



EDITORIAL



Liebe Leserin,
lieber Leser,

gibt es bei der Behandlung von Alkoholkranken sinnvolle alternative Ziele zur Abstinenzorientierung? Unser Experte, Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer beschreibt Ihnen in elf Punkten, warum wir bei salus anderer Meinung sind und nach wie vor leitlinienorientiert an Abstinenz als Therapieziel erster Wahl festhalten.

Zudem lernen Sie in dieser Ausgabe drei weitere Expertinnen aus dem Gesellschafterkreis unseres Unternehmens kennen. Julia Domma-Reichart und Alexa Kuhn berichten Ihnen von der Fachtagung, die anlässlich der Eröffnung unserer Frauenklinik in Hürth stattgefunden hat und bei der wir erneut im Expertenaustausch die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Behandlungsmöglichkeiten für Begleitkinder festgestellt haben. Margit Domma stellt Ihnen im salü-Interview zudem unsere salus-Schule vor, in der schulpflichtige Begleitkinder während des Aufenthaltes jahrgangsübergreifend beschult werden.

Ich wünsche viel Freude beim Lesen!
Rodolfo Baumbach

Seit den 60er Jahren kommt periodisch immer wieder die Diskussion über alternative Ziele zur Abstinenzorientierung in der Behandlung von Alkoholkranken auf. Zwar wurde mit der Behandlungsleitlinie (AWMF, 2015) nach systematischer Sichtung der Literatur und sorgsamer Beachtung aller Interessenskonflikte ein Konsens gefunden, der unverändert Abstinenz als Therapieziel der ersten Wahl für Alkoholabhängige empfiehlt, andererseits aber verstärkte Anstrengungen zur Konsumreduktion und Risikoverringering bei schädlichem oder riskantem Alkoholkonsum fordert. Trotzdem wird aktuell in Fachkreisen immer wieder der Eindruck erweckt, als ob nur durch eine Aufwertung der Konsumreduktion als Therapieziel bei Alkoholabhängigkeit mehr Betroffene für eine Behandlung gewonnen werden könnten. Die salus kliniken sehen sich daher veranlasst, anhand von 11 Eckpunkten zu erläutern, warum wir unverändert an der Abstinenz in der Entwöhnungs-

WARUM ABSTINENZ UNVERÄN- DERT AM BESTEN IST



J. Lindenmeyer

behandlung von Alkoholabhängigen festhalten und uns in dieser Frage dezidiert für die Einhaltung der bestehenden Behandlungsleitlinie einsetzen.

1. Konsumreduktion ist möglich
Niemand, der sich ernsthaft mit Alkoholproblemen befasst, bestreitet, dass es Menschen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllen, möglich ist, zu einem kontrollierten Alkoholkonsum zurückzufinden. Und wahrscheinlich sind dies sogar mehr Personen, als wir jemals als Patienten in unseren Suchtbehandlungseinrichtungen zu sehen bekommen. Aber soll man diese Menschen wirklich als zu behandelnde Patienten pathologisieren, anstatt ihre Selbstheilungskräfte zu respektieren? Aus unserer Sicht muss man für diese Personengruppe das gegenwärtige, abstinenzorientierte Behandlungssystem nicht in Richtung Konsumreduktion verändern. Wenn überhaupt, dann sind hier kostenlos ins Internet gestellte Selbsthilfeprogramme vollkommen ausreichend.

2. Abstinenz ist unnormal, Konsumreduktion aber auch

Es gibt in unserem Land mehr Alkoholabhängige als Abstinenzler. Von daher

11 Eckpunkte zum Sinn und Unsinn der Diskussion über alternative Therapieziele in der Behandlung von Alkoholabhängigen

fallen abstinent-lebende Alkoholabhängige mehr auf, als sie es zur ihrer schlimmsten Trinkzeit getan haben, und gehören nunmehr zu einer kleinen, wenn auch wachsenden Minderheit. Dies stellt tatsächlich eine gewichtige Hürde für Betroffene dar, sich für konsequente Abstinenz zu entscheiden. Aber in einer gestörten Trinkkultur leben auch Menschen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum mehrheitlich integriert in ihrer Bezugsgruppe von Vieltrinkern, von denen sich zu distanzieren ihnen bei Konsumreduktion ähnlich schwerfällt. Die meisten Menschen mit Alkoholproblemen haben das Gefühl, dass sie „nur“ genauso trinken wie ihr Umfeld auch, sie sind an einer Konsumreduktion ebenso wenig interessiert wie an Abstinenz. Entsprechend gibt es auch keinerlei empirischen Beleg dafür, dass mit Konsumreduktionsangeboten in der Suchthilfe plötzlich wesentlich mehr Menschen für eine Behandlung erreicht werden könnten.

