

## Gene Suchtursache bei Frauen?

**Endorphine steuern die konsumierte Alkoholmenge**  
Neue Studie der Uni Bonn und des Karolinska-Instituts

Eine bestimmte Genvariante macht Frauen möglicherweise anfälliger für eine Alkoholabhängigkeit. Diesen Schluss legt eine Studie der Universität Bonn und des schwedischen Karolinska-Instituts nahe, wie die Ärzte Zeitung aktuell berichtet. Offenbar gibt es einen Zusammenhang mit einem veränderten Gen des Endomorphinstoffwechsels. Nach den Daten der Studie ist bei Alkoholikerinnen ein Gen des Endorphin-Stoffwechsels häufiger in typischer Weise verändert als bei gesunden Frauen.



Nach Hinweisen aus Versuchen mit Mäusen auf den Zusammenhang zwischen Endomorphin-Spiegel und Alkoholkonsum vor allem bei weiblichen Tieren untersuchten die Forscher Erbanlagen, die im menschlichen Endorphin-Stoffwechsel wichtig sind. Grundlage waren Blutproben von insgesamt knapp 500 Alkoholikerinnen und Alkoholikern auf Auffälligkeiten. Und die Wissenschaftler hatten Erfolg: „Wir konnten zeigen, dass zwei genetische Änderungen im Erbgut von Alkoholikerinnen signifikant häufiger auftauchen als bei gesunden Frauen“, so Dr. Ildikó Rácz vom Bonner Institut für Molekulare Psychiatrie in einer Mitteilung der Universität Bonn. „Was diese Änderungen genau bewirken, wissen wir aber nicht.“ Bei männlichen Alkoholikern hingegen fanden die Wissenschaftler keine Auffälligkeiten, die auf eine Beteiligung der Endorphine hindeuten.

Frauen mit einer bestimmten genetischen Konstellation könnten demnach gefährdeter sein, von Alkohol abhängig zu werden. „Wir schätzen heute den Einfluss der Gene bei dieser Krankheit auf mindestens 50 Prozent“, so Rácz. Die Forscherin warnt aber davor, die Ergebnisse überzubewerten: „Wie stark der Einfluss der von uns gefundenen Genänderungen wirklich ist, können wir erst nach weiteren Studien beurteilen.“ Immerhin scheint bereits jetzt ein wenig klarer, dass die auch als Glücks-

hormone bezeichneten Endorphine wirklich eine Rolle bei der Entstehung einer Ethanol sucht spielen. Tierversuche hatten auf diese Frage bislang eher uneinheitliche Daten geliefert - wohl auch deshalb, weil Alkoholkonsum eben auch eine Frage der Umwelteinflüsse und damit der experimentellen Rahmenbedingungen ist. Rácz: „Unsere Studie weist den Endorphinen aber eindeutig eine wesentliche Rolle zu.“

Auch in Mäusen spielen Endorphine augenscheinlich eine wichtige Rolle für die konsumierte Alkoholmenge - und zwar ebenfalls vor allem bei weiblichen Tieren, berichten die Forscher (Biological Psychiatry online-vorab).

Die Endorphine aktivieren das so genannte Belohnungssystem im Gehirn und sorgen so für gute Stimmung. Das kann nach einem Ausdauerlauf der Fall sein (Experten sprechen vom „Runner's High“), nach einem Riegel Schokolade oder auch einem Glas Bier oder Wein. Der Körper strebt danach, diese Hochstimmung zu wiederholen - im schlimmsten Fall bis zur Sucht.

**Abstract der Studie aus Biological Psychiatry:**  
[www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/bps/article/S0006-3223\(08\)00604-5/abstract](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/bps/article/S0006-3223(08)00604-5/abstract)

## Fach-Literatur

Alkohol ist in unser gesellschaftliches Leben integriert, birgt jedoch ein großes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial: Rund 3 Millionen Menschen in Deutschland sind alkoholabhängig. Ärzte und Psychologen haben immer wieder mit Menschen zu tun, deren Alkoholabhängigkeit große therapeutische Probleme verursacht.



Das medizinische Fachbuch: Ausführliche Darstellung der körperlichen und psychischen Aspekte der Alkoholsucht, Überblick der Therapiemöglichkeiten und psychosozialen Hilfsangebote, Darstellung der rechtlichen Aspekte, konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Alkoholkranken, objektive, vorurteilsfreie Annäherung an die Thematik durch renommierte Autoren.

