



PRAXISLEITFADEN SUCHTMEDIZIN

Suchtausschuss der Landesärztekammer Thüringen



Stand: Februar 2019

Impressum

Herausgeber

© Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft öffentlichen Rechts

Im Semmicht 33, 07751 Jena
Tel.: 03641 614 - 0
Fax: 03641 614 - 169
Internet: www.laek-thueringen.de
Portal: www.meinelaekthuer.de

Jena, Februar 2019.

Verantwortlich

Ärztlicher Geschäftsbereich der Landesärztekammer Thüringen.
Suchtausschuss der Landesärztekammer Thüringen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Landesärztekammer Thüringen unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen und Übersetzungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.



Inhalt

Vorwort	1	Anleitung für die Betreuung von Ärzten, die sich wegen Verdacht auf eine Abhängigkeitserkrankung bei der Landesärztekammer Thüringen vorstellen mussten.....	58
Allgemeine Hinweise	3	Toxikologische Diagnostik bei (Verdacht auf) Abhängigkeit bei Ärzten	59
Autorinnen und Autoren	5	Freiwillige Vereinbarung ..	60
1. Allgemeiner Teil	7	Service	61
1.1 Sucht als Krankheit und Süchtige als Kranke verstehen	7	Qualifizierte Entzugseinrichtungen	61
1.2 Verdacht und Diagnose	7	Entwöhnungsbehandlung.....	62
1.3 Motivierende Kurzintervention.....	8	Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch.....	63
1.4 Einbeziehung nahestehender Personen ...	10	AUDIT	64
1.5 Behandlung und Rehabilitation.....	10	A. Selbsteinschätzung.....	64
1.6 Vormundschaftsgerichtlich angeordnete Betreuung von Suchtkranken und betreuungsrechtliche Unterbringung.....	12	B. Fremdteil	66
1.7 Rückfallprävention und Umgang mit einem Rückfall	13	AUDIT-C-Fragebogen	67
1.8 Abstinenzunfähigkeit, wie weiter?.....	14	Testen Sie Ihre Tabakabhängigkeit! – „Fagerström-Test“ ⁴¹	68
1.9 Prävention	15		
1.10 Notfallmaßnahmen bei Suchtkranken.....	15		
1.11 Notfallsituationen.....	16		
2. Spezieller Teil – substanzbezogen	19		
2.1 Alkohol.....	19		
2.2 Tabak/Nikotin.....	24		
2.3 Psychotrope Medikamente	27		
2.4 Illegale Drogen.....	33		
2.5 Nichtstoffgebundene Süchte / Verhaltenssüchte.....	39		
3. Spezieller Teil – patientenbezogen	43		
3.1 Sucht bei Kindern und Jugendlichen	43		
3.2 Sucht in der Schwangerschaft.....	45		
3.3 Sucht im Alter	46		
3.4 Psychiatrische Komorbidität	49		
3.5 Sucht und Fahrtauglichkeit	51		
3.6 Suchtkranke Ärzte.....	54		
Das Thüringer Angebot für suchtkranke Ärzte.....	55		
Vertrauensärzte für suchtkranke Ärzte.....	57		

Vorwort



Präsidentin
Dr. Ellen Lundershausen

Mit dem neuen Praxisleitfaden Suchtmedizin – erstmals ist er 2002 erschienen – soll Ärztinnen und Ärzten ein praxisorientiertes Kompendium in die Hand gegeben werden, das ihre Kompetenz stärken und ihnen Mut machen soll, Kranke auf ihre Sucht anzusprechen. Insbesondere nehmen dabei vor allem Haus- und Kinderärzte eine wichtige Rolle ein, da sie häufig als Erste Anzeichen für ein Suchtverhalten feststellen können.

Um Süchte besser diagnostizieren und therapieren zu können, kann der Leitfaden eine wichtige Unterstützung sein. In einem allgemeinen Teil werden Hinweise zur Sucht als Krankheit, zu Fragen der Betreuung und zu Notfallsituationen gegeben, bevor dann in einem speziellen Teil auf die einzelnen Süchte wie Alkohol, Drogen, aber auch nicht stoffgebundene Süchte eingegangen wird.

Auch Besonderheiten bei verschiedenen Patientengruppen u.a. Kinder, Schwangere oder ältere Menschen werden berücksichtigt ebenso wie Kontaktdaten zur Suchthilfe in Thüringen oder ein Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch. Vorgestellt wird in dem Leitfaden auch das Thüringer Angebot für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte.

Der Praxisleitfaden Suchtmedizin, erarbeitet vom „Suchtausschuss“ der Landesärztekammer – ein Gremium von Fachvertretern aus Thüringen – ist ein wichtiger Beitrag der Thüringer Ärzteschaft, das Problem Sucht in unserem Bundesland einzudämmen. Dafür möchte ich den Mitgliedern des Ausschusses, die den Leitfaden neben ihrer Haupttätigkeit als Ärztin oder Arzt für die Kolleginnen und Kollegen erstellt haben, herzlich danken.

Wünschenswert ist aus Sicht der Landesärztekammer Thüringen, dass künftig alle gesellschaftlichen Kräfte noch besser ihr Potential zur Bekämpfung und auch zur Verhinderung von Suchtkrankheiten einsetzen, miteinander kooperieren und somit gemeinsam an einem Strang ziehen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

Dr. Ellen Lundershausen
Präsidentin der Landesärztekammer



Allgemeine Hinweise

Literatur zu suchtmmedizinischen und therapeutischen Fragestellungen gibt es in großem Umfang auf dem Markt. Eine Anwendbarkeit unter konkreten Arbeits- und Strukturbedingungen in Thüringen ist jedoch nicht immer gegeben. Aus diesem Grund hat sich der Suchtausschuss der Landesärztekammer entschlossen, einen praxisorientierten Ratgeber herauszugeben, der einen raschen und übersichtlichen Überblick zu suchtmmedizinischen Problemen in Thüringen gibt.

Dieser Ratgeber „Praxisleitfaden Suchtmedizin“ richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, die mit dem Thema „Sucht“ befasst sind, kann aber auch die Arbeit anderer interessierter Institutionen unterstützen. Der Leitfaden soll außerdem ermöglichen, sich selbst eine professionelle Strategie aufzubauen, um bei einer entsprechenden Problemlage rasch imstande zu sein, Kontakt mit weiterhelfenden Institutionen oder Personen aufnehmen zu können.

In den Textbeiträgen werden die wichtigsten Aspekte der Sucht beschrieben. Zusätzlich informiert der Leitfaden in einem Serviceteil über Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen und über Vertrauensärzte für suchtkranke Ärzte in Thüringen. Als Anhang liegen dem Serviceteil außerdem Hinweisblätter und Fragebögen für Patienten bei.

Die fortwährend aktualisierte Fassung des Leitfadens können Sie von der Internetseite der Landesärztekammer Thüringen (www.laek-thueringen.de) kostenlos herunterladen. Selbstverständlich erhalten Sie auf Anforderung den gedruckten Leitfaden auch über die Geschäftsstelle der Landesärztekammer Thüringen.

Wegen der besseren Lesbarkeit der Arbeit wurde jeweils bei Personen nur die männliche Form

genannt. Es sind jedoch immer alle Geschlechter gemeint.

Die Autoren haben jeweils separat einzelne Kapitel erarbeitet, was der Suchtausschuss für fachlich sinnvoll hielt. Dies erklärt die eventuell etwas unterschiedliche Ausdrucksweise in einzelnen Abschnitten.

Die Autoren hoffen auf Ihre Meinungen, Ratschläge und kritische Auseinandersetzung mit der vorliegenden Arbeit zum Nutzen aller Kolleginnen und Kollegen.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Projektbeteiligten für die Zusammenarbeit und Unterstützung bedanken.

Wir bitten die Anwender des Praxisleitfadens auch um Mitteilung geänderter Anschriften und Telefonnummern. Dankbar sind wir besonders für inhaltliche und konzeptionelle Änderungs- und Ergänzungswünsche.

Dr. med. Katharina Schoett
Vorsitzende des Suchtausschusses

Ansprechpartner

Dr. med. Christiane Becker
Ärztliche Geschäftsführerin

Konstanze Hübner-Knoch
Sekretariat Ärztliche Geschäftsführung

Tel.: 03641 614 - 111
Fax: 03641 614 - 109
Mail: aerztl-gf@laek-thueringen.de
Web: www.laek-thueringen.de

Autorinnen und Autoren

Mitglieder des Suchtausschusses

Vorsitz: Dr. med. Katharina Schoett

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH Mühlhausen

Dr. med. Erhard Schäfer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Arztpraxis Erfurt

Dr. med. Thomas Jochum

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, SRH Wald-Klinikum Gera gGmbH

Christoph Kern

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachklinik Klosterwald Bad Klosterlausnitz

Dr. med. Joachim Pausch

Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Suchtmedizin, Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt Ilmenau gGmbH

Dr. med. Uta Pietsch

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena

Dr. med. Frank Häger

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arztpraxis Jena

1. Allgemeiner Teil

1.1 Sucht als Krankheit und Süchtige als Kranke verstehen

Die Palette unserer Süchte ist groß und wächst weiter. So wie die stoffgebundenen Süchte immer neue chemische Substanzen umfassen, entwickeln sich auch die nichtstoffgebundenen Süchte wie Spielsucht und Internetsucht mit immer neuen Varianten weiter. Wir Mediziner laufen dieser Entwicklung oft hinterher.

Seit dem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts vom 18.06.1968 wird Alkoholabhängigkeit als erste Suchterkrankung, als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, anerkannt. Somit sind die Krankenkassen und Sozialversicherungsträger verpflichtet, wie bei jeder anderen Erkrankung auch, die Kosten für Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zu tragen.

Trotz der Anerkennung als Krankheit haftet den Suchterkrankungen ein hoher gesellschaftlicher Makel an. Klassische Verdrängungsmechanismen werden nicht nur vom Suchtkranken und seinem sozialen Umfeld, sondern auch von vielen Medizinerinnen verwendet, um dem Problem Sucht auszuweichen. Um das Phänomen Sucht zu verstehen, benutzen wir Krankheitsmodelle wie das „Suchtdreieck“ Genetik – Umwelt – Suchtmittel oder aus der Systemischen Therapie das „systemisch familientherapeutische Konzept“. Auch hier ist vieles in Bewegung und spiegelt die sich ständig ändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wider. Das Übertreten von gesellschaftlichen Normen und Grenzen durch den Suchtkranken stellt ein großes Problem in allen Lebensbereichen dar. Alte Normen wie die 0,0 Promille im Straßenverkehr, der Ausschankschluss um 00:00 Uhr oder die Verweigerungspflicht für den Verkauf von Alkohol an betrunkene Personen sind längst überholt. Die persönliche Freiheit des Einzelnen steht über allem.

Dieses Verhalten einschließlich der Rückfälle ist

nicht gegen uns Therapeuten gerichtet, sondern ist krankheitsimmanent und stellt eine Herausforderung an unsere Geduld und unser Verständnis dar. Nur wenn wir dem Suchtkranken mit Empathie und Wertschätzung begegnen, seine Lebenssituation und seine Ängste ernst nehmen, wird es uns gelingen, eine vertrauensvolle Therapeuten-Patienten-Beziehung aufzubauen. Das sollte allerdings nie unsere kritische Aufmerksamkeit trüben, denn Lügen sind Begleiter der Sucht. Ein gut strukturiertes Gespräch mit klaren Regeln schützt uns davor, vom Patienten ausgenutzt oder gar zur Aufrechterhaltung der Sucht missbraucht zu werden. Das Angebot eines multimodalen Behandlungskonzeptes sollte immer im Hintergrund bereitgehalten werden.

Auch in der 2015 veröffentlichten S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ und der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ finden wir die Aussage, dass nach wie vor große Probleme, auch in der Ärzteschaft, bestehen, Sucht als Krankheit zu verstehen.

Mit einem professionellen Herangehen und dem nötigen fachlichen Wissen werden wir nicht allen, aber doch vielen Suchtkranken helfen können.

1.2 Verdacht und Diagnose

1.2.1 Verdacht

Jeder klinisch tätige Therapeut, egal in welchem Fachbereich er arbeitet, trifft auf Patienten mit Suchterkrankungen. Häufig werden aber die Symptome nicht wahrgenommen, bagatellisiert oder als nicht zum Fach gehörend ignoriert. Insbesondere sollte die Vielzahl der vegetativen Symptome wie Unruhe, Schlafstörungen, Tremor, Gereiztheit, Schwitzen, Hypertonus, Tachykardien, diffuse abdominelle Beschwerden usw. uns hellhö-

rig werden lassen. Die Übergänge vom normalen Suchtmittelgebrauch zum schädlichen Gebrauch bis hin zur Abhängigkeit sind manchmal fließend und schwierig abzugrenzen.

In jeder Anamnese ist die Frage nach dem Alkoholkonsum enthalten. Hier sollte auch immer eine Wertung des Konsums erfolgen. Alkohol z. B. ist ein Genussmittel und sollte nicht täglich konsumiert werden. Die Empfehlung, wie sie von einigen Kollegen gegeben wird: „Ein Glas Wein täglich ist gesundheitsfördernd“, ist aus suchtmmedizinischer Sicht einfach falsch.

Ein solches Gespräch sollte natürlich mit besonderer Sorgfalt und Einfühlungsvermögen geführt werden, um das Vertrauensverhältnis, welches die Grundlage unserer therapeutischen Bemühungen ist, nicht schon im Vorfeld zu belasten.

Bei Verdacht auf eine Suchterkrankung sollten immer verschiedene Zustandsmarker eingesetzt werden. In der S3-Leitlinie alkoholbezogener Störung wird der AUDIT sehr empfohlen. Im entsprechenden Kontext sollte auch bei Alkoholverdacht Alkohol in der Atemluft oder im Blut bestimmt werden (z.B. in der Notaufnahme oder ITS).

1.2.2 Diagnose

Der ICD-10 umfasst in den Bereich F10 bis F19 die stoffgebundenen Abhängigkeiten und im Bereich F63 die nichtstoffgebundenen Störungen des Impulsverhaltens, z. B. die Spielsucht.

Als Kriterien für die Abhängigkeit gelten:

- der starke Wunsch, die Substanz einzunehmen,
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren,
- anhaltender Gebrauch trotz schädlicher Folgen,
- Vorrang des Substanzgebrauchs vor anderen Aktivitäten,
- Toleranzentwicklung,
- körperliche Entzugssymptome.

Um die Diagnose sicher zu stellen, müssen mindestens drei dieser Kriterien innerhalb der letzten zwölf Monate erfüllt sein.

Besonders auf die vielen Komorbiditäten mit psychischen und somatischen Erkrankungen, wo das Suchtmittel als „Therapeutikum“ eingesetzt wird,

sei an dieser Stelle hingewiesen. Ob ein Patient mit einer Angsterkrankung oder einer sozialen Phobie sich „Mut antrinken muss“ oder die Hepatitis C auf einen Drogenmissbrauch hindeuten kann oder die Schlafstörungen eine Medikamentenabhängigkeit als Ursache haben, sei an dieser Stelle nur exemplarisch erwähnt. Besonders im Notdienst stellen Unfälle und Intoxikationen ein sehr häufiges Problem dar, dem eine Abhängigkeit zu Grunde liegt.

1.3 Motivierende Kurzintervention

Wir haben aus der Anamnese und den vorliegenden Befunden Anhaltspunkte gefunden, dass unser Patient ein Suchtproblem hat. Der Patient ist nicht vordergründig wegen des Suchtproblems bei uns, und wir sind auch nicht unbedingt Suchtexperten.

Wir erkennen trotzdem unsere Zuständigkeit, denn wir haben den Schlüssel in der Hand, um die Tür, die zur Lösung des Suchtproblems unseres Patienten führen kann, aufzuschließen. Das erste Gespräch kann die Weichen stellen, also nehmen wir uns 10 Minuten Zeit und führen dieses Gespräch.

Der Patient wird gewöhnlich mit Abwehr reagieren, wenn er auf sein Suchtproblem hin angesprochen wird. Wir versuchen, diese Abwehr zu verringern, indem wir dem Patienten mit Empathie begegnen, Vorwürfe und Abwertungen vermeiden, das Gespräch in einem ruhigen, verständnisvollen Ton führen. Für die Art und Weise, solche Gespräche zu führen, gibt es verschiedene Modelle. Eines davon erscheint für die Praxis besonders geeignet: die für Alkoholabhängige entwickelte motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick. Dieser liegt ein mehrphasiges Verlaufsmodell der Motivationsbildung nach Prochaska, DiClemente und Davidson zugrunde.

Damit also unsere Intervention nicht sofort an der Abwehr des Patienten scheitert, müssen wir zunächst behutsam herausfinden, in welcher Phase der Veränderung er sich befindet. Erst dann können wir das Gespräch phasenbezogen führen und tatsächliche Veränderungen in Richtung Abstinenz bewirken.

Nach einem Stadium der Absichtslosigkeit können folgende Veränderungsstadien mit den dazugehö-

rigen Interventionsschritten unterschieden werden:

Das Stadium der Absichtsbildung:

Der Patient nimmt Hinweise aus seiner Umgebung, dass er zu viel trinke, wahr, aber nicht besonders ernst. Er wehrt ab, bagatellisiert, rationalisiert und beginnt, lieber heimlich zu trinken. Veränderung in Richtung Abstinenz ist kein Thema. Vorwurfsfreie Kontaktaufnahme und Hilfe bei konkreten Problemen ermöglichen dem Patienten, überhaupt etwas Vertrauen in den Behandelnden zu setzen.

Das Gespräch zielt auf die Erfassung der wirklichen Situation, die sachliche Information, möglicherweise bis hin zu einer Diagnose, und die wahrscheinlichen Folgen eines fortgesetzten Konsums. Stößt man auf Abwehr, so ist das vielleicht ein Zeichen, dass man sich zu weit vorgewagt hat.

Das Vorbereitungsstadium:

Der Betroffene beginnt zu erkennen, dass er so nicht weitermachen kann. Er zieht Veränderungen in Erwägung, reagiert aber nach wie vor sehr abwehrend auf Vorhaltungen aus seiner Umgebung. Am Ende entscheidet er sich für die Veränderung. Das Gespräch wird emotionaler, Scham- und Schuldgefühle können abgebaut, Hoffnungen geweckt werden, dass Veränderungen möglich und lohnenswert sind. Verschiedene Behandlungsangebote werden aufgezeigt. Angehörige können evtl. in das Gespräch einbezogen und die Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen vermittelt werden.

Das Handlungsstadium:

Jetzt fasst der Patient konkrete Entschlüsse, ergreift Schritte, um seinen Konsum zu reduzieren, sucht Rat und Hilfe, nimmt Behandlungsangebote wahr und wird abstinent.

Der Veränderungswille des Patienten wird bestärkt, Ziele werden erarbeitet und konkrete Schritte in Richtung Behandlung vereinbart. Entgiftung und medizinische Rehabilitation fallen in diese Phase. Die Hintergründe, wie und warum es zur Abhängigkeit gekommen ist, kann man jetzt versuchen, aufzudecken, um alternative Lösungswege zu finden. Ressourcen des Patienten müssen aufgezeigt

und entwickelt, sowie sein verloren gegangenes Selbstvertrauen wieder aufgebaut werden.

Das Stadium der Aufrechterhaltung der Abstinenz:

Es gelingt dem Patienten, auch mit schwierigen Situationen sicher umzugehen und abstinent zu bleiben.

Die Motivation zur Abstinenz ist nicht selbstverständlich, sondern muss immer wieder erneuert werden. Jeder Beratungsanlass bietet hierzu eine Gelegenheit. Soziale und berufliche Rehabilitation sind jetzt möglich.

Die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe kann sehr hilfreich sein. Rückfallgefährdende Situationen und der mögliche Rückfall selbst müssen thematisiert werden, Handlungskonzepte erarbeitet und trainiert werden.

Das Stadium des Rückfalls:

Der Rückfall ist für den Patienten oft verbunden mit einer riesigen Enttäuschung sowie massiven Scham- und Schuldgefühlen. Möglich ist auch eine Flucht in die Selbsttäuschung, doch bei weitem nicht mehr so viel zu trinken wie früher. Jedoch kann eine neue Vorahnungsphase beginnen, sich der Kreis schließen und alles von vorn anfangen.

Der Rückfall bedeutet für viele Patienten eine schwere Krise, die aufgefangen werden muss. Bagatellisierung oder Dramatisierung sind fehl am Platz. Vorwurfsvolle „Warum?“-Fragen sind nicht hilfreich, wichtiger erscheint zunächst die Frage: „Wie weiter und zurück zur Abstinenz?“. Das Vertrauen des Patienten in die eigene Kompetenz muss gestärkt, Ressourcen müssen gefördert werden. Die Einbeziehung der ebenso betroffenen Angehörigen ist wichtig. Neue Ziele und Handlungsschritte müssen vereinbart werden.

Manchmal muss der Behandelnde völlig von vorn beginnen und zunächst auch seine eigene Enttäuschung überwinden.

Dieses Veränderungs- und Gesprächsmodell ist ursprünglich für Alkoholabhängige entwickelt worden, aber es lässt sich in der Praxis vielleicht auch auf Patienten mit anderen Suchtproblemen oder Erkrankungen übertragen, die eine Verhaltensänderung erforderlich machen.

1.4 Einbeziehung nahestehender Personen

In unser therapeutisches Bemühen sollten wir, wo immer es möglich ist, Bezugspersonen mit einbeziehen. Selbstverständlich muss die Schweigepflicht an dieser Stelle besonders bedacht werden. Die einfachste und auch für den Patienten bessere Methode ist das gemeinsame Gespräch Patient – Bezugsperson – Arzt. Die Bezugspersonen sollten über das Krankheitsbild möglichst umfassend in Anwesenheit des Patienten informiert werden. Die Behandlungsmöglichkeit und die Prognose sollten klar dargelegt und über die Wichtigkeit einer stabilen Beziehung im therapeutischen Prozess gesprochen werden.

Unverzichtbar für die erfolgreiche Therapie des Suchtkranken ist die Behandlung der Co-Abhängigkeit nahestehender Bezugspersonen. Gemeint ist ein Verhalten nahestehender Personen, das zur Aufrechterhaltung der Sucht beim Patienten führt, z. B. des resignierten Ehepartners, der lieber jeden Tag die Flasche Schnaps in Kauf nimmt (oder kauft), als sich immer wieder mit dem Patienten auseinanderzusetzen, oder der sich schämt, fremde Hilfe hinzuzuziehen und die Suchterkrankung lieber kaschiert. Bezugspersonen brauchen geduldige Ermutigung, um ihr co-abhängiges Verhalten aufzugeben und im Behandlungsprozess konstruktiv mitzuwirken.

Gerade in der hausärztlichen Betreuung wäre eine familienmedizinische Sichtweise zu wünschen, die einerseits die Rolle der einzelnen Familienmitglieder bei der Entstehung der Sucht sowie die Auswirkungen der Suchterkrankung eines Angehörigen auf die anderen Familienmitglieder einbezieht und andererseits die Möglichkeiten der Familie bei der Behandlung und Rehabilitation stärkt.

1.5 Behandlung und Rehabilitation

Ärztliche Aufgabe ist vorrangig die medizinische Akutbehandlung der Suchterkrankung und ihrer Komplikationen (Intoxikationen, Entzugssyndrome, Begleiterkrankungen), im Weiteren die Motivation zur Inanspruchnahme der zahlreichen Hilfsangebote und die Vermittlung dorthin. Unter Berücksichtigung des oben genannten phasenbe-

zogenen Veränderungsmodells hat der Arzt zahlreiche Entscheidungen bezüglich des Zeitpunkts und der Art und Weise von Interventionen zu treffen, beispielsweise:

- Kann ich die Behandlung allein durchführen oder sind Beratungsstellen, Ärzte anderer Fachrichtungen oder weitere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe hinzuzuziehen?
- Kann der Patient ambulant „entgiftet“ werden oder liegen Risiken vor, die einen stationären Entzug erforderlich machen?
- Welches ist die geeignete Einrichtung für welchen Patienten?

Weil Sucht weit mehr ist als ein medizinisches Problem, ist die Vermittlung des Patienten an Beratungsstellen zur Mitbetreuung in der Regel sinnvoll und notwendig. Die Bearbeitung sozialer Probleme einschließlich der Zusammenarbeit mit (den mitbetroffenen!) Angehörigen oder die Integration des Patienten in eine Selbsthilfegruppe kann gemeinsam mit einer Beratungsstelle viel besser geleistet werden. Die direkte Kontaktaufnahme ist zu empfehlen, ggf. bis zum gegenseitigen Abgleich des Behandlungskonzepts und einen fallbezogenen Austausch von Informationen, sofern hierfür die Zustimmung des Patienten erreicht werden kann. Umgekehrt werden uns nicht selten Suchtpatienten, die über niedrigschwellige Angebote primär Kontakt mit der Beratungsstelle aufgenommen haben, von den Beratungsstellen zur Klärung medizinischer Probleme in die Praxen geschickt.

