedoch auf eine leere Seite (Zugriff erfolgte am 31.08.2021). Lediglich Trainer*innen-Kontaktdaten in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind auffindbar.

Als drittes und letztes wird das *EkT - Ambulantes Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken* genannt (GK Quest Akademie, o. D.-l). Das EkT wird seit 2003 in Deutschland, Österreich und der Schweiz angeboten und „verbindet diejenigen Programmelemente, die sich nach internationalem Kenntnisstand als besonders motivations- und veränderungsförderlich erwiesen haben“. Auch das EkT besteht aus 10 Einheiten, die sich inhaltlich sehr am AkT orientieren - nur eben im Einzelsetting. Ebenso wie das AkT ist dem EkT eine Diagnosephase vorgeschaltet.

Laut eigener Aussage werden die Gruppen- und Einzelprogramme von deutschen Krankenkassen als „Primärprävention“ anerkannt und bezuschusst. Auf der Webseite der Krankenkassenzentrale (Krankenkassen-Zentrale, o. D.) wird kontrolliertes Trinken jedoch nicht einmal erwähnt.

Zwischenfazit. Insgesamt wird der Eindruck erweckt, dass das Selbstlernprogramm (10-Schritte-Programm) das wichtigste Programm zu sein scheint, da es auf der Webseite am auffälligsten präsentiert wird. Zum einen wird das Selbstlernprogramm an erster Stelle genannt, obwohl es zeitlich erst nach dem AkT entwickelt wurde, zum anderen beinhaltet die Beschreibung des Selbstlernprogramms mehr und tiefergehenden Text als die Beschreibung der Programme AkT und EkT. Auf der Startseite wird das Selbstlernprogramm zweimal erwähnt und direkt verlinkt, jedoch nicht die anderen beiden Programme. Der Grund liegt eventuell im Versuch, die Webseite konkreter an die Zielgruppe anzupassen, die, wie es scheint, mehr aus Interessierten am Selbstlernprogramm als aus Interessierten an den Programmen EkT und AkT besteht. Vielleicht ist der Verkauf des Selbstlernprogramms aus anderen Gründen lukrativer und wird deshalb mehr beworben.

In der Tat setzt Körkel verstärkt auf den Verkauf von Selbsthilfeleratur direkt an Betroffene. So wurde neben dem Selbstlernmanual sein Buch *Kontrolliertes Trinken: So reduzieren Sie ihren Alkoholkonsum* im Januar 2021 in der dritten aktualisierten Auflage veröffentlicht (Körkel, 2021). Zuvor hatte Körkel schon das Buch *Rückfall muss keine Katastrophe sein: Ein Leitfaden für Abhängige und Angehörige* veröffentlicht, welches zuletzt 2010 in der 6. Auflage erschien (Körkel, 2010b). Der Vorteil des Verkaufs von (populärwissenschaftlicher) Selbsthilfeleratur ist, dass dies weitgehend unabhängig von Diagnose- und Therapiestandards und der Akzeptanz und Unterstützung innerhalb der Suchtforschung und -therapie gelingt.

Letztlich ist zu schlussfolgern, dass mit den kT-Programmen eine Möglichkeit für all jene geschaffen wurde, die ihren Alkoholkonsum in Eigenregie optimieren möchten. Es geht nicht mehr darum, eine *Krankheit* zu therapieren, sondern ein *optimales* Konsummuster zu erlernen - und gleichzeitig pathologisierende Konstrukte wie *Sucht* und *Abhängigkeit* zu vermeiden. Vor allem das 10-Schritte-Selbstlernprogramm kommt ganz ohne Pathologisierung aus, denn eine Diagnosephase ist nicht notwendig. Somit bekommt das gesellschaftliche *Tabuthema* Alkoholismustherapie ein neues akzeptables Kleid.

Erfahrungsberichte. Direkt im Anschluss an die Beschreibung der kT-Programme sind zwei Erfahrungsberichte hochgeladen (GK Quest Akademie, o. D.-k). Der erste Bericht ist ein Leserbrief an die Rhein-Neckar-Zeitung aus dem Jahr 2014. Hildegard, die Mutter eines

33-jährigen Alkoholabhängigen, fordert die Kostenübernahme von Behandlungen, die nicht auf freiwilliger Abstinenz als Vorbedingung basieren, da abstinenzbasierte Programme zu hohe Ansprüche an Suchtkranke setzen. Sie berichtet vom Leidensweg ihres Sohnes, der nach erfolglosen stationären abstinenzorientierten Aufenthalten zunächst keine Hilfe mehr wollte, nun jedoch (ermöglicht durch ihre Finanzierung) seit einem halben Jahr die Hilfe eines Alkoholreduktionsprogramm annimmt. Der zweite Bericht stammt von Michael, einem Kursteilnehmer des AkT (Gruppenprogramm). Michael berichtet von der, für ihn überraschenden Erkenntnis, selbst ein Alkoholiker zu sein, als er ursprünglich wegen des Alkoholproblems eines Freundes eine Beratungsstelle kontaktierte. Für ihn war sofort klar, dass er keine totale Abstinenz wollte, denn das sei ein „zu dramatischer Eingriff in das tägliche Leben“, er wollte nicht darauf verzichten und seine Familie sollte auch nichts erfahren. Stattdessen wollte er lernen mit Alkohol umzugehen. Somit wurde eine Kursteilnahme für ihn arrangiert. Michael beschreibt, wie er im Kurs all das fand und lernte, wonach er gesucht hatte: seinen gesundheitlichen Status Quo erkennen und seine Sucht zu bekämpfen, indem er seinen Umgang mit Alkohol genauestens überwachte. Er berichtet von unglaublichen Fortschritten schon nach kurzer Zeit, die sich positiv auf sämtliche Lebensbereiche auswirkten. Er beschreibt sich als neuer, besserer Mensch mit einem „neuen Leben“, was er neben der Suchtberatungsstelle dem Programm kontrolliertes Trinken zu verdanken habe:

Der Erfolg beweist mir, dass ich wirklich besser geworden bin ... Jeden Tag meines "neuen" Lebens genieße ich wie ein neues, großes und positives Abenteuer und alles das verdanke ich den Mitarbeitern der Suchtberatung und dem Programm "Kontrolliertes Trinken". (Bericht „Michael, Kursteilnehmer des AkT“ von GK Quest Akademie, o. D.-k)

Die beiden Erfahrungsberichte, insbesondere der Bericht von Michael, sind Beispiele für *moral tales*. Durch moral tales werden Geschichten von Personen erzählt, deren Verhalten als moralisch erwünscht und legitim verstanden wird. Daher gehen solche Geschichten auch gut aus. Eine Handlung, in diesem Fall die eigene Sucht zähmen, wird durch den positiven Ausgang legitimiert (van Leeuwen, 2008, S. 118-119). Gleichzeitig repräsentieren die beiden Betroffenen, der 33-jährige Sohn und Michael, die Gruppe der Alkoholabhängigen, die vom traditionellen Suchthilfesystem nicht aufgefangen werden, weil sie nicht abstinent sein können oder wollen⁴⁸. Durch die Darstellung der Erfahrung aus ihrer persönlichen Sicht werden sie zu

⁴⁸ Es fällt auf, dass *können* und *wollen* im Zusammenhang mit *abstinent sein* häufig nebeneinander verwendet werden. Hier in den beiden Erfahrungsberichten wird nicht genauer spezifiziert, ob die

Protagonisten und dadurch wird genau diese Zielgruppe für eine Kursteilnahme motiviert. Auch ein bestimmtes Menschenbild wird hier transportiert: Beide werden als autonom und willensfrei dargestellt - als Menschen, die selbst entscheiden (dürfen), wann sie welche Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Warum wurden nun diese beiden Erfahrungsberichte ausgewählt bzw. verfasst⁴⁹? In beiden Geschichten wird kontrolliertes Trinken als eine Art Wundermittel dargestellt, als Rettungsanker der sonst verlorenen Seelen. Insbesondere die Geschichte Michaels ist ein ideales Fallbeispiel dafür.

Feinanalyse des Abschnitts „Hintergründe“. Es fällt auf, dass in der Beschreibung der kT-Programme zwar viel über Ablauf, Vorteile und Wirksamkeit steht, bisher jedoch nicht geklärt wurde, was kontrolliertes Trinken überhaupt ist. Dafür gibt es einen eigenen Abschnitt namens *Hintergründe* (GK Quest Akademie, o. D.-e). Der Abschnitt beginnt mit: „Die Programme zum kontrollierten Trinken basieren auf einer 30-jährigen Forschung. Prof. Dr. Körkel entwickelte sie in ihrer heutigen Form“. Auch hier wird Körkel also wieder prominent als Urheber in den Fokus gesetzt und mit Wissenschaftlichkeit argumentiert. Der Abschnitt *Hintergründe* ist unterteilt in die Texte 1) *Einführung*, 2) *Begründung und Wirksamkeit*, 3) *Freier Wille?* und 4) eine kommentierte Liste mit weiterführender Literatur. Die Texte werden im Folgenden genauer analysiert.

Text „Einführung“. Der Text *Einführung* (GK Quest Akademie, o. D.-f) trägt die Unterüberschrift „*Das Risiko Alkohol in den Griff bekommen*“. Damit kann das zugrundeliegende Narrativ des Textes zusammengefasst werden: Alkoholkonsum wird mit Risiko gleichgesetzt; Risiko ist gesundheitsschädlich, daher inakzeptabel und muss eliminiert werden; aber weil Alkoholkonsum gesellschaftlich nicht mehr wegzudenken ist, wird das Risiko zu einem individuellen Problem gemacht, das eigenverantwortlich zu lösen ist. In der Einleitung steht:

In unserem Kulturkreis gehört Alkohol zum Leben ... Viele Menschen praktizieren einen eher riskanten Umgang mit Alkohol. Hilfe bieten Programme zum kontrollierten Trinken: Sie ermöglichen ein Umschalten auf risikoarmen Alkoholkonsum oder tragen dazu bei, dass es bei einem solchen Konsum bleibt. (GK Quest Akademie, o. D.-f)

Betroffenen nicht abstinenter sein können oder wollen oder sogar beides. Es scheint, als würden *können* in gewissem Maße mit *wollen* gleichgesetzt.

⁴⁹ Denn wir wissen nicht, ob die Berichte *echt* sind und welche anderen Berichte es noch gibt, aus denen sie ausgewählt wurden.

In dieser Textstelle wird auf einen gesellschaftlichen Notstand aufmerksam gemacht, auf den die Programme zum kontrollierten Trinken reagieren sollen: Die gesundheitlichen Risiken von Alkohol werden kollektiv missachtet, also müssen Erziehungsmaßnahmen her, die die Menschen zu mehr Eigenverantwortlichkeit erziehen sollen. Das Phänomen kontrolliertes Trinken kann daher auch als Ausdruck eines foucaultschen Dispositivs gesehen im Sinne eines Herrschaftsinstrumentes mit dem zwei gegenläufige Elemente verschalten werden: ein gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Diskurs in Bezug auf Alkohol und die den Neoliberalismus bestimmende Rede der Selbstverantwortung (vgl. Bröckling, 2007). Die Verknüpfung von kontrolliertem Drogenkonsum und Neoliberalismus wurde zuvor schon von Kolte und Schmidt-Semisch (2019) behandelt.

Der nächste Abschnitt „*Wie viel ist zu viel?*“ definiert die Grenze zwischen risikoarmem und riskantem Konsum: Zahlenwerte, die anhand der Datenlage zur Wahrscheinlichkeit alkoholinduzierter Folgeschäden berechnet wurden (täglich maximal 20g Reinalkohol für Frauen und 30g Reinalkohol für Männer, sowie 1 bis 2 abstinente Tage pro Woche). Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass Alkoholkonsum immer riskant sei („Da Alkohol für den Körper ein Gift ist, das abgebaut werden muss, kann man Schäden infolge von Alkoholkonsum nie ausschließen“). Hier lässt sich die von Spode propagierte Einengung des akzeptierten Risikos erkennen (vgl. Spode, 2012). Festgelegt wird die neue Grenze nicht mehr durch subjektives Befinden oder manifesten Schaden, sondern durch statistische Risikobewertung. Die zeitlichen Dimensionen von Risiko und Gesundheit werden damit betont: das Risikoverhalten von heute bestimmt die Gesundheit der Zukunft. Für das Subjekt ist diese latente Gesundheit jedoch unsichtbar, weshalb es nicht verwundert, dass darauf der Abschnitt „*Wo stehen Sie persönlich?*“ folgt, in dem mit der direkten Ansprache ein Wechsel auf die subjektive Ebene stattfindet. Das Subjekt wird angerufen, die unsichtbaren Risikogrenzen zu suchen und einzuhalten, indem es anhand eines Trinktagebuchs aufgefordert wird, die eigenen Trinkgewohnheiten zu erfassen, sich also konstant selbst zu beobachten und zu vermessen, um „das Trinken nicht zu einer unkontrollierten Gewohnheit werden zu lassen“. Im nächsten Abschnitt „*Unterstützung suchen*“ wird bestimmt, wann Abstinenz und wann kontrolliertes Trinken die angemessene Maßnahme wären. Kontrolliertes Trinken wird dabei als Schadensbegrenzungsmaßnahme bei Abstinenzunwilligen oder -unfähigen verhandelt. Im letzten Abschnitt „*Neue Formen der Hilfe*“ werden die kT-Programme beworben. Als Legitimationsargumente werden Innovation und Nützlichkeit („neu und hilfreich“, „ergänzen die auf Abstinenz ausgerichteten Beratungsangebote“), Wissenschaftlichkeit („basieren auf internationalen Studien“; „Ergebnisse aus bisher durchgeführten Akt-Gruppen sind

vielversprechend“) und Bewährtheit („sind in vielen Ländern ... selbstverständlich“; „seit 1999 mit großem Erfolg durchgeführt“) genannt. Es werden jedoch keine Quellenangaben gemacht, sodass die Argumente nicht überprüfbar sind.

Text „*Begründung und Wirksamkeit*“. Der zweite Text *Begründung und Wirksamkeit* (GK Quest Akademie, o. D.-h) möchte „die Notwendigkeit einer solchen Vorgehensweise sowie die Effizienz der Programme in Kürze darstellen“. Es handelt sich hierbei um eine zusammengefasste, „übersichtlichere“ Version des Textes „Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht“ (Körkel, 2002b). Er eignet sich besonders gut zur Analyse, weil er das Ergebnis einer von Körkel vorgenommenen Kürzung auf das von ihm offenbar als am wichtigsten Empfundene ist. Es ist also anzunehmen, dass seine Motive hier besonders deutlich werden. Die Einleitung beginnt mit:

Kontrolliertes Trinken war in Deutschland bis vor kurzem ein von Dogmen und Mythen umwehtes Tabuthema. Nicht selten wurde ein großer Bogen um dieses Thema gemacht und es wurde mit Floskeln abgetan ("Das geht nicht!"). Inzwischen hat sich durch Diskussionen, Vorträge, Publikationen und Medienberichte die Situation geändert. Mittlerweile gibt es auch in Deutschland Angebote zum Erlernen des kontrollierten Trinkens sowie Fachleute für die Vermittlung. In anderen Teilen der Welt (England, Kanada, Australien, USA) sind ähnliche kT-Programme bereits seit Jahrzehnten etabliert und fester Bestandteil des Suchthilfeangebots. Es liegen mittlerweile viele wissenschaftliche Erkenntnisse zum kontrollierten Trinken vor, und seit Jahrzehnten gibt es englischsprachige Programme zum Erlernen eines selbstkontrollierten Umgangs mit Alkohol. (GK Quest Akademie, o. D.-h)

Körkels Beschreibung der Entwicklung des kontrollierten Trinkens folgt dem Narrativ eines *Underdogs*, der sich entgegen viel Widerstand zu einem etablierten Forschungsparadigma entwickelt hat. Was hat den Protagonist*innen die Kraft und die Motivation verliehen, gegen den wahrgenommenen Widerstand anzukämpfen? Eine Antwort darauf liefern die nächsten Textabschnitte. Als erstes nimmt der Text (wie auch zuvor der Text *Einführung*) eine „Blickerweiterung“ auf den riskanten Konsum als „Vorform“ der Diagnosen Missbrauch und Abhängigkeit vor. Ausgangspunkt der Argumentation ist also wieder der gesellschaftliche Notstand des riskanten Alkoholkonsums, auf den reagiert werden muss. Wie legitimiert sich nun kontrolliertes Trinken als angemessene Reaktion auf diesen Notstand? Körkel liefert hierzu im nächsten Abschnitt „*Warum kT-Angebote*“ drei Argumente, warum kontrolliertes Trinken als Ergänzung zur abstinenzorientierten Suchthilfe seine Daseinsberechtigung hat: 1)

„Autonomiewahrung des Konsumenten“⁵⁰, 2) „Verbesserung der Erreichbarkeit der Zielgruppe“ und 3) „Förderung des therapeutische[n] Prozesses und Erfolgs“. Zur Begründung der Argumente 2 (von Körkel als „gesundheits-/versorgungspolitisches Argument“ bezeichnet) und 3 (von Körkel als „therapeutisches Argument“ bezeichnet) wird im Anschluss eine Liste an wissenschaftlichen Befunden zur Wirksamkeit von kT-Programmen geliefert. Zusammengefasst ergeben die Befunde, dass kT-Programme mindestens genauso wirksam wie abstinenzorientierte Programme, bzw. zumindest wirksamer als keine Intervention, sind⁵¹. Aber offenbar reichen wissenschaftliche Argumente allein nicht aus, kontrolliertes Trinken als Intervention vor dem Hintergrund der abstinenzorientierten Suchthilfe zu legitimieren. Das interessanteste Argument ist daher Argument 1 („Autonomiewahrung des Konsumenten“; von Körkel als „ethisches Argument“ bezeichnet). Mit Verweis auf das Recht auf Autonomie des Menschen wird hier das erste der vier medizinethischen Grundprinzipien (*Respekt der Autonomie bzw. Selbstbestimmung; Schadensvermeidung; Fürsorge; Gerechtigkeit*) nach Beauchamp und Childress genannt (Beauchamp & Childress, 2019).

Die vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress sind ein Versuch, ausgehend von moralischen Alltagsüberzeugungen, konsensfähige, lebensweltlich brauchbare Prinzipien mit mittlerer Reichweite zu entwickeln, an Stelle von abstrakten theoretischen Postulaten, die an der lebensweltlichen oder klinischen Wirklichkeit vorbeigehen, weil sie immer und überall gelten wollen (Marckmann, 2000). Um ethische Dilemmata im klinischen Alltag zu lösen, muss eine Interpretation und Gewichtung der Prinzipien auf die spezifische Situation eines Falles erfolgen. Da diese Schritte stark von den jeweiligen moralischen Überzeugungen der beteiligten Personen abhängen, ist die Lösung des Dilemmata letztlich eine Frage des zugrundeliegenden Menschenbildes (Wiesemann, 2012). Das von Körkel referenzierte Prinzip der *Autonomie* des*der Patienten*Patientin umfasst neben „negative[n]

⁵⁰ Vor allem in der Psychotherapie wird das Wort *Patient*in* häufig vermieden, um die Person nicht als passive Empfängerin von Interventionen darzustellen. Stattdessen wird eher *Klient*in* verwendet, um die Autonomie der Person zu betonen. Aber warum redet Körkel hier vom „Konsumenten“ anstatt vom *Klienten*? Eine naheliegende Vermutung wäre, dass Körkel sich begrifflich noch mehr von einer passiven (Abhängigkeits-)Beziehung distanzieren möchte, als dies durch die Verwendung von *Klient* schon der Fall wäre. Es soll ausschließlich um das zu verändernde Verhalten gehen - das *Konsumieren* von Alkohol - und nicht um sonstige Befindlichkeiten, die der betreffenden Person ungefragt ein *Klient*in sein* aufzwingen würde. Zum anderen ist ‚Konsument*in‘ natürlich die Zentralbezeichnung für das Subjekt im Kapitalismus.

⁵¹ Entscheidender Parameter, ob eine Intervention als wirksam beurteilt wird, ist das Beibehalten der Trinkmengenreduktion (d.h. auch Abstinenz wird hinzugezählt) über einen längeren Zeitraum. Subjektive Faktoren wie subjektives Wohlbefinden werden nicht genannt, scheinen also nicht relevant zu sein.

Freiheitsrechte[n] (Freiheit von äußerem Zwang und manipulativer Einflußnahme) ... auch ein positives Recht auf Förderungen der Entscheidungsfähigkeit“ (Marckmann, 2000, S. 1). Körkel wendet das Prinzip folgendermaßen auf die Behandlung von Alkoholismus an:

Autonomiewahrung des Konsumenten (ethisches Argument): Nach einem ersten Argument erfordert es das Recht auf Autonomie des Menschen (bzw. freie Entfaltung oder Unverfügbarkeit der Person), Therapieziele nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Klienten zu verfolgen. Daraus ergibt sich als ethische Notwendigkeit, die Behandlungszielfrage (Abstinenz oder kontrolliertes Trinken?) explizit und sanktionsfrei ins Gespräch zu bringen, das Für und Wider dieser Ziele zu erörtern und letztlich das Ziel aufzugreifen, das der Klient für sich anstreben möchte. 63% der australischen Einrichtungen, die Hilfen zum kT anbieten, arbeiten nach diesem Prinzip. (GK Quest Akademie, o. D.-h)

Körkel schlussfolgert aus diesem Prinzip, dass eine „zieloffene Herangehensweise an Alkoholprobleme ethisch geboten“, denn insbesondere das positive Recht auf Förderung der Entscheidungsfähigkeit wird von der zieloffenen Suchtarbeit umgesetzt.

Eingeschränkt wird das Autonomieprinzip durch die Prinzipien der *Schadensvermeidung* (den Patient*innen soll kein Schaden zugefügt werden) und *Fürsorge* (die Behandlung soll das Wohl der Patient*innen fördern und ihnen nützen) (Marckmann, 2000). Im Fall von Sucht kommt es auf das zugrundeliegende Krankheitsverständnis an: Wenn die Entscheidungs- und Selbstkontrollfähigkeiten der Betroffenen angezweifelt werden, folgt daraus auch die Einschränkung des Autonomieprinzips zugunsten der Prinzipien der Schadensvermeidung und der Fürsorge (Taylor, 2008, S.12).

Diese anderen für den Suchtbereich relevanten Prinzipien (Schadensvermeidung und Fürsorge) und ihr Konflikt mit dem Autonomie-Prinzip werden von Körkel jedoch nicht erwähnt. Körkels starke Fokussierung auf das Autonomieprinzip ist im Einklang mit einer allgemeinen medizinethischen Verschiebung von hin zu Individualisierung, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung seit den 1860er Jahren (Lanzerath, 2008; Will, 2011a & 2011b). Der ärztliche Paternalismus (*Doctor knows best*) weicht allmählich der Patient*innenautonomie (*Patient knows best*). Ursächlich für die Verschiebung sind u.a. aufgedeckte Skandale, die das Bedürfnis erweckten, die ärztliche Entscheidungsmacht einzuschränken und das Machtungleichgewicht auszubalancieren, z.B. durch die „informed consent“ Regelung (Will, 2011b) ⁵². Diese Verschiebung ist vor allem in der amerikanischen Medizinethik

⁵² Informierte Einwilligung: Patient*in muss im Voraus aufgeklärt werden und zu einer „selbstbestimmten Entscheidung“ für oder gegen einen Eingriff gelangen können (Becker, 2018, S. 24).

wiederzufinden (Marckmann, 2000; Will, 2011a & 2011b). Will (2011b) nennt als Grund, dass die Betonung der Patient*innenautonomie sich besonders gut mit der liberal westlichen Tradition und dem Ruf nach individueller Freiheit vereinen lässt. Das hiermit erzeugte Subjekt als „autonomous agent“ (Will, 2011b, S. 1496) lässt sich damit auch in das aktuell vorherrschende neoliberale Menschenbild einordnen.

Text „*Freier Wille?*“. Der dritte Text wird unter dem Namen *Freier Wille?* gelistet (GK Quest Akademie, o. D.-g). Es handelt sich laut Angabe auf der Webseite um die Online-Version eines Beitrags Körkels zu einer 2005 veröffentlichten Schriftenreihe der Fontane-Klinik (für Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik) und des Psychotherapie-Instituts Motzen (Brandenburg) (Körkel, 2005). Die Schriftenreihe trägt den Titel: „*Willensfreiheit - eine nützliche Illusion in der Psychotherapie*“. Der Artikel richtete sich also ursprünglich an wissenschaftlich bewanderte Rezipient*innen, die ebenfalls im Bereich Suchttherapie und -forschung tätig sind. Dass er dennoch im primär für interessierte Laien bestimmten Abschnitt *Hintergründe* der Webseite www.kontrolliertes-trinken.de zugänglich ist, verweist auf das Menschenbild des*der mündigen Betroffenen, das dem Ansatz zugrunde liegt. Betroffene haben ebenso Zugang zum wissenschaftlichen Diskurs wie Fachkräfte. Den Betroffenen wird also keine Information vorenthalten. Ihnen wird die Kompetenz zugesprochen, selbst zu entscheiden, wie tief sie inhaltlich einsteigen möchten. Organisatorisch nimmt die Webseite also keine klare Trennung zwischen Expert*innen- und Betroffenenrolle vor. Im Folgenden rede ich zwar von *Körkels* Beitrag, zitiere ihn jedoch als *GK Quest Akademie (o. D.-g)*, da ich mich streng genommen nicht auf den externen Text von Körkel (2005) beziehe, sondern auf die Webseiteninhalte, wo Körkel nicht explizit als Verfasser angegeben ist.

Die Überschrift von Körkels Beitrag lautet: „*Kontrolliertes Trinken - Zwischen freiem Willen und biologischem Determinismus*“. Das Wort „zwischen“ lässt ein Spannungsfeld vermuten, bei dem sich kontrolliertes Trinken womöglich *dazwischen* einordnen lässt. Gleich zu Beginn werden die Fragestellung, das Ziel und der roter Faden des Artikels offengelegt. Die Fragestellung lautet:

Sind Alkoholabhängige biologisch darauf festgelegt, eine Genesung von ihrer Alkoholabhängigkeit nur durch lebenslange Alkoholabstinenz erzielen zu können? Oder ist es ihnen möglich, durch Willenskraft und Selbstkontrolle zu einem symptomfreien, nicht-abhängigen Alkoholkonsum zu gelangen? (GK Quest Akademie, o. D.-g)

In diesen Fragen sieht Körkel den „Widerstreit fundamentaler Sichtweisen über Alkoholismus nieder[schlagen], nämlich die des biologischen und des sozialwissenschaftlich ausgerichteten Paradigmas“ (vgl. der Paradigmenstreit im wissenschaftlichen Alkoholismuskurs, S. 33).

Das Ziel des Artikels ist es, „wissenschaftlich begründete Antworten“ auf die genannte Fragestellung zu geben. Der Artikel gliedert sich laut Einleitungstext in vier Teile: 1) Eine kritische Betrachtung dreier Sichtweisen auf Alkoholismus, 2) die Erläuterung des Ansatzes kontrolliertes Trinken, 3) die Anwendung des Konzeptes Willensfreiheit auf die Suchtbehandlung, 4) ein Resümee. Insgesamt stellt der Artikel einen Versuch dar, das biologisch-medizinische Krankheitsmodell des Alkoholismus anhand von theoretischen Argumenten und empirischen Befunden zu widerlegen und kontrolliertes Trinken als legitime Behandlungsmethode zu verteidigen.

Im ersten Teil „*Alkoholismus als Krankheit*“ beschreibt Körkel die ICD-10 Diagnose, das dispositionelle Krankheitsmodell und das Konzept des Suchtgedächtnisses als „Sichtweisen“ (und keine wissenschaftlichen Fakten). Inhaltlich distanziert sich Körkel vom Krankheitscharakter der Alkoholabhängigkeit und verweist auf die historische und soziale Gewordenheit des dispositionellen Krankheitsmodells, dem es an Wissenschaftlichkeit mangle. So schreibt er:

Die Sichtweise, dass Alkoholabhängigen eine Genesung von ihrer Alkoholabhängigkeit nur durch völligen Alkoholverzicht möglich sei, wird meist durch den Hinweis "begründet", dass Alkoholismus eine Krankheit sei und eben "krankheitshalber" ein kontrollierter Alkoholkonsum nicht möglich wäre. Was aber macht diese ominöse "Krankheit" aus, dass eine Rückkehr zu einem reduzierten, kontrollierten Konsummuster nicht möglich sein soll? (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Der unterstellte "qualitative Sprung" von der Nicht-Abhängigkeit in die Abhängigkeit ist ein Mythos. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Der Begriff "Kontrollverlust" wird nämlich äußerst vage und meist vorwissenschaftlich-umgangssprachlich benutzt. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Körkels Distanziertheit wird durch sprachliche Elemente verstärkt. Zum Beispiel verwendet Körkel Anführungszeichen, was als Stilmittel der Distanzierung von bestimmten Begriffen gedeutet werden kann. Auch die Verwendung von Konjunktiv („sei“, „wäre“), bestimmten Adjektiven („ominös“, „unterstellt“, „vage“, „vorwissenschaftlich-umgangssprachlich“) oder Modalverben („sollen“) markiert Distanziertheit von den besprochenen Inhalten.

