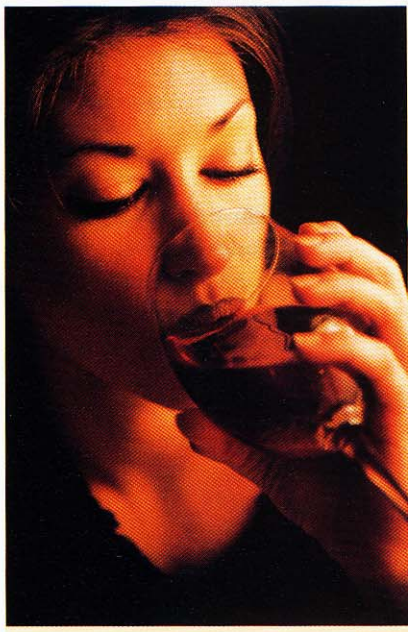
Behandlungsstrategien

Alkoholkranke in der Nervenarztpraxis

Thomas Lukowski, München

Wer hat die schwierigen, alkoholabhängigen oder alkoholgefährdeten Patienten in seiner klinischen Ausbildung nicht kennen gelernt und behandelt sie auch als niedergelassener Facharzt mit einmal mehr und einmal weniger Erfolg? Immer ist ein immens hoher Aufwand an Geduld, Engagement, Einfühlungsvermögen und, falls noch ein soziales Umfeld vorhanden ist, zusätzliche intensive Angehörigenarbeit nötig. Meist finden die Patienten über den zuweisenden Hausarzt, der sich auf Grund mangelnder Erfahrung und Ausbildung von diesem Krankheitsbild überfordert fühlt, nach stationärer Entgiftung oder nach Aufdeckung der Abhängigkeitserkrankung während der Behandlung einer somatischen Erkrankung den Weg in die nervenärztliche Praxis.



Rotwein aus Genuss oder schon Risikopatientin?

Das Dilemma mit Alkoholkranken liegt darin, dass wir es zwar mit einer eindeutig definierten (ICD/DSM), schweren Erkrankung zu tun haben, aber auch mit einem gesellschaftlich tolerierten Symptomauslöser (dem Alkohol) und einem ganzen florierenden Wirtschaftszweig, an dem auch der Staat eine sprudelnde Einnahmequelle hat.

Trinkgelage („Symposium") galten schon in der Antike als gemeinschaftstiftendes Ereignis. Bis weit ins 19. Jahrhundert galt Alkohol als Stärkungs- und Anregungsmittel („Aqua vitae"), gerade bei „asthenischen" und „melancholischen" Erkrankungen. Noch am Ende des 19. Jahrhunderts sprach Reichskanzler *Bismarck* vom „legitimen" Trunk der Lohnarbeiter und sah im Alkohol ein Stärkungsmittel für die körperlich arbeitende Bevölkerung.

Anfang des 19. Jahrhunderts kam es zu den ersten medizinischen Abhandlungen über den Alkoholismus als ernst zu nehmende Krankheit (*Hufeland* 1802) und im Jahre 1896 wurde in Frankfurt a. M. ein Verein abstinenter Ärzte gegründet, dem u.a. *Forell*, *Kraepelin* sowie *E. Bleuler* angehörten. Neben der ärztlichen Initiative zur Bekämpfung des Alkoholismus war die übrige Abstinenzbewegung in ihren Anfängen religiös orientiert (Guttempler, Heilsarmee). Deren Therapieansatz lässt sich auf die alte benediktinische Ordensregel reduzieren: „ora et labora". Alkoholismus wurde in

Bereits Hufeland erkannte den Alkoholismus als ernst zu nehmende Krankheit

Der AUDIT-C-Screening-Test deckt einen risikoreichen/schädlichen Alkoholkonsum schnell auf

Diagnoseleitlinien nach ICD-10

Alkoholabhängigkeit (F10.2):
Innerhalb des letzten Jahres sind/waren mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt:

- Ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
- Toleranzentstehung.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Konsums, erhöhter Zeitaufwand Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren und sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutiger somatischer oder psychischer schädlicher Folgen (Leberschädigung, Verlust kognitiver Funktionen, Depression).

