

# Frühintervention bei Alkoholproblemen – Eine sinnvolle Investition in die Zukunft

Peter Lang, Volker Weissinger, Gisela Marsen-Storz

Suchterkrankungen und übermäßiger Substanzgebrauch stellen nach wie vor ein gesundheitspolitisches Problem ersten Ranges dar. Allein im Bereich der legal gehandelten Substanzen mit Abhängigkeitspotential rechnet in Deutschland man in der Altersgruppe der 18-59-jährigen Erwachsenen mit

- 1,5 Millionen Menschen, die alkoholabhängig sind,
- 2,4 Millionen Menschen, deren Alkoholkonsum die Grenze zum Missbrauch überschreitet,
- 1,4 Millionen Medikamentenabhängigen,
- 5,8 Millionen starken Rauchern (Zigarettenkonsum von >20 Zigaretten im Tagesdurchschnitt), davon etwa 3,9 Millionen Raucher und Raucherinnen, die an einer Tabakabhängigkeit leiden (Kraus, Augustin 2001)

Das Robert Koch-Institut (Bergmann, Horch 2000) schätzt die direkten und indirekten Kosten der durch übermäßigen Alkoholkonsum verursachten Morbidität und Mortalität in Deutschland auf über 20 Milliarden Euro pro Jahr. Hauptkostenfaktor bildet die erhöhte Mortalität durch Alkohol, die mit einem Kostenanteil von 6,8 Milliarden Euro in die Berechnung eingeht. Dieser Betrag wird bilanziert auf der Grundlage von jährlich ca. 42.000 Verstorbenen und damit einhergehenden etwa 900.000 verlorenen Lebensjahren sowie 285.000 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren.

## Suchtbehandlung lohnt sich

Im Jahr 1995 wurden von der gesetzlichen Rentenversicherung, dem Hauptleistungsträger der Suchtbehandlung in Deutschland, nur für Alkoholabhängige 26.245 stationäre und 5.793 ambulante Behandlungen finanziert. Die Ausgaben der Rentenversicherungsträger für medizinische und ergänzende Rehabilitationsleistungen im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen beliefen sich im Jahr 1999 auf insgesamt etwa 436 Millionen Euro (Müller-Fahnow et.al. 2002).

Angesichts der Erfolgsquoten in der Suchtbehandlung und dem damit verbundenen wirtschaftlichen Nutzen für die Renten- und Krankenversicherung sowie für den Arbeitsbereich stellt die Suchtrehabilitation eine wichtige Investition in die Zukunft dar, die durch die nachfolgen-

de Ergebnisübersicht eindrücklich untermauert wird:

- Die katamnestiche Erfolgsquote (Klinikübergreifende FVS-Katamnese, Entlassjahrgang 1998) nach DGSS 1 (alle erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung) betrug für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten 75,8% (davon durchgängig abstinent 66,1%), nach DGSS 4 (alle Patienten, Nichtantworter als rückfällig bewertet) 49,8% (davon durchgehend abstinent 43,2%)
- Im Erwerbsleben verblieben sind 5 Jahre nach der stationären Suchtrehabilitationsmaßnahme (Rehabilitanden des Jahres 1992, Angestellten- und Arbeiterrentenversicherung) 79% der Behandelten (eine lückenlose Beitragszahlung weisen 50% der Behandelten auf).
- Die Frühberentung von Alkoholkranken (im Jahr 1999 waren das etwa 5.300 Personen im Durchschnittsalter von 49 Jahren) führt zu Gesamtausgaben der Rentenversicherung von ca. 550 Millionen Euro (bis zum Erreichen der Altersgrenze). Während die Frührente pro Person ca. 100.000 Euro kostet, werden für eine Suchtbehandlung etwa 11.000 Euro aufgewendet. Angesichts der hohen Erfolgsrate der Suchtbehandlung würde eine verstärkte Inanspruchnahme von Behandlung in dieser Personengruppe zu erheblichen Einspareffekten führen.
- Eine Studie der Bundesknappschaft zeigte bei einem Vergleich von Patienten einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige (N = 84) einen deutlichen Rückgang der Arbeitsunfähigkeit sowie der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nach der Entwöhnungsbehandlung. Im Vergleich der Angaben von zwei Jahren vor und fünf Jahren nach der Behandlung ließen sich die folgenden Effekte nachweisen: Rückgang der Arbeitsunfähigkeits-Tage bei suchtbedingten Erkrankungen um 75,3% und ein Rückgang der Krankenhaustage um 76,7%.