3. Ärzte folgen ihren Patienten

Die Befürworter von Konsumreduktion behaupten, dass eine Liberalisierung der Abstinenzorientierung in der Suchtbehandlung erforderlich ist, damit endlich mehr Ärzte Alkoholabhängigen Medikamente zur Unterstützung von Konsumreduktion verschreiben. Tatsächlich verschreiben Ärzte massenhaft Antidepressiva, Schmerzmittel und

sogar Benzodiazepine und Schlafmittel, selbst wenn in den Behandlungsleitlinien ausdrücklich davon abgeraten wird. Warum tun sie das? Weil ihre Patienten dies wollen und weil sie befürchten, dass diese bei einer Weigerung zum nächsten Arzt rennen. Warum also verschreiben Ärzte nicht massenhaft Medikamente zur Konsumreduktion von Alkohol, obwohl sie das längst dürften? Weil ihre Patienten dies nicht wollen, sondern lieber unverändert weitertrinken.

4. Abstinenzmotivation kommt nicht von selbst

Es stellt einen schmerzlichen Selbsterkenntnisprozess dar, sich als Alkoholabhängiger einzugestehen, dass der eigene Alkoholkonsum nicht mehr normal war und die beklagten Alltagsprobleme nicht vom Himmel gefallen sind, sondern die Folge des eigenen Trinkverhaltens sind. Und natürlich fällt es schwer, zu akzeptieren, dass der Verzicht auf jeglichen Alkohol das aussichtsreichste Therapieziel ist. Gerade deshalb sehen wir es als unsere vornehmste Aufgabe an, Patienten in unseren Kliniken für diese Sichtweise zu gewinnen und dabei all unser psychotherapeutisches Knowhow so geschickt wie möglich einzusetzen. Wir tun dies mit großem Engagement, begegnen unseren Patienten auf Augenhöhe mit Respekt und Humor und haben dazu mit der „Suchtfibel“ (Schneider, 2015)

Fortsetzung auf Seite 4



1 JAHR SALUS KLINIK HÜRTH FÜR PSYCHISCH ERKRANKTE FRAUEN MIT BEGLEITKINDERN



Am 2. Mai dieses Jahres haben wir mit einer Fachtagung offiziell die erste genderspezifische salus Klinik eröffnet, die bereits im Juli 2017 die ersten Patientinnen aufgenommen hatte. Die Geschäftsführung sowie das Hürther Team freuten sich über viele Teilnehmer aus kooperierenden Institutionen – Beratungsstellen, Verbänden, frauenspezifischen Einrichtungen und Kliniken.

Mit Grußworten des federführenden Leistungsträgers, der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, wurde durch Herrn Ulrich Theißen, Fachbereichsleiter Rehamanagement, die Tagung eröffnet. Des Weiteren war die Rheinische Arbeitsgemeinschaft durch Frau Barbara Könnecke und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Frau Dr. Dorothee Deucker vertreten. Der Geschäftsführer des Fachverband Sucht, Dr. Volker Weissinger, übersandte Grüße des Verbandes und verwies auf die Notwendigkeit von Behandlungsplätzen auch von Kindern und Jugendlichen. Der Status als „Begleitkind“ sei für die Zukunft nicht mehr ausreichend. Die Kinder psychisch kranker Frauen (aber auch Männer) benötigten mehr als „nur“ eine gute Betreuung, um präventiv Entwicklungsstörungen vorzubeugen bzw. bereits vorhandene behandeln zu können. Dies sei mit einem Tagessatz einer „Haushaltshilfe“, unter der Begleitkinder aufgenommen werden, allerdings nicht leistbar. Dies bestätigte Klinikdirektorin und

Geschäftsführerin, Dr. Julia Domma-Reichart, in ihren Eröffnungsworten und führte an, dass sie bereits „alleine aus moralischen Gründen“ Angebote für die Begleitkinder vorhalten, die über das normale Betreuungsangebot hinausgehen.