In Selbsthilfegruppen erfahren die Suchtkranken Verständnis und die soziale Unterstützung ebenfalls Betroffener. Für den Arzt ist es durchaus sinnvoll, mit den Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten und sich von Zeit zu Zeit für Vorträge und Diskussionsforen zur Verfügung zu stellen. Informieren Sie Ihre Patienten über die entsprechenden Institutionen in Ihrem Versorgungsbereich.

Leistungsträger (vs. Leistungserbringer) für die ambulante und akutklinische medizinische Behandlung Suchtkranker (einschl. Entzugsbehandlung, im Jargon „Entgiftung“) sind die Krankenkassen, für die medizinische Rehabilitationsbehandlung („Entwöhnung“) die Rentenversicherungen. Nachrangig tritt bei der Finanzierung der Entwöhnung die Kranken-

kasse (§ 40 SGB V) ein. Wenn alles nicht greift, ist das Sozialamt zuständig.

Einweisungen ins Akutkrankenhaus erfolgen nach den üblichen Regeln. Entwöhnungsbehandlungen müssen im Vorfeld beim zuständigen Leistungsträger beantragt werden. Der Antrag des Patienten muss gemeinsam mit einem ärztlichen Bericht und einem Sozialbericht, den in der Regel die Suchtberatungsstelle erstellt, dort eingereicht werden. Die Zuständigkeit verschiedener Kostenträger und das lange Antragsverfahren führen dazu, dass zwischen Entzugsbehandlung und Entwöhnung in der Regel eine mehr oder weniger lange Zeitspanne liegt, die medizinisch oft nicht sinnvoll ist.

Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland können im Verfahren der sog. Direkteinweisung von anerkannten Einrichtungen, die qualifizierte Entzugsbehandlungen durchführen, sowie vom Ärztlichen Dienst der Agenturen für Arbeit und Ärzten der Justizvollzugsanstalten bei verkürzter Bearbeitung durch den Rentenversicherungsträger nahtlos in die Entwöhnungsbehandlung vermittelt werden.

Zur Entzugsbehandlung stehen eine Reihe spezialisierter Stationen (überwiegend an psychiatrischen Kliniken) zur Verfügung, die eine sog. „qualifizierte Entzugsbehandlung“ durchführen. Hier erfolgt neben der „Entgiftung“ eine systematische Motivationsbehandlung und Vermittlung in geeignete Angebote der Postakutbehandlung. Der von den Krankenkassen in der Regel vorgegebene Zeitraum von ca. 21 Tagen für die Entzugsbehandlung kann bei der Behandlung von medizinischen Komplikationen überschritten werden.

Entzugsbehandlungen können, wenn keine besonderen Komplikationen zu erwarten sind, auch ambulant erfolgen. Eine ambulante Entzugsbehandlung bei Alkoholkrankheit sollte nur durchgeführt werden, wenn eine vertrauenswürdige Bezugsperson vorhanden ist und noch ein tragendes soziales Umfeld besteht. Des Weiteren sollte eine gute Arzt – Patienten – Bindung bestehen und die Motivation eindeutig sein. Der Patient sollte sich täglich in der Praxis vorstellen, damit die Entwicklung einer schweren, ambulant nicht mehr behandelbaren Entzugssymptomatik rechtzeitig erkannt werden kann. Bei Drogenabhängigkeit ist eine ambulante

Entzugsbehandlung wenig sinnvoll, da in der Regel ein Therapieabbruch folgt. Die einzusetzenden Medikamente werden in der S3-Leitlinie mit ihren Vorteilen und Nachteilen ausführlich dargestellt.

Gründe, die für eine Entzugsbehandlung unter stationären Bedingungen sprechen, sind zum Beispiel: hohes Risiko für schwere Entzugserscheinungen, insbesondere für epileptische Anfälle oder Delirien, schwerwiegende Begleiterkrankungen, vorangegangene erfolglose Entgiftungen oder die Notwendigkeit zur Distanzierung aus dem sozialen Umfeld.

Die medizinische Rehabilitation in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige erfolgt in der Regel über einen Zeitraum von 12 oder 15 Wochen, in einer Fachklinik für Drogenabhängige 24 Wochen und mehr. Die Behandlungszeiten sind bei Antragstellung aus der Fachklinik verlängerungsfähig. Für geeignete Patienten gibt es inzwischen auch eine Reihe von Suchtberatungsstellen, die von den Rentenversicherungsträgern für die ambulante Rehabilitation Alkoholabhängiger (9 Monate) zugelassen worden sind.

Sozial schwerer beeinträchtigte Patienten können nach der medizinischen Rehabilitation noch eine Adaptionphase in einer Adaptionseinrichtung durchlaufen. Dort stehen der Aufbau sozialer Fertigkeiten (z. B. für selbständiges Wohnen) und Betriebspraktika zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund der Arbeit.

Die mehrmonatige bzw. mehrjährige Aufnahme in eine beschützende Einrichtung (z. B. in ein sozialtherapeutisches Wohnheim oder ins Betreute Einzelwohnen für Abhängige) kann im Einzelfall (z. B. im Sinne der Sicherung einer „langen Therapiekette“) für die soziale Wiedereingliederung sinnvoll und notwendig werden, ebenso ggf. die gerichtliche Bestellung eines Betreuers auf ärztlichen Antrag. Spezialbereiche für Pflegebedürftige und geschlossene Unterbringungsmöglichkeiten im Netz der therapeutischen Zuständigkeit sind noch rar.

1.6 Vormundschaftsgerichtlich angeordnete Betreuung von Suchtkranken und betreuungsrechtliche Unterbringung

Betreuung von Suchtkranken

Voraussetzung für die Einrichtung einer Betreuung nach § 1837 und folgende BGB ist, dass ein Volljähriger auf Grund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann.

Eine Erkrankung oder Behinderung muss ursächlich sein für diese Unfähigkeit.

Ein Antrag auf Betreuung kann nur vom Betroffenen selbst – und zwar auch dann, wenn er geschäftsunfähig ist – und von Amts wegen gestellt werden.

Jeder Dritte (d. h. Angehörige, Nachbarn, Behörden, Gläubiger, Ärzte, Heimleitungen) kann eine Betreuung beim Amtsgericht anregen. Dieser Betreuungsanregung muss dann von Amt wegen, d. h. vom Gericht, nachgegangen werden.

Eine weitere Voraussetzung für die Einrichtung einer Betreuung ist, dass andere Hilfen nicht ausreichend sind, z. B. soziale Dienste, Nachbarschafts- und Verwandtenhilfe, Bevollmächtigung, Behördenhilfe. Der Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Der Betreuungsumfang kann die Regelung rechtlicher und persönlicher Angelegenheiten, z. B. die Sorge für die Gesundheit, die Vermögenssorge, die Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche, die Vertretung vor Behörden und Institutionen, die Regelung von Wohnungsangelegenheiten und die Aufenthaltsbestimmung, ggf. auch die Unterbringung, umfassen, sowie unterbringungsähnliche Maßnahmen, etwa die Verabreichung dämpfender Medikamente und Fixierung. Weiterhin wird vom Amtsgericht ein Sozialbericht der Betreuungsbehörde eingeholt, deren Aufgabe es ist, Kontakt zum Betroffenen und zu seinen Angehörigen aufzunehmen, einen geeigneten Betreuer für den Betroffenen zu ermitteln und mögliche geeignete Hilfen vorzuschlagen, die eine Betreuung gegebenenfalls überflüssig machen könnten. Außerdem wird vom Amtsgericht ein Sachverständigen-

gutachten eingeholt zur Frage der vorliegenden Gesundheitsstörungen und ihrer Auswirkungen auf die selbstbestimmte Regelung rechtlicher und persönlicher Angelegenheiten.

Der Betreuer ist gehalten, die Wünsche des Betreuten zu berücksichtigen, wenn dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft.

Soweit dies zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist, kann das Vormundschaftsgericht einen Einwilligungsvorbehalt anordnen (§ 1903 BGB).

Nach juristischem Verständnis im Sinne von § 1906 BGB war „Trunksucht“ bisher für sich allein betrachtet keine psychische Krankheit bzw. geistige oder seelische Behinderung, auf die die Bestellung eines Betreuers und die vormundschaftliche Genehmigung der Unterbringung gestützt werden konnte. Nach der Neufassung des Betreuungsgesetzes 1999 erfolgte eine Anpassung an die gegenwärtige medizinische Fachterminologie. Demnach werden Abhängigkeitserkrankungen jetzt auch juristischerseits als Ausdruck einer psychischen Krankheit begriffen.

Unverändert rechtfertigen Suchterkrankungen allein jedoch nicht die Bestellung eines Betreuers. Voraussetzung ist nach neuem Recht, dass die Alkohol- und Drogenabhängigkeit entweder in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer geistigen Behinderung steht oder eine auf die Abhängigkeit zurückzuführende erhebliche psychiatrische Folgeerkrankung eingetreten ist. Es kommt insbesondere auch auf die Beeinträchtigung der Selbstbestimmung an.

Diese Voraussetzungen können z. B. vorliegen bei:

- Kombination von geistiger Behinderung und Suchterkrankung
- Kombination von Psychose mit Suchterkrankung
- Kombination von schwerwiegender primärer Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung – mit strenger Indikation
- Korsakow-Syndrom
- alkoholischer Demenz

- Persönlichkeitsdeprivation mit deutlich reduzierter Kritikfähigkeit als Folgeerscheinung der Suchterkrankung

Betreuungsrechtliche Unterbringung

Der Betreuer kann den Betroffenen freiheitsentziehend nur dann unterbringen lassen, wenn Aufenthaltsbestimmung und Unterbringung zum Betreuungsumfang gehören und das Vormundschaftsgericht die Unterbringung genehmigt. Dafür ist außer, wenn Gefahr im Verzuge ist, eine erneute sachverständige Begutachtung erforderlich.

Die Voraussetzungen für die Unterbringung sind im § 1906 BGB geregelt.

Die Unterbringung ist nur solange zulässig, wie sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist. Voraussetzung ist, dass beim Betreuten auf Grund seiner psychischen Krankheit bzw. geistigen oder seelischen Behinderung Gefahr besteht, sich selbst zu töten oder sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zuzufügen, oder wenn eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig sind, die ohne Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden können und der Betreute auf Grund seiner Erkrankung oder Behinderung die Notwendigkeit dieser Maßnahme nicht erkennen und/oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn deren Voraussetzungen wegfallen.

Die Unterbringung durch den Betreuer ist nicht erlaubt zum Schutz Dritter oder im öffentlichen Interesse, sondern lediglich bei Eigengefährdung und zur Heilbehandlung.

Vormundschaftsgerichtlich angeordnete Betreuung von Suchtkranken und betreuungsrechtliche Unterbringung

Die vormundschaftsgerichtlich angeordnete Betreuung von Suchtkranken und betreuungsrechtliche Unterbringung wird landesrechtlich in Thüringen mit dem Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker vom 05.02.2009 geregelt (ThürPsychKG). In diesem Gesetz sind die Vor-

aussetzungen der Unterbringung ebenso geregelt wie vorbeugende Maßnahmen, um eine Unterbringung zu vermeiden, sowie die Rechtsstellung und Betreuung des Betroffenen während der Unterbringung.

Die vormundschaftsgerichtlich angeordnete Betreuung von Suchtkranken und betreuungsrechtliche Unterbringung ist in jedem Falle anzuwenden bei Fremdgefährdung und bei öffentlichem Interesse. Die Voraussetzung und der Zweck der Unterbringung sind in § 8 des Thüringer PsychKG geregelt. Es kommt hier nur eine Unterbringung bei Selbst- und Fremdgefährdung in Frage, wobei diese Gefährdung erheblich sein muss und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann als durch eine Zwangsmaßnahme.

Weiterhin ist eine öffentlich-rechtliche Unterbringung möglich, wenn der bisherige Verlauf der Krankheit erkennen lässt, dass ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder jederzeit damit gerechnet werden kann.

Der Antrag ist durch den zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst zu stellen.

Dieser kann auch nach § 9 des Gesetzes eine vorläufige Unterbringung für 24 Stunden veranlassen. Nach diesem Zeitpunkt ist eine amtsgerichtliche Entscheidung erforderlich.

Die fehlende Behandlungsbereitschaft rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung. Es gibt auch keine öffentlich-rechtliche Unterbringung zur Heilbehandlung.

Bei nicht behandlungswilligen Patienten ist es empfehlenswert, den Sozialpsychiatrischen Dienst einzuschalten. Die Rettungsleitstellen verfügen in der Regel über die Dienstpläne der Amtsärzte und/oder Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi) des entsprechenden Landkreises.

1.7 Rückfallprävention und Umgang mit einem Rückfall

„Ein Rückfall ist das bewusste Einnehmen von Alkohol oder Medikamenten mit Suchtpotential in jeglicher Form nach einer Zeit der Abstinenz.“

Prof. Dr. J. Lindenmeyer in „Lieber schlau als blau“ [1]

Nicht jeder „Ausrutscher“ muss zum Vollbild eines

Rückfälle führen, schon gar nicht die unbewusste Verletzung des Abstinenzgebots z. B. durch ein paar Spritzer Worcester-Sauce, von der der Patient drei Tage später erfährt, dass sie Alkohol enthalte. Rückfälle kann man herbeireden, bagatellisieren oder dramatisieren.

Rückfälle sind realistische Gefahren bei einer Verhaltensänderung und brauchen gezielte Maßnahmen zur Verhinderung, aber auch zur Begrenzung. Das Rückfallrisiko ist in den ersten 3 Monaten nach Beginn der Abstinenz am höchsten.

Häufige Risikosituationen sind:

- Situationen mit unangenehmen Gefühlen (z.B. Langeweile, Ärger, Einsamkeit, Angst)
- soziale Verführung
- angenehme Erlebnisse
- körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen, Schlafstörungen)
- Versuch, kontrolliert zu trinken/zu konsumieren.

Im Vorfeld dieser Risikosituationen werden häufig „harmlose“ Entscheidungen getroffen (z.B. Besuche der Selbsthilfegruppe einstellen, Verheimlichung der Alkoholsucht), die meist Ausdruck einer reduzierten Wachsamkeit der Betroffenen ist. Vor einem Rückfall verliert der Suchtkranke oftmals das Gefühl, ohne Suchtmittel leben zu können.

Rückfallprävention

Empfehlungen zur Vorbeugung von Rückfällen

- rechtzeitiges Erkennen und Akzeptieren von Rückfallsituationen
- Entwicklung Abstinenzgedanken („Warum trinke ich nicht mehr?“)
- Expositionsübungen in der fortgeschrittenen Entwöhnungsphase
- Ablehnungstraining

Nützliche Fragen können sein:

- Wie antworte ich clever, wenn mir in dieser oder jener Situation jemand etwas anbietet?
- Wie gehe ich souverän damit um, wenn mich jemand wegen meiner Abstinenz verspotten will?

- Wen kann ich anrufen, damit ich den Saufdruck wieder loswerde, wenn er mich packen will?
- Wie ziehe ich mich aus der Affäre, wenn ich vor dem Schnapsregal oder in der Kneipe weiche Knie bekomme?
- Was mache ich, wenn mir doch ein Ausrutscher passieren sollte, um schnellstmöglich wieder trocken zu werden?

Umgang mit einem Rückfall

Entscheidend für einen fortgesetzten Konsum nach erlittenem Rückfall ist nicht der Rückfall per se, sondern Folgeentwicklungen durch das Auftreten von Schuldgefühlen, Panik, fatalistische Grundannahmen (z.B. „Jetzt ist eh alles egal!“) und Verzweiflung (z.B. „Ich werde es wohl nie schaffen!“) sowie die Verstärkung dieses Zustands durch ein enttäuschtes soziales Umfeld.

Wichtig ist es, den Rückfall zu stoppen!



Dafür sollte folgender Notfallplan vereinbart werden:

1. Trinksituation verlassen,
2. keine Ursachenforschung betreiben,
3. Hilfe suchen.

Bei Kurzurückfällen ist unter Voraussetzung eines stabilen sozialen Umfelds eine ambulante Entgiftung möglich. Schwerwiegende Rückfälle sollten immer im stationären Bereich entgiftet werden. Ein Rückfall sollte immer besprochen werden.

[1] Prof. Dr. J. Lindenmeyer, „Lieber schlau als blau“, 7. Auflage, Beltz Verlag 2005

1.8 Abstinenzunfähigkeit, wie weiter?

Trotz aller Bemühungen wird ein Teil der Patienten das Ziel, abstinent zu werden, in einem absehbaren Zeitraum nicht erreichen. Dann von Abstinenzunfähigkeit zu sprechen, ist eigentlich nicht gerecht-

fertigt, wenn man bedenkt, dass selbst hoffnungslos geglaubte Patienten nach der x-ten Intervention doch irgendwann zu der Erkenntnis gekommen sind, ihr Verhalten zu ändern, und es dann geschafft haben, abstinent zu bleiben.

Dauerhafte Abstinenz gilt als das ideale Ziel suchtmedizinischer Intervention. Die Möglichkeit der Rückkehr zum kontrollierten, besser sozial angepassten, Konsum wird kontrovers diskutiert. Da Abstinenz in der Regel erst nach einem mehr oder weniger langen Zeitraum zu erreichen sein wird, ordnen sich dem Abstinenzziel eine Reihe weiterer Interventionsziele unter. Das sind im Sinne einer

Hierarchie der Interventionsziele:

- Sicherung des Überlebens
- Sicherung des möglichst gesunden Überlebens
- Reduzierung des Suchtmittelkonsums
- Umstieg auf weniger gefährliche Suchtmittel
- Vermeidung von Delinquenz
- Bewahrung von sozialen Bindungen, sofern sie den Ausstieg erleichtern
- Bewahrung von Wohnung oder Arbeitsplatz
- Sicherung des Lebensunterhalts
- Aufrechterhaltung des Kontakts mit dem Patienten

Wir haben folglich bei dem aktuell nicht abstinenten bzw. -bereiten Patienten die Möglichkeit, unsere Intervention dem momentanen Ziel anzupassen, ohne das Abstinenzziel aus den Augen zu verlieren. Gerade im hausärztlichen Bereich werden wir immer Patienten haben, die alle Stufen des Systems der Suchthilfe durchlaufen haben und nicht abstinent geworden sind, aber trotzdem medizinische oder soziale Hilfen im Sinne von Schadensbegrenzung benötigen.

1.9 Prävention

Auch wenn wir in Arztpraxen und Kliniken vorrangig kurative Medizin betreiben, haben wir doch auch Möglichkeiten, in Bezug auf Suchterkrankungen präventiv wirksam zu werden.

- primär z. B. durch Information und Stärkung der Kompetenz von Eltern, Jugendlichen oder Schwangeren

- sekundär z. B. durch Fragen zum Suchtmittelkonsum, die Information über schädlichen und risikoarmen Konsum und die Motivation zu einer evtl. Verhaltensänderung
- tertiär z. B. in der Betreuung Suchtkranker im Sinne der Rückfallprophylaxe oder der Begrenzung von Folgeschäden.

Über die Grenzen unserer alltäglichen Arbeit hinaus gäbe es vielfältige Möglichkeiten gruppen- oder gemeindebezogener Prävention in der Zusammenarbeit z. B. von Ärzten, Suchtberatungsstellen, Schulen und Kommunen, deren möglicher Nutzen leider kaum erkannt und noch weniger honoriert wird und für die im Arztalltag kaum Zeit zur Verfügung steht. Trotzdem gibt es hierfür auch in Deutschland bemerkenswerte und gut evaluierte Beispiele.

1.10 Notfallmaßnahmen bei Suchtkranken

Notfallmaßnahmen sind erforderlich, wenn ein lebensbedrohlicher Zustand vorliegt oder wenn erkennbar ist, dass eine gesundheitliche Störung in einen lebensbedrohlichen Zustand einmünden kann.

Bei Suchtkranken betrifft dies insbesondere:

- Opiat- und Mischintoxikationen
- Alkohol-, Medikamenten- und sonstige Drogenintoxikationen oder (Verdacht darauf) mit der Gefahr von Atemlähmung, Kreislaufversagen und Bewusstseinsstörung
- Prädelirante und delirante Zustände z. B. Alkoholentzugsdelir
- unklare Verletzungen bzw. Schädelverletzungen bei Suchtkranken aufgrund Gefahr einer Hirnblutung (Gerinnungsstörung infolge Leberschädigung)
- epileptische Anfälle im Entzug oder bei Intoxikation von Suchtmitteln;
- aggressives, eigen- und fremdgefährdendes Verhalten

Für die Feststellung der Gewahrsamstauglichkeit und bei Anliegen der Polizeibehörde oder wenn der Betroffene einer Untersuchung bzw. Behandlung freiwillig nicht zustimmt, aber nicht akut vital

bedroht ist, ist der amtsärztliche und sozialpsychiatrische Dienst zuständig.

Ein entsprechender Dienstplan liegt bei den Rettungsleitstellen vor, die verpflichtet sind, in diesen Fällen den amtsärztlichen Dienst zu benachrichtigen.

In allen anderen Notfällen ergibt sich die Zuständigkeit für den Rettungsdienst gemäß dem Indikationskatalog für Notärzte. Die Patienten sind insbesondere bei unklarer Anamnese unverzüglich in das nächstgelegene Krankenhaus mit der entsprechenden Möglichkeit der Notfallversorgung einzuweisen (Opiatintoxikationen bedürfen einer 24stündigen Intensivüberwachung).

1.11 Notfallsituationen

Bei Intoxikationen „5-Finger-Regel“

Elementarhilfe (Vitalfunktionen), Antidottherapie, Detoxikation, Transport, Asservierung von Material

Bei Intoxikationen Vitalfunktionen nach „ABC-Regel“ sichern

A: Atemwege freimachen/ -halten, B: Beatmung bei Atemstillstand, C: Cirkulation (bei Herzstillstand Herzdruckmassage, D: Drugs (venöser Zugang, ggf. spezifische Medikamente), E: EKG, F: Flüssigkeit (kristalloide u./ o. kolloidale Infusionslösungen)

Giftnotruf Erfurt: 0361 - 730730



Substanzgruppen

Intoxikationen

Entzugs-Syndrome (relative Notfälle)

Leitsymptome

Leitsymptome

Alkohol	Je nach Stadium (exitatorisches/hypnotisches/ narkotisches/asphyktisches) Gesichtsröte, Pupillenstarre, Erbrechen, Atmung, Puls, Reflexe, internistische und chirurgische Komplikationen	RR↑, Puls↑, sonstige vegetative Symptome, epileptische Anfälle, Bewußtseinstrübung mit Desorientiertheit, Halluzinationen
Benzodiazepine, Zolpidem, Zopiclon	Übersiedierung, Somnolenz- Koma, Atmung↓, RR↓, Muskelrelaxation mit Stürzen, Ataxie, Fehlhandlungen mit anterograder Amnesie	Tremor, Übelkeit und Erbrechen, Tachykardie, Hypotonie, Unruhe, Kopfschmerzen, Insomnie, Krankheitsgefühl oder Schwäche, vorübergehende Halluzinationen oder Illusionen, Angst, Perzeptionsstörungen Selten: Delir, mnestiche Störungen, epileptische Anfälle

Substanzgruppen	Intoxikationen	Entzugs-Syndrome (relative Notfälle)
	Leitsymptome	Leitsymptome
Barbiturate, sonstige Hypnotika, Sedativa/Antihistaminika	Bewusstseinsstörungen bis zum Koma, Ataxie, Unruhe, Anfälle, Rhythmusstörungen, Schock, Atemdepression, Aspiration, Rhabdomyolyse, Nierenversagen, zentrales anticholinerges Syndrom	Schlafstörungen, Unruhe, Craving, epileptische Anfälle, Delir
Schnüffelstoffe	aromatischer Geruch, Ataxie, Dysarthrie, Mydriasis, Halluzinationen, Erregung, Atemdepression, Narkose-Stadien	Vegetative Symptome, Unruhe, delirante Bilder
Opiate	Trias: Somnolenz-Koma + Atemdepression+ Miosis Puls↓, Reflexe↓, Temperatur, Erbrechen, Im Koma: Atemlähmung, Kreislaufversagen	Craving, Muskelschmerzen, Erbrechen, Diarrhoe; RR↑, Puls↑, Mydriasis, Gähnen, Naselaufen, Tränenfluss, Pupillenerweiterung, unruhiger Schlaf
Psychostimulantien	Sympathikotonus ↑, Sprachauffälligkeiten, Tremor, Anfälle, delirantes Syndrom (taktile Mikrohalluzinationen), Erregung, Temperatur, Myalgien, cerebrale Insulte, Herzrhythmusstörungen, Kreislaufversagen, Hyperthermie*	Craving, Lethargie, Erschöpfung, Verlangsamung oder Unruhe, Depression, Angst, Insomnie oder Schlafbedürfnis, Heißhunger; ziellose Handlungen, bizarre oder unangenehme Träume
Halluzinogene	Delirantes Syndrom, Horrortrips mit Panik, Aggressivität, anticholinerges Delir, dissoz. Anästhesie, Puls, Temperatur, Mydriasis	Unruhe, Leere, Antrieb, Depression, Angst, Schlafstörungen, Craving ev. Migräne
Cannabinoide	delirantes Syndrom (Angst), Puls↓, Temperatur, Mydriasis (gerötete, geschwollene Augen)	vegetative Symptome, Unruhe, Angst, Reizbarkeit, Schwitzen, Muskelschmerzen, Depressionen, Schlafstörungen, Craving
polyvalenter Abusus/ unbekannte Mischintoxikation	Bewusstseinsstörung o. Delir, paranoides-halluzinatorisches Syndrom, Angst, Erregung, Atemdepression, Kreislaufversagen	Craving, je nach Substanzgruppe: vegetative Symptome, Depression/Dysphorie. Schmerzen, Schlafstörungen, Angst, epileptische Anfälle
Liquid-Ecstasy (Gammahydroxy-buttersäure, GHB)	Plötzliche Bewusstlosigkeit (Partysituation) bei fehlender Alkohol- oder sonstiger Intoxikation	vermutl. Unruhe, Angst u. ä.