Jedoch lassen einige Formulierungen aufgrund der Durchbrechung des nüchternen wissenschaftlichen Schreibstils auf mehr Involviertheit, bzw. eine gewisse Emotionalität und Defensivität, im Umgang mit der Thematik schließen, so z.B. beim Thema „Suchtgedächtnis“. Manche Aussagen klingen nahezu zynisch, z.B.:

Seine Vertreter führen bei der Frage, ob Alkoholabhängigen kontrolliertes Trinken möglich sei, deren Limitierungen durch ein unterstelltes "Suchtgedächtnis" ins Feld und

unterfüttern ihre Aussagen durch reichlich neurobiologisches Vokabular. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Allerdings: Antworten auf die Fragen, was denn "Suchtgedächtnis" bedeuten und weshalb kontrolliertes Trinken durch ein "Suchtgedächtnis" nicht möglich sein solle, bleiben in der Regel äußerst vage und andeutungsreich. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

In den Veröffentlichungen über "Suchtgedächtnis" findet man eine große Zahl von Umschreibungen oder Definitionen von "Suchtgedächtnis" mit erheblicher begrifflicher Unschärfe. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Nur: Dass man sich an Vergangenes erinnern kann, ist trivial und zeugt lediglich von mangelndem Gedächtnisschwund - belegt aber nicht, dass es ein einheitliches "Suchtgedächtnis" gebe. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Über ein entsprechendes Messinstrument ist aber nichts zu lesen. Mit anderen Worten: Es wird beim Reden über "Suchtgedächtnis" mit gewichtigen Worten ins Ungefähre geblickt - über eine unterstellte Sache, die niemand empirisch erfasst hat. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Die Veröffentlichungen zum "Suchtgedächtnis" zeichnen sich durch einen hohen Erklärungsanspruch aus und erweisen sich letztlich doch als abenteuerliche Metaphysik. Ein abschließendes Zitat soll dies nochmals verdeutlichen: "Wie aber letztlich in den postulierten autoregulativen kybernetischen Schleifen und komparativen Interaktionssystemen das in physikalisch-chemischen Strukturen molekular programmierte ‚Suchtleben‘ zur symbolischen Repräsentation inhaltlich-intentionalen ‚Erlebens‘ desselben wird, bleibt weiterhin ein Geheimnis." (Böning 1994, S. 249). Wie wahr! Anspruch und Wirklichkeit klaffen beim Reden über "Suchtgedächtnis" weit auseinander. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Im zweiten Abschnitt „*Kontrolliertes Trinken*“ liefert Körkel die bisher einzige, auf der Webseite auffindbare, exakte Definition, was kontrolliertes Trinken eigentlich sei, nämlich:

Von "(selbst)kontrolliertem Trinken" ist zu sprechen, wenn eine Person ihr Trinkverhalten an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet (vgl. genauer unter www.kontrolliertes-trinken.de). Kontrolliertes Trinken bezeichnet also einen disziplinierten, geplanten und limitierten Alkoholkonsum.

In internationalen Programmen ist es üblich, einen derartigen Trinkplan jeweils für eine Woche im voraus aufzustellen und dabei folgende Festlegungen vorzunehmen:

- Anzahl alkoholfreier Tage
- maximale Konsummenge an Trinktagen
- maximaler Gesamtkonsum in der ganzen Woche

Neben der Alkoholmenge können in einem Wochenplan je nach individuellem Bedarf auch Rahmenbedingungen des Konsums festgelegt werden, wie etwa:

- Trinkzeit (z.B. erst nach 18 Uhr)
- Trinkort (z.B. nicht zuhause)
- soziales Umfeld (z.B. nicht mit alten "Trinkfreunden")
- eigenes Befinden (z.B. nicht zur Selbstbehandlung depressiver Phasen)

- Getränkereihenfolge (z.B. vor jedem alkoholischen ein großes nichtalkoholisches Getränk trinken)
- Trinkgeschwindigkeit (z.B. nicht mehr als 8-10g Ethanol pro Stunde konsumieren, so dass Alkoholaufnahme und -abbau sich die Waage halten). (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Warum eine solche exakte Definition auf der Webseite an so versteckter Stelle steht, ist auffällig. Vielleicht gehen die Verfasser*innen davon aus, dass die Webseite hauptsächlich von Personen aufgerufen wird, die schon wissen, was kontrolliertes Trinken ist. Vielleicht wollen sie auch bewusst vage bleiben, um die Attraktivität des käuflichen Erwerbs von Produkten zum kontrollierten Trinken aufrecht zu erhalten. Im Anschluss werden die kT-Programme nach Körkel erläutert und mit Forschungsergebnissen abgeglichen. Körkel kommt auch hier zum Schluss, dass „die Effekte von Reduktionsprogrammen [wie kT] mindestens so positiv wie die von Abstinenzprogrammen ... [ausfallen], so dass eine Erweiterung der Behandlungspalette um Kontrollprogramme geboten erscheint“.

Besonders interessant ist der dritte Abschnitt „*Willens- und Handlungsfreiheit*“, da hier das Menschenbild weiter ausdifferenziert wird. Körkel argumentiert:

Alkoholabhängige sind - außer im Zustand starker Intoxikation oder bei fortgeschrittenem hirnanorganischem Abbau - in der Lage, für sich zu entscheiden, was sie wollen (hier: Alkohol in reduzierter Form weiterzutrinken) und ein Teil von ihnen kann das Gewollte erfolgreich in die Tat umsetzen, das heißt hier einen kontrollierten Konsumstil erlernen und beibehalten (so wie einem Teil der Alkoholabhängigen ein Übergang zur lebenslangen Alkoholabstinenz gelingt). Sie besitzen in diesem Sinne Willens- und Handlungsfreiheit. Offensichtlich sind sie nicht biologisch determiniert, nach einem ersten Quantum Alkohol weitertrinken zu müssen ("Kontrollverlust"). (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Damit wird Willensfreiheit zum zentralen Argument bei der Legitimation von kontrolliertem Trinken. Körkel positioniert sich jedoch nicht als klarer Vertreter von Willensfreiheit. Er nimmt eine pragmatische Position ein:

Es reicht an dieser Stelle, sich der psychologischen Implikationen einer unterstellten Willens- und Handlungsfreiheit klar zu werden, nämlich: Willens- und Handlungsfreiheit ist faktischer Bestandteil unserer wahrgenommenen psychischen und sozialen Realität und Identität. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Als Voraussetzungen für Willens- und Handlungsfreiheit nennt Körkel äußere und innere Autonomie. Äußere Autonomie bestehe dann, wenn eine Person nicht durch äußere Bedingung gehindert oder gezwungen wird etwas zu tun. Zur inneren Autonomie schreibt Körkel:

"Innere Autonomie" liegt vor, wenn die Person fähig ist das zu tun, was sie für das Beste hält. Das impliziert:

- Die Person hat die Fähigkeit zu überlegen.

- Die Person hat die Fähigkeit, das Ergebnis ihrer Überlegungen handlungswirksam werden zu lassen (sie ist in der Lage, das, was sie "wirklich" will, auch zu tun). (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Weiter schreibt Körkel:

Beide Komponenten der inneren Autonomie - zu wissen, was man "wirklich" will und das Gewollte in die Tat umzusetzen - können bei Süchtigen beeinträchtigt sein. Die Förderung bzw. Wiederherstellung der Autonomie sollte deshalb - auf einer allgemeinen Ebene betrachtet - Aufgabe von Suchtbehandlung sein. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Der Klient kann nun zu der neuen, autonomen Entscheidung vordringen, dass für ihn Abstinenz das wünschenswertere Ziel darstellt. Mit anderen Worten: Seine Entscheidungsfähigkeit herauszufinden, was er „wirklich“ will, ist gestärkt worden. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Die vorherigen Ausführungen lassen die Schlussfolgerung zu, dass Alkoholabhängige nicht biologisch determiniert sind, ihr Alkoholproblem nur durch Abstinenz bewältigen zu können. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Körkel sieht den Krankheitscharakter einer Sucht also in einer *Beeinträchtigung* der Willens- und Handlungskraft - genauer: der inneren Autonomie - und nicht in einem biologischen Determinismus. Doch *woher* kommt dann die Beeinträchtigung der inneren Autonomie, wenn sie nicht biologisch determiniert wird? Hierzu liefert Körkel keine Antwort.

Im weiteren Verlauf argumentiert Körkel, dass vor allem kT-Programme zur Autonomiestärkung beitragen können, weil Klient*innen (Körkel spricht von „Klienten“ und nicht von Patienten) ein Raum eröffnet wird, in dem sie autonome Entscheidungen (Abstinenz oder kontrolliertes Trinken) treffen können und bei Erfolg ihre innere Autonomie stärken können. Körkel argumentiert, dass Klient*innen auch bei Misserfolg von kontrolliertem Trinken die innere Autonomie stärken können, wenn sie sich daraufhin autonom für Abstinenz entscheiden.

Was die letzten beiden Zitate jedoch auch verdeutlichen, ist, dass der Wille *wirklich* viel Alkohol zu trinken, d.h. auch intensive Rauschzustände zu erleben, keine denkbare und sagbare Option für die Suchttherapie ist. Unter den *wirklich zu wollenden* Möglichkeiten ist in der konservativen Suchttherapie nur die Abstinenz und bei Körkel neben der Abstinenz immerhin auch noch das kontrollierte Trinken (bei dessen strenger Einhaltung jedoch kein Rauschzustand erlebt werden kann). Somit ist die Entscheidungspalette der als abhängig Diagnostizierten in der Realität stark eingeschränkt. Wenn Konsumierende weiterhin *wirklich* viel Alkohol oder andere rauscherzeugende Substanzen (oder Verhaltensweisen) konsumieren wollen, wird dies

als „Beeinträchtigung der inneren Autonomie“ pathologisiert, ohne die eigentlichen Beweggründe und Funktionen des Konsums zu kennen. Hier wird das Autonomieprinzip von Beauchamp und Childress (2019) nun doch zugunsten von Schadensvermeidung und Fürsorge eingeschränkt.

Die folgende Textstelle gibt darüber Aufschluss, wie sich Körkel innerhalb der Debatte zum kontrollierten Trinken positioniert, aber auch wie er die Position der Gegenseite darstellt:

Nach der hier ausgeführten Position besitzen Alkoholabhängige die Entscheidungsfreiheit, sich mit guten Gründen für kontrollierten Alkoholkonsum (oder Abstinenz) entscheiden und die Handlungsfreiheit, ihre Entscheidung in die Tat umsetzen zu können. Alkoholabhängige demgegenüber als Opfer einer neurobiologischen Maschinerie zu verstehen, durch die nach einem ersten Quantum Alkoholkonsum der Kontrollverlust schon vorprogrammiert wäre, steht in Widerspruch zu den wissenschaftlichen Fakten und erweist sich als Mythos. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Die Sicht der Gegenseite stellt er als unwissenschaftlich dar („Mythos“). Weiter definiert er Anforderungen an die Suchttherapie:

Auf der anderen Seite ist es keineswegs garantiert, dass jeder alkoholabhängigen Person ein kontrollierter Alkoholkonsum möglich wäre. Suchtbehandlung kommt hier die Aufgabe zu, in einem "herrschaftsfreien Diskurs" zur Selbstklärung des Konsumenten und Förderung seiner "Könnenskraft" beizutragen. (GK Quest Akademie, o. D.-g)

Ein möglichst „herrschaftsfreier Diskurs“ basiert auf rationalen, logischen Argumenten. Dies kommt laut Reisigl und Wodak zustande, wenn bestimmte Regeln eingehalten werden: z.B. das Akzeptieren anderer Standpunkte; das eindeutige Darstellen eigener Standpunktes; das Vermeiden von ambivalenten oder vagen Aussagen; das Offenlegen von Vorannahmen, die hinter der eigenen Argumentation liegen; das Akzeptieren von Diskussionsergebnissen (Reisigl & Wodak, 2005, S. 70f). In der Tat hält sich Körkel in diesem Beitrag größtenteils an derartige Regeln, indem er anhand logisch nachvollziehbarer Argumentation einzelne Annahmen der Krankheitsmodelle erklärt, entkräftet und mit kontrolliertem Trinken in Verbindung bringt, sowie die dem kontrollierten Trinken zugrundeliegenden Annahmen zum Menschenbild und zur Willensfreiheit transparent macht. Auch bezieht er klar Stellung innerhalb des Suchtdiskurses. Dennoch zieht auch er (derzeit) nicht überprüfbare Annahmen zur menschlichen Psyche als Vorbedingung heran (d.h. Willens- und Handlungsfreiheit) und macht daher seinen Standpunkt nicht vollends transparent.

Beeinträchtigt wird ein herrschaftsfreier Diskurs z.B. durch persönliche verbale Angriffe und Drohungen, Selbstviktimisierung, populistische Appelle, Zurückweisen von Argumenten, ohne sie zu entkräften, vorschnelle Generalisierungen, unhinterfragte

Bezugnahme auf Autoritäten, kausale Verknüpfungen von zeitlich nacheinander auftretenden Ereignissen, zirkuläre Argumente, mehrdeutige Formulierungen, verfälschte Darstellung der Position und Argumente von Antagonisten (Reisigl & Wodak, S. 71ff). Um zu überprüfen, inwiefern Körkels Selbstdarstellung und die Darstellung der Argumentation seiner Antagonist*innen („Alkoholabhängige demgegenüber als Opfer einer neurobiologischen Maschinerie zu verstehen, durch die nach einem ersten Quantum Alkoholkonsum der Kontrollverlust schon vorprogrammiert wäre, steht in Widerspruch zu den wissenschaftlichen Fakten und erweist sich als Mythos“) verzerrt wiedergegeben werden, untersuche ich nach Abschluss der Webseitenanalyse nun den Paradigmenstreit anhand Veröffentlichungen und Reaktionen in wissenschaftlichen suchtspezifischen Journals.

Analysezyklus 2: Kontrolliertes Trinken in suchtwissenschaftlichen Zeitschriften

In diesem Teil gehe ich der Frage nach, wie sich kontrolliertes Trinken nach Joachim Körkel im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs niederschlägt und wie sich dieser Diskurs entwickelt. In einer ersten Literaturrecherche suchte ich in den Datenbanken Psynindex und PsycINFO nach „kontrolliert* trinken“, „controlled drinking“ und „körkel“. Da ich während meiner Literaturrecherche feststellte, dass „kontrolliertes Trinken“ häufig auch unter dem Namen „reduziertes Trinken“ oder „Trinkmengenreduktion“ auftaucht, suchte ich auch nach „reduziert* trinken“, „reduced drinking“, „trinkmengenreduktion“ und „konsumreduktion“.

Materialauswahl

Im Rahmen dessen konnte ich drei suchtspezifische deutschsprachige Medien ausfindig machen, in denen Forschung und Praxis und vor allem die Kontroverse zu kontrolliertem Trinken schwerpunktmäßig thematisiert wird: Die Zeitschriften SUCHT, Suchttherapie und SuchtMagazin. Mein Analysezeitraum startet ab 2000 und reicht bis in die Gegenwart (2021). Dieser ergibt sich zum einen aus dem Umstand, dass kontrolliertes Trinken nach Körkel erstmals 1999 veröffentlicht wurde; zum anderen hat dies aber auch pragmatische Gründe, da die Zeitschriften erst seit 2000 digitalisiert wurden und online abrufbar sind.

Zeitschrift SUCHT. SUCHT (engl. Interdisciplinary Journal of Addiction Research; ISSN: 0939-5911) stammt aus Deutschland, wird vom Verlag Hans Huber Hogrefe AG veröffentlicht und erscheint, vorwiegend auf Deutsch, mit 6 Ausgaben pro Jahr (Hogrefe, o. D.). Gegründet wurde die Zeitschrift schon 1891 (Bühringer & Watzl, 2003). Herausgegeben wurde die Zeitschrift ab 1990 von der forschungsorientierten Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) und der klinisch und versorgungsorientierten Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) und dient(e) somit

als deren Publikationsorgan (Rumpf & Hogrefe, 2015). Die DHS ist laut Homepage „die zentrale Dachorganisation der deutschen Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., o. D.-a). Zur DHS gehören daher neben den wissenschaftlichen Verbänden auch die Selbsthilfeverbände (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., o. D.-b). 2015 trat die DHS jedoch als Herausgeberin aus. Begründet wurde dies durch „[g]egensätzliche Vorstellungen zum Einfluss der Herausgeber auf die redaktionelle Arbeit und die Auswahl der Autoren“ (Rumpf & Hogrefe, 2015, S. 341) und dem zunehmend wissenschaftlichen Schwerpunkt (Batra, 2016). Die Zeitschrift versucht durch englische Publikationen und Anpassungen an internationale Standards stärker an internationaler Bekanntheit zu erlangen. Sie bezeichnet sich selbst als „führendes Publikationsorgan für die Suchtforschung in Deutschland“ (Batra, 2016, S.5).

Zeitschrift Suchttherapie. Die Zeitschrift Suchttherapie (ISSN: 1439-9903) wird vom Thieme Verlag herausgegeben und erscheint mit 4 Ausgaben pro Jahr; ebenfalls vorwiegend auf Deutsch. Die Organschaft liegt bei der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (dgsp) (Thieme Gruppe, o. D.-c). Gegründet wurde die Zeitschrift im Jahr 2000 von Joachim Körkel, dem Hauptprotagonisten hinter kontrolliertem Trinken, und Michael Krausz (Thieme Gruppe, o. D.-a). Im damaligen Editorial schrieben Körkel und Krausz zur Begründung der Neugründung einer weiteren Suchtzeitschrift: es bedürfe „eines Forums, das den Diskurs nicht nur zulässt, sondern fördert, das kein Meinungsblatt sein will, sondern dem es darum geht, auch Widersprüche produktiv und fruchtbar zu machen, um daraus Entwicklungen zu ermöglichen“ (Körkel & Krausz, 2000, S. 1). Somit kann Suchttherapie als Konkurrenz zu SUCHT gesehen werden. Auch Suchttherapie strebt eine stärkere internationale Ausrichtung an.

Zeitschrift SuchtMagazin. SuchtMagazin (ISSN: 1422-2221) ist eine schweizerische Zeitschrift und erscheint mit 6 Ausgaben pro Jahr. Hinter der Zeitschrift steht die schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht sowie seit 2015 auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), die im selben Jahr ihre Organschaft der Zeitschrift SUCHT zurückzog (Rumpf & Hogrefe, 2015). Die Zeitschrift bezeichnet sich selbst als „interdisziplinäre Fachzeitschrift der Suchtarbeit und Suchtpolitik“ und orientiert sich weniger streng an wissenschaftlichen Standards (Infodrog / RADIX, o. D.-b).

Um die drei Zeitschriften für eine Einengung meines Materialkorpus gegeneinander abzuwiegen, habe ich drei Kriterien aufgestellt: Reichweite, Häufigkeit der Thematisierung von kontrolliertem Trinken und Heterogenität bzw. Brisanz der Positionen.

Eine quantitative Abschätzung der Reichweite konnte nicht durchgeführt werden, denn die Zeitschriften nennen keine quantitativen Parameter, mit denen die Reichweiten hätten verglichen werden können. So erwies sich der Impact Factor als kein geeignetes Maß, denn SUCHT und Suchttherapie sind im Web of Science in unterschiedlichen Kategorien gelistet (SUCHT in der Kategorie „Substance Abuse“; Suchttherapie in der Kategorie „Psychiatry“; Clarivate, o. D.), und lediglich die Zeitschrift Suchttherapie besitzt einen Impact Factor (JIF = 0.463; Stand: Juni 2021; Thieme Gruppe, o. D.-b). Die Beiträge in SUCHT und Suchttherapie stammen laut Journal Citation Reports 2020 (Clarivate, o. D.) vorwiegend aus Deutschland. Die Zeitschrift SuchtMagazin ist in internationalen Datenbanken überhaupt nicht vertreten. Dies sagt auch aus, dass die Zeitschriften im internationalen Vergleich von geringer Relevanz sind. Da die Zeitschriften von den großen deutschsprachigen Suchtverbänden herausgegeben werden und deren Sprachrohr sind, gehe ich jedoch von einer Relevanz für die deutschsprachige Suchttherapielandschaft aus.

Hinsichtlich Thematisierungshäufigkeit von kontrolliertem Trinken lassen sich Konjunkturen erkennen. Die Zeitschrift SUCHT enthält ab 2000 zwei Schwerpunktausgaben zum Thema „kontrollierter Konsum“ (2001 47(4): Kontrolliertes Trinken; 2003 49(1): Kontrolliertes Rauchen). Die Zeitschrift Suchttherapie enthält drei Schwerpunktausgaben zum Thema „kontrollierter Konsum“ (2002 3(2): Kontrollierter Konsum psychotroper Substanzen; 2010 11(1): Moderater Substanz-Gebrauch; 2014 15(4): Konsumreduktion). Darüber hinaus finden sich ab 2000 in beiden Zeitschriften immer wieder einzelne Beiträge, die kontrolliertes Trinken direkt thematisieren. Die Zeitschrift SuchtMagazin enthält eine Schwerpunktausgabe (2008 34(3): Kontrollierter Gebrauch). Demnach enthält zwar lediglich SUCHT eine Schwerpunktausgabe, in der explizit das Thema „kontrolliertes Trinken“ bearbeitet wird (2001 47(4)), aber alle drei Zeitschriften bieten eine Vielzahl an analysierbaren Textfragmenten, in denen kontrolliertes Trinken direkt oder indirekt thematisiert wird (z.B. verallgemeinert als selbstkontrollierter, fremdkontrollierter, reduzierter oder moderater Drogenkonsum).

Als weiteres Vergleichskriterium erschien mir die Heterogenität und die Brisanz der Positionen praktikabel. Die Zeitschrift SUCHT erweist sich in dieser Hinsicht als fruchtbar, denn das Konzept der Zeitschrift lässt zu, dass neben wissenschaftlichen Beiträgen, Veranstaltungshinweisen, Literaturbesprechungen, etc. auch explizit Raum besteht, in dem Meinungen, Positionen und Stellungnahmen geäußert werden, z.B. in der Rubrik „Forum“. Hier steht der Zusatz: „In der Rubrik »Forum« werden Kommentare zu Veröffentlichungen der Zeitschrift bzw. zu suchtpolitischen Themen veröffentlicht. Beiträge in dieser Rubrik werden nicht begutachtet und geben auch nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder“ (z.B.

Sucht 47(3) 2001, S. 201). Ein erstes Einlesen in die Beiträge zum kontrollierten Trinken ab 2000 hinterlässt den Eindruck, dass die verschiedenen Beiträge in SUCHT kontrolliertes Trinken sehr unterschiedlich bewerten. Dies reicht von konservativen und restriktiven bis zu neutralen, pragmatischen und akzeptierenden Positionen. Die Autor*innen führen anhand von Forumsbeiträgen Diskussionen über kontrolliertes Trinken, die sich teils über mehrere Ausgaben hinziehen. In einer Rückschau stellt der Chefredakteur von SUCHT fest, dass kontrolliertes Trinken (bzw. hier „reduzierter Konsum“) zu den Top-Diskussionsthemen der letzten Jahrzehnte gehörte: „Thematische Schwerpunkte, wie zum Beispiel die aktuelle Debatte um die Legalisierung von Cannabis, die Diskussion um die Zuordnung der Verhaltenssuchte, die Veränderungen in der Substitutionsszene, der ‚reduzierte Konsum‘ sind kontrovers behandelte Themen, die nicht nur die politisch-administrative Ebene, sondern in gleicher Weise Fachgesellschaften, Wissenschaft und Praxis interessieren“ (Batra, 2016, S. 5).

Die Zeitschrift Suchttherapie kündigte bei ihrer Gründung an, eine lösungsorientierte Haltung im Diskurs einzunehmen (Körkel & Krausz, 2000). Ein erstes Lesen der Beiträge der Schwerpunktausgabe zu kontrolliertem Konsum (2002 2(3)) bestätigt dies: Die Beiträge sind durchweg neutral bis pro kontrolliertem Konsum mit dem Fokus auf Möglichkeiten und praktische Umsetzung und weniger auf der fachlichen Diskussion. Eine Erklärung hierfür ist sicherlich, dass Joachim Körkel, der Entwickler der deutschsprachigen kT-Programme, Mitbegründer und zum damaligen Zeitpunkt Herausgeber der Zeitschrift war. Von ihm stammen vier von neun Beiträgen in dieser Schwerpunktausgabe. Insgesamt wirkt diese Schwerpunktausgabe fast schon wie der Versuch, ein Gegengewicht zum, in der Zeitschrift SUCHT eher restriktiven, polarisierenden Diskurs um kontrolliertes Trinken zu schaffen.

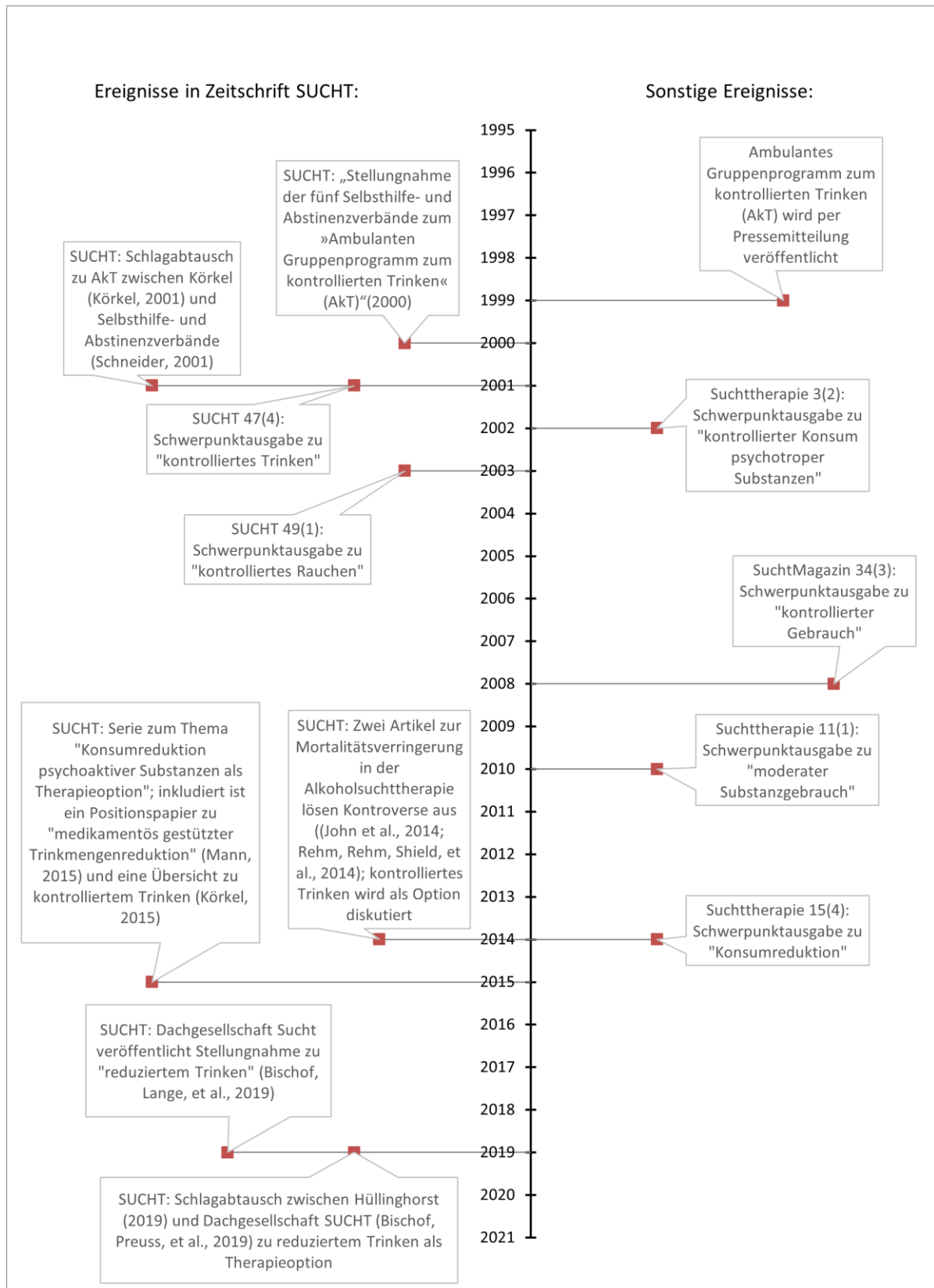
Auch die Beiträge der Schwerpunktausgabe der Zeitschrift SuchtMagazin (2008 34(3): Kontrollierter Gebrauch; Infodrog / RADIX, o. D.-a) positionieren sich durchweg pro kontrolliertes Trinken. Dies könnte an der in der Schweiz (im Gegensatz zu Deutschland und Österreich) stärker ausgeprägten, akzeptierenden Haltung gegenüber Drogenkonsum liegen (Klingemann et al., 2004).

Zusammenfassend erweisen sich die Beiträge in der Zeitschrift SUCHT im Gegensatz zu Suchttherapie und SuchtMagazin als heterogener. In Suchttherapie und SuchtMagazin sind fast nur Beiträge zu finden, die für kontrolliertes Trinken argumentieren. Die Kontroverse ist hier nicht abgebildet. Aus forschungsökonomischen Gründen beziehe ich deshalb im weiteren Verlauf hauptsächlich die Zeitschrift SUCHT in meine engere Analyse mit ein. Da mich vor allem die Entwicklung des Diskurses um kontrolliertes Trinken interessiert, betrachte ich den Diskursverlauf in SUCHT aus einer diachronen Betrachtungsperspektive von 2000 bis 2021.

In Abbildung 4 befindet sich eine Übersicht der als diskursrelevant eingestuften Veröffentlichungen zu kontrolliertem Trinken in SUCHT, Suchttherapie und SuchtMagazin.

Abbildung 4

Diskursrelevante Ereignisse in deutschsprachigen wissenschaftlichen Zeitschriften zu kontrolliertem Trinken.



