

Theo Wessel<sup>1</sup>  
Heinz Westermann<sup>2</sup>

# Problematischer Alkoholkonsum – Das psychoedukative Schulungsprogramm PEGPAK

*The Psychoeducational Group Treatment Program for Persons with Problems  
by Alcohol Consumption (PEGPAC)*

## Zusammenfassung

Das Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum (PEGPAK) ist ein standardisiertes, manualisiertes Schulungsprogramm als sekundärpräventiv ausgerichteter Interventionsansatz bei Alkoholproblemen. Das Manual umfasst 7 Kernbausteine, die sich auf 9 Lerneinheiten (Gruppentreffen) à 120 Min. verteilen. Die Schlüsselkategorie des Programms stellt der Begriff „problematischer Alkoholkonsum“ dar, der eine Zusammenfassung von riskanten, hochriskanten, schädlichen, missbräuchlichen und abhängigen Konsummustern bildet. Zielgruppen dieses ambulanten psychoedukativen Schulungsprogramms sind problematische Alkoholkonsumenten, die Abstinenz/Nullkonsum oder gesundheitsverträglichen, risikoarmen Konsum erreichen möchten. Selbstmanagementstrategien zur Erreichung der selbst gewählten Zielsetzung werden erlernt und erprobt. Das Schulungsprogramm wurde wiederholt überprüft in einem vorwiegend ambulanten Setting. Es zeigten sich eine zufriedenstellende praktische Evidenz, eine hohe Akzeptanz durch die Programmteilnehmer und Effektivität für unterschiedliche Zielgruppen. Settingspezifische Programmmodifikationen werden abschließend diskutiert.

## Schlüsselwörter

Problematischer Alkoholkonsum · Psychoedukation · Public Health · Sekundärprävention · Selbstregulation

## Abstract

The Psychoeducational Group Treatment Program for Persons with Problems by Alcohol Consumption (PEGPAC) is a structured programme for secondary prevention of alcohol problems. The manual consists of 7 basic elements distributed over 9 educational units (group meetings) of two hours each. The program is based on the central conception of problematic alcohol consumption which integrates hazardous alcohol consumption, alcohol misuse, and alcohol dependency. The leading idea of the program is the assumption that behavioural self-regulation and self-control in case of problematic alcohol consumption can be learned and trained. PEGPAC offers the option of abstinence/zero consumption or low-risk, harmless consumption. Self-management strategies to reach the self-determined goal are trained. PEGPAC repeatedly was applied in out-patient settings. It proved to be applicable, showed high acceptance among the participants and was effective in different target samples. Setting-specific program modifications will be discussed in the end.

## Key words

Problem Alcohol Use · Problem Drinking · Psychoeducation · Public Health · Secondary Prevention · Self-Regulation

## Institutsangaben

<sup>1</sup> Rehabilitationszentrum „Schloss Bettenburg“ der Drogenhilfe Tübingen e.V., Hofheim/Ufr.  
<sup>2</sup> Tagesklinik für Abhängigkeitskranke der Krankenanstalten Gilead, Bielfeld

## Korrespondenzadresse

Dr. Theo Wessel · Leiter des Rehabilitationszentrums, „Schloss Bettenburg“ der Drogenhilfe Tübingen e.V. · Manau 22 · 97461 Hofheim/Ufr.

## Bibliografie

Suchttherapie 2002; 3: 97–102 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

## Ausgangsbasis des PEGPAK

Die Ausweitung der Public-Health-Diskussion um riskante, hochriskante und missbräuchliche Konsummuster hat auch zur Folge gehabt, dass über selbst verantwortliche, selbst bestimmte Einflussnahmen auf problematische Konsummuster nachgedacht wurde, die möglicherweise eine Abhängigkeitserkrankung verhindern oder „abpuffern“ [1 – 10].

PEGPAK nimmt diese Diskussionsentwicklungen auf und geht davon aus, dass jede Form der Konsumreduzierung gesundheitliche, soziale und psychische Risiken der Alkoholkonsumenten senkt und somit gesundheitsförderlich und suchtpreventiv wirksam sein kann.