Darüber sowie über das therapeutische Angebot für die Frauen, konnten sich die Tagungsteilnehmer in den folgenden Vorträgen ein Bild machen. Die leitenden Ärzte, Frau Inés Frege (Psychosomatik) und Herr M. Abu Khatir (Sucht) stellten die Erfahrungen der ersten Monate sowie das therapeutische Programm vor. Es folgten der Kinderpsychiater, Dr. Stefan Battel (Kinderpsychiatrisches Angebot: Sprechstunde für Mütter, Vorträge für Mütter und Väter, Supervision des Kinder-Betreuungsteams) sowie die Sozialarbeiterin und Familientherapeutin der Klinik, Frau Petra Mogias. Die beiden berichteten über die Verläufe von drei Begleitkindern und deren Mütter. Alleine durch diese Fallbeispiele

wurden die Bedürfnisse und Nöte von Kinder psychisch kranker Elternteile deutlich.

Den Festvortrag hielt abschließend Prof. Dr. Rainer Thomasius (Ärztlicher Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters am UKE), der von dem gerade zum Professor ernannten PD Dr. Johannes Lindenmeyer vorgestellt wurde. Eindrücklich wies er auf die mangelnden Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche insbesondere mit einer Suchterkrankung hin.

Nach einem gemeinsamen Mittagssnack konnten sich die Teilnehmer zunächst bei Klinikrundgängen von der Qualität der Räumlichkeiten und anschließend in unterschiedlichen Workshops vertiefter über die Angebote der Frauenklinik informieren.

Nach einem Jahr in Betrieb können wir sagen, diese neue Indikation ist eine weitere Herausforderung für die salus



DIE SCHULE IM SALUS KINDERHAUS

- eine Herzensangelegenheit von Margit Domma

Schon vor Eröffnung der Frauenklinik hat sich Margit Domma bereit erklärt, die mit aufgenommenen Begleitkinder schulisch zu unterrichten. Erst vor wenigen Monaten, zuletzt als Grundschulleiterin, nach über 40 Berufsjahren in den Ruhestand verabschiedet, ist sie mit viel Herz und Engagement in dieses Ehrenamt eingestiegen. Sie ist froh, endlich wieder als Lehrerin aktiv sein zu dürfen.

salü: Frau Domma, Sie unterrichten nun Kinder im Alter zwischen 6 und 10 Jahren, also von der 1. bis zur 4. Klasse in einem Raum und zur gleichen Zeit. Wie ist das leistbar?

M. Domma: Der Unterricht in sogenannten „jahrgangsübergreifenden Klassen“ ist mir seit bereits über 15 Jahren vertraut. An meiner ehemaligen Schule habe ich ein entsprechendes Konzept für den Unterricht der 1. bis 4. Klasse entwickelt und umgesetzt. Dabei hat mir meine Zusatzausbildung als Montessori-Pädagogin sehr geholfen.

salü: Wie können wir uns das im Schulalltag vorstellen?

M. Domma: Aus einem Fachbereich (Deutsch, Mathe, Sachkunde) wird täglich ein gemeinsames Thema erarbeitet. Dieses wird dann auf den unterschiedlichen Leistungsniveaus entsprechend des Schulalters des Kindes umgesetzt und angepasst. Insbesondere im Bereich Sachunterricht stehen projektbezogene Gruppenarbeiten altersübergreifend im Mittelpunkt. Hier profitieren nicht immer die jüngeren von den älteren Schülern,

sondern auch die kleineren können sich mit ihrem Wissen so einbringen, dass die größeren Kinder von ihnen lernen. Dadurch werden gleichzeitig soziale Kompetenzen gebildet und weiterentwickelt.

salü: Sie haben Kinder aus unterschiedlichsten Regionen und Schulen in der Klinikschule. Wie ist gewährleistet, dass diese Kinder in Anschluss wieder gut in den Schulalltag integriert werden können?

