

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 dargestellt¹. 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 Alkoholkonsum² (Primärprävention, Screeningverfahren, Kurzinterventionen, drink-less-Programme);
- Alkoholmissbrauch³ (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.

- Alkoholabhängigkeit⁴ (Tertiärprävention, intensive Beratung, Behandlung, medizinische, soziale (berufliche) Rehabilitation, harm reduction);
- chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA)⁵ (Tertiärprävention, intensive Beratung, Behandlung, medizinische, soziale (berufliche) Rehabilitation, harm reduction).

Im Folgenden werden unterschiedliche Behandlungsmodelle und Behandlungsleitlinien zusammengefasst. Diese werden im nachfolgenden Kapitel auf die Versorgungslage Luxemburgs bezogen.

Behandlungskette

Nach einer jahrzehntelang vehement geführten sog. Krankheitsdebatte wurde der Alkoholismus erst relativ spät (1968 vom deutschen Bundessozialgericht) als Krankheit anerkannt. Dies führte die medizinische und soziale Rehabilitation auch von Alkoholabhängigen in den Kompetenzbereich der Sozialversicherungsträger, was u.a. einen konsequenten Ausbau des Versorgungsangebots zur Folge hatte. Das Modell der Behandlungskette besteht aus mehreren aufeinander folgenden Stufen, die der alkoholabhängige Klient in einem sequenziellen therapeutischen Prozess zu durchlaufen hatte. Insgesamt lassen sich auch heute noch vier Phasen differenzieren (vgl. Feuerlein et al. 1998; DHS 2003):

- *Kontaktphase* (Dauer: Wochen, Monate, Jahre; Versorgung: ambulant (niedergelassener Arzt oder Psychotherapeut, Poliklinik, Gesundheitsamt, Suchtberatungsstelle, psychosoziale Beratungsstelle, sozialpsychiatrisches Zentrum, Selbsthilfvereinigungen));
- *Entgiftungsphase* (Dauer: 1–4 Wochen; Versorgung: stationär (Allgemeinkrankenhaus, psychiatrische Klinik));
- *Entwöhnungsphase* (Dauer: 6 Wochen bis 6 Monate; Versorgung: stationär (psychiatrische Klinik, Suchtfachklinik; teilstationär: Tagesklinik; ambulant: Poliklinik, Fachambulanz, niedergelassener Arzt oder Psychotherapeut, psychosoziale Beratungsstelle));
- *Nachsorgephase* (Dauer: Jahre; Versorgung: ambulant (niedergelassener Arzt oder Psychotherapeut, Fachambulanz, Suchtberatungsstelle, Gesundheitsamt, Sozialdienst des Arbeitgebers bzw. betriebliche Suchtkrankenhilfe, Selbsthilfvereinigungen) oder stationär (Übergangseinrichtung, Wohnheim)).

Behandlungsnetz

In den 1980er Jahren löste das interaktionelle Modell des sog. Behandlungsnetzes das sequenzielle Modell der Behandlungskette ab (vgl. Feuerlein et al. 1998; Mann 2002a). Dies war das Ergebnis neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Alkoholabhängigkeit und die Fortschritte bei den Behandlungskonzepten. Motivation

4 Die Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ wird der WHO zufolge gestellt, wenn während des letzten Jahres wenigstens drei der folgenden Kriterien gleichzeitig zutrafen (vgl. Dilling et al. 2005): „Konsumzwang“, „Kontrollverlust“ (beide stehen für die „psychische“ Abhängigkeit), „Entzugssyndrom“, „Toleranzentwicklung“ (sie definieren die „physische“ Abhängigkeit), „Vernachlässigung anderer Interessen“ und „anhaltender Konsum trotz nachweisbarer Folgeschäden“.

5 Unter diesem Begriff werden Alkoholabhängige mit gegenwärtigem Alkoholkonsum, häufigen Vorbehandlungen, protrahierter Entzugssymptomatik, psychiatrischer Komorbidität, kognitiven Beeinträchtigungen, i.d.R. geringer Veränderungsmotivation sowie andauernden körperlichen und sozialen Problemen zusammengefasst. Diese in Bezug auf Störungsmuster, Schweregrad und Hilfebedarf sehr heterogene Gruppe wird auf immerhin etwa 10% der Abhängigkeitskranken geschätzt (vgl. Arbeitsgruppe CMA 1999; Geyer et al. 2006).