Der Erfolg der Rehabilitation schlägt sich aber nicht nur in den Zahlen der Leistungsträger und in Indikatoren des Erwerbslebens nieder. Angesichts des hohen Nutzens der Suchtrehabilitation für die Betroffenen selbst und ihre Familien sollte eine Erhöhung der Inanspruchnah-

me der Suchtrehabilitation begrüßt werden.

## Je früher desto besser

Dringend erforderlich ist der Ausbau der Frühintervention im akutmedizinischen Bereich, d.h. bei niedergelassenen Ärzten und in Krankenhäusern, sowie die stärkere Verknüpfung dieser Einrichtungen mit der Suchtkrankenhilfe (vgl. Wienberg & Driessen, 2001). Zielsetzung sollte es dabei sein,

- nicht nur Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit sondern auch Patienten mit riskantem und schädlichem Trinkverhalten in Hinblick auf eine Reduzierung des Alkoholkonsums im akutmedizinischen Bereich qualifiziert zu beraten,
- rehabilitationsbedürftigen Menschen frühzeitig die Inanspruchnahme einer fachgerechten suchtspezifischen Behandlung zu ermöglichen.

Aus der klinikübergreifenden Basisdokumentation für das Jahr 2000 des Fachverbandes Sucht wird deutlich, wie viel Zeit bis zur Behandlung verstreicht: Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer vor Antritt einer stationären Entwöhnungsbehandlung betrug nicht weniger als 12 Jahre. Es ist davon auszugehen, dass sich für die Beratung und Behandlung dieser Patienten sehr viel früher eine Möglichkeit im medizinischen Versorgungssystem bietet. Die Studie von Rumpf et al. (2000) zeigt, dass im Verlauf eines Jahres 80% der Alkoholabhängigen einen Hausarzt, praktischen Arzt oder Internisten aufgesucht haben und 24,5% einen Krankenhausaufenthalt hinter sich hatten. Von den aktuell Alkoholabhängigen hatten 71% allerdings keinerlei Kontakt zu suchtspezifischen Hilfeeinrichtungen (vgl. auch John et al., 1996). In welchem geringen Maß Alkoholabhängige von den Hilfeeinrichtungen erreicht werden können, verdeutlichen auch die von Wienberg (2001) vorgelegten Zahlen. Nach seiner Schätzung werden von den Suchtberatungsstellen nur etwa 7% und von den Fachkliniken nur etwa 1,7% der Alkoholabhängigen beraten und behandelt. Darüber hinaus wird durch Angebote der psychosozialen-psychiatrischen Versorgung eine weitere Teilgruppe erreicht. Hierbei handelt es sich unter anderem um die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Alkoholkranken.

## Weiterqualifizierung der Ärzte

Patienten, bei denen sich noch keine Alkoholabhängigkeit entwickelt hat, die aber durch einen schädlichen oder missbräuchlichen Alkoholkonsum auffallen, werden im akutmedizinischen Bereich bisher kaum auf ihren Konsum hin angesprochen und von der Suchtkrankenhilfe nicht erreicht. Um Patienten mit Alkoholproblemen frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln, sollte die Qualifikation der niedergelassenen Ärzte dahingehend ergänzt werden, dass sie in der Lage sind, diagnostische Instrumente und Screening-Verfahren zur Abgrenzung von risikoarmem oder riskantem Konsum, Missbrauch oder Abhängigkeit einzusetzen. Darüber hinaus sollten die Beratungs- und Vermittlungskompetenzen der Ärzte gefördert und die Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gestärkt werden.

Um den Anforderungen der Ärzte in der Suchtberatung Rechnung zu tragen, hat die Bundesärztekammer im September 1998 die „Fachkunde suchtmmedizinische Grundversorgung“ eingeführt. Diese Regelung ist mittlerweile in den meisten Landesärztekammern in entsprechende Fort- und Weiterbildungsprogramme umgesetzt worden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat das Thema „Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen“ zum Anlass genommen, in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer den Beratungsleitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ zu erarbeiten und herauszugeben. Die auf eine Initiative des Fachverbandes Sucht und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) hin entwickelten Materialien liegen seit Ende Dezember 2001 vor und können bei der BZgA angefordert werden.