M. Domma: Bereits bevor die Kinder

als Begleitkinder bei uns aufgenommen werden, habe ich Kontakt mit der entsendenden Schule bzw. den Klassenlehrern. Diese füllen einen von mir entwickelten Fragebogen aus, aus dem der aktuelle Lernstand des Kindes sowie die zu erarbeitenden Lerninhalte der kommenden vier Wochen hervorgehen. Während des Aufenthaltes finden regelmäßige Telefonkonferenzen mit den Grundschullehrern statt, in denen es einerseits um den Lernstand vielmehr aber auch um die soziale Entwicklung des Kindes geht, da ich natürlich bei



kliniken Hürth. Eine Herausforderung, die von einem engagierten lernbereiten Team gerne angenommen und die von der Reha-Landschaft sehr gut aufgenommen wird. Ein wünschenswertes Ziel ist es nun, aus den Begleitkindern Behandlungskinder machen zu können, wenn es erforderlich ist und weitere Reha-Plätze für Kinder und Jugendliche zu schaffen. Erfreulicherweise haben auch die Rentenversicherungsträger diese Notwendigkeit erkannt und sind zu Gesprächen bereit. Erste Arbeitsgruppen laufen bereits.

Julia Domma-Reichart
Alexa Kuhn

vielen Kindern aufgrund ihrer Entwicklungsgeschichte auffällige Verhaltensweisen beobachten kann. Sicherlich habe ich den Vorteil, dass ich derzeit mit maximal 6 bis 8 Kindern arbeiten darf und die Kinder dadurch viel intensiver erleben kann als in einer Klasse von durchschnittlich 25 Schülern.

salü: Das hört sich nach – wie Sie sagten – über 40 Jahren Grundschule immer noch so an, als ob Sie Ihre Arbeit noch gerne machen und die Kinder Ihnen am Herzen liegen!

M. Domma: Die Arbeit in der Klinikschule ist nochmal eine ganz neue Herausforderung für mich. Die Kinder machen es mir allerdings wirklich leicht. Trotz großer Entwicklungsauffälligkeiten bin ich immer wieder über ihre hohe Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen erstaunt. Nach anfänglicher Skepsis und Distanz lassen sich die Kinder schnell auf eine Beziehung ein, in der sie merken, dass sie ernst genommen und in einem festen Rahmen unterrichtet werden. Das scheint ihnen Sicherheit zu geben, die sie in ihrem Alltag nicht immer vorfin-

den. Gleiches trifft auf den Austausch mit den Müttern zu, den ich ähnlich einem Schulalltag gestalten. Das heißt, gibt es Auffälligkeiten, bespreche ich es sofort mit ihr. Dies geht im Klinikalltag besser als im normalen Schulalltag.

salü: Wie wird die Schnittstelle der Klinikschule zur Klinik gestaltet?

M. Domma: Ich nehme jeden Mittwoch an der Supervisionsgruppe der Erzieherinnen und Familientherapeutin mit meiner Tochter Alexa teil. Hier besprechen wir die einzelnen Kinder und Auffälligkeiten. Z. B. wie die Hausaufgaben funktioniert haben, wie sich die älteren Kinder in der Nachmittagsbetreuung gezeigt haben etc. Darüber hinaus gibt es wöchentliche Kinderkonferenzen, an denen die Bezugstherapeutinnen der Mütter, die Familientherapeutin der Klinik und die leitenden Ärzte teilnehmen. Hierzu werden auch die Mütter eingeladen und wir können direkt über die Mutter-Kind-Beziehung sowie mögliche Hilfsstellungen (z. B. auch Nachsorge-möglichkeiten) sprechen.

salü: Abschließend: Nach einem Jahr Erfahrung in der Klinikschule – würden Sie an diesem Konzept festhalten wollen oder sind die Kinder doch in der Regelschule „besser“ aufgehoben?