2. Spezieller Teil – substanzbezogen

2.1 Alkohol

2.1.1 Problemstellung

Alkohol ist nach Tabak die am häufigsten gebrauchte Psychodroge in Deutschland. Alkoholkonsum ist wegen seiner psychischen und sozialen Folgen aber auffälliger als Tabakrauchen, weshalb Alkohol lange Zeit die „Droge Nr. 1“ genannt wurde.

Alkohol ist eine Kulturodroge. Der gelegentliche und mäßige Alkoholkonsum hat Tradition. Allerdings ist der Alkoholkonsum so sehr in den Alltag integriert, dass auch problematischer Konsum (zu) lange Zeit nicht auffällt.

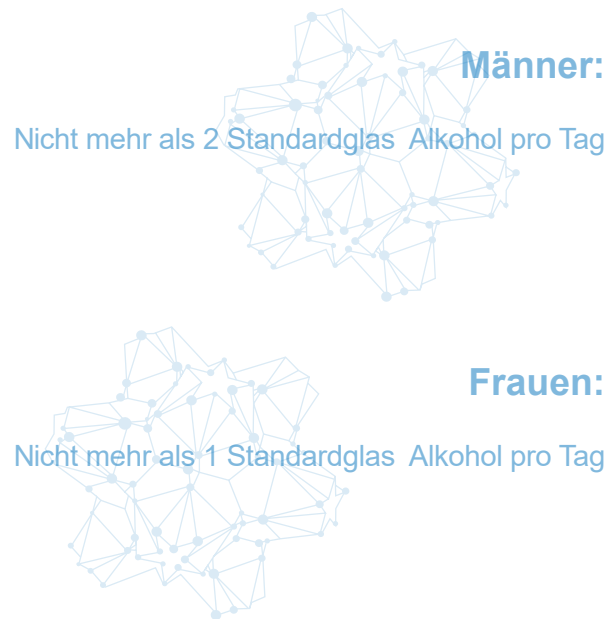
Ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel ist, dass Betroffene, Angehörige und Ärzte Warnhinweise für problematischen Alkoholkonsum frühzeitiger als Problem wahrnehmen und notwendige Veränderungen des Trinkens einleiten (Reduktion des Alkoholkonsums bzw. Abstinenz).

Der Arzt ist der häufigste primäre Ansprechpartner bei Alkoholproblemen. Drei von vier Alkoholkranken suchen mindestens einmal jährlich ihren Hausarzt auf.

Die Gesellschaft muss auch Wenigtrinken und Nichttrinken als normalen Lebensstil akzeptieren.

Faustregelung

Die Faustregelung für risikoarmen Alkoholkonsum bei gesunden Erwachsenen lautet:



Unter einem Standardglas versteht man:

- ein kleines Glas Bier
- oder 1 Glas Wein
- oder 1 Gläschen Schnaps

Für Männer und Frauen gilt:

An mindestens zwei Tagen pro Woche sollte ganz auf Alkohol verzichtet werden.

Risikant Alkoholkonsum liegt beim Überschreiten bestimmter durchschnittlicher täglicher Grenzwerte vor. Diese Grenzwerte liegen nach Angabe der WHO für eine Frau bei 20 g reinen Alkohols pro Tag, für einen Mann bei 30 g reinen Alkohols täglich.

Akute Risiken des Alkoholkonsums ergeben sich vor allem aus der Beeinträchtigung der Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit, der Wahrnehmung und der Urteilskraft. Dies kann bereits bei geringen

Alkoholmengen der Fall sein. Hieraus ergibt sich eine erhöhte Unfallgefahr. Des Weiteren kommt es infolge erhöhten Alkoholkonsums häufig zu Aggression und Gewalt. Ein hoher Prozentsatz aggressiver Straftaten wird unter Alkoholeinfluss begangen.

Riskanter Alkoholkonsum bewirkt ein erhöhtes körperliches und psychiatrisches Gesundheitsrisiko. Daneben können auch soziale Folgen (persönliche Entwicklung, zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeit, Straßenverkehr) von erheblicher Tragweite sein.

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann zu schwersten Schädigungen des Kindes führen.

Die durchschnittlichen täglichen Trinkmengen lassen sich recht genau errechnen, wenn man den Konsum für einen typischen 4-Wochen-Zeitraum (28 Tage) erfragt:

- An wie vielen Tagen trinkt der/die Betreffende keine alkoholischen Getränke?
- An jeweils wie vielen Tagen wenig/mittel/viel Alkohol? (ggf. sind weitere Abstufungen sinnvoll)
- Was (welche Getränke) und wie viel davon trinkt er/sie jeweils an solchen Tagen?

Hinweis: Getränke und Mengen genau auflisten und den Alkoholgehalt in Gramm Reinalkohol umrechnen. Tagessummen und Teilsummen für die Zahl der Wenig-/Mittel-/Vieltrinktage bilden. Die Gesamtsumme des Alkohols in Gramm geteilt durch 28 Tage ergibt die durchschnittlich täglich getrunkene Alkoholmenge in Gramm.

Der Alkoholgehalt der Getränke ist wie folgt zu errechnen:

Vol.% Alkohol (= ml reiner Alkohol je 100 ml bzw. dl Getränk) x Menge des Getränkes in dl (0,5 l = 5 dl) = getrunkene Menge Reinalkohol (RA) in Milliliter (ml)
 → *Reinalkohol in Milliliter (ml) x 0,8 (spezifisches Gewicht des Alkohols) = getrunkene Menge Reinalkohol (RA) in Gramm (g)*

Die Berechnung ist für jede Getränkeart getrennt durchzuführen und dann die Gesamtsumme für den Alkohol zu bilden. In einer Überschlagsrechnung kann davon ausgegangen werden, dass ein Normalglas (!) eines alkoholischen Getränkes 8 (6 bis 10) Gramm Reinalkohol enthält.

Beachte: Ein Normalglas Bier enthält 0,2 Liter, ein Normalglas Schnaps ist ein Einfacher!

Durchschnittlich enthalten handelsübliche alkoholische Getränke folgende Mengen Reinalkohol in Gramm:

Getränk	Menge	Vol-%	gRA
Bier	0,5 l	ca. 5	20
Wein	0,125 l	ca. 11	14
Wein	0,7 l	ca. 11	60
Süßwein	0,7 l	ca. 20	110
Sekt	0,1 l	ca. 12	10
Sekt	0,7 l	ca. 12	65
Korn	4 cl	32	10
Wodka, Gin, Rum	4 cl	40	13
Himbeer-geist	4 cl	45	14
Likör	0,7 l	ca. 30	170
Schnaps	0,7 l	40	220

2.1.2 Diagnose

Schädlicher Alkoholgebrauch (ICD-10: F10.1) liegt vor, wenn

- A. der Konsum von Alkohol zu körperlichen und/oder psychischen Schäden führt, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderungen oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann.

Typische somatische Folgeerkrankungen des Alkoholkonsums sind beispielsweise:

- Hepatopathien
- Pankreatopathien
- Gastropathien
- Störungen Blutbildung
- Kardiomyopathien
- Herzrhythmusstörungen (holiday heart disease)
- Fettstoffwechselstörungen
- Hyperurikämie
- Unfälle (als Folge von Intoxikation)
- alkoholische Polyneuropathie
- zerebrale Atrophie

Typische psychiatrische Folgeerkrankheiten des Alkoholkonsums sind:

- emotionale Labilisierung
 - depressive und dysphorische Verstimmungen
 - Unruhe und Angst
 - Konzentrationsstörungen
 - Minderung der Merkfähigkeit
 - Aufmerksamkeitsstörungen
 - Anpassungsstörungen
- B. Die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden
- C. Das Gebrauchsmuster besteht seit mindestens einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- D. Die Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 sind nicht erfüllt.

Hinweis: Der Begriff „Alkoholmissbrauch“ sollte zur Diagnostik nicht mehr verwendet werden. In der (auch medizinischen) Umgangssprache kann der Begriff sowohl ein riskantes als auch ein schädliches Konsummuster bezeichnen.

Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) ist eine spezifische Komplikation länger dauernden und individuell zu hohen Alkoholkonsums. Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 lauten wie folgt:

Drei oder mehrere der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang be-

standen haben, falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von 12 Monaten wiederholt bestanden haben.

1. Craving: Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang zu trinken.
2. Verminderte Kontrolle über den Alkoholgebrauch bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums.
3. Entzugerscheinungen: Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms bei Alkoholabstinenz oder Reduktion der täglichen Trinkmenge bzw. Trinken, um Entzugerscheinungen zu mildern.
4. Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen des Alkohols hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol: z. B. die Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer Acht zu lassen oder fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Trinkens.
6. Anhaltendes Trinken trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein (z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken) oder psychisch (wie bei depressiven Zuständen nach massivem Alkoholkonsum).

2.1.3 Therapie

Bei riskantem Alkoholkonsum und bei schädlichem Alkoholgebrauch reicht unter Umständen eine vorübergehende Alkoholkarenz bis zum Ausheilen der Folgeerkrankungen aus.

Bei schweren, langdauernden oder rezidivierenden Störungen ist Alkoholabstinenz und bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit ist die absolute Alkoholabstinenz die sinnvolle ärztliche Empfehlung.

Therapieoptionen

A. Motivationsarbeit

Motivationsarbeit hat das Ziel, dass der Patient seine Gefährdung bei riskantem Konsum oder bereits eingetretene schädliche Folgen bei schädlichem Gebrauch bzw. Abhängigkeit wahrzunehmen beginnt und so Einsichten zur Änderungsnotwendigkeit entwickelt. Veränderungsabsichten sollen zu verbindlichen Veränderungsschritten werden. Der Patient kann so langfristig notwendige Hilfen bei der Einhaltung der neuen Lebensweise annehmen und wird zum Durchhalten oder zur Bewältigung von Rückfällen ermutigt. Ebenso benötigt der Betroffene Informationen über begleitende oder weiterführende Behandlungsmöglichkeiten sowie Ermunterung zu deren Inanspruchnahme.

Als Methode bietet sich die motivierende Gesprächsführung von Miller und Rollnick (siehe unter 1.3) an.

Besonders wichtig ist für viele Patienten eine frühzeitige Zusammenarbeit mit einer Suchtberatungsstelle und einer Selbsthilfegruppe. Besorgen Sie sich als Behandler von diesem Informationsmaterial (Anschriften, Telefonnummer, Öffnungszeiten; aber auch Informationsschriften zum Thema Alkohol für Betroffene und Angehörige) und legen Sie diese in Ihrer Praxis aus.

B. Entzugsbehandlung (Entgiftung)

Die Entzugsbehandlung umfasst mindestens die körperliche Entgiftung vom Suchtstoff und sollte in jedem Fall unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Sie wird im Regelfall stationär durchgeführt. Unter bestimmten Voraussetzungen sind ambulante Behandlungen möglich.

Eine allgemeinverbindliche medikamentöse Behandlungsempfehlung kann nicht gegeben werden, zumal der Entzug häufig auch ohne medikamentöse Therapie erfolgen kann. Bei unzureichender Erfahrung empfiehlt sich die Konsultation einer Suchtfachklinik oder eines entsprechend qualifizierten Arztes.

Symptomatik des vegetativen Alkoholentzugs-syndroms (AES):

- Tremor (Hände, Zunge, Augenlider)
- Schwitzen
- Übelkeit, Brechreiz, gelegentliches Erbrechen, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, Durchfall
- Unwohlsein, Schwäche
- Tachykardie, erhöhter Blutdruck, orthostatische Hypotonie
- Schlafstörungen
- Angst, depressive Verstimmung, Reizbarkeit, Unruhegefühl, Konzentrations- und Gedächtnisstörung

Der Patient ist bewusstseinsklar und voll orientiert. Die Symptomatik kann in ein leichtes, mittelschweres und schweres vegetatives AES eingeteilt werden.

Symptomatik eines prädeliranten Syndroms:

Zunahme der Symptomatik des vegetativen Entzugssyndroms, ausgeprägter Tremor, verstärkte psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit, Erbrechen, Durchfall, Schreckhaftigkeit, erhöhte Suggestibilität, flüchtige Halluzinationen (optisch, akustisch), kognitive Störungen, Störungen der Auffassung, der Merkfähigkeit und der Konzentration. Nachts Verstärkung der Symptomatik.

Noch ausreichende Orientierung und Führbarkeit.

Symptomatik eine Delirium tremens:

Bewusstseinstörung, Desorientierung, Auffassungsstörungen, Halluzinationen (optisch und akustisch), wahnhaftes Erleben und Umdeuten, Erinnerungslücken, starke psychomotorische Unruhe, Hyperreflexie, schweres vegetatives AES, generalisierte tonisch-klonische Krämpfe, körperliche Komplikationen, Suizidgefahr.

Cave: Patienten mit prädelirantem Syndrom oder Delirium tremens (Notfall!) sind stationär einzuweisen.

- a. Ambulante Entzugsbehandlung

Einschlusskriterien sind die gesicherte Diagnose Alkoholabhängigkeit nach ICD-10, die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, die Bereitschaft zur Abstinenz und Einhaltung des Therapieplanes sowie unterstützende Bezugspersonen im häuslichen bzw. näheren sozialen Umfeld. Die enge Kooperation zwischen behandelndem Arzt und Suchtberatungsstelle ist dringend erforderlich (1).

Ausschlusskriterien für eine ambulante Entzugsbehandlung sind z. B.:

- Missbrauch und Abhängigkeit von mehreren psychotropen Substanzen (Polytoxikomanie)
- gravierende Entzugssymptome in der Vorgeschichte mit relevanten neuropsychiatrischen Folgeschäden (epileptische Anfälle, Alkoholdelir, Alkoholhalluzinose)
- primäres epileptisches Anfallsgeschehen
- schwere psychische Erkrankungen (z. B. Schizophrenie)
- schwere kognitive Defizite
- schwere somatische Erkrankungen (Pneumonie, Tuberkulose, andere Infektionen, Zustand nach Kopfverletzung, dekompensierte Leberzirrhose, erosive Gastritis, Pankreatitis, deutlich reduzierter Allgemeinzustand) je nach Einschätzung des aktuellen klinischen Bildes
- schwere behandlungsbedürftige Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- im Vorfeld nicht vorhandene Abstinenzfähigkeit
- zu erwartendes schweres Alkoholentzugssyndrom

b. Stationäre Entzugsbehandlung

Die Einweisung zur stationären Entzugsbehandlung erfolgt im Regelfall durch den behandelnden Arzt nach vorheriger Terminabsprache mit der Einrichtung.

Die Dauer der Behandlung sollte sich individuell an der Schwere der Entzugserscheinungen und der körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen orientieren. Zur Erhöhung der Effektivität sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Regel 21 Behandlungstage umfassen.(2)

Ziel der Qualifizierten Entzugsbehandlung ist es, nach körperlicher Entgiftung den Patienten im Um-

gang mit seiner Erkrankung zu schulen, ihm Informationen über die Suchterkrankung, deren Verlauf und Komplikationen zu vermitteln. Großen Raum nimmt das Thema Rückfallgefährdung ein.

Im Rahmen von Informationsveranstaltungen werden den Betroffenen die weiteren Schritte aus der Suchterkrankung aufgezeigt. Insbesondere erfolgt die Motivation zur weiteren Behandlung (z. B. Aufsuchen der örtlichen Suchtberatungsstelle, Besuch einer Selbsthilfegruppe, Entwöhnungsbehandlung).

C. Entwöhnungsbehandlung

In der Entwöhnungsbehandlung erfolgt eine weitere intensive Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung, den suchterhaltenden Mechanismen und der Rückfallgefährdung. So werden weitere Schritte auf dem Weg zu einer stabilen und zufriedenen Abstinenz absolviert.

Im Regelfall erfolgt die Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige als medizinische Rehabilitationsmaßnahme in spezialisierten Fachkliniken (Einrichtungen in Thüringen siehe Serviceteil) unter stationären Bedingungen. Die Betroffenen haben ein Wunsch- und Vorschlagsrecht bzgl. der Klinik. Die Regelbehandlungszeit beträgt 12 bis 15 Wochen.

Eine ganztägig ambulante Therapie ist in einer dafür von den Rentenversicherungen (DRV Bund, DRV Mitteldeutschland u. a.) zugelassenen Beratungsstelle möglich. Jedoch müssen dafür einige Grundvoraussetzungen (stabile soziale Bindung, Absprache- und Abstinenzfähigkeit, Bezugspersonen usw.) vorliegen.

Die Entwöhnungsbehandlung ist zu beantragen. Sie kann im Anschluss an eine stationäre Entgiftung im Krankenhaus oder im Rahmen einer ambulanten Betreuung durch den Haus- oder Facharzt, Psychiater oder Psychotherapeuten veranlasst werden. Betriebsärzte oder betriebliche Suchtkrankenhelfer können ebenfalls Entwöhnungsbehandlungen empfehlen oder initiieren.

Je nach den persönlichen und sozialrechtlichen Voraussetzungen tragen die Rentenversicherung (DRV), die gesetzliche oder private Krankenkasse

sowie der örtliche Sozialhilfeträger die Kosten der Rehabilitationsmaßnahme.

Folgende Antragsunterlagen sind erforderlich:

- Befundbericht des behandelnden Arztes
- Sozialbericht (erstellt im Regelfall die Psychosoziale Beratungsstelle)
- Erklärungen des Patienten

Die notwendigen Informationen finden Sie unter anderem hier:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/02_Leistungen/04_sucht_reha/sucht_reha_node.html

<http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Mitteldeutschland/de/Navigation>

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/01_broschueren/01_national/entwoehnungsbehandlung.html

Im ärztlichen Antrag sollen neben der Alkoholabhängigkeit die weiteren behandlungsbedürftigen Folge- und Begleiterkrankungen benannt und beschrieben sowie Vorschläge zur weiteren Behandlung gemacht werden.

D. Weitere Maßnahmen

Hauptziel einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnung) zu Lasten des Rentenversicherers ist naturgemäß die Wiederherstellung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Abstinenzwilligkeit und Abstinenzfähigkeit sind so lediglich Voraussetzungen, um dauerhaft erwerbsfähig zu sein. Ohne weiterführende Maßnahmen kann dieses Ziel gefährdet sein.

Im Regelfall werden die Betroffenen dazu motiviert, im Anschluss eine ambulante Nachsorge in der sie betreuenden Suchtberatungsstelle in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren sollten alle Patienten regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besuchen.

Für Langzeitarbeitslose besteht die Möglichkeit

einer Adaptionsmaßnahme. Ziel dieser Maßnahme ist es, unter geschützten Bedingungen eine Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erreichen.

Für den Fall, dass die bisher ausgeübte Tätigkeit aufgrund der Suchterkrankung nicht wieder aufgenommen werden kann, sind berufliche Fördermaßnahmen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) notwendig. Solche Maßnahmen werden in den Reha-Kliniken beantragt.

Für Patienten mit dauerhaften Einschränkungen, die aus dem Alkoholkonsum resultieren oder für Patienten, die noch keine dauerhafte Abstinenzfähigkeit entwickeln konnten, können Maßnahmen der Eingliederungshilfe zu Lasten des Sozialhilfeträgers notwendig werden, z. B. Unterbringung in einem Sozialtherapeutischen Wohnheim für Suchtkranke oder im ambulant betreuten Wohnen (Gruppen- und Einzelwohnungen).

Bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60.x, F61) kann die Überweisung zur ambulanten Psychotherapie notwendig werden, bei sonstigen psychiatrischen Störungen die Mitbehandlung durch den Psychiater. Gleiches gilt für die weitere fachärztliche Behandlung bereits eingetretener Alkoholfolgeerkrankungen.

Literatur:

- (1) Hintz, Thomas; Schmidt, Goetz; Reuter-Merklein, Andrea; Nakovics, Helmut; Mann, Karl – *Qualifizierter ambulanter Alkoholentzug: Enge Kooperation zwischen Hausarzt und psychosozialer Beratungsstelle – Ergebnisse eines Modellprojektes; Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe Juni 2005, S. 272*
- (2) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ AWMF-Register Nr. 076-001, Stand 28.02.2016

2.2 Tabak/Nikotin

2.2.1 Problemstellung

„Jährlich sterben in Deutschland etwa 110.000

Menschen an den direkten Folgen des Rauchens. Zusätzlich ist von etwa 3.300 Todesfällen durch Passivrauchen auszugehen. Durchschnittlich verlieren starke Raucher über zehn Jahre ihrer Lebenserwartung. Mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Raucher stirbt vorzeitig. Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko unserer Zeit und wesentliche Ursache für vorzeitige Sterblichkeit.“(1)

Nikotin ist die am häufigsten gebrauchte Droge in Deutschland. Die gesundheitlichen Folgen des Tabakrauchens sind verheerender als die des Konsums von Alkohol, Medikamenten und illegalen Rauschdrogen zusammen. Sie werden allerdings eher individuell und nicht gesellschaftlich als dramatisch wahrgenommen.

Tabak ist seit dem Import durch Kolumbus in Europa eine Kulturdroge. Tabakraucher finden sich zusammen und erleben Geselligkeit.

Trends zum Tabakkonsum lassen sich aus verschiedenen Studien ableiten. Sie zeigen im Wesentlichen das gleiche Bild. Unterschiede sind Folge einer abweichenden Methodik, anderer befragter Altersgruppen und eines anderen Umfragezeitpunktes:

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey stehen Trenddaten für 18- bis 59-jährige Erwachsene seit 1995 zur Verfügung: Demnach nahm die besonders relevante Prävalenz des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen deutlich ab: von 33,9 % im Jahr 2003 auf 25,8 % in 2015. Bei Männern (von 37,1 % auf 28,1 %) fällt die Abnahme in diesem Zeitraum stärker aus als bei Frauen (von 30,5 % auf 23,4 %). Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl konsumierter Zigaretten pro Tag. Die Konsummenge zeigt nach einem stabilen Verlauf bis Anfang der 2000er-Jahre ab dem Jahr 2003 eine signifikante Abnahme von 14,4 auf 9,7 Zigaretten pro Tag. Der Rückgang fiel bei Männern von 15,7 auf 10,3 Zigaretten pro Tag stärker aus als bei Frauen, bei denen der Konsum im Durchschnitt von 12,8 auf 9,0 Zigaretten pro Tag zurückging.

Die Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigen, dass sich der Anteil der 12- bis 17-jährigen Ju-

gendlichen, die rauchen, seit dem Jahr 2001 deutlich reduziert hat. Er ist von 27,5 % im Jahr 2001 auf unter 10 % im Jahr 2015 gesunken. Auch unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren wird weniger geraucht. Während 2001 mit 44,5 % noch fast jeder Zweite dieser Altersgruppe rauchte, trifft das im Jahr 2015 auf weniger als jeden Dritten zu. Sowohl bei den Jugendlichen als auch den jungen Erwachsenen ist diese Entwicklung in beiden Geschlechtergruppen erkennbar.(2)

Seit einigen Jahren erleben wir als neuen Trend elektronische Zigaretten (E-Zigaretten). Die Produkte werden seit etwa 2006 vor allem im Internet, zunehmend auch in Spezialläden, Tabakwarenläden und in Supermärkten angeboten.

Bei deren Gebrauch wird eine Flüssigkeit (Liquid) vernebelt, und der Konsument inhaliert das dabei entstehende Aerosol ähnlich wie beim Rauchen. Die Hauptbestandteile der E-Zigaretten-Liquids sind Propylenglykol und/oder Glycerin, Aromen und zumeist Nikotin. Raucher verwenden die Produkte meist als weniger schädliche Alternative zu Tabakzigaretten, um weniger zu rauchen oder um ganz mit dem Rauchen aufzuhören (DKFZ, 2016). Eine wissenschaftlich fundierte Aussage zum tatsächlichen Nutzen von E-Zigaretten als Hilfsmittel beim Rauchstopp ist derzeit allerdings nicht möglich (Hartmann-Boyce et al., 2016; El Dib et al., 2016). Auch Jugendliche – selbst solche, die noch nie eine Tabakzigarette geraucht haben – interessieren sich für diese Produkte. In Deutschland ist der Jemalskonsum von E-Zigaretten unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen höher als bei älteren Menschen (DKFZ, 2016; Yoong et al., 2016). Seit April 2016 dürfen in Deutschland Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre E-Zigaretten weder kaufen noch in der Öffentlichkeit verwenden.