2000 - 2001: Erste Reaktionen auf die Veröffentlichung der kT-Programme

Meine Recherche beginnt mit dem Jahr 2000 kurz nach der Veröffentlichung des AkT (Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken) von Joachim Körkel. In den ersten fünf Ausgaben der Zeitschrift SUCHT greife ich einige Fährten auf, die den Eindruck erwecken, kontrolliertes Trinken sei kein Tabuthema und Joachim Körkel als Wissenschaftler anerkannt: Ich erfahre, dass Joachim Körkel 1999 und 2000 als Gutachter für die Zeitschrift SUCHT tätig war („Danksagung für die Begutachtung von Manuskripten im Jahr 1999“, 2000; „Danksagung für die Begutachtung von Manuskripten im Jahr 2000“, 2001). Ausgabe 46(2) enthält eine Forschungsarbeit, die mögliche Kontrollmuster beim Konsum illegaler Drogen in bürgerlichen Milieus erforscht und eine entpathologisierende Perspektive gegenüber Drogenkonsum einnimmt (Kemmesis, 2000). In Ausgabe 46(4) wird ein Buch besprochen, in dem die aktuelle Situation von kontrolliertem Trinken im Diskurs beschrieben wird: das Buch „Alkoholismus“ von Petry (1998):

Die zitierte Literatur zur Frage des kontrollierten Alkoholkonsums bei Abhängigen erscheint meines Erachtens nicht ausreichend ausgewogen dargestellt, gibt aber den Entwicklungsprozess zu dieser Frage gut wieder. Nicht deutlich wird dabei die historische, wenn auch gegenwartsnahe Situation der Suchtforschung und Suchttherapie, in der die Idee des kontrollierten bzw. gemäßigten Trinkens auch für Abhängige wieder aufgegriffen und wissenschaftlich vertieft wird. Wenn man in der ausschließlich lerntheoretisch orientierten Psychologie die Prinzipien des Lernens und des Verlernens von Störungen nicht erheblich einschränken will, ergibt sich fast zwangsläufig das Ziel, ein kontrolliertes Trinken als Alternative zur Abstinenz herauszustellen und zu erproben. (Küfner, 2000, S.300)

In Ausgabe 46(5) finde ich Ankündigungen zweier Tagungsbeiträge (der 13. Wissenschaftlichen Tagung der DG-Sucht), bei denen Joachim Körkel involviert war: Im ersten Beitrag stellen Körkel und Kolleg*innen ein selbstentwickeltes Manual zur Rückfallprävention vor (Körkel, Schindler, et al., 2000). Im zweiten Beitrag kündigt Körkel mit anderen Kolleg*innen sein Programm zum kontrollierten Trinken (AkT) als Mittel zur Schließung der Behandlungslücke bei Alkoholabhängigkeit an:

4,3 Millionen (= 8,8%) der 18- bis 59-jährigen Deutschen konsumieren Alkohol in riskanten bzw. bereits schädlichen Mengen (Kraus und Bauernfeind, 1998). Sie bleiben sowohl vom Suchthilfe- als auch vom medizinischen System weitgehend unerkannt und erhalten deshalb auch nicht die sekundärpräventiven Interventionen, die aus einer »public health-Perspektive« notwendig wären (vgl. Sobel und Sobell, 1995). Zur Behebung dieses Mangels wurde in Nürnberg per Pressemitteilung im August 1999 auf

das »Programm ›AKT‹ zum verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol⁵³« aufmerksam gemacht. (Körkel, Langguth, et al., 2000, S. 364)

In einem Beitrag der Ausgabe 46(6) werden aus einer konsumakzeptierenden Position Forderungen an die Sucht- und Drogenpolitik gestellt, die Behandlungspalette zu erweitern (womit eventuell auch kontrolliertes Trinken gemeint ist):

Oberstes Ziel der Sucht- und Drogenpolitik sollte nicht die Verhinderung des Gebrauchs, sondern des Missbrauchs von psychoaktiven Substanzen sein. Eine solche Politik muss von einem vielfältigen Bedingungsgefüge für das Entstehen von Drogenabhängigkeit ausgehen und entsprechend verschiedenartige vorbeugende und therapeutische Angebote bereithalten. (Hurrelmann, 2000, S. 455)

Zwischenfazit. Nach Durchsicht der ersten 5 Ausgaben von SUCHT aus dem Jahr 2000 gewinne ich den Eindruck, dass kontrolliertes Trinken keine große Rolle zu spielen scheint. Das Behandlungskonzept wird nur am Rande erwähnt, z.B. in Buchbesprechungen und Tagungsankündigungen, jedoch nicht in den Hauptbeiträgen. Es scheint aber auch kein Tabu zu sein, denn die Kommentare sind durchweg akzeptierend. Auch Joachim Körkel scheint als Mitglied der wissenschaftlichen Community akzeptiert zu sein.

Erster Schlagabtausch zu kontrolliertem Trinken. In Ausgabe 6 des Jahres 2000 folgt nun ein Beitrag, der meinen Eindruck diesbezüglich ändert. Es handelt sich um einen Text mit der Überschrift „Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum ‚Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken‘ (AkT)“ („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT)“, 2000, S.457-458). Dazu gehören laut Text die Vorsitzenden der in der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.⁵⁴) vertretenen Verbände „Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland und Kreuzbund“ (S.457). Wer den Text tatsächlich verfasst hat, ist unbekannt. Die DHS war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung neben der DG-Sucht Herausgeberin von SUCHT.

Hauptkritikpunkt des Beitrages ist, dass in der Zielgruppe neben Personen mit riskantem oder schädlichem Konsum auch Alkoholabhängige eingeschlossen sind. Durch

⁵³ Laut dieser Mitteilung hieß das heutige „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ noch „Programm zum verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol“. Das klingt weniger pathologisch. Es stellt sich die Frage, warum es umbenannt wurde.

⁵⁴ Zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung hieß die DHS noch „Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT)“, 2000).

genauerer Analysieren erfährt man in diesem Text implizite Annahmen zum Krankheitsverständnis der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Im Folgenden bespreche ich daher einige Textfragmente. Die Stellungnahme kann inhaltlich in zwei Abschnitte gegliedert werden: Im ersten Abschnitt wird die Zielgruppe des AkT-Programms sachlich umschrieben. Der zweite Abschnitt beginnt mit einer Zwischenüberschrift namens „Kritische Bewertung“, in welchem die zuvor beschriebene Zielgruppendefinition kritisiert wird.

Das Gruppenangebot richtet sich an Personen, die an einem unschädlichen Alkoholkonsum interessiert sind, und es schließt daher insbesondere die Personengruppe ein, die riskanten oder bereits schädigenden Alkoholkonsum betreibt und vom bestehenden Hilfesystem bisher nur zu einem kleinen Teil erreicht wird. Zu diesem Personenkreis können auch Alkoholranke gehören, die bisher ihre Krankheit noch nicht erkannt bzw. vor ihr noch nicht kapituliert haben. („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT)“, 2000, S. 457)

Dieses Textfragment stammt aus dem ersten Abschnitt. Im Original ist dieses Fragment als einziger Textteil durch Fettdruck hervorgehoben. Die Formulierung „vor ihr [der Alkoholkrankheit] noch nicht kapituliert haben“ lässt die „Krankheit“ Alkoholabhängigkeit zu einer Art innerem Gegner werden, gegen den man früher oder später kapitulieren muss. Das „noch“ suggeriert, dass es zwangsläufig passieren muss. Der zweite Abschnitt „kritische Bewertung“ wird im Folgenden vollständig analysiert. Der Abschnitt beginnt mit:

Die Vorsitzenden und Geschäftsführer der fünf in der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) vertretenen Selbsthilfe- und Abstinenzverbände /d. s. Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland und Kreuzbund) kritisieren am vorgelegten »AkT« die nicht klar genug definierte Zielgruppe des Programms, die sowohl Risikotrinker und Missbraucher wie auch zugleich Alkoholranke umschreiben. Die Unschärfe dieser Zielgruppenbeschreibung kann fatale Folgen zeitigen, da sich für Alkoholranke die (lebenslange und unbedingte) Abstinenzverpflichtung – wie von Körkel sogar selbst »in Betracht gezogen« (s. o.) – per se aus der Alkoholkrankheit ableitet und ergibt. Im Gegenteil würde sich nach Überzeugung der unterzeichneten Verbände ein Angebot zum kontrollierten Trinken – wie jahrzehntelange Erfahrungen dokumentieren – für Alkoholranke rückfallgefährdend, krankheitsverlängernd und somit gesundheitsschädigend auf diese Zielgruppe auswirken. („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT)“, 2000, S. 458)

Zu Beginn dieses Textfragmentes werden die hinter der Stellungnahme Stehenden aufgrund ihrer beruflichen Funktion und Position als Gruppe zusammengefasst, bleiben jedoch als Einzelpersonen unbenannt. Die dritte Person Plural wird im gesamten Text beibehalten. Die „Abstinenzverpflichtung“ wird hier als unabänderbare Tatsache verhandelt („per se aus der Alkoholkrankheit ableitet und ergibt“). Als Begründung wird die eigene

„Überzeugung“ aufgrund „jahrzehntelange[r] Erfahrung“ genannt, laut derer ein Angebot zum kontrollierten Trinken „für Alkoholranke rückfallgefährdend, krankheitsverlängernd und somit gesundheitsschädigend“ sei. Diese Aussage wirkt dogmatisch, denn zu diesem Zeitpunkt gab es noch nicht ausreichend Evidenz zu Angeboten zum kontrollierten Trinken in der Praxis. Stattdessen wird die subjektive Erfahrung der Verfasser*innen auf die Gruppe der Alkoholkranken generalisiert. Die Stellungnahme fährt fort:

Des Weiteren wird von den Verbänden der Sucht-Selbsthilfe in Zweifel gezogen, ob sich die primär angesprochene Gruppe der Risikotrinker und Missbraucher tatsächlich klar genug von der der Alkoholkranken abgrenzen lässt, da sich sehr häufig Risikotrinken bzw. missbräuchliches Konsumieren als Vorstufe einer manifesten Alkoholabhängigkeit darstellt. („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT)“, 2000, S. 457)

In diesem Textfragment erfährt man mehr über die zugrundeliegende Krankheitsdefinition. Es fällt dabei auf, dass die Autor*innen - ähnlich wie Körkel - den qualitativen Unterschied zwischen nicht abhängig und abhängig anzweifeln und Sucht eher auf einem Kontinuum sehen. Entgegengesetzt zu Körkel schlussfolgern sie daraus jedoch nicht die potentielle Veränderbarkeit in beide Richtungen (Suchtverhalten lernen und wieder verlernen), sondern einen chronisch und irreversibel fortschreitenden Krankheitsverlauf („Vorstufe einer manifesten Alkoholabhängigkeit“). Risikotrinken und Missbrauch wird somit auch pathologisiert.

Das Postulat der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zur Notwendigkeit einer lebenslangen Abstinenzverpflichtung für alkoholranke Menschen galt und gilt über alle Verbandsgrenzen hinweg. Z. T. über 100 Jahre lange Erfahrungen haben die Berechtigung, Gültigkeit und Richtigkeit dieses Postulats immer wieder neu untermauert. Die Selbsthilfe- und Abstinenzverbände sehen aus ihrer langjährigen Erfahrung heraus die Abstinenz vom Alkohol als Idealziel und beste Lösung an. („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT)“, 2000, S.457-458)

In diesem Textfragment wird die „Abstinenzverpflichtung“ als universell geltendes „Postulat“ bezeichnet, d.h. laut Duden online „als Ausgangspunkt, als notwendige, unentbehrliche Voraussetzung einer Theorie, eines Gedankenganges dienende Annahme, These, die nicht bewiesen oder nicht beweisbar ist“ (Bibliographisches Institut GmbH, o. D.). Zur Legitimierung der Gültigkeit wird wiederholt die Erfahrung herangezogen, jedoch nicht mehr nur die eigene, sondern die „über 100 Jahre lange“, die als der Wissenschaft überlegene Autorität dargestellt wird (*argumentum ad verecundiam* nach Reisigl & Wodak, 2005).

Gleichwohl sind sie für jede differenzierte fachliche und inhaltliche Diskussion offen, solange sie sich an repräsentativen Ergebnissen und an klarer Problemdefinition

orientiert. Die Verbände der Sucht-Selbsthilfe lehne jede Form von Pauschalisierung in Bezug auf den Umgang mit »kontrolliertem Trinken« ab, so lange nicht darauf hingewiesen wird, dass kontrolliertes Trinken nur dann »funktionieren« kann, wenn a) therapeutische Unterstützung gewährleistet ist, b) der jeweilige Abhängigkeitsgrad klar definiert ist, c) Zutrauen in die eigene Kontrollfähigkeit und Disziplinierung besteht und d) das unterstützende Umfeld mit einbezogen wird. Jede Unterschlagung eines dieser Faktoren führt in eine unfachliche Diskussion. („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT)“, 2000, S. 457)

In diesem Textfragment stellen die Autor*innen Forderungen auf, unter welchen Umständen sie bereit seien, eine Diskussion zu führen: Die Diskussion soll „fachlich und inhaltlich differenziert“ sein, sich an „repräsentativen Ergebnissen“ und an „klarer Problemdefinition“ orientieren und in Bezug auf kontrolliertes Trinken nicht „pauschalisieren“. Sie erkennen an, dass kontrolliertes Trinken unter bestimmten Umständen „funktionieren“ kann, jedoch ist „funktionieren“ in Anführungszeichen gesetzt, als möchten sie sich davon distanzieren. Es fällt auf, dass die vier Voraussetzungen für das Funktionieren von kontrolliertem Trinken genauso gut auf das Funktionieren von Abstinenz übertragen werden können und dass Abstinenzverpflichtung ebenfalls eine Pauschalisierung ist.

Diese auf Erfahrungen gegründete und damit belegte Notwendigkeit einer lebenslangen Abstinenz für Alkoholranke gilt es, dauerhaft und unmissverständlich zu vertreten und zu untermauern. Jeglicher Infragestellung einer solchen Notwendigkeit für alkoholranke Menschen treten die Unterzeichner entschlossen und geschlossen entgegen. Alkoholranken Menschen bleibt daher – trotz gegenteiliger Behauptungen mancher deutscher und europäischer Wissenschaftler – »keine andere Wahl«, als sich nach dem Eingeständnis, alkoholkrank zu sein, für die Abstinenz vom Suchtmittel zu entscheiden. Es wäre jedenfalls fahrlässig und gefährlich, wenn einem Alkoholranken aufgrund der AkT suggeriert würde, (wieder) kontrolliert trinken zu können. („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT)“, 2000, S. 458)

Zum dritten Mal wird die subjektive Erfahrung als „Beleg“ für die „Notwendigkeit“ von Abstinenz genannt. Diese Wiederholung bewirkt eine *Intensivierung* der Botschaft (nach Reisigl & Wodak, 2005). Der Satz „Jeglicher Infragestellung einer solchen Notwendigkeit für alkoholranke Menschen treten die Unterzeichner entschlossen und geschlossen entgegen“ wirkt wie eine Kampfansage. Hier wird außerdem die Konformität innerhalb der Gruppe betont als „entschlossen und geschlossen“. Als Gegner werden „manche deutsche und europäische Wissenschaftler“ genannt, was sehr vage klingt. Die Gegenposition wird unterschlagen, aber bekommt durch ihre Bezeichnung als „Behauptung“ eine unwissenschaftliche Konnotation. Die Verknüpfung von „keine andere Wahl“ und „sich entscheiden“ irritiert, denn hier stehen einander Determiniertheit bzw. Zwang und freie

Entscheidung gegenüber. Weiter ist die Rede vom „Eingeständnis, alkoholkrank zu sein“, dies erinnert an eine Beichte oder ein Outing (vgl. Foucault, 1987). Die Stellungnahme endet mit einer *moralischen Verurteilung* (nach van Leeuwen, 2008): Es wäre „fahrlässig“ und „gefährlich“, einem Alkoholkranken zu „suggerieren“, „(wieder) kontrolliert trinken zu können“.

Drei Ausgaben später (Ausgabe 47 (3) 2001) erscheint eine Replik von Joachim Körkel auf die Stellungnahme. Auch er spricht die Verfasser*innen nur in der dritten Person Plural an, an drei Stellen spricht er nur von „Abstinenzverbände“ statt „Selbsthilfe- und Abstinenzverbände“ (ebd. S.201-203). In seiner Replik bemängelt Körkel „Argumentationswidersprüche, die fehlende Rezeption des empirisch-wissenschaftlichen Kenntnisstandes zum kontrollierten Trinken und das Außerrachtlassen fundamentaler ethischer Prinzipien⁵⁵“ (Körkel, 2001, S. 201). Die Argumentation der Verbände bezeichnet er als „hochselektive, subjektive, vorwissenschaftliche und eben fehlerhafte Alltagswahrnehmungen ohne postulierten Generalisierungswert“ (ebd., S. 202). Auf die Kritik der unklaren Zielgruppendefinition entgegnet er:

Richtig besehen, ist die Zielgruppe des AkT sehr wohl klar definiert, nämlich als ‚Personen, die an einem unschädlichen Alkoholkonsum interessiert sind‘. (Körkel, 2001, S. 201)

Er definiert die Zielgruppe demnach nicht nach Krankheitswert, sondern entpathologisiert Alkoholranke vollständig als „Personen, die an einem unschädlichen Alkoholkonsum interessiert sind“. Den Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden unterstellt er eine „versteckte Norm“, die zu einem „naturalistischen Fehlschluss“ „vom Sein auf das Sollen“ führe:

Diese Norm könnte etwa lauten: ‚Immer dann, wenn eine Person aufgrund ihres Alkoholismus auch nur ab und zu die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum zu verlieren droht, sollte sie lebenslange Alkoholabstinenz anstreben‘. (Körkel, 2001, S. 203)

Stattdessen schlägt Körkel vor:

Erst nach Explizierung dieser zugrunde liegenden Norm lässt sich nämlich entscheiden, ob man ihr zustimmt oder dem Alkoholkonsum bei gleichzeitigem Inkaufnehmen des temporären »Außer-Kontrolle-Seins« den Vorzug gibt. Diese Wertentscheidung steht jedem Menschen aus ethischer Betrachtung selbst zu, wie zuvor erläutert wurde. (Körkel, 2001, S. 203)

In diesen beiden Textfragmenten wird eine andere Auffassung von Kontrollverlust deutlich, die mit der Auffassung der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände in Konflikt steht. Hier wird der von

⁵⁵ Er spielt auf das ethische Prinzip der Autonomiegewährleistung an.

den Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden als zwangsläufig und irreversibel eingestufte Kontrollverlust zu einem „nur ab und zu die Kontrolle über den Alkoholkonsum ... verlieren“ und „temporären ‚Außer-Kontrolle-Sein‘“. Der Kontrollverlust wird „in Kauf genommen“, als willentliche „Wertentscheidung“ jedes Menschen dargestellt und normalisiert, d.h. vom Krankheitscharakter entkoppelt. Körkel argumentiert, genauso wie schon in der Analyse zur Webseite www.kontrolliertes-trinken.de herauspräpariert, mit dem Autonomieprinzip an oberster Stelle:

Gemäß einer zumindest in unserem Kulturkreis fundamentalen ethischen Maxime ist nämlich auch bei Suchthilfeangeboten die Unverfügbarkeit bzw. Autonomie des Menschen zu gewährleisten. (Körkel, 2001, S. 202)

An anderer Stelle geht er zum persönlichen Angriff über:

Es ist geradezu grotesk, wie von den Verbänden de facto der körperliche, soziale und ökonomische Abstieg von Menschen mit Alkoholproblemen zynisch in Kauf genommen wird, nur weil diese nicht bereit oder nicht in der Lage sind, Abstinenzgelübde abzulegen. Die Hohe-Ross-Position der Abstinenzverbände ist nicht zuletzt auch deshalb unangemessen, weil sie selbst nur einen marginalen Teil der Alkoholabhängigen erreichen, was wohlgemerkt auch für »Schwerstabhängige« mit hochgradiger körperlicher und sozialer Verelendung gilt. (Körkel, 2001, S. 201)

Direkt auf der nächsten Seite ist eine Reaktion auf diese Replik abgedruckt (Schneider, 2001). Der Text ist von Wiebke Schneider (damalige Geschäftsführerin der Guttempler in Deutschland), die im Auftrag der Selbsthilfe und Abstinenzverbände antwortet. Sie schreibt, Körkels Replik mache es „erforderlich“, „dass wir“ noch einmal „Stellung“ beziehen (Schneider, 2001, S. 204). Sie mutmaßt, dass ihre ursprüngliche Stellungnahme „offenbar einen ‚wunden Punkt‘ im Zusammenhang mit dem »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« berührt hat – anderweitig ist die Polemik nicht zu verstehen, die sich etwa im Vorwurf verdeutlicht, die Verbände verträten eine ‚Hohe-Ross-Position‘“ (ebd.). Sie fährt fort:

Offenbar sind Herrn Prof. Körkel die Strukturen, Arbeitsformen und Angebote der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände nicht bekannt ... *Abstinenz ist nicht Voraussetzung für den Gruppenbesuch*, wird aber im Laufe der Auseinandersetzung mit der Problematik von den meisten Betroffenen als klare, eindeutige und wirkungsvolle Orientierung gesucht und gewählt. Für die Menschen, die abstinenter geworden sind und abstinenter bleiben wollen, hat diese Entscheidung einen hohen Wert in ihrem Leben – sie ist nicht Ziel der Veränderungen und heilsamen Entwicklungen, sondern Mittel zur Erreichung und Aufrechterhaltung körperlicher und seelischer Gesundheit, Lebensfreude und bedeutsam für das dauerhafte Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle. (Schneider, 2001, S. 204, Kursivsetzung i.O.)

In diesem Textfragment wird der Vorwurf einer dogmatischen Haltung zurückgewiesen. Die Entscheidung zur Abstinenz sei freiwillig, sie sei „klar“, „eindeutig“ und „wirkungsvoll“. Hier schwingt auch mit, dass kontrolliertes Trinken als nicht „klar“, nicht „eindeutig“ und nicht „wirkungsvoll“ wahrgenommen wird. Abstinenz wird außerdem nicht mehr nur als Mittel zur Reduktion von Krankheitssymptomen begriffen, sondern als identitätsbildende Lebenseinstellung, die zu einem besseren Leben führe. Abstinenz wird hier zur moralischen Leistung bzw. zum sozialen Programm (vgl. Room, 2004, der dasselbe auch zum kontrollierten Trinken herauspräparierte).

Durch die Suggestion, dass auch Alkoholabhängige wieder kontrolliert trinken könnten, wird generalisiert: »wer nur will, der kann . . .«. **Die Grundannahme, dass Alkoholabhängigkeit als Krankheit anzuerkennen sei, wird damit ad absurdum geführt und die immer noch in vielen Köpfen vorhandene Sichtweise bestärkt, dass diejenigen, die eben nicht kontrolliert trinken können, haltlose und willensschwache Menschen seien.** (Schneider, 2001, S. 204, Hervorh. i. O.)

Demnach ist für Schneider die Anerkennung von Alkoholabhängigkeit als Krankheit eine „Grundannahme“. Sie befürchtet, dass die Einführung von kontrolliertem Trinken diese Grundannahme gefährde, weil damit suggeriert werde „wer nur will, der kann“, und wer kontrolliertes Trinken nicht schaffe, der sei „haltlos“ und „willensschwach“. Die Hervorhebung durch Fettdruck suggeriert, dass dies von Schneider als Kernbotschaft des Textes erachtet wird. Es wird deutlich, dass hinter der Ablehnung von kontrolliertem Trinken als neue Therapiemöglichkeit für Abhängige eine Angst vor der Aufweichung der Krankheitsdefinition steht. Die Stellungnahme von Schneider endet mit:

Außerdem: Wenn die ethische Dimension bemüht wird [sic] ist zu fragen, welchen »Wert« Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft hat. Die Diskussion um »kontrolliertes Trinken« suggeriert, dass Alkoholkonsum unverzichtbar und wertvoll sei, Abstinenz dagegen ein »Dogma«. Aus der Sicht der Mitglieder der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände und der vielen Menschen, die aus freier Entscheidung eine alkoholfreie Lebensweise gewählt haben, verdient diese Einstellung jedoch endlich eine positive gesellschaftliche Bewertung! (Schneider, 2001, S. 204)

In diesem Textfragment kehrt Schneider den Dogmenvorwurf auf kontrolliertes Trinken um (dahinter stehe die Annahme, Alkoholkonsum sei „unverzichtbar“ und „wertvoll“). Erneut wird Abstinenz nicht als Mittel zum Zweck, sondern als „Lebensweise“ definiert, die in den Augen der Befürworter*innen eine gesellschaftliche Aufwertung benötige.

Zwischenfazit. Dieser emotionale Schlagabtausch zwischen Körkel als Mäßigungsvertreter und Schneider als Abstinenzvertreterin wirkt, als sei SUCHT der einzige Kommunikationskanal und, als würde hinter den Kulissen keine oder zumindest keine fruchtbare Kommunikation stattfinden. Die Fronten wirken sehr verhärtet. Beide Seiten werfen

einander vor, Alkoholabhängigen durch ihre Programme mehr zu schaden als zu nützen. Beiden Seiten mangelt es an wissenschaftlicher Untermauerung; sie argumentieren hauptsächlich auf der subjektiven Erfahrungs- und der ethisch-moralischen Dimension (Körkel: autonom sein; Schneider: besser leben). Außerdem werden zwei konkurrierende Auffassungen von Kontrollverlust deutlich (Körkel: von der Krankheit entkoppelt, d.h. temporär und willentlich steuerbar und deshalb mit Suchttherapie vereinbar; Schneider: an die Krankheit gekoppelt, d.h. irreversibel und zwangsläufig ins Elend führend und deshalb nicht mit Suchttherapie vereinbar). Dass Körkels Reaktion erst drei Ausgaben nach der Stellungnahme der Verbände veröffentlicht wird, Schneiders Reaktion jedoch direkt auf Körkels Reaktion auf der nächsten Seite folgt, legt die Vermutung nahe, dass Körkels Reaktion zurückgehalten wurde, bis von Seiten der Abstinenzvertreter*innen eine Antwort formuliert und über das weitere Vorgehen beraten wurde. Schneider hat das letzte Wort und Körkel geht somit als Verlierer aus der Diskussion heraus.

In einem anderen Text von Schneider lese ich, dass sie selbst Betroffene von Alkoholabhängigkeit sei, wie auch einige ihrer Kolleg*innen in der beruflichen Suchtselbsthilfe (Schneider, 2020). Dies bestimmt laut Diskurstheorie ihre Diskursposition als Subjekt. Allerdings kenne ich ihre persönliche Geschichte nicht und möchte dies nicht überinterpretieren, zumal sie ihre Betroffenheit in der Replik auf Körkel nicht thematisiert. Erwähnt werden sollte es hier vielleicht dennoch, denn Schneider schreibt selbst: „Zumindest in politischen Gremien war es manches Mal hilfreich, als erkennbar selbst Betroffene das Wort zu ergreifen“ (Schneider, 2020, S. 67). Die Stimme von Betroffenen - wenn sie sich als solche zu erkennen geben - wird anders gehört als die Stimme von Wissenschaftler*innen. Von Betroffenen wird nicht erwartet, ihre Aussagen mit wissenschaftlichen Ergebnissen zu belegen, um Glaubwürdigkeit zu erlangen. Sie können auch ihre persönliche Erfahrung als Evidenz nutzen. Am vorliegenden Beispiel ist zu erkennen, dass die wissenschaftlich orientierte Zeitschrift SUCHT den nichtwissenschaftlichen Stimmen der Selbsthilfeverbände und damit der subjektiven Betroffenenenerfahrung viel Gewicht beimisst, denn sie druckt diese auf persönlichen Meinungen und Erfahrungen basierende Diskussion zwischen Körkel und Schneider ab. Dies könnte auch am Einfluss der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) als Mitherausgeberin liegen, die die Interessen der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände vertritt.

2001 - 2003: Versuche der Versachlichung

In direkter Folge auf den Schlagabtausch zwischen Schneider und Körkel (SUCHT 47(3) 2001) erscheint eine Schwerpunktausgabe zu kontrolliertem Trinken (SUCHT 47(4) 2001). Die Ausgabe enthält acht Artikel zum Thema *kontrolliertes Trinken*. Die Schwerpunktausgabe beginnt mit einem längeren Artikel (Petry, 2001a), der laut Editorial (Lindenmeyer, 2001a) kontrolliertes Trinken historisch und empirisch beleuchten und eine Überwindung der Kontroverse ableiten soll. Anschließend folgen sieben Kommentare zu diesem Artikel. Dazu gebeten wurden laut Editorial namhafte Suchtexpert*innen aus medizinischer und psychologischer Forschung und Praxis, von denen zum damaligen Zeitpunkt jedoch niemand spezifisch zum kontrollierten Trinken forschte. Das Ziel dieser Schwerpunktausgabe wird im Editorial beschrieben: „Wir hoffen auf diese Weise zur Erweiterung des Horizonts und einer Versachlichung aber auch Aktualisierung der Diskussion beitragen zu können“ (Lindenmeyer, 2001a, S. 232).

Umgang mit dem Begriff *kontrolliertes Trinken*. In den einzelnen Texten wird sehr unterschiedlich mit dem Begriff *kontrolliertes Trinken* umgegangen. Im Hauptartikel (Petry, 2001a, S. 233-249) wird der Begriff konstant in Anführungszeichen gesetzt. Zuerst einmal wird der Begriff als „problematisch“ kritisiert: Der theoretische Begriff „Kontrolle“ dürfe nicht mit dem Beobachtungsbegriff „Trinken“ vermischt werden; von „Kontrolle“ zu sprechen gefährde die psychosoziale Identität von Abhängigen; „Kontrolle“ widerspreche dem Suchtgedächtnis-Paradigma; die empirische Befundlage lasse den Schluss, dass „Kontrolle“ erfolgreich umsetzbar sei, nicht zu. Stattdessen solle der Begriff „reduziertes Trinken“ verwendet werden. Im weiteren Verlauf und im Titel spricht Petry von „Trinkkontrolle“.

Im Kommentar von Rist (2001, S. 252-254) wird der Begriff „Kontrolliertes Trinken (KT)“ im ersten Satz wie ein Eigennamen großgeschrieben. Die Großschreibung tritt im restlichen Text nicht mehr auf. Der Begriff wird nicht in Anführungszeichen gesetzt. Insgesamt wird der Begriff nur verwendet, wenn explizit Körkels kT-Programme adressiert werden. Wenn über das Phänomen allgemein gesprochen wird, dann ist die Rede von „Trinkmengenbegrenzung“ bzw. „Trinkmengenreduktion“.