### Was sind die Zielsetzungen von PEGPAK? Was beinhaltet PEGPAK?

PEGPAK ist ein manualisiertes, achtzehnstündiges, ambulantes Gruppenprogramm für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum, verteilt auf neun Gruppentreffen. PEGPAK umfasst sieben inhaltliche Kernbausteine. Die max. Teilnehmerzahl einer geschlossenen Gruppe beinhaltet 14–18 Personen. Psychoedukation ist integraler Bestandteil des Programms: psychoedukative Informationsvermittlung ersetzt die klassische (oft psychodynamische) Therapie. Es wird davon ausgegangen, dass langjährige Alkoholkonsumenten kurzfristig positive Erfahrungen mit der Wirkung und Funktion von Alkoholkonsum haben. Die langfristig negativen Folgen des Alkoholkonsums können in eine konflikthafte Situation zu dem eigenen Trinkverhalten geraten. Deshalb wird Ambivalenz – das Schwanken zwischen zwei Zielsetzungen: Jemand möchte den Konsum ändern und gleichzeitig beibehalten – als grundlegende Voraussetzung und als jederzeitige Bedingung für das Verhalten von Menschen mit Alkoholproblemen angesehen [11]. Zur Veranschaulichung wird das „Waage-Modell“ eingeführt werden.

Ambivalente Prozesse können in verschiedene Phasen der Motivation – Vorüberlegungen, Entscheidungsphase, Handlungsphase, Aufrechterhaltungsphase, Abstinenzbeendigungsphase – hinein führen [12]. Zur Veranschaulichung wird das „Zug-Modell“ eingeführt werden.

Diese einzelnen Phasen selbst kontrollierend, selbständig zu beeinflussen mit dem Ziel, problematischen Konsum abzubauen und gesundes Konsumverhalten aufzubauen, dies ist der Grundansatzpunkt des psychoedukativen Gruppenprogramms PEGPAK. Im Einzelnen:

### Struktur des Schulungsprogramms PEGPAK (Bausteine)

#### Baustein 1

Einführung in das Gruppenprogramm und allgemeine Grundlagen problematischen Alkoholkonsums. Den Teilnehmern wird der Aufbau des psychoedukativen Programms erklärt. Ferner werden in dieser Einheit erste grundlegende Informationen über Alkoholkonsum, positive Wirkungserfahrungen und langfristig negative Folgen des Alkoholkonsums vermittelt.

#### Baustein 2

Bestimmungselemente und Folgen eines problematischen Alkoholkonsums: Hier wird über Ursachenerklärungen von problematischem Alkoholkonsum aus wissenschaftlicher Sicht informiert. Diese Informationen werden kritisch diskutiert und gleichzeitig wird auf die Bewertung gesellschaftlicher stigmatisierender Prozesse von problematischem Alkoholkonsum hingewiesen.

#### Baustein 3

Zielbestimmung und Selbstmanagement bei problematischem Alkoholkonsum. In dieser Informationseinheit werden den Teilnehmern folgende Informationen gegeben: Risikofreiheit in Bezug auf gesundheitliche, soziale und psychische Folgen aufgrund eines problematischen Alkoholkonsums bedeutet Abstinenz, den so genannten „Null-Konsum“.

Zur Information über risikoarmen, gesundheitsverträglichen Konsum wird der Begriff „Standardgetränke“ eingeführt. Es gilt folgende Regelung: 14 Standardgetränke für Frauen pro Woche und 21 Standardgetränke für Männer pro Woche werden als risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum angesehen. Ein Standardgetränk ist 0,2 Liter Bier oder 0,1 Liter Wein bzw. Sekt. Menschen, die nicht mehr als die oben angegebene Anzahl von Standardgetränken pro Woche konsumieren, bewegen sich in einem Konsumbereich, der als risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum bezeichnet wird.