Das bewährte Standardwerk zum Thema „Alkoholismus“ liegt ab Anfang Oktober in einer vollständig überarbeiteten Auflage vor. Es enthält alle Grundlagen, wissenschaftlichen Erkenntnisse und modernen Behandlungsansätze und erläutert detailliert das Erkennen, die Behandlung und Vorbeugung. Alle neuen Erkenntnisse und Therapieansätze sind eingearbeitet.

**Michael Soyka, Heinrich Küfner**  
Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit  
Entstehung – Folgen – Therapie

6., vollst. überarb. Aufl. 2008  
648 S., 21 Abb., kart.

ISBN: 9783135209067  
39,95 EUR

## Wichtige Kontakte

**Verbände, Einrichtungen und Institutionen**  
**Wer macht was? Kurzbeschreibungen, Adressen, Material**

### Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Internet: [www.dhs.de](http://www.dhs.de) Die DHS wurde 1947 gegründet, um allen in der Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbänden und gemeinnützigen Vereinen eine Plattform zu geben. Mit wenigen Ausnahmen sind sämtliche Träger der ambulanten Beratung und Behandlung, der stationären Versorgung und der Selbsthilfe in der DHS vertreten. Ziel der DHS-Mitgliedsverbände ist es, ihre Fachkompetenz zu Fragen und Problemen der Suchtprävention und der Suchthilfe organisatorisch zu bündeln. Insofern steht die DHS für die Suchthilfe in Deutschland. Die Information und Hilfe für Konsumenten, Missbraucher, Abhängige und deren Angehörige wird in den unterschiedlichen Einrichtungen der Mitgliedsverbände und im Kontakt mit deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angeboten und umgesetzt. Das Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe umfasst über 1.400 Beratungsstellen, 160 Fachkliniken, 7.500 Selbsthilfegruppen mit 120.000 Mitgliedern sowie Tagesstätten und Notschlafstellen für Abhängige nebst Wohn- und Nachsorgegruppen.  
**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.**  
Westenwall 4, 59065 Hamm  
Telefon: 02381/9015-0, Telefax: 02381/901530  
E-Mail: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de), Internet: [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

### Fachverband Sucht e.V. (FVS)

Ein bundesweit tätiger Verband, in dem Einrichtungen zusammengeschlossen sind, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von Suchtkranken widmen. Er wurde 1976 gegründet und vertritt heute ca. 80 Mitgliedereinrichtungen mit über 5.800 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen. Der FVS ist politisch und konfessionell unabhängig und vertritt vornehmlich die Einrichtungen in freier Trägerschaft.  
**Fachverband Sucht e.V.**  
Walramstraße 3, 53175 Bonn  
Tel: 0228 / 26 15 55, Fax: 0228 / 21 58 85  
E-Mail: [such@sucht.de](mailto:such@sucht.de), Internet: [www.sucht.de](http://www.sucht.de)

### Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS)

Der mitgliederstärkste Verband in der deutschen Suchtmedizin ist eine interdisziplinäre Dachorganisation im Suchtbereich. Auf einer breiten praxisbezogenen und interdisziplinären Basis erfolgt eine enge Kooperation mit Fachleuten aus der Psychologie, der Sozialwissenschaften und der Drogenberatung. Wichtig: die Praxisnähe der Mitglieder im niedergelassenen und klinischen Bereich.

Angebote: Erfahrungsaustausch und Expertenrat DGS-Mitglieder und Ansprechpartner in allen Regionen der alten und neuen Bundesländer. Rasche Kontakte zu Kollegen in Klinik und Praxis. Qualitätszirkel und Arbeitskreise zum Erfahrungsaustausch. Vermittlung von Expertenrat in allen Arbeitsfeldern der Suchtmedizin.  
Weiterbildung, Kongresse, Forschung Suchtmedizinischer Kongress der DGS in Berlin (<http://www.dgsuchtmedizin.de/kongress/index.html>), Hamburger Suchttherapietage (<http://www.suchttherapietage.de>), Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin in München (<http://www.suchtkongress.de/mic/veranstaltungen/873410.php>)

### Drei suchtmedizinische Zeitschriften:

„European Addiction Research“, „Suchtmedizin in Forschung und Praxis“ und „Suchttherapie“  
Die Zeitschrift Suchttherapie ist als Organ der DGS für Mitglieder frei. Homepage mit Informationen über die aktuellsten Entwicklungen in der Suchtmedizin

**Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (vormals DGDS) e.V., Geschäftsstelle im Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf beim Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung.**  
Telefon/Fax: 040- 42803 5121  
E-Mail: [stich@dgsuchtmedizin.de](mailto:stich@dgsuchtmedizin.de),  
Internet: [www.dgsuchtmedizin.de](http://www.dgsuchtmedizin.de)



### Arbeitskreis Gesundheit e.V.

Der gemeinnützige Verein sieht sich als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, ihm gehören rund 350 Reha- und Vorsorgekliniken an, darunter auch zahlreiche Fachkliniken für Suchterkrankungen. Zum Informationsangebot des Vereins gehören unterschiedlichste Medien zu zahlreichen gesundheitsbezogenen Themen, z.B. „Mein gesundes Magazin“ als periodisch erscheinende Patienteninformation zur Auslage in Arztpraxen, Krankenhäusern und Fach-Kliniken.  
**Arbeitskreis Gesundheit e.V.**  
Am Römerlager 2, 53117 Bonn  
Tel. (0228) 212100, Fax (0228) 212211  
E-Mail: [info@arbeitskreis-gesundheit.de](mailto:info@arbeitskreis-gesundheit.de)  
Internet: [www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://www.arbeitskreis-gesundheit.de)

### NAKOS

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) ist eine bundesweite Aufklärungs-, Service- und Netzwerkeinrichtung im Feld der Selbsthilfe. Sie veröffentlicht Adressen und Kontaktmöglichkeiten zu bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen, zu örtlichen Selbsthilfekontaktstellen und – bei seltenen Erkrankungen und Problemen – zu Gleichbetroffenen.  
**NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Wilmsdorfer Str. 39, 10627 Berlin**  
Tel.: 030 / 31 01 89 60, Fax: 030 / 31 01 89 70  
E-Mail: [selbsthilfe@nakos.de](mailto:selbsthilfe@nakos.de), Internet: [www.nakos.de](http://www.nakos.de)

### Impressum

**ARBEITSKREIS GESUNDHEIT E.V.**  
Ein starker Partner der Rehabilitation

Der REHA REPORT erscheint zweimonatlich.  
Herausgeber: Arbeitskreis Gesundheit e.V., Am Römerlager 2, 53117 Bonn  
Tel. (0228) 212100, Fax (0228) 212211  
[www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://www.arbeitskreis-gesundheit.de)  
Geschäftsführer: RA Ingo Dörr (v.i.S.d.P.)  
Auflage: 30.000 Expl. (Nov. 2008)

Thema „Alkohol“:

# Voll dabei?

**Suchtexperte:**  
Ärztliche Intervention ist wirksam!

**Wissenschaft:**  
Gene die Suchtursache bei Frauen?

**Kontakte:**  
Wer macht was? Einrichtungen und Verbände



**Dr. med. Hubert C. Buschmann**

Facharzt für Neurologie,  
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  
 Chefarzt der Fachklinik Tönisstein, Bad Neuenahr-Ahrweiler

## „Ärztliche Intervention ist wirksam“

**Hohe Sensibilität und soziale Kompetenz des Arztes sind gefordert**

Die ärztliche Praxis ist der ideale Ort für die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Etwa jeder zehnte Patient - so wird aktuell geschätzt - der die Praxis eines niedergelassenen Arztes aufsucht, hat ein Alkoholproblem. Und rund 70 Prozent der Menschen, die alkoholabhängig sind, gehen mindestens einmal im Jahr zu ihrem Hausarzt. Abgesehen von dieser „Häufigkeit“ ist die Prognose deshalb so günstig, weil zwischen Patient und Arzt eine besondere Vertrauensbeziehung besteht, was gerade bei Abhängigkeitserkrankungen für den Behandlungserfolg sehr wichtig ist.

Gleichwohl darf nicht verkannt werden, dass ein suchtkranker Patient den Arzt in der Praxis nicht selten auf harte Geduldssproben stellt. Das Eingeständnis, suchtkrank zu sein, ist bei den meisten Betroffenen von Verdrängung, Scham und Unsicherheit begleitet, so dass die Patienten selbst oft nur ihre somatischen Beschwerden erkennen und vortragen (wollen). Zu begrüßen ist deshalb eine ärztliche Hilfe, die bei dem Patienten zur Erkenntnis führt, dass er es zwar mit einer hilfsbereiten, in Kenntnis der Ätiologie aber therapeutisch kompromisslosen Instanz zu tun hat. Der

### Netzwerke unterstützen praktische Arbeit

therapeutische Zugang erfordert vom Arzt also ein großes Maß an Sensibilität, Kompetenz, Geduld, Flexibilität und Zeitaufwand.