E-Zigaretten scheinen zwar im Vergleich zu Tabakzigaretten deutlich weniger schädlich, aber sie sind auch keine harmlosen Lifestyleprodukte. Das Aerosol enthält – in deutlich geringerer Menge als Tabakrauch – gesundheitsschädliche und krebserzeugende Substanzen wie Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, flüchtige Kohlenwasserstoffe und Metalle wie Blei, Nickel, Cadmium. Die langfristigen gesundheitlichen Folgen des E-Zigarettenkonsums sind derzeit unbekannt (Pisinger, 2016).

Ziel sollte sein, dass Ärzte und die Gesellschaft Nichtrauchen als ein lebbares Ideal vermitteln und Betroffene, Angehörige und Ärzte Vielrauchen als gesundheitsschädigendes Verhalten wahrnehmen.

2.2.2 Diagnose

Riskanter Tabakkonsum bewirkt ein erhöhtes körperliches Gesundheitsrisiko. Als Grenzwert können 5 Zigaretten täglich angegeben werden.

Schädlicher Tabakkonsum liegt vor, wenn tabakbedingte somatische Gesundheitsschäden nachgewiesen werden können. Die Schadwirkungen sind weniger auf das Nikotin, sondern wesentlich auf die sonstigen zahlreichen Schadstoffe im Tabakrauch zurückzuführen.

Tabakraucher leiden mit sehr viel größerer Wahrscheinlichkeit an folgenden Erkrankungen:

Krebserkrankungen (Lunge, Mundhöhle, Kehlkopf, Speiseröhre, Nieren, Blase, Magen, Darm, Haut), Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arterienverkalkung, Durchblutungsstörungen (Raucherbein, Herzinfarkt, Schlaganfall), Impotenz, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Lungenentzündung, Bronchitis, Lungenemphysem, Genschäden, Erblindung

Bestehende gesundheitliche Störungen (wie Asthma oder Diabetes) können durch Rauchen verstärkt werden.

Tabakabhängigkeit ist eine spezifische Komplikation länger dauernden und individuell zu hohen Tabakkonsums. Die Diagnosestellung nach ICD-10 folgt den üblichen Kriterien des Abhängigkeitsyndroms. Craving, verminderte Kontrollfähigkeit, Entzugserscheinungen, Toleranz, suchtmittelbezogene Verhaltenseinengung, Ignorieren der Folgen (vgl. Alkohol).

In der klinischen Praxis haben sich drei Aspekte des Raucherverhaltens als Indikatoren des Abhängigkeitsgrades bewährt:

- frühmorgendliches Rauchen,
- mehr als 10 Zigaretten täglich,
- mehrfache, vergebliche Abstinenzversuche in der Vergangenheit

Ein wesentliches Hilfsmittel zur Einschätzung des

Abhängigkeitsgrades ist der Fagerströmtest (siehe Anhang).

Abstinenz ist geboten. Der abhängige Raucher kann nicht längere Zeit „kontrolliert“ rauchen. Im Falle einer Abstinenzunfähigkeit oder mangelhaften Abstinenzmotivation kann ein Behandlungsansatz mit dem Ziel einer Reduktion des Tabakkonsums jedoch eine Alternative sein.

2.2.3 Therapie

Therapeutische Interventionen bestehen aus psychotherapeutisch/psychoedukativen Elementen und/oder medikamentös unterstützender Therapie.

Motivationsarbeit hat das Ziel, dass der Patient sein Rauchproblem oder (bei riskantem Konsum) die Gefahr solcher Probleme (Folgeprobleme des Rauchens) wahrzunehmen beginnt, Einsichten zur Änderungsnotwendigkeit entwickelt, Veränderungsabsichten zu verbindlichen Veränderungsschritten werden und der Patient langfristig bei der Einhaltung der neuen Lebensweise begleitet (zum Durchhalten oder zur Bewältigung von Rückfällen ermutigt) wird. Ebenso braucht der Patient Informationen über begleitende oder weiterführende Behandlungsmöglichkeiten sowie Ermunterung zu deren Inanspruchnahme.

Als Methode bietet sich die motivierende Gesprächsführung von Miller und Rollnick (3) an.

Beim Nikotinentzugssyndrom können folgende Symptome auftreten:

Reizbarkeit, depressive Verstimmung, Angstzustände, Herzklopfen, niedriger Blutdruck, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Gewichtszunahme, Verdauungsstörungen, starkes Verlangen nach einer Zigarette, Frustration, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Appetit, Hungergefühl.

Zur Substitution des Nikotinmangels beim Nikotinentzugssyndrom sind Nikotinersatzpräparate sinnvoll einsetzbar und sollten ab mittelschwerer Abhängigkeit (Fagerstöm < 3) angewendet werden. Die Wirksamkeit der Nikotinersatztherapie wurde in vielen klinischen Studien bestätigt. Die Patienten sind ausreichend über den richtigen Gebrauch der Nikotinersatzpräparate zu informieren, da bei Überdosierung auch Nikotinintoxikationen

auftreten können.

Die Tabakentwöhnung ist eine Intensivbehandlung unter sachkundiger Leitung. Sie umfasst ärztliche Behandlung, Information und psychologische Führung. Empfohlen werden validierte Programme.

Der Einsatz von Nikotinersatzprodukten verdoppelt die langfristigen Abstinenzraten. Im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit wird i. d. R. die Tabakentwöhnung begleitend mit angeboten. Motivieren Sie Ihren Patienten ggf. zur Teilnahme an einem solchen Angebot.

Empfehlenswert ist es, Informationsmaterial über Institutionen der Raucherentwöhnung (Anschriften, Telefonnummern, Öffnungszeiten) und weitere Informationsschriften zum Thema Tabak zu besorgen und dies in der Praxis auszulegen.

Literatur:

- (1) „Drogen- und Suchtbericht“; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Mechthild Dyckmans; Mai 2012
- (2) „Drogen- und Suchtbericht“; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marlene Mortler; Juli 2017
- (3) Miller, W. R./ Rollnick, St.: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Freiburg im Breisgau 1999.

2.3 Psychotrope Medikamente

2.3.1 Problemstellung

Psychotrope Arzneimittel sind in Deutschland nach Tabak und gemeinsam mit Alkohol die am zweithäufigsten missbrauchte Suchtmittelgruppe. 4-5% aller häufig verordneten Arzneimittel haben dabei ein eigenes Suchtpotenzial und schätzungsweise ein Drittel aller psychotropen Medikamente werden zur „Suchterhaltung“ verschrieben. Insgesamt sind verlässliche epidemiologische Daten schwer erhältlich und es ist von einer Dunkelziffer auszugehen, da der Konsum im Rahmen einer Medikamentenabhängigkeit oft still und unauffällig verläuft. Schätzungen zufolge ist von

einer Gesamtzahl von ca. 2,3 Mill. Medikamentenabhängigen (Suchtsurvey) auszugehen, wobei davon ca. 1,1-1,2 Mill. von Benzodiazepinen abhängig sind. Etwa 4,61 Mill. Menschen betreiben einen Medikamentenmissbrauch. Zudem gibt es eine Reihe von Besonderheiten:

- Die Medikamenteneinnahme ist primär gegen eine Krankheit gerichtet und die Abhängigkeit damit sekundär.
- Die Grundkrankheit besteht oft auch nach Behandlung der Suchtkrankheit fort, was die Therapiechancen der Suchtkrankheit und Rückfallgefahr beeinflussen.
- Es besteht eine Einbettung in das Medizinsystem, nach Entstehung der Sucht wird oft ein Verantwortlicher oder Verursacher dort gesucht.
- Der Missbrauch von Stoffen ohne psychische Wirkkomponente (z. B. Abführmittel) ist einzigartig.
- Dem „Suchtpotenzial“ steht ein potenzieller therapeutischer Nutzen gegenüber.
- Ökonomische Aspekte sind für Betroffene wenig wichtig.
- Die soziale und juristische Bewertung ist teilweise anders als bei anderen Suchtstoffen.

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit stellen bestimmte psychische Symptome (Überforderungs-/ Überlastungsgefühle, Schlafstörungen, ständige Müdigkeit/ Erschöpfung, Unruhe/Nervosität, Konzentrationsstörungen, Ängste, Niedergeschlagenheit) und eine Reihe unspezifischer körperlicher Symptome (Schwindel, Herzrasen, unspezifische Magen-Darm-Probleme, diffuse Schmerzen ohne organische Ursache, vegetative Beschwerden) dar. Zudem gibt es typische Risikogruppen für die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit wie:

- Patienten mit vorbestehender Suchterkrankung
- neurotische oder Persönlichkeitsstörungen
- chronische somatische Erkrankungen (Schmerzsyndrome)
- Somatisierungsstörungen und hypochondrische Störungen
- Geschlecht (Frauen)

- höheres Lebensalter

Medikamente mit Missbrauchs-/ Abhängigkeitspotenzial nach ICD 10 sind:

F 11	Opioide
F 13	Sedativa und Hypnotika: Barbiturate und Clomethiazol, Benzodiazepine, die 3 „Z-Sub-Stanzen“ Zopiclon, Zolpidem, Zalepon
F 15	andere Stimulanzien einschl. Koffein, Amphetamine, Ephedrin
F 55	Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Antidepressiva, Laxantien, Analgetika, Antacida, Vitamine, Steroide oder Hormone, bestimmte pflanzliche oder Naturheilmittel, Sonstige wie Diuretika

Glaeske erweiterte 1999 die Liste der Wirkstoffgruppen mit Abhängigkeitspotenzial und zählt auch die „Kleinen Analgetika“ (ASS, Ibuprofen, Metamizol, Paracetamol, Propyphenazon) und Migränemittel (Ergotamin, Dihydroergotamin) hinzu.

Um dem Problem der Abhängigkeitsentwicklung vorzubeugen, sollte eine kritische Arzneimittelverordnung erfolgen. Dabei sollen die 4 K's als Merkhilfe dienen (C1):

1. Klare Indikation: Verschreibung nur bei klarer vorheriger Indikationsstellung, Aufklärung des Patienten über das bestehende Abhängigkeitspotenzial und mögliche Nebenwirkungen, keine Verschreibungen an Patienten mit Abhängigkeitsanamnese
2. Korrekte Dosierung: Verschreibung kleinster Packungsgrößen, Indikationsadäquate Dosierung
3. Kurze Anwendung: Therapiedauer vereinbaren, kurzfristige Wiedereinbestellung, sorgfältige Überprüfung einer Weiterbehandlung
4. Kein abruptes Absetzen: Zur Vermeidung von Entzugserscheinungen und Rebound-Phänomenen ausschleichend abdosieren

Auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat im Jahrbuch Sucht 2005 Verordnungsempfehlungen für Ärzte herausgegeben:

- strenge Indikationsstellung, vorher ausreichende Diagnostik
- keine Verschreibung bei Abhängigkeitsanamnese
- kleinste Packung, niedrigste Dosierung, Rezept persönlich aushändigen
- Therapiedauer vorher vereinbaren, Weiterbehandlung sorgfältig prüfen
- „Ausschleichen“ begleiten
- Aufklärung über Abhängigkeitspotenzial und darüber Mittel nicht weiterzugeben
- unabhängige Informationen beachten
- Abhängigkeitsfälle melden, z. B. der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft
- wenn > 4 – 6 Wochen => Nervenarzt hinzuziehen
- keine Mischpräparate, Cave! explizite Forderung
- festes Einnahmeschema, keine Bedarfsmedikation
- therapeutische Alternativen ausführlich besprechen
- möglichst keine Verordnung im Erstkontakt
- falls Langzeittherapie nötig, Erwägung von Reduktion bzw. Intervallbehandlung

2.3.2 Diagnose

Die Diagnostik von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Medikamenten ist schwierig. Dabei ist es notwendig, den normalen und therapeutischen Konsum von der „problematischen Medikamenteneinnahme“, vom schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit zu unterscheiden.

Die Diagnostik sollte sich deshalb auf mehrere Grundlagen stützen, wobei das vertrauensvolle Gespräch die wichtigste Grundlage darstellt. Zusätzlich können auch Fragebögen wie z. B. der Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (nach Watzl, Rist, Höcker & Miehle, 1991, im Anhang) angewendet werden.

Folgende Aspekte sollten anamnestisch erfragt werden:

- die möglichst exakte Quantifizierung des aktuellen Medikamentenkonsums

- zeitliche Entwicklung (Dosissteigerung?)
- Art der Dosierung und Einnahmegewohnheiten
- subjektiv erlebte Wirkung
- Umgang mit Medikamenten (ständige Verfügbarkeit?)
- Was passiert (real/in sensu), wenn Medikamente nicht genommen werden?
- Welches Krankheitsmodell haben Patienten selbst? Med.-Funktion
- verschiedene Medikamente? mit Alkohol? andere Suchtstoffe?
- subjektiv erlebte Nebenwirkungen? objektivierbar?

Zudem dienen toxikologische Untersuchungen einer exakten Diagnostik.

Indirekte Hinweise auf einen problematischen Medikamentenkonsum findet man vor allem beim schädlichen Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Dazu gehören (nach Poser, König und Laux):

- Medikamentenbeschaffung durch Dritte
- Medikamentenbeschaffung durch Privatrezept bei gesetzlich Krankenversicherten
- Rezeptfälschungen, Medikamentenerschleichen und Medikamentendiebstähle
- kritiklose Euphorie
- dysphorisch-depressive Verstimmung als Medikationsfolge
- Umschlag der Wirkung: Schlafmittel werden benötigt, um wacher zu werden
- Wurstigkeit, Kritikverlust, affektive Nivellierung etc. als Medikationsfolge
- paradoxe Wirkung (motorische Erregung durch Sedativa/Hypnotika)
- Konzentrationsstörungen, Amnesien und Verwirrtheit
- scheinbar unerklärliche, aber typische Intoxikationen (Ataxie, Dysarthrie, Nystagmus)
- Appetitstörungen, eher im Sinne von Appetitmangel
- Verwahrlosungszeichen mit mangelnder Körperpflege

Die typische Trias: affektive Indifferenz + kognitiv-mnestische Defizite + körperliche Schwäche tritt sowohl bei einem Konsum im Niedrigdosisbe-

reich wie im Hochdosisbereich auf.

Schädlicher Gebrauch bezeichnet nach ICD ein Konsummuster von Sedativa oder Hypnotika, das zu einer physischen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt, z. B.

- mnestiche Störungen
- Zunahme von Angst und/oder Schlafstörungen unter der Medikation
- Dosissteigerung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende Folgen
- psychomotorische Behinderungen im Umfang mit Maschinen, mit Zunahme von Unfällen und Frakturen (bes. ältere Menschen und bei lang wirksamen Substanzen)

Ein **Abhängigkeitssyndrom** liegt nach ICD 10 dann vor, wenn in einem Zeitraum von 12 Monaten drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Es besteht ein starker Wunsch bzw. Zwang, die Substanz zu konsumieren.
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz.
- Beim Absetzen der Substanz tritt ein körperliches Entzugssyndrom auf.
- Es hat eine Toleranzentwicklung stattgefunden.
- Soziale und berufliche Aktivitäten werden anhaltend vernachlässigt.
- Der Substanzgebrauch wird trotz eindeutiger Schädigung fortgesetzt, worüber sich der Konsument im Klaren ist.

Auch bereits therapeutische Dosierungen können bei Benzodiazepinen zu einer **Niedrigdosisabhängigkeit** führen, welche dadurch gekennzeichnet ist, dass keine Dosissteigerung erfolgt. Damit lassen sich die Kriterien der Abhängigkeit nach ICD 10 nur bedingt anwenden. Erst bei einem Absetzversuch treten Entzugssymptome auf, auf deren Grundlage sich eine Abhängigkeitsdiagnose stellen lässt.

Neben den bisher beschriebenen eher psychischen Symptomen können auch eine Reihe **körperlicher Folgestörungen** (reduzierter AZ, hämatologische Erkrankungen, Nephropathie, Osteoporose, Kardiovaskuläre Erkrankungen, Hepatopathie, Pankreatitis, Magen-Darm-Störungen, neurologische

Probleme/ PNP) und die **sozialen Folgen** (Beeinträchtigung in Partnerschaft und Kindererziehung, zunehmende Leistungsminderung, Rückzug und Isolation, Fahruntauglichkeit, sozialer Abstieg, EU, Beschaffungskriminalität) Hinweis auf eine vorliegende Abhängigkeit sein.

2.3.3 Therapie

Aufgrund des „Rechtes auf Beschwerdefreiheit“, welches innerhalb unserer Gesellschaft, aber auch im medizinischen Bereich vertreten wird, ist es sehr schwierig, die Verzichtsbereitschaft bei Patienten mit Medikamentenabhängigkeit zu fördern und sie zu einer Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung zu bewegen. Daher ist es notwendig, ein Problembewusstsein und Veränderungsmotivation gezielt zu entwickeln (siehe Kapitel „Motivierende Kurzintervention“)

Voraussetzungen für einen Entzug sind:

- vorherige Abklärung der Patientenmotivation und –compliance
- gemeinsames Abwägen der Vor- und Nachteile des Entzugs
- das Einverständnis und
- Aufklärung über mögliche Entzugserscheinungen

Gründe für einen Entzug sind:

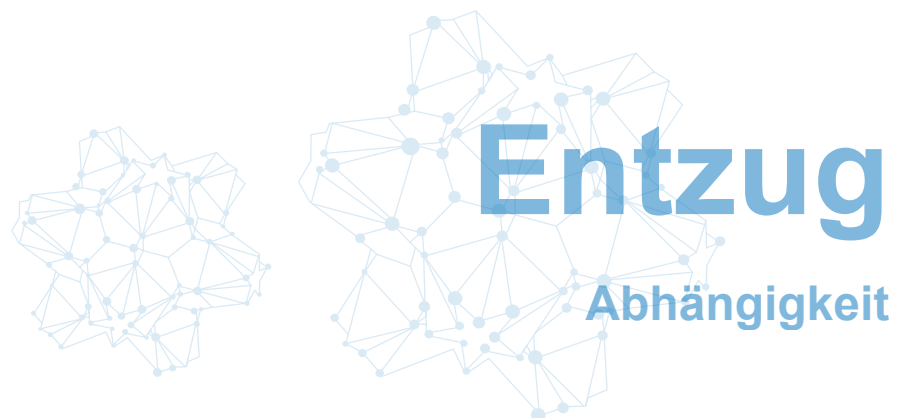
- verlorene Wirksamkeit

- Zunahme von Angst- und Schlafstörungen unter Medikation
- medikamenteninduzierter Kopfschmerz
- Einschränkung von Gedächtnis und Merkfähigkeit
- Gefühlsverflachung
- Muskelschwäche und Koordinationsstörungen
- medikamenteninduzierte Depression

Manche in der Regel hochbetagte Patienten haben sich über sehr lange Zeit an die Einnahme ihres Sedativums gewöhnt, so dass sie nur schwer davon ablassen mögen. Bei der Beratung dieser Patienten sind die Risiken und Leiden eines Entzugs gegen eventuell bestehende psychomotorische Einschränkungen, die zu Gangunsicherheit und Stürzen führen können, abzuwägen. Unter Umständen kommt dann auch eine lebenslange Substitution der Medikamente in Frage.

Ist ein Patient für einen Medikamentenentzug motiviert, sollte die Einweisung zu einer qualifizierten Entzugsbehandlung erfolgen. Ein ambulanter Versuch ist ggf. bei Niedrigdosisabhängigkeit von Benzodiazepinen und bei Mischanalgetika möglich, aber meist wenig Erfolg versprechend (hohe Symptombelastung, zeitliche Ressourcen, Griffnähe)

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über wesentliche Aspekte des Medikamentenentzugs (übernommen und überarbeitet aus dem Leitfaden der Bundesärztekammer „Medikamentenschädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“)



Wirkstoffgruppe	Durchführung des Entzugs	Mögliche Begleiterscheinungen
Benzodiazepine		
Niedrigdosisabhängigkeit	Ersatz kurz wirksamer durch lang bzw. mittellang wirksame Benzodiazepine (zumeist Diazepam o. Oxazepam) und stufenweise Dosisreduktion über mehrere Wochen. Begleitende medikamentöse Unterstützung:	Schlafstörungen, Unruhe- und Angstzustände, gesteigerte Erregbarkeit
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unruhe und Schlafstörung: Doxepin oder Trimipramin (75 bis 150 mg/Tag) Cave! Keine sedierenden Neuroleptika (beeinträchtigte Reward-Funktionen) 2. Anfallsanamnese: Antikonvulsiva (Carbamazepin, Valproinsäure, Lamotrigin, Gabapentin in üblicher Dosierung) 	
Hochdosisabhängigkeit	Immer stationärer Entzug! Sonst wie oben beschrieben	Gefahr von Grand-mal-Anfällen
Benzodiazepin-Analoga	Umstellung auf lang bzw. mittellang wirksame Benzodiazepine und stufenweise Dosisreduktion	Schlaflosigkeit, Angstzustände
Opiate und Opioide	Schwierig, problematisch, selten lebensbedrohlich	
Opiate in der Schmerztherapie	gestuftes Herabdosieren (jeder μ -Rezeptoragonist außer die kurz wirksamen Opioide wie Fentanyl für Entzug geeignet), begleitende Symptombehandlung	intensive Gier (Opiathunger), erhebliches Krankheitsgefühl, motorische Unruhe, Schwitzen, Gänsehaut, Erbrechen, Durchfall, Muskelkrämpfe, Schlaflosigkeit, Niesen, Tränenfluss, Schmerzen im Bauchraum, RR-Krisen
Illegale Opiate	Immer stationärer Entzug! Sonst wie oben beschrieben	siehe bei Opiate in der Schmerztherapie
Mischanalgetika	völliges Absetzen des Medikaments, begleitende Symptombehandlung, ggf. stationärer Entzug	Kopfschmerzen, Migräneanfälle

Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung (Langzeitbehandlung/Rehabilitation) in einer Suchtfachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige sollte nach dem Entzug angestrebt werden. Dabei müssen primäre psychiatrische Störungen berücksichtigt und mitbehandelt werden.

Eine ambulante Nachsorge bei einem suchtmittelmedizinisch qualifizierten Arzt ist angeraten. Rückfälle sollten baldmöglichst in einer stationären qualifizierten Entzugstherapie behandelt werden.

Therapieerfolg und Prognose sind insbesondere bei isolierter Benzodiazepinabhängigkeit günstig. In der Suchtkatamnese Südniedersachsen (3) wurden alle Patienten, die zwischen 01.07.1974 und 30.06.1994 in den Kliniken für Psychiatrie und

Neurologie der Universität Göttingen behandelt wurden, über Jahre verfolgt. Dabei wurden einbezogen:

- stationäre und ambulante Patienten
- Konsilpatienten
- Gutachtenpatienten
- Therapiepatienten, Therapieverweigerer und Krankheitsverleugner
- alle Abhängigkeitsdiagnosen außer Nikotin, nur 1/3 der Alkoholabhängigen

Bis 2002 waren es 2892 Fälle, die mittlere Katamnesedauer betrug 9,6 Jahre.

Folgende Ergebnisse bildeten sich im Langzeitverlauf ab:

Gruppe	N	Sehr gut	Gut	Mäßig	Unverändert	Verschlechtert	Substituiert	Unbekannt
Medikamente	472	17	8	17	32	1	0	25
Medikamente + Alkohol	759	8	4	38	35	5	0	11
Medikamente + illegale Drogen	486	4	6	21	37	9	20	4
Nur Alkohol	812	12	8	36	33	0	0	11

Sehr gut	Abstinente seit Eintritt in Katamnese oder im 1. Jahr abstinent geworden o. seit 10 J. abstinent.
Gut	Kurze Rückfälle ohne Hospitalisierung.
Mäßig	Abstinente Zeiten von mind. ½ Jahr, aber auch Hospitalisierung wegen schweren Rückfällen.
Verschlechtert	Hinzunahme weiterer Suchtstoffe o. Übergang von intermittierendem zu kontinuierlichem Suchtstoffgebrauch.

