

A. Psychiatrische Komorbidität

65% aller Personen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen gleichzeitig eine weitere psychiatrische Störung auf, die prognostische Relevanz für den weiteren Krankheitsverlauf hat. Deshalb ist eine gezielte Befragung und Diagnostik von möglichen psychiatrischen/ psychosomatischen Begleiterkrankungen erforderlich, vor allem von:

- Angst- und depressiven Störungen
- Persönlichkeitsstörungen (Emotional-instabile sowie dissoziale Persönlichkeit)
- Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- Amnestisches Syndrom
- Suizidalität

Da diese Störungen sich vor, während oder nach einem chronischen Alkoholkonsum manifestieren können und eine Unterscheidung zwischen substanzinduzierter und substanzunabhängiger Störung häufig schwierig ist, ist die Untersuchung des Patienten auch zu Zeiten anzustreben, in denen kein Alkohol konsumiert wird, bzw. das Entzugssyndrom abgeklungen ist. Wünschenswert ist deshalb eine Überprüfung der anfänglichen Diagnostik nach 2- bis 4-wöchiger Substanzabstinenz.

Auch im Hinblick auf eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung ist eine genaue Diagnose psychischer Störungen von Bedeutung, weil eine primäre Suchterkrankung ohne schwere Begleit- und/oder Folgeerkrankungen nicht als rentenanspruchsberechtigte Krankheit anerkannt wird.

Komorbidität bezeichnet das Auftreten von mehr als einer Störung bei einer Person. Unter Doppeldiagnose wird meist die Komorbidität einer Suchtmittelerkrankung und einer psychischen Störung verstanden, sie ist daher ein Spezialfall von Komorbidität. Bei der Alkoholabhängigkeit - wie bei allen anderen substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen auch - ist das Auftreten von psychiatrischen Grund-, Begleit- und Folgeerkrankungen ausserordentlich häufig. Die Verläufe von Alkoholabhängigkeit und psychiatrischer Erkrankung beeinflussen sich gegenseitig.

Insgesamt zeigen alkoholabhängige Frauen mehr komorbide Störungen als Männer. Bei alkoholabhängigen Frauen kommen insbesondere Angststörungen und depressive Störungen häufiger vor, alkoholabhängige Männer weisen eher antisoziale Persönlichkeitsstörungen auf.

Hinsichtlich der oft sehr schwierigen differenzialdiagnostischen Überlegungen sollte eine komorbide Störung erst nach mehrwöchiger Abstinenz diagnostiziert werden.

Hinweis auf Depressionen

Leitsymptome:

- Antriebsmangel, keine Fähigkeit zur Freude, suizidale Phantasien
- Schlafstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Schuldgefühle. Bei Männern oft auch Erektionsstörungen und vermehrte Reizbarkeit
- Suizidgedanken

Hinweis auf Persönlichkeitsstörungen

Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Leitsymptome

- Selbstverletzung (Schneiden), Suizidversuche oder -androhungen, gestörte partnerschaftliche Beziehung, mangelhafte Impulskontrolle
- Plötzliche, lange und intensive aversive Anspannungszustände, ohne die entsprechenden Emotionen differenzieren zu können
- Rasch wechselnde Emotionen (weinerlich, dünnhäutig und gleichzeitig aggressiv)

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Leitsymptome:

- «Asoziales» Verhalten mit Missachtung sozialer Regeln, aggressiv-reizbar, ohne Reue

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Leitsymptome:

- Introvertiert, isoliert leben, Schwierigkeiten Gefühle zu zeigen

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Leitsymptome:

- Eigene Stärken und Schwächen werden nicht richtig eingeschätzt
- Stimmungsschwankungen zwischen Grandiosität und Wertlosigkeit

Hinweis auf psychotische Störung/Schizophrenie

Leitsymptome:

- Nicht erklärbarer Karriereknick in der Schule oder Ausbildung, Rückzug von der Familie und Freunden, Antriebsverarmung, «Sonderling»
- Wahnideen, Beeinflussungsideen, akustische oder optische Halluzinationen
- Störung von Denken und Wahrnehmung

Hinweis auf ADH / ADHS im Erwachsenenalter

Leitsymptome:

- Zappelphilippsymptomatik als Kind in der Schule, als Erwachsener vor allem innere Unruhe, verträumt, vergesslich, unzuverlässig, selbstsüchtig und affektive Instabilität.
- Oft geringes Selbstwertgefühl, vor allem bei unzureichender Motivation und Stimulation.
- Schwierigkeiten Aufmerksamkeit zu fokussieren, relevante innere und äussere Reize auszuwählen und Ablenkungen auszublenden

B. Krankheitsbelastung in der Schweiz

Alkoholismus

Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 wird gestellt, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt waren:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren («craving»)
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums (Kontrollverlust)
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Nachweis einer Toleranz (um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich)
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums oder eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen.

Risikoarmer Konsum

Zur Gruppe der risikoarmen Konsumierenden zählen diejenigen Personen, welche weder mit ihrem Durchschnittskonsum noch mit der Anzahl Gläser pro Gelegenheit die empfohlenen Grenzwerte überschreiten.

Grenzwerte für Männer: Höchstens 3 Standardgetränke pro Tag, ausnahmsweise 4 Getränke pro Tag auf mehrere Stunden verteilt.

Grenzwerte für Frauen: Weniger als 2 Standardgetränke pro Tag, ausnahmsweise weniger als 4 Getränke pro Tag auf mehrere Stunden verteilt.

Ein Standardgetränk (= ca. 12 g reiner Alkohol) entspricht:

- 3 dl Bier
- 1 dl Wein
- 2 cl Spirituosen

Aus biologischen Gründen sind Frauen allgemein vulnerabler bezüglich Alkohol als Männer.

Riskanter Konsum

Ein riskantes Konsummuster liegt vor, wenn die Trinkmenge die Grenzwerte übersteigt, aber noch keine Gesundheitsschädigung eingetreten ist.

Schädlicher Konsum

Nach ICD-10 müssen die physischen oder psychischen Schädigungen über einen Zeitraum von mindestens einem Monat oder mehrfach während 12 Monaten vorliegen und eine eigentliche Alkoholabhängigkeit kann ausgeschlossen werden.