Alkoholmissbrauch = schädlicher Gebrauch (F10.1):

- Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit (z.B. konsekutive depressive Episoden, Leber- oder Pankreasschädigung etc.).
- Negative soziale Folgen (Eheprobleme, Inhaftierung, Verlust des Arbeitsplatzes, soziale Isolierung, negative Berichte des sozialen Umfelds) oder die akute Intoxikationen erlauben nicht die Diagnosestellung nach F10.1.

Jährlich ca. 42 000 Todesfälle werden hierzulande unmittelbar mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung oder missbräuchlichem Alkoholkonsum in Zusammenhang gebracht

Die Besteuerung alkoholischer Getränke kann den Konsum – zumindest bei Jugendlichen – senken

Wichtige Instrumentarien zur Früherkennung sind die Screening-Tests AUDIT-C bzw. LAST

Tab. 1: AUDIT-C-Screening-Test

Wie oft trinken Sie Alkohol?	
Nie	0
Einmal im Monat oder seltener	1
Zwei- bis viermal im Monat	2
Zwei- bis dreimal die Woche	3
Viermal die Woche oder öfter	4
Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Ein Glas entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen.)	
1–2 Gläser pro Tag	0
3–4 Gläser pro Tag	1
5–6 Gläser pro Tag	2
7–9 Gläser pro Tag	3
10 oder mehr Gläser pro Tag	4
Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser alkoholischer Getränke bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen, auf einer Party)?	
Nie	0
Seltener als einmal im Monat	1
Jeden Monat	2
Jede Woche	3
Jeden Tag oder fast jeden Tag	4

Bei einem Gesamtpunktwert von 4 und mehr bei Männern bzw. 3 und mehr bei Frauen ist der Test positiv im Sinne eines erhöhten Risikos für alkoholbezogene Störungen (riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum) und spricht für die Notwendigkeit zu weiterem Handeln.

der religiösen Abstinenzbewegung als individuelle Willensschwäche und Charakterschwäche betrachtet, deren Korrektur nur eine entsprechende Schulung und Willensstärkung des Betroffenen bedürfe. Interessanterweise gab es bereits im 19. Jahrhundert in der Abstinenzbewegung zwei Lager, wobei die einen die völlige Abstinenz, die anderen ein gemäßigtes (kontrolliertes) Trinkverhalten propagierten [1].

Die Lage

Laut „Suchtbericht 2005" der Drogenbeauftragten der Bundesregierung werden jährlich zirka 42 000 Todesfälle unmittelbar mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung oder missbräuchlichem Alkoholkonsum in Zusammenhang gebracht. 10 % aller Verkehrsunfälle mit Personenschäden (ca. 33 000) werden unter Alkoholeinfluss verursacht. 1,6 Millionen Deutsche gelten als manifest alkoholabhängig, 2,7 Millionen betreiben Alkoholmissbrauch und 4,9 Millionen zeigen ein riskantes Alkoholkonsummuster. Mit einem riskanten Alkoholkonsummuster ist gemeint, dass in einem Kulturkreis, in dem der Konsum von Alkohol gebilligt oder sogar gefördert wird, eine erhöhte Gefahr für prädisponierte (eher bezüglich des sozialen Umfelds, weniger bezüglich der genetischen Disposition) Personen besteht, alkoholabhänig zu werden.

In der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen geben 18 % an, mindestens einmal wöchentlich und regelmäßig Alkohol zu konsumieren. Nach Besteuerung der so genannten Alcopops ist diese Quote jedoch deutlich gesunken (2004 noch 28 %).

Nach Angaben der IG Metall und der Berufsgenossenschaften sind 5 % aller Beschäftigten alkoholkrank (d. h. alkoholabhängig oder betreiben einen schädlichen Gebrauch), 10 % gelten als hochgradig gefährdet. Bei den Betroffenen kommt es zu 16-fach häufigeren „kürzeren" Fehlzeiten. Allein die Bundesversicherung für Angestellte (BfA) bewilligt jährlich Entzugs- und Entwöhnungstherapien im Wert von ca. 230 Millionen Euro.