Falls Menschen sich für die Option gesundheitsverträglicher, risikoarmer Konsum entscheiden, gelten folgende Empfehlungen:

1. Keine Spirituosen trinken, sondern nur niedrig prozentige Alkoholika wie Wein, Bier und Sekt. Der Konsum hochprozentiger Alkoholika ist hochriskant, weil diese in einem Zehntel der Zeit die zehnfache Wirkung erzielen können.
2. Mindestens zwei konsumfreie Tage pro Woche.

Nachdem die Teilnehmer des Programms grundsätzliche Informationen über Abstinenz und risikoarmen, gesundheitsverträglichen Konsum erhalten haben, werden die jeweiligen Vor- und Nachteile dieser beiden Zielsetzungen individuell abgewogen:

Vorteile von Nullkonsum: hohes Maß an Zufriedenheit, Klarheit in der Definition des Zieles, möglicherweise hoher Zugewinn von Lebensqualität, Freisetzung von Energie, die nicht zur Kontrolle des Suchtmittelkonsums benötigt werden muss.

Nachteile von Nullkonsum: ein sehr hohes Ziel und eine sehr hohe Anforderung, dieses Ziel kann für viele Menschen erdrückend sein, starker Druck, nie mehr Alkohol konsumieren zu dürfen.

Vorteile von gesundheitsverträglichem, risikoarmem Konsum: kein prinzipieller Verzicht auf Alkohol, zeitweiser Genuss ist möglich, unter Umständen weniger Suchtdruck und Craving.

Nachteile von gesundheitsverträglichem, risikoarmem Konsum: hohes Ausmaß an Kontrollenergie erforderlich, die vorgegebenen Konsummengen einzuhalten, Verzicht auf intensives Rauscherleben.

Tab. 1 Merkmale der PEGPAK-Gruppen aus den Jahren 1996 und 1997

Merkmal	Wartegruppe	Trainings-Gruppe prä	Trainings-Gruppe post	Drop-outs prä-post	Trainings-Gruppe nach 12 Monaten	Drop-outs nach 12 Monaten
Anzahl	34	34	29	5	27	2
Männer	18	18	16	2	15	1
Frauen	16	16	13	3	12	1
Alter	40,1	40,1	39,9		40,3	
Altersspanne	19–62	19–62	19–60		19–60	
Drop-outs				20,8%		6,9%

Mit den empfohlenen Standardeinheiten zum gesundheitsverträglichen Konsum ist der Hinweis verknüpft, dass intensives Rauscherleben als Ziel eines intentionalen Trinkens ausgeschlossen ist. Menschen mit schweren körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen wird ausschließlich die Zielsetzung Nullkonsum empfohlen.

#### Baustein 4

Selbstmanagementstrategien zur Beibehaltung von positiv veränderten Alkoholkonsumgewohnheiten: Hier geht es um die Wahrnehmung von Risikosituationen und um Selbstmanagement in individuellen Risikosituationen.

#### Baustein 5

Selbstmanagement in besonderen Risikosituationen: Hier werden besondere Risikosituationen zur Beibehaltung selbst bestimmter Zielsetzungen thematisiert, wie z.B. der Umgang mit Suchtdruck und Craving, grundlegende Informationen zum Thema Umgang mit Niedergeschlagenheit und Depressivität sowie Umgang mit Angst und Anspannung. Modellhaft werden Vorgehensweisen zur Steigerung von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen erarbeitet.

#### Baustein 6

Probleme lösen und Lebensstiländerungen angesichts problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten vornehmen: In diesem Baustein werden informativ und modellhaft Strategien des Problemlösetrainings dargestellt sowie Hinweise zur Lebensstiländerung vor dem Hintergrund der Veränderung problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten gegeben.

#### Baustein 7

Vorgehensweisen beim Verlassen bzw. Aufgabe der selbst bestimmten Zielsetzungen bezüglich problematischer Alkoholkonsumgewohnheiten: Hier werden grundlegende Informationen vermittelt, welche Strategien erfolgreich angewandt werden können, wenn die selbst vorgenommenen Zielsetzungen nicht erreicht werden können oder von diesen Zielsetzungen abgewichen wird. Ein persönlicher Krisenplan wird zum Ende der letzten Informationseinheit erstellt.