Literatur:

- (1) „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“, Leitfaden für die ärztliche Praxis. Herausgeber Bundesärztekammer 2007, Deutscher Ärzteverlag Köln
- (2) „Medikamentenabhängigkeit“, Leitlinie der DG-Sucht und der DGPPN, AWMF-Leitlinienregister 076/009, Entwicklungsstufe 2, 2006
- (3) Poser, W. und Poser S.: „Medikamente- und Missbrauch und Abhängigkeit“, Thieme 1996
- (4) Poser, W. und Wegener V.: „Die isolierte Benzodiazepinabhängigkeit in der Hausarztpraxis“, Suchttherapie 2001, 204-208

2.4 Illegale Drogen

2.4.1 Problemstellung: Wie verbreitet ist Drogenkonsum in Thüringen?

Bundesweit wird laut DHS Jahrbuch Sucht 2018 (1) davon ausgegangen, dass, basierend auf den aktuellsten Bevölkerungssurveys des Jahres 2015, etwa 479.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren sowie 14,4 Mio Erwachsene im Alter von 18-64 Jahren zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert haben. Dabei ist nach wie vor Cannabis in allen Altersgruppen die am weitesten verbreitete illegale Droge und wurde von 7,3 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 6,1 % der 18- bis 64-jährigen Erwachsenen im Zeitraum der letzten 12 Monate konsumiert. Über den Zeitraum der letzten 25 Jahren zeigt die Drogenprävalenz insgesamt (bei einem wellenförmigen Verlauf) einen zunehmenden Trend.

Die Gesamtzahl der registrierten Sicherstellungsfälle (2) zeigte in den letzten Jahren bundesweit laut BKA deutliche Verschiebungen. Dabei nahmen 2017 die Sicherstellungsmengen von Heroin und Rohopium ab, die von Amphetaminen stieg leicht an. Bezüglich Cannabis gab es eine Zunahme der Sicherstellung von Cannabiskraut (Marihuana), während Cannabisharz (Haschisch) deutlich weniger gefunden wurde als noch vor 10 Jahren. Eine kontinuierliche massive Steigerung zeigt sich bei Crystal (4,2 kg in 2008 versus 114,5 kg in 2017).

Über die Zahl von Drogenkonsumenten in Thüringen ist wenig Genaues bekannt. Die Gesamtzahl erstaußälliger Konsumenten harter Drogen (3) betrug 2015 in Thüringen 901 (und damit etwas weniger als in den Vorjahren), war im bundesweiten Vergleich aber nicht unerheblich (bundesweit 20.890). Ein Anstieg war besonders bei Methamphetaminen und Amphetaminen zu verzeichnen. Die Lebenszeitprävalenz für Methamphetamin liegt in Thüringen mit 1,7 % signifikant höher als in anderen deutschen Bundesländern (4). Die Anzahl der Drogentoten (3) wird im Jahr 2016 für Thüringen mit 12 angegeben (bundesweit 1.333 Menschen).

Ergebnisse zur Drogenerfahrung Jugendlicher

vermittelt u. a. die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und Drogen 2011 (ESPAD), in welcher repräsentativ Schüler der 9./10. Klassen in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen befragt wurden (5). Auffallend ist hier hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz, dass in Thüringen vor allem Alkohol (97%), Zigaretten (60,8%) und Cannabis (14,4%) konsumiert werden. 9% der Befragten berichteten aber auch Erfahrungen mit anderen (illegalen) Drogen, wobei vor allem Amphetamine (6,7%), Drogenpilze (3,4%), Kokain (2,7%), Ecstasy (2,5%), LSD (2,1%) und Heroin (1,0%) genannt wurden. Besonders zu beachten ist, dass sowohl Lebenszeit- als auch 30-Tage-Prävalenz hinsichtlich fast aller Substanzen in Thüringen, verglichen mit den anderen untersuchten Bundesländern, eher hoch waren, beispielsweise mehr Thüringer Jugendliche Erfahrungen mit Heroin berichteten als die Berliner Befragten.

2.4.2 Diagnosestellung

2.4.2.1 Wie werden Folgen eines Drogenkonsums gemäß ICD 10 codiert?

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen sind laut WHO (6) im Kapitel F der ICD 10 einzuordnen. Es erfolgt zunächst die Eingruppierung entsprechend der missbrauchten Substanzklasse (ICD: F1 bis F9), da sich hieraus spezifische Symptome und Verläufe ergeben. Anschließend wird die konkrete Störung im Zusammenhang mit dieser Substanz benannt:

- Fx.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)
- Fx.1 Schädlicher Gebrauch
- Fx.2 Abhängigkeitssyndrom
- Fx.3 Entzugssyndrom
- Fx.4 Entzugssyndrom mit Delir
- Fx.5 Psychotische Störung
- Fx.6 Amnestisches Syndrom
- Fx.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- Fx.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörung
- Fx.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Im Folgenden werden die einzelnen Substanzklas-

sen kurz umrissen - Ziel ist es, dass der Arzt bei der Erhebung einer detaillierten Suchtanamnese ungefähr einordnen kann, mit welcher Art von Droge er es zu tun hat und welche Wirkungen z. B. zu erwarten sind (7, 8). Zu beachten ist immer, dass Drogen in der Regel gemischt / gestreckt verkauft werden, somit also bereits der Konsument nicht genau wissen kann, was er eigentlich nimmt! Zudem hängt das Ausmaß der Folgeschäden eines Konsums nicht unerheblich mit der Art des Konsums zusammen, wobei diese teilweise ebenfalls verschlüsselt werden kann (ICD: U68.3ff)

F11: Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

Substanzen vom Opiat-Typ wurden bereits vor ca. 4000 Jahren eingesetzt (z. B. von Hippokrates gegen Fieber, Schlaflosigkeit, Schmerzen, Magen-Darm-Beschwerden). Dabei wurde Opium aus dem Saft des Schlafmohns gewonnen. Um 1900 war Opium verbreitet in Apotheken erhältlich (z. B. auch zur Ruhigstellung kleiner Kinder). Morphin als Wirkstoff des Opiums wird seit 1804 gewonnen und stellt seit 1827 den Beginn der modernen Anästhesie dar.

Heroin („Schorre“, „H“, „Braunes“, „Gift“) wird seit 1898 produziert als halbsynthetisches Opiat, hergestellt durch Acetylierung von Morphin. Es hebt Unlustgefühle, Hunger und Abgeschlagenheit auf. Auch wirkt es entängstigend, sedierend und schlafanstoßend. Konsumiert wird es intravenös („drücken“), intranasal („sniefen“) oder inhalativ („Blech rauchen“).

Methadon wurde 1945 als Analgetikum entwickelt und später zur Behandlung von Opiatabhängigen eingesetzt. Seit 1992 ist es in Deutschland zur Substitution zugelassen. Als alternatives Substitut steht inzwischen u.a. Buprenorphin zur Verfügung.

Zu beachten ist ein nicht unerheblicher Missbrauch von Medikamenten wie Tilidin, Tramal, Fentanyl, Valoron und Codein in der Bevölkerung, der ebenfalls zu einer Opioidabhängigkeit führen kann! Betroffen sind sowohl Heroinabhängige, die auf diese Präparate ausweichen/umsteigen, als auch Menschen, die z.B. über eine inadäquate Schmerzbehandlung auf diesem Weg neu in die Opiatsucht geraten. Und auch wenn dieses Problem in Deutschland bei weitem (noch?) nicht so akut wie

beispielsweise in Nordamerika auftritt, sollte es mit hoher Aufmerksamkeit betrachtet werden.

F12: Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

Cannabis ist seit ca. 6000 Jahren v. Chr. bekannt. Verbreitet sind die Formen Marihuana („Gras“, „Stoff“, „Weed“) und Haschisch („Pot“, „Hasch“, „Shit“, „Dope“), wobei der Gehalt des Wirkstoffes THC (Tetrahydrocannabinol) in letzterem etwa 5mal höher ist. Cannabis wird meist geraucht (als „Joint“ / „Tüte“ bzw. höher konzentriert als „Eimer“ / „Bong“), seltener auch z. B. in Kekse eingebacken. Intoxikationen können mit Halluzinationen und Angstzuständen einhergehen, bei Langzeitkonsum fallen vor allem Flash-backs, Amotivationssyndrom und Vergesslichkeit auf.

F13: Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika

s. hierzu Kapitel 2.3.

Aus dem Bereich der illegalen Substanzen ist insbesondere das in Thüringen regional verbreitete Gammahydroxybutyrat (GHB, „Liquid Ecstasy“, „Liquid X“) zu erwähnen. Es hat nichts mit Ecstasy zu tun, sondern ist eigentlich ein Narkotikum (in der Medizin bekannt z.B. als Somsanit®). Gerade in der Partyszene gilt es oft als Sexdroge, wird aber auch als „K.O. – Tropfen“ eingesetzt. Grund ist die bei niedriger Dosis anregende und auch sexuell stimulierende Wirkung, bei höherer Dosis wirkt es rasch u. a. bewusstseinstrübend. Bei abhängigem Konsum sind gefährliche delirante Verläufe im Entzug zu beobachten!

F14: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

Kokain („Koks“) wird seit etwa 3000 v. Ch. aus Kokablättern gewonnen. In der Medizin wurde es u. a. als Lokalanästhetikum und gegen Morphinentzug verwendet, wurde außerdem als „Künstlerdroge“ der 20iger Jahre des letzten Jahrhunderts bekannt. Konsumiert wird es in der Regel nasal oder i.v., eine Wirksteigerung ist außerdem durch die Umwandlung in das zu rauchende Crack (Verbindung mit Natriumhydrogencarbonat) zu erreichen. Akut putscht Kokain auf, stimuliert, steigert

das Selbstwertgefühl, zunehmend kann der Rausch aber umschlagen z. B. in gesteigerte Aggressivität, Reizbarkeit, Angst, Depressionen und Wahn.

F15: Psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien

Einzuordnen sind hier insbesondere Drogen vom Amphetamin-Typ („Chemie“), die bereits seit 1887 chemisch synthetisiert werden. Zuerst legal eingeführt als Appetitzügler, entdeckte man dann zunehmend ihr „motivationsförderndes“ und abhängigkeiterzeugendes Potenzial. Grob zu subsumieren sind hier Amphetamine („Speed“, „Pep“, „Amph“), MDMA („Ecstasy“, „XTC“, „Pillen“, „Teile“, „E“) und Methamphetamin („Crystal“, „C“, „Ice“, „Glas“, „Kristall“). All diese Substanzen wirken anregend, aufmunternd, können aber auch z.B. zu innerer Unruhe, verminderter Frustrationstoleranz, Depressionen und Psychosen führen. Gerade bei dem sehr stark wirksamen Methamphetamin ist das Abhängigkeitspotenzial erheblich.

F16: Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene

Als Halluzinogene werden sowohl pflanzliche als auch synthetisierte Substanzen angewendet. Erwähnt seien insbesondere die Blüten der Engelstropfete, Meskalin, Psilocybin (in ~ 80 bekannten Pilzen vorkommend, „magic mushrooms“) und LSD („Pappen“, „Micros“, „Acid“, „Trip“), wobei letzteres 1943 erstmals synthetisiert wurde und seit 1967 verboten ist. All diese Substanzen bewirken Wahrnehmungsverschiebungen bzgl. der Außenwelt, oft eine euphorische Grundstimmung, verändertes Zeitempfinden, ein Gefühl der Bewusstseinserweiterung. Psychosen können ausgelöst werden.

F17: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

s. hierzu Kapitel 2.2.

F18: Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel

F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch

Diese Kategorie ist zu codieren, wenn ein abhängiger Konsum von mindestens 3 Substanzen (außer Nikotin und Coffein) parallel über 12 Monate ohne klare Präferenzen vorliegt. Aufgrund ihrer mangelnden spezifischen Aussagekraft sollte sie allerdings nur im Ausnahmefall verwendet werden.

2.4.2.2 Die Einordnung Neuer Psychoaktiver Substanzen

In den vergangenen Jahren sind weltweit und eben auch in Thüringen zahlreiche neue psychoaktive Substanzen (NPS) auf den Markt gekommen. Dabei werden dieses sogenannten Legal Highs oft unter anderem als „Räuchermischungen“, „Badesalze“ oder „Reiniger“ angeboten. Laut Definition handelt es sich um neue Suchtstoffe oder psychotrope Stoffe in reiner Form oder als Zubereitung, die nicht nach dem Einheits-Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1961 über Suchtstoffe oder dem Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1971 über psychotrope Stoffe kontrolliert werden, die aber eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen können, vergleichbar mit den Stoffen, die in diesen Abkommen bereits aufgelistet sind. Ihre Klassifikation erfolgt ebenfalls aufgrund der jeweiligen chemischen Grundstruktur, so dass im Wesentlichen folgende Kategorien unterschieden werden (und dort auch entspr. ICD einzuordnen sind):

- Synthetische Cannabinoide (z.B. Spice)
- Synthetische Cathinone (z.B. Mephedron, Methylendioxypropyvaleron = MDPV)
- Ketamin
- Phenethylamine (z.B. Methamphetamin = Crystal)
- Piperazine (z.B. Ecstasy)
- Pflanzlich basierende Substanzen (z.B. Kratom)

Die rasche Verbreitung von NPS ist verbunden mit neuen Vertriebswegen (z.B. Vertrieb auf Internetplattformen), neuen Konsumentengruppen und (aufgrund der relativ einfach zu modifizierenden chemischen Grundstrukturen) häufig neuen Produkten. Für viele dieser neuen Drogen gibt es bis-

her kaum Nachweiseverfahren.

Die klinische Symptomatik im Rahmen des Konsums ist ausgesprochen heterogen, manche Schäden sind ganz neu. Gerade der Umgang mit Intoxikationen und folgenden psychiatrischen Notfallsituationen erfordert häufig medizinische Hilfe, wobei ein guter Überblick über die einzelnen NPS-Kategorien und deren Auswirkungen z.B. durch das Projekt NEPTUNE zusammengetragen wurde. (9)

Bezüglich der rechtlichen Situation ist anzumerken, dass ein Verbot der sich schnell verändernden neuen psychoaktiven Stoffe schwierig ist, zumal über das BtMG eigentlich nur einzelne Substanzen verboten werden können. (10) Deshalb entschied man sich erstmals in Deutschland für das Verbot ganzer Stoffgruppen, das entsprechende Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) trat am 26.11.2016 in Kraft.

2.4.3. Therapiemöglichkeiten

2.4.3.1 *Wie ist die Suchthilfe in Thüringen aufgestellt?*

Im ambulanten Sektor gibt es ein flächendeckendes Netz an Beratungsstellen, die kompetent und spezialisiert eine Beratung für Drogenkonsumenten (oder auch Angehörige) anbieten. Bei ihnen angeschlossen sind oft auch Selbsthilfegruppen und Psychosoziale Beratungsangebote für Substituierte. Ist eine hoch strukturierte längerfristige Betreuung erforderlich, gibt es bei verschiedenen Beratungsstellen auch die Möglichkeit einer gezielten ambulanten Entwöhnungstherapie, die Kapazitäten und Kostenfragen sind mit der zuständigen Beratungsstelle zu klären. In vielen Landkreisen Thüringens stehen inzwischen auch für Drogenabhängige Möglichkeiten des ambulanten oder stationären Wohnens, Tagesstätten u. ä. zur Verfügung. Für Opiatabhängige gibt es außerdem die Möglichkeit einer medikamentösen Dauerbehandlung in Form einer ambulanten Opiatsubstitution, die allerdings bis dato nicht überall in Thüringen flächendeckend verfügbar ist (näheres hierzu s. Kapitel 2.4.3.4.)

Im stationären Sektor gibt es vielfältige Möglichkeiten der Betreuung. Diese reichen von eher somatisch orientierten Angeboten (meist erforderlich

bei entsprechender Begleiterkrankung) über Möglichkeiten der psychiatrischen Krisenintervention bis hin zu Spezialstationen explizit zur Behandlung von Drogenabhängigen (in Mühlhausen, Ilmenau und Stadtroda). Reicht eine solche Behandlung (im Sinne von qualifizierter Entzugsbehandlung, Krisenintervention oder Therapie der Komorbidität), jeweils finanziert durch die Krankenkasse, nicht aus, besteht auch die Möglichkeit eine Entwöhnungs-/Langzeittherapie. Diese dauert meist 24 Wochen und ist im Vorhinein beim Rentenversicherungsträger zu beantragen, wobei für Thüringer Patienten vor allem die Fachkliniken in Mitteldeutschland belegt werden.

Erwähnt seien schließlich noch Möglichkeiten der stationären Nachsorge z. B. in Form unterschiedlich intensiv betreuter Wohneinrichtungen.

2.4.3.2 *Welche Anlässe führen Drogenabhängige typischerweise zum Arzt?*

Die Konsumenten sieht der ambulant tätige Arzt oft als Notfall, wenn sie z. B. intoxikiert, entzückt, erregt oder psychotisch sind. Intoxikationszustände führen oft zu drogenunspezifischen körperlichen, insbesondere vegetativen und kardiovaskulären sowie psychopathologischen Symptomen, die durchaus akut lebensbedrohlich sein können (Hypertensive Krise, Herzinfarkt, aber auch selbst- bzw. fremdgefährdendes Verhalten). Aus der Art der Symptomatik kann oft nur unzureichend auf die Art der Intoxikation geschlossen werden. Diagnostisch erschwerend kommt hinzu, dass viele Substanzen (z. B. Halluzinogene, Gase, Schnüffelfstoffe, aber auch eine Reihe von Medikamenten) im einfachen Drogenscreening nicht nachweisbar sind bzw. sich rasch verflüchtigen. Im Zweifelsfall empfiehlt sich z. B. eine Rücksprache mit dem Giftnotruf.

Bei weniger dramatischen Situationen sind es vielleicht Bestrebungen, eine Krankschreibung zu erhalten, ohne die eigentliche Ursache beim Namen zu nennen (angegeben werden dann z. B. Folgeerscheinungen wie Müdigkeit, Kopfschmerzen und Appetitmangel). Gerade Opiatabhängige erscheinen häufiger mit dem Wunsch nach Verordnung von Beruhigungs- und Schmerzmitteln, wobei nicht oft genug auf die erforderliche kritische Verschreibung dieser Präparate hinzuweisen ist!

Schließlich gibt es natürlich auch eine Reihe von Betroffenen, die sich inzwischen selbst klar geworden sind über ihre Abhängigkeitserkrankung und dann gemeinsam mit ihrem Arzt nach sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten suchen wollen. Sie erscheinen dann mit einem realen Änderungswunsch oder bei einer zugespitzten sozialen Situation in der Praxis.

Nicht übersehen werden darf, dass Drogenabhängige zusätzlich zu Sucht und häufigen psychischen Störungen oft auch diverse somatische Begleiterkrankungen aufweisen und deshalb aufgrund gesundheitlicher Komplikationen ärztlichen Rat suchen. Beispielgebend erwähnt seien an dieser Stelle Haut- und Zahnveränderungen, massives Untergewicht und Exsikkose bei chronischem Amphetaminkonsum sowie Thrombophlebitiden, Abszesse und Infektionen bei i.v. Drogenkonsumenten. Auf Hepatitis- und HIV-Infektionen sollte besonders geachtet werden, was auch den sorgsamem Umgang z. B. bei Blutentnahmen einschließt. Schließlich muss bei Konsumentinnen immer sehr aufmerksam bzgl. einer möglichen Schwangerschaft untersucht werden, da eine solche gelegentlich von den Frauen im Rahmen von suchtbedingtem Chaos und veränderter eigener Körperwahrnehmung übersehen/ausgeblendet wird.

Nicht selten sind es aber auch die Eltern oder andere Bezugspersonen, die den Zustand des Betroffenen nicht länger hinnehmen und etwas unternehmen wollen. Auffallen sind oft z. B. Wesens- oder Verhaltensveränderungen, die besorgen. Schwierig ist in diesem Falle nicht zuletzt die Schweigepflicht. Außerdem ist klar, dass Verhaltensänderungen beim Betroffenen am ehesten eintreten, wenn er aktiv selbst in die Behandlung einbezogen wird.

2.4.3.3. Welche Besonderheiten sind bei der Therapie von Drogenabhängigen hinsichtlich der Arzt-Patienten-Beziehung zu beachten?

Drogenkonsumenten bewegen sich im illegalen Milieu, was häufig zu wenig Vertrauen in der Zusammenarbeit führt. Eigene Anliegen werden oft nur teilweise angesprochen, zweckgerichtete Angaben sind hingegen häufig. Wenn man dies beachtet und selbst in seinen Strategien klar nachvollziehbar und echt bleibt, ist nichtsdestotrotz

meist ein vernünftiges therapeutisches Verhältnis möglich. Die Mitte zwischen Empathie und Vorsicht sollte sicherlich immer wieder reflektiert und angestrebt werden.

Praktisch hilfreich ist es dabei oft, danach zu fragen, warum der Patient gerade jetzt Hilfe sucht, ob z. B. juristische, familiäre oder arbeitsrechtliche Konsequenzen anstehen. Drogenkonsumenten erleben sich oft gegenüber dem Arzt als Experten hinsichtlich Drogen und geeigneter Medikamente und versuchen gelegentlich, durch dieses Wissen Ärzte zu instrumentalisieren. Das Spektrum reicht dabei von Manipulation, Mitleidserweckung bis hin zu Entwertung und Erpressung. Jedem Behandler ist es deshalb zu raten, rechtzeitig Grenzen anzusprechen und zu setzen, sich nicht abhängig oder erpressbar zu machen, ggf. bei Kollegen Unterstützung zu suchen. Rechnen Sie damit, dass Sie nicht der einzige Arzt sind, der in Anspruch genommen wird! Wie bei anderen Suchtpatienten sollte man vermeiden, sich in die Rolle des „einzigen Retters“ manövrieren zu lassen und auf Zusammenarbeit mit geeigneten Partnern wie Beratungsstellen, Kliniken, Jugendämtern und Angehörigen hinwirken. Eine strukturierte Anamnese ist gerade auch bei Drogenpatienten nötig. Sie sollte zusätzlich zu einer detaillierten Suchtanamnese (einschl. Konsummuster und Applikationsart) auch die allgemein gesundheitliche, strafrechtliche und soziale Situation erfassen. Viele Patienten berichten explizit nur das, was sie gefragt werden, so dass gerade Mischkonsum sowie Alkohol- und Medikamentenbeikonsum unerwähnt bleiben.

In die Drogenabhängigkeit geraten häufiger von vornherein Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Gerade, wenn noch verstärkend eine Drogenintoxikation dazu kommt, ist mit impulsiveren, provozierenden oder eigen- bzw. fremdgefährdenden Reaktionen zu rechnen. Der Arzt sollte deshalb das Repertoire seines Handelns bis hin zu den gesetzlich vorgesehenen Zwangsmaßnahmen im Kopf parat haben.

Hilfreich ist es immer, die Angaben des Patienten so gut wie möglich zu prüfen. Hierzu kann eine Fremdanamnese (bei der aber natürlich explizit die Schweigepflicht gewahrt werden muss) ebenso dienen wie ein Drogenscreening auf die gängigen Substanzen. Letzteres kann sowohl qualitativ als auch quantitativ erfolgen, sollte einen im Zweifels-

fall aber nicht bei klinischem Verdacht täuschen – nur ein Teil der in der Szene gängigen Substanzen werden von uns im Routinetest erfasst!

2.4.3.4. Wer unterstützt den Arzt bei seiner Arbeit?

- bei Notfalleinweisung aus psychiatrischer Indikation (Suizidalität, Erregungszustand, Psychose) die regional zuständige Psychiatrie bzw. der Sozialpsychiatrische Dienst und der Rettungsdienst/Notarzt
- bei internistischen Notfällen die regional zuständige ITS
- bei indizierter qualifizierter Entzugsbehandlung entsprechende Spezialstationen (siehe Serviceteil)
- in Einzelfällen auch die weiteren psychiatrischen Abteilungen und Fachkliniken
- bei Beratungsbedarf die regional zuständige Suchtberatungsstelle

2.4.3.5 Was ist die Substitution Opiatabhängiger für ein Therapieverfahren?

Opiatabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit. Um den Betroffenen die Möglichkeit zum Überleben, zur Stabilisierung und zum Ausstieg aus ihrem bisherigen, meist komplett durch die Sucht bestimmten Lebensalltag zu geben, wurde die Ersatzstoffvergabe als Therapieoption etabliert. Bei einer solchen Substitutionsbehandlung handelt es sich um ein seit vielen Jahren anerkanntes und wissenschaftlich evaluiertes Therapieverfahren zu ihrer Behandlung, wobei die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Therapie in den letzten Jahren umfassend weiterentwickelt wurden (s. Richtlinien der BÄK zur Substitution, aktualisierte Fassung in Kraft getreten am 02.10.2017). Entsprechend der Richtlinien besteht eine Indikation zu Lasten der GKV bei einer manifesten Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschl. der Besserung und Stabilisierung der Gesundheit.

Basisziele der Substitution sind die Sicherstellung des Überlebens und die somatische Stabilisierung der Patienten. Beide Ziele werden allein durch die Vergabe des Substitutes nicht erreicht. Als Mindestanforderung an eine qualifizierte Behandlung ist daher zu fordern, dass baldmöglichst mit der Di-

agnostik und Versorgung von Begleiterkrankungen begonnen wird (empfohlen u. a. in den Leitlinien der Bundesärztekammer). Das komplexe Behandlungsprogramm sollte entsprechend eine engmaschige Betreuung (einschl. Kontrollen z. B. bezüglich Beikonsum) durch die Substitutionspraxis ebenso wie eine Psychosoziale Betreuung (PSB, durchgeführt in der Regel durch die örtlichen Beratungsstellen) beinhalten.