Diagnostische Hinweise: «Filmrisse» (black-outs); chronische Bauchschmerzen; Leberfunktionsstörungen; Schlafstörungen; sexuelle Funktionsstörungen; depressive Verstimmungen

Co-Abhängigkeit

Mit Co-Abhängigkeit werden Verhaltensweisen von Bezugspersonen oder von einem Bezugssystem (Familie) beschrieben, die das Sucht-Verhalten der abhängigen Person unbewusst unterstützen und damit eine rechtzeitige Therapie verhindern. Co-abhängiges Verhalten ist z.B.: Verantwortung für den anderen übernehmen, Belastungen abnehmen, sein Verhalten entschuldigen oder rechtfertigen, kontrollieren und Vorwürfe machen. Die Stadien des Co-Verhaltens sind: *Beschützen, Entschuldigen, Kontrollieren, Anklagen*. Betroffene haben meist schon sehr früh gelernt, sich für alle verantwortlich zu fühlen («Helfersyndrom»), sie orientieren sich am Handeln anderer. Frauen neigen stärker zu Co-Verhaltensweisen als Männer.

«FiaZ» (Fahren in angetrunkenem Zustand)

«Wer wegen Alkohol-, Betäubungsmittel- oder Medikamenteneinfluss oder aus anderen Gründen nicht über die erforderliche körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit verfügt, gilt während dieser Zeit als fahruntüchtig und darf kein Fahrzeug führen.» Strassenverkehrsgesetz (SVG), Art. 31, Abs.2

Fahren in angetrunkenem Zustand (FiaZ) bedeutet eine durch Alkoholkonsum verursachte Fahruntüchtigkeit. Sie gilt in jedem Fall als erwiesen, wenn der Fahrzeugführer oder die Fahrzeugführerin eine Blutalkoholkonzentration von 0,5 oder mehr Gewichtspromillen aufweist oder eine Alkoholmenge im Körper hat, die zu einer solchen Blutalkoholkonzentration führt. Im Wiederholungsfalle oder bei Blutalkoholkonzentrationen > 1,6 Gewichtspromillen wird der Führerausweis vorsorglich entzogen und eine Eignungsuntersuchung angeordnet.

Die wichtigsten Zahlen auf einen Blick

- Pro Kopf Konsum in der Schweiz: 8,5 l pro Einwohner im Jahr 2005
- Nach Schätzungen gibt es in der Schweiz über 300'000 Personen, die alkoholabhängig oder abhängigkeitsgefährdet sind.
- Jährlich stehen in der Schweiz 40'000 Personen wegen Alkoholproblemen in Behandlung.
- 3'300 Menschen sterben an den Folgen von Alkohol.
- Alkoholkonsum spielt bei Verletzungen und Unfällen (Strassenverkehr und andere) eine wichtige Rolle. Selbst- und Fremdverletzungen geschehen zur Hälfte bei Männern und einem Viertel bei Frauen unter Alkoholeinfluss.
- 5-10% aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Betrieb haben statistisch gesehen ein Alkoholproblem.
- In der Schweiz werden jährlich ca. 18'000 Urteile wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand (FIAZ) gefällt.
- Durch missbräuchlichen Konsum von Alkohol entstehen enorme wirtschaftliche Schäden: Man rechnet mit 6-10 Milliarden Franken Folgekosten.

Ausführliche Angaben über die Alkoholkonsumgewohnheiten in der Schweiz finden Sie bei «Zahlen und Fakten» der SFA

Zahlen und Fakten: Die Krankheit «Alkoholabhängigkeit»

In Schweizer Spitälern wurde im Jahre 2003 bei 3.8% der Männer (8055) und 1.5% der Frauen (3804) die Diagnose «Alkoholabhängigkeit» als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt. Am grössten war der Anteil bei den 50-54 jährigen Männern: bei rund jedem 20. wurde eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert. Aufgrund detaillierterer Untersuchungen mit spezifischerem Fokus auf den Alkoholkonsum wird angenommen, dass ca. 20% aller Spitaleintritte Alkoholprobleme aufweisen.

Auf Alkoholprobleme werden pro Jahr nebst 500'000 Krankenhaustagen 800'000 Arztbesuche zurückgeführt. In spezialisierten stationären Therapieeinrichtungen werden pro Jahr gut 1000 Personen mit dem Hauptproblem Alkoholabhängigkeit behandelt, zwei Drittel davon sind Männer, ein Drittel Frauen. Die grösste Altersgruppe bilden sowohl bei Männern als auch bei Frauen die 40-49-Jährigen.

Alkoholbedingte Krankheitsbelastung in der Schweiz

Aufgrund von differenzierten Schätzverfahren zur Sterblichkeit und Krankheitslast (in welchen auch die kardioprotektiven und andere positive Auswirkungen von mässigem Alkoholkonsum mitberücksichtigt sind) wurden für das Jahr 2002 rund 3300 alkoholbedingte Todesfälle berechnet (Erkrankungen und Unfälle). Auf dem kardioprotektiven Hintergrund konnten demgegenüber durch den konsumierten Alkohol ca. 1300 Todesfälle verhindert werden. Es blieben also rund 2000 Todesfälle zu Lasten des Alkoholkonsums (ca. 1600 Männer und 400 Frauen).

Die meisten alkoholbedingten Todesfälle ergaben sich aufgrund von Lebererkrankungen, gefolgt von Krebskrankheiten. Bei den ischämischen Herzkrankheiten ergaben sich die statistisch am häufigsten verhinderten Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol.

Ausgedrückt in Lebensjahren ergaben sich für 2002 insgesamt rund 29'000 verlorene Lebensjahre, welche auf den Alkoholkonsum zurückzuführen sind (bei Krankheiten ca. 17'500 und bei Unfällen/Verletzungen ca. 11'500 Lebensjahre).

SOMATISCHE PROBLEME	PSYCHOLOGISCHE PROBLEME	SOZIALE PROBLEME
Adipositas Diabetes Kardiopathie Arterielle Hypertonie (Epileptische) Anfälle Hirnleistungsschwäche Neuropathie Myopathie Sexualstörungen Infertilität Haematologische Veränderungen Larynx-, Oesophagus- und Mundbodentumor Unter- resp. Fehlernährung Andere Drogen Fettleber Hepatitis Zirrhose Lebertumor Gastritis Pankreatitis	Schlafstörungen Depression Angststörungen Amnesien Suizidversuche Persönlichkeitsveränderungen Halluzinationen Demenz Spielsucht Delirium tremens Entzugerscheinungen	Familiäre Probleme Scheidung Obdachlosigkeit Probleme am Arbeitsplatz Schulden Arbeitslosigkeit Finanzielle Probleme Strassenverkehr (FIAZ) Kriminalität

C. Alkoholabhängigkeit und psychische Störungen

Etwa 65% aller Personen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen in der Zeit der manifesten Abhängigkeit gleichzeitig eine weitere psychiatrische Störung auf. Im Laufe ihres ganzen Lebens entwickeln etwa 85% aller Alkoholabhängigen eine weitere psychiatrische Erkrankung, wie Angststörungen, Affektive Störungen (depressive Störungen), Schizophrenie, Borderline-Störung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Suizidversuche, Nikotinabhängigkeit, Medikamentenmissbrauch / -abhängigkeit, Drogenmissbrauch / -abhängigkeit (s.a. A. Psychiatrische Komorbidität)

Die psychischen Störungen können dabei:

- unmittelbar durch den Konsum von Alkohol verursacht werden,
- sich als Auswirkungen eines protrahierten Entzuges präsentieren,
- als Reaktion auf die durch den Suchtmittelkonsum veränderten psychosozialen Lebensumstände auftreten,
- schon bestanden haben, und der Konsum von Alkohol ist im Rahmen eines Bewältigungsversuchs zu verstehen (Selbstmedikation),
- wie die Alkoholabhängigkeit durch einen gemeinsamen dritten Faktor verursacht sein.