Diese sieben Bausteine bilden die Kernelemente des psychoedukativen Gruppenprogramms. Baustein 3 wurde näher erläutert, weil dieser ein zentrales Element von PEGPAK darstellt: Wahlfreiheit zu Nullkonsum oder risikoarmem, gesundheitsverträglichem Konsum.

### Ergebnisse der Pilotstudie zu PEGPAK

Die Beschreibung der Untersuchungsgruppe zu Beginn des Gruppenprogramms in den Jahren 1996 und 1997 ist den Tab. 1 und 2 zu entnehmen. Die dargestellten Merkmale weisen auf die versorgungsspezifischen Rahmenbedingungen der Pilotstudie hin: eine ambulante, (teil-)stationäre Akutversorgungseinrichtung im psychiatrischen Kontext. Das alkoholbedingte Störungsbild zeigt in der Mehrzahl die zentralen Merkmale eines Abhängigkeitssyndroms: Schädliche Konsummuster über lange Zeiträume und tägliche Trinkepisoden sind deutlich im Vordergrund, die Screningverfahren LAST [15] und MALT-S [13] in Verbindung mit ICD-9-Diagnosekriterien weisen in diese Richtung. Es stehen teilweise umfangreiche Vorbehandlungserfahrungen im suchtspezifischen Versorgungsbereich zur Verfügung. Differenziell zeigt sich im TAI [14] ein erhöhter Schweregrad des alkoholbezogenen Störungsbildes und das deutliche Vorliegen problematischer Konsumfolgen.

Der Tab. 3 ist zu entnehmen, dass die alkoholkonsumbezogene Veränderungsbereitschaft, überprüft mit RCQ-D [15], auf eine reflektiv-ambivalente bzw. handlungsbezogene Motivationslage hinweist. Internal-generalisierte Kontrollüberzeugungen in deutlicher Ausprägung, überprüft mit FKK [16], und sozial-externe Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, überprüft mit KKG [17], geben Hinweise auf eine hohe Bereitschaft, sich selbstverantwortlich mit dem eigenen prob-

Tab. 2 Diagnosebezogene Merkmale der PEGPAK-Gruppen (n = 27)

MALT-S	13,9
LAST	4,0
ICD-9 Abhängigkeit	26
ICD-9 Missbrauch	1
Regelmäßiger Alkoholkonsum seit	13,7 Jahren
Beeinträchtigungen der Konsumkontrolle seit	7,2 Jahren
Stationäre Entzugsbehandlungen	58 %
Stationäre Entwöhnungsbehandlungen	23 %
Trierer Alkoholismusinventar:	
TAI 1	66,8
TAI 2	26,7
TAI 3	29,6
TAI 4	44,9
TAI 5	15,0
TAI 6	14,7
TAI 7	11,9

Tab. 3 Überprüfung von Veränderungen durch PEGPAK

Veränderungsbereich	PEGPAK prä n = 34	PEGPAK post n = 29	Überprüfung Prä – post*	PEGPAK 12 Monate n = 27	Überprüfung prä – 12 Monate*
<b>KKG</b>					
KKG-I	29,6	30,4	n. s.	28,0	n. s.
KKG-P	21,7	24,9	s. (+)	25,0	n. s.
KKG-C	18,6	17,2	n. s.	17,3	s. (-)
<b>FKK</b>					
FKK-SK	28,7	30,8	n. s.	32,4	s. (+)
FKK-I	32,5	33,7	n. s.	34,8	n. s.
FKK-P	23,2	21,1	n. s.	19,0	s. (-)
FKK-C	19,4	19,0	n. s.	20,5	s. (-)
FKK-SKI	61,2	64,5	s. (+)	67,2	s. (+)
FKK-PC	42,6	40,1	n. s.	39,5	s. (-)
FKK-SKI-PC	18,6	24,4	n. s.	27,7	s. (+)
<b>RCQ-D</b>					
RCQ-P	61,3	63,5	n. s.	51,5	n. s.
RCQ-C	138,1	125,8	n. s.	60,5	s. (-)
RCQ-A	137,4	148,0	s. (+)	85,5	s. (+)
<b>STAI-T</b>					
STAI-T	46,2	45,1	s. (-)	38,2	s. (-)
<b>BDI</b>					
BDI	11,6	10,4	n. s.	7,4	s. (-)
Std. Getränke pro Woche	153,2	0,95	s. (-)	4,7	s. (-)
<b>VEV</b>					
VEV		197,7	Positive Veränderung		
<b>Konsumrisiken</b>					
hochriskant	28	0	-	4	-
risikoarm	5	6		15	+
risikofrei	1	23	+	8	+
<b>Konsummuster</b>					
Nullkonsum	1	23	+	8	+
90 % konsumfrei	0	0		5	+
gesundheitsverträglich	0	2	+	3	+
70 % konsumfrei mit exzessivem Konsum	5	2	-	7	+
30 % konsumfrei mit exzessivem Konsum	28	0	-	4	-

