

Alkoholabhängigkeit

# Weg von der Flasche – aber wie?

Ist der Alkoholkonsum Ihres Patienten nur bedenklich, oder liegt bereits eine Abhängigkeit vor? Schon mit wenigen zielgerichteten Fragen in der Praxis können Sie ein Alkoholabhängigkeitssyndrom aufspüren. Hier lesen Sie, wie Sie in den verschiedenen Abhängigkeitsstadien intervenieren können, welche Typologien Sie kennen sollten und wie sich nach erfolgreicher Therapie Rückfälle verhindern lassen.

[ von Dr. Robert Stracke ]

➔ Neben dem riskanten Alkoholkonsum erfordern vor allem der schädliche Gebrauch von Alkohol oder das Vollbild einer Alkoholabhängigkeit ärztliche Interventionen. Bereits die Nachfrage nach den Konsumgewohnheiten, verbunden mit dem Rat, den Konsum zu reduzieren, ist bei noch nicht abhängigen Trinkern häufig erfolgreich.

**Was bahnt den Weg zur Sucht?**

**Neurobiologische Grundlagen:** Das im Mittelhirn lokalisierte und das menschliche Annäherungsverhalten und Wohlbefinden komplex beeinflussende „Motivations-/Belohnungs-/Bedeutungssystem“ mit direkten Afferenzen zum handlungssteuernden Frontalhirn steht heute im Mittelpunkt neurobiologischer Suchtforschung. Es dient als Erklärungs-

modell für die Entstehung und spätere Eigendynamik der Alkoholabhängigkeit. Dieses System steuert Stimmung, Antrieb, soziales Miteinander, Bedeutungszuschreibungen, Lernprozesse, Nahrungsaufnahme, Sexualität sowie den Konsum von Drogen.

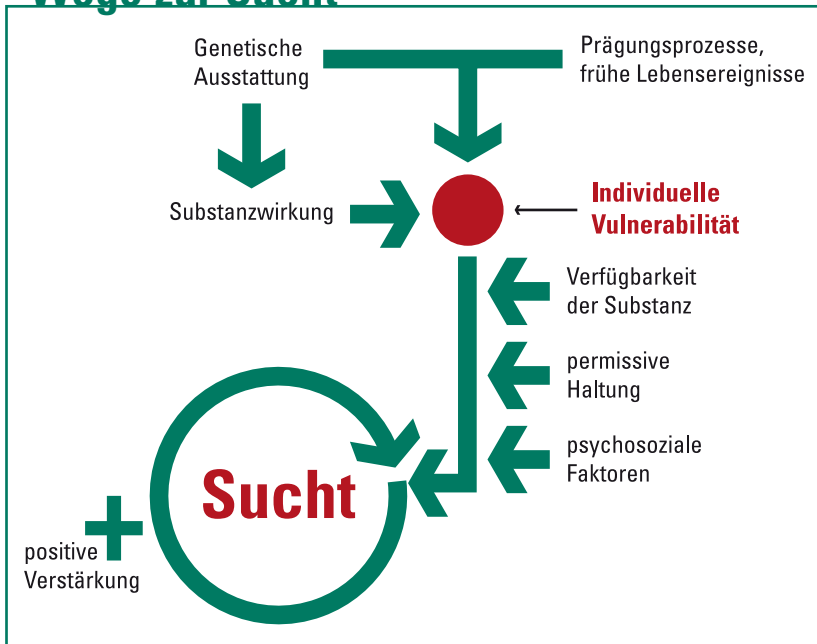
Gehirnzellen mit ihrem empfindlichen Metabolismus reagieren generell besonders sensitiv auf Alkohol und seine Stoffwechselprodukte. So wird durch die chronische Einwirkung von Alkohol unter anderem die Funktion des GABA-Glutamat und des Serotonin-Rezeptors derartig beeinflusst, dass es zu einer veränderten Signaltransduktion kommt. Dopaminerge und endorphinerge Transmitterprozesse nehmen eine verhaltensverstärkende Rolle ein. Zudem konnte tierexperimentell eine deutliche Zunahme der Rezeptordichte im mesolimbischen System nach Drogenkonsum nachgewiesen werden, die als Ausdruck von Sensitivierungsvorgängen und damit einhergehend Rückfälligkeit interpretiert wurde.

werden, die als Ausdruck von Sensitivierungsvorgängen und damit einhergehend Rückfälligkeit interpretiert wurde.