Langjähriger Alkoholkonsum kann jedoch auch mit Wesensveränderungen einhergehen, die nicht mit einer psychiatrischen Erkrankung gleichzusetzen sind und teilweise das bekannte Suchtverhalten in ausgeprägter Art und Weise darstellen:

- Bagatellisieren
- Verdrängen, Verleugnen, Verheimlichen
- Gefühlsabstumpfung
- Hemmungsabbau
- Verminderte Gefühlskontrolle

D. Alkohol und Schwangerschaft

Der Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft ist eine der bedeutsamsten Schadstoffaufnahmen während der embryonalen Entwicklung. Die Noxe Alkohol stellt die häufigste nichtgenetische Ursache von Entwicklungsverzögerungen dar.

Die neurotoxischen zerebralen Auswirkungen des Alkohols prägen sich schon im Kleinkindesalter aus und machen sich besonders im Kindergarten und frühen Schulalter bemerkbar. Die Entwicklungsdefizite zeigen häufig ungünstige Auswirkungen auf die intellektuellen, beruflichen und sozialen Verhältnisse.

Der Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft kann folgende Störungsbilder verursachen:

- Schlafstörungen und reduzierter Saugreflex bei Neugeborenen
- Sprech- und Hörstörungen
- gestörte Feinmotorik
- verzögerte geistige Entwicklung
- verminderte Intelligenz (IQ)
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme
- Hyperaktivität und Impulsivität
- Emotionale Labilität
- Psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten
- Entwicklung einer Substanzabhängigkeit

Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

Das fetale Alkoholsyndrom («Fetale alcohol syndrome» FAS, in der deutschsprachigen Literatur auch Embryopathie) ist ein durch mütterliche Alkoholkrankheit oder -missbrauch bedingtes Fehlbildungssyndrom beim Kind mit unterschiedlich schwerem Ausprägungsgrad.

Es gelten folgende Diagnosekriterien:

- Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch der Mutter in der Schwangerschaft
- Prä- und postnatale Wachstumsstörungen des Kindes in Gewicht, Länge und Kopfumfang
- Spezifische körperliche Auffälligkeiten, insbesondere am Kopf und im Gesicht
- Zerebrale und zerebelläre Dysfunktionen, Hirnleistungsschwächen und Verhaltensstörungen

Fetale Alkoholeffekte (FAE)

Um das vielfache höher als die Alkoholembryopathie liegt die Zahl der schwer erkennbaren Schwachformen und ohne erkennbaren körperlichen Fehlbildungen einhergehenden enzephalopatischen Veränderungen. Sie werden als fetale Alkoholeffekte («Fetal alcohol effects» FAE) bezeichnet.

Fetale Alkohol Spectrum Disorder (FASD)

In der neuer Literatur wird häufig auch der Begriff «Fetale Alkohol Spectrum Disorder» (FASD) für das ganze Spektrum an möglichen fetalen Alkoholschädigungen verwendet.

Prävalenz

Die Schätzungen für das Vorkommen des Fetalen Alkoholsyndroms beträgt für die westlichen Industriegesellschaften etwa 0.5 bis 2 Fälle pro 1000 Neugeborene und liegt damit wesentlich höher als etwa beim Down-Syndrom. Das Risiko, dass eine alkoholabhängige Frau, welche während der Schwangerschaft stark trinkt, ein Kind mit einem Fetalen Alkoholsyndrom zur Welt bringt, wird auf ca. 30-40% geschätzt. Von einer FASD (Fetale Alkohol Spectrum Disorder) ist gemäss Schätzungen etwa jedes hundertste neugeborene Kind betroffen, was in der Schweiz pro Jahr 725 Neugeborene bedeuten würde (Bezugsjahr 2004).

Risikofaktoren für die Entwicklung pränataler Alkoholfolgeschäden

Bei der Entstehung von pränatalen Schädigungen durch Alkohol sind folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Menge, Häufigkeit sowie Trinkmuster (episodisch oder chronisch) des Alkoholkonsums
- Zeitpunkt des Konsums im Verlauf der Schwangerschaft
- Interaktion mit anderen Substanzen (Nikotin, Drogen, Medikamente)
- Genetische bedingte Veranlagung
- Ernährung, materielle Lebensbedingungen, Bildungsstatus und soziale Schicht

Neuere Studien weisen darauf hin, dass bereits bei einem regelmässigen Konsum von 2 Standarddrinks kognitive Beeinträchtigungen beim Kind auftreten können, ebenso bei vereinzelt Alkoholexzessen (bei sonstiger Abstinenz).

Die toxische Gefährdung ist im ersten Drittel der Schwangerschaft am grössten. Dies ist insofern bedenkenswert, als in dieser Zeit eine Schwangerschaft häufig noch nicht erkannt wurde.

Hochgerechnet auf die Zahl der ca. 70 000 jährlichen Lebendgeburten kann auf der Basis des Risikoindex einer Pionierstudie angenommen werden, dass jährlich in der Schweiz etwa 5000 schwangere Frauen ihre Kinder dem Risiko eines «Fetal Alcohol Spectrum Disorder» (FASD) aussetzen.

Quellen und weiteres Informationsmaterial:

- Ratgeber für schwangere Frauen:
<http://www.ispa.ch/CMS/Detail.php?IDpub=371&type=N&langue=D>
- Singer, M. V., & Teysen, S. (Eds.). (2005). Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Pathjo Berlin: Springer.