M. Domma: Auf jeden Fall möchte ich an der Klinikschule festhalten. In einer „normalen“ Grundschule am Ort könnten die Kinder bei weitem nicht so individuell gefördert werden, müssten sich an eine weitere neue Struktur gewöhnen und wären immer „die Kinder von salus“. Diese Stigmatisierung als „das sind die Kinder von...“ habe ich selbst als Grundschullehrerin immer wieder erlebt und es war schwierig, diese abzubauen.

Die durchweg äußerst positiven Rückmeldungen der Grundschullehrer der Kinder nach Rückführung bestätigen uns in der Arbeit mit den Kindern.

Wir haben den richtigen Weg eingeschlagen!



Alexa Kuhn

Alexa Kuhn wurde 1978 als zweite Tochter von Margit und Alfons Domma geboren.

Früh entwickelte sie den Berufswunsch der Psychotherapeutin, wobei hier noch nicht die Arbeit im Familienunternehmen im Vordergrund stand. Nach ihrem Diplom-Psychologie-Studium an der Justus-Liebig-Universität Gießen schloss sie 2003 hier auch die verhaltenstherapeutische Ausbildung an. Während dieser Zeit sammelte sie suchttherapeutische Erfahrung in der salus klinik Friedberg und setzte somit den ersten Fuß ins Familienunternehmen. Nach ihrer Approbation 2007 entschied sie sich jedoch den Erwachsenenbereich zu verlassen und zusätzlich die Kinder- und Jugendausbildung zu absolvieren. 2010 ließ sie sich in eigener Praxis (salus Kiju) mit drei weiteren KollegInnen nieder.

Seit längerer Zeit ist sie für die salus kliniken in Arbeitsgruppen der Kinder- und Jugendrehabilitation vertreten, um diese zunächst am Standort Hürth aufzubauen. Derzeit supervidiert sie das Betreuungs-Team der salus Wichtel im salus Kinderhaus Hürth, hält Vorträge zu unterschiedlichen Erziehungs- und Bindungsfragen für Eltern der Patientenschaft und bietet Sprechstunden für die Mütter mit Begleitkindern an.

und „Lieber schlau als blau“ (Lindenmeyer, 2016) zwei populäre Fachbücher für Patienten geschrieben. Auch hier besteht keinerlei Ergänzungsbedarf in Richtung Konsumreduktion, bloß weil diese Arbeit für unsere Mitarbeiter mitunter anstrengend und nicht in jedem Einzelfall von Erfolg gekrönt ist.



5. Selbstbestimmung setzt Entscheidungsfähigkeit voraus

Häufig wird das ethische Gebot der Selbstbestimmung als Argument für Angebote zur Konsumreduktion für Alkoholabhängige angeführt, damit Patienten selbst entscheiden, welches Behandlungsziel sie bevorzugen. Selbstbestimmung setzt allerdings voraus, dass Patienten zu einer wohlüberlegten, rationalen Entscheidung in der Lage sind. Suchtkranke leiden aber nachweislich unter einer sog. suchtmittelbedingten „Kurzsichtigkeit“: Sie bevorzugen systematisch kurzfristige Konsequenzen gegenüber langfristigen Konsequenzen. Wir halten es daher für ethisch geradezu geboten, anstelle überfordernder Selbstbestimmung die eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit unserer Alkoholpatienten durch aktive Abstinenzwerbung zu kompensieren. Wir nutzen dazu alle Möglichkeiten der gezielten therapeutischen Beeinflussung zum Wohle unserer Patienten.

IMPRESSUM



Redaktion:

Sandra Fisch
salus klinik GmbH
Argelès-sur-Mer-Straße 3
50354 Hürth
Tel. 02233 8081-808
Fax 02233 8081-885

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Rodolfo E. Baumbach,
Dr. J. Domma-Reichart, M. Domma,
S. Igelmund, A. Kuhn
Prof. Dr. J. Lindenmeyer,