**Genetik:** Unter den multifaktoriellen Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit spielen genetische gegenüber Umweltfaktoren eine zwar nachgeordnete, aber gesicherte Rolle. Alkoholabhängigkeit tritt familiär gehäuft auf. Dass es sich auch um eine teilgenetisch belastete Erkrankung handelt, wurde durch Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien belegt. Danach ist das Alkoholismusrisiko von Kindern eines alkoholabhängigen Elternteils gegenüber einer familiär unbelasteten Vergleichsgruppe um circa das 3- bis 5-Fache erhöht.

**Psychotherapeutische Erklärungsansätze:** Alle großen psychotherapeutischen Schulen haben eigene Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens formuliert, die von mehr tiefenpsychologisch formulierten Störungen der kindlichen Entwicklung über lerntheoretische Ansätze bis zur Fokussierung auf systemische Zusammenhänge reichen. Keiner dieser Ansätze hat

**Wege zur Sucht**



Bildnachweis: nach Kiefer, 2005, picture-alliance / dpa, privat



sich in der Behandlung als überlegen erwiesen, weshalb eine schulenübergreifende Sichtweise bezüglich der Entstehung und Behandlung der Alkoholabhängigkeit sinnvoll ist und sich in der Praxis bewährt hat. Eine gemeinsame Klammer bietet eine Theorie der Störung menschlicher Grundbedürfnisse, wie sie Klaus Grawe formulierte. Zu diesen zählen die Bedürfnisse nach Orientierung, nach Kontrolle, nach Bindung, nach Anerkennung und Wertschätzung sowie nach Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung. Die Verletzung dieser Grundbedürfnisse kann zu psychischen Störungen wie auch späterem Suchtverhalten führen

**Psychosoziale Faktoren:** Folgende negative Kontextfaktoren erhöhen das Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln:

- eine alkoholpermissive Kultur,
- milieuspezifische Faktoren (Lernen am Modell),
- belastende Kindheitserlebnisse wie das Ausgesetztsein sexueller, körperlicher und/oder sexueller Gewalt
- sowie die Abstammung aus einer Familie mit Abhängigkeitserkrankungen.

Auch vorbestehende psychiatrische Störungsbilder wie Persönlichkeitsstörungen, depressive oder Angsterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder ADHS prädisponieren für eine Abhängigkeitsentwicklung. Das Screening dieser Störungsbilder sollte zum Basisprogramm jeder fachlich anspruchsvolleren Alkoholtherapie gehören.

### Riskanter Konsum oder Abhängigkeit?

Der Begriff **riskanter Konsum** beschreibt eine Konsummenge, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für gesundheitliche Folgeschäden verbunden ist. Bei Alkoholmengen von mehr als 30 g Alkohol/Tag für Männer und von mehr als 20 g Alkohol/Tag für Frauen muss von einem riskanten Konsum ausgegangen werden.

Zur Einordnung: Der Konsum von einem Liter Bier entspricht circa einer Alkoholmenge von 40 g, der Konsum von einem kleinen Glas Bier/Wein einer Alkoholmenge von circa 10 g. Die Grenzwerte können allerdings nur als orientieren-

de Richtlinie verstanden werden und stellen auch bei Unterschreitungen keine Garantie für das Ausbleiben von schädlichen Folgen und einer Abhängigkeitsentwicklung dar.

Beim **schädlichen Gebrauch** („Abusus“) von Alkohol (ICD-10: F 10.1) ist bereits eine körperliche Störung (zum Beispiel äthyltoxische Hepatitis) oder eine psychische Störung (zum Beispiel depressive Episode) eingetreten.

Die Diagnose **Abhängigkeit** (ICD-10: F 10.2) wird gestellt, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der auf der nächsten Seite genannten Kriterien gleichzeitig zutrafen. Bei der Alkoholabhängigkeit ist die Dosis meistens höher als sozial üblich. Allerdings ist in der Praxis als auch in der Systematik des ICD die Dosis ebenso wenig zwingend für die Diagnose wie Entzugserscheinungen. Achtung: Die Unkenntnis

## Der Autor



### Dr. med. Robert Stracke

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Suchtmedizin, Sozialmedizin i.W.  
 Fachklinik Hansenburg  
 Franz-Barca-Weg 36  
 21271 Hanstedt bei Buchholz/  
 Hamburg