Im Jahresbericht der „Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen" gelten 5–7 Millionen Angehörige von Alkoholabhängigen als „schwer belastet". 50–70 % der Kinder Alkoholabhängiger entwickeln selbst eine Abhängigkeitserkrankung oder eine anderssgeartete seelische Störung [2, 3].

Die wiederholt durch Medien verbreitete Behauptung, im ärztlichen Bereich sei eine Alkoholerkrankung besonders häufig, lässt sich durch vorliegendes Datenmaterial nicht stützen. Man nimmt an, dass allenfalls beim Medikamentenmissbrauch (Benzodiazepine) eine überdurchschnittliche Rate im Vergleich zur übrigen Bevölkerung erreicht wird. Auf Grund der besonderen Relevanz dieses Problems bietet eine Reihe von Landesärztekammern spezifische, anonyme Hilfeangebote an. In der Literatur werden Erfolgsquoten von bis zu 80 % bezüglich der Abstinenz von Teilnehmern dieser Hilfeangebote genannt [4].

Früherkennung und Frühintervention

Etwa 70 % der Alkoholabhängigen hatten noch nie Kontakt zu suchtspezifischen Einrichtungen, z.B. einer Fachberatungsstelle oder einem sozialpsychiatrischen Dienst. 80 % dieser Patienten konsultieren jedoch mindestens einmal im Jahr ihren Hausarzt. Aus diesem Grund rückte in den letzten fünf Jahren der Allgemeinmediziner/Hausarzt in den Fokus der Bemühungen, für die Praxis einsetzbare Früherkennungs- und Interventionsstrategien zu entwickeln. Als Früherkennungsinstrumentarium seien für diesen Arztgruppenbereich beispielhaft der AUDIT („alcohol use disorder test"), in der Kurzversion AUDIT-C (Tab. 1) oder der LAST (Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauch-Screening-Test) genannt [5].

Von den zuständigen Fachgremien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenkrankheiten (DGPPN) sowie der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) wurden entsprechende Leitlinien zur „Akutbehandlung Alkohol" und „Frühintervention Alkohol" vorgelegt. Besonders beachtenswert sind folgende Ergebnisse:

Die **Frühdiagnostik** einer Alkoholabhängigkeit oder -gefährdung mit entsprechenden Fragebögen oder einer gezielten Anamnese sollte einer indirekten laborchemischen Diagnostik (gamma-GT, GPT, MVC, CDT) auf Grund der höheren Sensitivität vorgezogen werden.

Kurzinterventionen („brief interventions"), das sind maximal vier Beratungseinheiten mit einer Gesamtdauer bis 60 Minuten, führen bei bis zu 50 % der untersuchten Patienten zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums. Merkmale dieser Kurzinterventionen sind: nonkonfrontatives Vorgehen, Förderung von Zuversicht und Behandlungsbereitschaft sowie das gemeinsame Festlegen von Behandlungszielen.

Angst- und depressive Störungen stehen als psychiatrische Komorbiditäten im Vordergrund und verlangen nach der entsprechenden Mitbehandlung (medikamentös/gesprächstherapeutisch). Eine medikamentöse Behandlung sollte auf jeden Fall empfohlen werden. Depressionskranke Alkoholiker weisen einen deutlich schlechteren Verlauf mit erheblich gesteigertem Suizidrisiko auf. Rückfälle nach erfolgreichem Entzug sind meist mit depressiven Phasen vergesellschaftet. Umgekehrt sind bipolare affektive und schizophrene Erkrankung immer mit einer hohen komorbiden Alkoholabhängigkeit belastet.

Fluoxetin gilt nach der bisherigen Datenlage als am besten abgesichert in der antidepressiven Behandlung Alkoholkranker und zeigt auch nur geringe Wechselwirkungen bei bestehendem Alkoholkonsum [6]. Aber auch die sonst üblichen serotonerg wirksamen Antidepressiva (z.B. Citalopram/Escitalopram, Paroxetin, Mirtazapin etc.) können nach eigenen Erfahrungen, je nach Verträglichkeit, symptomorientiert (Mirtazapin bei zusätzlich im Vordergrund stehenden Schlafstörungen) eingesetzt werden.