Aktuell sind in Deutschland 78.800 Patienten in Substitution (Stichtag 01.07.2017), wobei die Anzahl substituierender Ärzte seit 2012 jährlich leicht zurückgegangen ist (aktuell 2.599). In Thüringen fanden sich zum Stichtag 379 Patienten im Programm, betreut über insgesamt 23 Ärzte. (11)

Wichtig zu wissen ist aber auch, dass diese Therapie durch eine Vielzahl von Gesetzen und Richtlinien geregelt wird, was vor allem durch den direkten Einsatz von Betäubungsmitteln bedingt ist (Einsatz dieser ist entsprechend der Vorgaben des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchzuführen). Erwähnt seien insbesondere das Betäubungsmittelgesetz (BtmG), die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV), das Arzneimittelgesetz (AMG), die Richtlinien der Bundesärztekammer sowie die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkasse bezüglich der vertragsärztlichen Versorgung. Das Substitutionsregister an sich wird bundesweit vom BfArM geführt, um eine Mehrfachsubstitution zu verhindern, gemäß der BtmVV müssen hier alle Behandlungsfälle gemeldet werden.

Eine ausführliche Darstellung all dieser Gesetze und Verordnungen ist an dieser Stelle verständlicherweise nicht möglich. Wer sich ernsthaft mit dem ausgesprochen begrüßenswerten Gedanken trägt, Patienten zu substituieren (wobei der Erwerb der Qualifikation Suchtmedizin eine Grundvoraussetzung hierfür darstellt), dem sei z.B. das ASTO-Projekt der Ärztekammer Westfalen-Lippe empfohlen. Außerdem ist Rat u. a. über die LÄK und die dort eingerichtete „Beratungskommission Substitution“, die Qualitätssicherungskommission der KV sowie natürlich bei bereits substituierenden Kollegen zu erhalten. Generell wichtig ist immer, dass für eine gelungene Substitutionstherapie eine enge Kooperation aller Beteiligten entscheidend ist.

Literatur:

- (1) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2018): *DHS Jahrbuch Sucht 2018*. Neuland, Hamburg.
- (2) Bundeskriminalamt: *Bundeslagebild Rauschgift 2017*. www.bka.de
- (3) *Gesundheitsberichterstattung Bund*: www.gbe-bund.de
- (4) Gomes de Matos E, Hannemann TV, Atzen-dorf J, Kraus L, Piontek D: *The consumption of new psychoactive substances and methamphetamine — analysis of data from 6 German federal states*. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 49–55. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0049
- (5) Kraus L, Pabst A, Steiner S: *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und Drogen 2011*. IFT-Berichte, München 2012
- (6) Dilling H, Mombour W, Schmidt MH – Hrsg.: *WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F)*. 5. Auflage Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto 2005
- (7) Schmidbauer W, vom Scheidt J: *Handbuch der Rauschdrogen*. Fischer Verlag Frankfurt Main 2001
- (8) Treutter F: *Suchtmedizin kompakt*. Schattauer Stuttgart 2012
- (9) *Novel Psychoactive Treatment UK Network NEPTUNE (2015): Guidance on the Clinical Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances*. www.Neptune-clinical-guidance.com Deutsche Ausgabe (2016): *NEPTUNE. Handlungsempfehlungen zum klinischen Umgang mit akuten und chronischen Schäden von Partydrogen und Neuen Psychoaktiven Substanzen*. www.suprat.de
- (10) *Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2011*. www.drogenbeauftragte.de bzw. www.bmg.bund.de
- (11) *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Bericht zum Substitutionsregister Januar 2018*. www.bfarm.de

2.5 Nichtstoffgebundene Süchte / Verhaltenssüchte

2.5.1 Problemstellung

Verhaltenssüchte entwickeln sich zu einem zunehmenden Problem. Im Fokus der Aufmerksamkeit stehen neben Glücksspielsucht, Arbeitssucht und Fernsehsucht zunehmend der pathologische PC- und Internetgebrauch. Der Computer als Medium ist ein ständiger Begleiter in Freizeit und Berufsleben. Haushalte in Deutschland, in denen ein Jugendlicher zwischen 12 und 19 Jahren lebt, haben 98 % mindestens 1 Computer oder Laptop, 95 % einen Internetanschluss und 63 % eine Spielkonsole.

Das Internet kann zur Befriedigung von Verhaltenssüchten dienen (pathologischer PC/Internetgebrauch, Sex, Glücksspiel, Kaufen). Es bedarf deshalb einer genauen Differenzierung der konkreten Verhaltenssucht. Insbesondere beim pathologischen PC- und Internetgebrauch können sich verschiedene Verhaltensweisen zu krankhaften Störungen entwickeln, wie das Gaming (Computerspielen), Chatting (soziale Netzwerke nutzen), Surfing (zielloses aufrufen von Internetseiten) und Streaming (tauschen von Filmen). Das Gaming stellt im Moment das größte Problem dar. Laut PINTA-Studie (Prävalenz der Internetabhängigkeit) gibt es mehr als 500.000 Betroffene in Deutschland, 2,5 Millionen Menschen zeigen eine „problematische Internetnutzung“, Schwerpunkt 14-24jährige. Es wurde die Abkürzung MMORPG (Massively Multiplayer Online Role Playing Game) eingeführt.

2.5.2 Diagnose

Auch bei den Verhaltenssüchten sind die bekannten Diagnosekriterien der stoffgebundenen Süchte anwendbar. Die American Psychiatric Association schlägt im DSM-5 die folgenden Kriterien für die Diagnose der Internet Gaming Disorder vor:

- Computerspielnutzung als dominierende Beschäftigung
- Entzugssymptome bei Konsumverhinderung
- Toleranzentwicklung
- Kontrollverlust
- Interessenverlust
- Fortführung des Konsums trotz negativer Kon-

- sequenzen
- Verheimlichung des Nutzungsausmaßes
- Emotionsregulation durch die Computerspielnutzung
- Gefährdung wichtiger zwischenmenschlicher Beziehungen

5 aus 9 Kriterien müssen erfüllt sein. Beobachtbar in einem Zeitraum von mindestens 12 Monaten.

In der ICD 10 ist nur das „Pathologische (Glücks-) Spiel“ aufgenommen unter der Kategorie der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ als „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“. Alle anderen Verhaltensüchte müssen aktuell unter „sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (ICD 10) klassifiziert werden (F63.8 und F68.8)

Das entscheidende diagnostische Kriterium liegt wohl um subjektiv erlebten inneren Spannungszustand vor der Handlung und der Entlastung nach der Handlung, aber kritisches Hinterfragen ist sinnvoll.

Die Merkmale der Verhaltenssucht ohne weitere Differenzierung sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt.

Merkmale der Verhaltenssucht (nach Grüsser und C. N. Thalemann 2006)

Verhalten wird über den längeren Zeitraum (mind. 12 Monate) in einer exzessiven, von der Norm und über das Maß hinaus (z. B. Häufigkeit) abweichenden Form gezeigt

Kontrollverlust hinsichtlich der Dauer, Häufigkeit, Intensität und des Risikos

Toleranzentwicklung; das Verhalten muss häufiger und intensiver durchgeführt werden, um den gewünschten Effekt zu erhalten

unwiderstehliches Verlangen; das Verhalten ausüben zu wollen/müssen

ständige gedankliche Beschäftigung mit der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung und den erwarteten Folgen des exzessiven Verhaltens

eingeeignetes Verhaltensmuster; das exzessive Verhalten dominiert das Denken, fühlen und Verhalten

Belohnung; das exzessive Verhalten wird (anfänglich) als unmittelbar belohnend empfunden

Funktion; das Verhalten wird vorrangig eingesetzt, um die Stimmung/Gefühle zu regulieren oder Stressleben zu reduzieren

irrationale, verzerrte Wahrnehmung bezüglich verschiedener Bereiche des exzessiven Verhaltens

Leidensdruck

die Ausübung des exzessiven Verhaltens wird trotz schädlicher Folgen (gesundheitlich, beruflich und sozial) in inadäquatem Ausmaß aufrechterhalten

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Verhaltenssucht wird dem zentralen Belohnungssystem eine entscheidende Rolle beigemessen. Sowohl psychotropen Substanzen als auch abhängige Verhaltensweisen ist gemeinsam, die Dopaminausschüttung zu steigern, als wichtigen Botenstoff für Belohnungsgefühle.

2.5.3 Therapie

Für die Verhaltensüchte existieren insbesondere für die Spielsucht in einigen Beratungsstellen und bei niedergelassenen Psychotherapeuten ambulante Therapieprogramme. Auch einige Fachkliniken entwickelten störungsspezifische Behandlungsangebote für Verhaltensüchte.

Für den pathologischen PC- und Internetgebrauch muss Beachtung finden, dass gerade die Gruppe der Kinder und Jugendlichen gefährdet ist. Die Spielzeiten am Computer können exzessive Ausmaße annehmen. Die Auseinandersetzung mit der „realen“ Welt tritt in den Hintergrund. Es kommt häufig zur Vereinsamung und dem Auftreten von Ängsten.

Das Computerspiel dient zunehmend der Emotionsregulation und Stressverarbeitung, dem Entfliehen in befriedigende Lebenssituationen, verbunden mit Vertrautheit, Spaß und Glücksgefühlen, aber auch mit dem Gefühl von Macht und Erregung. Die Spiele können endlos sein (z. B. World of Warcraft). Mit

Zunahme der Spielzeiten ist der Alltag nicht mehr zu bewältigen.

Bei vielen Verhaltenssüchten kann das Abstinenzgebot in seiner absoluten Form nicht Ziel der Behandlung sein (z. B. Kaufsucht). Vielmehr geht es um das Erlernen eines kontrollierten und angemessenen Verhaltens. Dies trifft auch für den pathologischen PC- und Internetgebrauch zu. Ein therapeutischer Zugang gelingt leichter, wenn der Behandler eine gewisse Kompetenz für die Spiele hat und auch die Leistungen in der virtuellen Welt würdigen kann. Mit den Betroffenen müssen alternative Verhaltensweisen etabliert werden, die die Funktion des Suchtverhaltens zur Gefühlsregulation und Stressverarbeitung sinnvoll übernehmen können.

Literatur:

- (1) „Zwischen Kompetenzerwerb und Mediensucht“ - Chancen und Gefahren des Aufwachsens in digitalen Erlebniswelten aus medienpsychologischer und medienpädagogischer Sicht, Autoren: Dirk Baier, Markus Breuer, Ullrich Dittler und Sabine Feierabend von Kopäd (Februar 2010)
- (2) „Pathologische Computerspiel- und Internetnutzung“ – Der Forschungsstand zu Phänomenologie, Epidemiologie, Diagnostik und Komorbidität, Autoren: Kai W. Müller und Klaus Wölfling, Herausgeber: Suchtmed 12 (1), Seite 45 bis 55 (2010), ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Landsberg
- (3) „Internet- und Computersucht“ – Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Pädagogen und Eltern, Autor: Christoph Möller (Hrsg.), Herausgeber W. Kohlhammer Verlag (November 2011)
- (4) „Computerspiel- und Internetsucht“ – Diagnostik, Phänomenologie, Pathogenese and Therapeutic Intervention, Autor: K. W. Müller, K. Wölfling, Herausgeber: Suchttherapie 2011; 12: Seite 57 bis 63
- (5) „Suchtmedizin“ – der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis, Autor: Felix Tretter, Herausgeber: Schattauer Verlag (2000)
- (6) PINTA-Studie (2011, Hans-Jürgen Rumpf, Christian Meyer, Anja Kreuzer, Ulrich John)
- (7) DSM 5 deutsche Fassung (2014) Hogrefe Verlag
- (8) Deutsches Ärzteblatt; Jg. 114, Heft 25, 23.Juni 2017, Lutz Wartberg, Levente Kriston, Rainer Thomasius

3. Spezieller Teil – patientenbezogen

3.1 Sucht bei Kindern und Jugendlichen

3.1.1 Aktuelle Situation

Bei den Jugendlichen ging der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis nach einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zurück. Der Tabakkonsum von Jugendlichen erreichte im Jahr 2015 den niedrigsten Stand seit Beginn der Erhebung. Im Vergleich zu 2001 mit 27,5 Prozent hat sich die Zahl der rauchenden Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren im Jahr 2015 mit unter 10% Prozent mehr als halbiert.

Der regelmäßige Alkoholkonsum bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist laut Drogenaffinitätsstudie der BZgA im Zeitraum von 2001 bis 2015 rückläufig. Regelmäßiger Alkoholkonsum bedeutet, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken. Von den 12- bis 17-Jährigen geben aktuell 10,0 % und von den 18- bis 25-Jährigen 33,6 % an, dass sie regelmäßig Alkohol trinken (2005: 12- bis 17-Jährige: 18,6 %; 18- bis 25-Jährige: 40,5 %).

Auch beim Cannabiskonsum ging der Anteil Jugendlicher, die mindestens einmal im Leben Cannabis probiert haben, weiter zurück. Er sank vom bislang höchsten Wert mit 15,1 Prozent im Jahr 2004 auf 6,7 Prozent im Jahr 2011 und hält sich seitdem konstant auf diesem Wert. In der Drogenaffinitätsstudie 2015 der BZgA gaben insgesamt 7,3 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 15,3 % der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Zwischen männlichen (8,1 %) und weiblichen Jugendlichen (6,3 %) gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied. In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen war die 12-Monats-Prävalenz der jungen Männer (20,6 %)

höher als die der jungen Frauen (9,7 %). (1)

Erfreulich ist auch, dass das durchschnittliche Alter bei Erstkontakt zum Suchtmittel sich erhöht, zum Beispiel bei Alkohol von 14,1 in 2004 auf 14,5 Jahre in 2015.(1)

Dagegen gibt es einzelne Risikogruppen mit gleichbleibend hohen Konsumzahlen; diese Gruppen müssen noch besser erreicht werden. So ist das Rauschtrinken unter Jugendlichen immer noch weit verbreitet, der regelmäßige Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen gleichbleibend hoch, während der regelmäßige Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen unverändert ist. Lediglich beim Tabakkonsum ist auch in dieser Altersgruppe ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Es fällt jedoch auf, dass das Rauchverhalten mit Bildungsunterschieden verbunden ist. Der Anteil rauchender Schülerinnen und Schüler ist im Gymnasium geringer als in Hauptschulen, Realschulen und Gesamtschulen. (2)

3.1.2 Weshalb konsumieren Jugendliche Drogen?

Menschen ganz allgemein konsumieren Drogen, um ihr psychisches Befinden zu verändern, sich wohler zu fühlen, Belastungen besser Stand zu halten. Konsum und Abhängigkeit sind keineswegs jugendtypische Erscheinungen.

Jugendliche konsumieren Drogen aus Neugier und weil die Drogenszene eine gewisse Anziehungskraft gerade in dem Alter hat, in dem man sich in natürliche Opposition zur Erwachsenenwelt begibt. Die Suche nach neuen Erfahrungen, Erlebnishunger und Lust am Risiko tragen zu einer erhöhten Aufgeschlossenheit gegenüber Drogen bei.

Aber auch unsere „süchtige Gesellschaft“, die immer mehr erlaubt, was gefällt, so lange es Spaß

macht und Profit bringt, um dann über die abhängig gewordenen Opfer um so verächtlicher herzufallen, begünstigt den jugendlichen Drogenkonsum. Erwachsene sind Vorbilder und prägen damit auch das Konsumverhalten von Jugendlichen. 95 % aller Jugendlichen machen ihre ersten Erfahrungen mit legalen Suchtmitteln im unmittelbaren Familienkreis.

Der Gruppendruck spielt eine wichtige Rolle, man will dazu gehören und cool sein. Die sogenannte „Peer-group“, also die Bezugsgruppe der Gleichaltrigen, „die Clique“, hat erheblichen Einfluss auf die Einstellung zum Drogenkonsum, häufig wesentlich größeren als Eltern oder Lehrer.

Unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten ist das Jugendalter der Übergang von Kindheit zum Erwachsensein. Sowohl der gesellschaftliche Erwartungsdruck als auch die Probleme mit dem Finden einer eigenen Identität strengen an und bilden einen gefährdenden Untergrund für das Ausweichen in die Welt der Drogen.

Der Drogenkonsum ist bei den meisten Jugendlichen eine zeitlich begrenzte Erscheinung, die mit dem entwicklungsbedingten Wandel der Lebensauffassungen und mit der Übernahme konventioneller Rollen häufig an Bedeutung verliert. Dennoch sind bei einem Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen problematische Konsummuster bis hin zum gesundheitsschädlichen Gebrauch bzw. Abhängigkeit gegeben.

3.1.3 Was sind die häufigsten Drogen?

Die häufigsten Drogen der Kinder und Jugendlichen sind getreu dem Erwachsenen Vorbild Nikotin und Alkohol. Unter den illegalen Drogen wird Cannabis am weitesten häufigsten konsumiert. Über ein Viertel der Jugendlichen hat mit dieser Droge Erfahrungen.

Der Anteil der Konsumenten von Stimulantien (Amphetamine, Ecstasy) scheint leicht zuzunehmen. Eine steigende Verbreitung von Crystal wird vor allem aus den Grenzregionen zur Tschechischen Republik vermeldet. (3)

Neue Entwicklungen ergeben sich beim Mischkon-

sum verschiedener Suchtstoffe. Bei den illegalen Drogen stellen insbesondere die neuen psychoaktiven synthetischen Substanzen (sog. „legal highs“, „research chemicals“) die Strafverfolgungsbehörden, das Suchthilfesystem und die Suchtprävention vor neue Herausforderungen. Diese Produkte werden als vermeintlich legale Alternative zu herkömmlichen illegalen Drogen zum Beispiel als „Badesalze“, „Lufterfrischer“ oder „Kräutermischungen“ deklariert, enthalten jedoch bisher unbekannte Betäubungsmittel oder ähnlich wirkende synthetische Stoffe in unterschiedlicher Konzentration. Eine besorgniserregende Entwicklung, da der Konsum mit unkalkulierbaren gesundheitlichen Risiken verbunden ist und zu schweren, sogar lebensgefährlichen Vergiftungen führen kann. Diese Stoffe fallen unter das Arzneimittelrecht; das unerlaubte Inverkehrbringen ist daher strafbar. Ein strafbewehrter Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz liegt dagegen erst dann vor, wenn die jeweilige Substanz durch ein aufwändiges Verfahren dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt wurde. (1)

3.1.4 Hinweis für Drogenproblematik bzw. -abhängigkeit

Psychische und psychosoziale Merkmale:

- Plötzlicher Wechsel des Freundeskreises
- Kontaktverlust zu Eltern bzw. Familie
- Frühere Interessen (Hobbys) werden aufgegeben
- Unbegründete Änderung früherer Gewohnheiten
- Allgemeine Interessellosigkeit, Unmotiviertheit
- Starker Leistungsabfall in kognitiver und körperlicher Hinsicht
- Ständige Geldknappheit
- Starke Unruhe (nervös, fahrig)
- Vernachlässigung der Körperpflege
- Starke Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Wutausbrüche, depressive Verstimmung u. U. mit Weinkrämpfen und Selbstmordgedanken
- Angstzustände, grundlose Panikreaktion
- Desorientierung
- Optische und akustische Halluzinationen
- Paranoide Symptomatik

(unsichere) körperliche Merkmale:

- Starke Benommenheit, Unsicherheit, torkelnder Gang, lallende Sprache
- Blasses, ungesundes Aussehen
- Schläfrigkeit, Apathie
- Appetitlosigkeit
- Starke Gewichtsabnahme
- Erhöhte Berührungs-, Schmerz- und Lichtempfindlichkeit
- Schwindel, Kopfdruck
- Laufende Nase
- Reizhusten
- Magen-, Darmstörungen
- Heißhunger (insbesondere auf Süßigkeiten)
- Zahnschäden (bis zur Zerstörung des Gebisses)
- Extrem erweiterte (z. B. durch Ecstasy) oder verengte (z. B. durch Heroin) Pupillen
- Gerötete Augen, Flimmern vor Augen, glasig starrer Blick
- Juckreiz
- Außergewöhnliches Schwitzen
- Gänsehaut
- Händezittern
- Schmerzen
- Eitrige Geschwüre an den Extremitäten, Spritzabszesse und Furunkel
- Einstichstellen (am ganzen Körper möglich, häufig an Armen und Beinen)

Wie bereits erwähnt, können die oben genannten Warnzeichen auch andere Ursachen haben. Eltern sollten darauf achten, aber nicht die Diagnose stellen. Eine wichtige Möglichkeit für Eltern, das Interesse an ihren Kindern zu zeigen, ist es, offen mit ihnen über Gebrauch und Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen zu sprechen.

Ein wichtiger erster Schritt ist der Besuch des Kindes oder Jugendlichen beim Hausarzt, um körperliche oder andere Ursachen für die Warnzeichen auszuschließen. Laboruntersuchungen des Urins helfen weiter. Man muss damit rechnen, dass sich Patienten verweigern oder geschickt wie Doping Sünder verhalten.

Möglichst bald sollte die Vorstellung und gründliche Untersuchung bei einem (Kinder- und Jugend-) Psychiater und/oder in einer Sucht- bzw.

Drogenberatungsstelle folgen.

Literatur:

- (1) „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015“; BZgA; April 2016
- (2) „Drogen- und Suchtbericht Juli 2017“, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marlene Mortler

3.2 Sucht in der Schwangerschaft

3.2.1 Schwangerschaft und Alkohol

Eine keimschädigende Wirkung des väterlichen Alkoholkonsums ist bisher nicht sicher nachgewiesen. Folge ist jedoch eine deutliche Verminderung der Fertilität.

Mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann keimschädigend wirken und zu einer Alkoholembryopathie bzw. einem fetalen Alkoholsyndrom (FAS) führen. Alkohol passiert die Plazentaschranke uneingeschränkt. Schon die Menge von einem Drink Alkohol führt ab dem dritten Monat zu einer bis zu 3stündigen Unterdrückung des fetalen Atemmusters.

Die Prävalenz von FAS liegt in Deutschland zwischen 0,2 bis 8,2 pro 1000 Geburten. Jedes Jahr werden mehr als 2.000 Kinder mit schweren Alkoholschäden geboren. Rund 10.000 Kinder haben einzelne Anzeichen des Syndroms. Damit ist das FAS in Deutschland die häufigste Behinderung bei Neugeborenen. Eines von 67 Kindern alkoholtrinkender Mütter wird mit einem fetalen Alkoholsyndrom geboren. Das intrauterine Wachstum ist vermindert und die Kinder sind bei der Geburt häufig zu klein. Schwerwiegender sind die permanenten Schäden im Gehirn, die zu strukturellen, neurologischen und funktionellen Defiziten führen. Die Kinder zeigen Verhaltensauffälligkeiten und Lernstörungen, die die spätere schulische und berufliche Laufbahn behindern, und nicht wenige geraten später mit dem Gesetz in Konflikt.

Äußerlich erkennbare Symptome sind unter anderem Kleinwuchs, Untergewicht, Kleinköpfigkeit

oder mangelhafte Muskelentwicklung. Es gibt typische Gesichtsveränderungen wie beispielsweise schmale Lidspalten, ein kurzer Nasenrücken, eine Hautfalte am inneren Augenwinkel und schmale, mangelhaft ausgeformte Lippen. Die Mittelrinne zwischen Nase und Oberlippe ist oft wenig bis kaum ausgebildet. Auch geistige Schäden sind häufig feststellbar.

Es kommt zu Missbildungen verschiedene Organ-systeme, besonders des Herzens (meist Vorhof-septum-Defekt), des Uro-Genitalsystems und der Extremitäten.

Entzugserscheinungen des Neugeborenen infolge fetaler Abhängigkeit sind möglich (mit erhöhter postnataler Sterblichkeit).

Kinder mit FAS weisen nicht selten Entwicklungsverzögerungen auf, haben Probleme mit dem Sprechen oder Lernen oder sind hyperaktiv. Manche Kinder werden autistisch oder das genaue Gegenteil, sehr vertrauensselig und distanzlos. Viele der betroffenen Kinder sind emotional instabil oder aggressiv, können sich in die Gesellschaft nicht einfügen. Nur etwa 20 Prozent der mit dem Fetalen Alkoholsyndrom diagnostizierten Kinder sind später in der Lage selbstständig zu leben!

3.2.2 Schwangerschaft und Nikotin

Nikotin und Kohlenmonoxid schädigen den Embryo während der Schwangerschaft

Aktives und Passivrauchen können während der Schwangerschaft folgende Risiken bewirken: Fehlgeburt, Totgeburt, Frühgeburt, Leukämie, Untergewicht des Neugeborenen (was wiederum einen Risikofaktor für die normale psychische und physische Entwicklung des Kindes darstellt), Unterentwicklung der Lungentätigkeit des Neugeborenen

Entzugserscheinungen des Neugeborenen sind möglich.

3.2.3 Schwangerschaft und Medikamente

Medikamente können auf unterschiedlichste Art und Weise die Entwicklung des Embryos schädigen. Deshalb wird bei vielen Medikamenten vor der Anwendung in der Schwangerschaft gewarnt.