Zielsetzung des Leitfadens ist es, den niedergelassenen Ärzten

- eine übersichtliche Darstellung der für die Praxis nützlichen Fachinformationen zum Thema Alkoholkonsum zu geben;
- praktikable, einfach zu handhabende Diagnoseinstrumente zu vermitteln;
- ein Repertoire von aufeinander aufbauenden Interventionsschritten darzustellen, die in einem realistischen Zeitrahmen im Praxisalltag durchzuführen sind;
- Techniken der Gesprächsführung zusammenzufassen;
- Informationen zur Weitervermittlung von Patienten zur Verfügung zu stellen.

## Aufbau des Beratungsleitfadens „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“

Der Beratungsleitfaden gliedert sich im wesentlichen in drei Teile: Diagnostik, Techniken der Gesprächsführung und Interventionskonzept.

### Diagnostik

Viele Patienten mit Alkoholproblemen bleiben in der Praxis unerkannt. Mit Hilfe relativ einfacher Screening-Verfahren kann abgeklärt werden, ob die Behandlung eines Alkoholproblems notwendig ist. Zur systematischen Erkennung von Patienten sollten Screenings routinemäßig durchgeführt werden. Für den Einsatz in der Praxis des niedergelassenen Arztes haben sich die Kombination aus der Ermittlung der Trinkmenge, den Angaben aus dem CAGE- oder LAST-Fragebogen sowie die Fragen zur Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 bewährt. Da kein einzelnes Merkmal einen sicheren Schluss auf die Alkoholproblematik erlaubt, ist es notwendig, ein Mosaik von Angaben des Patienten, körperlichen Merkmalen und Laborindikatoren zusammenzufügen, um eine sichere Diagnose zu erstellen.

- Zur Ermittlung der **Trinkmenge** wird der durchschnittliche Alkoholkonsum berechnet, wobei eine Trinkmenge von 20 g Alkohol für Frauen und von 30 g für Männer die kritische Grenze darstellt. Dies entspricht internationalen Empfehlungen, die diese Menge als Grenze für alkoholische Getränke bei **gesunden** Personen festlegen. Darüber hinaus gibt es eindeutige Hinweise, dass bei einzelnen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko bereits unterhalb dieser Trinkmenge besteht (British Medical Association 1995; s. auch Bühlinger et al. 2000).
- Der **CAGE-Fragebogen** umfasst lediglich vier Items (Frage zur Reduktion des Alkoholkonsums, zu Ärger über Kritik am Trinkverhalten, Schuldgefühlen und Trinken am Morgen). Zwei oder mehr Ja-Anworten signalisieren schädlichen oder abhängigen Alkoholkonsum (Mayfield et al. 1979; McIntosh et al. 1994).
- Die **ICD-10 Fragen zur Alkoholabhängigkeit** beinhalten 6 Diagnosekriterien (u.a. Dosissteigerung und verminderte Kontrollfähigkeit). Treffen mindestens drei der Kriterien (im Zeitraum des letzten Jahres) zu, liegt eine Abhängigkeitserkrankung vor (Dilling et al. 1993).

Anhand der Patientenangaben und ggf. zusätzlichen Laborangaben lassen sich 4 Konsummuster unterscheiden, die spezifische Interventionen notwendig machen:

- **Risikoarmer Alkoholkonsum:** Alkoholmenge < 20 g/Tag (bei Frauen) oder < 30 g/Tag (bei Männern).
- **Riskanter Alkoholkonsum:** Alkoholmenge  $\geq$  20 g/Tag (Frauen) oder  $\geq$  30 g/Tag (Männer) aber keine Auffälligkeiten im CAGE oder bei ICD-10.
- **Schädlicher Alkoholkonsum (Alkoholmissbrauch):** Riskante Alkoholmenge; im CAGE auffällig, aber nicht nach ICD-10.
- **Alkoholabhängigkeit:** Riskante Alkoholmenge und auffällig nach ICD-10.