E. Alkohol und Somatik

Alkohol und körperliche Folgeschäden

Der übermäßige Konsum von Alkohol verursacht oder verstärkt eine Vielzahl von Krankheiten. Wir begrenzen uns hier auf einen Überblick über die wichtigsten alkohol(mit)bedingten Folgekrankheiten:

- **Leber:** Alkoholfettleber, Alkoholhepatitis, alkoholische Leberzirrhose, hepatische Enzephalopathie
- **Bauchspeicheldrüse:** Pankreatitis
- **Neurologisch-psychiatrische Störungen:** Akute Folgen sind die Alkoholintoxikation, alkoholinduzierte Amnesien und das Entzugssyndrom. Als Folgen chronischen Konsums zeigen sich das Alkoholdelir, die Alkoholhalluzinose, Entzugskrämpfanfälle, Polyneuropathie, Schlafstörungen, (Klein-)Hirnatrophie, kognitive Einschränkungen bis hin zur Demenz, Wernicke-Korsakoff-Syndrom
- **Kardiovaskuläre Störungen:** Kardiomyopathie, Arrhythmien, arterielle Hypertonie
- **Gastrointestinale Störungen:** Ösophagusvarizen, alkoholische Gastritis, Neoplasien
- Im Weiteren finden wir einen Alkoholeinfluss bei Erkrankungen des respiratorischen Systems, hämatologische Störungen, immunologische Störungen, Nierenerkrankungen, Stoffwechselstörungen, Dermatosen, endokrinologische Störungen, Erkrankungen des Muskelsystems sowie ein erhöhtes Risiko für einen zerebralen Insult und für Krebserkrankungen.
- Häufigste **internistischen Krankheiten** bei Alkoholabhängigen sind: Fettleber, chronische obstruktive Lungenerkrankung, Traumen, Bluthochdruck, Mangelernährung, Anämie, Gastritis, Knochenbrüche, Hiatushernie, Periphere Neuropathie, Leberzirrhose, Magen-Darm-Geschwüre, Chronischer Hirnschaden, Fettsucht, Kardiomyopathie, Ischämische Herzkrankheiten, Lungenentzündung, Gastrointestinale Blutung, Epileptische Anfälle, Diabetes, Harnwegsinfarkt, Akutes Hirnsyndrom, Pankreatitis

Übersichtliche Arbeit aus dem Deutschen Ärzteblatt 2001:

<http://aerzteblatt.lnsdata.de/pdf/98/33/a2109.pdf>

F. Somatostatus/ Abklärung

Statuserhebung

Ziel der Statuserhebung ist es festzustellen, ob bei der betroffenen Person eine Alkoholproblematik besteht. Ein Teil der Patient/innen kommt bereits mit einer konkreten Fragestellung in die Praxis. Hier gilt es, anhand diagnostischer Kriterien eine erste Einschätzung zu geben und konkrete therapeutische Schritte zu entwickeln.

Screening Methoden sollen erst angewendet werden, wenn der Patient für eine Diskussion bereit ist oder das Thema selber anspricht. Es gibt zu diesem Zweck verschiedene Hilfsmittel, darunter Kurzfragebogen wie:

- Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test; WHO 1982) +++ [LINK Audit / WHO](#)
- CAGE
- MALT (Münchener-Alkoholismus-Test)

Eine detailliertere Darstellung findet sich in Abschnitt 5.

Somatostatus

Der Somatostatus dient der Befundaufnahme und allfälligen Diagnostik alkoholassoziierter Beschwerdebilder. Unspezifische Symptome, zum Beispiel eine vegetative Symptomatik oder auch eine arterielle Hypertonie, können erste Hinweise auf einen überhöhten Alkoholkonsum geben.

Verleugnungs-, Bagatellisierungs- oder Verfälschungstendenzen können eine angemessene Beurteilung der Störung erschweren. Oft besteht die Verleugnung darin, dass die alkoholranke Person zwar bereitwillig ihre Probleme realisiert, sie aber eher als Ursache und nicht als Folge des übermäßigen Trinkens erkennt. Umgekehrt muss bei allgemeinen Befindlichkeitsstörungen immer eine alkoholbezogene Störung differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen werden.

Es ist zu beachten, dass keines der Symptome im Somatostatus alleine beweisend für einen Alkoholabusus ist.

Biologische Marker

Laborparameter als Biologische Marker können zur weiteren Erhärtung der Diagnose dienen und Hinweise auf die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die verschiedenen Organsysteme geben. Die Güte und Qualität eines Markers bemisst sich nach den Kriterien der Sensitivität, Spezifität, Einfachheit und Schnelligkeit der Anwendung sowie möglichst geringer Kosten. Gegenwärtig scheint kein Biologischer Marker allein sensitiv genug zu sein, um in der Routine in Allgemeinarztpraxen Patient/innen mit exzessivem Alkoholkonsum zu entdecken. Kombinationen von Indikatoren verbessern die Sensitivität, sind aber nicht effizienter als Screening-Fragebögen.

Verfahren: Ethanol; Ethylglucuronid (EtG); γ -Glutamyl-Transferase (GGT); Mittleres corpuskuläres Erythrozytenvolumen (MCV); Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT)

Sozialer Status

Die klinische Erfahrung zeigt, dass soziale Folgeschäden zur Diagnose einer alkoholbezogenen Störung beitragen können. Diese können sich beziehen auf:

- Nachlassen der Leistungsfähigkeit, unentschuldigtes Fernbleiben von der Arbeit,
- Ermahnungen, Arbeitsplatzverlust
- Arbeitsunfälle, Unfälle, Verletzungen unter Alkoholeinfluss
- Veränderungen des familiären und sozialen Umfeldes sowie der Freizeitinteressen im Zusammenhang mit riskantem Trinken (z.B. Unzuverlässigkeit, Streitigkeiten mit Lebenspartnern, Trennungen, Scheidungen).
- Finanzielle Probleme, Schulden
- Wohnsituation (z.B. Obdachlosigkeit)
- Verlust der Fahrerlaubnis
- Straftaten unter Alkoholeinfluss, Bewährungsaufgaben.

Die Situation der Kinder von Alkoholabhängigen wird häufig unterschätzt. So kann eine Verhaltensänderung (zum Beispiel Entwicklungsstörungen, Abfall der schulischen Leistungen, eigener Suchtmittelkonsum, psychische Probleme, aggressives bis delinquentes Verhalten) auf eine familiäre Alkoholproblematik zurückzuführen sein.

Abzugrenzen ist delinquentes Verhalten ausserhalb eines Alkoholkonsums. Da auch die Art der sozialen Folgeschäden bzw. die Unterstützung durch das soziale Netz für die prognostische Beurteilung alkoholbezogener Störungen Bedeutung hat, ist die aktuelle und frühere soziale Situation des Patienten für die weitere Therapieplanung zu berücksichtigen.

Folgende Fragen können dazu dienen, sich einen Überblick über das soziale Umfeld zu verschaffen.