Trizyklische Antidepressiva können relevante psychomotorische Nebenwirkungen auslösen. Der Abbau z.B. von Imipramin und Desipramin in der Aufdosierungsphase kann bei chronischen Alkoholikern erheblich beschleunigt sein. Dies kann die Gefahr einer Überdosierung während Entgiftung und Entwöhnung nach sich ziehen [6].

Bei einer **sekundären Angsterkrankung** spricht die bisherige Datenlage für den Einsatz von Buspiron, das ebenfalls nur geringe Wechselwirkungen bei bestehendem Alkoholkonsum aufweist [6].

Die Verwendung von **Äthylalkohol** zur Behandlung des Alkoholentzugsyndroms (wie leider immer noch in somatischen Kliniken praktiziert) ist definitiv ein Behandlungsfehler. Zur **Reduktion des Rückfallrisikos** ist die Wirkung von Acamprosat in Kombination mit einer begleitenden psychotherapeutischen Behandlung gut dokumentiert. Acamprosat sollte zwölf Monate verabreicht werden, auch während eines etwaigen Rückfalls. Die **medi-**

Tab. 2: Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala (LARS)

Anamnese:	
Anzahl der stationären Entgiftungsbehandlungen (mit medikamentöser Behandlung) in der Vorgeschichte	
Anzahl der ambulanten Entgiftungsbehandlungen (mit medikamentöser Behandlung) in der Vorgeschichte	
Anzahl der Entzugsdelire in der Vorgeschichte	
Anzahl der Krampfanfälle im Entzug in der Vorgeschichte	
Gleichzeitiger Medikamentenmissbrauch	(ja=1, nein =0)
– Benzodiazepine	
– Barbiturate	
– Clomethiazol (Distraneurin)	
Regelmäßiger Alkoholkonsum in den letzten vier Wochen	(ja=1, nein=0)
Spiegeltrinker, v. a. in den letzten vier Wochen	(ja=1, nein=0)
Häufige Schlafstörungen in der letzten Woche	(ja=1, nein=0)
Häufige Albträume in der letzten Woche	(ja=1, nein=0)
Unregelmäßige Ernährung in der letzten Woche (vorwiegend alkoholische Getränke, kaum feste Nahrung)	(ja=1, nein=0)
Mehrfaches Erbrechen in der letzten Woche	(ja=1, nein=0)
Untersuchungsbefunde:	
Alkoholspiegel (bei Aufnahme) in Promille	
Trotz Alkoholkonsum (bei > 1 Promille)	(ja=1, nein=0)
– Zittern	
– Erhöhte Schweißneigung	
– Pulsfrequenz > 100	
– Anzahl Krampfanfälle (unmittelbar vor Aufnahme bzw. bei Untersuchung)	
– Polyneuropathie	
– Ataxie	
Elektrolytstörungen:	
– Natrium (< 136 mmol/l)	
– Kalium (< 3,6 mmol/l)	
– Kalzium (< 2,2 mmol/l)	
– Chlorid (< 96 mmol/l)	
	Summe

Nach C. Wetterling, Klinik für Psychiatrie, MUL, Lübeck, 1994

Die Frühdiagnostik einer Alkoholabhängigkeit oder -gefährdung mit entsprechenden Fragebögen oder einer gezielten Anamnese ist einer indirekten laborchemischen Diagnostik aufgrund der höheren Sensitivität vorzuziehen

Kurzinterventionen führen bei bis zu 50 % der untersuchten Patienten zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums

Merkmale von Kurzinterventionen sind:
- nonkonfrontatives Vorgehen,
- Förderung von Zuversicht und Behandlungsbereitschaft
- gemeinsames Festlegen von Behandlungszielen

Begleitende Angststörungen und/oder Depressionen sollten medikamentös und/oder psychotherapeutisch mitbehandelt werden

kamentöse Behandlung eines Alkoholentzugssyndroms sollte symptomgesteuert mithilfe von Alkoholentzugskalen (z.B. AWS „Alcohol withdrawl scale") durchgeführt werden [5, 6, 8].