### Techniken der Gesprächsführung

Wie kann mit einem möglichst effektiven Beratungsaufwand eine notwendige Verhaltensänderung erreicht werden? Unter dieser Fragestellung haben in den letzten Jahren zwei Modelle in der Beratung zur Verhaltensänderung besondere Beachtung gefunden: Zum einen die von Miller und Rollnick entwickelte „Motivierende Gesprächsführung“ (1991 [dt. Ausgabe 1999]) und zum anderen das Modell der Verhaltensänderung („Transtheoretische Modell“) von Prochaska et al. (1994, siehe auch Heidenreichs & Hoyers, 2001).

Ziel der Motivierenden Gesprächsführung ist es, mit kurzen, aber zielorientierten Beratungsgesprächen eine Änderung problematischer Verhaltensweisen zu erreichen. Im Gesprächsverlauf soll die Bereitschaft des Patienten zu einer Verhaltensänderung möglichst erhöht und Ablehnung sowie Widerstand gegen die eine Veränderung weitestgehend reduziert werden. Um dies zu erreichen sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung: Eine empathische, verstehendes Gesprächshaltung auf Seiten des Arztes und das Stärken vorhandener Fähigkeiten zur Verhaltensänderung auf Seiten des Patienten.

Verdienst der Arbeitsgruppe von Prochaska et al. (1994) ist es darauf hingewiesen zu haben, dass die Motivation zur Änderung eines Verhaltens sich in mehreren Schritten – von einem Stadium der „Absichtslosigkeit“ bis hin zu einer „Stabilen Verhaltensänderung“ – entwickelt. Dieser Veränderungsprozess ist häufig nicht linear, sondern es kommt zu Rückschritten und Rückfällen in alte Gewohnheiten. Beratung wird umso erfolgreicher, je genauer sie sich an den Stadien der Verhaltensänderung orientiert.

Beide theoretischen Konzepte haben sich in der Praxis bewährt und bilden die Grundlage für die Kurzintervention. Wichtige und akzeptable Ziele der Intervention können hierbei sein: eine deutliche Reduktion des Alkoholkonsums, die Initiierung des Ausstiegs aus einem problematischen Konsummuster, die Sicherung neuer gesundheitsorientierter Verhaltens-

weisen oder – bei Bedarf – die Vermittlung in weiterführende suchtspezifische Beratungs- und Behandlungsinstitutionen bzw. Selbsthilfegruppen.

### Das Interventionskonzept

Für jede der vier diagnostisch ermittelten Konsumgruppen sollten differenzierte Interventionsstrategien genutzt werden, die im Folgenden kurz beschrieben werden. Grundsätzlich lässt sich der Interventionsablauf in die Einzelschritte Vermittlung des Diagnoseergebnisses, Förderung der Änderungsbereitschaft, Entwicklung der Änderungskompetenz sowie Begleitung und Nachsorge gliedern.

#### **Intervention: Risikoarmer Konsum**

Hat die Befragung der konsumierten Alkoholmenge ergeben, dass die durchschnittliche Trinkmenge weniger als 20g/Tag reiner Alkohol (Frauen) bzw. 30g/Tag (Männer) liegt, ist der Alkoholkonsum als risikoarm zu bezeichnen. Patienten sollten darauf hingewiesen werden, diese Trinkmenge auf Dauer möglichst nicht zu überschreiten. Aufgrund der geringeren Menge an Körperflüssigkeit sind die genannten Grenzen für ältere Menschen sogar noch niedriger anzusetzen.

Darüber hinaus legen bestimmte Lebenssituation wie z.B. Schwangerschaft oder die Einnahme alkoholsensitiver Medikamente den deutlichen Hinweis auf einen absoluten Alkoholverzicht nahe. (Für die Beratung zum Alkoholverzicht in der Schwangerschaft ist ein gesondertes Beratungsmanual durch die BZgA entwickelt worden, das ebenfalls mit dem beiliegenden Formular bestellt werden kann.)

#### **Intervention: Riskanter Konsum**

Die detaillierte Rückmeldung über die Einschätzung des riskanten Alkoholkonsums ist von Bedeutung, da es dem Patienten zum Anlass genommen werden kann, über sein gegenwärtige Trinkverhalten kritisch zu reflektieren. Ziel der Diagnosevermittlung ist es nicht, den Patienten mit einem pathologischen Etikett zu konfrontieren, sondern ihm die diagnostische Beurteilung möglichst transparent und plausibel zu vermitteln.