**E-Mail:** stracke.fkh@alida.de  
 www.hansenburg.de

- **1978–1980** Studium der Geschichte und Theologie an der Universität Münster
- **1980–1987** Studium der Medizin an den Universitäten Münster, Tübingen und Hamburg
- **1996–2002** Oberarzt im damaligen Klinikum Nord Ochsenzoll Hamburg, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
- **Seit 2002** Chefarzt in der Rehabilitationsfachklinik Hansenburg in Hanstedt/Nordheide bei Hamburg

darüber stärkt bei vielen Betroffenen die irrealen Überzeugung, nicht abhängig zu sein. Durchgängige Kernsymptome sind das oft nur situationsabhängige zwanghaft anmutende Konsumverhalten und die Kontrollminderung, die keinesfalls bis zum totalen Verlust der Kontrolle führen muss. Auch die falsche Annahme, ein Alkoholiker müsse immer trinken und könne nie seinen Konsum steuern, entspricht oft

## Diagnosekriterien

### Diagnosekriterien des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach ICD -10

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bis zum Kontrollverlust bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom.
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen des Alkohols hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen zugunsten des Alkoholkonsums.
- Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher, psychischer oder sozialer Art sein.

Anmerkung: Das Diagnosesystem DSM der American Psychiatric Association beschreibt zusätzlich zum ICD 10 Konsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu lindern sowie Konsum zu sozial unüblichen Zeiten wie z.B. tagsüber während der Werkzeuge.



nicht der klinischen und von den Betroffenen erlebten Realität und fördert erneut das Bagatellisierungsverhalten der Betroffenen.

### Diagnostik: Vier Fragen schaffen Klarheit

**Erhebungsinstrumente:** Von bestechender Einfachheit und dennoch erstaunlicher Validität ist der CAGE-Test. Er besteht aus nur vier Fragen, die das schnelle und unauffällige Screening in der Arztpraxis erlauben.

1. **Cut Down:** Haben Sie (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren?
2. **Annoyed:** Haben Sie sich geärgert, weil Ihr Trinkverhalten von anderen kritisiert wurde?
3. **Guilty:** Haben Sie Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens?
4. **Eye Opener:** Haben Sie Alkohol benutzt, um morgens „in Gang“ zu kommen?

Begründeter Alkoholismusverdacht besteht bereits, wenn zwei dieser Fragen positiv beantwortet werden. Dann sind die im ICD-10 beschriebenen diagnostischen Merkmale einfühlsam und nicht konfrontativ abzufragen.

Kommen die alkoholtoxisch empfindlichsten hepatologischen und hämatologischen „diagnostischen“ Indikatoren (pathologischer Gamma-GT-Ausfall, erhöhtes mittleres korpuskuläres Erythrozytenvolumen (MCV) und die unter chronischem Alkoholkonsum (circa 60 Gramm über sechs Wochen täglich) vermehrt gebildete Transferrin-Variante („Carbohydrate-Deficient-Transferrin“: CDT) hinzu, so sind diese alkoholtypischen „Intoxikationsmarker“ richtungsweisend.

Obwohl die Sensitivität (89 Prozent) und die Spezifität (96 Prozent) von CDT anderen Laborparametern gegenüber überlegen ist, fällt das CDT nach einem Rückfall bei zwischenzeitlicher Abstinenz nur dann pathologisch aus, wenn erneut täglich 50–80 g Alkohol über mindestens eine Woche getrunken werden.

Der Nachweis von Ethylglucuronid im Urin beweist bis zu drei Tagen danach den Konsum von Alkohol und hat sich bei der Überprüfung der Abstinenzfähigkeit im Rahmen von medizinisch-psychologischen Untersuchungen zur Wiedererlangung des Führerscheins oder während Entwöhnungsbehandlungen bewährt.

### Klinische Typologien

Der bekannteste „Typisierungs“-Versuch des Syndroms „Alkoholismus“ geht auf den Allgemeinarzt Jellinek in den 60er-Jahren zurück. Dessen klinische Typologie spiegelt zwar viele richtige Beobachtungen wider, hat heute aber nur begrenzte wissenschaftliche Bedeutung. Die Typisierungsversuche zeigen jedoch deutlich, dass Alkoholabhängigkeit kein einheitliches Krankheitsbild ist, was im Einzelfall sowohl die Diagnostik als auch die Interaktion erheblich erschweren kann.