Ambulanter Entzug und Entwöhnung

Auf Grund der hohen Krankenhauskosten, mangelnder Kapazitäten im stationären Bereich und nicht zuletzt dem Wunsch vieler Patienten entsprechend, sind Versuche unternommen worden, Entzug und Entwöhnung auch ambulant durchführbar zu machen. Hier ist eine genaue Risikoabschätzung bezüglich der Schwere des zu erwartenden Entzugssyndroms notwendig. Dazu wird z.B. in der Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala (LARS, Tab. 2) eine Kombination aus laborchemischen und anamnestischen Daten verwendet. Bei einem Wert von über 5 sollte der Alkoholentzug stationär durchgeführt werden.

Weitere Ausschlusskriterien für einen ambulanten Entzug sind Polytoxikomanie, schwere Entzugssymptome in der Vorgeschichte (epiletische Anfälle, Alkoholdelir, -halluzinose), schwere psychiatrische, internistische oder chirurgische Begleiterkrankungen, schwere kognitive Defizite.

Der Patient sollte motiviert werden, seinen Alkoholkonsum schrittweise zu reduzieren. Eine Medikation, z.B. mit Clomethiazol zur Kupierung der Entzugssymptomatik, ist dann bei einem Absetzversuch nicht indiziert. Gleichzeitig sollte dem Patienten das Aufsuchen einer etablierten Selbsthilfegruppe (Anonyme Alkoholiker, AA; Das Blaue Kreuz; Der Kreuzbund) empfohlen werden.

Zur therapeutischen Relevanz von Selbsthilfegruppen existiert bereits eine gute Datenlage. So wurde z.B. bei Teilnehmern einer ambulanten Kurzzeittherapie, mit regelmäßigem Besuch einer Selbsthilfegruppe der AA, eine siebenfach erhöhte Wahrscheinlichkeit festgestellt, nach zwei Jahren noch abstinent zu sein. Als ein entscheidender Prädiktor für die Aufrechterhaltung der Abstinenz, 24 Monate nach Beendigung der ambulanten Entwöhnungs- und Motivationstherapie, wurde der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe (hier: AA) bezeichnet.

Die Motivation zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann als dritte Hauptsäule der Suchtbehandlung bezeichnet werden. Die Betroffenen lernen in den Selbsthilfegruppen unter „Experten" validierte Selbsthilfestrategien, mit Rückfällen umzugehen, sich zu konfrontieren und – ein Hauptaspekt –, sich gegenseitig zu stützen. Wer einmal an einem „Meeting" der AA oder an einem Treffen einer der beiden anderen genannten Gruppen teilgenommen hat, wird von der Direktheit bei gleichzeitiger Empathie in den Gruppen beeindruckt sein. Die Teilnahme an den Treffen ist kostenlos und freiwillig. Ich kann nur jedem Kollegen, der in der Suchtkrankenhilfe tätig ist, empfehlen, an einem solchen Treffen teilzunehmen. Danach werden Sie Ihren Patienten viel plastischer und eindrücklicher die Vorteile einer Selbsthilfegruppe nahebringen können.

Nach einem unkomplizierten Alkoholentzug, dessen Dauer mit zwei bis maximal vier Tagen angesetzt wird, sollten so genannte Anticravingsubstanzen zur Anwendung kommen. Als „Craving" wird das übermächtige Verlangen das Alkoholikers nach Alkohol bezeichnet. Die aktuelle Datenlage weist auf eine deutlich verringerte Rückfallrate bei Kombination verschiedener therapeutischer Verfahren (z.B. Verhaltenstherapie und Acamprosatgabe) hin.

Inzwischen existiert eine Vielzahl von ambulant durchführbaren suchtspezifischen Kurzzeittherapieprogrammen. Die Abstinenzraten der Teilnehmer nach Ablauf von zwölf Monaten liegen im Durchschnitt bei zirka 55 %. Grundlage der meisten

WHO-Richtlinien

Risikoreicher Konsum

Um einen risikoarmen, gesundheitsverträglichen Konsum zu definieren, wurden von der WHO Richtlinien definiert. Diese orientieren sich an so genannten Standardgetränken. Ein Standardgetränk ist definiert als 0,2 l Bier oder 0,1 l Wein/Sekt. Männer sollten maximal 21 Standardgetränke, Frauen maximal 14 Standardgetränke pro Woche zu sich nehmen.

