

## 4.16.2 Alkoholismus – Organisation und Problemfelder des Behandlungsnetzes

■ Paul Hentgen

### EINLEITUNG

Alkoholismus stellt weltweit ein erhebliches Problem für die öffentlichen Gesundheitswesen dar. So weist die World Health Organization (WHO) darauf hin, dass Europa im weltweiten Vergleich die höchste Konsumrate aufweist. Dies lässt sich sowohl für den Pro-Kopf-Konsum als auch für alkoholbedingte Gesundheitsschäden feststellen (vgl. WHO 2006; Anderson/Baumberg 2006).

In diesem Beitrag wird die therapeutische und rehabilitative Versorgung für Alkoholabhängige in Luxemburg dargestellt<sup>1</sup>. Dieser konzeptuelle Hintergrund verdeutlicht die im folgenden Kapitel vorgenommene Skizzierung der luxemburgischen Versorgungslandschaft. Anschließend werden luxemburgische versorgungsspezifische Problemfelder erörtert. Der Ausblick zeigt zukünftige Schwerpunkte der Arbeit auf.

### AUFBAU DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Aus öffentlich-gesundheitspolitischer Perspektive betrachtet, sollte das Versorgungssystem so ausgerichtet sein, dass es möglichst viele Betroffene in einem möglichst frühen Verlaufsstadium erreicht. Daher wird zwischen verschiedenen Interventionstypen nach Teilpopulationen von Menschen mit übermäßigem Alkoholkonsum unterschieden, wobei die Übergänge fließend sind (vgl. Wienberg 2002):

- riskanter Alkoholkonsum<sup>2</sup> (Primärprävention, Screeningverfahren, Kurzinterventionen, drink-less-Programme);
- Alkoholmissbrauch<sup>3</sup> (Sekundärprävention, Screeningverfahren, Kurzinterventionen, drink-less-Programme, intensive Beratung, Behandlung, Rehabilitation);

1 Im vorliegenden Beitrag muss aus Platzgründen auf Begriffsbestimmungen zum Thema Alkoholismus (Definitionen, Typologien, Entwicklungstheorien, Erklärungsmodelle) sowie auf wichtige Kernthemen der Alkoholismusbehandlung (Motivation, Abstinenz, Schadensminderung, Rückfall) verzichtet werden (vgl. hierzu Hentgen 2008; Feuerlein et al. 1998; Kruse et al. 2000; DHS 2003).

2 Der „risikoarme“ bzw. „riskante“ Alkoholkonsum erhöht nach der WHO die Wahrscheinlichkeit, bei Fortsetzung körperlichen und/oder psychischen Schaden zu erleiden (die kritischen Grenzwerte liegen für Frauen bei 20g und bei Männern bei 40g Reinalkohol pro Tag, bzw. tiefer bei verschiedenen Risikogruppen; auch sollte der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung durch wöchentliche Abstinenztage vorgebeugt werden).

3 Die Diagnose „schädlicher Gebrauch“ erfordert nach der WHO eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten.