Im Kommentar von Springer (2001, S. 259-261) wird zu Beginn der im Hauptartikel (Petry, 2001a) angestoßenen Kritik am Begriff „kontrolliertes Trinken“ widersprochen. Springer plädiert für die Beibehaltung des Begriffes „kontrolliertes Trinken“ als Therapiestrategie. „Reduziertes Trinken“ wiederum stehe für eine aus der Therapiestrategie eventuell resultierende Verhaltensweise und könne den Begriff „kontrolliertes Trinken“ daher

nicht ersetzen. Springer verwendet den Begriff mit Anführungszeichen, wenn er die begriffliche Diskussion fortführt, und ohne, wenn er das Konzept inhaltlich beleuchtet.

Olbrich und Mann (2001) setzen den Begriff bei der ersten Erwähnung in Anführungszeichen und verwenden ihn anschließend ohne besondere Hervorhebung und ohne die begriffliche Diskussion aufzugreifen. Bei Lindenmeyer (2001a und 2001b), Cox (2001) und Schippers (2001) wird der Begriff „kontrolliertes Trinken“ bzw. „controlled drinking“ ohne besondere Hervorhebung verwendet. Auch sie greifen die begriffliche Diskussion nicht auf.

Positionierungen in Bezug auf kontrolliertes Trinken und die Debatte. Die bisherige Debatte zwischen Körkel und den Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden wird im Editorial als „eher polemisch und effektheischend“ beschrieben, die eine „Versachlichung“ benötige (Lindenmeyer, 2001a, S. 232). In einigen Texten werden Ähnlichkeiten zur Debatte in den 70er und 80er Jahren gesehen (Lindenmeyer, 2001a, Petry, 2001a, Olbrich & Mann, 2001). Olbrich und Mann sprechen von einer weiteren „Episode“ und bringen sie mit den Episoden einer psychiatrischen Erkrankung in Verbindung (Olbrich & Mann, 2001, S. 250). Springer (2001) bezeichnet die Diskussion als „lang vernachlässigt“ und „auf recht niedrigem Niveau stagnierend“ (Springer, 2001, S. 259). Im Hauptartikel wird versucht, das Phänomen der „Trinkkontrolle“ kulturhistorisch einzuordnen, beginnend mit dem antiken Mäßigkeitsideal (Petry, 2001a). Diese kulturhistorische Einordnung suggeriert, dass das Phänomen des kontrollierten Trinkens und dessen Kontroverse ein schon immer bestehendes gesamtgesellschaftliches Phänomen und dementsprechend weniger dem wissenschaftlich-therapeutischen Feld zuzuordnen sei. Auffällig ist auch, dass Joachim Körkel selbst als Experte nicht zu Wort kommt, obwohl die Veröffentlichung seiner kT-Programme im Editorial als Anstoß für das erneute Aufkommen der Kontroverse gewertet wird (Lindenmeyer, 2001a). Körkel wird in drei der acht Texte zitiert, meist jedoch nur im Rahmen einer kurzen Erwähnung zur Existenz seines AkT-Programms. Inhaltlich wird das AkT-Programm nicht besprochen. Im Folgenden betrachte ich Textfragmente aus Kommentar 1 (Olbrich & Mann, 2001) und Kommentar 7 (Lindenmeyer, 2001b) genauer, da sie für den späteren Diskursverlauf relevant sind.

Kommentar 1. Der erste Kommentar auf den Hauptartikel (Petry, 2001a) stammt von Robert Olbrich und Karl Mann (2001). Karl Mann spielt im weiteren Diskursverlauf noch eine wichtige Rolle und wird seine Meinung zu kontrolliertem Trinken ändern. Deshalb sollte hier seine Diskursposition dargelegt werden. In ihrem Kommentar fokussieren sich Olbrich und Mann auf die Bewertung der empirischen Basis und kommen zum Schluss, dass die bisherigen

Studienergebnisse „sehr bescheiden“ waren. Sie vermuten darin ein schwindendes Interesse an kontrolliertem Trinken als Forschungsgegenstand. Im folgenden Textfragment wird klar, unter welchen Bedingungen die Autoren kontrolliertes Trinken akzeptieren würden:

Auch müssen die eingesetzten Therapie/-Trainingsmodule wirklich innovative Elemente enthalten und eine hohe ad hoc Plausibilität dafür besitzen, dass sie mit besseren Ergebnissen verbunden sein könnten als die früher eingesetzten Techniken. Nur bei Vorliegen dieser Vorbedingungen ist es unseres Erachtens berechtigt, kontrolliertes Trinken erneut als Therapieziel bei der Behandlung von Alkoholkranken in Betracht zu ziehen. (Olbrich & Mann, S. 251)

Erfolg wird also mit Nützlichkeit und Effektivität gleichgeschrieben und quantifiziert. Ethische Betrachtungen spielen keine Rolle. Durch diese Forderung nach signifikant besseren Erfolgsaussichten gegenüber schon bestehenden Therapieformen (d.h. Abstinenz) hat nicht nur Kontrolliertes Trinken, sondern haben alle neuen Ideen eine höhere Akzeptanzhürde in der Wissenschaft gegenüber schon bestehenden Verfahren. Dadurch bleibt es jedoch auch ein Entweder-oder-Vergleich zwischen Abstinenz und kontrolliertem Trinken und eine Ergänzung bzw. Alternierung von Therapiezielen gerät in den Hintergrund. Der Text endet mit einem etwas kryptischen Abschnitt:

Wissenschaft ist in der Wahl ihres Forschungsgegenstandes frei. So ist das erneute Aufgreifen schon bearbeiteter Themen legitim und in manchen Fällen auch weiterführend. Angesichts des harten Verteilungskampfes um Ressourcen für Forschung ist es darüber hinaus notwendig, Forschungsergebnisse mediumwirksam aufzubereiten und damit die öffentliche Diskussion zu bereichern und zu beeinflussen. Im Falle der aktuellen Diskussion zum kontrollierten Trinken scheint gerade Letzteres in bemerkenswerter Weise gelungen, wobei es der Sache vielleicht dienlicher gewesen wäre, zuerst empirische Ergebnisse vorzulegen und wissenschaftlich zu diskutieren, um sie anschließend öffentlich zu machen. Bedauerlicherweise ist diese eigentlich übliche Reihenfolge im vorliegenden Falle umgedreht worden. Ob unserer gemeinsamen Sache hiermit ein Dienst erwiesen wurde [sic] bleibt abzuwarten. (Olbrich & Mann, 2001, S. 251)

Vermutlich beziehen sich Olbrich und Mann auf Körkels Vorgehensweise bei der Entwicklung seiner kT-Programme: Der Start der kT-Programme wurde 1999 per Pressemitteilung veröffentlicht (Körkel, Schellberg, et al., 2002). In PSYCHOLOGIE HEUTE erschien kurz darauf ein populärwissenschaftlicher Artikel dazu (Huber, 2000). Wirksamkeitsbelege waren bei Veröffentlichung jedoch nicht ausreichend vorhanden. Olbrich und Mann „bedauern“ Körkels Vorgehensweise. Körkel scheint sich wohl nicht daran gehalten zu haben, was Olbrich und Mann nicht als *gutes* wissenschaftliches Arbeiten ansehen. Allerdings scheint es eine „gemeinsame Sache“, d.h. eine gemeinsame Vision zu geben, die hier jedoch undeutlich bleibt.

Kommentar 7. Der siebte und letzte Kommentar (Lindenmeyer, 2001b) ist eine Zusammenfassung des Schwerpunktheftes. Ich habe ihn deshalb ausgewählt, weil hier die Gegenposition zu kontrolliertem Trinken am deutlichsten wird. Lindenmeyer, der in derselben Ausgabe auch das Editorial verfasste, gelangt aufgrund seines Eindrucks des Artikel zu „vier Schlussfolgerungen“: „1. Kontrolliertes Trinken ist möglich, aber nicht wahrscheinlich ... 2. Freiheit ist relativ ... 3. Chronische Erkrankungen brauchen einen langen Atem ... 4. Suchtmechanismen sind subkortikal“ (ebd., S. 262-264). Schlussfolgerung 1 fasst den Konsens dieser Schwerpunktausgabe zusammen, dass kontrolliertes Trinken zwar möglich, aber nur sehr begrenzt wirksam sei im Gegensatz zu Abstinenz. Deshalb solle mit der Propagierung erst einmal gewartet werden. Interessanter ist Schlussfolgerung 2 („Freiheit ist relativ“), denn hier geht es um ethische Gewichtung. Lindenmeyer schreibt:

Die Protagonisten von kontrollierten Trinken reklamieren für sich, dass sie im Gegensatz zum Dogmatismus der abstinenzorientierten Behandlung die Entscheidung dem Patienten überlassen, sein Trinkziel frei zu wählen. Sie suggerieren hierbei eine ethische Überlegenheit, weil sie im Unterschied zur traditionellen Suchtbehandlung den freien Willen des Individuums respektierten. Ein kurzer Blick in die Ethiktheorie würde aber schnell zeigen, dass es so einfach mit subjektiver Freiheit nicht ist. Was sich Menschen wünschen, hängt davon ab, über welche Informationen sie verfügen. Oder anders gesagt, wenn man einem Menschen bestimmte Informationen gibt bzw. ihm alle anderen Informationen vorenthält, dann er wird [sic] freiwillig das wählen, was man will. (Lindenmeyer, 2001b, S. 262)

Lindenmeyer entkräftet das von den „Protagonisten von kontrollierten Trinken“ reklamierte Recht auf Entscheidungsfreiheit von Patient*innen, da Freiheit nur „relativ“ sei, bzw. Wünsche abhängig von den jeweils zur Verfügung gestellten Informationen seien. Die wahre Entscheidungsmacht sieht Lindenmeyer bei den Behandler*innen und nicht bei den Patient*innen. Dies wird erkenntlich durch die Aussage „wenn man einem Menschen bestimmte Informationen gibt bzw. ihm alle anderen Informationen vorenthält, dann er wird freiwillig das wählen, was man will“. Diese ist zwar allgemein gehalten, jedoch ist anhand des Kontextes davon auszugehen, dass „man“ stellvertretend für den Autor und die Leser*innen steht. Somit liegt auch die Verantwortung bei den Behandler*innen.

Hier ist eine sorgfältige Abwägung im Rahmen einer abstinenzorientierten Therapie ethisch mindestens ebenbürtig gegenüber einem Experimentieren mit verschiedenen Trinkmengen. Denn die negativen Auswirkungen von Irrtümern sind bei aller berechtigten Entpathologisierung von Rückfällen mitunter für den Betroffenen insbesondere aber für seine Bezugspersonen – manchmal aber auch für Fremde (z. B. bei einem alkoholbedingten Autounfall) – erheblich. Von daher besteht keine prinzipielle Überlegenheit von kontrolliertem Trinken in ethischer Hinsicht. (Lindenmeyer, 2001b, S. 262)

Anstatt von „kontrolliertem Trinken“ spricht Lindenmeyer hier recht abwertend vom „Experimentieren mit verschiedenen Trinkmengen“, was dem Konzept einen willkürlichen, unwissenschaftlichen Charakter verleiht. Um seine Schlussfolgerung (kontrolliertes Trinken ist in ethischer Hinsicht der Abstinenztherapie nicht überlegen) argumentativ zu begründen, legt er den Fokus auf die „negativen Auswirkungen von Irrtümern“. Unter „Irrtum“ ist ein Rückfall gemeint für den kontrolliertes Trinken als ursächlich gesehen wird. Aus dem Textfragment geht nicht klar hervor, wer sich irrt, Behandler*in oder Klient*in. Ich interpretiere den Text so, dass Lindenmeyer den*die Behandler*in für mögliche „Irrtümer“ verantwortlich macht, weil diese Zuschreibung zu Lindenmeyers zuvor genannter Definition von eingeschränkter Entscheidungsfreiheit passt („dann er wird freiwillig das wählen, was man will“). Aus diesem Textfragment geht insgesamt hervor, dass das ethische Prinzip der Schadensvermeidung bzw. Risikovermeidung höher gewichtet wird als das Prinzip der Autonomie und die Deutungshoheit und Handlungsmacht eher bei den Behandler*innen als bei den Behandelten liegt.

Schlussfolgerung 3 („Chronische Erkrankungen brauchen einen langen Atem“) wird die Annahme zugrunde gelegt, dass Sucht eine chronische Erkrankung sei. Aufgrund des chronischen Charakters brauche der „aktive Abstinenzentwicklungsprozess“ einen „langen Atem“. Lindenmeyer schreibt:

Von daher ist zu vergleichen, wie dieser Prozess im Anschluss an eine Behandlung in sozialer Hinsicht bei einem Abstinenzler vs. einem kontrolliertem Trinker aussieht. Zunächst scheint diesbezüglich das kontrollierte Trinken aufgrund der geringeren Stigmatisierung und des vermiedenen Außenseitertums einen Vorteil im Vergleich zum Abstinenzparadigma zu bieten. In einer gestörten Trinkkultur ist gerade dies aber von zweifelhaftem Nutzen für den Betroffenen: Immer wieder wird es [sic] sich mit einem gesellschaftlich unauffälligen Missbrauch von Alkohol konfrontiert sehen, dem er sich dann abweichend von der Norm seiner Bezugsgruppe entgegenstellen muss. (Lindenmeyer, 2001b, S. 263)

In diesem Textfragment wird die soziale Komponente thematisiert. Als Vorteile kontrollierten Trinkens nennt Lindenmeyer eine geringere Stigmatisierung und die Vermeidung von Außenseitertum. Er sieht darin jedoch nur „zweifelhaften Nutzen“, denn unsere Gesellschaft habe per se eine „gestörte Trinkkultur“, in der ein „gesellschaftlich unauffälliger Missbrauch“ die „Norm“ sei. Daher würden kontrolliert Trinkende im „Außenseitertum“ bleiben, da sie dieser Norm nach wie vor nicht entsprächen, jedoch nun in die andere Richtung ausschlagend. In dieser Textstelle wird demnach eine umgekehrte Pathologisierung vorgenommen: Unsere gesamte Gesellschaft ist „gestört“, nicht nur der*die Einzelne; der Kontrollverlust ist Teil unserer Trinkkultur.

In Schlussfolgerung 4 („Suchtmechanismen sind subkortikal“) wird die Annahme eines Suchtgedächtnis als gegeben dargestellt, auch wenn der aufgrund seiner Ungenauigkeit umstrittene Begriff „Suchtgedächtnis“ von Lindenmeyer nicht explizit genannt wird. Lindenmeyer schreibt:

Kontrolliertes Trinken, das sagt das Wort, besteht aus Selbstkontrolle. Und zwar wie man heute weiß von im Wesentlichen subkortikalen Suchtprozessen. Viel Forschung ist durch die bildgebenden Verfahren und verbesserten neurochemischen Untersuchungen zur Darstellung neuronaler Aktivitäten im Gehirn in letzter Zeit hierüber initiiert worden. Zwar bestehen hierbei vorerst vollkommen unterschiedliche Paradigmen, und [sic] die Ergebnislage ändert sich noch in sehr kurzen Zyklen, trotzdem wurden bislang von allen auf diesem Gebiet tätigen Forschern bislang [sic] relativ einheitliche Schlussfolgerungen gezogen: Es entsteht offenbar im Verlauf einer Suchtentwicklung jene von Schippers (2001) beschriebene dauerhafte Sensitivierung auf alkoholspezifische Stimuli (Lerntheoretiker sprechen von cue reactivity, Neurobiologen von wanting), die ein permanentes Rückfallrisiko auch nach längerer Abstinenz bedeutet. Am stärksten ist diese Sensitivierung nach dem Konsum von kleinen Alkoholmengen (Primingeffekt). Diese Prozesse würden bei dem Therapieziel kontrolliertes Trinken zunächst durch die Einnahme von Alkohol angeregt werden, um dann durch bewusste Selbstkontrollprozesse in Zaum gehalten zu werden. Hier ist die Schwachstelle von kontrolliertem Trinken, die ja auch von ihren Protagonisten erkannt wurde: Sie betonen, dass es sich nicht mehr um ein naives Trinken wie früher handelt, sondern um einen Trainingsprozess wie bei Hochleistungssportlern. (Lindenmeyer, 2001b, S. 264)

In diesem Textfragment bleibt Lindenmeyer in der Darstellung der Forschungslage sehr vage und unterlegt nicht alle seine Aussagen mit Quellen. Die Annahme eines konstitutionell bedingten Kontrollverlusts wird hier als gegeben angenommen. Auffällig ist, dass Lindenmeyer neurobiologische („wanting“) und lerntheoretische („cue reactivity“) Paradigmen kombiniert. Lindenmeyer spricht von einer „dauerhaften Sensitivierung auf alkoholspezifische Stimuli“ auf „subkortikaler“ Ebene und einem dadurch bedingten „permanente[n] Rückfallrisiko auch nach längerer Abstinenz“ vor allem beim „Konsum von kleinen Alkoholmengen“. Dadurch müssen kontrolliert Trinkende also wie „Hochleistungssportler“ agieren, sie brauchen einen „Trainingsprozess“. Dieser Umstand sei die „Schwachstelle“ von kontrolliertem Trinken. Lindenmeyer spricht im weiteren Verlauf von „mittelschichtorientierten Selbstkontrollvorstellungen“, die „wenig realistisch sein dürften“. Der konstitutionell bedingte Kontrollverlust ist demnach das Hauptargument gegen kontrolliertes Trinken. Lindenmeyer fährt fort:

Erst wenn Wege gefunden worden wären, diese Suchtmechanismen wieder rückgängig zu machen, wäre kontrolliertes Trinken aus neurobiologischer Perspektive ebenbürtig zu [sic] Abstinenzorientierung bisheriger Suchtbehandlungsansätze“. (Lindenmeyer, 2001b, S. 264)

Hier erfahren wir die Bedingung, unter der kontrolliertes Trinken als Therapiemethode akzeptiert werden würde: Es müssen „Wege“ gefunden werden, „diese Suchtmechanismen wieder rückgängig zu machen“. Durch die Betonung der „neurobiologischen Perspektive“ scheint hier eine Logik durch: Wenn Sucht neurobiologisch gedacht wird, dann wird auch Genesung neurobiologisch gedacht. Dies erklärt, warum lerntheoretische Selbstkontrolltechniken - wie sie beim kontrollierten Trinken trainiert werden - nicht als Genesungsmethode akzeptiert werden. Alternative Genesungsmethoden wären Medikamente oder sonstige medizinische Eingriffe. Da in diesem Gebiet zu diesem Zeitpunkt noch keine relevanten Erfolge erzielt wurden, gibt es im neurobiologischen Paradigma schlichtweg keine Genesung. Dies ist im lerntheoretischen Paradigma des kontrollierten Trinkens anders: kontrolliertes Trinken suggeriert Genesung durch Normalität, d.h. Wiedereingliederung in eine „normal“ trinkende Gesellschaft. Im weiteren Verlauf der Diskursanalyse ist es daher eine spannende Frage, ob und wie die Möglichkeit einer Genesung doch noch in das Feld gebracht wird und wie sich das wiederum auf den Diskurs um kontrolliertes Trinken auswirkt. Im letzten Absatz gibt Lindenmeyer ein Fazit:

Zusammenfassend besteht somit kein Grund, gegen Versuche des kontrollierten Trinkens aufgeregt zu polemisieren. Es ist viel mehr legitim [sic] solche Behandlungsversuche zu unternehmen. Es ist aber andererseits eine viel größere Zurückhaltung und Vorsicht der Protagonisten von kontrolliertem Trinken zu fordern, da ihr Ansatz zumindest in der gegenwärtigen Forschungs- und Gesellschaftssituation prinzipielle Schwächen aufweist, weswegen Abstinenz in der Behandlung von Alkoholabhängigen unverändert als Therapieziel der Wahl anzusehen ist. Dagegen besteht die Notwendigkeit, über das bestehende abstinenzorientierte Suchtbehandlungssystem hinaus spezifische Interventionen für Personen mit schädlichem oder riskantem Alkoholgebrauch zu entwickeln und diesen v. a. auf Leistungsträgerseite zu einer regulären Implementierung zu verhelfen. (Lindenmeyer, 2001b, S. 264)

Lindenmeyer hält die Fortsetzung solcher „Behandlungsversuche“ für legitim, fordert die „Protagonisten“ jedoch zu mehr „Zurückhaltung und Vorsicht“ auf. Im letzten Satz wird die Notwendigkeit genannt, die Abstinenzorientierung aufzubrechen, jedoch nur bei schädlichem und riskantem Konsum (d.h. eher aus einer public-health-Perspektive heraus) und nicht bei abhängigem Konsum. Somit bleibt in diesem Text der qualitative Sprung von riskantem bzw. schädlichem Verhalten zu abhängigem Verhalten unhinterfragt.

Zwei Ausgaben später (SUCHT 47(4), 2001) äußert sich Petry in der Rubrik „Forum“ zu den Kommentaren an seinem Hauptartikel in der zuvor besprochenen Schwerpunktausgabe (Petry, 2001b). Er schreibt:

Die Kritik an dem Terminus »kontrolliertes Trinken« besitzt eine erhebliche praktische Bedeutung. Die aus der Begriffsbildung folgende empiristische Verkürzung korrespondiert in der klinischen Praxis mit veralteten behavioralen Behandlungsstrategien. Das von Körkel (2001b) vorgestellte »ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken«, welches fast völlig identisch mit dem 10 Jahre früher entwickelten »Kursprogramm kontrolliertes Trinken« von Polli und Mitarbeitern (1989) ist, entspricht den in den 70er Jahren üblichen Selbstkontrollansätzen innerhalb der Suchttherapie (vgl. Miller, 1976; Feldhege, 1980). Damit wird weder theoretisch noch praktisch die kognitive Wende innerhalb der Psychologie und Verhaltenstherapie nachvollzogen. (Petry, 2001b, S.444-445)

Petry übt hier harsche Kritik an Körkels AkT-Programm. Er bezichtigt es als Kopie eines schon 10 Jahre bestehenden Programms, das außerdem auch noch auf „veralteten behavioralen Behandlungsstrategien“ basiere.

In Ausgabe 48(2) 2002 wird kontrolliertes Trinken noch einmal in einem Tagungsbericht (12. Tagung des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz 24.-25.01.2002) erwähnt (Täschner, 2002). Es handelt sich um die Zusammenfassung eines Vortrags von Johannes Lindenmeyer, der auch in der zuvor besprochenen Schwerpunktausgabe maßgeblich mitgewirkt hat:

Der Vortrag von Lindenmeyer von der Salus-Klinik in Lindow befasste sich mit dem kontrollierten Trinken. Der Referent plädierte für eine Versachlichung der sich ständig fortsetzenden Debatte um dieses Problem. Ausgangspunkt sei die vermeintlich mangelnde Effizienz der abstinenzorientierten Behandlung, aber auch der wissenschaftliche Ehrgeiz der Untersucher sei zu nennen, und schließlich seien Interessen der Alkoholindustrie und der Medien und die Sparinteressen der Politik Gründe für das immer erneute Aufkommen der Diskussion um das kontrollierte Trinken. Gegner dieser Position seien naturgemäß die Selbsthilfegruppen und die stationären Einrichtungen. Die wissenschaftliche Literatur zeigt, so der Referent, dass es zwar möglich sei, aber wohl nicht so effizient wie die Abstinenz. Diese sei langfristig stabiler als kontrolliertes Trinken, und es bedürfe insbesondere der Definition dieser Verhaltensweise, weil in manchen Studien auch ein ausgedehnter, fast ausufernder Konsum noch als kontrolliertes Trinken angesehen wird, den man genauso gut als Rückfall einordnen könnte. (Täschner, 2002, S.136-137)

Hier werden Gründe für das Fortsetzen der Diskussion genannt, die in der Schwerpunktausgabe nicht explizit genannt wurden: „der wissenschaftliche Ehrgeiz der Untersucher“ und „Interessen der Alkoholindustrie und der Medien und die Sparinteressen der Politik“.

Zwischenfazit. Hiermit endet vorerst die Thematisierung von kontrolliertem Trinken in der Zeitschrift SUCHT. Es wird der Eindruck erweckt, dass Körkel als Protagonist und seine Programme im Diskurs ausgeklammert werden. Insgesamt bewegt sich der Diskurs größtenteils auf einer theoretischen Ebene (Ist kontrolliertes Trinken möglich und sinnvoll? Ist der Begriff „kontrolliertes Trinken“ akzeptabel?). Der Tenor lautet, dass kontrolliertes Trinken

zwar möglich sei, aber laut aktuellem Wissenstand und aufgrund ethischer Überlegungen die Abstinenzbehandlung dem kontrollierten Trinken vorzuziehen sei. Eine Ausnahme bilden die beiden englischsprachigen Artikel (Cox, 2001 und Schippers, 2001). Gemeinsam haben beide Artikel, dass sie von nicht-deutschsprachigen Autoren stammen; die Unvereinbarkeit von Abstinenz vs. Kontrolliertes Trinken aufweichen, indem sie annehmen, dass ein Individuum sein Therapieziel auch (mehrmals) ändern kann; und die Rolle des*der Therapeutin als Motivator*in begreifen, während die Entscheidungsmacht bei den als autonom wahrgenommenen Klient*innen verbleibt. Der Artikel von Schippers (2001) hebt sich zusätzlich noch ab, da er ein fiktives Therapiegespräch über kontrolliertes Trinken enthält und somit den mit Abstand deutlichsten Praxisbezug für sich in Anspruch nimmt. Anhand der näher besprochenen Textfragmente (Olbrich & Mann, 2001; Lindenmeyer, 2001b) lassen sich zwei Lager ausmachen: Ein wissenschaftlich-orientiertes Lager (z.B. Mann & Olbrich, 2001) lehnt kontrolliertes Trinken nur temporär ab, würde es aber akzeptieren, sobald es mehr Evidenz gäbe; Ethik und Gesellschaft spielen dabei keine große Rolle. Das andere Lager (z.B. Lindenmeyer, 2001b) lehnt kontrolliertes Trinken per se ab und begründet dies ethisch (der*die Patient*in darf nicht zu Schaden kommen, der*die Behandler*in ist dafür verantwortlich; Entscheidungsfreiheit ist eine Illusion, deshalb sollte Autonomie auch nicht das oberste ethische Prinzip sein; die Deutungshoheit und Handlungsmacht liegt bei den Behandelnden) und gesamtgesellschaftlich (gestörte Trinkkultur als Ausdruck einer verrückten Norm). Letztere lehnen kontrolliertes Trinken vehementer ab. Vor Aufweichung des Abstinenzziels wird gewarnt, als würde eine nicht akzeptable Schwelle überschritten werden.

Schwerpunktausgabe in Suchtherapie als Gegengewicht. Im Jahr 2002 gibt die im Jahr 2000 u.a. von Joachim Körkel gegründete Konkurrenzzeitschrift Suchttherapie ebenfalls eine Schwerpunktausgabe heraus, die sich allerdings nicht ausschließlich mit kontrolliertem Trinken, sondern mit kontrolliertem Konsum allgemein befasst (Ausgabe 2(3) 2002). Körkel wirkt hierbei maßgeblich mit, von ihm stammt das Editorial (Körkel, 2002a), drei weitere Artikel (eine Übersicht zu Forschung und Praxis von kontrolliertem Trinken; Körkel, 2002b), eine Vorstellung des AkT-Programms (Körkel, Schellberg, et al., 2002) und zwei Fallvignetten ehemaliger Teilnehmer des AkT-Programms (Körkel, Langguth, et al., 2002). Ansonsten enthält die Schwerpunktausgabe einen Artikel zum kontrollierten Konsum von Heroin und

Kokain (Schippers⁵⁶ & Cramer, 2002), eine Artikel zu kontrolliertem Rauchen (Drinkmann, 2002), einen Artikel zu einem sekundärpräventiven Lernprogramm bei problematischem Alkoholkonsum mit Parallelen zu den kT-Programmen (Wessel & Westermann, 2002), einen Artikel zu fremdbestimmtem kontrollierten Trinken in einem Pflegeheim (Böhlke & Schäfer, 2002) und einen Artikel zu Qualifizierter Entzugsbehandlung, einem abstinenzorientierten Behandlungskonzept in stationären Einrichtungen (Schwoon, Schulz & Höppner, 2002).

Im Editorial (Körkel, 2002a) werden Annahmen über die menschliche Psyche offengelegt:

Menschen haben offenbar ein elementares Bedürfnis, sich, das eigene Leben und zuweilen auch das anderer unter Kontrolle zu erleben und Empfindungen von Hilflosigkeit zu vermeiden ... Oft ist es gar nicht die tatsächliche, sondern die wahrgenommene Kontrolle, die mit persönlichem Wohlbefinden, Stresstoleranz, besserer Genesung von Krankheiten und positivem Selbstbild einhergeht - mehr oder weniger unabhängig davon, ob diese Kontrollmeinung gerechtfertigt ist Umgekehrt kann die Überzeugung der Nicht-Kontrolle dazu führen, dass tatsächliche Kontrollspielräume nicht wahrgenommen werden und negative psychische Folgen, etwa ein depressiver Affekt, eintreten. Das Vorgenannte schließt im Übrigen nicht aus, Inseln der Nicht-Kontrolle (z.B. im Rausch) als lustvoll empfinden zu können. (Körkel, 2002a, S. 69)

Die Formulierungen in diesem Textfragment erwecken den Eindruck, dass Kontrollwahrnehmung *die* elementare Variable für „Wohlbefinden“ sei. Auffällig an diesem Textfragment ist außerdem, dass „Rausch“ mit „lustvollem Empfinden“ gekoppelt wird - eine Verbindung, die ich in den suchtwissenschaftlichen Journals insgesamt sehr selten gelesen habe. Meist wird der Rausch pathologisch dargestellt, z.B. als „Intoxikation“ oder überhaupt nicht thematisiert. Im weiteren Verlauf des Editorials wagt Körkel eine Neudefinition der Kontrollverlusthypothese: Im Gegensatz zu einer „mechanistischen“ Definition (der Kontrollverlust beginnt unaufhaltsam mit dem ersten Schluck Alkohol) schlägt er eine „probabilistische“ Definition vor, wonach die Selbstkontrolle nur „situativ“ und „zeitweise eingeschränkt ist“. Er vermerkt, dass diese Definition empirisch noch überprüft werden muss. Diese revidierte Form der Kontrollverlusthypothese bewirke eine „Weiterentwicklung des bisherigen Alkoholismusverständnisses“, denn sie mache es möglich, „Alkoholkonsumenten nach dem *Ausmaß* ihrer situativen Kontrolleinschränkung auf einem *Kontinuum* anzusiedeln - statt sie in die Gruppen der „Alkoholiker“ und „Nichtalkoholiker“ zu dichotomisieren“ (Körkel,

⁵⁶ Von Schippers stammt auch das fiktive Therapiegespräch in der Schwerpunktausgabe von SUCHT (Schippers, 2001).