Folgende Standardtypen sind bekannt:

- Der Konflikt- und Erleichterungstrinker (nicht abhängiger Alpha-Typ),
- der Gelegenheitskonsument (nicht abhängiger Beta-Typ),
- der aus einem inneren Zwang mit Kontrollminderung und Kontrollverlust und passageren Abstinenzphasen konsumierende Trinker (abhängiger Gamma-Typ)

- der dauerhaft ohne schweren Kontrollverlust konsumierende Spiegeltrinker (abhängiger Delta-Typ),
- der nur episodisch in unterschiedlicher Intensität aber mit Kontrollverlust/-minderung konsumierende „Quartalstrinker“.

Diese Konsummuster sind in der Praxis sich stark überlappende „grob geschnittene“ Idealtypen, die die Orientierung erleichtern können, aber längst nicht die ganze Bandbreite pathologischer Trinkmuster repräsentieren.

### Verlauf der Alkoholabhängigkeit

Die Alkoholabhängigkeit nimmt in aller Regel einen – von leichten bis schweren Folgezuständen gekennzeichneten – chronischen Verlauf. Dieser ist auf der Basis dauerhafter neurobiologischer Umstrukturierungsprozesse, innerpsychischer Spannungen und psychosozialer Kontextbedingungen von unterschiedlich schweren Rückfällen gekennzeichnet.

Als hilfreich im Verständnis des Krankheitsprozesses hat sich das Verlaufmodell von Prochaska und DiClemente erwiesen, das am Krankheitsverlauf von Tausenden von Rauchern abgeleitet wurde und grundsätzlich als praxistaugliches Modell menschlicher Veränderungsprozesse anwendbar ist. Dieses Modell hat die bis dato alleinige „Tiefpunkthypothese“ abgelöst, die unterstellte, daß bei allen Alkoholkranken zunächst ein völliger Zusammenbruch erfolgen müsse, bevor diese bereit sind, Hilfe anzunehmen. Dieser Ansatz machte Interventionen bereits in frühen Phasen der Abhängigkeit obsolet und führte zu einer eher fatalistisch-zynischen Haltung Alkoholkranken gegenüber.

Das „transtheoretische Modell“ beschreibt hingegen menschliche Veränderungsprozesse nicht als lineare Verläufe, sondern als phasenhafte Prozesse, die von unterschiedlicher Länge und systemimmanenten Rückschritten (Rückfällen) gekennzeichnet sind und die sich auch in anderen Bereichen der Medizin nahezu regelhaft wiederfinden lassen. Zudem ist dieses Modell anders als die „Tiefpunkthypothese“ empirisch begründet. Die für medizinische Interaktionen in der Praxis ebenfalls oft regelhaft anzutreffende „Non-Compliance“ lässt sich vor diesem modellhaften Hintergrund besser nachvollziehen und ist bekanntermaßen nicht nur ein Hindernis in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit.

Sehr verkürzt dargestellt, geht das Modell zunächst von einer Phase der „Absichtslosigkeit“ aus, in der Patienten nicht für eine Verhaltensänderung zu gewinnen sind. Diese wird abgelöst von einem Stadium der „Absichtsbildung“, in dem die Patienten über introspektionsfördernde Interventionen und unter Verzicht auf kränkende Konfrontationen aus ihrer Ambivalenz Veränderungen gegenüber begleitet werden sollen.

Weiterhin sind hier Interventionen vorzuziehen, die den Zielkonflikt zwischen Konsum und anderen Lebenszielen betonen, statt diagnostisch zu etikettieren. Mit dem Entschluss für einen Behandlungsschritt (zieloffen z.B. als Konsum-



reduktion, Entzug, Entwöhnung in ambulantem, teilstationärem oder vollstationärem Setting) beginnt über eine Vorbereitungsphase die eigentliche „Handlungsphase“ des Modells, die über eine mögliche Rückschrittphase (Rückfall) wieder in die Phase der Absichtslosigkeit oder aber auch in eine andere Phase münden kann.