\* Im Rahmen einer Pilot-Studie mit einem Eigen-Warte-Gruppen-Untersuchungsdesign wurden zur Überprüfung verteilungsfreie, non-parametrische statistische Verfahren eingesetzt, wie der Vorzeichen- und der Vorzeichenrangtest nach Wilcoxon.

lematischen Alkoholkonsum auseinander zu setzen bzw. eine erhöhte Compliance bei Maßnahmen zur Bewältigung von Krankheitsfolgen einzusetzen. Zusätzlich zum alkoholbedingten Störungsbild treten ausgeprägte Befindlichkeitsstörungen wie Depressivität, überprüft mit *BDI* [18], und allgemeine Ängstlichkeit, überprüft mit *STAI-T* [19], in den Vordergrund.

Das gewählte quasi-experimentelle Untersuchungsdesign zur Überprüfung von kurz- und langfristigen Veränderungen im Prä-Post-Vergleich bzw. im Nachuntersuchungszeitraum von 12 Monaten ist die Eigen-Warte-Kontrollgruppe, zur statistischen Überprüfung werden verteilungsfreie, non-parametrische Verfahren herangezogen, wie sie von Bortz, Lienert [20] für ähnliche Bedingungen vorgeschlagen werden, hier der *Vorzeichen-* und der *Vorzeichenrangtest* nach Wilcoxon [21].

Die kurz- und längerfristigen Veränderungen in der PEGPAK-Gruppe mit n = 29 bzw. n = 27 Teilnehmern lassen sich der Tab. 3 entnehmen:

- Kurzfristig im Prä-Post-Vergleich erhöhen sich die handlungsbezogene Veränderungsbereitschaft als Motivationslage (*RCQ-D*), die sozial-externale Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (*KKG*), die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (*FKK*) und das positive Erleben und Verhalten aus retrospektiver Perspektive, überprüft mit *VEV* [22]; kurzfristig reduzieren sich die allgemeine ängstliche Befindlichkeit (*STAI-T*), die wöchentlichen Konsummengen und die riskant-schädlichen Alkoholkonsummuster.
- Langfristig im Prä-12-Monate-Vergleich erhöht sich die handlungsbezogene Veränderungsbereitschaft als Motivationslage bei gleichzeitiger Abnahme der ambivalent-reflektiven Motivationslage (*RCQ-D*); das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und die generalisierte Internalität nehmen zu (*FKK*); langfristig nimmt die ängstliche und depressive Befindlichkeit ab (*STAI-T*, *BDI*); fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit reduzieren sich (*KKG*), ebenso die sozial bedingte Externalität und die fatalistisch-generalisierte Externalität in den allgemeinen Kontrollüberzeugungen.

Tab. 4 Zielentwicklungen in der PEGPAK-Gruppe (n = 27)

	nach 12 Monaten: <b>Null-Konsum</b>	nach 12 Monaten: <b>risikoarmer, gesundheitsver- träglicher Konsum</b>	insgesamt während PEGPAK
<b>Null-Konsum</b>	20	1	<b>21</b>
<b>risikoarmer, gesundheitsver- träglicher Konsum</b>	2	4	<b>6</b>
insgesamt nach 12 Monaten	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>27</b>

gen (FKK); Konsumrisiken, riskant-schädliche Konsummuster und wöchentliche Konsummengen sind langfristig deutlich reduziert worden.