Info

Alkoholentzugssyndrom

Während eines Alkoholentzugs kommt es bei zirka 40 % der Patienten zum Auftreten eines Alkoholentzugssyndroms.
Bei einem Alkoholentzug kann eine Vielzahl körperlicher und psychischer Symptome auftreten. Aus der angelsächsischen Literatur hat sich der Begriff des „Entzugssyndroms" eingebürgert.
Im einfachen Fall treten somatische Symptome wie Schwitzen, Herzrasen, Blutdruckanstieg und Übelkeit, verbunden mit psychischen Symptomen wie Unruhe, Nervosität, Ängstlichkeit und Schlafstörungen auf. In schweren Ausprägungen kommt es zum Entzugsdelir mit Desorientiertheit, hochgradiger psychomotorischer Unruhe und angstbesetzten Halluzinosen.

Programme ist die motivierende Gesprächsführung. D.h. der Patient soll bezüglich des Erreichens seines Zieles der Abstinenz positiv „verstärkt" werden. Das bedeutet, Lob und Anerkennung für jeden abstinenten Tag mitzuteilen. Zusätzlich werden individuelle Versuchungs- und Konfliktsituationen und deren Lösung besprochen. Ziel ist es, dem Patienten neue Lösungsstrategien für das psychosoziale Problemfeld „Alkohol" an die Hand zu geben und über Feedback-Runden im Therapieverlauf einzuüben.

Bewährte Substanzen zur medikamentösen Rückfallprophylaxe sind die folgenden Medikamente:

Acamprosat als Anticravingsubstanz zur Rückfallprophylaxe. Auch während eines kurzfristigen Rückfalls sollte das Medikament nicht abgesetzt werden. Die übliche Tagesdosis liegt bei 3 x 2 Kapseln à 330 mg. Häufigste Nebenwirkungen: Durchfall, Übelkeit, Erbrechen.

Naltrexon ist als Anticravingsubstanz in Deutschland (im Gegensatz zu z.B. Österreich und den Niederlanden) für diese Indikation nicht zugelassen und deshalb nur im Rahmen eines gut dokumentierten ärztlichen Therapieversuchs einsetzbar. Die übliche Tagesdosis liegt bei 50 mg (Einmalgabe). Zur Einnahme kann auch in die Praxis bestellt werden, da Aufgrund der langen Rezeptordissoziationshalbwertszeit auch andere Dosierungsschemata möglich sind (100 mg jeden zweiten Tag). Häufige Nebenwirkungen: Erbrechen, Übelkeit, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Antriebsschwäche, Gelenk- und Muskelschmerzen, Angstzustände, Kopfschmerzen.

Disulfiram ist in der Rückfallprophylaxe ebenfalls bewährt. Auf Grund der möglichen schweren bis lebensbedrohlichen Wechselwirkungen sollte die Anwendung nur in stationären oder ambulanten Suchteinrichtungen (spezielle Suchtambulanzen) erfolgen [5, 8, 9, 16].

Wichtiger Bestandteil der Entwöhnungstherapie ist auch die Angehörigenarbeit. Wie bereits erwähnt kommt es bei Angehörigen von Alkoholkranken überzufällig häufig zur Ausprägung psychischer Störungen. Diesem Phänomen hat z.B. die Organisation der AA Rechnung getragen, die Gruppen für erwachsene Angehörige und Kinder von Alkoholabhängigen anbietet (Al-Anon). Grundlagen dieser Angehörigenarbeit sind:

- Aufheben der sozialen Isolation, in die sich Angehörige von Alkoholikern aus Scham oder Peinlichkeitsgefühlen oft begeben.
- Förderung von eigenen gesundheitsverbessernden Verhaltensweisen des oft durch die permanente Sorge um das alkoholkranke Familienmitglied aufgezehrten Angehörigen.
- Eingeständnis der Hilflosigkeit gegenüber der Abhängigkeitserkrankung, um dem unter Angehörigen der Alkoholerkrankten verbreiteten „Helfersyndrom" und der „Koabhängigkeit" entgegenzuwirken.