Lesen Sie den Beipackzettel!

3.2.4 Schwangerschaft und illegale Drogen

Illegale Drogen können die Entwicklung des Embryos schädigen.

Selbst wenig teratogen wirkende Drogen führen über multiplen Substanzgebrauch und assoziierte Erkrankungen zu Störungen der Schwangerschaft und Schädigung des Neugeborenen. Dazu zählen: Tod- und Frühgeburt, vorzeitige Wehen und Missbildungen, frühkindliche Hirnschädigung, später Wachstumsverzögerung, Störung der geistigen und motorischen Entwicklung, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, Virusinfektionen.

Als besondere Komplikation sind Entzugserscheinungen des Neugeborenen (bei Opiaten), andere Absetzphänomene (z. B. durch Amphetamine) und die Kokainembryopathie (jittery baby syndrome, Crack-Babies), aber auch die Cannabis-Embryopathie zu erwähnen.

Mischkonsum mehrerer Drogen einschließlich Alkohol, Nikotin und Medikamenten erhöht die Gefahren.

3.3 Sucht im Alter

3.3.1 Probleme des Älterwerdens

Das „Alter“ ist mit vielen unterschiedlichen Bildern und Vorstellungen belegt. Einige davon sind positiv, wie „Alter und Weisheit“, „mehr Lebenserfahrung und Lebenszufriedenheit“ oder auch die Vorstellung, endlich frei von Pflichten zu sein und sich seine aufgeschobenen Wünsche erfüllen zu können. Andere Assoziationen sind dagegen negativ, z.B. „Immobilität“, „Einsamkeit und Wertlosigkeit“, „Intellektueller Abbau“ und ein zunehmender Pflegebedarf. Womit das Alter in der Regel jedoch nicht verknüpft ist, ist eine Abhängigkeitserkrankung oder ein Missbrauch von Substanzen. In unserer Zeit wird Jugendlichkeit zum Fetisch erhoben. Jugend wird mit Attraktivität, Gesundheit und Leistungsfähigkeit gleichgesetzt, Altern hingegen mit dem Abbau dieser Eigenschaften. Wer versucht, das Altern zu vermeiden, läuft Ge-

fahr, das Leben ausschließlich unter dem Aspekt des Verlusts wahrzunehmen, darunter zu leiden und schließlich zu erkranken. Altern ist jedoch wie das Leben überhaupt ein Anpassungsprozess. Die Aufgabe heißt: die eigenen Möglichkeiten (Erfahrungen, Einsichten) zu erkunden und zu nutzen.

Typische Probleme des Älterwerdens sind Krankheit, Leid und Tod (die „tragische Trias“ Viktor E. Frankls). Der Körper ist mitunter leidvoll zu spüren, Alterskrankheiten engen den Freiraum ein, Verwandte und Freunde verlassen uns, Enttäuschung und Einsamkeit können sich breit machen, Sinnkrisen uns ergreifen, wenn wir nicht bewusst neue Kontakte knüpfen, neue Möglichkeiten erschließen.

Hilfen von außen sollten vor allem soziale Unterstützung anbieten, Kontakte ermöglichen, altersgerechte Aufgaben aufzeigen und Sinnerfüllung fördern.

3.3.2 Ursachen und Anlässe für den Missbrauch psychotroper Substanzen im Alter (durch Selbstmedikation und iatrogen)

- misslungene Anpassungsprozesse an das Altern
- Einsamkeit – innere Leere
- Nutzlosigkeit – Wertlosigkeit
- Resignation – Hilflosigkeit
- Angst vor Autonomieverlust
- altersbedingte Verlustsituationen (Angehörige, Bekannte, Ende der Berufstätigkeit)
- narzisstische Krisen (Angst vor Abwertung infolge verminderter Leistungsfähigkeit)
- Identitätskrisen (Altersneustrukturierung/Zeit im Leben füllen)
- somatoforme Störungen mit funktionellen Symptomen, Schlafstörungen, Schmerzen
- altersbedingte Schmerzen und Behinderungen

3.3.3 Alter und psychotrope Substanzen

Alkohol: Der Anteil der Abstinente nimmt zwar im Alter zu. Viele trinken hingegen regelmäßig, jedoch wegen zunehmender Toleranzminderung bei den einzelnen Trinkanlässen weniger (riskanten regelmäßigen Alkoholkonsum betreiben ca. 70 % der über 70-Jährigen). Etwa 10 % der Bewohner von Altersheimen haben Alkoholprobleme (25 % der Männer und 5 % der Frauen). Etwa 400 000 der

über 60jährigen sind alkoholsüchtig. Jeder siebte Pflegebedürftige, der zu Hause oder im Heim betreut wird, hat ein Alkohol- oder Medikamentenproblem wobei der Anteil der Heimbewohner unter den Medikamentenmissbrauchern gegenüber der Allgemeinbevölkerung etwa 3-fach erhöht ist.

Ältere Alkoholiker unterscheiden sich nach dem Beginn des pathologischen Trinkens.

Etwa 2/3 der älteren Trinker gehören zu den sogenannten Frühbeginnern (etwa vor dem 40./50. Lebensjahr); sie haben häufiger einen schwereren Krankheitsverlauf. Der Alkoholkonsum ist höher, Intoxikationszustände und Vorbehandlungen wie auch soziale und familiäre Probleme sind häufiger. Sie stammen häufiger selbst aus Alkoholikerfamilien und weisen öfter instabile Persönlichkeitszüge auf. Ca. 1/3 sind „Spätbeginner“ (Altersalkoholismus i. e. S.).

Ältere Alkoholiker benötigen mehr soziale Unterstützung und sind oft weniger einer einsichtsorientierten Therapie zugänglich. Eine Entwöhnungstherapie kann dennoch das Ziel sein.

Begleitender Medikamentenabusus und -abhängigkeit nehmen mit dem Alter zu.

Analgetika: Schmerzen sind im zunehmenden Alter häufig. Schmerzmittel werden ebenso ärztlich verordnet wie selbst gekauft. Eine effiziente ärztliche Schmerztherapie sollte nicht nur auf die interne Pharmakawirkung setzen, sondern auch auf Externa (Einreibungen, Bäder), auf Aktivität, Mobilität, Entspannungsfähigkeit, auch auf Heiterkeit und ein Ertragen-Können.

Benzodiazepine (BZD): Weltweit gelten Benzodiazepine als die Substanzen mit der höchsten Missbrauchsrate, dennoch gehören sie in vielen Ländern zu den am häufigsten verordneten Arzneistoffen – insbesondere bei über 65-jährigen. Der Konsum von BZD nimmt im Alter deutlich zu und beträgt jenseits des 65. Lebensjahres etwa das 2,5fache des Gesamtdurchschnitts. Die Verordnungshäufigkeit steigt zwischen dem 20. und 70. Lebensjahr um das Zehnfache. Frauen überwiegen (um das 1,5- bis 3fache). Bewohner von Altenheimen erhalten häufiger und regelmäßiger BZD. Jedoch kommt Hochdosisabhängigkeit im Alter sehr selten vor. Bereits bei niedrigem Plasmaspiegel treten jedoch Nebenwirkungen wie unerwünschte Sedierung

und Muskelschwäche auf (Folge: Sturzverletzungen). „Übliche“ Dosierungen führen wegen einer im Alter verlängerten Halbwertszeit zu erheblicher Wirkstoffkumulation mit hohem Plasmaspiegel (bei Diazepam max. 10 Tage, daher Gefahr der chronischen Intoxikation mit pseudodementer und apathischer, adynamer Symptomatik, Cave: Fehl-diagnose).

Die Einnahme von Benzodiazepinen erhöht das Demenzrisiko drastisch. Patienten über 65 Jahre, die anfangen, Benzodiazepine einzunehmen, haben ein um 50% höheres Risiko, innerhalb von 15 Jahren an Demenz zu erkranken.

Hypnotika: Wenn die Nacht zum Tage wird, können Nächte und Tage zum quälenden Problem werden. Länger dauernde Schlaflosigkeit sollte ärztlich ernst- und wahrgenommen werden. Eine Gewöhnung an Schlafmittel tritt schnell ein, die Entwöhnung ist schwierig. Deshalb sollten zuerst alle medikamentenfreien Möglichkeiten zur Einschlafförderung genutzt werden. An eine (blande) depressive oder hirnorganische Symptomatik ist zu denken. Auch ein Therapieversuch mit Antidepressiva ist zu erwägen. Anwender von Hypnotika haben ein deutlich erhöhtes Sterberisiko. Auch Krebserkrankungen treten bei ihnen häufiger auf.

Laxantien: Obstipation führt im Alter häufiger zu Laxantienmißbrauch, dieser wiederum zu chronischer Obstipation (circulus vitiosus). Sinnvoll sind altersgerechte Ernährung, Bewegung und „natürliche“ stuhlganganregende Mittel.

3.3.4 Therapiebesonderheiten bei Abhängigkeit im Alter

Überwinden des therapeutischen Nihilismus, denn auch für den multimorbiden älteren Abhängigen machen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen in der Mehrzahl Sinn. Jeder sollte die Möglichkeit erhalten, abstinent zu werden und dann entscheiden zu können, ob die nächsten Jahre mit oder ohne Suchtmittel für ihn lebenswerter sein können.

Modifizierte Therapieziele:

- Aktuelle Lebenszufriedenheit ohne Suchtmittel, d. h. bessere Lebensqualität und Leistungsfähigkeit, weniger gesundheitliche Störungen

und Reintegration in das gesellschaftliche Leben durch Suchtmittel-Abstinenz (auch organbedingte Schmerzen können in der Regel durch Wegfallen der Entzugsschmerzen mit alternativen Methoden wie Physiotherapie und Akupunktur medikamentenfrei erträglich werden).

- Bei Scheitern einer abstinentorientierten Therapie Versuch der Schadensminderung (Besserung der gesundheitlichen und psychosozialen Folgen durch Medikamentenumstellung und Nutzen alternativer Behandlungsmöglichkeiten).

Entwöhnungsbehandlung:

- indiziert, wenn durch eine qualifizierte Entzugsbehandlung Motivierung und Einstellungsänderung gelingen
- nur 24 % der älteren Abhängigen erhalten eine Therapieempfehlung, eingeleitet wird dieselbe nur bei 16 %
- gemeindenah – individuell – altersspezifische Themen/Konzepte – angepasste Therapiedauer (Kurzzeit-Behandlung)

Einstellungsänderung der Fachkliniken = Therapiekonzepte „für die 2. Lebenshälfte“:

- spezielle indikative Gruppen = häufig Kränkung der Älteren durch die Jüngeren → therapeutische Gruppen für Ältere (nur anfängliche Wehleidigkeit) – keine Isolierung von Jüngeren im Kliniksbereich
- günstig: stabile Lebenserfahrung bei in der Regel nicht schwergestörter, reifer Persönlichkeitsstruktur (aktiv, kreativ, kommunikativ)
- Berücksichtigung von hohem Schamgefühl und ausgeprägter Kränkbarkeit
- Entwicklung der Bereitschaft, sich der eigenen Lebenssituation zu stellen und neue Lebensinhalte zu entdecken = selbstbewusste Zufriedenheit und Tagesstrukturierung

Therapie-Erfolg/Prognose

- instabiler als bei jüngeren Abhängigen (geringeres Durchhaltevermögen sowie Wunsch nach Beschwerdefreiheit und gegenwärtigem Genuss/Wohlbefinden)

- Nachuntersuchungen belegen dennoch kaum schlechtere Erfolgsraten (zumindest bei Alkoholabhängigkeit) mit kurzfristigen Abstinenzraten von 50-60 % sowie einer stabilen mittel- bis längerfristigen Besserung bei 40-50 %
- günstigste Prognose bei Alkoholabhängigkeit mit spätem Beginn (kürzere Krankheitsdauer, geringere Schwere, bessere soziale und finanzielle Ressourcen)
- Aus langfristig psychisch und somatisch schwerst beeinträchtigten Patienten werden wieder psychisch ausgeglichene Menschen mit altersgemäßen erträglichen körperlichen Beschwerden und besserer Lebensqualität.

Literatur:

- (1) P. Zeman *Sucht im Alter* Deutsches Zentrum für Altersfragen, http://www.unabhaengig-im-alter.de/fileadmin/user_upload/dhs/pdf/sucht_im_alter_-_deutsches_zentrum_fuer_altersfragen.pdf
- (2) Benzodiazepine könnten Demenzrisiko bei Senioren erhöhen; *Deutsches Ärzteblatt*, 09/2012
- (3) www.alter-sucht-pflege.de, gefördert durch das BfG, ausführlicher Downloadbereich Thema „Sucht im Alter“.

3.4 Psychiatrische Komorbidität

„Wer Sorgen hat, hat auch Likör“ – dieses Zitat von Wilhelm Busch verdeutlicht das in der Praxis sehr häufig auftretende Problem der Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen mit anderen psychiatrischen Störungen. Dabei scheint nach vorliegenden Zahlen die Komorbidität eher die Regel statt die Ausnahme zu sein.

3.4.1. Epidemiologie, Erklärungsmodelle und Klassifikation

In einer großen epidemiologischen Studie in den USA, dem National Comorbidity Survey (6) wurde eine Zufallsstichprobe von n= 8098 Personen im Hinblick auf psychische Störungen untersucht. Hier erfüllten 29,2 Prozent der Alkoholabhängigen im Jahr vor der Untersuchung die Kriterien für eine affektive und 36,9 Prozent die Kriterien

für eine Angststörung.

Beim zeitlichen Muster des Auftretens der Störungen zeigten sich Geschlechterunterschiede. Dabei trat bei den Männern die Alkoholstörung in 49,5 Prozent vor der Major Depression, in 39,7 Prozent nach und in 19,8 Prozent im selben Jahr auf.

Bei den Frauen trat bei 52,1 Prozent die Major Depression vor der Alkoholabhängigkeit, in 34,1 Prozent nach der Alkoholabhängigkeit und in 13,8 Prozent im selben Jahr auf.

In der Epidemiological Catchment Area Study (ECA; n=20291) (5) wurde die Lifetime-Prävalenz für Substanzmißbrauch oder -abhängigkeit mit 16,7 % für die Allgemeinbevölkerung, mit 27,2 % für Patienten mit Major Depression, mit 60,7 % für die Bipolar-I- Störung, mit 47 % für Pat. mit Schizophrenie und mit 83,6 % für Patient mit antisozialer Persönlichkeitsstörung angegeben.

Für Deutschland sind solche Daten nicht verfügbar.

Die Erklärungsmodelle für Komorbidität sind vielfältig. Dabei ist es möglich dass:

1. beide Störungen unabhängig voneinander auftreten (Zufallsmodell)
2. die psychiatrische Erkrankung sekundär verursacht wird (akut-toxisch, konsumbegleitend, chronisch toxisch)
3. die Suchtentwicklung sekundär ist (Risiko-fallmodell: Abhängigkeitserkrankung entsteht durch Selbstmedikation, Umweltfaktoren, Vulnerabilitäts-erhöhung)
4. die Störungen bidirektional und komplex zusammenhängen (interaktionale Modelle)
5. beide Erkrankungen gemeinsamen Ursachen bzw. prädisponierenden Faktoren haben (Spektrummodelle)

Die Differentialdiagnose zwischen primären psychiatrischen Störungen und suchtmittelinduzierten Folgestörungen ist bei aktuell im Querschnitt ähnlicher Psychopathologie nur möglich durch eine detaillierte Erfassung des Längsschnittverlaufs und bedarf der Langzeiterfahrung im Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe wie auch der Psychiatrie. Ist diese nicht gegeben, führt dies auf der einen Seite zur Vernachlässigung einer der beiden Diagnosen und damit zu deren unzureichender therapeutischer Berücksichtigung und auf der anderen

Seite zur Vernachlässigung dieser Patienten als so genannte „Systemversager“ durch beide Versorgungssysteme.

3.4.2 Primäre psychiatrische Störungen (Komorbidität im engeren Sinn)

- Einerseits mögliche Risikofaktoren für Suchtmittelabusus, andererseits hierdurch Modifizierung und Aggravation von Suchtmittelabusus und -abhängigkeit
- Hyperkinetische und Verhaltensstörungen (ADHS): Substanzmißbrauch 4 fach erhöht, Alkoholmissbrauch 17-45%, Drogenmissbrauch 9-30 Prozent
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Lebenszeitprävalenz für substanzbezogene Störungen bis zu 57-78 % (Tabakabhängigkeit 54%, Alkohol 47%, illegale Drogen 22%)
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung: in 30 – 84% (Lifetime-Prävalenz) Substanzmißbrauch oder –abhängigkeit
- Neurotische Störungen: Lifetime-Prävalenz für Substanzmißbrauch oder –abhängigkeit bei Angststörungen 24%; bei Panikstörungen 36%, bei Zwangsstörungen 33%
- affektive Störungen: Lifetime-Prävalenz für Substanzmißbrauch oder –abhängigkeit bei Dysthymie 31%, bei Major Depression 27%, bei Bipolar I Störung 61%, bei Bipolar II Störung 48%
- Schizophrenie: 10 x höheres Alkoholismus- und 8 x höheres Drogenabusus-Risiko; Lifetime-Prävalenz für Substanzmißbrauch oder –abhängigkeit beträgt 47%.

3.4.3 Psychiatrische Folgestörungen von Suchtmittelabusus und –abhängigkeit

- akut-toxisch: Delir - psychotischer Rausch - exogene psychotische Episoden im Sinne von toxisch bedingten affektiven sowie paranoid-halluzinatorisch/schizophreniformen Störungen.
- chronisch toxisch: Dysphorie u. Depressivität (pharmakogen-metabolisch, aber auch reaktiv aufgrund sozialer Folgen), Persönlichkeits-, Verhaltens- und anhaltende kognitive Störungen - amnest. Syndrom (einschl. Korsakow-Syndrom) – Demenz

- posttoxisch: akutes und prolongiertes Entzugssyndrom sowie Abstinenzkrisen mit Depressivität, Angst und Panikstörungen, Schmerzsyndrom, Flashbacks (Nachräusche in Karenzphase)
- Suchtmittel-induzierte psychotische Störungen, zumeist halluzinatorisch, wahnhaft oder schizophreniform, selten affektiv (dann häufiger depressiver als manischer Färbung) - von der Alkoholhalluzinose bis zur drogengetriggerten schizophreniformen Psychose

3.4.4 Sucht-Psychose-Komorbidität

- Epidemiologische Aspekte: Cannabis-Konsumenten erkranken 6x häufiger an schizophrener Psychose; Bereits vor der Ecstasy-Ära hatten ca. 15 % der jugendlichen Drogenkonsumenten psychotische Episoden; 20 – 49 % der Ecstasy-Konsumenten (in der Regel polyvalenter Abusus) entwickeln dosisabhängig Psychosen. 48 % der schizophrenen Patienten betreiben Alkohol- und/oder Drogenabusus; häufig Entwicklung einer sekundären Abhängigkeit
- Differentialdiagnostische Probleme: Delirante Intoxikationspsychosen durch Psychotomimetika und Psychostimulantien sind klinisch nicht sicher zu unterscheiden von deliranten Entzugssyndromen bei Abhängigkeit vom Alkohol-Barbiturat-Typ (Cito-Toxikologie). Eine stoffgruppenbezogene Differentialdiagnose posttoxischer schizophrenen Psychosen ist in der Regel nicht möglich, d.h., es gibt z. B. keine typische Cannabis-Psychose, man kann höchstens von einer cannabisgefärbten Psychose sprechen. - Bedingte Ausnahmen: paranoide Stimulantien - induzierte Psychose, halluzinator. LSD-induzierte Psychose, PCP-induzierte Psychose mit Denkstörungen und Negativsymptomatik.

Die Differentialdiagnose schizophreniformer Psychosen in:

- drogenbedingte (symptomatische) schizophreniforme Psychosen
- drogeninduzierte/-getriggerte („endoforme“) schizophreniforme Psychosen und

- drogenmodifizierte (endogene) schizophrene Psychosen ist bei unscharfer Grenze schwierig und nur im Längsschnittverlauf und bei entsprechender Erfahrung möglich.

3.4.5 Therapie-Hinweise zu Abhängigkeitserkrankungen mit psychiatrischer Komorbidität

- affektive komorbide Störungen (Empfehlungen aus deutschen Leitlinien):
Prüfung der Behandlungsindikation 3-4 Wochen nach Entzug, dann bei Depressionen: Anwendung von Kognitiver Verhaltenstherapie, Antidepressiva für mittlere und schwere depressive Episoden, eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und Antidepressiva für schwere depressive Episoden, bei unzureichender Wirkung Naltrexon dazu bei bipolaren Störungen: Kognitive Verhaltenstherapie zur Phasenprophylaxe dazu
- primäre Angststörungen (Empfehlungen aus deutschen Leitlinien):
Anwendung störungsspezifischer kognitiver Verhaltenstherapie, Benzodiazepine sollen aufgrund gravierender Nebenwirkungen nicht angeboten werden
- Sucht und Psychose beeinflussen sich gegenseitig negativ in Richtung weiterer Progredienz und Chronifizierung, schlechteste Prognose besteht bei primärer Schizophrenie mit sekundärer Suchtmittelabhängigkeit (Rehospitalisierungstendenz, Behandlungsunwilligkeit, sozialer Abstieg).
Therapievoraussetzung: suchtspezifische und allgemeinpsychiatrische Erfahrungen sowie individuelles Fingerspitzengefühl
Ziele: Möglichst lange drogenfreie Zeiten

Problem: suchtmmedizinischer Behandlungsversuch kommt, wenn überhaupt, in der Regel erst in einem sehr späten und damit prognostisch ungünstigen bis bereits infausten Stadium in Betracht

Empfehlungen zur neuroleptischen Therapie:

Alkoholinduzierte Psychosen

- klingen bei Abstinenz in der Regel auch ohne Neuroleptika relativ rasch ab und bedürfen keiner medikamentösen Rezidivprophylaxe

- bei Chronifizierung sechsmonatige Behandlung mit einem atypischem Neuroleptikum in niedriger Dosierung

Drogeninduzierte schizophreniforme Psychosen Jugendlicher

- bedürfen vermutlich einer ca. sechsmonatigen Rezidivprophylaxe mit einem atypischen Neuroleptikum

Primäre Schizophrenie

- Langzeit-Neuroleptika-Therapie sollte wegen der Neigung zu extrapyramidal-motorischen Störungen bei Abhängigen und der Kontraindikation von Antiparkinson-Mitteln mit einem atypischen Neuroleptikum erfolgen

Literatur:

- (1) Barth, *ecomedizin 2011: Sucht und Komorbidität: Grundlagen für die stationäre Therapie*;
- (2) DG-Sucht: S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (2/2016)
- (3) DGPM und Herausgeberverbände: S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen
- (4) Bandelow et al., 15.04.2014
- (5) Eaton et al., 1981: NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) Studie
- (6) Kessler et al. 1996: The National Comorbidity Survey
- (7) NVL-Programm von BÄK, KBV, AWMF: S3- und Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ 2. Auflage 2015, Version 3

3.5 Sucht und Fahrtauglichkeit

Bereits der Schädliche Gebrauch bzw. eine Abhängigkeitserkrankung führen zu Einschränkungen der Fahrtauglichkeit, die in den nachfolgenden Begutachtungsleitlinien zur Kraffahreignung beschrieben sind.

Der behandelnde Arzt ist zur Aufklärung über die sich aus der Suchtproblematik ergebenden Einschränkungen verpflichtet. Es gelten die aktuellen

Richtlinien zur Dokumentationspflicht.

Auszug aus den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung, bearbeitet von Dr. med. Nicole Gräcmann; Dr. med. Martina Albrecht; Bundesanstalt für Straßenwesen; Stand: 14. August 2017; Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 115:

3.5.1 Alkohol

3.5.1.1 Missbrauch/Schädlicher Gebrauch

Leitsatz: Bei Alkoholmissbrauch sind die Voraussetzungen, die an den Führer eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr gestellt werden, nicht erfüllt.

Missbrauch liegt vor, wenn ein Bewerber oder Inhaber einer Fahrerlaubnis das Führen eines Kraftfahrzeuges und einen die Fahrsicherheit beeinträchtigenden Alkoholkonsum nicht hinreichend sicher trennen kann, ohne bereits alkoholabhängig zu sein. In einem solchen Falle ist der Betroffene nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen zu entsprechen.

Von Missbrauch ist insbesondere in folgenden Fällen auszugehen:

- in jedem Fall (ohne Berücksichtigung der Höhe der Blutalkoholkonzentration), wenn wiederholt ein Fahrzeug unter unzulässig hoher Alkoholwirkung geführt wurde,
- nach einmaliger Fahrt unter hoher Alkoholkonzentration (ohne weitere Anzeichen einer Alkoholwirkung),
- wenn aktenkundig belegt ist, dass es bei dem Betroffenen in der Vergangenheit im Zusammenhang mit der Verkehrsteilnahme zu einem Verlust der Kontrolle des Alkoholkonsums gekommen ist.