Rückfälle und mangelnde Mitarbeit der Patienten sind bei Suchterkrankungen sehr häufig, was aber nicht bedeutet, dass diese Krankheit generell eine schlechte Prognose hat. Wie bei anderen Krankheiten mit ähnlichem Verlauf bekommt es der Arzt vorwiegend mit „schwierigen Fällen“ zu tun. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen aber, dass beispielsweise die Motivierung rauchender Patienten durch den Hausarzt den Weg ins rauchfreie Leben nachhaltig unterstützt: eine Befragung von Patienten nach zwei Jahren ärztlicher Behandlung ergab, dass nach lediglich zehnmütiger Beratung durch den Hausarzt immerhin 21 Prozent der Patienten nicht mehr rauchten.

Im übrigen steht der Arzt bei der Behandlung von Suchterkrankungen nicht allein. Es existieren inzwischen für nahezu alle Krankheitsbilder regionale und bundesweite Netzwerke, die die ärztliche Arbeit mit dem einzelnen Patienten konkret unterstützen - von der Diagnosestellung über praktische Interventionschritte bis hin zu Hilfestellungen bei der Gesprächsführung.



# Voll dabei?

## Die Suchtmedizinische Versorgung

**Es ist zwar nicht das einzige aber sicherlich das größte Suchtproblem in Deutschland: 14 Millionen Deutsche sehen einer aktuellen Umfrage zufolge bei sich selbst einen problematischen Umgang mit Alkohol. Die Sucht und die Suchtbehandlung stellen damit auch für die ärztliche Praxis eine Aufgabe mit „epidemiologischen Ausmaßen“ dar.**

**Alkoholkonsum** führt zu akuten gesundheitlichen Störungen (Intoxikation, Alkoholentzugssyndrom, Delir, Krampfanfall etc.) und zu chronisch degenerativen Alkoholfolgekrankheiten (äthyltoxische Leberzirrhose, Polyneuropathie, Hirnatrophie etc.). Die Stadien im Verlauf der Abhängigkeit und die körperlichen Folgen von Alkohol entwickeln sich dabei offensichtlich geschlechtsspezifisch unterschiedlich schnell (Teleskop-Effekt). Bildgebende Untersuchungen zu der neurotoxischen Alkoholwirkung sprechen für eine erhöhte Vulnerabilität von Frauen.

Die Betrachtung der medizinischen Folgen wird zunehmend um den Blick auf die öffentliche Gesundheit mit epidemiologischen und ökonomischen Aspekten erweitert. Benutzt man die von der Weltgesundheitsorganisation WHO propagierte Zusammenfassung aller Krankheitslast in das Maß der "DALYs" (Disability adjusted life years), welches Mortalität und Morbidität berücksichtigt und die durch Behinderung oder Tod verlorenen Lebensjahre beschreibt, so nehmen der Tabakkonsum mit 12,2 Prozent und der Alkoholkonsum mit 9,2 Prozent in den Industriena-

tionen die Plätze 1 und 3 der Ursachen für die Krankheitslast ein.

### Behandlung

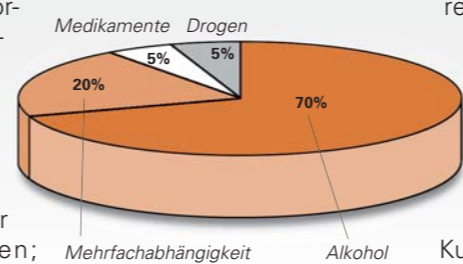
Die Mehrheit der Menschen mit Alkoholproblemen findet sich in den Einrichtungen der medizinischen Primärvorsorgung (Allgemeinkrankenhäuser und niedergelassene Ärzte). Stichprobenuntersuchungen internistischer und chirurgischer Stationen im Allgemeinkrankenhaus haben gezeigt, dass bei 12,7 Prozent der Patienten eine aktuelle und bei 2,6 Prozent eine remittierte Alkoholabhängigkeit, bei 4,8 Prozent ein schädlicher Alkoholgebrauch zu diagnostizieren ist. Damit sind ein Fünftel dieser Krankenhausbetten auch "Suchtbetten" und potentiell Ziel von Frühinterventionen. Der Aufenthalt in Einrichtungen der primärmedizinischen Versorgung bietet sich für die Initiierung einer weiterführenden