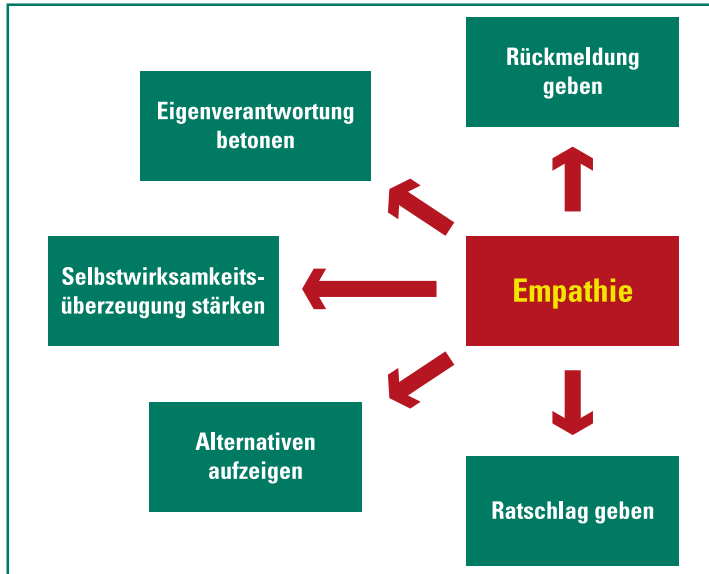
Spontanremissionen werden auf circa fünf Prozent geschätzt. Unbehandelt nimmt die Krankheit häufig einen chronisch progredienten Verlauf, der oft der Beschreibung des „protrahierten Suizids“ entspricht. So ist die Lebenserwartung von Alkoholkranken gegenüber Gesunden um durchschnittlich 15 Jahre verringert. Ebenso ist die durchschnittliche krankheitsbedingte Frühverrentung bei Nichtbehandlung um 12–15 Jahre vorverlegt. Suizidversuche und vollendete Suizide sind bei Alkoholkranken häufig.



Stadien der Änderungsbereitschaft

**Therapie**

Seit einigen Jahren ist die empirisch nicht abgesicherte konfrontative Gesprächshaltung gegenüber Menschen mit Alkoholproblemen einer mehr von Empathie und Wertschätzung geprägten Haltung gewichen: Die „motivierende Gesprächsführung“ beschreibt eine Haltung bzw. einen „Geist“, der in der Behandlung Suchtkrankter wie ein Betriebssystem ständig mitlaufen sollte. Dieser empirisch als evident gesicherte Ansatz von Miller und Rollnick beschreibt die interaktionellen Rahmenbedingungen („Frames“), in denen das Gespräch mit



**Kurzinterventionen: „Frames“**

Suchtkranken verlaufen sollte. So sollte in der Phase des **riskanten Konsums** auf die Notwendigkeit von Konsumreduktion und Trinkpausen an mindestens zwei Tagen in der Woche hingewiesen werden („Ratschlag geben“). Auch solche einfachen Interventionen haben sich als empirisch hilfreich erwiesen. Beim **schädlichen Konsum** („Missbrauch/Abusus“), bei dem noch keine Kontrollminderung vorliegt, kann als Alternative zur Konsumreduktion auf Programme für das „kontrollierte Trinken“ verwiesen werden, in dem Selbstkontrolltechniken auf der Basis kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapieansätze vermittelt werden. Solche Programme werden in vielen Suchtberatungsstellen angeboten und sind über das Internet einzusehen („Alternativen aufzeigen“). **Manifeste Abhängigkeit:** Entgiftungen werden heute in Abhängigkeit von der psychosozialen Situation und begleitenden körperlichen und/oder seelischen Begleiterkrankungen sowohl ambulant als auch teilstationär oder vollstationär durchgeführt. Hierbei sollte immer Einrichtungen der Vorzug gegeben werden, die „qualifizierte“ Entgiftungen anbieten. Dies sind Angebote, die neben der eigentlichen Entgiftung psychoedukativ gestaltete Gruppen vorhalten, in denen wie bei Diabetiker- oder Schizophrenieschulungen störungsrelevante Informationen in einem interaktionellen Rahmen vermittelt werden. Ziel ist der Aufbau von Krankheitsakzeptanz, Veränderungsmotivation sowie die Annahme weitergehender Hilfen.