Unter dem Aspekt der Förderung der Änderungsbereitschaft und der Stärkung der Änderungskompetenz ist es sinnvoll, eine Empfehlung zur Reduzierung der Trinkmenge auszusprechen und mit dem Patienten die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung mit dem Ziel zu diskutieren, eine Entscheidung über das weitere Trinkverhalten zu treffen. Nach Möglichkeit sind Trinkziele festzulegen und gemeinsam Strategien zu entwickeln, wie die Ziele erreicht werden können.

#### **Intervention: Schädlicher Konsum (Alkoholmissbrauch)**

Grundsätzlich ist auch beim schädlichen Gebrauch von Alkohol das Ziel, auf ein gesundheitlich unbedenkliches Trinkverhalten beim Patienten hinzuwirken.

Mit Hilfe eines Trinktagebuches kann das Problembewusstsein des Patienten aktiv gefördert werden. Er wird zu einer Objektivierung seines Konsumverhaltens angehalten und ist damit auch in der Lage, die genauen Umstände des Alkoholkonsums zu erkennen sowie besondere Risikofaktoren zu identifizieren.

Ist die Entscheidung zur Änderung des Alkoholkonsums getroffen, ist die gemeinsame Erstellung eines Veränderungsplans mit Zielvereinbarungen eine gute Grundlage zur Erfolgsbewertung. Die präzise Erfassung von Risikosituationen und das Erlernen neuer Verhaltensweisen in Reaktion auf identifizierten Risikofaktoren bestimmt maßgeblich das Ergebnis der Behandlung. Neben der Vermittlung von Trinkregeln (z.B. kein Alkohol vor 17 Uhr; Abstinenz an ein bis zwei Tagen pro Woche) und Verhaltenskompetenzen an den Patienten sollten auch untersucht werden, inwiefern das soziale Umfeld – Partner, Familie – zur Erreichung der Trinkziele mit einzubeziehen ist.

#### **Intervention: Alkoholabhängigkeit**

Es sollte nicht entmutigen, wenn Patienten nicht bereit sind, sofort aktiv zu werden und ihren Alkoholkonsum zu ändern. Entscheidungen zur Verhaltensänderung gehen oft mit schwankender Motivation und Unschlüssigkeit einher. Dies ist häufig bei Abhängigen der Fall, die noch keine Änderungsperspektiven erkennen können oder wollen. Einige Patienten sind trotz gezielter Gespräche nicht bereit, eine grundlegende Änderung ihres Konsumverhaltens anzustreben bzw. sich auf weitergehende therapeutische Hilfen einzulassen. Auch bei diesen Patienten ist es wichtig, die Kontinuität der Behandlung zu sichern, die aktuellen gesundheitlichen Probleme zu behandeln, um weitere körperliche Folgeschäden zu verhindern bzw. abzumildern.

Falls der Patient bereit ist, sich von seiner Abhängigkeit zu lösen, werden konkrete Hilfen und Empfehlungen erwartet.

- Es sollte zunächst auf einen körperlichen Entzug hingewirkt werden.
- Auf Möglichkeit der Beratung durch Beratungsstellen sowie auf Angebote zur Entwöhnungsbehandlung sollte hingewiesen werden. Je nach Indikationsstellung kann die Behandlung stationär oder ambulant erfolgen. In einzelnen Regionen existieren auch bereits teilstationäre Angebote.

- Vermittlung von Selbsthilfeangeboten (Informationen zu regionalen Beratungs- und Hilfsangeboten sind z.B. über das BZgA-Beratungstelefon zur Suchtprävention unter der Nummer 02 21 / 89 20 31 erhältlich.)

Für Patienten, die erfolgreich ihr Trinkverhalten ändern, ist es wichtig, dass sie die Vorteile ihrer Verhaltensänderung als Verbesserung ihrer Lebensqualität wahrnehmen. Von ärztlicher Seite kann dazu beigetragen werden, indem Patienten bei jedem Besuch für ihre Fortschritte Anerkennung finden und in ihren Änderungsbemühungen bestärkt werden. Hierzu gehört auch der konstruktive Umgang mit Rückfällen (Kruse et al. 2000).