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln
www.druckhaus-sued.de

6. Das Suchtgedächtnis sitzt nicht im Großhirn

Die neurophysiologische Suchtforschung der letzten Jahrzehnte belegt eindringlich ein dreifaches Handicap von Alkoholkranken im Umgang mit Alkohol (Lindenmeyer, 2016a): eine erhöhte Anreizwirkung von alkoholbezogenen Hinweisreizen im Belohnungssystem, eine geringere und zeitlich verkürzte positive Alkoholwirkung gefolgt von einer stärkeren und länger anhaltenden unangenehmen Nachwirkung im Gehirn, die die Neigung zu erneutem Alkohol erhöht. Mit dem Begriff des „Suchtgedächtnis“ bezeichnet man, dass sich dadurch bildlich gesprochen die Machtverhältnisse zwischen rationalem Großhirn und automatisiertem Zwischenhirn beim Trinken von Alkohol dauerhaft verändert haben. Entsprechend ist es nicht ausreichend, dass sich Alkoholabhängige im Sinne von Selbstkontrolle die Einhaltung bestimmter (Konsum)ziele vornehmen. Es ist vielmehr erforderlich, dass sie durch redundantes Üben lernen, im Moment von persönlich relevanten Risikosituationen ihrer neurophysiologisch verstärkten Trinkneigung zu widerstehen. Entsprechend konnte auch mithilfe des in den salus klinik entwickelten „AntiAlkoholtrainings“, bei dem Patienten Alkoholbilder auf dem PC mittels eines Joysticks möglichst schnell wegdrücken, die langfristige Erfolgsquote von stationärer Entwöhnungsbehandlung signifikant gesteigert werden. Wir werden diesen Behandlungsansatz weiterverfolgen, anstatt durch Angebote zur Konsumreduktion verstärkt auf das suchtbedingt behinderte Großhirn unserer Patienten zu setzen.

7. Der Mythos vom Abstinenzdiktat

In der Diskussion wird häufig der Eindruck erweckt, als gäbe es in unserem Suchthilfesystem ein Abstinenzdiktat, das Alkoholabhängige zu Abstinenz als einzigem Veränderungsziel zwingt. Ganz im Gegenteil steht es schon heute jedem Betroffenen frei, selbst darüber zu entscheiden, ob er seinen Alkoholkonsum reduzieren oder lieber ganz aufgeben möchte. Es besteht auch keinerlei Voraussetzung in Form einer Absichtserklärung zu lebenslanger Abstinenz, um eine Suchtbehandlung antreten zu dürfen. Gefordert ist lediglich, dass der Betroffene für die Dauer der Behandlung abstinent lebt. Und selbst da wird er heutzutage bei einem Rückfall nicht mehr zwangsläufig entlassen. Tatsache ist lediglich, dass während einer Suchtbehandlung eindeutig für Abstinenz geworben wird und der Betroffene befähigt werden soll, dies auch einhalten zu können. Was er im Anschluss damit macht, ist ihm vollkommen frei gestellt (so er nicht bestimmte berufliche oder juristische Auflagen zu erfüllen hat).

8. Es gibt keine veränderte Evidenzlage

Von den Befürwortern einer Aufwertung

der Konsumreduktion wird angeführt, dass es immer mehr Evidenz zu diesem Therapieziel geben würde. Bei genauerem Hinsehen handelt es sich aber nicht um neue Primärstudien, sondern lediglich um neue Metaanalysen und Reviews zu den Studien, die auch schon vor 5 Jahren bei der Erarbeitung der aktuellen Leitlinie vorlagen. Insbesondere gibt es keine einzige randomisiert kontrollierte Studie zu Konsumreduktion, die eine Überlegenheit oder zumindest Gleichwertigkeit zur Abstinenzbehandlung im deutschen Suchthilfesystem nachweisen würde. Von daher gilt weiterhin: 1) Gute Evidenzlage für reduktionsorientierte Früh- und Kurzintervention bei riskantem und schädlichem Alkoholkonsum. 2) International einzigartig hohe Erfolgsquoten von ca. 50 %, aber keine randomisiert-kontrollierte Studien für abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung im deutschen Suchthilfesystem. 3) Keinerlei Vergleichsstudien zur Wirksamkeit von Behandlungsangeboten zur Konsumreduktion bei Alkoholabhängigen hierzulande. Eine Veränderung des bewährten, abstinenzorientierten Suchthilfesystems ohne eindeutige Evidenzgrundlage ist aus unserer Sicht nicht angezeigt.