Psychosoziale Suchtberatungsstellen bieten Beratungen sowie ambulante rehabilitative psychotherapeutische Angebote und ein weites Spektrum zusätzlicher Unterstützungsmöglichkeiten, die bis zur „Suchtbegleitung“ bei nicht mehr abstinenzorientierten Krankheitsfällen im Sinne einer Schadensminimierung („harm reduction“) reicht. Selbsthilfegruppen unterstützen effektiv sowohl Ausstieg als auch Aufrechterhaltung abstinenter Verhaltens und sind ein unverzichtbarer Bestandteil im Rahmen der Alkoholkrankenbehandlung. Empirische Untersuchungen weisen kontinuierlich höhere Abstinenzquoten durch den Besuch von Selbsthilfegruppen nach. Deshalb sollte Selbsthilfe grundsätzlich empfohlen werden. Viele niedergelassene Ärzte verfügen über ein Kontaktnetz zum beschriebenen Hilfesystem, in das sie bei Bedarf weitervermitteln können. Im Rahmen der „Frames“ sind diese „aufgezeigten Alternativen“ wertschätzend und einfühlsam („empathisch“) anzubieten unter Betonung der Eigenverantwortung für die nächsten Schritte und Ziele bei den Betroffenen selbst, die in der Regel gegenüber jedem Veränderungsschritt Vorbehalte und Ängste haben. Die Stärkung von Selbstwirksamkeit („das schaffen Sie!“) und Unterstützung bei Introspektionsprozessen („Was ist bei dem Konsum so wichtig für Sie?“, „Was sind Vorteile, was Nachteile?“, „Was überwiegt für Sie?“) hilft aus der nichtalkoholismusspezifischen Ambivalenz gegenüber Veränderungsprozessen.

**Nach dem Entzug steht Entwöhnung an**

Ambulante Entgiftungen waren in der Praxis des niedergelassenen Arztes immer schon eine Alternative zur vollstationären Behandlung, die prognostisch schwierigeren Entzügen vorbehalten ist. Der ambulant zu entziehende Patient sollte abprachefähig sein und nur „relativ schwere“ Begleit- und Folgeprobleme haben. Seelisch komorbide Patienten mit Angststörungen, Depressionen, latenter Suizidalität u.a. Problemen sowie solche mit körperlichen Folgeschäden wie Hypertonus, Diabetes, schlechtem AZ und EZ gekennzeichnete Patienten sollten wegen zu erwartender Komplikationen vollstationär behandelt werden. Neben trizyklischen Antidepressiva ist wegen der sichereren hepatischen Verstoffwechslung Oxazepam (4 x 10/20 mg pro die) eine Möglichkeit der ambulanten Entgiftung. Distranerlin hat Benzodiazepinen gegenüber eine deutlich geringere therapeutische Breite und ein höheres Abhängigkeitspotential. Eine Begleitperson sollte im Haushalt des Betroffenen ebenfalls anwesend sein, der Patient täglich persönlichen Kontakt zum niedergelassenen Arzt haben, der idealerweise mit einer Suchtberatungsstelle kooperiert. Das Medikament Acamprosat führt bei einer Untergruppe von Alkoholkranken zu einer Reduktion der Trinkmenge und zu einer Verlängerung der suchtmittelfreien Zeiten durch Beeinflussung der Signaltransduktion am Glutamatrezeptor. In der Phase zwischen Entzug und Entwöhnung oder zur ambulanten Begleitung hat es einen empirisch gesicherten Stellenwert als Medikament des niedergelassenen Arztes gegen „Suchtdruck“ (Craving). Da Acamprosat – wie bei Psychopharmakagabe nicht unüblich – nicht bei allen motivierten Alkoholkranken wirkt, werden differenzielle Indikationen für bestimmte Subgruppen von Alkoholkranken aktuell noch beforscht. Disulfiram („Antabus“) als Aversivum hat neuer-

Bildnachweis: nach Miller W. R. & Rollnick S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Br. 1999; PHOTOS.COM / Jupiterimages (1)

dings wieder einen zunehmenden Stellenwert in der Absicherung der Abstinenz.