#### **Broschüre „Alles klar?“**

Zur Unterstützung des ärztlichen Beratungsgesprächs ist die Broschüre „Alles klar? – Tipps und Informationen für den für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol“ entwickelt worden, die ebenfalls über die BZgA bezogen werden kann. Sie fasst die wesentlichen Informationen zum Thema Alkohol zusammen und soll möglichst im direkten Gespräch an die Patienten weitergegeben werden. Anhand eines Selbsttests können Patienten für sich klären, ob sie einen risikoarmen, riskanten, schädlichen oder abhängigen Alkoholkonsum aufweisen. Die Broschüre zeigt Wege auf, wie Menschen riskante Trinkgewohnheiten dauerhaft verändern können. Weitere wichtige Elemente zur Selbsthilfe sind Hinweise zu Entspannungstechniken, zum Umgang mit Konflikten sowie ergänzende Beratungs- und Hilfsangebote.

## Perspektiven

Der Leitfaden zur Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen schafft Voraussetzungen für den niedergelassenen Arzt, den Umgang mit einer schwierigen Patientengruppe fachlich fundiert und lösungsorientiert zu gestalten. Allerdings wird sich bei allem Pragmatismus ein gewisser Zeitaufwand für den Arzt nicht vermeiden lassen. Das Erreichen der mit dem Leitfaden verbundenen Zielsetzungen, hängt nicht zuletzt auch davon ab, ob es gelingt, diesen Aufwand in das anerkannte Leistungsspektrum des Arztes zu integrieren.

Der Leitfaden richtet sich primär an niedergelassene Ärzte, insbesondere an Hausärzte. In der Praxis könnte er jedoch auch eine Brücke zum suchtspezifischen Hilfesystem schlagen, indem er die Verständigung zwischen den Versorgungsbereichen fördert und die positiven Möglichkeiten, die für beide Seiten mit einer Zusammenarbeit verbunden sind, herausarbeitet.

**Literatur:**

Bergmann, E., Horch, K.: Ökonomische Bewertung von gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums, *Sucht* aktuell 2/2000: 14-18

British Medical Association (1995) Alcohol: Guidelines on sensible drinking. British Medical Association: London.

Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al. (2000) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen In Deutschland. Band 128 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag: Baden-Baden.

Dilling H, Mombour W, Schmidt HM (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Huber Verlag: Bern.

Heldenreichs T & Hoyer J (2001) Stadien der Veränderung bei Substanzmissbrauch und -abhängigkeit: Eine methodenkritische Übersicht. *Sucht* 47 (3): 158-170.

John U, Hapke U, Rumpf H.-J., Hill A, Dilling H (1996) Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Band 71 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Kraus, L., Augustin, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, *Sucht* 47 (Sonderheft 1): S. 3-86

Kruse G, Körkel J, Schmalz U (2000) Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Mayfield D, McLeod G, Hall P (1979) The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 131: 1121-1123.

McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ (1994) Screening for hazardous drinking. Using the CAGE and measures of alcohol consumption in family practice. *Can Fam Physician* 9 (40): 1546-1553.

Miller WR, Rollnick S (1999) Motivierende Gesprächsführung – Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i.Br.: Lambertus Verlag.

Müller-Fahnow, W. et al. (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven, DRV-Schriften Band 32

Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC (1994) *Changing for Good*. New York: William Morrow and Company.

Rumpf H.-J. et al. (2000): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bei Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der Tacos-Bevölkerungsstudie, *Sucht* 46: 9-17

Wienberg G (2001): Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil V: Bilanz und Perspektiven. In Wienberg G, Driessen M (Hrsg.) *Auf dem Wege zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 318-332.