Erhebung des Psychostatus

Der Psychostatus (psychopathologischer Befund) ist neben der Anamneseerhebung und der körperlichen Untersuchung ein wichtiger Bestandteil einer (psychiatrischen) Untersuchung. Im Psychostatus soll einerseits nach allfälligen Folgen einer bereits manifesten Alkoholproblematik gesucht werden, andererseits auch eine erste Einschätzung über eine vorbestehende Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis vorgenommen werden.

Zur Erhebung des Psychostatus beginnt man meist mit einem freieren, unstrukturierten Teil. Hier geht es darum, sich durch die Schilderungen des Betroffenen einen Eindruck über die Persönlichkeit, die Beschwerden sowie die psychische Verfassung zu machen. In einem zweiten Teil wird strukturiert nach Symptomen oder Syndromen gefragt.

Anamneseerhebung

Hier geht es um die systematische Erhebung der Krankheitsanamnese, der Biografie, relevanter Persönlichkeitsaspekte und der aktuellen Lebenssituation. Diese Untersuchung hat primär eine diagnostische Funktion, auf deren Grundlage ein Konzept zur Störungsgenese und deren Beziehung zur Abhängigkeitserkrankung entwickelt und weitere Behandlungsschritte eingeleitet werden müssen.

Nebst der äusseren Lebensgeschichte, also der Erhebung «objektiver Daten» (Ausbildung, Beruf, Religion, soziale Kontakte, Freizeitverhalten, Partnerschaft, Schwangerschaft/Kinder, Wohnung, Finanzen, Justiz) fällt vor allem auch die innere, «subjektive» Lebensgeschichte ins Gewicht. Dadurch soll ein Verständnis für Entscheidungsprozesse, ein inneres Konzept der Patientin oder des Patienten erzielt werden. In den letzten Jahren hat die Thematisierung von Realtraumatisierungen wie sexueller Missbrauch oder Kindsmisshandlung zunehmend an Bedeutung gewonnen.

In der Herkunftsfamilie sind insbesondere Suchtmittelabhängigkeiten und weitere psychiatrische Beschwerdebilder von Interesse.

Alkoholanamnese

- Aktueller Alkoholkonsum, Zeitpunkt der letzten Einnahme, Grad der Alkoholintoxikation
- Aktueller Anlass des Alkoholkonsums, insbesondere bei erneuten Trinkereignissen
- Trinkmengen und -häufigkeit, trinkfreie Tage
- Abstinenzperioden und -erfahrungen
- Bisherige ambulante und/oder (teil-)stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen (inkl. medikamentös gestützter Massnahmen)
- Vergiftungs- und Entzugskomplikationen (z.B. «pathologischer Rausch», zerebrale Anfälle, Entzugsdelir, protrahierte Entzugsbeschwerden)
- Konsum weiterer psychotroper Substanzen (z.B. Nikotin, Cannabis, Benzodiazepine, Opiate, Kokain).

Wichtige Screening-Instrumente

Obwohl Alkoholprobleme häufig vorkommen, werden sie oft nicht erkannt. Der routinemässige Einsatz von Erfassungs-Tests (Screening-Instrumenten) erhöht die Wahrscheinlichkeit erheblich, allfällige Alkoholprobleme zu erkennen.

Ebenso können die Screening-Instrumente die Diagnostik hilfreich unterstützen, indem sie die klinischen Erhebungen ergänzen, differenzieren und zum Teil auch Aussagen über den Ausprägungsgrad einer Alkoholproblematik zulassen.

Hier sind kurz diejenigen drei Screening-Instrumente anzusprechen, welche im deutschsprachigen Raume am häufigsten zur Erfassung allfälliger Alkoholprobleme zur Anwendung gelangen: CAGE, AUDIT und MALT.

CAGE Sehr kurz / hohe Sensitivität bez. dem Vorhandensein einer Alkoholabhängigkeit, weniger bez. Alkoholmissbrauch / eher nicht für Früherfassung.

AUDIT Erfasst neben Alkoholabhängigkeit auch Alkoholmissbrauch und Alkoholprobleme in der Frühphase / erfasst die 3 Aspekte «missbräuchlicher Konsum», «Symptome der Alkoholabhängigkeit», «Folgeprobleme».

MALT Das aufwändigste der 3 Instrumente / beinhaltet auch objektive Faktoren / aussagekräftig, auch differenziert bez. Alkoholabhängigkeit, weniger bez. Alkoholmissbrauch / eignet sich eher nicht für die Früherfassung.

CAGE

Als Beispiel soll an dieser Stelle kurz der **CAGE-Test** (Ewing 1984) vorgestellt werden. Er ist ein sehr kurzer Screening-Test zur Ermittlung einer Alkoholproblematik und stützt sich auf das subjektive Erleben des Betroffenen. CAGE ist die Abkürzung für «**C**ut down», «**A**nnoyed», «**G**uilty» und «**E**ye opener». Er beinhaltet die folgenden vier Fragen:

1. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? (**Cut down**)
2. Hat Sie schon einmal jemand durch kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht? (**Annoyed**)
3. Habe Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt, oder sich schuldig gefühlt? (**Guilt**)
4. Haben Sie schon einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden? (**Eye opener**)

Wird eine der vier CAGE-Fragen bejaht, liegt ein Risiko von 62% vor, dass ein Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeit besteht. Werden zwei Fragen bejaht, steigt der positive prädiktive Wert auf 82%. Treffen mindestens drei Fragen zu, besteht mit 99% Sicherheit ein Alkoholproblem. Die Fragen können ohne weiteres in die Anamnese oder in ein Beratungsgespräch eingebaut werden.

Da die anderen Tests (AUDIT, MALT) aufwendiger sind, möchten wir an diese Stelle nur darauf hinweisen, dass Sie den AUDIT Test auf unserer Website finden.

Weitere Fragebögen, Screening- und Erhebungsinstrumente

Je nach Fragestellung werden in Praxis und Forschung noch weitere Erhebungsinstrumente verwendet. Andere bekannte Fragebögen, Screening- und Erhebungsinstrumente sind:

- **KAZ-35** ein Kurzfragebogen zur Einschätzung der Abstinenzzuversicht
- **TAI** ein Instrument zur differenzierteren Erfassung der Begleitumstände einer Alkoholproblematik
- **WHO ASSIST** ein Screening-Instrument zur Risikoerfassung unter Berücksichtigung aller suchtbildenden Substanzen
- **SOCRATES** ein Fragebogen zur Einschätzung der aktuellen Motivationsbereitschaft bezüglich Änderung des Alkoholkonsumverhaltens

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie unter

G. Interventionen

Bewertung / Diagnostik

Nach der Erhebung dieses Gesamtbildes beurteilt der Arzt, ob ein problematischer Alkoholkonsum diagnostiziert werden kann und bespricht die Befunde mit dem Patienten.