Nach der Entzugsbehandlung sollte sich im Idealfall eine Entwöhnungsbehandlung in der Regel in Trägerschaft der Rentenversicherer anschließen. Anders als bei der Beantragung anderer Rehabilitationsmaßnahmen sind bei Abhängigkeitserkrankungen zusätzlich zum ärztlichen Antrag und dem Antrag des Versicherten ein zusätzlich in einer Beratungsstelle zu erstellender „Sozialbericht“ Voraussetzung für die Bewilligung, in dem sehr persönliche Daten zur Krankheitsentwicklung und zur psychosozialen Situation inklusive Motivationslage des Betroffenen abgefragt werden. Die Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auf dem Boden zu erwerbender Abstinenzkompetenz ist Ziel der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Diese Behandlungen werden ambulant, teilstationär („ganztäglich ambulant“) oder vollstationär durchgeführt. Mit einer im Schnitt 50-prozentigen Abstinenzrate sowie gelungener hoher Absicherung der Erwerbsfähigkeit ist dieses Behandlungssegment entgegen landläufiger Überzeugungen deutlich erfolgreicher als viele andere Rehabilitationsergebnisse bei chronisch seelisch und körperlich kranken Menschen. Die Behandlungen werden in der Regel über Suchtberatungsstellen, Kliniken und niedergelassene Ärzte in Zusammenarbeit mit den Patienten beantragt. Im Sinne eines patientenzentrierten Vorgehens sollten die Betroffenen bei der Auswahl der Behandlungsoption und zum Abbau der immer vorhandenen Behandlungängste in die Wahl des Behandlungssettings einbezogen werden, selbst wenn die aus einer oft ängstlich-ambivalenten Haltung geprägte Präferenz des Patienten dem Arzt oder der Beratungsstelle als nicht ausreichend erscheint. Eminent wichtig ist, dass der Patient überhaupt Hilfe annimmt und sich auf einen der vielen möglichen Wege begibt.



### Behandlung psychiatrischer Begleiterkrankungen

Bei alkoholabhängigen Patienten wird die Prävalenz komorbider seelischer Störungen auf circa 30–60 Prozent geschätzt. In allen Phasen der Therapie gehört deshalb die Diagnostik und psychotherapeutische/medikamentöse Mitbehandlung dieser den Verlauf negativ beeinflussenden Störungen fest in das Behandlungsprogramm.

Je nach Schwere der Störung entsprechen rein abstinenzorientierte Behandlungsansätze nicht der Alltagsrealität des niedergelassenen Arztes, der häufig eher suchtbegleitend arbeiten muss. Dies gilt insbesondere für Persönlichkeitsstörungen, bei denen Drogen wie Alkohol oft mit dem Ziel einer Selbstmedikation konsumiert werden. Aufforderungen und Hilfe zur Trinkmengenreduktion und die wiederholte Einleitung von Entgiftungen sind das Ziel dieser der Schadensbegrenzung („Harm Reduction“) dienenden therapeutischen Haltung.

### Rückfallbehandlung

Alkoholerkrankungen sind auf der Basis der chronifizierten neurobiologischen Verschaltungs- und Sensitivierungsmuster als chronische Erkrankungen anzusehen. Deshalb gilt für die Behandlung, dass – wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch – mit Rückfällen jederzeit zu rechnen ist und diese wegen der resultierenden starken Schuld- und Schamgefühle oftmals verschwiegen werden.

Neben einer möglichen medikamentösen Behandlung gehört die Beeinflussung negativer Kontextfaktoren im sozialen Umfeld, die Bearbeitung innerpsychischer Konfliktfelder ebenso wie der Aufbau alternativer Verhaltensstrategien zur ambulanten Rückfallbehandlung dazu. Die Vernetzung mit psychosozialen Diensten, Suchtberatungsstellen, Akutkliniken und Selbsthilfegruppen sollte obligat für niedergelassene Ärzte auch in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit sein. ■

## So erwerben Sie Fortbildungspunkte

Für jede Folge unserer Fortbildungen erkennt die Ärztekammer Hessen, mit der wir kooperieren, zwei CME-Punkte an, wenn Sie alle zehn Fragen unseres Fragebogens korrekt beantwortet haben. Wurden mindestens 70 Prozent der Fragen richtig beantwortet, erhalten Sie einen CME-Punkt.



### So kommen Sie zum Fragebogen:

- Alle unsere Fortbildungen finden Sie im Internet unter [www.kassenarzt.de](http://www.kassenarzt.de)
- Klicken Sie oben die Rubrik CME an. Dort gelangen Sie auf der Startseite über einen Link auf die aktuellste CME. Weitere CME-Beiträge finden Sie den jeweiligen Fachgebieten zugeordnet, diese sind links aufgelistet.
- Auf der letzten Internetseite jeder Fortbildung finden Sie den Fragebogen: Antworten anklicken, Ihr Prüfungsergebnis wird Ihnen sofort mitgeteilt. Ihr Teilnahmezertifikat können Sie direkt herunterladen.