2002a, S. 70, Hervorh. i.O.) In diesem Textfragment wird der Rausch („intoxication“) mit dem Kontrollverlust gleichgesetzt, jedoch vollkommen entpathologisiert („was auch bei ‚Nichtalkoholikern‘ ab und zu beobachtet werden kann“). Auch Alkoholabhängigkeit selbst verliert in dieser Definition ihren Krankheitscharakter. Ziel und Vision des Schwerpunktheftes sind laut Editorial:

Die Beiträge dieses Schwerpunktheftes der Suchttherapie nehmen die zuvor formulierten Überlegungen zur Möglichkeit des kontrollierten Substanzkonsums auf und laden zur Reflexion des gängigen Suchtverständnisses ein ... Es bleibt zu wünschen, dass die vorgestellten Arbeiten zu Theorie, Empirie und Praxis des kontrollierten Konsums psychotroper Substanzen die wissenschaftliche Diskussion über Grundfragen des Abhängigkeitsverständnisses stimulieren und in der Suchthilfe Erweiterungen der Angebotspalette um Interventionen zum kontrollierten Konsum anregen können. (Körkel, 2002a, S. 70)

In der Tat positionieren sich alle in dieser Schwerpunktausgabe erscheinenden Artikel pro kontrolliertes Trinken - auch bei Alkoholabhängigen. Diese Schwerpunktausgabe von Suchttherapie, die wie ein Gegengewicht zur Schwerpunktausgabe von SUCHT wirkt, wird in den darauffolgenden Ausgaben von SUCHT jedoch nicht beachtet.

Aber auch in SUCHT hat das Thema kontrollierter Konsum weiterhin Konjunktur. So wird 2003 eine Schwerpunktausgabe zu kontrolliertem Rauchen veröffentlicht (SUCHT 49(1) 2003). Die Diskussion wirkt ausgeglichener, denn es gibt pro und kontra Stimmen. Einige Argumente ähneln den Argumenten zu kontrolliertem Trinken, z.B. größere Reichweite, fängt auch abstinenzunwillige Raucher*innen ein, kann der Zwischenschritt zu Abstinenz sein (Batra, 2003).

2004 - 2013: Windstille (oder Totschweigen) in SUCHT

Ab 2004 scheint die Diskussion zu kontrolliertem Konsum in SUCHT zum Erliegen gekommen zu sein. Es finden sich keine Artikel mehr, die die Debatte kommentieren oder sich auf wissenschaftlicher Ebene mit der Thematik beschäftigen. In den Zeitschriften Suchttherapie und SuchtMagazin ist das anders. In Suchttherapie widmen sich einige Artikel einem *Paradigmenwechsel*. Zum Beispiel ist die Rede von „Paradigmen der Zukunft“ (Krausz, 2004), „jenseits des Abstinenzparadigmas“ (Meili et al., 2005). Van den Brink benennt die wichtigsten Veränderungen der Suchtbehandlung, u.a. „von abstinenzorientierten Therapien zu Therapien mit dem Ziel kontrollierten oder stabilisierten Konsums, Schadensminderung und Risikominimierung“ (van den Brink, 2003, S. 91). Es folgt eine weitere Schwerpunktausgabe in Suchttherapie zu „moderatem Substanz-Gebrauch“ (Suchttherapie 2010 11(1)). Auch im SuchtMagazin wird eine Schwerpunktausgabe veröffentlicht („kontrollierter Gebrauch“, SuchtMagazin 34(3) 2008). In beiden wird Drogenkonsum (inkl. Alkoholkonsum) auch aus

einer nicht-pathologischen Perspektive beleuchtet. Zudem erscheint in Ausgabe 11(4) erneut die Diskussion zu kontrolliertem Trinken, diesmal in systematischer Weise zwischen Joachim Körkel selbst (Körkel, 2010a) und Karl Mann (Mann, 2010). Der Titel lautet „Kontrolliertes Trinken als legitimes Behandlungsziel bei alkoholbezogenen Störungen“. Körkel liefert pro-Argumente, Mann liefert kontra-Argumente. Demgegenüber erscheint es auffällig, dass kontrollierter Konsum in der Zeitschrift SUCHT nicht mehr thematisiert wird.

2014 - 2015: Zweite Chance unter geänderten Bedingungen

Erst im Jahr 2014 erhält kontrolliertes Trinken nach Körkel indirekt durch eine Kontroverse um *reduziertes Trinken*, *Trinkmengenreduktion* oder *Konsumreduktion* wieder Einzug in den Diskurs in SUCHT. Auch die Kombination von reduziertem Trinken und Pharmakotherapie, d.h. die Behandlung von Erkrankungen mittels pharmakologischer Medikamente, gelangt in den Diskurs. Genannt wird dies *medikamentengestützte Konsumreduktion*. Anstoß hierfür sind zwei Artikel, die für große Resonanz sorgen. Beide Artikel haben es sich laut Editorial (Bühringer, 2014) zum Ziel gesetzt, die Erreichungsquote von Behandlungsbedürftigen im Bereich Alkoholkonsumstörung zu erhöhen.

Der erste Artikel ist eine Originalarbeit (Rehm, Rehm, Shield, et al., 2014), in der versucht wurde, die durch Alkoholkonsum verursachte Mortalität zu quantifizieren und abzuschätzen, inwiefern eine verbesserte Behandlungssituation die Mortalität senken würde. Die Autor*innen kommen zu dem Ergebnis, dass schon *riskantes* Trinken die Mortalitätsrate stark erhöhe. Daher schlussfolgern sie, dass die Behandlungspalette ausgeweitet werden soll auf „effektive“ Therapie. Als „effektiv“ deklarieren sie Kurzinterventionen und *medikamentengestützte Trinkmengenreduktion*.

Der zweite Artikel ist ein Positionspapier (John et al., 2014). Die Autor*innen kommen u.a. zu dem Ergebnis, die Teilnahme an Entwöhnungsbehandlungen sei nicht mit längerem Überleben verknüpft als die Nichtteilnahme. Sie schlussfolgern, dass das aktuelle Suchthilfesystem zu spät greife. Daher formulieren sie Anforderungen, die ein verbessertes Suchthilfesystem zu erfüllen habe. Diese Anforderungen konzentrieren sich stark auf Prävention und proaktive Kontaktierung der Bevölkerung.

Im Anschluss sind einige Kommentare zu den beiden Artikeln abgedruckt. Fünf von neun Kommentaren verknüpfen die Aussagen der Artikel thematisch mit reduziertem Trinken. In vier Kommentaren wird positiv über Alkoholreduktion gesprochen (Charlet & Heinz, 2014; Hentgen, 2014; Mann, 2014a; Wurst, 2014), in einem Kommentar negativ (Lindenmeyer, 2014). Die pro-Kommentare sehen in den beiden Artikeln eine wissenschaftliche Legitimierung für die Implementierung von konsumreduzierenden Interventionen neben

Abstinenz „im Sinne einer Public-Health-Strategie der Schadensminimierung“ (Hentgen, 2014, S. 119). Karl Mann (2014a) berichtet von zwei diskursrelevanten „Erkenntnissen“:

Das Jahr 2013 brachte neue Erkenntnisse, die die Versorgung nachhaltig verbessern könnten. Die Autoren von DSM-5 plädieren für eine dimensionale Betrachtung von „Alkoholbezogenen Störungen“. Sie umfassen die „Alkoholabhängigkeit“ und den „Abusus“ bzw. den „schädlichen Gebrauch“ von Alkohol. Gerade für leichtere Fällen [sic] im Frühstadium einer pathologischen Entwicklung wird damit die Wahl des Therapieziels impliziert: Abstinenz oder ein Versuch mit Trinkmengenreduktion. Die zweite Neuerung im Jahr 2013 betrifft die Publikation von drei randomisierten Studien (an jeweils 600 bis 700 Patienten). Danach kann auch bei Alkoholabhängigen das Therapieziel der Trinkmengenreduktion erreicht werden ... Welche Perspektiven ergeben sich hieraus? Vor allem in den frühen Phasen einer Alkoholbezogenen Störung könnten Betroffene künftig wählen zwischen Abstinenz evtl. mit Vermittlung in das etablierte Suchthilfesystem oder einer Alkoholreduktion. Diese kann ggfs. durch Verordnung eines Medikaments ergänzt werden. (Mann, 2014a, S. 121)

Karl Mann, der sich im bisherigen Diskurs kritisch gegenüber kontrolliertem bzw. reduziertem Trinken äußerte, hat also seine Meinung geändert. Grund dafür sei zum einen ein Paradigmenwechsel beim Klassifikationssystem DSM-5, wonach die Störung Alkoholabhängigkeit künftig nicht mehr als voneinander unabhängige Störungen (Missbrauch und Abhängigkeit), sondern als Ausprägungen einer Störung betrachtet wird. Die Zusammenfassung zur *Alkoholkonsumstörung* hat zur Folge, dass diese nun zum Kontinuum wird, auf dem sich unterschiedliche Ausprägungsgrade bestimmen lassen (Rumpf & Kiefer, 2011). Dies verändert die qualitative Unterscheidung zwischen abhängig und nicht abhängig hin zu einer quantitativen Definition. In anderen Worten: Es befinden sich nun alle Alkoholkonsumierenden - abhängig oder nicht abhängig - an einer Stelle auf dem gleichen eindimensionalen Kontinuum; pathologischer Alkoholkonsum wird eher diagnostiziert als zuvor, die Grenze zur Abhängigkeit löst sich auf. Prävention und auf *riskanten Alkoholkonsum* abzielende Frühinterventionen werden dadurch auch legitimiert. Als anderen Grund nennt Mann (2014a) eine veränderte Evidenzlage zugunsten von zieloffenen und alkoholreduzierenden Interventionen. Mann (2014a) erkennt ebenfalls die Möglichkeit an, Alkoholreduktion „durch die Verordnung eines Medikaments zu ergänzen“ (S. 121).

Da die Autor*innen der Kommentare jeweils eine Deklaration konkurrierender Interessen abgegeben haben, ist ersichtlich, dass bei einigen Autor*innen Verbindungen zur Pharmaindustrie, genauer zur Firma Lundbeck, bestehen. Die Firma Lundbeck vermarktet das Medikament *Nalmefen* (engl.: Nalmefene), welches seit kurzem explizit zur Trinkmengenreduktion bei Alkoholabhängigen zugelassen ist (Mann, 2014b). Grund für die Zulassung waren Studien, die ergaben, dass Nalmefen in Kombination mit einer Beratung über

das Placebo hinaus wirksam sei (Mann, 2014b). Alle drei Zulassungsstudien wurden von der Firma Lundbeck gesponsort, Lundbeck war aktiv bei der Studienkonzeption involviert und die Autor*innen haben sonstige Verbindungen zu Lundbeck (Gual et al., 2013; Mann et al. 2013; van den Brink et al., 2013). Die stärksten Verbindungen zu Lundbeck bestehen bei Jürgen Rehm und Karl Mann⁵⁷ (Erstautor und Letztautor der kommentierten Originalarbeit; Rehm, Rehm, Shield, et al., 2014), die auch beide einen Kommentar verfasst haben (Rehm, Rehm, Gmel, et al., 2014; Mann, 2014a). Die Originalarbeit selbst wurde finanziell ebenfalls von Lundbeck unterstützt⁵⁷. Darüber hinaus bestehen Verbindungen bei Paul Hentgen⁵⁸ und Friedrich Wurst⁵⁹ (den Autoren von Kommentaren, die reduziertes Trinken befürworten; Hentgen, 2014; Mann, 2014a; Wurst, 2014). Das soll nun nicht heißen, dass die Studien dadurch automatisch unglaubwürdig werden. Jedoch legt es die Abhängigkeit der Wissenschaft von finanziellen Interessen offen. Der Grund, weshalb Alkoholreduktion neben Abstinenz plötzlich wieder im wissenschaftlichen Diskurs der Zeitschrift SUCHT auftaucht, ist, dass nun ein Investor eingestiegen ist, der die finanziellen Mittel bereitstellt, die die zuvor jahrelang geforderten aufwändigen Wirksamkeitsstudien endlich ermöglichen. Reduziertes Trinken wird dadurch jedoch neu definiert: Es wird medikalisiert. Der Begriff *Medikalisierung* steht für „die Ausweitung medizinischer Begriffe, Kategoriensysteme (z. B. Diagnosen) und Handlungsmuster auf „normale“ gesellschaftliche und alltägliche soziale Phänomene“ (Schneider & Strauß, 2013, S. 217). Reduziertes Trinken scheint erst durch die Verknüpfung mit einer Medikamenteneinnahme wieder diskursrelevant.

Im selben Jahr erscheint auch in der Zeitschrift Suchttherapie eine Ausgabe zum Thema „Konsumreduktion“ (Suchttherapie 2014 15(4)), zu der Joachim Körkel das Editorial (Körkel & Reimer, 2014) und einen Artikel zu zieloffener Suchtarbeit (Körkel, 2014) beiträgt. Auch von Karl Mann (Mann, 2014b) erscheint ein Artikel zur mit Nalmefen gestützten

⁵⁷ "Lundbeck stellt Medikamente für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit her und hat diese Arbeit neben anderen Geldgebern unterstützt. Obwohl Lundbeck zu keinem Zeitpunkt auf das Design oder die Datengewinnung oder die Methodik oder die Berichtslegung dieser Studie einen Einfluss hatte, möchten wir doch auf den potenziellen Interessenskonflikt hinweisen. Erst- und Letztautor haben in den letzten Jahren mehrere un konditionale Zuwendungen von der Pharmaindustrie erhalten und beide sind Mitglied im wissenschaftlichen Beirat von Nalmefene, einem Medikament zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, das mittlerweile in Europa zugelassen ist" (Rehm, Rehm, Shield, et al., 2014).

⁵⁸ „gelegentliche, un konditionale Förderung von Tagungsbesuchen durch die Firma Lundbeck“ (Hentgen, 2014).

⁵⁹ „F. Wurst erhielt unter anderem von verschiedenen Pharmafirmen, darunter Lundbeck, Honorare im Rahmen von Vortragstätigkeit“ (Wurst, 2014).

Trinkmengenreduktion. Aus zeitökonomischen Gründen analysiere ich jedoch die Inhalte dieser Ausgabe nicht weiter.

Das erste Editorial des Jahres 2015 in der Zeitschrift SUCHT beginnt mit der Ankündigung der erneuten Thematisierungsserie von „Konsummengenreduktion“:

Mit dem Beitrag von Mann (2015) beginnen wir in diesem Heft eine Serie zur Konsummengenreduktion als alternativem Therapieziel zur derzeit vorherrschenden Abstinenz. Die 2015 in unregelmäßiger Reihenfolge erscheinenden Beiträge zu verschiedenen Substanzen fassen aktuelle wissenschaftliche und versorgungspraktische Entwicklungen zusammen, die wir in der Redaktion als relevant für eine ausführliche Berichterstattung und Diskussion ansehen. Es ist uns dabei bewusst, dass das Thema insbesondere in Deutschland in der Praxis wie in der Forschung kritisch gesehen wird und viele die Sorge haben, dass die bisher erfolgreiche abstinenzorientierte Behandlung in Frage gestellt wird. Dies ist von uns nicht beabsichtigt, vielmehr geht es um das zentrale gesundheitspolitische Ziel, einen höheren Anteil von Personen mit Alkoholkonsumstörungen (nach DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) als bisher therapeutisch zu erreichen. (Bühringer & Rumpf, 2015, S. 5)

Bühringer und Rumpf kündigen außerdem an, dass die Autor*innen der Studien den Begriff „Trinkmengenreduktion“ wählen, denn „[d]amit soll der theoretisch und teilweise, insbesondere in der Selbsthilfebewegung, auch philosophisch beladene Begriff vermieden werden, da nach Meinung vieler engagierter Laien und Fachleute eine Kontrolle des Konsums durch Personen mit einer Alkoholkonsumstörung nicht möglich sei“ (Bühringer & Rumpf, 2015, S. 6). Die medikamentös gestützte Trinkmengenreduktion wird als ein seit etwa 2000 an Bedeutung gewinnender Ansatz umschrieben (ebd.).

Als erster Artikel dieser „Serie“ zur „Konsumreduktion psychoaktiver Substanzen als Therapieoption“ erscheint ein Positionspapier von Karl Mann mit einer Frage als Titel: „Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren?“ (Mann, 2015, S. 29). Im Artikel ruft Mann zum Umdenken auf. Er beruft sich auf Umfrageergebnisse, laut denen sich viele Betroffene eine lebenslange Abstinenz nicht vorstellen können. Im weiteren Verlauf argumentiert Mann, dass Betroffene ihr Therapieziel selbst wählen sollten, da die Behandlung dann höhere Erfolgchancen habe. Es folgt ein kurzer Exkurs zu „kontrolliertem Trinken“ als Therapieziel, wo Mann mehrmals aus einer mit Joachim Körkel gemeinsam veröffentlichten Arbeit zitiert (Mann & Körkel, 2013; nach Mann, 2015). Es scheint also eine aktive Bezugnahme von Mann auf die gemeinsame Arbeit zu geben. Den Großteil des Positionspapiers nehmen jedoch die Ausführungen zur medikamentös gestützten Trinkmengenreduktion mit Nalmefen ein. Mann beschreibt den klinischen Prüfprozess anhand der drei von der Firma Lundbeck gesponserten Wirksamkeitsstudien. In der Diskussion schreibt Mann:

Als wichtigste Erkenntnis erscheint dem Autor der empirische Nachweis, dass Konsumreduktion bei Alkoholabhängigen über zumindest ein Jahr tatsächlich nachgewiesen werden konnte [sic] und zwar nicht nur durch ein aktiv wirksames Medikament wie Nalmefen, sondern, wenn auch in signifikant geringerem Ausmaß, auch durch Plazebo plus Kurintervention [sic!]. ... Vor diesem Hintergrund ergibt sich künftig die Chance, Patienten ergebnisoffen zu beraten. Gerade in der Frühphase einer Abhängigkeit und natürlich auch bei schädlichem Gebrauch könnte ein Reduktionsversuch sinnvoll sein, sofern der Empfehlung zur Abstinenz nicht oder noch nicht gefolgt wird. (Mann, 2015, S.34)

Hier spricht sich Mann also auch für Trinkmengenreduktion als alleinige Therapiestrategie aus.

In der übernächsten Ausgabe (SUCHT, 61(3) 2015) erscheinen neun Kommentare zum Positionspapier von Mann (2015). Die kritischen Stimmen, die Trinkmengenreduktion per se ablehnen (wie noch in der Schwerpunktausgabe 47(4) 2001), sind nicht mehr vorhanden. In drei Kommentaren wird Trinkmengenreduktion ausschließlich begrüßt (Brandt & Fischer, 2015; Kienast, 2015; Preuß, 2015). Einige relativieren den Innovationswert der Erkenntnisse, da die Wirksamkeit von Trinkmengenreduktion bei Alkoholabhängigen sowieso schon bekannt sei und auch Nalmefen schon eingehend beleuchtet worden sei (Funke et al., 2015; Beutel, 2015; Reymann, 2015). So relativiert z.B. auch Beutel (2015) den Innovationswert der Ergebnisse: Körtels Programm zum kontrollierten Trinken würde von vielen Beratungsstellen schon angeboten und „selbstverständlich“ entscheide der (informierte) Betroffene über das Behandlungsziel. Die noch am schärfsten formulierte Kritik kommt von Funke et al. (2015). Die Autor*innen des Kommentars nehmen leitende Funktionen in abstinenzorientierten stationären Einrichtungen ein und waren an der Entwicklung der Behandlungsleitlinien zu Alkoholkonsumstörungen beteiligt. Unter ihnen ist auch Johannes Lindenmeyer, der in der Schwerpunktausgabe von 2001 (47(4) tonangebender Kritiker gegenüber kontrolliertem Trinken war (Lindenmeyer, 2001b). Funke et al. (2015) sehen es als „nicht zielführend“ an, Konsumreduktion als gleichwertiges Therapieziel zu Abstinenz erneut zu debattieren, da in den gerade verabschiedeten S3-Leitlinien Abstinenz als übergeordnetes Behandlungsziel bestätigt worden sei (Funke et al., 2015, S. 177). Als Zwischenziel bei leichteren Fällen akzeptieren sie Konsumreduktion aber durchaus. Wie schon in der Schwerpunktausgabe 47(4) 2001 scheint bei Kritiker*innen eine anders gewichtete ethische Sichtweise zulasten des Autonomieprinzips durch, denn sie sehen die Verantwortung bei dem*der Behandler*in:

Neben dem Respekt vor der Entscheidung des Patienten auch gegen ein als sinnvoll erachtetes Therapieziel gehört es unseres Erachtens zur ethisch begründeten Verantwortung des Behandlers, sichere Wege der Zielerreichung und Optimierung von Gesundheit und Lebensqualität zu empfehlen und den Patienten entsprechend aktiv und gezielt zu beraten. (Funke et al., 2015, S. 178)

Ansonsten scheint es eine Verlagerung der Kritik gegeben zu haben: Trinkmengenreduktion wird von allen akzeptiert als (intermediäres) Therapieziel (bei leichteren Fällen), aber Nalmefen wird stattdessen mit starker Skepsis begegnet.

Unter den wenigen Stimmen, die die Markteinführung von Nalmefen verteidigen, macht eine Stelle besonders stützig. Preuß (2015) schreibt:

Die Ergebnisse der Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass Nalmefene sowohl in der mittelfristigen als auch langfristigen Therapie gut geeignet ist, Trinkmengen zu reduzieren. Dies gilt insbesondere für Patienten, die unter einer verminderten Kontrolle über den Alkoholkonsum leiden und denen es auch nach einer ärztlichen oder therapeutischen Kurzintervention nicht gelingt, die Trinkmenge innerhalb eines Zeitraums von mehreren Wochen selbstständig zu reduzieren. (Preuß, 2015, S. 181).

Mit dieser Zielgruppenbeschreibung „Patienten, die unter einer verminderten Kontrolle über den Alkoholkonsum leiden“ wird deutlich, dass medikamentös gestützte Trinkmengenreduktion auf einer theoretischen Basis nicht kompatibel mit dem Gedanken des kontrollierten Trinkens nach Körkel ist: Kontrolliertes Trinken spricht den Betroffenen weiterhin die (wieder) erlernbare Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Eigenverantwortung zu; medikamentös gestützte Konsumreduktion jedoch suggeriert, dass diese Selbstkontrolle genau nicht vorhanden ist und durch ein Medikament substituiert werden muss. Selbstkontrolle laut Körkel ist ein lernpsychologischer Mechanismus. Der Opiodantagonist Nalmefen macht Selbstkontrolle jedoch zu einer (neuro-)biologischen Variable und ordnet Trinkkontrolle in das neurobiologische Paradigma ein. Die medikamentös gestützte Trinkmengenreduktion bleibt damit in der Tradition des medizinisch-biologischen Menschenbild haften, laut dem Abhängigkeit ein biologisches Defizit ist.

Dennoch ermöglicht die Markteinführung von Nalmefen zur Konsumreduktion, dass kontrolliertes Trinken auf der Erfolgswelle mitreiten kann und wieder diskursrelevant wird. Denn in derselben Ausgabe, in der auch die zuvor besprochenen Kommentare erschienen (SUCHT 61(3) 2015), erscheint ein als „Übersichtsarbeit“ gekennzeichnete Beitrag von Joachim Körkel mit dem Titel „Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht“ (Körkel, 2015). Dies ist die erste alleinstehende wissenschaftliche Veröffentlichung von Körkel in SUCHT seit 2000 (dem Beginn meines Analysezeitraumes). Abgesehen von ein paar Abstracts im Rahmen von Tagungsankündigungen war Körkels bis dato letzter Beitrag die „Replik zur Stellungnahme der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum kontrollierten Trinken“ in SUCHT 47(3) 2001 (Körkel, 2001). Es ist das erste Mal, dass Körkel in SUCHT die Bühne bekommt, sein Programm des kontrollierten Trinkens in einem

peer-revidierten Beitrag vorzustellen. Der Peer-Review-Prozess ging dabei auffällig schnell (eingereicht am 16.05.2015, angenommen nach Revision am 22.05.2015). Der Artikel ist, wie zuvor das Positionspapier von Karl Mann (Mann, 2015), Teil der „Serie“ „Konsumreduktion psychoaktiver Substanzen als Therapieoption“. Mit 28 Seiten (davon 8 Seiten Literaturangaben) hat der Artikel im Vergleich zu sonstigen Beiträgen in SUCHT Überlänge. Auch eine derart umfangreiche Literaturliste ist unüblich. Der Artikel wirkt in diesem Zusammenhang wie die wissenschaftliche Feuerprobe für Körtels kontrolliertes Trinken, in der versucht wird, die jahrelange Kritik der Unwissenschaftlichkeit zu entkräften. Im Gegensatz zu Manns Positionspapier (Mann, 2015) gibt es keine ersichtliche Resonanz in SUCHT, denn es erscheinen keine Kommentare und auch keine weitere Thematisierung in den folgenden Ausgaben. Inhaltlich versucht Körtel mit dieser Übersichtsarbeit die Akzeptanz von Konsumreduktion als gleichrangiges Ziel neben Abstinenz auch bei Abhängigen zu stärken und das dispositionale (d.h. biologische) Krankheitsmodell zu schwächen, das er als ursächlich für den Widerstand gegen kontrolliertes Trinken hält. Er ist also nach wie vor nicht von diesem Vorhaben abgerückt. Nalmefen wird nur einmal kurz erwähnt, und zwar dahingehend, dass speziell die Kombination aus Nalmefen und KT-Programmen noch nicht überprüft wurde.

2019 - 2020: Kontrolliertes Trinken im Lichte eines Paradigmenwechsels

Zwischen 2016 und 2018 ist es wieder still um kontrolliertes Trinken bzw. reduziertes Trinken in der Zeitschrift SUCHT. Dies ändert sich in Ausgabe 65(2) 2019 mit einer Stellungnahme der Dachgesellschaft Sucht zu „Reduziertes Trinken und Schadensminderung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen“ (Bischof, Lange, et al., 2019). Der als „Positionspapier“ gelistete Beitrag ist mit dem Hinweis versehen, dass er redaktionell nicht begutachtet wurde, da er eine Stellungnahme sei. Die Autor*innen sind Vertreter*innen der Fachgesellschaften DG Suchtmedizin, DG Suchtforschung und Suchttherapie und Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie. Diese Gesellschaften haben sich zur „Dachgesellschaft Sucht“ zusammengeschlossen. Das Ziel dieser Stellungnahme ist laut Abstract „Vorhandene empirische Erkenntnisse zu diesem Themenbereich zusammenzutragen und daraus Empfehlungen für den praktischen Umgang mit verschiedenen Therapiezielen wie Trinkmengenreduktion oder Abstinenz für die Patienten oder Klienten abzuleiten“ (Bischof, Lange, et al., 2019, S. 115). Mit 20 Seiten (davon 5 Seiten Literaturangaben) ist auch dieser Artikel sehr umfangreich.

Die Bezeichnungen der möglichen Therapieziele variieren innerhalb des Textes. In der Einführung ist die Rede von „völliger Abstinenz“, „vermindertem Konsum (Schadensvermeidung)“ und „kontrolliertem Konsum“ (ebd. S. 115). Im weiteren Verlauf wird

von „Reduziertem Konsum“ und „Konsumreduktion“ gesprochen (ebd., S. 116-120). Auf S. 120 und in Tabelle 1 (ebd., S. 121) unterscheiden die Autor*innen zwischen „abstinenzorientierten“ und „reduktionsorientierten“ Therapiezielen. „Kontrollierter Konsum“ ist somit die Umsetzung eines reduktionsorientierten Therapieziels. In Tabelle 2 (ebd., S.122) wird reduziertes und kontrolliertes Trinken jedoch wieder zusammengefasst. Körkels zuvor von mir besprochene Übersichtsarbeit (Körkel, 2015) wird als wissenschaftliche Quelle für reduzierten Konsum und kontrolliertes Trinken mehrfach herangezogen und scheint somit wissenschaftlich akzeptiert worden zu sein.

Der Pharmakotherapie zur Trinkmengenreduktion wird ein eigener Abschnitt gewidmet, in dem auch das Medikament Nalmefen besprochen wird. Es wird erwähnt, dass die Wirksamkeit von Nalmefen „in jüngsten Artikeln generell aufgrund von Zweifeln an der Qualität der vorhandenen Studien und deren Mangel an Replikation in Frage gestellt“ wird (Bischof, Lange, et al., 2019, S. 126). Nalmefen werde jedoch in den neuen AWMF-S3-Leitlinien „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ empfohlen (Kiefer et al., 2021). An der Erstellung dieser Leitlinien war Karl Mann maßgeblich beteiligt. Mann war jedoch auch derjenige, der im Auftrag von Lundbeck Nalmefen in den deutschen Suchtdiskurs eingebracht hat (Mann, 2015).