Angehörige & Umfeld

Koabhängigkeit

Unter Koabhängigkeit ist die Bereitschaft eines Angehörigen des Suchtkranken zu verstehen, das eigene Leben völlig auf den Erkrankten auszurichten. Eigene Bedürfnisse und Ziele werden denen des Erkrankten untergeordnet. Die Sorge und das Bemühen um den Kranken nehmen einen zentralen Platz im Leben des Betroffenen ein. Der Angehörige wird von der Erkrankung des Betroffenen als Sinn vermittelndes Element für das eigene Leben „abhängig" und unterstützt die Abhängigkeitserkrankung des Betroffenen deshalb bewusst oder unbewusst.

Möglichkeiten der adjuvanten Akupunkturbehandlung

Inzwischen haben auch komplementärmedizinische Verfahren in die Suchtkrankenhilfe Einzug gehalten, obwohl diese nicht nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin abgesichert sind. So liegen erste Berichte über eine Akupunkturbehandlung von Alkoholabhängigen bereits aus den 1970er-Jahren vor [10]. Die standardisierte Anwendung von Akupunktur in der heutigen Entzugs- und Entwöhnungstherapie basiert meist auf einem einfachen Schema bestimmter Akupunkturpunkte in der Ohrmuschel und am Körper. Dieses Schema wurde vom US-amerikanischen Psychiater *Michael Smith* bereits in den 1980er-Jahren entwickelt. Es wird während eines akuten Entzugs bestenfalls täglich und während der Entwöhnungsphase einmal pro Woche, auch in ambulanten Gruppen, durchgeführt. Das Schema ist in suchtspezifischen Wochenendkursen für nicht ärztliches medizinisches Personal z.B. bei der Deutschen Sektion der NADA (National Acupuncture Detoxification Association) oder für ärztliches Personal z.B. bei weiterbildungsermächtigten Kollegen oder der DÄGfA (Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur) zu erlernen. Wiederholt ließen sich Studienergebnisse reproduzieren, die auf eine die Schwere des Entzugs und des „Cravings" abmildernde Wirkung hinweisen [11]. Auch die motivationale Komponente der Anwendung eines Verfahrens der so genannten Alternativmedizin für den Patienten darf nicht außer Acht gelassen werden. Die adjuvante Akupunkturbehandlung hat inzwischen in die aktuelle

Die Gabe von Ethylalkohol zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms ist ein Kunstfehler

Bei einem Wert >5 auf der LARS-Skala sollte der Entzug stationär erfolgen

Als „Craving" wird das übermächtige Verlangen des Alkoholikers nach Alkohol bezeichnet

Anticraving-substanzen zur medikamentösen Rückfallprophylaxe sind:
- Acamprosat
- Naltrexon (Off-Label)
- Disulfiram (nur in speziellen Suchtambulanzen)

Angehörigenarbeit ist wichtiger Bestandteil der Entwöhnungstherapie

Literatur zur modernen Suchttherapie [13], in verschiedene Suchtkliniken (z.B. Suchtabteilung des Bezirkskrankenhauses Haar bei München) und in ambulante Behandlungsprogramme Einzug gehalten. Trotzdem muss erwähnt werden, dass die Studienlage noch keine abschließende Würdigung einer objektiven Akupunkturwirkung in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit oder des -missbrauchs zulässt. Es liegen zwar Studien vor, die zum einen positive Effekte der Akupunktur bezüglich der Rezidivprophylaxe zeigen. Zum anderen wurden Studien publiziert, die keinen Nachweis einer Akupunktur in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch erbringen konnten [12, 14, 15].