Der Tab. 4 sind die programminduzierten Zielentwicklungen über einen Zeitraum von einem Jahr zu entnehmen: Etwa 11 % der Programmteilnehmer wechseln in diesem Zeitraum ihre alkoholbezogene Zielsetzung als Hinweis auf eine hohe Zielsetzungsstabilität. Bei der selbst bestimmten Zielsetzung „Nullkonsum“ kommt es zu einem Zielwechsel („risikoarmer, gesundheitsverträglicher Alkoholkonsum“), bei der selbst bestimmten Zielsetzung „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Alkoholkonsum“ kommt es zu zwei Zielwechseln („Nullkonsum“). Nach 12 Monaten streben etwa 78 % der Programmteilnehmer das Ziel „Nullkonsum“ an und haben dieses Konsumziel in 48 % der Fälle erfolgreich umgesetzt; etwa 22 % der Programmteilnehmer streben das Konsumziel „risikoarmer, gesundheitsverträglicher Alkoholkonsum“ an und haben dieses Ziel in 50 % der Fälle erfolgreich umgesetzt.

Bei einem Vergleich der Vorbehandlungen im stationär-klinischen Versorgungsbereich haben alle PEGPAK-Nutzer unter Einbezug der Dropouts ein Jahr vor Beginn des Gruppenprogramms 1149 Akutbehandlungstage, ein Jahr nach Abschluss des Gruppenprogramms weisen die gleichen PEGPAK-Nutzer 927 Akutbehandlungstage auf, eine Reduktion von 19,3 %. Bei einer entsprechenden halbjährlichen Differenzuntersuchung der Akutbehandlungstage im stationär-klinischen Setting zeigt sich eine Reduktion von 32,3 %. Diese Ergebnisse geben erste Hinweise auf die mögliche Effizienz bzw. Kosteneffektivität dieses Gruppenprogramms.

Im Umgang mit alkoholkonsumbezogenen Risikosituationen geben 4 der 27 Programmteilnehmer an, in den 12 Monaten nach Abschluss des Gruppenprogramms keine so definierte Risikosituation erlebt zu haben. Ohne krisenhafte Zuspitzung konnten 10 Nutzer diese Risikosituationen unter Einsatz der vermittelten Selbstmanagementstrategien bewältigen, zwei Nutzer griffen auf Hilfen durch Selbsthilfegruppen zurück, vier Nutzer nahmen hauptsächlich ambulante Hilfen in Anspruch, sechs Nutzer mussten auf (teil-)stationäre Hilfen zurückgreifen, um eine krisenhafte Zuspitzung zu vermeiden. Fünf Nutzer konnten die aus den Risikosituationen erwachsenen, krisenhaften Zuspitzungen nicht bewältigen und waren ausschließlich auf Fremdhilfe angewiesen. Etwa 60 % der Programmnutzer waren über einen Zeitraum von einem Jahr in der Lage, ohne Inanspruchnahme

von professioneller Hilfe alkoholkonsumspezifische Risikosituationen eigenständig zu bewältigen.

Eine qualitative Bewertung von PEGPAK wurde durch die Programmnutzer (n = 26) vorgenommen. Viele Hinweise sprechen für eine gute Akzeptanz des Gruppenprogramms:

- Die Beteiligungsquote lag bei etwa 87 %,
- die Dropout-Rate lag bei etwa 21 %,
- sehr gute Bewertungen erhielten die Programmelemente „Allgemeine Informationen zum problematischen Alkoholkonsum“, „Bewältigungsstrategien für Risikosituationen“ und „Verhalten der Trainer“,
- sehr gute Bewertungen erhielten die Programm-Bausteine „Lebensstiländerungen und Krisenvorbeugung“, „Problemlösungskompetenz und Bewältigung von Angst und Depression“ und die narrative Vermittlung des stadienförmigen Veränderungsprozesses („Zug“) und des Ambivalenzmodells („Waage“),
- es bestand bei den Programmnutzern ein hohe Übereinstimmung, PEGPAK weiterzuempfehlen.