Die Stellungnahme endet mit 10 Thesen und 6 Forschungsdesideraten. Die erste These lautet:

Das übergeordnete Therapieziel der Abstinenz gilt weiterhin als das beste Therapieziel, eine Konsumreduktion ist unter definierten Voraussetzungen eine mögliche Alternative. (Bischof, Lange, et al., 2019, S. 129)

Reduktion wird somit nicht als gleichwertig zu Abstinenz anerkannt. Jedoch wird in den weiteren Thesen eine flexible und modifizierbare Therapiezielfindung vorgeschlagen, da dies eher den Therapiewünschen von Betroffenen entspreche. Nalmefen wird bei „leichter Alkoholabhängigkeit“ zur Trinkmengenreduktion als wirksam deklariert. Insgesamt sind die Thesen eher unscharf formuliert.

In derselben Ausgabe (SUCHT 65(2)) erscheinen - wie bei den bisherigen Positionspapieren - Kommentare auf die Stellungnahme der Dachgesellschaft Sucht. Von den insgesamt sieben Kommentaren wird Konsumreduktion in vier Kommentaren befürwortet (Mann, 2019; Mundle & Wodarz, 2019; Rehm, 2019; Schulte-Derne, 2019) und in drei Kommentaren abgelehnt (Fleischmann, 2019; Veltrup, 2019; Weisinger, 2019).

In Ausgabe 65(6) 2019 desselben Jahres wird eine weitere Reaktion auf die Stellungnahme der Dachgesellschaft Sucht zum reduzierten Trinken (Bischof, Lange, et al.,

2019) veröffentlicht (Hüllinghorst, 2019). Es handelt sich um einen Leserbrief von Rolf Hüllinghorst, dem ehemaligen Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)⁶⁰. Im Leserbrief kritisiert Hüllinghorst verschiedene Aspekte an der Stellungnahme der Dachgesellschaft Sucht (Bischof, Lange, et al., 2019). Hüllinghorst zeigt sich entrüstet über den aktuellen Diskurs:

Wenn man 18 Jahre Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) war, und das nicht nur, um einen Job zu haben, sondern in konsequenter Fortsetzung der bis dahin ehrenamtlich geleisteten Arbeit, dann fällt es schon schwer, die in der letzten Zeit erschienenen Positionspapiere und Stellungnahmen in der Zeitschrift SUCHT nur zu lesen und zur Kenntnis zu nehmen. Bisher ist mir das gelungen, doch die Stellungnahme der „Dachgesellschaft Sucht“ möchte ich nicht unkommentiert lassen. (Hüllinghorst, 2019, S. 382)

Zum kontrollierten Trinken schreibt Hüllinghorst:

Seit vielen Jahren begleitet mich nun schon die Diskussion um das ‚kontrollierte Trinken‘, um Trinkmengenreduktion oder andere Begriffe, die in diesem Zusammenhang kreiert werden. Ich habe viele Untersuchungen dazu gelesen, Hans Watzl schrieb eine wunderbare Zusammenfassung. Die Argumente sind ausgetauscht, so viel Neues gibt es nicht, für Deutschland gibt es keine belastbaren Zahlen. Wobei es ja überhaupt nicht strittig ist, mit Trinkmengenreduzierungen zu arbeiten. Nicht einmal der ‚alte Hase‘ in der Selbsthilfe fordert heute noch einen Trinkstopp von jetzt auf gleich. Obwohl er zumeist aus eigenem Erleben genau weiß, dass es das Beste wäre. Aber alle Wege müssen möglich sein - und das ist mein Eindruck - das haben alle Helfer heute verinnerlicht. Allerdings immer als Weg zur Abstinenz vom Suchtmittel. Optimal ist es, gemeinsam zu dieser Entscheidung im Trinkverhalten zu kommen. Dann hört auch das Gerede von einem ‚Verzicht‘ auf Alkohol auf. Das wird von Betroffenen häufig am Anfang einer Therapie so - als Verzicht - erlebt, weil man sich mit dem Leben wieder auseinandersetzen muss, kein ‚Betäubungsmittel‘ mehr zur Hand hat. Später nicht mehr, wenn all das deutlich wird, was durch ein Leben ohne Alkohol gewonnen wird. Es ist kein Verzicht auf Alkohol, sondern es ist eine bewusste Konsumententscheidung, wie sie jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt für sich ganz allein trifft. Ich glaube, wenn man diesen immer wieder benannten Verzicht einmal sorgfältig untersuchen würde, dass es sich hier eher um eine Haltungsfrage in der Gesellschaft – und auch bei Therapeuten – handelt. Sie erleben es für sich als Verzicht, wenn sie keinen Alkohol mehr trinken würden. Wie oft habe ich bei Tagungen und Konferenzen mit Wissenschaftlern und Therapeuten abends zusammengesessen. Wenn alle Neugier befriedigt war, die Gespräche so langsam verstummten, dann begann die Stunde der Weinkenner, die den Abend mit immer sachkundigeren und teureren Weinbeschreibungen ausklingen lassen. Ich gönne jedem seinen Wein, ich wünsche mir sehr, dass jeder Mensch etwas hat, womit er sich beschäftigt und was ihn beschäftigt -

⁶⁰ Die klinisch- und versorgungsorientierte DHS, zu der auch die abstinenzorientierten Selbsthilfeverbände gehören, war von 1990 bis 2015 neben der forschungsorientierten DG-Sucht Herausgeberin von SUCHT. Im Jahr 2015 beendete die DHS die Kooperation: „Gegensätzliche Vorstellungen zum Einfluss der Herausgeber auf die redaktionelle Arbeit und die Auswahl der Autoren sind Anlass und Begründung dieser Entscheidung“ (Rumpf & Hogrefe, 2015, S. 341).

aber wenn ich auf der einen Seite ein alkoholisches Produkt fast in den Himmel hebe, das ich am nächsten Tag meinem Patienten versagen muss – ja, für den Therapeuten scheint es ein Verzicht zu sein. Für Patienten und Klienten ist es eine lebenswichtige Entscheidung, sich vom Suchtmittel zu befreien und ein suchtmittelfreies Leben zu bejahen. (Hüllinghorst, 2019, S. 383-384)

Die in diesem Textfragment gewählte Sprache ist emotional und passt nicht zu dem sonst wissenschaftlichen Ton in der Zeitschrift SUCHT. Dies verleiht dem Text eine persönliche Färbung. Die Diskussion um kontrolliertes Trinken bewertet Hüllinghorst als stagnierend. Er räumt ein, dass in der Suchthilfe kontrolliertes Trinken durchaus „als Weg zur Abstinenz“ akzeptiert werde. Jedoch wird deutlich, dass Hüllinghorst Abstinenz für „das Beste“ hält. Er begründet dies mit dem „eigenen Erleben“ („Obwohl er zumeist aus eigenem Erleben genau weiß, dass es das Beste wäre“). Den Akteur*innen im aktuellen Suchtdiskurs („Wissenschaftlern und Therapeuten“), von denen er sich distanziert, unterstellt er eine auf Alkoholverherrlichung gründende verzerrte Wahrnehmung, wenn es um die Bewertung von Abstinenz geht. Als Privatpersonen seien sie „Weinkenner“ und heben alkoholische Produkte „fast in den Himmel“. Logischerweise bedeute Abstinenz „Verzicht“ und dieses „Gerede von einem ‚Verzicht‘“ übertrage sich auf die Therapie, in der sie als Professionelle agieren. In diesem Textfragment klingt daher ebenfalls der Konflikt zwischen Therapeut*innenrolle und der Rolle als Privatperson an, wenn es um die Kulturtechnik Alkoholkonsum geht.

Direkt im Anschluss an den Leserbrief (Hüllinghorst, 2019) in SUCHT (Ausgabe 65(6), 2019) veröffentlichen die Vorsitzenden der Dachgesellschaft Sucht eine Replik auf diesen Leserbrief (Bischof, Preuss, et al., 2019). Die Replik beginnt mit einem höflichen „wir danken dem geschätzten Kollegen Rolf Hüllinghorst für seine Stellungnahme“ (ebd., S. 385). Die Wirkung des Positionspapiers zu reduziertem Konsum (Bischof, Lange, et al., 2019) bewerten sie als erfolgreich. Hüllinghorsts Kritik an Ausrichtung und Ausarbeitung des Positionspapiers bezeichnen sie insgesamt als „zu kurz greifend“. Auf seine Kritik gegenüber Abstinenzaufweichung antworten sie:

Eine grundsätzlich andere Einschätzung haben wir jedoch bezüglich der Auffassung, zieloffene Suchtarbeit sei in der Versorgung zum Mainstream geworden. Anders als z. B. in der Schweiz fehlen hierzulande bislang regelfinanzierte, zieloffene Angebote. Interessanterweise ist es hier Herr Hüllinghorst, der vermutet, hinter Konzepten der Trinkmengenreduktion stecke eine Haltung, die Abstinenz nur aus der Perspektive des Verzichtes wahrnehmen könne und deshalb diese negativ konnotiere. Das Konzept des Verzichts wiederum taucht an keiner Stelle in dem Positionspapier auf. Ebenso deutlich gemacht wird demgegenüber, dass das Abstinenzziel von Betroffenen nicht in Frage gestellt werden soll, vielmehr ist es das zu präferierende Therapieziel bei Abhängigkeitserkrankungen. (Bischof, Preuss, et al., 2019, S. 386)

Die Sprache in diesem Textfragment bleibt im Gegensatz zu Hüllinghorst Kritik eher sachlich, die Argumentation ist weniger auf persönlichen Erfahrungen begründet. Dies vermittelt Professionalität, aber auch Distanz zu Hüllinghorst. Hüllinghorst Vorwurf der Alkoholverherrlichung und damit einhergehenden Verzichtsdeutung von Abstinenz wird wiederum als Unterstellung gedeutet und entkräftet („Interessanterweise ist es hier Herr Hüllinghorst, der vermutet, hinter Konzepten der Trinkmengenreduktion stecke eine Haltung, die Abstinenz nur aus der Perspektive des Verzichtes wahrnehmen könne und deshalb diese negativ konnotiere. Das Konzept des Verzichts wiederum taucht an keiner Stelle in dem Positionspapier auf“). Abstinenz sei weiterhin „das zu präferierende Therapieziel“. Auf den Vorwurf Hüllinghorsts, dass die Abkehr von der Abstinenz mit den eigenen Vorlieben für Alkohol zu tun haben, gehen die Autor*innen nicht ein.

Zwischenfazit. Vergleicht man diesen Schlagabtausch zwischen Hüllinghorst und der Dachgesellschaft Sucht im Jahr 2019 mit dem damaligen Schlagabtausch zwischen Körkel und den Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden in den Jahren 2000 und 2001 („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum ‚Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken‘ (Akt)“, 2000; Körkel, 2001; Schneider, 2001), so fällt auf, dass die Rollen nun vertauscht sind. Damals war es Körkel, der sich gegen die Infragestellung seiner abstinenzhinterfragenden Arbeit wehrte. Auf Körkels Verteidigung wurde jedoch direkt auf der nächsten Seite von den Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden mit einer Gegenantwort gekontert. Das letzte Wort blieb in diesem Schlagabtausch beim abstinenzorientierten Lager. Nun wehrt sich Hüllinghorst gegen die Infragestellung seiner abstinenzorientierten Arbeit und wird von der abstinenzhinterfragenden Dachgesellschaft Sucht direkt auf der nächsten Seite gekontert. Das letzte Wort bleibt beim abstinenzhinterfragenden Lager. Eventuell hat dies damit zu tun, dass die hinter den Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden stehende DHS, deren Geschäftsführer Hüllinghorst war, seit 2015 keinen redaktionellen Einfluss mehr auf SUCHT ausübt. Ersichtlich ist hier jedenfalls, dass sich die Machtverhältnisse im Diskurs geändert haben. Die Mehrheitsmeinung in SUCHT steht nun auf der Seite des kontrollierten Trinkens.

Im Jahr 2020 lautet das Schwerpunktthema der ersten beiden Ausgaben (SUCHT, Ausgabe 66(1) und 66(2) 2020) „Behandlungssysteme im Wandel - Internationale Bezugspunkte“. In der Redaktion von SUCHT scheint also ein „Wandel“ wahrgenommen zu werden. Hierbei übernimmt Harald Klingemann, Experte zu kontrolliertem Trinken (Klingemann et al., 2004), die Funktion des Gastherausgebers.

Im Editorial von Ausgabe 66(1) (Klingemann, 2020, S. 9-11) wird erneut die Behandlungslücke im Bereich der Alkoholabhängigkeit als „grundlegendes Problem“ definiert.

Dieses Problem erfordere „Reformbedarf im Therapiesystem“. Dieser Reformbedarf werde seit Jahren betont, „doch in der Praxis ist wenig Änderungsdynamik festzustellen und systemrelevante Grundüberzeugungen und -orientierungen ändern sich nur langsam“ (Klingemann, 2020, S. 9). Als Erklärung für diese Trägheit bezieht sich Klingemann auf einen Artikel aus dem Jahr 1998 (Bühringer, 1998; zitiert nach Klingemann, 2020) über die „deutsche Rechthaberei“:

So hat bereits vor 22 Jahren G. Bühringer, im Rahmen einer internationalen Vergleichsstudie zu Drogenbehandlungssystemen, auf den kulturellen Charakterzug der deutschen ‚Rechthaberei‘ hingewiesen, welcher Systemanpassungen verhindert und nennt unter anderem: Permanente Expertendiskurse, was denn die wahre Ursache für Sucht sei; die Suche nach der besten, allgemein gültigen Behandlungsmethode auf Kosten individuell angepasster Therapie; einen Hang zur Verabsolutierung des Abstinenzziels bei Ablehnung des Schadensreduktionskonzepts und das Bedürfnis nach einer allgemeinen Theorie für alle Süchte jenseits pragmatischer Vorgehensweisen. (Klingemann, 2020, S. 9)

Als Beispiel für diese „deutsche Rechthaberei“ nennt Klingemann den Diskurs um kontrolliertes Trinken:

In den Folgejahren manifestierten sich solche Reformwiderstände durchaus auch auf internationaler Ebene und nicht nur in Deutschland im Rahmen der kontroversen Diskussionen um Therapiezieloffenheit (u. a. risikoreduziertes Trinken bzw. kontrolliertes Trinken) und damit verbunden, die suchtddefinierende Annahme des ‚Kontrollverlustes‘ (Körkel, 2015). (Klingemann, 2020, S. 9)

Den aktuellen Stand des Diskurses beschreibt Klingemann folgendermaßen:

In jüngster Zeit ist jedoch Bewegung in die Diskussion gekommen und werden Forderungen nach grundlegenden Veränderungen im Suchtkrankenhilfesystem breiter diskutiert [sic]. (ebd., S. 9)

Gefordert werde, dass

die Fixierung auf die Anbieterperspektive durch die Berücksichtigung der Kunden- und Betroffenenicht vervollständigt werden muss. Konkret geht es um die Ausweitung und *Differenzierung* der therapeutischen Angebote und ‚Nähe zum Kunden‘. Dieses Anliegen wird nicht zuletzt durch die revidierte Akzeptanz von Sucht als einem *Kontinuum* im Rahmen des DSM-5 Diagnoseansatzes und den Abschied vom bi-axialen System gestützt. (ebd., S.9, Kursivsetzung i.O.)

Der erste Satz dieses Textfragment lässt einen Richtungswechsel im Selbstverständnis von Suchthilfe zum Dienstleister erahnen. Betroffene werden zu „Kunden“, Suchthilfe wird dadurch zum „Angebot“, dass attraktiv gestaltet werden muss, z.B. durch „Nähe zum Kunden“. Durch die Neudeutung von Sucht als „Kontinuum“ wird eine neu zu erschließende Zielgruppe (um im betriebswirtschaftlichen Jargon zu bleiben: potentielle „Kunden“) sichtbar. Das jahrzehntelang diffus definierte Problem der *Behandlungslücke* wird somit greifbar.

Die Artikel der beiden Themenhefte zu „Behandlungssysteme im Wandel“ diskutieren die Behandlungslücke aus verschiedenen Perspektiven, wobei die Verknüpfung von Schadensreduktion und Suchttherapie einen großen Stellenwert einnimmt. Auch im übergreifenden Editorial für das Jahr 2020 (Batra, 2020) wird diese Verknüpfung zwischen Schadensreduktion, Zieloffenheit und Sucht im Allgemeinen als Möglichkeit der „Verbesserung von Prävention und Therapie“ evaluiert. Es wird in Kauf genommen, dass die „optimale Lösung“ aus therapeutischer Sicht zugunsten einer „partizipativen Entscheidungsfindung“ zurückgestellt werden muss:

zur Eignung der partizipativen Entscheidungsfindung [sic!] auch wenn dies gesundheitlich nicht (sofort) zur, aus therapeutischer Sicht, optimalen Lösung führt. (Batra, 2020, S. 6)

Was suggeriert die Aufnahme von Schadensreduktion als legitime Behandlungsmethode und die Einordnung von kontrolliertem bzw. reduziertem Trinken als Schadensreduktionsmaßnahme? Was suggeriert die Anwendung des Prinzips der Zieloffenheit? Neben einer Individualisierung der Behandlung verschiebt sich die Verantwortungszuschreibung. Die Rolle der Suchthilfe ist nur noch die einer Unterstützerin bzw. Begleiterin. Die Verantwortung liegt nun mehr beim therapeutischen Subjekt, dem*der Betroffenen, dem*der Autonomie und Entscheidungsfähigkeit zugeschrieben wird. Vor allem aber wird nun akzeptiert, dass der*die Betroffene weiter Drogen konsumiert und sich selbst dadurch womöglich schadet. Dies ist ein eindeutiges Indiz dafür, dass sich die Gewichtung der ethischen Prinzipien verändert hat, indem das Recht auf autonome Lebensgestaltung nun als wichtiger angesehen wird als die Pflicht des*der Behandler*in den*die Betroffene vor Schaden zu bewahren. Suchthilfe wird zur Dienstleisterin, an die sich der*die Kund*in bei Bedarf wenden kann. In dieses neue Selbstverständnis von Suchthilfe ist kontrolliertes Trinken gut integrierbar.

Zusammenfassung und abschließende Gedanken

Ausgangspunkt dieser Arbeit war eine Irritation, die ich während eines Praktikums in einer Suchtklinik im Jahr 2020 hatte. Damals wurde ich zum ersten Mal mit der Lebensrealität von Menschen mit der Diagnose *Alkoholabhängigkeit* konfrontiert. Extreme Auswüchse von Alkoholkonsum kannte ich schon aus der Trinkkultur, der auch ich angehöre. In der Suchtklinik wurde mir jedoch zum ersten Mal bewusst, dass ich diese extremen Auswüchse innerhalb unserer Trinkkultur niemals hinterfragt hatte. Dennoch gilt das eine als *normal* und dem anderen haftet die Eigenschaft des Krankhaften an. Ich begann, mich dafür zu interessieren, was es mit diesem Unterschied auf sich hat. Ich las mich in die Geschichte des Alkoholkonsums und die Geschichte der Sucht ein. Dabei fiel mir auf, dass die Geschichte des Alkoholkonsums Jahrtausende zurückreicht, die Geschichte des *pathologischen* Alkoholkonsums jedoch erstaunlich kurz ist. Die Geschichte der Alkoholsucht beginnt damit, dass exzessiver Alkoholkonsum allmählich als gesellschaftsgefährdendes Problem begriffen wird. Bestimmte Formen von exzessivem Konsum wurden als Krankheit deklariert, in deren Zentrum der Kontrollverlust stand. Ein Voranschreiten der Krankheit war unvermeidlich. Heilung gab es keine, nur die Möglichkeit, *abstinent* zu sein oder dies zumindest so lange wie möglich zu versuchen, bis man wieder vom Kontrollverlust eingeholt wurde. Alkoholabhängige wurden somit zu tickenden Zeitbomben. Über die Jahre hinweg änderte sich an den definitorischen Merkmalen *Kontrollverlust* und *Irreversibilität* wenig. Abstinenz gilt in der Suchttherapie nach wie vor als Königsweg - mangels Alternativen.

Während meines Praktikums in der Suchtklinik hörte ich durch Erzählungen von Patient*innen jedoch von einem Therapieansatz, der eine Alternative zur Abstinenz darstellt und damit die Definition von Alkoholabhängigkeit verändert - *kontrolliertes Trinken*. In der Klinik wurde kontrolliertes Trinken von professioneller Seite jedoch abgelehnt und schien ein unliebsames Tabuthema zu sein. Dies machte mich neugierig. Warum wird kontrolliertes Trinken tabuisiert? Meinen Beobachtungen auf der eigenen Spur folgend (Slunecko, 2020), recherchierte ich eigenständig darüber und stieß auf eine emotional aufgeladene wissenschaftliche Kontroverse. Kontrolliertes Trinken verändert die Definition von Alkoholabhängigkeit, indem es den Glauben an einen irreversiblen Kontrollverlust aushebelt und Betroffenen eine Rückkehr zu einem gemäßigten Trinkverhalten in Aussicht stellt. Damit stellt es jedoch auch die jahrzehntelange abstinenzorientierte Suchtforschung und -therapie auf den Prüfstand und greift das gesellschaftliche Bild an, das wir von Sucht haben.

Gegenstand dieser Arbeit ist kontrolliertes Trinken und der damit einhergehende wissenschaftliche Diskurs. Mich interessierte, wie sich mit dem kontrollierten Trinken eine Strömung entwickeln konnte, die tiefgreifende Grundannahmen über die menschliche Psyche anscheinend neu definiert und wie diese in der wissenschaftlichen Community aufgenommen wird. Dazu definierte ich die Forschungsfrage: *Wie entwickelt sich das Paradigma des Kontrollierten Trinkens aus dem Abstinenzparadigma und löst sich aus ihm heraus?* Um diese Forschungsfrage zu beantworten, entwickelte ich mehrere Teilfragen, die mich durch meine Analyse leiten sollten: An welchen Orten tritt der Diskurs zwischen kontrolliertem Trinken und Abstinenzparadigma zutage? Wer sind die Protagonist*innen des kontrollierten Trinkens und welche Motive, Visionen und Denkstile haben sie? Welche Kontexte haben dafür gesorgt, dass der Diskurs Einzug in die Mainstream-Wissenschaft erhalten hat? Wer finanziert die Forschung, bzw. wer profitiert davon? Wie entwickelt sich der Diskurs, d.h. wie reagieren die Protagonist*innen aufeinander? Inwiefern findet eine Integration des kontrollierten Trinkens in die Suchtforschung und -therapie statt? Wie verändert der Diskurs zwischen kontrolliertem Trinken und Abstinenzparadigma die Suchtforschung und Suchttherapie?

Um den Diskurs um kontrolliertes Trinken zu erforschen, verwendete ich die Methode der *kritischen Diskursanalyse (KDA)* des Duisburger Instituts für Sprach- und Sozialforschung (DISS), deren Hauptvertreter Siegfried Jäger war (Jäger, 2015). Die KDA nach Jäger basiert auf Michel Foucaults Diskurstheorie und dient als Werkzeug, diskursbestimmende Aussagen aus Diskursfragmenten (meistens Text) zu ermitteln, um wiederum das Wirken eines Diskurses zu untersuchen. Die Diskursanalyse ist zur Dispositivanalyse erweiterbar, um neben diskursiven Praxen auch nicht-sprachliche Elemente (Handeln) untersuchen zu können. Der diskursanalytische Teil meiner Arbeit widmete sich dem Spezialdiskurs der akademischen Suchtforschung, wobei sich meine Analyse auf den Diskursstrang des kontrollierten Trinkens in der Alkoholsuchttherapie in Deutschland beschränkte. Da ich die paradigmatische Entwicklung in den Analysefokus setzte, wählte ich eine möglichst diachrone Betrachtungsperspektive des Diskursverlaufs und versuchte die Diskursereignisse in derselben chronologischen Abfolge zu rekonstruieren, wie sie tatsächlich aufgetreten sind.

Um den diskursiven Kontext zu bestimmen, in dem sich kontrolliertes Trinken entwickelte, und mir selbst Wissen über das mir bis dahin weitgehend unbekannte Feld der Suchtforschung anzueignen, schaltete ich der eigentlichen diskursanalytischen Arbeit eine umfangreiche Literaturrecherche vor, die im Kapitel *Diskursiver Kontext* (S. 23) zusammengefasst ist.

Meine diskursanalytische Arbeit bestand aus zwei *Analysezyklen*. Im ersten Zyklus (S. 53) versuchte ich den Geist des kontrollierten Trinkens zu erfassen, indem ich Motive, Visionen, Menschenbilder und Denkstile der Protagonist*innen versuchte zu extrahieren. Als Analysematerial zog ich den Internetauftritt der Protagonist*innen und die Webseite www.kontrolliertes-trinken.de heran. Ich orientierte mich dabei an der walkthrough-Methode von Light et al. (2016). Im zweiten Analysezyklus versuchte ich, die Entwicklung der wissenschaftlichen Kontroverse, Reaktionen und Gegenreaktionen nachzuzeichnen. Dazu nahm ich die deutschsprachigen wissenschaftlichen Zeitschriften in meinem Materialkorpus auf, in denen kontrolliertes Trinken hauptsächlich thematisiert wird. Dies waren die deutschen Zeitschriften *Suchttherapie* und *SUCHT*, sowie die schweizerische Zeitschrift *SuchtMagazin*. Aus arbeitsökonomischen Gründen beschränkte ich meine Feinanalyse größtenteils auf ausgewählte Textfragmente in der Zeitschrift *SUCHT*. Mein Analysezeitraum reichte von 2000 bis 2021.

Verantwortlich für die Entwicklung und Verbreitung von kontrolliertem Trinken sind der Psychologe und Suchttherapeut Joachim Körkel und die hinter ihm stehenden Institutionen ISS (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung; www.iss-nuernberg.de), EVHN (Evangelische Hochschule Nürnberg; www.evhn.de) und das Unternehmen GK Quest Akademie (www.gk-quest.de). Als Hauptinformationsquelle für interessierte Betroffene und Professionelle dient die Webseite www.kontrolliertes-trinken.de.

Der Geist des kontrollierten Trinkens

Anhand der Webseitenanalyse lässt sich eine Unzufriedenheit mit dem gegenwärtig etablierten Abstinenzparadigma im Suchthilfesystem herauslesen. Die Protagonist*innen um das Konzept kontrolliertes Trinken empfinden dies als paternalistisch, starr, realitätsfern und insgesamt als unwirksam. Mit dem kontrollierten Trinken entwickeln sie eine Alternative, die sie als innovativer, moralischer, flexibler und wirksamer darstellen. Kontrolliertes Trinken soll jedoch kein Gegenentwurf zum Abstinenzparadigma sein, sondern dies durch eine Erweiterung der Behandlungspalette ergänzen. Als innovatives Element von kontrolliertem Trinken wird das Prinzip der Zieloffenheit dargestellt, wonach der*die Klient*in das Therapieziel (Abstinenz oder kontrolliertes Trinken) selbst bestimmen dürfe und auch zwischen den Ziele wechseln könne.

An mehreren Stellen wird deutlich, dass die Protagonist*innen sich als Minderheit betrachten, die gegen die als ideologisch verblendet dargestellte Mehrheit auf der Seite des Abstinenzparadigmas und dessen starre Strukturen ankämpfen muss. Auf wissenschaftlicher Ebene fehlt der Zuspruch und die finanziellen Mittel, die Webseiten sind daher ein Versuch,

kontrolliertes Trinken auf anderen Wegen zu verbreiten. Hier wird kontrolliertes Trinken als Produkt vermarktet. Daneben werden weitere Einnahmequellen generiert: Es wird Arbeitsmaterial für Professionelle und Selbsthilfematerial für Betroffene verkauft; außerdem werden Schulungen und Beratungen für Suchthilfeeinrichtungen angeboten. Die Webseiten sollen den Zugang zu kontrolliertem Trinken nicht nur für Professionelle, sondern auch für Betroffene ermöglichen und sie motivieren, sich das Konzept auch notfalls selbst beizubringen. Diese Vermarktung wird als Beitrag zu einem moralischeren Suchthilfesystem legitimiert.

Hinter der Motivation zur Entwicklung von kontrolliertem Trinken steht ein bestimmtes Menschenbild, das an verschiedenen Stellen der Webseiten expliziert wird: Der Mensch wird als ein autonomes Individuum begriffen. Autonomie wird nicht nur als Fähigkeit, sondern auch als wichtigstes Grundrecht erachtet und ist auch bei Menschen mit Suchtdiagnose zu respektieren. In Bezug auf Alkoholsucht steht die Annahme, dass Suchtbetroffene keinen irreversiblen Kontrollverlust erleiden, sondern weiterhin die Fähigkeit zur Mäßigung besitzen oder diese zumindest wiedererlangen können. Die Protagonist*innen des kontrollierten Trinken betrachten sich als Verteidiger*innen dieses Rechts auf Autonomie, das sie im Abstinenzparadigma unzureichend verankert sehen.

Hinter kontrolliertem Trinken steht die Vision, das Suchthilfesystem zu revolutionieren; das Abstinenzdogma abzuschaffen und Zieloffenheit einzuführen; das biomedizinische, dispositionale Suchtverständnis zu schwächen und ein lerntheoretisches, flexibleres Verständnis von Sucht zu stärken. Kontrolliertes Trinken wird als letzte Rettung für alle bis dato verlorenen Seelen dargestellt, die vom abstinenzorientierten Suchthilfesystem nicht erfasst werden oder von diesem nicht angesprochen werden. Das kontrollierte Trinken präsentiert sich somit als moralische Leistung und als soziales Programm (vgl. Room, 2004), welches ein *gutes*, gemäßigtes, selbstbestimmtes Leben verspricht. Durch die Betonung des autonomen Menschenbildes und der moralischen Komponente erlangt die Art und Weise, wie kontrolliertes Trinken verbreitet wird, nahezu missionarischen Charakter und lässt evangelisch-christliche Wertvorstellungen durchscheinen. Das durch kontrolliertes Trinken konstruierte Menschenbild ordnet sich damit in das aktuell vorherrschende neoliberale Menschenbild des autonomen, selbstverantwortlichen, sich selbst regulierenden und kontrollierten Subjekts ein.