Wienberg G, Driessen M (Hrsg.) (2001) *Auf dem Wege zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

**Korrespondenzadresse:**

Peter Lang  
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
 Ostmerheimer Straße 220  
 D-51109 Köln  
 Tel.: 02 21 / 89 92 - 0  
 Fax: 02 21 / 89 92 - 300  
 E-mail: Lang@bzga.de

**Literaturhinweise . . .**

**John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J.: Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA) Göttingen 2001, Bestell-Nr.: 0115901, Euro 52**

Über die valide Diagnostik einer Alkoholabhängigkeit hinaus gibt es in klinischer Forschung und Praxis den Bedarf, die Schwere der Alkoholabhängigkeit zu bestimmen. Anhand der Unterscheidung von Schweregraden lassen sich Merkmale für die differenzielle Behandlungsindikation überprüfen und Indikationsmerkmale für Therapien verfeinern. Mit der Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit wird ein Instrument zur Feststellung von Ausprägungen aufgrund von Selbstaussagen der Probanden über Symptommhäufigkeiten festgestellt. Das Testverfahren enthält ein Manual sowie den Fragebogen, der sich aus 33 Fragen zu den letzten Trinkgewohnheiten zusammensetzt.

**Tretter, F., Müller, A., (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht, Göttingen 2001, ISBN 3-8017-1450-0, Euro 46,95**

Das Buch gibt einen Überblick über psychologische Aspekte der Sucht und Einblicke in die psychologische Vielschichtigkeit des Phänomens Sucht. Im ersten Teil werden Grundlagen zur Sucht (Ursachenmodelle, Drogeneffekte, Epidemiologie, systemisch-kybernetische Modellansätze, Prävention) dargestellt. Es folgen Beiträge zur Diagnostik und Interaktion. Im dritten Teil wird die Therapie bei Alkohol-, Drogen-, Nikotin- und Glücksspielabhängigkeit

sowie bei Essstörungen dargestellt. Kapitel zur Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht, zum Rückfallmanagement, zur Therapieevaluation und zu medizinischen Aspekten der Suchttherapie runden den Band ab. Das Buch bietet insgesamt eine fundierte Basis für Psychologen, Psychotherapeuten und weitere Berufsgruppen zur Beratung, Prävention und Behandlung der Suchtstörungen.

**Backmund, M. (Hrsg.): SuchtTherapie Grundlagen – Klinik – Standards, Leitfaden für Praxis und Fortbildung, Landsberg, 1999, ISBN 3-609-70450-0, Euro 84.**

Das Werk wird als Loseblattwerk mit Aktualisierungsservice vertrieben. Es wendet sich als Nachschlagewerk insbesondere an Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik, bietet jedoch darüber hinaus auch für andere Berufsgruppen sowie Betroffene umfangreiche Informationen zu verschiedenen Aspekten der Sucht. Hierzu gehören u.a.:

- Begriffsbestimmungen und Definitionen von Sucht und Abhängigkeit
- Wirkungen der Drogensubstanzen
- Diagnostik
- Physiologische und psychologische Vorgänge des Suchtgeschehens
- Suchtentstehungsmodelle
- Medizinische Therapiemöglichkeiten
- Sucht und Psychotherapie

- Notfallversorgung Suchtkranker
- Folgestörungen psychotroper Substanzen
- Rechtliche Aspekte und Zuständigkeiten
- Suchttherapie an ausgewählten Beispielen.

**Lindenmeyer, J.: Der springende Punkt – Stationäre Kurzintervention bei Alkoholmissbrauch, Lengerich 2001, ISBN 3-935357-39-7, Euro 20,00**

Eine Vielzahl von Studien belegt übereinstimmend, dass es zwei- bis dreimal so viele Personen mit Alkoholproblemen gibt, bei denen die Kriterien für eine Abhängigkeit (noch) nicht erfüllt sind. Das Versorgungssystem konzentriert sich allerdings einseitig auf die Identifizierung und Behandlung von Alkoholabhängigen. Vor diesem Hintergrund wird ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur stationären Kurzintervention bei schädlichem Alkoholkonsum beschrieben. Dabei wird weder völlige Alkoholabstinenz noch eine bestimmte Trinkmenge als Therapieziel vorgeschrieben. Nach dem Prinzip der Punktabstinenz wird vielmehr gemeinsam mit dem Betroffenen festgelegt, in welchen Situationen er künftig auf Alkohol verzichten oder weiterhin Alkohol trinken will. Das Manual enthält eine detaillierte Beschreibung der therapeutischen Intervention und vermittelt damit unmittelbare Handlungsbeschreibungen für das therapeutische Setting.