Die dargestellten Ergebnisse der Pilotstudie weisen darauf hin, dass PEGPAK, dessen Evidenz aufgrund des eingesetzten Untersuchungsdesigns noch nicht abschließend wissenschaftlich gesichert ist, sich als versorgungseffektiv erwiesen hat. Für zukünftige Evidenzuntersuchungen ist ein randomisiertes, kontrolliertes Untersuchungsdesign erforderlich. Die Überprüfung der Effektivität von PEGPAK in der Routinepraxis einer ambulanten und (teil-)stationär organisierten Akutversorgungseinrichtung konnte ansatzweise nachgewiesen werden. Weiterhin gibt es Hinweise, dass das zugrunde liegende theoretische Veränderungsmodell tragfähig ist.

### Ausblick und Resümee

Folgende Ergebnisse der Überprüfung von Wirksamkeit und Akzeptanz des Gruppenprogramms PEGPAK sind entscheidend:

- Die sachliche Informationsvermittlung vor dem Hintergrund eines hochstigmatisierten Themas ist in der Durchführung gelungen,
- die Wahl- und Zieloptionen im Rahmen des Programms bewirken die Erleichterung der späteren Entscheidung für Nullkonsum und Abstinenz,
- die Konsumintensität und -frequenz nehmen bezogen auf Konsummengen deutlich ab, krisenprohylaktisches Verhalten reduziert die alkoholbezogene Problematik deutlich,
- das Programm insgesamt erfährt eine hohe Akzeptanz durch die Nutzer,
- das Programm lässt einen weitgehenden Verzicht auf gruppenbezogene Interventionen und damit verbundene Gruppendynamiken zu,
- das Programm weist einen hohen Grad von Strukturierung und Übersichtlichkeit auf, was auf hohe Akzeptanz durch die Nutzer stößt,
- die didaktische Aufarbeitung der Programminhalte wird in hohem Maße durch die Nutzer positiv bewertet,
- die im Programm vorgesehenen Aufgabenstellungen („Hausaufgaben“) führen zur Aktivierung der Teilnehmer im Sinne der Selbstmanagement-Strategie,

- das Setting mit neun jeweils zweistündigen Gruppentreffen genügt den Anforderungen einer sekundärpräventiven Strategie, die als Kurzzeitintervention zu beschreiben ist,
- die Zielgruppenoffenheit von riskanten Alkoholnutzern bis hin zu schwerstabhängigen Abhängigkeitskranken konnte nachgewiesen werden.

Die Manualisierung des Programms und die Möglichkeit der Schulung von Moderatoren, die zuvor keine profunde suchtpsychotherapeutische Qualifikation nachweisen müssen, erlauben, es in vielfältigen Feldern der allgemeinen Gesundheitsversorgung einzusetzen. Um eine flexible, settingangepasste Anwendung in diesem Kontext zu leisten, ist es denkbar, folgende Änderungen (spätere Versionen) vorzunehmen:

- ausgewählte Präsentation einzelner Bausteine,
- Integration von Programmelementen in ein umfassendes ambulantes oder (teil-)stationäres suchtspezifisches Rehabilitationsprogramm,
- Integration von Programmelementen in komplementäre suchtspezifische Versorgungsprogramme, wie ambulant betreutes Wohnen, Heime usw.,
- Integration von Programmelementen in die qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung in Akutbehandlungseinrichtungen als Bestandteil eines Stationsprogramms oder eines Tagesklinikprogramms
- Einbeziehung des Programms in die suchtbetonte Versorgungsforschung.

Eine weitere Änderungsidee besteht darin, das Programm so umzuarbeiten, dass es als Selbstlernprogramm – als ein Lesebuch in Eigenregie – oder als Download auf einer Webseite zur allgemeinen Verfügung steht.