Tätigkeitsfeld für den niedergelassenen Facharzt

Da die meisten allgemeinmedizinisch/internistisch tätigen Kollegen über keinerlei Ausbildung im suchtärztlichen Fachbereich verfügen, eröffnet sich für unsere Berufsgruppe hier ein interessantes Betätigungsfeld. Von betriebs- und volkswirtschaftlicher Seite ist das ökonomische Problem des Alkoholismus schon in den 1970er-Jahren erkannt worden. Die Ausfallkosten (zirka 20 Milliarden Euro pro Jahr durch die entsprechenden Fehlzeiten, verminderte oder fehlerbehaftete Arbeitsleistung, Arbeitsunfälle, Krankheitskosten, vorzeitige Erwerbsunfähigkeit etc.) sind gut evaluiert. In den meisten großen Unternehmen (z.B. Deutsche Telekom, BMW, Siemens) sowie in der städtischen und staatlichen Verwaltung wurden Betriebsvereinbarungen zum Umgang mit abhängigkeitserkrankten Arbeitnehmern implementiert. Diese beinhalten ein differenziert abgestuftes Instrumentarium an Beratungs-, Hilfe-, aber auch Sanktionsmöglichkeiten. Motivation für die Unternehmen und Verwaltung, diese Betriebsvereinbarungen zu implementieren und zu pflegen, ist sicherlich auch der arbeitsrechtliche Aspekt. Eine Alkoholabhängigkeit gilt als Erkrankung (Urteil des Bundessozialgerichts 1968: Alkoholismus wurde erstmalig als „Sucht-Krankheit" bezeichnet), ist also per se kein Kündigungsgrund. Bei einem erkrankten Arbeitnehmer obliegt dem Arbeitgeber sogar eine besondere „Fürsorgepflicht" (hierzu Urteile verschiedener Landesarbeitsgerichte, z.B. LAG Köln 1992, LAG München 1987, LAG Düsseldorf 1988 vor). Auch in unfallgefährdeten Bereichen eines Betriebs erlauben die entsprechenden Unfallverhütungsvorschriften (z.B. Unfallverhütungsvorschrift § 38, Abs. 2) zwar ein „Arbeitsverbot", das von Vorgesetzten sogar ausgesprochen werden muss, um nicht in die Mithaftung zu geraten, jedoch keine „Entfernung aus dem Betrieb", sprich Kündigung. Was liegt also näher, als unsere fachärztliche Kompetenz in der Beratung, gerade mittelständischer Unternehmen, bei Ausarbeitung, Einführung und Durchführung einer entsprechenden, auf die Möglichkeiten des jeweiligen Betriebs zugeschnittenen Betriebsvereinbarung einzubringen? So kann die immens wichtige Prophylaxe des Alkoholismus zusätzlich vorangebracht werden [17]. ■

Literatur unter www.derneurologe-psychiater.de

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Lukowski
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Suchtmedizinische Grundversorgung (BLÄK)
Akupunktur (BLÄK)
Destouchesstr. 1, 80803 München

Fazit für die Praxis:

- **In Deutschland gelten 1,6 Mio. Menschen als alkoholabhängig, 2,7 Mio. betreiben Alkoholmissbrauch und 4,9 Mio. zeigen ein riskantes Alkoholkonsummuster.**
- **In der Frühdiagnostik sind die gezielte Anamnese und/oder spezifische Fragebögen laborchemischen Parametern vorzuziehen.**
- **Strukturierte Kurzinterventionen führen bei bis zu 50% der Patienten zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums.**
- **Begleitende Angststörungen und/oder Depressionen sollten medikamentös mitbehandelt werden.**
- **Nur wenn das Risiko eines zu erwartenden schweren Entzugssyndroms hoch ist (LARS > 5), sollte der Entzug stationär erfolgen.**
- **Zur Rückfallprophylaxe sind eine psychotherapeutische Intervention sowie Anticravingsubstanzen indiziert.**

Selbsthilfe & Weiterbildung

Infos für Betroffene und Angehörige:

Anonyme Alkoholiker: 0 89/31 69 500, www.anonyme-alkoholiker.de
Angehörige und Kinder: www.al-anon.de
Das Blaue Kreuz: www.blaues-kreuz.de
Der Kreuzbund: www.kreuzbund.de
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: 0 23 81/ 90 15-0, www.dhs.de

Ausbildung in Suchtakupunktur:

Weiterbildungsermächtigte Ärzte (siehe Verzeichnis der entsprechenden Landesärztekammern);
Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur (DÄGfA): Tel. 0 89/710 05-11, www.daegfa.de;
NADA: www.nada-akupunktur.de