Der Diskurs um Kontrolliertes Trinken

Die vorhergehende Literaturrecherche zum diskursiven Kontext ergab, dass kontrolliertes Trinken ursprünglich von US-amerikanischen Suchtforscher*innen entwickelt wird (Sobell & Sobell, 1973), die daraufhin jedoch extrem angefeindet werden. Suchthilfe und Suchtforschung sind empört darüber, dass es jemand wagt an den Grundpfeilern der Suchthilfe

zu rütteln: dem Abstinenzparadigma. Daraufhin gilt es jahrzehntelang als verpönt, zu kontrolliertem Trinken zu forschen, was das Konzept wieder in den Hintergrund drängt. Es erscheinen weltweit nur wenige Studien, die mangels finanzieller Ressourcen jedoch wissenschaftlich nicht sehr aussagekräftig sind.

Kontrolliertes Trinken nach Joachim Körkel erhält Einzug in den deutschsprachigen wissenschaftlichen Diskurs, nachdem das Programm erstmalig 1999 veröffentlicht wurde. In der Zeitschrift SUCHT wird in den darauffolgenden Ausgaben nur am Rande über kontrollierten Trinken berichtet. Es scheint aber auch kein Tabu zu sein, denn die Kommentare sind durchweg akzeptierend. Auch Joachim Körkel scheint als Mitglied der wissenschaftlichen Community akzeptiert zu sein.

Im Jahr 2000 erfährt der Diskurs eine emotionale Aufladung, als die Vorsitzenden der Abstinenz- und Selbsthilfeverbände eine Stellungnahme veröffentlichen, in der sie vehement ablehnen, dass kontrolliertes Trinken auch für *Alkoholabhängige* angeboten wird („Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT)“, 2000). Die Stellungnahme liest sich wie eine Kampfansage, auf die Körkel in einer Replik ebenso emotional reagiert und sein Programm verteidigt (Körkel, 2001). Das letzte Wort haben die Abstinenz- und Selbsthilfeverbände mit einer weiteren vernichtenden Stellungnahme (Schneider, 2001). Die Argumentationsstrategien pro und kontra kontrolliertes Trinken zeigen Parallelen auf: Beide Seiten werfen einander vor, Alkoholabhängigen durch ihre Programme mehr zu schaden als zu nützen. Beiden Seiten mangelt es an wissenschaftlicher Untermauerung; sie argumentieren hauptsächlich auf der subjektiven Erfahrungs- und der ethisch-moralischen Dimension. Beide Seiten erklären, zu wissen, wie ein *gutes* Leben auszusehen hat. Die Meinungsverschiedenheit begründet sich am Ende auf unterschiedliche zugrundeliegende Auffassungen von Sucht und Kontrollverlust und das damit zusammenhängende Menschenbild.

Dieser Schlagabtausch befördert den Diskurs zu kontrolliertem Trinken zwar auf eine unwissenschaftliche Ebene, erzeugt jedoch auch Aufmerksamkeit und das Bedürfnis, die Diskussion wieder zu versachlichen, weshalb im selben Jahr eine Schwerpunktausgabe zu kontrolliertem Trinken in SUCHT erscheint (SUCHT, 2001, 47(4)). Körkel selbst kommt nicht zu Wort und seine Programme werden nur am Rande erwähnt. Insgesamt bewegt sich der Diskurs größtenteils auf einer theoretischen Ebene (Ist kontrolliertes Trinken möglich und sinnvoll? Ist der Begriff *kontrolliertes Trinken* akzeptabel oder sollte er durch *reduziertes Trinken* ersetzt werde?). Der Tenor lautet, dass kontrolliertes Trinken zwar möglich, aber laut aktuellem Wissenstand und aufgrund ethischer Überlegungen die Abstinenzbehandlung dem

kontrollierten Trinken vorzuziehen sei. Die Positionen in den Beiträgen lassen sich in zwei Lager einteilen: Ein wissenschaftlich-orientiertes Lager lehnt kontrolliertes Trinken nur temporär ab, würde es aber akzeptieren, sobald es mehr Evidenz gäbe; Ethik und Gesellschaft spielen keine große Rolle. Das andere Lager lehnt kontrolliertes Trinken per se ab und begründet dies ethisch (der*die Patient*in darf nicht zu Schaden kommen, der*die Behandler*in ist dafür verantwortlich; Entscheidungsfreiheit ist eine Illusion, deshalb sollte Autonomie auch nicht das oberste ethische Prinzip sein; die Deutungshoheit und Handlungsmacht liegt bei den Behandelnden) und gesamtgesellschaftlich (gestörte Trinkkultur als Ausdruck einer verrückten Norm).

Nach dieser SUCHT-Schwerpunktausgabe ist es um kontrolliertes Trinken fast 10 Jahre still. Demgegenüber greifen die Zeitschriften Suchttherapie und SuchtMagazin die Diskussion auf. Vor allem in Suchttherapie (deren Gründungsmitglied Körkel ist) werden immer wieder Artikel veröffentlicht, die einen Paradigmenwechsel zugunsten von kontrolliertem Trinken andeuten.

Ab dem Jahr 2014 erhält kontrolliertes Trinken wieder Einzug in den Diskurs in SUCHT (John et al., 2014 und Rehm, Rehm, Shield, et al., 2014 sowie die Kommentare darauf; Mann, 2015 sowie die Kommentare darauf). Jedoch hat man sich nun größtenteils darauf geeinigt, es *reduziertes Trinken* zu nennen. Dies sorgt auch für eine begriffliche und inhaltliche Entfernung zu Körkels Programmen zum kontrollierten Trinken. Körkels Programme zum kontrollierten Trinken sind damit nur noch eine mögliche Umsetzung des Prinzips Trinkmengenreduktion und nicht mehr Hauptgegenstand.

Es konnte eine Hauptursache herauspräpariert werden, weshalb nun wieder über die Aufweichung des Abstinenzprinzips diskutiert wird: der Einstieg des Pharmakonzerns Lundbeck in den Diskurs, der ein Medikament (Nalmefen) vermarkten möchte, das Konsumreduktion unterstützen soll. Mit Lundbeck ist nun ein Investor eingestiegen, der die finanziellen Mittel bereitstellt, die die zuvor jahrelang geforderten aufwändigen Wirksamkeitsstudien zu kontrolliertem bzw. reduziertem Trinken endlich ermöglichen. Die wissenschaftliche Fundierung von reduziertem Trinken gelingt als Nebenprodukt dieses Prozesses. Reduziertes bzw. kontrolliertes Trinken scheint erst durch die Verknüpfung mit einer Medikamenteneinnahme wieder diskursrelevant zu werden. Allerdings wird der Markteinführung von Nalmefen mit starker Skepsis begegnet. Die Abwehr gegenüber kontrolliertem bzw. reduziertem Trinken aus dem Jahr 2000 scheint sich im Jahr 2015 auf das Medikament verlagert zu haben. Reduziertes Trinken wird stattdessen von den meisten als

intermediäres Therapieziel anerkannt. Körkel darf sogar einen umfangreichen Übersichtsartikel zu kontrolliertem Trinken in SUCHT veröffentlichen (Körkel, 2015).

Die Medikalisierung von reduziertem Trinken macht jedoch Anpassungen nötig, die mit dem Kern der ursprünglichen Alternative kontrolliertes Trinken nicht mehr kompatibel sind: Kontrolliertes Trinken spricht den Betroffenen die (wieder) erlernbare Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Eigenverantwortung zu; medikamentös gestützte Konsumreduktion jedoch suggeriert, dass genau diese Selbstkontrolle nicht vorhanden ist und durch ein Medikament substituiert werden muss. Selbstkontrolle laut Körkel ist ein lernpsychologischer Mechanismus. Der Opiodantagonist Nalmefen macht Selbstkontrolle jedoch zu einer (neuro-)biologischen Variable und ordnet Trinkkontrolle in das neurobiologische Paradigma ein. Die medikamentös gestützte Trinkmengenreduktion bleibt damit in der Tradition des medizinisch-biologischen Krankheitsbild haften, laut dem Abhängigkeit ein biologisches Defizit ist.

Im Jahr 2019 findet ein ähnlicher Schlagabtausch zwischen Mäßigungsvertreter*innen und Abstinenzvertreter*innen wie im Jahr 2000 statt (Bischof, Lange, et al. 2019; Hüllinghorst, 2019; Bischof, Preuss, et al., 2019). Jedoch bleibt das letzte Wort diesmal bei den Vertreter*innen des reduzierten Trinkens. Die Machtverhältnisse scheinen sich zugunsten des kontrollierten bzw. reduzierten Trinkens geändert zu haben.

Parallel dazu wird ein Paradigmenwechsel in der Suchthilfe sichtbar. Die Überarbeitung der Diagnosesystem ICD und DSM schließt nun auch riskanten Konsum als Diagnose mit ein und die Pathologisierung von Alkoholkonsum wird dadurch ausgeweitet. Gleichzeitig gewinnt das Konzept der konsumakzeptierenden Harm Reduction immer mehr an politischem Zuspruch. Außerdem findet ein Richtungswechsel im Selbstverständnis von Suchthilfe statt, der die Forderung nach Betroffenenautonomie und Zieloffenheit laut werden lässt. Diese Verknüpfung von Pathologisierung des riskanten Konsums, Schadensreduktion und Zieloffenheit schafft Raum für Konzepte wie kontrolliertes Trinken. Dies sorgt jedoch auch für eine zunehmende Verschiebung der Verantwortung zur Lösung der Alkoholproblematik in unserer Gesellschaft. Die Rolle der Suchthilfe ist nur noch die einer Unterstützerin bzw. Begleiterin. Die Verantwortung liegt nun mehr beim therapeutischen Subjekt, dem*der Betroffenen, dem*der Autonomie und Entscheidungsfähigkeit zugeschrieben wird. Vor allem aber wird nun akzeptiert, dass der*die Betroffene weiter Drogen konsumiert und sich selbst dadurch womöglich schadet. Dies ist ein eindeutiges Indiz dafür, dass sich die Gewichtung der ethischen Prinzipien verändert hat, indem das Recht auf autonome Lebensgestaltung als wichtiger angesehen wird als die Pflicht des*der Behandler*in den*die Betroffene vor Schaden zu bewahren. Suchthilfe wird zur Dienstleisterin, an die sich der*die Kund*in bei Bedarf

wenden kann. Der*die Einzelne ist mündig, die Suchthilfe ist ergebnisoffen. Die Rolle von Politik und Wirtschaft bei der Genese und Aufrechterhaltung von Suchtproblematiken gerät durch die Betonung der Eigenverantwortung jedoch noch stärker in den Hintergrund - ein Signum unseres kapitalistischen Zeitalters.

Anhand der Untersuchung des Diskurses um kontrolliertes Trinken konnte exemplarisch gezeigt werden, dass Wissenschaftsdiskurse ebenso wenig rational-logischen Regeln folgen wie Laiendiskurse - auch wenn es sich dabei offiziell um quantitativ-naturwissenschaftliche Wissenschaften handelt. Wie sich ein Diskurs entwickelt und ob eine Forschungsidee darin Erfolg hat, hängt von vielen Faktoren ab, von denen nicht alle rational sind. Beim Diskurs um kontrolliertes Trinken konnte herauspräpariert werden, dass der Erfolg von kontrolliertem Trinken weniger von dessen tatsächlicher Wirksamkeit im Kampf gegen Sucht, sondern vielmehr von vorherrschenden Menschenbildern, Vorurteilen, Interessen von Geldgebern und Entscheidungsträgern abhängt. Betrachtet man den Verlauf des deutschsprachigen Diskurses zu kontrolliertem Trinken zu Beginn des 21. Jahrhunderts, so scheint dieser zuerst wie eine Wiederholung des US-amerikanischen Diskurses zu kontrolliertem Trinken im 20. Jahrhundert, in dem kontrolliertes Trinken am Ende von der Mehrheit geächtet wird. Dies ändert sich jedoch schlagartig, als medikamentös gestütztes reduziertes Trinken von der einflussreichen Pharmaindustrie als kapitalistisch verwertbar entdeckt wird. Durch die Finanzierung werden die Studien aussagekräftiger. Nach und nach ändert sich auch die wissenschaftliche Mehrheitsmeinung und das Abstinenzparadigma weicht auf. Dass dies nicht an allen Orten gleichermaßen verläuft, zeigt meine Erfahrung während meines Praktikums in der stationären Suchtklinik, in der Abstinenz nach wie vor hochgehalten wird. Mich würde es jedoch nicht verwundern, wenn sich das Konzept der Langzeittherapie in einer abstinenzorientierten stationären Suchtklinik in den nächsten Jahren zugunsten eines stärker auf Eigenverantwortung ausgerichteten, flexibleren, ergebnisoffenen, ambulanten Suchthilfesystems auflöst.

Kontrolliertes Trinken und Normalismus

Um Jürgen Links Überlegungen zu *Normalismus* aufzugreifen: das Abstinenzparadigma und das Paradigma des kontrollierten Konsums können als Strategien gesehen werden, die Normalität in Bezug auf Alkoholkonsum (re-)produzieren, bzw. Denormalisierung durch ein gesellschaftliches Entgleisen des Alkoholkonsums entgegenwirken sollen. Ob ein Verhalten normal oder nicht normal ist, wird von professionellen Autoritäten festgelegt, die eine Diagnose stellen. Indem sie definieren, wo die Grenze zwischen normalem und abnormalem Alkoholkonsum verläuft und wie durchlässig

diese Grenze ist, kontrollieren und regulieren sie den gesellschaftlichen Alkoholkonsum. *Abnormales* Trinkverhalten wird ausgeschlossen und somit wird gesichert, dass *normales* Trinkverhalten weiterhin bestehen kann.

Das Abstinenzparadigma kann als *protonormalistische* Strategie eingeordnet werden, denn es legt starre Normalitätsgrenzen fest: Wer einmal ein normales Maß an Alkoholkonsum überschritten hat, gilt als krank, kann nicht mehr zurück und muss fortan abstinenter bleiben. Das Abstinenzparadigma erfordert und produziert autoritär strukturierte Subjektivitätstypen. Durch Festlegung auf lebenslange Abstinenz wird das Subjekt jedoch auch unflexibel und schwach, da es kein Teil der gesellschaftlich verankerten Trinkkultur mehr sein kann und der Rückfall als konstante Bedrohung über ihm schwebt.

Das Paradigma des kontrollierten Trinkens kann als *flexibelnormalistische* Strategie eingeordnet werden, denn es legt flexible Normalitätsgrenzen fest: Wurde die Normalitätsgrenze durch Diagnose einer Alkoholabhängigkeit überschritten, so gibt es immer noch die Möglichkeit, kontrolliertes Trinken zu erlernen und zu einem normalen Trinkverhalten zurückzukehren. Kontrolliertes Trinken erfordert und produziert autonome Subjektivitätstypen, die sich selbst regulieren können. Das durch kontrolliertes Trinken produzierte Subjekt trägt die Verantwortung für sein Trinkverhalten selbst. Es wird zur konstanten Selbstüberwachung angerufen, wodurch es immer wieder selbst überprüfen muss, ob es weiterhin in der Lage ist, den Alkoholkonsum zu kontrollieren oder ob es temporär oder dauerhaft zu einer protonormalistischen Strategie (Abstinenz) umschalten muss.

Kontrolliertes Trinken als Dispositiv

Um den foucaultschen *Dispositiv*begriff auf die Thematik anzuwenden: Die gesundheitlichen Risiken von überhöhtem Alkoholkonsum und deren Folgen für die Gesellschaft werden als gesellschaftlicher Notstand (*urgence*) wahrgenommen, der einen Handlungsbedarf aufdeckt. Das Abstinenzparadigma und das Paradigma des kontrollierten Trinkens sind Dispositive, die auf den gesellschaftlichen Notstand des außer Kontrolle geratenen Alkoholkonsums reagieren sollen. Dem Abstinenzparadigma liegt das biomedizinische, dispositionale Krankheitsmodell der Sucht zugrunde, welches Sucht als eine chronisch-fortschreitende, irreversible Krankheit definiert, die womöglich biologisch determiniert ist. Das Abstinenzparadigma reagiert auf diese Definition von Sucht, indem es das Subjekt anruft, durch lebenslange Enthaltensamkeit dem unsichtbaren Feind - dem Alkohol - zu widerstehen. Jedoch wird es verstärkt als prekär wahrgenommen, da es die Suchtproblematik nicht ausreichend verbessert. Kontrollierter Konsum könnte das Abstinenzparadigma womöglich bald als vorherrschendes Dispositiv ablösen, da es zwei gegenläufige Elemente

erfolgreich verschaltet: ein gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Diskurs in Bezug auf Alkohol und die den Neoliberalismus bestimmende Rede der Selbstverantwortung.

Literaturverzeichnis

- Armor, D. J., Polich, J. M. & Stambul, H. B. (1976). *Alcoholism and Treatment*. Rand.
<https://psycnet.apa.org/record/1977-21348-000>
- Arndt, K. (o. D.). *Der mysteriöse Bier-Baron (4F15) | Staffel 8 | Die Simpsons*. call of the
 Simpsons. Abgerufen am 5. April 2022, von <https://diesimpsons.de/episoden/staffel-8/der-mysterioese-bier-baron/>
- Batra, A. (2003). Kontrolliertes Rauchen - moderner Therapieansatz oder therapeutischer
 Irrtum? *SUCHT*, 49(1), 50–52. <https://doi.org/10.1024/suc.2003.49.1.50>
- Batra, A. (2016). 2016 – Mit bewährtem Profil und neuen Strukturen in den Jahreswechsel.
SUCHT, 62(1), 5–6. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000402>
- Baumgärtner, G. & Soyka, M. (2014). Diagnostik alkoholbezogener Störungen. *Psychiatrie
 & Neurologie*, 12–16. [https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-
 neurologie/2014/01/Diagnostik_alkbezStoerungen.pdf](https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2014/01/Diagnostik_alkbezStoerungen.pdf)
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8. Aufl.).
 Oxford University Press.
- Becker, P. (2018). *Patientenautonomie und informierte Einwilligung - Schlüssel und Barriere
 medizinischer Behandlungen*. J. B. Metzler.
- Beiglböck, W. (2016). *Koffein: Genussmittel oder Suchtmittel?* Springer.
- Beutel, M. (2015). Alter Wein in neuen Schläuchen? *SUCHT*, 61(3), 175–176.
<https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000368>
- Bibliographisches Institut GmbH. (o. D.). *Postulat | Duden*. Duden online. Abgerufen am 16.
 Februar 2022, von <https://www.duden.de/node/113767/revision/530031>
- Bischof, G., Lange, N., Rumpf, H. J. & Preuss, U. W. (2019). Stellungnahme
 Dachgesellschaft Sucht: *SUCHT*, 65(2), 115–134. [https://doi.org/10.1024/0939-
 5911/a000596](https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000596)
- Bischof, G., Preuss, U. W., Rumpf, H. J., Funke, W. & Batra, A. (2019). Replik zum
 Leserbrief von R. Hüllinghorst. *SUCHT*, 65(6), 385–386.
<https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000636>
- Böhlke, P. & Schäfer, B. (2002). Alcohol Consumption Externally Controlled by the Staff: A
 New Project in a Nursing Home. *Suchttherapie*, 3(2), 103–105.
<https://doi.org/10.1055/s-2002-28492>

- Brandt, L. & Fischer, G. (2015). Qualitätsgesicherte und diversifizierte Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. *SUCHT*, 61(3), 176–177. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000368>
- Brandt, S. M. (2019). *Das Unbehagen mit der Positiven Psychologie*. Masterarbeit, Universität Wien. Fakultät für Psychologie.
- Bröckling, U. (2007). *Das unternehmerische Selbst: Soziologie einer Subjektivierungsform*. Suhrkamp.
- Bühringer, G. (2014). Erhöhung der Erreichungsquote bei Personen mit Störungen durch Alkoholkonsum: Viele Wege führen nach Rom? *SUCHT*, 60(2), 69–71. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000296>
- Bühringer, G. & Rumpf, H. J. (2015). Therapieziel Alkoholmengenreduktion: Ein Beitrag zur Verbesserung der Behandlung von Personen mit Alkoholkonsumstörungen? *SUCHT*, 61(1), 5–8. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000343>
- Bühringer, G. & Watzl, H. (2003). Zur Geschichte und Neugestaltung der Zeitschrift *SUCHT*: Alter Wein in neuen Schläuchen? *SUCHT*, 49(1), 4–11. <https://doi.org/10.1024/suc.2003.49.1.4>
- Bullock, A., Jennings, C. & Timbrell, N. (2019). Freemium. In *A Dictionary of Publishing*. Oxford University Press. <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780191863592.001.0001/acref-9780191863592>
- Butterwegge, C. (2017). Rechtfertigung, Maßnahmen und Folgen einer neoliberalen (Sozial-)Politik. In C. Butterwegge, B. Lösch & R. Ptak (Hrsg.), *Kritik des Neoliberalismus* (3., aktualisierte Aufl., S. 123–200). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-20006-4>
- Charlet, K. & Heinz, A. (2014). „Der frühe Vogel fängt den Wurm“ – ein Plädoyer für frühzeitige Hilfestellung für Menschen mit gesundheitsriskantem Alkoholkonsum. *SUCHT*, 60(2), 117–118. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000303>
- Clarivate. (o. D.). *Journal Citation Reports*. Clarivate Analytics. Abgerufen am 13. Februar 2022, von <https://jcr.clarivate.com/jcr/home>
- Cox, W. M. (2001). Ist kontrolliertes Trinken ein aussichtsreiches Therapieziel bei überhöhtem Alkoholkonsum? *SUCHT*, 47(4), 255–256. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.4.255>
- Danksagung für die Begutachtung von Manuskripten im Jahr 1999. (2000). *SUCHT*, 46(1), 5. <https://doi.org/10.1024/suc.2000.46.1.5>

- Danksagung für die Begutachtung von Manuskripten im Jahr 2000. (2001). *SUCHT*, 47(2), 81. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.2.81>
- Davies, D. L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 23(1), 94–104. <https://doi.org/10.15288/qjsa.1962.23.094>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o. D.-a). *Die DHS - DHS*. Abgerufen am 15. Februar 2022, von <https://www.dhs.de/die-dhs>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o. D.-b). *Mitglieder - DHS*. Abgerufen am 13. Februar 2022, von <https://www.dhs.de/die-dhs/mitglieder>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2019). *Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland*. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf
- Diakonisches Werk Bayern e.V. (o. D.). *Diakonisches Werk Bayern: Über uns*. Diakonie Bayern. Abgerufen am 29. November 2021, von <https://www.diakonie-bayern.de/fachverbaende-der-diakonie-in-bayern/fachverband-suchthilfe/ueber-uns.html>
- Drinkmann, A. (2002). Kontrolliertes Rauchen: Standortbestimmung und Perspektiven. *Suchttherapie*, 3(2), 81–86. <https://doi.org/10.1055/s-2002-29085>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Evangelische Hochschule Nürnberg. (o. D.-a). *Forschungsinstitute | Evangelische Hochschule Nürnberg*. Abgerufen am 29. November 2021, von <https://www.evhn.de/forschung/forschungsinstitute>
- Evangelische Hochschule Nürnberg. (o. D.-b). *Innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung | Evangelische Hochschule Nürnberg*. Abgerufen am 29. November 2021, von <https://www.evhn.de/forschung/forschungsinstitute/institut-fuer-innovative-suchtbehandlung-und-suchtforschung>
- Evangelische Hochschule Nürnberg. (o. D.-c). *Portrait | Evangelische Hochschule Nürnberg*. Abgerufen am 29. November 2021, von <https://www.evhn.de/hochschule/portrait>
- Evangelische Hochschule Nürnberg*. (2019, 30. Dezember). Wikipedia. Abgerufen am 5. April 2022, von https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Evangelische_Hochschule_N%C3%BCrnberg&oldid=195354941

- Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern. (2021, 4. August). *Erziehung, Bildung und Unterricht - Evangelisch in Bayern - ELKB*. Abgerufen am 29. November 2021, von <https://handlungsfelder.bayern-evangelisch.de/handlungsfeld3.php>
- Falcato, L. M. (2008). Moderater Gebrauch als Behandlungsziel: ein Tagungsbericht. *SuchtMagazin*, 34(3), 41–42. <http://doi.org/10.5169/seals-800666>
- Feuerlein, W. (1984). *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie* (3. Aufl.). Georg Thieme.
- Fleischmann, H. (2019). Neben Trinkmengenreduktion und Abstinenz auch „Trinkpause“! *SUCHT*, 65(2), 135–136. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000597>
- Forel, A. (1891). *Die Trinksitten, ihre hygienische und sociale Bedeutung, ihre Beziehungen zur akademischen Jugend*. Ferdinand Enke.
<https://books.google.at/books?id=zAVPuWdwqKEC&dq=Die%20Trinksitten%2C%20ihre%20hygienische%20und%20sociale%20Bedeutung%2C%20ihre%20Beziehungen%20zur%20akademischen%20Jugend&hl=de&pg=PA1#v=onepage&q=Die%20Trinksitten,%20ihre%20hygienische%20und%20sociale%20Bedeutung,%20ihre%20Beziehungen%20zur%20akademischen%20Jugend&f=false>
- Foucault, M. (1987). *Scientia sexualis*. In *Sexualität und Wahrheit: Erster Band: Der Wille zum Wissen* (S. 55–76). Suhrkamp.
- Foucault, M. (2016). *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks* (10. Aufl.). Fischer.
- Funke, W., Lindenmeyer, J., Missel, P. & Vogelsang, M. (2015). „Im Westen nichts Neues“. *SUCHT*, 61(3), 177–178. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000368>
- GK Quest Akademie. (o. D.-a). *Die GK Quest Akademie stellt sich vor | GK Quest Akademie*. Abgerufen am 29. November 2021, von <https://www.gk-quest.de/UeberUns/Unternehmen>
- GK Quest Akademie. (o. D.-b). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 19. November 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/>
- GK Quest Akademie. (o. D.-c). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Alkohol-Selbsttest*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/4/0/selbsttest/default.aspx>
- GK Quest Akademie. (o. D.-d). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Alkohol-Selbsttest | Prävention*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31.

August 2022, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/4/0/selbsttest/praevention.aspx>

GK Quest Akademie. (o. D.-e). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Hintergründe*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/3/0/hintergrund/default.aspx>

GK Quest Akademie. (o. D.-f). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Hintergründe | Einführung*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/3/1/hintergrund/einfuehrung.aspx>

GK Quest Akademie. (o. D.-g). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Hintergründe | Freier Wille?* KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/3/3/hintergrund/determinismus.aspx>

GK Quest Akademie. (o. D.-h). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Hintergründe | Wirksamkeit*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/3/2/hintergrund/wirksamkeit.aspx>

GK Quest Akademie. (o. D.-i). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Presse | Mitteilungen*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/5/2/presse/pm_02092002.aspx

GK Quest Akademie. (o. D.-j). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Wege zum kT*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/2/0/programme/default.aspx>

GK Quest Akademie. (o. D.-k). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Wege zum kT | Berichte*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/2/5/programme/berichte.aspx>

GK Quest Akademie. (o. D.-l). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Wege zum kT | Einzelprogramm*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/2/3/programme/ekt.aspx>

- GK Quest Akademie. (o. D.-m). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Wege zum kT | Gruppenprogramm*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/2/2/programme/akt.aspx#5>
- GK Quest Akademie. (o. D.-n). *Kontrolliertes Trinken - Alkohol (Selbst) Bestimmt | Wege zum kT | Selbstlernprogramm*. KONTROLLIERTES-TRINKEN.DE. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/2/1/programme/10sp.aspx>
- Großkopf, S. (2007). Rezension zu: Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider & Willy Viehöver (Hrsg.) (2006). *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*. Band I: Theorien und Methoden. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.17169/fqs-9.1.357>
- Grüsser, S., Poppelreuter, S., Heinz, A., Albrecht, U. & Saß, H. (2007). Verhaltenssucht. *Der Nervenarzt*, 78(9), 997–1002. <https://doi.org/10.1007/s00115-007-2281-5>
- Gual, A., He, Y., Torup, L., van den Brink, W. & Mann, K. (2013). A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1432–1442. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.02.006>
- Harm Reduction International. (o. D.). *Was ist Harm Reduction?* Abgerufen am 30. März 2022, von https://www.hri.global/files/2021/05/05/What_is_Harm_Reduction_German_HRI.pdf
- Hentgen, P. (2014). Von vergessenen Mehrheiten und stigmatisierten Minderheiten. *SUCHT*, 60(2), 119–120. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000303>
- Herschinger, E. (2019). Drogenpolitik und ihre (nicht-intendierten) Effekte. In H. Schmidt-Semisch, U. Bröckling & R. Feustel (Hrsg.), *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive* (S. 401–416). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22138-6>
- Hogrefe. (o. D.). *SUCHT*. Abgerufen am 13. Februar 2022, von <https://www.hogrefe.com/ch/zeitschrift/sucht>
- Hospice Le Pré-aux-Boeufs, Sonvilier. (o. D.). *Kontrollierte Alkoholabgabe | Hospice Le Pré-aux-Boeufs, Sonvilier*. Hospice Le Pré-aux-Boeufs. Abgerufen am 30. April 2021, von <https://www.pre-aux-boeufs.ch/portrait/kontrollierte-alkoholabgabe.html>
- Huber, A. (2000). Kontrolliertes Trinken: Mythos und Wirklichkeit. Können Alkoholiker mit Maß und Genuss trinken? *PSYCHOLOGIE HEUTE, Juli-Heft*, 52–57.