Es erscheint darüber hinaus notwendig, Moderatorenschulungen anzubieten, das zeigen erste Erfahrungen mit solchen Schulungen aus den Jahren 1999 und 2000. Neben einer inhaltlichen Einführung, dem konkreten Üben der Programmpräsentation, hat die Vermittlung einer geeigneten therapeutischen Grundhaltung zentrale Bedeutung. Klientenzentrierte Gesprächsführung, angemessener Umgang mit Abwehr und Widerstand, die Einnahme einer neutralen Position zu ambivalenten Einstellungen und Gefühlen, der kreative Einsatz von didaktischen Materialien, das Herstellen einer hohen Verbindlichkeit und Verlässlichkeit, Respekt und Wertschätzung sind in diesem Zusammenhang besonders zu berücksichtigen. Hilfreich ist dabei die Vermittlung der Prinzipien der „Motivierenden Gesprächsführung“ von William Miller und Stephen Rollnick [11]. Im Rahmen dieser Moderatorenschulungen sind erste kreative Änderungen des PEGPAK-Programms erfolgt und ein Netzwerk von Kontakten ist zustande gekommen.

Das Schulungsprogramm PEGPAK bietet in der vorgelegten Form ausreichend Möglichkeiten für die erforderlichen Änderungen an, um eine breite Anwendung, insbesondere im sekundärpräventiven Sinn, sicherzustellen. Vor dem Hintergrund der Schlüsselkategorie „problematischer Alkoholkonsum“ verbunden mit spezifischen Interventionen, die Selbstkontrolle und Selbstregu-

lation zum Inhalt haben, die die Integration von Zielfindung und -aktivierung mit darauf bezogenen Selbstmanagementstrategien aufnehmen und damit die Autonomie des Nutzers in den Vordergrund rücken, wird eine Public-Health-Perspektive in der Versorgung von Menschen mit alkoholbezogenen Problemen und Störungen eingenommen.

## Literatur

- Holz A, Leune J. Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: DHS (Hrsg). Jahrbuch Sucht '99. Geesthacht: Neuland 1998; 154 – 174
- Wienberg G. Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der BRD – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G (Hrsg). Die vergessene Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1992; 12 – 60
- Schwoon DR. Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg G (Hrsg). Die vergessene Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1992; 170 – 182
- Körkel J. Der Rückfall von Alkoholabhängigen. Auf dem Wege zu einem neuen Verständnis des Rückfalls. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1991; 23: 321 – 337
- Alkoholkonsum und Gemeinwohl. In: Edwards G (Hrsg). Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke 1997
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien/Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber 1999
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe 1996
- Hurrelmann K, Bründel H. Drogengebrauch – Drogenmissbrauch. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1997
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer 1996
- Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K, Funk W, Junge B, Kraus L, Mefert-Diete C, Rumpf HJ, Simon R, Töppich J. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos 2000; Band 128
- Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus 1999
- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1982; 19: 276 – 288
- Feuerlein W, Küfner H, Ringer C, Antons K. Münchener Alkoholis-mus-Test MALT. Weinheim: Beltz-Test 1979
- Funke W, Funke J, Klein M, Scheller R. Trierer Alkoholis-musinventar (TAI). Göttingen: Hogrefe 1987
- Hapke U, Rumpf HJ, John U. Beratung von alkoholabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In: DHS (Hrsg). Alkohol, Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus, Therapie und Hilfe. Freiburg: Lambertus 1996; 345 – 354
- Krampen G. Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen: Hogrefe 1991
- Lohaus A, Schmitt GM. Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen: Hogrefe 1989
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. Das Beck-Depressions-inventar BDI. Göttingen: Hogrefe 1995
- Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD. Das State-Trait-Angstinventar (STAI). Weinheim: Beltz 1981
- Bortz J, Lienert GA. Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Berlin: Springer 1998
- Wilcoxon F. Individual comparisons by ranking methods. Biometrics 1945; 1: 80 – 83
- Zielke M, Mehnert-Kopf C. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Göttingen: Hogrefe 1978