9. Wer reduzieren kann, braucht keinen Entzug

Schon heute steht es jedem Berater oder niedergelassenem Behandler vollkommen frei, Alkoholabhängige bei einer Konsumreduktion zu unterstützen. Ist dies erfolgreich, so ist der Patient zu beglückwünschen und es bedarf keiner weiteren Behandlung, insbesondere keiner Entzugsbehandlung. Eine Entzugsbehandlung ist dagegen dann indiziert, wenn Konsumreduktion aufgrund von zu gefährlichen Entzugserscheinungen nicht ratsam ist bzw. in der Vergangenheit nicht erfolgreich war. Dort wird dann der Patient wie der Name schon sagt, vom Alkohol entzogen. Das heißt, eine Entzugsbehandlung ist immer abstinenzorientiert. Es ist einfach nicht nachvollziehbar, warum einem Patienten, bei dem zunächst eine abstinenzorientierte Entzugsbehandlung wegen zu gefährlicher bzw. nicht erfolgreicher Konsumreduktion erforderlich war, nunmehr im Anschluss (erneut) eine Konsumreduktion als Alternative zur Aufrechterhaltung seiner teuer erkauften Abstinenz angeboten werden soll.

10. Auch Substitutionsbehandlung ist abstinenzorientiert

In der Diskussion um Konsumreduktion bei Alkoholabhängigen wird oft angeführt, dass in der Behandlung von Drogenabhängigen die Substitution das Abstinenzdogma abgelöst hätte. Übersehen wird dabei, dass auch eine Substitutionsbehandlung immer abstinenzorientiert ist: Man versucht hier ja aus gutem Grund nicht, den

bisherigen Heroinkonsum zu reduzieren, sondern man ersetzt das Heroin durch die ärztlich verordnete und kontrollierte Einnahme einer legalen Ersatzdroge, um die katastrophalen psychosozialen Folgeschäden des illegalen Drogenkonsums zu beseitigen. Die erfolgreiche Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen ist somit kein Beleg für die Sinnhaftigkeit von Konsumreduktion bei Alkoholabhängigen.

11. Ampeln verhindern viele Verkehrsunfälle

Natürlich sind Alkoholprobleme hinsichtlich mehrerer Dimensionen quantitativ abgestuft vorhanden. Wenn wir genau genug hinschauen, dann ist jeder Patient einzigartig. Auch die Farbe des Lichts wird in graduiertem Abstufung durch Wellenlängen bestimmt. Eine Verkehrsampel mit dem Farbspektrum eines Regenbogens wäre aber wenig hilfreich (siehe Abbildung). Zur Vermeidung von Verkehrsunfällen hat sich dagegen eine Reduktion auf die 3 Farben Rot, Gelb und Grün bewährt, denen jeweils



eine spezifische Verhaltensempfehlung zugeordnet ist. Insofern stellt die vereinfachte Unterscheidung zwischen Alkoholabhängigkeit mit klarer Empfehlung für eine abstinenzorientierte Suchtbehandlung und schädlichem Alkoholkonsum mit Empfehlung für eine zieloffene Frühintervention eine sehr nützliche Landkarte dar. Entsprechend sind die Behandlungsangebote der salus klinik für Alkoholabhängigen ausschließlich abstinenzorientiert. Darüber hinaus bieten wir aber bei riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum im Internet (www.selbsthilfealkohol.de) als auch im Rahmen der stationären Reha gezielte Angebote zur Konsumreduktion an. Um hierbei nicht in Widerspruch zu unseren Suchtpatienten zu geraten, bevorzugen wir in unseren Psychosomatischen Abteilungen das Paradigma der „Punktabstinenz“, bei dem Patienten nicht einfach allgemein weniger trinken, sondern gezielt zwischen risikoarmen und riskanten Trinksituationen unterscheiden, um in letzteren auf Alkohol zu verzichten.

Literatur:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2015). S3-Leitlinie – Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen. www.awmf.de.
Lindenmeyer, J. (2016). *Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit* (9. Aufl.). Weinheim: Beltz.
Lindenmeyer, J. (2016a). *Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie* Bd. 6 (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
Schneider, R. (2015). *Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten*. Baltmannsweiler: Schneider.