Nachfolgend aufgelistet finden Sie einen möglichen Gesprächsfaden:

- Patientenbefunde erklären, Relation zu Normbefunden erläutern
- Besprechung der Alkoholanamnese und -befunde als Routine behandeln (keine Stigmatisierung)
- Bei unklaren Angaben und Widersprüchen nachfragen (weder Ironie noch Vorhaltungen)
- Zusammenhang Befunde und Trinkverhalten erörtern
- Information über alkoholbedingte Gesundheitsstörungen (sachlich, nicht wertend)
- Umfeldprobleme und -reaktionen ansprechen

Liegt ein risikoreicher oder schädlicher Alkoholkonsum oder ein Abhängigkeitssyndrom vor, empfehlen sich die nachfolgend aufgelisteten Schritte.

- Bei vermuteter Veränderungsbereitschaft über Optionen informieren, Unterstützung anbieten
- Selbstvertrauen stärken (ohne Überforderung)
- Bei fehlender Veränderungsbereitschaft zur Selbstbeobachtung und zum Nachdenken einladen (nicht überreden)
- Je nach Bedarf Empfehlung zur weiteren Abklärung oder Behandlung an einen Spezialisten abgeben.

Widerstand, Schamgefühle vor der Auseinandersetzung, Verleugnung der Symptomatik sind oft Begleiterscheinungen der Erkrankung. Viele Patienten sind nicht unmotiviert ihre Sucht aufzugeben, aber sie sind ambivalent.

Ein Abbruch der Behandlung kann unter Umständen schwerwiegendere Folgen für den Patienten haben, als das nicht erreichte Ziel einer dauerhaften Abstinenz. Von daher sind es oft kleinere Etappenziele (Gesprächsbereitschaft, eingeschränkter Konsum, abstinente Phasen, Klärung der sozialen Situation usw.), die den Weg z.B. für eine weiterführende Therapie eröffnen.

Intervention durch den Hausarzt: Ratschlag und Kurzintervention

Nach den Abklärungen und der Diagnostik geht es je nach Notwendigkeit und Bedarf um die Wahl der Interventionsform. Beim erhöhten, aber noch risikoarmen Konsum wird ein praktischer Ratschlag mit Kontrolle im Nachfolgetermin oft das Mittel der Wahl sein. Zu einer Form der Kurzintervention wird bei riskantem Alkoholkonsum geraten.

Indikatoren für Kurzintervention

- Motivation beim Patienten für eine Veränderung vorhanden
- sozial stabile Situation vorhanden
- keine schweren psychosozialen Probleme
- keine schwere Abhängigkeit
- für Behandlung bei Fachstelle nicht bereit

Es gibt eine Anzahl standardisierter Kurzinterventionen. Siehe hierzu:

Motivationsarbeit

- Interventionen zur Erhöhung der Veränderungsbereitschaft setzen Einsicht in den Zusammenhang von Einstellungen, Verhalten und dessen Folgen voraus
- Motivation setzt eine Wahrnehmung der zu erwartenden Vor- und Nachteile einer Veränderung voraus
- Motivationsarbeit wirkt durch die Aktualisierung / Verstärkung von Eigenwirksamkeitserwartungen

Motivational Interviewing / Motivierende Gesprächsführung

Diese Gesprächstechnik des Arztes/Therapeuten trägt dem Zwiespalt des Alkoholabhängigen Rechnung zwischen Abstinenzvorsatz und dem Wunsch, weiter zu trinken. Da sie die Veränderungsbereitschaft erhöhen und das Trinkverhalten günstig beeinflussen kann, ist die Anwendung empfehlenswert. Die darin beschriebenen Prinzipien sind:

1. Empathie
2. Widersprüche aufzeigen
3. Wortgefechte vermeiden
4. nachgiebig auf Widerstand reagieren
5. Selbstwirksamkeit

Der Kommunikationsstil der Intervention mit dem Akronym FRAMES ("Rahmen") wird empfohlen, da sich dessen Elemente als wirksam erwiesen haben:

Feedback (Rückmeldung persönlicher Informationen),

Responsibility (Eigenverantwortung für Veränderung),

Advice (klarer Ratschlag),

Menu (Auswahl verschiedener Behandlungsmöglichkeiten),

Empathy (Empathie),

Self-efficacy (Selbstwirksamkeit).

Motivational Interviewing ist eine Methode der Gesprächsführung zur Erhöhung der Eigenmotivation von Menschen, ein problematisches Verhalten (z.B. Suchtmittelmissbrauch) zu verändern. Die Anwendung von MI verspricht eine deutliche Kompetenzsteigerung im Umgang mit Sucht- und anderen Problemen. Empirische Studien belegen die Wirksamkeit dieser Methode, die in Kursen in kurzer Zeit gelernt werden kann. «Motivierende Gesprächsführung» kann und sollte als Interaktionsstil in der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen eingesetzt werden. Zielsetzung ist es, die Ambivalenz bezüglich einer Verhaltensänderung zu reduzieren und verbindliche Änderungsentscheidungen zu treffen und umzusetzen. Nicht nur in Kombination mit anderen therapeutischen Methoden verbessert sie die Ergebnisse. Motivationsgespräche können im ambulanten wie auch im stationären Setting angewendet werden. Siehe auch:

- www.motivationalinterviewing.ch
- www.gk-quest.de/gk-quest/de/2/1/suchthilfe/mi.aspx
- www.motivationalinterview.org

Zusätzlich gibt es einige spezifische Varianten des Motivational Interviewing. Siehe [+++ Link zum E-Learning Modul Alkoholismus.pdf; Seite 80.](#)

Indikationen verschiedener Therapieformen

1. Ambulanter Entzug

Der ambulante Entzug stellt bei strengen Einschlusskriterien eine gute Alternative zum stationären Setting dar. Da es sich dabei aber nach wie vor um eine Massnahme mit hohem Risiko und erheblicher Letalität handeln kann, sollten bestimmte Indikationskriterien und diagnostische Empfehlungen unbedingt eingehalten werden. Ambulante Entgiftungen sollten nur durchgeführt werden, wenn von ärztlicher Seite genügend Zeitreserven und Flexibilität gewährleistet sind. Das Entzugsgeschehen ist nach der ersten Woche bei weitem nicht abgeschlossen, das Rückfallrisiko sehr hoch und die engmaschige Weiterbetreuung der Patienten deshalb dringend notwendig.