suchtmedizinischen Diagnostik und Therapie an. Tatsächlich erfolgen aber nur sehr wenige Zuweisungen von primärmedizinischen an suchtmedizinisch spezialisierte Einrichtungen. Betroffene im Voroder im Frühstadium stellen die größte Teilgruppe aus der Gesamtpopulation der Alkoholkranken; ihre Versorgung ist qualitativ und quantitativ am schlechtesten. Daher wird auch von der "vergessenen Mehrheit" gesprochen.

**Kurzinterventionen** (Brief Interventions) gehen über einen einfachen Ratschlag hinaus und umfassen maximal vier Beratungseinheiten mit einer Gesamtdauer von nicht mehr als 60 Minuten. Hauptzielgruppen sind Betroffene mit riskantem Konsum und schädlichem Gebrauch, Betroffene in der frühen Phase der Abhängigkeitsentwicklung und solche mit meist noch geringer Motivation zu einer Verhaltensänderung.

Deswegen wird häufig auch der Begriff Frühintervention benutzt, obwohl die Kurzintervention auch in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium eingesetzt werden kann. Ziele der Kurzintervention variieren; sie reichen von Konsumreduktion bei riskantem Konsum bis zu Überführung in eine Akutbehandlung bei schweren alkoholbezogenen Störungen. Kurzinterventionen zeigen auf Evidenzniveau Ia ("Ia"

**Prozentuale Häufigkeit von Abhängigkeitserkrankungen**



steht für Metaanalyse randomisierter Studien), dass sich der Alkoholkonsum signifikant reduzieren lässt, wobei Frauen eventuell mehr davon profitieren als Männer. Die Kurzintervention hat überwiegend beratenden Charakter und besteht aus folgenden Elementen:  
 1. Vermittlung von Informationen über die generell möglichen Folgen des Alkoholkonsums;  
 2. Bestimmung der individuellen, schon eingetretenen oder drohenden Folgen des Alkoholkonsums. Wichtig ist, dass Betroffene selbst einen Zusammenhang zwischen ihrem Alkoholkonsum und ihren Problemen herstellen. Folgen, wel-

Abhängigkeitserkrankungen	
<b>stoffgebundene</b>	<b>nicht stoffgebundene</b>
Alkoholabhängigkeit	Kaufsucht, Glücksspielsucht
Drogenabhängigkeit	Arbeitsucht
Medikamentenabhängigkeit	Computersucht

che Betroffene als akut und irreversibel einschätzen, werden in der Regel auch besonders bedrohlich erlebt;  
 3. Erarbeitung von Diskrepanzen zwischen den langfristigen Zielen (z.B. Abwehr der drohenden Probleme) und dem derzeitigen Verhalten;  
 4. "Anbindung" an den Arzt oder Berater zur Förderung der Auseinandersetzung mit dem Alkoholproblem und Anbieten von Anlaufstellen suchtspezifischer Hilfe. Die Anbindung ist nicht an eine Entscheidung zur Veränderung des Alkoholkonsums gebunden.

### Qualifizierte Entzugsbehandlung

Die Versorgung von Alkoholkranken kann durch eine therapeutische Nutzung der Phase der körperlichen Entgiftung entscheidend verbessert werden. Anstatt den Entzug im Rahmen einer abschließlichen körperlichen Entgiftung passiv zu erleiden, kann er aktiv genutzt und gestaltet werden. Für diese erweiterte Entgiftung als moderne Akuttherapie hat sich der Begriff "qualifizierte Entzugsbehandlung" durchgesetzt.