Viel Erfolg bei unserer Fortbildung wünscht Ihnen Ihr KASSENARZT-Team

# Fragebogen

1. Welche Aussage zum Motivationssystem trifft nicht zu ?

- a. Es dient der Bahnung von sozialem Miteinander.
- b. Es belohnt Sexualität, Beziehungsverhalten und Nahrungsaufnahme.
- c. Es ist grundlegend für Lernprozesse nötig.
- d. Es reguliert u.a. die Stimmung.
- e. **Es steuert bewusste Verhaltensprozesse beim Rückfall.**

2. Welche Aussage zur Ätiologie trifft nicht zu ?

- a. **Genetische Einflüsse spielen eine übergeordnete Rolle**
- b. Frühkindliche Traumatisierungen können die Abhängigkeitsentwicklung bahnen.
- c. Milieufaktoren halten Abhängigkeit aufrecht.
- d. Komorbide seelische Begleiterkrankungen können die Abhängigkeitsentwicklung bahnen.
- e. Die Alkoholabhängigkeit stellt kein in sich geschlossenes Krankheitsbild da.

3. Welches ICD-10-Kriterium zur Diagnostik der Alkoholabhängigkeit trifft nicht zu?

- a. **Entzugssymptome sind obligat.**
- b. Verminderte Kontrollfähigkeit ist obligat.
- c. Dosissteigerung ist obligat.
- d. Konsum trotz negativer Folgen ist obligat.
- e. Ein starker Konsumwunsch ist obligat.

4. Zum Screening in der ärztlichen Praxis dient der CAGE-Test. Welche Frage gehört dazu?

- a. Trinken Sie mehr als 30 g ( z.B. drei kleine Gläser Bier) Alkohol täglich?
- b. Legen Sie Trinkpausen in der Woche ein?
- c. Vermeiden Sie Rauschtrinken?
- d. Haben Sie schon einmal einen sogenannten „Filmriss“ gehabt ?
- e. **Haben Sie sich schon einmal geärgert, weil Sie wegen Ihres Trinkverhaltens von anderen kritisiert worden sind?**

5. Bei der Diagnostik des riskanten Konsums ist folgende Aussage zutreffend:

- a. Es bestehen immer erfolglose Versuche, den Konsum zu reduzieren.
- b. Es bestehen immer Schuldgefühle wegen des Konsums.
- c. Der Konsum liegt unter 15 g Alkohol pro Tag.
- d. Die Höhe des Konsums wird grundsätzlich geleugnet.
- e. **Der Konsum übersteigt mehr als 30 g Alkohol täglich.**

6. Welche Aussage zur Diagnostik trifft zu ?

- a. Es bestehen klar abgrenzbare Trinkertypologien.
- b. Entzugsserscheinungen sind obligat.
- c. Ein erhöhter CDT-Wert beweist in jedem Fall eine Abhängigkeit.
- d. **Ein erhöhter CDT-Wert spricht für einen erhöhten Alkoholkonsum.**
- e. Es finden sich obligat Hinweise auf körperliche Folgeschäden.

7. Welche Aussage zum Verlauf trifft zu ?

- a. Hilfsangebote sind nur am „Tiefpunkt“ Erfolg versprechend.
- b. Eine unbehandelte Abhängigkeit führt immer zum totalen körperlichen Verfall.
- c. **Die Alkoholabhängigkeit hat einen phasenhaften Verlauf.**
- d. Abstinenzphasen überwiegen Konsumphasen.
- e. Konsumphasen sind immer von Dosissteigerung gekennzeichnet.

8. Welche Aussage trifft nicht zu? Das Rückfallgeschehen ...

- a. kann durch Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlung beeinflusst werden.
- b. kann durch Einsatz von Anti-Craving-Medikamenten reduziert werden.
- c. ist natürlicher Bestandteil von Abhängigkeitserkrankungen.
- d. hat eine neurobiologische Komponente.
- e. **wird unabhängig von psychosozialen Einflüssen ausgelöst.**

9. Welche Gesprächskomponenten sind in der Interaktion nicht zielführend ?

- a. Wertschätzung
- b. Empathie
- c. zieloffene Beratung
- d. **ausschließlich konfrontative Haltung**
- e. Rückmeldung geben

10. Welche Aussage trifft zu? Bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit ...

- a. sind Selbsthilfegruppen nur im Bedarfsfall einzubeziehen
- b. ist der vollstationären Behandlung grundsätzlich der Vorzug zu geben
- c. ist ein negatives soziales Umfeld nur im Ausnahmefall einzubeziehen
- d. sind Psychopharmaka kontraindiziert
- e. **ist die Sicherung der Erwerbsfähigkeit grundlegendes Ziel medizinischer Rehabilitation**