Voraussetzungen und Kontraindikationen

Voraussetzungen für den ambulanten Entzug:

- Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit
- Bereitschaft zur Einhaltung des Therapieplans
- Ordentlicher Allgemeinzustand
- Stabiles und stützendes soziales Umfeld, ev. mit Bezugsperson, die in die Behandlung mit einbezogen werden kann.

Kontraindikationen für den ambulanten Entzug

- Zu erwartendes schweres Entzugssyndrom (z.B. anamnestisch bekannter Krampfanfall und/oder Delirium)
- Akute körperliche Erkrankung, v.a. wenn sie mit dem Risiko von Elektrolytentgleisungen verbunden ist (speziell bei schwerem Erbrechen)
- Bereits vorliegende schwere Entzugssymptome, ev. mit prädeliranten Symptomen
- Begleitmedikation mit krampfschwelensenkenden Medikamenten
- Suizidalität (kann im Entzug dramatisch zunehmen)
- Schwere kognitive Defizite
- Schwangerschaft

Zur Risikoeinschätzung kann man die in der Praxis bewährte Lars-Skala benutzen. (Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala)

Allgemeine Risiken nach einem ambulanten Entzug

- Wegen der abklingenden Entzugerscheinungen kann die Einsicht in die weitere Behandlungsnotwendigkeit abnehmen.
- Entzugssymptome wie Schlafstörungen und Befindlichkeitsschwankungen bestehen weit über die Entgiftungsphase hinaus, sind oft belastend und führen ohne weitere therapeutische Hilfe ebenfalls zu einem erheblichen Rückfallrisiko.
- Kognitive Beeinträchtigungen werden häufig erst nach einem Entzug offensichtlich und können den Entschluss zu einer längerfristigen Veränderung des Trinkverhaltens untergraben.
- Eventuell vorliegende andere psychische Störungen treten erst oft unter Abstinenz in den Vordergrund und entfalten ihre Dynamik.

2. Stationärer Alkoholentzug

Die Durchführung der stationären Entgiftung gestaltet sich vergleichbar der geschilderten ambulanten Vorgehensweise mit Diagnostik, Risikoeinschätzung, Medikation. Einen besonderen Stellenwert nimmt das Aufgleisen eines ambulanten Settings für die Zeit nach Austritt aus der Entzugsinstitution ein.

Indikation

Die Überweisung zur stationären Entzugsbehandlung bietet sich in folgenden Situationen an:

- Zu erwartendes schweres Entzugssyndrom (z.B. anamnestisch bekannter Krampfanfall und/oder Delir)
- Bereits vorliegende schwere Entzugssymptome, ev. mit prädeliranten Symptomen
- Akute körperliche Erkrankung, v. a. wenn sie mit dem Risiko von Elektrolytentgleisungen verbunden ist (speziell bei schwerem Erbrechen)
- Massive Organschäden, insbesondere Leberzirrhose, chronische Pankreatitis oder schlechter Allgemeinzustand
- Begleitmedikation mit krampfschwellensenkenden Medikamenten
- Zusätzliche Substanzmittelabhängigkeit, insbesondere Benzodiazepine
- Suizidalität
- Schwere kognitive Defizite
- Ausgeprägte Belastungen und Konflikte
- Fehlendes soziales Netz
- Keine erreichbare ambulante Therapiemöglichkeit
- Schwangerschaft

Wird ein stationärer Entzug geplant, lohnt sich ein frühzeitiger Kontakt zur Suchtfachstelle, (s. o. Abschnitt 6.6) die bei der Suche nach geeigneten Institutionen und den Anmeldeformalitäten helfen kann. Ebenso kann eine allfällige Nachbetreuung nach dem stationären Aufenthalt optimal geplant werden. Die meisten internistischen Spitalabteilungen führen rein somatische Entzugsbehandlungen durch. So genannte qualifizierte Entzugsbehandlungen werden von den Suchtstationen der psychiatrischen Kliniken angeboten und unterscheiden sich durch eine intensivere Betreuung, Tagesstruktur, ergänzende Psychodiagnostik und Informationen über anschließende Therapieangebote.

Häufig ist es einfacher, eine Patientin / einen Patienten zu einem erstmaligen stationären Entzug in einem somatischen Spital zu motivieren.

Qualifizierte Entzugsbehandlung

Im Gegensatz zur reinen Entzugsbehandlung, die auch im somatischen Spital angeboten wird, findet die qualifizierte Entzugsbehandlung in den Entzugs- und Therapiestationen der psychiatrischen Kliniken statt. Ziel ist das Erreichen von Krankheitseinsicht des Patienten, die Vermittlung erster Techniken im Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung, die Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender Behandlung der Abhängigkeit (Entwöhnung) und deren Planung.

Sie umfasst:

- die Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms
- die (häufig mehrere Wochen andauernde) Wiederherstellung neuropsychologischer und kognitiver Fähigkeiten
- die Festigung der emotionalen Stabilität
- die Behandlung der komorbiden und körperlichen Erkrankungen
- das Erkennen und Bewältigen häufig auftretender psychosozialer Krisensituationen

Für eine Behandlungsdauer von drei bis vier Wochen ist für die qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen Wirksamkeit und Kosteneffizienz nachgewiesen. Treten stationär behandlungsbedürftige komorbide psychische und/oder körperliche Erkrankungen in den Vordergrund, sind diese nach fachärztlicher Indikationsstellung für die Art und Dauer der Behandlung führend und haben über den Zeitraum der qualifizierten Entzugsbehandlung hinaus zu gehen.

3. Die Entwöhnungstherapie

Im Anschluss an einen qualifizierten Alkoholentzug stellt sich für viele Patienten die Frage, wie es in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung weiter gehen soll. Wichtig ist es, mit der betroffenen Person gemeinsam das weitere Prozedere zu besprechen, sie bei möglichen zusätzlichen psychischen, sozialen oder körperlichen Problemen oder einer bereits diagnostizierten Komorbidität entsprechend über eine Anschlusstherapie, stationäre Psychotherapie, stationäre soziale Rehabilitation oder Entwöhnungstherapie zu beraten. Die Angebote und Schwerpunkte unterscheiden sich dabei je nach Konzept der jeweiligen Klinik.