- Hüllinghorst, R. (2019). Leserbrief. *SUCHT*, 65(6), 382–384. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000635>
- Hurrelmann, K. (2000). Legale und illegale Drogen - wie kann ihr Missbrauch verhindert werden? *SUCHT*, 46(6), 452–456. <https://doi.org/10.1024/suc.2000.46.6.452>
- Infodrog / RADIX. (o. D.-a). Nr. 3|2008 - *SuchtMagazin*. SuchtMagazin. Abgerufen am 13. Februar 2022, von <https://www.suchtmagazin.ch/2008/articles/id-32008.html>
- Infodrog / RADIX. (o. D.-b). *Über uns - SuchtMagazin*. SuchtMagazin. Abgerufen am 13. Februar 2022, von <https://www.suchtmagazin.ch/ueber-uns.html>
- Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS). (o. D.-a). *ISS Nürnberg | Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)*. ISS Nürnberg. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.iss-nuernberg.de/>
- Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS). (o. D.-b). *Über uns | ISS Nürnberg*. ISS Nürnberg. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.iss-nuernberg.de/ueber-uns/>
- Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS). (o. D.-c). *Unsere Angebote | ISS Nürnberg*. ISS Nürnberg. Abgerufen am 31. August 2021, von <https://www.iss-nuernberg.de/unsere-angebote/#Einfuerungen>
- Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS). (o. D.-d). *Zieloffene Suchtarbeit | ISS Nürnberg*. ISS Nürnberg. Abgerufen am 8. April 2022, von <https://www.iss-nuernberg.de/zieloffene-suchtarbeit/#was-ist-zos>
- Jäger, M. & Jäger, S. (2007). *Deutungskämpfe: Theorie und Praxis Kritischer Diskursanalyse*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jäger, S. (2008). Einstieg: Die Unerlässlichkeit der Kritik an den existierenden Macht- und Herrschaftsverhältnissen und wie sie zu machen ist. In S. Jäger (Hrsg.), *Wie kritisch ist die Kritische Diskursanalyse?* (S. 5–16). Unrast.
- Jäger, S. (2015). *Kritische Diskursanalyse: Eine Einführung* (7., vollständig überarbeitete Aufl.). Unrast.
- Jäger, S. & Zimmermann, J. (2019). *Lexikon Kritische Diskursanalyse: Eine Werkzeugkiste* (2. Aufl.). Unrast.
- John, U., Meyer, C., Bischof, G., Freyer-Adam, J., Grothues, J. & Rumpf, H. J. (2014). Hilfen zu problematischem Alkoholkonsum – Noch kommen wir zu spät. *SUCHT*, 60(2), 107–113. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000304>

- Jungaberle, H. (2015, 12. Juni). *Die Droge im Griff oder im Griff der Droge?* Zeit online. Abgerufen am 16. März 2022, von <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2015-06/drogenkonsum-kontrolle-gebrauch>
- Keller, R. (2011). *Diskursforschung - Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen* (4. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keller, R., Hirsland, A., Schneider, W. & Viehöver, W. (2011). *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse: Band 1: Theorien und Methoden (Interdisziplinäre Diskursforschung)* (3., erweiterte Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kemmesis, U. E. (2000). Umgang mit illegalen Drogen im »bürgerlichen« Milieu: Zum Steuerungseinfluss formeller und informeller Sozialkontrolle – Erste Ergebnisse einer Pilotstudie. *SUCHT*, 46(2), 101–110. <https://doi.org/10.1024/suc.2000.46.2.101>
- Kiefer, F., Hoffmann, S., Mann, K. & Hoch, E. (2021). Einleitung und Definitionen. In Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (Hrsg.), *Kurzfassung der Leitlinie: „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“* (S. 5). AWMF online. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001k_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf
- Kienast, T. (2015). Eine neue therapeutische Haltung ist notwendig. *SUCHT*, 61(3), 179–180. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000368>
- Klingemann, H. (2020). Behandlungssysteme im Wandel – Internationale Bezugspunkte. *SUCHT*, 66(1), 9–11. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000644>
- Klingemann, H., Room, R., Rosenberg, H., Schatzmann, S., Sobell, L. & Sobell, M. (2004). *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel - Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens*. Berner Fachhochschule - Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3844.1845>
- Klingemann, H. & Schatzmann, S. (2004a). Einleitung. In *Kontrolliertes Trinken - Bestandesaufnahme und Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung als Behandlungsziel* (S. 7). Berner Fachhochschule - Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3844.1845>
- Klingemann, H. & Schatzmann, S. (2004b). Forschungs- und Diskussionsstand zum Kontrollierten Trinken in der Schweiz und ausgewählten Nachbarländern. In

- Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel - Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (S. 80). Berner Fachhochschule - Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3844.1845>
- Kolte, B. (2005). In einer Spirale nach oben – Wege zu mehr Selbstkontrolle und reduziertem Drogenkonsum: SCIP, ein Self-Control-Information-Program für Heroin- und Kokain-Konsumenten. In W. Schneider & B. Dollinger (Hrsg.), *Sucht als Prozess* (S. 321–332). VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Kolte, B. & Schmidt-Semisch, H. (2019). Kontrollierter Drogenkonsum: Ein prekäres Paradigma? In R. Feustel, H. Schmidt-Semisch & U. Bröckling (Hrsg.), *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive* (S. 173–194). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-22138-6>
- Körkel, J. (2001). Replik zur Stellungnahme der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum kontrollierten Trinken. *SUCHT*, 47(3), 201–203.
<https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.3.201>
- Körkel, J. (2002a). Editorial. *Suchttherapie*, 3(2), 69–70. <https://doi.org/10.1055/s-2002-28497>
- Körkel, J. (2002b). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 3(2), 87–96.
<https://doi.org/10.1055/s-2002-28496>
- Körkel, J. (2003). *10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens*. GK Quest Akademie.
- Körkel, J. (2005). Kontrolliertes Trinken: Zwischen freiem Willen und biologischem Determinismus. In Fontane-Klinik Motzen (Hrsg.), *Willensfreiheit - eine nützliche Illusion in der Psychotherapie* (Bd. 9, S. 66–88). Schriftenreihe der Fontane-Klinik und des Psychotherapie-Institutes Motzen.
- Körkel, J. (2010a). Kontrolliertes Trinken als legitimes Behandlungsziel bei alkoholbezogenen Störungen – Pro. *Suchttherapie*, 11(04), 179.
<https://doi.org/10.1055/s-0030-1267948>
- Körkel, J. (2010b). *Rückfall muss keine Katastrophe sein: Ein Leitfaden für Abhängige, Angehörige und Helfer* (6., Aufl.). Blaukreuz-Verlag.
- Körkel, J. (2012). Wenn Alkohol das Problem ist, Abstinenz aber nicht die Lösung: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsoption. In H. Schmidt-Semisch & H. Stöver (Hrsg.), *Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum* (S. 141–165). Fachhochschulverlag.

- Körkel, J. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15(04), 165–173. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1390499>
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *SUCHT*, 61(3), 147–174. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000367>
- Körkel, J. (2021). *Kontrolliertes Trinken: So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum* (3. Aufl.). TRIAS.
- Körkel, J. & Krausz, M. (2000). Suchtherapie: A new journal. *Suchttherapie*, 1(1), 1–2. <https://doi.org/10.1055/s-2000-13256>
- Körkel, J., Langguth, W., Schellberg, B. & Kerlin, C. (2000). Sekundärprävention bei Alkoholmissbrauch: Entwicklung und Evaluation eines zieloffenen Gruppenprogramms (»AkT«). *SUCHT*, 46(5), 364–365. <https://doi.org/10.1024/suc.2000.46.5.364>
- Körkel, J., Langguth, W., Schellberg, B. & Neu, B. (2002). Kontrolliertes Trinken als Ziel und als Weg. Zwei Fallvignetten. *Suchttherapie*, 3(2), 112–116. <https://doi.org/10.1055/s-2002-28494>
- Körkel, J. & Reimer, J. (2014). Konsumreduktion. *Suchttherapie*, 15(04), 153. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1394416>
- Körkel, J., Schellberg, B., Haberacker, K., Langguth, W. & Neu, B. (2002). Das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)“. *Suchttherapie*, 3(2), 106–111. <https://doi.org/10.1055/s-2002-28495>
- Körkel, J., Schindler, C., Gerber, K. & Grohe, G. (2000). Rückfall-Präventions-Training (R.P.T.): Ein Manual und seine Evaluation. *SUCHT*, 46(5), 364. <https://doi.org/10.1024/suc.2000.46.5.364>
- Krankenkassen-Zentrale. (o. D.). *Suchterkrankungen - Abhängigkeit, Behandlung, Suchtprävention*. Abgerufen am 29. November 2021, von <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/suchterkrankungen#behandlung>
- Krausz, M. (2005). Was, wie erreichen und warum? Welche Paradigmen steuern die Suchttherapie der Zukunft? *Suchttherapie*, 5(01), 16–20. <https://doi.org/10.1055/s-2004-812944>
- Küfner, H. (2000). Jörg Petry: Alkoholismus. *SUCHT*, 46(4), 299–300. <https://doi.org/10.1024/suc.2000.46.4.299>
- Kuhn, T. S. (2020). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen* (26. Auflage). Suhrkamp.

- Legnaro, A. (2007). Sucht, Disziplin und Flexibilität - Suchtregime der späten Moderne. In B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 309–322). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Levine, H. G. (1996). Die Entdeckung der Sucht - Wandel der Vorstellungen über Trunkenheit in Nordamerika. In H. Gros (Hrsg.), *Rausch und Realität 1* (S. 111–118). Ernst Klett.
- Light, B., Burgess, J. & Duguay, S. (2016). The walkthrough method: An approach to the study of apps. *New Media & Society*, 20(3), 881–900.
<https://doi.org/10.1177/1461444816675438>
- Lindenmeyer, J. (2001a). Kontrolliertes Trinken - Notwendigkeit der Aktualisierung und Versachlichung einer Debatte. *SUCHT*, 47(4), 232.
<https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.4.232>
- Lindenmeyer, J. (2001b). Kontrolliertes Trinken - Vier Schlussfolgerungen. *SUCHT*, 47(4), 262–264. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.4.262>
- Lindenmeyer, J. (2013). *Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen*. Springer.
- Lindenmeyer, J. (2014). Nichts ist unmöglich – eine kritische Anmerkung. *SUCHT*, 60(2), 115–126. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000303>
- Lindenmeyer, J. (2016a). *Alkoholabhängigkeit* (3., überarbeitete Aufl.). Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (2016b). *Lieber schlau als blau: Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. (9., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Beltz.
- Lüthy, H. (2016). Der Neoliberalismus. In H. Lüthy (Hrsg.), *Die Fairness-Formel: Freiheit und Gerechtigkeit in der Wirtschaft der Zukunft* (S. 121–126). Springer.
- Mann, K. (2010). Kontrolliertes Trinken als legitimes Behandlungsziel bei alkoholbezogenen Störungen – Kontra. *Suchttherapie*, 11(04), 180. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1267947>
- Mann, K. (2014a). Alkoholbezogene Störungen – wie erreichen wir mehr Betroffene? *SUCHT*, 60(2), 121–122. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000303>
- Mann, K. (2014b). Trinkmengenreduktion bei Alkoholabhängigen? *Suchttherapie*, 15(04), 174–178. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1390485>
- Mann, K. (2015). Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *SUCHT*, 61(1), 29–36. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000346>

- Mann, K. (2019). Neue Daten zum Therapieziel der Trinkmengenreduktion bei Alkoholabhängigen. *SUCHT*, 65(2), 136–138. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000597>
- Mann, K., Bladström, A., Torup, L., Gual, A. & van den Brink, W. (2013). Extending the Treatment Options in Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Study of As-Needed Nalmefene. *Biological Psychiatry*, 73(8), 706–713. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.10.020>
- Marckmann, G. (2000). Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, 55(12), 499–502.
- Meili, D., Dober, S. & Eyal, E. (2005). Jenseits des Abstinenzparadigmas - Ziele in der Suchttherapie. *Suchttherapie*, 5(01), 2–9. <https://doi.org/10.1055/s-2004-812915>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing* (4., Übersetzung der 3. amerik. Aufl.). Lambertus.
- Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., Ot’alora G., M., Garas, W., Paleos, C., Gorman, I., Nicholas, C., Mithoefer, M., Carlin, S., Poulter, B., Mithoefer, A., Quevedo, S., Wells, G., Klaire, S. S., van der Kolk, B., . . . Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*, 27(6), 1025–1033. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-3>
- Mundle, G. & Wodarz, N. (2019). Reduziertes Trinken und Schadensminimierung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen – Bedarf nach praxis- und wissenschaftsbasierten Leitlinien. *SUCHT*, 65(2), 138–139. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000597>
- Olbrich, R. & Mann, K. (2001). Kontrolliertes Trinken, ein kontroverses Konzept und seine empirische Basis. *SUCHT*, 47(4), 250–251. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.4.250>
- Petry, J. (2001a). Trinkkontrolle: Ideengeschichte und aktuelle Debatte. *SUCHT*, 47(4), 233–249. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.4.233>
- Petry, J. (2001b). Weitere Anmerkungen über die Debatte zum »kontrollierten Trinken«. *SUCHT*, 47(6), 442–445. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.6.442>
- Praxis Suchtmedizin. (2020, 27. Juli). *Kontrolliertes Trinken*. Abgerufen am 30. April 2021, von <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/alkohol/alkoholkonsumgewohnheiten/kontrolliertes-trinken>

- Preuß, U. (2015). Kommentar zum Artikel „Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengendurch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren“? *SUCHT*, 61(3), 181–182. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000368>
- Ptak, R. (2017). Grundlagen des Neoliberalismus. In C. Butterwegge, B. Lösch & R. Ptak (Hrsg.), *Kritik des Neoliberalismus* (3., aktualisierte Aufl., S. 13–122). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-20006-4>
- Quensel, S. (2010). *Das Elend der Suchtprävention: Analyse - Kritik - Alternative* (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rehm, J. (2019). Any reduction of drinking levels over time will have positive impact on morbidity and mortality risks. *SUCHT*, 65(2), 139–140. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000597>
- Rehm, J., Rehm, M., Gmel, G. & Frick, U. (2014). Wie vermindern wir alkoholbedingte Krankheitslast? *SUCHT*, 60(2), 115–116. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000303>
- Rehm, J., Rehm, M., Shield, K. D., Gmel, G., Frick, U. & Mann, K. (2014). Reduzierung alkoholbedingter Mortalität durch Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *SUCHT*, 60(2), 93–105. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000299>
- Reinarman, C. (2007). Die soziale Konstruktion von Drogenpaniken. In B. Dollinger & H. Schmidt-Semis (Hrsg.), *sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 97–111). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reinhardt, J. D. (2005). *Alkohol und soziale Kontrolle: Gedanken zu einer Soziologie des Alkoholismus*. Ergon.
- Reisigl, M. & Wodak, R. (2005). *Discourse and Discrimination*. Taylor & Francis.
- Reymann, G. (2015). Vertane Chance – Zur Markteinführung von Nalmefene. *SUCHT*, 61(3), 182. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000368>
- Rist, F. (2001). Trinkmengenbegrenzung als Therapieziel - wann und warum? *SUCHT*, 47(4), 252–254. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.4.252>
- Rode, T. (2000). *Zum Begriff der "psychischen" Krankheit: die Diskussion über "Alkoholabhängigkeit" bei Frauen*. Tectum.
- Room, R. (2004). Kontrolliertes Trinken als moralische Leistung und Sozialprogramm. In *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (S. 139). Berner Fachhochschule - Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3844.1845>

- Rosenberg, H. (2004). Theoretische Erläuterungen zum Kontrollierten Trinken. In *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel - Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (S. 41). Berner Fachhochschule - Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3844.1845>
- Rumpf, H. J. & Hogrefe, G. J. (2015). Bekanntmachung zur Herausgeberschaft der Zeitschrift *SUCHT*. *SUCHT*, 61(6), 341. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000392>
- Rumpf, H. J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *SUCHT*, 57(1), 45–48. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000072>
- Saunders, J. B., Degenhardt, L., Reed, G. M. & Poznyak, V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(8), 1617–1631. <https://doi.org/10.1111/acer.14128>
- Scheerer, S. (1995). *Sucht*. Rowohlt.
- Scheerer, S. & Vogt, I. (Hrsg.). (1989). *Drogen und Drogenpolitik: Ein Handbuch*. Campus.
- Schippers, G. M. (2001). Kontrolliertes Trinken: Ein Therapiegespräch. *SUCHT*, 47(4), 257–258. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.4.257>
- Schippers, G. M. & Cramer, E. (2002). Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. *Suchttherapie*, 3(2), 71–80. <https://doi.org/10.1055/s-2002-28491>
- Schmidt-Semisch, H. & Stöver, H. (2012). Harm Reduction und Alkohol - Zur Einführung. In H. Schmidt-Semisch & H. Stöver (Hrsg.), *Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum* (S. 1–7). Fachhochschulverlag.
- Schneider, W. (2001). Anmerkungen zur Replik von Prof. Dr. Joachim Körkel zur Stellungnahme der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Kontrollierten Trinken«. *SUCHT*, 47(3), 204–205. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.3.204>
- Schneider, W. (2020). Früher war alles. . . Versuch eines Rückblicks auf 30 Jahre in der Suchtselbsthilfe. In *selbsthilfegruppenjahrbuch 2020* (S. 61–69). Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG). <https://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2020/DAGSHG-Jahrbuch-2020-Schneider.pdf>
- Schneider, W. & Strauß, B. (2013). Medikalisierung. *Psychotherapeut*, 58(3), 217–218. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-0981-9>
- Schomerus, G. (2011). Warum werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit in besonderer Weise stigmatisiert und was kann man dagegen tun? *Psychiatrische Praxis*, 38(03), 109–110. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1266094>

- Schönau, A. (2019). *Schnittstellenprobleme in Neurowissenschaften und Philosophie: Willensfreiheit aus handlungstheoretischer Perspektive*. J.B. Metzler.
- Schreiner, S. (2007). Sodom und Gomorrha. In *Enzyklopädie des Märchens* (Band 12 Schinden, Schinder-Sublimierung Aufl.). De Gruyter. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1515/9783110921717.400>
- Schulte-Derne, F. (2019). Es geht immer um adressat_innengerechte Hilfen. *SUCHT*, 65(2), 140–141. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000597>
- Schwoon, D. R., Schulz, P. & Höppner, H. (2002). Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Inneren Medizin. *Suchttherapie*, 3(2), 117–123. <https://doi.org/10.1055/s-2002-28490>
- Die Simpson. (2019, 27. Februar). In *Wikiquote*. https://de.wikiquote.org/wiki/Die_Simpsons
- Die Simpsons. (2019, 27. Februar). Wikiquote. Abgerufen am 5. April 2022, von https://de.wikiquote.org/wiki/Die_Simpsons
- Singer, M., V., Schneider, A. & Teyssen, S. (2005). *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen - Diagnostik - Therapie* (2., vollst. überarb. u. aktualisierte Aufl.). Springer.
- Slunecko, T. (2020). Tracking One's Own Path – a Methodological Leitmotif of Cultural Psychology. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54(1), 196–214. <https://doi.org/10.1007/s12124-019-09479-2>
- Sobell, L. & Sobell, M. (2004a). Begriffe und Definitionen. In *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel - Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens*. (S. 29). Berner Fachhochschule - Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3844.1845>
- Sobell, L. & Sobell, M. (2004b). Ein kurzer Rückblick auf die Entstehung des Kontrollierten Trinkens. In *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel - Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (S. 15). Berner Fachhochschule - Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3844.1845>
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4(1), 49–72. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80074-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80074-7)
- Soyka, M. (2013). *Update Alkoholabhängigkeit - Diagnostik und Therapie* (2., neubearbeitete Aufl.). Uni-Med Verlag AG.
- Soyka, M. (2015). Therapie der Alkoholabhängigkeit. *CME*, 12(7–8), 57–65. <https://doi.org/10.1007/s11298-015-1210-3>

- Spanke, K. (2020, 12. Mai). Das Dressing für deinen Kopfsalat. *FAZ.NET*.
<https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/medien/andreas-pichlers-doku-alkohol-der-globale-rausch-16764595.html>
- Spode, H. (1993). *Die Macht der Trunkenheit: Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland*. Leske u. Budrich.
- Spode, H. (2005). Was ist Alkoholismus? Die Trunksucht in historisch-wissenssoziologischer Perspektive. In B. Dollinger & W. Schneider (Hrsg.), *Sucht als Prozess: Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis* (S. 89–121). VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Spode, H. (2012). Risiken des Trinkens. Historische Entwicklung und aktuelle Tendenzen. In H. Schmidt-Semisch & H. Stöver (Hrsg.), *Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum* (S. 17–38). Fachhochschulverlag.
- Springer, A. (2001). Bemerkungen zu Jörg Petrys »Trinkkontrolle«. *SUCHT*, 47(4), 259–261.
<https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.4.259>
- Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum »Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken« (AkT). (2000). *SUCHT*, 46(6), 457–458. <https://doi.org/10.1024/suc.2000.46.6.457>
- Sugarman, S. D. (2003). „Lifestyle“ Diskrimination in Employment. *Berkeles Journal of Employment & Labor Law*, 24, 101–162.
<https://escholarship.org/content/qt7c62t8gn/qt7c62t8gn.pdf>
- Täschner, K. L. (2002). Bericht über die 12. Tagung des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz vom 24. bis 25.01.2002 an der Klinik für Sucht- und Psychotherapeutische Medizin Erlangen. *SUCHT*, 48(2), 136–138.
<https://doi.org/10.1024/suc.2002.48.2.136>
- Taylor, J. S. (2008). *Personal Autonomy: New Essays on Personal Autonomy and its Role in Contemporary Moral Philosophy*. Cambridge University Press.
- Thieme Gruppe. (o. D.-a). *Herausgeber - Georg Thieme Verlag - Suchttherapie*. Thieme. Abgerufen am 13. Februar 2022, von
<https://www.thieme.de/de/suchttherapie/herausgeber-1932.htm>
- Thieme Gruppe. (o. D.-b). *Listungen - Georg Thieme Verlag - Suchttherapie*. Thieme. Abgerufen am 13. Februar 2022, von
<https://www.thieme.de/de/suchttherapie/listungen-2044.htm>

- Thieme Gruppe. (o. D.-c). *Über die Zeitschrift - Georg Thieme Verlag - Suchttherapie*.
Thieme. Abgerufen am 13. Februar 2022, von
<https://www.thieme.de/de/suchttherapie/ueber-die-zeitschrift-1921.htm>
- van den Brink, W. (2003). Drug Use and Addiction: Past - Present - Future. *Suchttherapie*, 4(02), 89–92. <https://doi.org/10.1055/s-2003-39572>
- van den Brink, W., Aubin, H. J., Bladstrom, A., Torup, L., Gual, A. & Mann, K. (2013). Efficacy of As-Needed Nalmefene in Alcohol-Dependent Patients with at Least a High Drinking Risk Level: Results from a Subgroup Analysis of Two Randomized Controlled 6-Month Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 48(5), 570–578.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agt061>
- van Leeuwen, T. (2008). *Discourse and Practice: New Tools for Critical Discourse Analysis*. Oxford University Press.
- Veltrup, C. (2019). Ist „nichts mehr“ mehr oder weniger als „weniger“? *SUCHT*, 65(2), 141–143. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000597>
- von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (2018). *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. Springer.
- Weber, M. (2013). *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus* (4. Aufl.). C. H. Beck.
- Weinhauer, K. (2019). Drogen, Staat und Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, in Großbritannien und den USA zwischen den 1960er- und 1990er-Jahren. In H. Schmidt-Semisch, U. Bröckling & R. Feustel (Hrsg.), *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive* (S. 417–432). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-22138-6>
- Weissinger, V. (2019). „Abstinenz und kontrollierter Konsum: Interventionsziele an den Konsumformen und individuellen Bedarfslagen ausrichten!“ *SUCHT*, 65(2), 143–145.
<https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000597>
- Wessel, T. & Westermann, H. (2002). Problematischer Alkoholkonsum - Das psychoedukative Schulungsprogramm PEGPAK. *Suchttherapie*, 3(2), 97–102.
<https://doi.org/10.1055/s-2002-28493>
- Wieczorek, M. (2020, 27. November). *Internationale Drogenpolitik*. Bundeszentrale für politische Bildung. Abgerufen am 16. März 2022, von
<https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/rausch-und-drogen-2020/321822/internationale-drogenpolitik/>

- Wiesemann, C. (2000). *Die heimliche Krankheit: Eine Geschichte des Suchtbegriffs*. frommann-holzboog.
- Wiesemann, C. (2012). Autonomie als Bezugspunkt einer universalen Medizinethik. *Ethik in der Medizin*, 24(4), 287–295. <https://doi.org/10.1007/s00481-012-0220-x>
- Will, J. F. (2011a). A Brief Historical and Theoretical Perspective on Patient Autonomy and Medical Decision Making - Part I: The Beneficence Model. *Chest*, 139(3), 669–673. <https://doi.org/10.1378/chest.10-2532>
- Will, J. F. (2011b). A Brief Historical and Theoretical Perspective on Patient Autonomy and Medical Decision Making - Part II: The Autonomy Model. *Chest*, 139(6), 1491–1497. <https://doi.org/10.1378/chest.11-0516>
- Wodak, R. & Meyer, M. (2015). *Methods of Critical Discourse Studies (Introducing Qualitative Methods series)* (3. Aufl.). SAGE Publications Ltd.
- Wurst, F. (2014). „Und” statt „oder”. *SUCHT*, 60(2), 125–126. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000303>

Anhang

Abstract (English)

By definition, those diagnosed with “alcohol dependence” have lost control of their drinking behaviour - and therefore have only one option: lifelong abstinence. However, for several years there has been a concept on the fringes of the addiction research discourse that represents an alternative to abstinence: controlled drinking. By denying the postulate of an irreversible loss of control and offering those affected the prospect of a planned return to strict, self-monitored drinking behaviour, it also challenges the fundament of decades of abstinence-oriented addiction research. The aim of this study was to explore how the paradigm of controlled drinking could evolve and break out of the paradigm of abstinence despite intense controversy. This was achieved using Jäger's method of critical discourse analysis and dispositive analysis. In a first analysis cycle, the underlying image of humanity, motives, and visions of the protagonists were extracted to capture the ‘spirit’ of controlled drinking. In a second analysis cycle, the addiction research discourse on controlled drinking from 2000 to 2020 was reconstructed using a diachronic perspective. For this purpose, text fragments from the German-language journal SUCHT were analysed in detail. It could be shown that the acceptance of controlled drinking depends less on rational-scientific arguments and more on prevailing images of humanity, prejudices about addiction and financial interests. For years, controlled drinking has been dismissed as ineffective. However, the influential pharmaceutical industry then discovers the so-called “medication-assisted drinking reduction” as capitalistically utilisable and financially supports it. The scientific mainstream opinion is gradually changing, and the abstinence paradigm is slowly being undermined. Controlled consumption could possibly soon replace the abstinence paradigm as the dominant dispositive since it successfully connects two opposing elements: an increasingly pathologizing discourse in relation to alcohol and neoliberalism's defining human image of the autonomous but self-responsible subject.

Keywords: critical discourse analysis, dispositive analysis, alcohol dependence, controlled drinking, reduced drinking, controlled consumption, abstinence, harm reduction

Abstract (Deutsch)

Wer mit einer „Alkoholabhängigkeit“ diagnostiziert wird, hat per Definition die Kontrolle über seinen Konsum verloren - und daher nur eine Möglichkeit: lebenslange Abstinenz. Jedoch existiert seit einigen Jahren ein Konzept am Rande des suchtwissenschaftlichen Diskurses, welches eine Alternative zur Abstinenz darstellt: kontrolliertes Trinken. Indem es das Postulat eines irreversiblen Kontrollverlusts verneint und Betroffenen eine Rückkehr zu einem strengen, selbstüberwachten Trinkverhalten nach Plan in Aussicht stellt, rüttelt es jedoch auch an den Grundpfeilern jahrzehntelanger abstinenzorientierter Suchtforschung. Ziel dieser Arbeit war es, zu erforschen, wie sich das Paradigma des kontrollierten Trinkens trotz heftiger Kontroversen aus dem Abstinenzparadigma entwickeln und herauslösen konnte. Dies gelang unter Verwendung der Methode der kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse nach Jäger. In einem ersten Analysezyklus wurden anhand des Internetauftritts der Protagonist*innen zugrundeliegende Menschenbilder, Motive und Visionen herauspräpariert, um den ‚Geist‘ des kontrollierten Trinkens zu erfassen. In einem zweiten Analysezyklus wurde mithilfe einer diachronen Betrachtungsperspektive der suchtwissenschaftliche Diskurs zu kontrolliertem Trinken von 2000 bis 2020 nachvollzogen. Dazu wurden Textfragmente aus der deutschsprachigen Zeitschrift SUCHT feinanalysiert. Es konnte gezeigt werden, dass die Akzeptanz von kontrolliertem Trinken weniger von rational-wissenschaftlichen Argumenten, sondern vielmehr von vorherrschenden Menschenbildern, Vorurteilen zu Sucht und finanziellen Interessen abhängt. Jahrelang wird kontrolliertes Trinken als unwirksam abgelehnt. Jedoch wird dann die sogenannte „medikamentös gestützte Trinkmengenreduktion“ von der einflussreichen Pharmaindustrie als kapitalistisch verwertbar entdeckt und finanziell unterstützt. Nach und nach ändert sich auch die wissenschaftliche Mehrheitsmeinung und das Abstinenzparadigma weicht auf. Kontrollierter Konsum könnte das Abstinenzparadigma womöglich bald als vorherrschendes Dispositiv ablösen, da es zwei gegenläufige Elemente erfolgreich verschaltet: ein zunehmend pathologisierender Diskurs in Bezug auf Alkohol und das den Neoliberalismus bestimmende Menschenbild des autonomen, aber selbstverantwortlichen Subjektes.

Schlüsselwörter: kritische Diskursanalyse, Dispositivanalyse, Alkoholabhängigkeit, kontrolliertes Trinken, reduziertes Trinken, kontrollierter Konsum, Abstinenz, Schadensminimierung