Neben einer differenzierten, somatisch gut fundierten Diagnostik sowie Behandlung der Entzugssymptome, der körperlichen Begleiterkrankungen und der Folgeerkrankungen wird über gezielte psychoedukative und psychothe-

rapeutische Ansätze Motivationsarbeit geleistet. Merkmale dieser Maßnahmen sind das Fehlen abwehrender Aufnahmeverfahren, prüfender Schwellen oder abwertender Konfrontationen. Die körperliche Entzugssituation wird als Chance aufgefasst, hinreichende Krankheitseinsicht zu erreichen. Diese wird über verschiedene Motivationsstrategien verstärkt und soll zur Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten führen, eine weiterführende Behandlung anzutreten. Die Behandlungsdauer für diesen therapeutischen Prozess ist auf ca. drei Wochen anzusetzen. Innerhalb dieser erweiterten akuten Behandlung kann auch das protrahierte, also verzögerte Entzugssyndrom mit seiner erhöhten Rückfall- und Suizidgefährdung besser beherrscht werden.

Der Erfolg der Qualifizierten Entzugsbehandlung zeigt sich nicht nur über die günstige Veränderung des Trinkverhaltens, sondern auch über eine Senkung der Kosten aufgrund signifikant geringerer Inanspruchnahme von Krankenbehandlungen in der Folgezeit.

### Rehabilitation von Alkoholabhängigen

Diese Form der Behandlung wird von rund 25.000 Betroffenen pro Jahr stationär in Anspruch genommen. Ambulant werden rund 7.000 Menschen behandelt. Der Behandlungserfolg ist wiederholt überprüft und nachgewiesen worden. Letztlich kommt es aber trotz dieser intensiven Interventionen bei ca. 40 bis 60 Prozent der Patienten innerhalb von ein bis zwei Jahren zu einem Rückfall. Zudem kommt bislang pro Jahr nur ca. ein Prozent aller Alkoholabhängigen überhaupt zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Dies verdeutlicht die Bedeutung von zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten in der Postentzugs- und Entwöhnungsphase.

### Psychotherapeutische "Langzeitbehandlung"

Die psychotherapeutische Suchtbehandlung erfährt erst in den letzten Jahren eine zunehmende Evidenzbasierung. Die "zufriedene Abstinenz" ist zwar das übergeordnete Ziel, gerade aber bei schwer abhängigen Patienten ist diese erst über einen monate-, oder sogar jahrelangen Prozess erreichbar, der therapeutisch un-

## Kosten und Anträge

Die Entwöhnung in einer Klinik wird als medizinische Rehabilitationsbehandlung bei der zuständigen Rentenversicherung beantragt. Sollte der Rentenversicherer nicht zuständig sein (Rentner, Studenten, Hausfrauen, Beamte usw.), geht der Antrag an die Krankenkasse. Die Beantragung kann außer durch den niedergelassenen Arzt auch durch eine Suchtberatungsstelle oder den Krankenhaussozialdienst erfolgen. Der Versicherer entscheidet durch seine Kostenzusage wann, wo und wie lange die Behandlung durchgeführt wird. Es gibt allerdings auch ein Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten. Weiterführende Informationen, Vorlagen und Hilfen zur Antragsstellung und Kliniksuche unter [www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://www.arbeitskreis-gesundheit.de)

terstützt werden muss. Die Förderung der Bereitschaft, weitere Hilfe anzunehmen ist deswegen zentrales Therapieziel der "Motivationstherapie".

### Pharmakologische Rückfallprophylaxe

Zur Pharmakotherapie bei Alkoholabhängigkeit werden, auch im Rahmen der medizinischen Primärvorsorgung, so genannte "Anticraving-Substanzen" angeboten. Diese können jedoch psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen nicht ersetzen und sind auch zu ihrer Ergänzung nur in seltenen Ausnahmefällen indiziert.

## Mehr Infos

Eine aktuelle Zusammenstellung von Arbeitsmaterialien und Infos zum Thema „Alkohol-Erkrankung“ für Ihre ärztliche Praxis finden Sie unter

[www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://www.arbeitskreis-gesundheit.de)

## Zahlen

- 7,8 Mio.** Deutsche haben einen riskanten Alkoholkonsum (16%),
  - 2,4 Mio.** (4%) haben einen Alkoholmissbrauch und
  - 1,5 Mio.** (3%) sind von Alkohol abhängig
  - 2 Mio.** Menschen in Deutschland konsumieren Cannabis
  - 1,5 Mio.** Deutsche sind medikamentenabhängig, davon ca. 1,2 Mio. von Beruhigungsmitteln (Benzodiazepinen)
  - 1 Mio.** Deutsche konsumieren häufig Amphetamine wie z.B. Ecstasy, letzteres mit steigender Tendenz.
- Ungefähr **150.000** Menschen in Deutschland konsumieren Heroin.