Indikation für eine stationäre Entwöhnungstherapie

Sie ist indiziert wenn:

- gravierende Störungen im körperlichen, psychischen (z.B. schwere zusätzliche psychische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen Depressionen, Angsterkrankungen) oder im sozialen Bereich vorliegen
- das soziale Umfeld des Patienten keine ausreichende Unterstützung bietet
- keine berufliche Integration besteht
- keine stabile Wohnsituation gegeben ist
- wiederholte Trinkereignisse mit Alkohol während der ambulanten oder teilstationären Behandlung vorgekommen sind
- von kognitiv-neuropsychologischer Seite her die betroffene Person dazu in der Lage ist, eine Bereitschaft zur Veränderung vorliegt und eine gewisse Introspektionsfähigkeit sowie eine Bereitschaft, sich aktiv in einen Veränderungsprozess einzulassen, besteht

Die Behandlung erfolgt je nach Therapieorientierung mit verschiedenen therapeutischen Methoden. Darüber hinaus wird eine individuelle Anpassung an die einzelne Person innerhalb des vorgegebenen Therapieprogramms durchgeführt. Die Verbindung zur Psychotherapie ergibt sich über die Realisierung von verschiedenen empirisch bestimmten Wirkfaktoren. Die Effektivität der stationären Therapie bei Alkoholabhängigkeit konnte vielfach nachgewiesen werden. Neuere Katamnesen aus Entwöhnungseinrichtungen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von ca. drei Monaten (zwischen sechs Wochen und sechs Monaten) bestätigen die hohen Abstinenzraten von ca. 50% (bezogen auf alle behandelten und befragten Patientinnen und Patienten) im ersten Jahr nach Abschluss der Behandlung. Ein spezieller Wirksamkeitsnachweis der stationären Behandlung bei Alkoholabhängigkeit liegt für die Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit vor.

4. Ambulante, bzw. teilstationäre, tagesklinische Behandlung

Eine (ausschliesslich) ambulante, bzw. teilstationäre (z.B. tagesklinische) Behandlung kann empfohlen werden, wenn

- das soziale Umfeld eine ausreichend stützende Qualität bietet (z.B. eine stabile Wohnsituation)
- im sozialen Umfeld keine destruktiven oder pathogenen Einflüsse vorherrschen (z.B. stabile Partner- bzw. Familiensituation)
- die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und zur Einhaltung des Behandlungsplans (unter Abstinenz von Alkohol) gegeben ist
- die Patientinnen und Patienten diese Behandlungsform präferieren.

Tritt während einer solchen Massnahme (wiederholt) Substanzkonsum auf, ist eine Fortsetzung im Rahmen einer stationären Behandlung zu erwägen. Vorteile des ambulanten und teilstationären Settings ergeben sich aus der Wohnortnähe, der Möglichkeit der Integration von Familienangehörigen und anderen Bezugspersonen. Bei der ambulanten Behandlung besteht die Möglichkeit, berufsbegleitend die Therapie in Anspruch zu nehmen.

5. Die Langzeitbetreuung

Bei der Alkoholabhängigkeit handelt es sich um eine chronisch-rezidivierende Erkrankung. Eine Wiederaufnahme des Alkoholkonsums nach einer abstinenten Phase ist daher die Regel, nicht die Ausnahme. Nach einer Entzugsbehandlung finden sich die meisten Trinkereignisse mit Alkohol innerhalb des ersten Jahres. Die Integration dieser Vorkommnisse in einen Gesamtbehandlungskontext stellt eine wesentliche Aufgabe für die weitere Therapie dar, hilfreich ist das Erlernen geeigneter Gesprächstechniken (z.B. Motivationale Gesprächsführung). Regionale Gesprächsgruppen können dabei insbesondere auch für Hausarzt/innen eine Form der Supervision anbieten.

6. Medikamentöse Optionen

Vom Hausarzt verordnete Medikamente zur Minimierung eines riskanten Alkoholkonsums können ein wichtiger Baustein in der Behandlung der Patientinnen und Patienten sein. Medikamente sollten im Rahmen eines Behandlungskonzeptes eingesetzt werden und nicht eine isolierte Massnahme bleiben. Die Unterstützung der körperlich entzogenen Patient/innen durch Suchtfachstellen und Selbsthilfegruppen sind wichtige flankierende Massnahmen. Zusätzliche relevante psychiatrische Begleiterkrankungen, die nach Abklingen der Entzugssymptome noch weiterbestehen, sollten adäquat mitbehandelt werden (z.B. Depressionen oder Angsterkrankungen).

Theoretisch können Medikamente das Trinkverhalten Alkoholabhängiger auf verschiedene Weise beeinflussen:

- Auslösung negativer Symptome bei Alkoholkonsum, so genannte alkohol-sensibilisierende Medikamente: Disulfiram (Antabus)
- Reduktion des Substanzhungers (eigentliche Anticravingmittel): Campral, Nemexin
- Beeinflussung körperlicher oder psychischer Symptome, die dem Alkoholkonsum zu Grunde liegen können: Antidepressiva, Neuroleptika, Schmerzmittel

Über die Kombination dieser Medikamente untereinander und die entsprechenden Auswirkungen auf das Behandlungsziel fehlen bis jetzt grössere Studien. Ausführliche Informationen zum Einsatz der einzelnen Medikamenten, Indikation/Kontraindikation, Dossierung, Wirkung und Vorsichtsmassnahmen finden Sie unter [+++ Link zum E-Learning Modul Alkoholismus.pdf](#); Seite 99.

7. Kontrolliertes Trinken

Unter «Kontrolliertem Trinken» versteht man die Orientierung an einem im Voraus erstellten Plan und dazugehörigen Regeln hinsichtlich des Alkoholkonsums. Oft wird behauptet, dass ein ehemals alkoholabhängiger Mensch nie und unter keinen Umständen zu einem normalen Trinkmuster zurückkehren könne. In dieser Radikalität ist dies nachweislich falsch. Sowohl versorgungspolitische Gesichtspunkte (Erreichen auch der Patientengruppe, die - begrenzt - weiter trinken will) als auch therapeutische Argumente (hauptsächlich von der betroffenen Person selbst festgelegte Ziele werden von ihr auch erreicht) sprechen dafür, das Konzept des Kontrollierten Trinken zu kennen und anzuwenden.

Methode

Es wird in der Regel für eine Woche im Voraus festgelegt:

- Anzahl alkoholfreier Tage
- Maximale Konsummenge an Trinktagen
- Maximaler Gesamtkonsum in der ganzen Woche

Zu den Regeln gehört, auch die Begleitbedingungen zu überdenken:

- Ab welcher Zeit und wo trinke ich, wer ist dabei und wer nicht («Trinkkumpane»)?
- Das Trinktempo (1-2 Gläser pro Stunde) und die Stimmung («nicht in depressiver Stimmung»).

Die Arbeit mit dem Konzept des kontrollierten Trinkens ist in vielen Suchtfachstellen schon seit Jahren verankert. Die Beratung und Begleitung sollte über einen längeren Zeitraum gehen, es existieren sowohl ambulante Einzel- als auch Gruppenprogramme zum kontrollierten Trinken.

Siehe auch: www.kontrolliertes-trinken.de