War die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht gegeben, so kann sie nur dann als wiederhergestellt gelten, d. h. es muss nicht mehr mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit mit einer Fahrt unter Alkoholeinfluss gerechnet werden, wenn die folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

- a. Das Alkoholtrinkverhalten wurde ausreichend

geändert.

- b. Die vollzogene Änderung im Umgang mit Alkohol ist stabil und motivational gefestigt.
- c. Es lassen sich keine körperlichen Befunde erheben, die auf missbräuchlichen Alkoholkonsum hindeuten. Wenn Alkoholabstinenz zu fordern ist, dürfen keine körperlichen Befunde vorliegen, die zu einem völligen Alkoholverzicht im Widerspruch stehen.
- d. Verkehrsrelevante Leistungs- oder Funktionsbeeinträchtigungen als Folgen früheren Alkoholmissbrauchs fehlen.
- e. Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit organischer Persönlichkeitsveränderung (infolge Alkohols oder bei anderer Verursachung) ist das Kapitel 3.10.2 (Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen) zu berücksichtigen. Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit affektiver oder schizophrener Psychose sind zugleich die Kapitel 3.10.4 (Affektive Psychosen) und 3.10.5 (Schizophrene Psychosen) zu berücksichtigen.
- f. Nach Begutachtung in einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung wird die Wiederherstellung der Fahreignung angenommen, wenn sich die noch feststellbaren Defizite durch einen anerkannten und evaluierten Rehabilitationskurs für alkoholauffällige Kraftfahrer beseitigen lassen.

Cave: Hinter dem Missbrauch kann sich Abhängigkeit verbergen (siehe folgenden Abschnitt).

3.5.1.2 Alkoholabhängigkeit

Leitsatz: Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug führen.

War die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen wegen Abhängigkeit nicht gegeben, so kann sie nur dann wieder als gegeben angesehen werden, wenn durch Tatsachen der Nachweis geführt wird, dass dauerhafte Abstinenz besteht.

Als Tatsache zu werten ist in der Regel eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung, die stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke erfolgen kann. In der Regel muss nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit eine einjährige Abstinenz nachgewiesen werden, und es dürfen keine sonstigen eignungsrelevanten Mängel vorliegen.

Hierzu sind regelmäßige ärztliche Untersuchungen erforderlich einschließlich der relevanten Labordiagnostik, unter anderen Gamma-GT, GOT, GPT, MOV, CDT und Triglyzeride. Bei Verdacht auf chronischen Leberschaden, z. B. nach langjährigem Alkoholmissbrauch, nach Hepatitis oder bei anderen relevanten Erkrankungen ist die Labordiagnostik entsprechend zu erweitern. Die Laboruntersuchungen müssen von Laboratorien durchgeführt werden, deren Analysen den Ansprüchen moderner Qualitätssicherung genügen (z. B. erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen). Sämtliche Laboruntersuchungen können nur in Verbindung mit allen im Rahmen der Begutachtung erhobenen Befunden beurteilt werden.

3.5.2 Betäubungsmittel und Arzneimittel

Leitsätze: Wer Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) nimmt oder von ihnen abhängig ist, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Dies gilt nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.

3.5.2.1 Cannabis

Leitsatz: Wer regelmäßig (täglich oder gewohnheitsmäßig) Cannabis konsumiert, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Ausnahmen sind nur in seltenen Fällen möglich, wenn eine hohe Wahrscheinlichkeit gegeben ist, dass Konsum und Fahren getrennt werden und wenn keine Leistungsmängel vorliegen.

Wer gelegentlich Cannabis konsumiert, ist in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, wenn er Konsum und Fahren trennen kann, wenn kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen und wenn keine Störung der Persönlichkeit und kein Kontrollverlust vorliegen.

3.5.2.2 Andere psychoaktiv wirkende Stoffe

Leitsatz: Wer von anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, z. B. Tranquilizern, bestimmten Psychostimulanzien, verwandte Verbindungen bzw. deren Kombinationen (Stichwort Polytoxikomanie), abhängig ist, wird den gestellten Anforderungen beim Führen von Kraftfahrzeugen nicht gerecht.

Wer, ohne abhängig zu sein, missbräuchlich oder regelmäßig Stoffe der oben genannten Art zu sich nimmt, die die körperlich-geistige (psychische) Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers ständig unter das erforderliche Maß herabsetzen oder die durch den besonderen Wirkungsablauf jederzeit unvorhersehbar und plötzlich seine Leistungsfähigkeit oder seine Fähigkeit zu verantwortlichen Entscheidungen (wie den Verzicht auf die motorisierte Verkehrsteilnahme) vorübergehend beeinträchtigen können, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Sind die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen, so können sie nur dann wieder als gegeben angesehen werden, wenn der Nachweis geführt wird, dass kein Konsum mehr besteht. Bei Abhängigkeit ist in der Regel eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung zu fordern, die stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke erfolgen kann.

Nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit ist in der Regel eine einjährige Abstinenz durch ärztliche Untersuchungen nachzuweisen (auf der Basis von mindestens vier unvorhersehbar anberaumten Laboruntersuchungen innerhalb dieser Jahresfrist in unregelmäßigen Abständen). Zur Überprüfung der Angaben über angebliche „Suchtstofffreiheit“ können insbesondere bei einer Reihe von Pharmaka und Betäubungsmitteln auch Haare in die Analytik einbezogen werden (unter Umständen abschnittsweise).

3.5.2.3 Substitutionsbehandlung mit Methadon

Leitsatz: Wer als Heroinabhängiger mit Methadon substituiert wird, ist im Hinblick auf eine hinreichend beständige Anpassungs- und Leistungsfähigkeit in der Regel nicht geeignet, ein Kraftfahrzeug zu führen.

Nur in seltenen Ausnahmefällen ist eine positive

Beurteilung möglich, wenn besondere Umstände dies im Einzelfall rechtfertigen. Hierzu gehören u. a. eine mehr als einjährige Methadonsubstitution, eine psychosoziale stabile Integration, die Freiheit von Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen, incl. Alkohol, seit mindestens einem Jahr, nachgewiesen durch geeignete, regelmäßige, zufällige Kontrollen (z. B. Urin, Haar) während der Therapie, der Nachweis für Eigenverantwortung und TherapieCompliance sowie das Fehlen einer Störung der Gesamtpersönlichkeit.

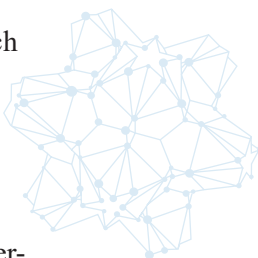
3.6 Suchtkranke Ärzte

Suchtkrankheiten bei Ärzten finden ein breites Interesse in der Berichterstattung der deutschen Medien. So berichtete der „Spiegel“ 2002 in seinem Artikel „Morphinspritze im Kittel“, 30.000 deutsche Ärzte seien alkohol- oder medikamentenabhängig. Die „Welt am Sonntag“ meinte, jeder Zehnte Mediziner sei von Suchtkrankheiten betroffen. Tatsächlich gibt es keine verlässlichen Studienergebnisse für Deutschland. Studiendaten von Ärzte- und Akademikerkollektiven aus den USA und Kanada weisen auf eine hohe Prävalenz betr. des Konsums von Benzodiazepinen hin. Für Deutschland schätzte Mäulen, dass 7-8 Prozent der Ärzte einmal im Leben ein Suchtproblem haben: das sind etwa 5.000 berufstätige Kolleginnen und Kollegen.

Mehr als 50 % der suchtspezifisch behandelten Ärzte sind niedergelassen; ca. 44% sind abhängig von Alkohol, 36,7% von Alkohol und Medikamenten, 14,5% von Medikamenten (incl. BtM). Durch suchtspezifische Behandlung können Abstinenzquoten von 60 bis 70 % nach einem Jahr, von 50 % nach längerer Zeit erreicht werden.

3.6.1 Probleme

- Tabuthema: der psychisch bzw. suchtkranke Arzt
- Ignoranz: falsche Interpretation wissenschaftlicher Fakten, falsch verstandene Kollegialität
- Schamgefühl und Selbstüberschätzung



- Freiberuflichkeit (sog. Opportunitätsbudget), Leistungssituation
- Vermeidung von rechtzeitiger Therapie führt letztlich zu disziplinarischen Sanktionen und existentieller Bedrohung (Kassenzulassung nur bei Suchtmittelfreiheit)

3.6.2 Schritte und Möglichkeiten

- Erkennen und Ansprechen (ideal, aber schwer unter Kollegen, kaum realisierbar gegenüber den Vorgesetzten)
- Einbeziehung eines Fachmannes (Kompetenz, Vertraulichkeit in der Beziehung, Konsequenz in der Sache)
- Ambulante Beratung/ggf. ambulanten Therapieversuch (vollständige Problemwahrnehmung, Sicherung der Diagnose, Einhaltung von Vereinbarungen, Akzeptanz der Kontrolle)
- Stationäre Entzugstherapie/Entwöhnungstherapie (Vermittlung in eine kompetente Einrichtung)
- Nachsorge (geeignete Form der Selbsthilfe, professionelle Begleitung)



Das Thüringer Angebot für suchtkranke Ärzte

Abhängigkeitserkrankungen verlaufen bei Ärzten in der Regel besonders fatal, weil noch später als sonst Maßnahmen ergriffen werden. Die Betroffenen täuschen sich unter Umständen noch länger als andere über die eingetretene Abhängigkeit hinweg und unterhalten sie mit Hilfe ihrer beruflichen Möglichkeiten auch in Krisen, zum Beispiel im Entzug, mit Selbstmedikation. Wenn klar wird, dass ein Suchtproblem besteht, sollten betroffene Ärzte sich an geeignete Kolleginnen und Kollegen wenden, gegebenenfalls einen Vertrauensarzt der Landesärztekammer Thüringen konsultieren. Wie es dann weitergehen kann, ist im Folgenden dargestellt (1).

Nicht ganz selten kommt es zu Meldungen an die Landesärztekammer Thüringen zum Beispiel über Patientenbeschwerden, polizeiliche Ermittlungsverfahren und anderes, denen die Landesärztekammer Thüringen nachgehen muss. Die Betroffenen werden dann zur Vorstellung bei der Rechtsabteilung der Landesärztekammer Thüringen unter Einschaltung von Mitgliedern des Suchtausschusses vorgeladen. Auch dieser Weg ist im Folgenden dargestellt (2).

Es wird ein Gespräch mit zwei Mitgliedern des Suchtausschusses und Vertretern der Landesärztekammer Thüringen in deren Räumlichkeiten vereinbart und eine Verdachtsdiagnose gestellt. In diesem Gespräch wird über die Schwere der Abhängigkeit und die weitere Verfahrensweise gesprochen. Die fachliche Aufsicht in dieser Angelegenheit übernimmt ein Mitglied des Suchtausschusses, die organisatorische Koordinierung läuft über die Rechtsabteilung der Landesärztekammer Thüringen. Die Betroffenen können sich dann an einen suchtmmedizinisch erfahrenen Arzt wenden, welcher entweder in einer Klinik tätig oder niedergelassen ist, damit in maximal vier Wochen eine Diagnose erstellt werden kann.

Kann dies nicht geschehen, weil sich der Suchtkranke nicht bei einem behandelnden Arzt vorstellt, wird das Verfahren an das Thüringer Landesverwaltungsamt abgegeben und die Sache nimmt ihren gesetzlichen Lauf. Kommt es wie vorgesehen zu einer qualifizierten Diagnostik, erfolgt anschließend eine

Meldung an die Rechtsabteilung der Landesärztekammer Thüringen, dasselbe gilt kontinuierlich während der Behandlung des Suchtkranken. Falls nicht bereits im Kontaktgespräch erfolgt, wird nach vier Wochen ein erneutes Zusammentreffen organisiert, um eine schriftliche Vereinbarung für den weiteren Verlauf zu treffen. Es handelt sich auch bei dieser Prozedur immer noch um ein freiwilliges Hilfsangebot, niemand wird dazu gezwungen. Falls es aber nicht dazu kommt, muss die Landesärztekammer Thüringen das Landesverwaltungsamt informieren, insofern besteht durchaus Druck. In der Therapie- und Nachsorgephase (3) haben die behandelnden Ärzte die Möglichkeit, den mit dem Fall betrauten Vertrauensarzt des Suchtausschusses zu konsultieren und umgekehrt.

1. Betroffene Ärzte konsultieren einen Vertrauensarzt

orientierende Beratungsgespräche (ein bis zwei)

- Verdachtsdiagnose, Labordiagnostik notwendig mit Therapieempfehlung sowie ggf. Information über derzeitige Fahruntauglichkeit und Gefährdung der Berufsfähigkeit (Schweigepflichtentbindung siehe Muster, für den Fall, dass die Landesärztekammer Thüringen aus gegebenem Anlass zu einem späteren Zeitpunkt um Auskunft bittet – eine Verweigerung der Schweigepflichtentbindung ist ebenfalls durch eine Unterschrift zu belegen!)

ambulanter Therapieversuch

- Ausnahme in begründeten Einzelfällen und nur nach o. g. Schweigepflichtentbindung!
- häufige, unregelmäßige Kontrollen relevanter Laborwerte einschl. toxikologischer Diagnostik (ggf. kostenpflichtig)
- bei Nichterreichen einer anhaltenden Suchtmittelabstinenz und/oder Nichteinhalten der Vereinbarungen muss der Behandlungsversuch baldmöglichst beendet werden
- schriftliche Belehrung über die Notwendigkeit einer umgehenden stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sowie über Fahruntauglichkeit und mögliche berufsrechtliche Konsequenzen (Unterschrift!)
- bei erfolgreichem Verlauf mindestens fünfjäh-

rige Weiterbetreuung mit gelegentlichen Labor-
kontrollen

2. Vorstellung über die Landesärztekammer Thüringen (nach bekannt gewordenem Fehl- verhalten):

Kontaktgespräch (in der Landesärztekammer
Thüringen mit Vertretern der Rechtsabteilung
und des Suchtausschusses/Vertrauensärzte):

- diagnostisches Gespräch
- Verdachtsdiagnose
- Information über umgehende suchtmedizinische Diagnostik (einschließlich Toxikologie) zur Abklärung des Verdachtes, über Hilfsangebote der Landesärztekammer Thüringen sowie über mögliche approbationsrechtliche Folgen
- Beratung hinsichtlich von Behandlungsnotwendigkeit und –möglichkeiten
- Hinweis auf Meldenotwendigkeit an die Approbationsbehörde bei Ablehnung der suchtmedizinischen Abklärung eines dringenden Verdachtes auf ein Suchtproblem bzw. bei nicht fristgerechter Beibringung der Ergebnisse

Maßnahmen nach Bestätigung der Verdachtsdiagnose:

- umgehende schriftliche Vereinbarung zwischen Landesärztekammer Thüringen und Kammermitglied zu Therapie und Nachsorge (Entbindung der suchttherapeutischen Behandlung von therapiebezogener Schweigepflicht gegenüber der Landesärztekammer Thüringen – Einverständniserklärung zur Durchführung von Kontrollen auf Suchtmittelabstinenz während der mehrjährigen Langzeitbetreuung ...)
 - Kontrolle des therapeutischen Prozesses durch einen Vertrauensarzt (Gespräche, Befundkontrollen; anonyme Supervision durch Suchtausschuss)
 - Hinweis auf Information der Approbationsbehörde bei Behandlungsabbruch, Verstößen gegen die Vereinbarungen oder verschwiegener, nicht umgehend behandelter Rückfälligkeit / Konsum psychotroper Substanzen
- Die Abhängigkeitsbehandlung erfolgt in der Regel als stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung; nur in seltenen Ausnahmefällen kann

eine ambulante Entwöhnungstherapie unter folgenden Bedingungen versucht werden:

- Behandlungsvertrag bezüglich Laborkontrollen, derzeitiger Fahrtauglichkeit und Schweigepflichtentbindung gegenüber Landesärztekammer Thüringen (Informationen über Verdachtsdiagnose und Behandlung in mindestens vierteljährlichen Abständen
- bei erfolgreichem Verlauf entfällt eine Meldung der Landesärztekammer Thüringen an die Approbationsbehörde)
- wird innerhalb von ca. drei Monaten eine anhaltende Abstinenz nicht erreicht, muss der ambulante Behandlungsversuch beendet werden! Bei fehlender Bereitschaft, sich umgehend einer stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen, informiert die Landesärztekammer Thüringen unverzüglich die Approbationsbehörde, welche vor der Einleitung berufsrechtlicher Maßnahmen in der Regel eine Begutachtung veranlasst

3. Nachsorgevereinbarung mit der Landesärztekammer Thüringen (nach stationärer oder ggf. auch einjähriger ambulanter Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung)

- Dauer: fünf Jahre auf Basis einer freiwilligen Vereinbarung
- Nachweis einer regelmäßigen mehrgleisigen suchtspezifischen Betreuung (über suchtmedizinisch erfahrene Ärzte, Selbsthilfegruppen, ...)
- der betroffene Arzt hat die schriftlichen Belege sowohl der Laborkontrollen als auch der Arzttermine unaufgefordert dem Suchtausschuss/der Rechtsabteilung der Landesärztekammer Thüringen zu übersenden
- gegebenenfalls zusätzliche Abstinenzkontrolle durch die Anordnung relevanter Labordiagnostik (Blutalkoholkontrolle, Leberwerte, EtG, Hämatokrit, CDT; Medikamenten- und Drogenscreening – kostenpflichtig) in unregelmäßigen Abständen auf Veranlassung der Landesärztekammer Thüringen
- Halbjährliche Gespräche zum klinischen Verlauf auf Einladung der Landesärztekammer
- Nach der fünfjährigen Nachsorgezeit erfolgt ein Abschlussgespräch vor Beendigung des Programms

Vertrauensärzte für suchtkranke Ärzte

Frau Dr. med. Uta Pietsch

Universitätsklinikum Jena
Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
Philosophenweg 3
07743 Jena
Tel: 03641/935251

Frau Dr. med. Katharina Schoett

Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH
Abteilung für Suchtmedizin
Pfafferode 102
99974 Mühlhausen
Tel: 03601/803540

Frau Dipl.-Med. Konstanze Dölz

Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH
Abteilung für Suchtmedizin
Pfafferode 102
99974 Mühlhausen
Tel: 0 36 01/803340

Herr Christoph Kern

Fachklinik Klosterwald
Psychiatrie und Psychotherapie
Bahnhofstr. 33
07639 Bad Klosterlausnitz
Tel. 036601/85937

Herr Dr. med. Frank Häger

Praxis Dr. Häger
FA für Psychiatrie und Psychotherapie
Reichardtstieg 2
07743 Jena
Tel. 03641/6369930

Herr Dr. med. Thomas Jochum

SRH Wald-Klinikum Gera gGmbH
Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
Str. des Friedens 122
07548 Gera
Tel. 0365/8280

Herr Dr. med. Joachim Pausch

Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH
Klinik für Suchtmedizin Großbreitenbach
Schulstr. 12
98701 Großbreitenbach
Tel. 036781/27231

Betroffene Ärzte können sich natürlich auch an jeden anderen Arzt ihres Vertrauens wenden, der suchtmmedizinisch erfahren ist und die Zusatzbezeichnung „Suchtmmedizinische Grundversorgung“ erworben hat!



Anleitung für die Betreuung von Ärzten, die sich wegen Verdacht auf eine Abhängigkeitserkrankung bei der Landesärztekammer Thüringen vorstellen mussten

1. Diagnosesicherung (kurzfristig – innerhalb von zwei bis drei Wochen)
 - diagnostische Vorgehensweise in einem vertrauensvollen Gespräch erläutern
 - allgemeine und suchtspezifische Anamnese
 - körperlicher Status
 - relevante Laborparameter: Gamma-GT, ALAT, ASAT, GLDH, CDT, BB, TG, Quickwert, Ammoniakspiegel (Blutabnahme persönlich durch den Arzt), EtG im Urin bestimmen (Urinabgabe unter Sichtkontrolle)
 - toxikologische Diagnostik (siehe Anlage) – zumindest „kleines“ Arzneimittel-Screening (quantitativ – siehe Seite mit Erklärungen) sowie Untersuchung auf Ethanol und Methanol und Drogenschnelltests (Urinabgabe unter Sichtkontrolle, in besonders begründeten Fällen Speichel- bzw. Bluttest)
 - ergänzende Tests: z. B. AUDIT
2. Belehrung über Fahruntauglichkeit (Dokumentation)
3. Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber der Landesärztekammer Thüringen
 - Informationen an die Rechtsabteilung der Landesärztekammer Thüringen über die Diagnose, den fünfjährigen Verlauf und die Laborwertkontrollen (in schriftlicher Form nach der Diagnostik sowie während des Verlaufs bei Rückfallverdacht bzw. einmal pro Quartal)
4. Entgiftungs- und Entzugsbehandlung

Bei ambulantem Therapieversuch gelten engmaschige Labor- und ärztliche Kontrollen.

Empfehlung:

- 1. Woche: mindestens drei Vorstellungen
- 2. bis 3. Woche: zwei Konsultationen mit Laborkontrolle (Toxikologie)
- ab 4. Woche bis 8. Woche: je eine Konsultation mit sporadischem Labor

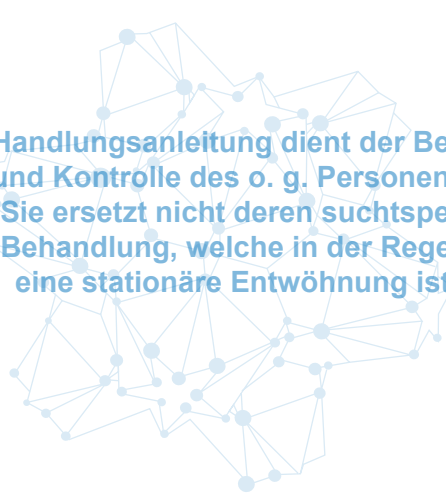
- ab 9. Woche: alle zwei bis drei Wochen Konsultation
- ab 7. Monat: individuelle Festlegungen, jedoch einmal monatlich
- Laborkontrollen (einschl. Toxikologie) ca. 6 – 8 x jährlich

Abbruchkriterien:

- Termine werden unentschuldigt bzw. wiederholt entschuldigt nicht wahrgenommen
- Nichterreichen der Abstinenz
- Herausstellen einer Suchtverlagerung

Wenn abgebrochen werden muss, ist auch die Landesärztekammer Thüringen zu informieren!

Landesärztekammer Thüringen
Rechtsabteilung
Im Semmicht 33
07751 Jena
Tel. Rechtsabteilung: 03641 614 - 213



Diese Handlungsanleitung dient der Beratung und Kontrolle des o. g. Personenkreises. Sie ersetzt nicht deren suchtspezifische Behandlung, welche in der Regel eine stationäre Entwöhnung ist!

Erklärung des weiterbehandelnden Arztes

Hiermit erkläre ich mich bereit, Frau/Herrnnach den vorstehenden Regelungen zu beraten, zu kontrollieren und die erforderlichen Mitteilungen an die Landesärztekammer Thüringen weiterzugeben.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift

Toxikologische Diagnostik bei (Verdacht auf) Abhängigkeit bei Ärzten

Hinweise für betreuende Ärzte abhängiger Kollegen

- Durchführung in einem dafür akkreditierten Labor, z. B. Institut für Rechtsmedizin der FSU Jena (Antragsformulare dort erhältlich)
- Kontrollen unregelmäßig und überraschend! (immer 20 ml bis 40 ml Urin, dazu i. d. R. 10 ml bis 20 ml Blut – Urinabgabe unter Sichtkontrolle; gegebenenfalls sind Speicheltests zuverlässiger)
- die im Umfang deutlich differierenden Kontrollen (siehe unten) im Wechsel einsetzen (Kosten ca. 80 – 200 €! – Bezahlung ggf. durch Krankenkasse oder privat)
- Erste toxikologische Untersuchung stets möglichst umfassend - auch bei nicht angegebenem Medikamentenabusus!
- Kontrollen in Abhängigkeit von Erstbefund und Behandlungsdauer (aber auch bei angeblich „nur“ Alkoholabhängigkeit und nach mehrjähriger Abstinenz gelegentlich indiziert)

Kontrollmöglichkeiten

- Medikamenten- und Drogen-Screening: Benzodiazepine, tricyclische Antidepressiva, Barbiturate, Paracetamol und Salicylate, Amphetamine, Cannabinoide, Cocain-Metaboliten, Opiate, LSD, Buprenorphin (Urin), Ethanol/Methanol, EtG, EDDP
- Möglichkeiten von weiteren gezielten Substanzkontrollen. Ggf. Konsultation eines Fachkollegen

Freiwillige Vereinbarung



zwischen der

Landesärztekammer Thüringen
Im Semmicht 33
07751 Jena-Maua

und

.....
.....
.....

..... erklärt sich bereit, aktiv an der Überwindung ihrer/seiner Suchtmittelproblematik mitzuwirken und hierzu das beigefügte Hilfsangebot für suchtkranke Ärzte/Ärztinnen der Landesärztekammer Thüringen in Anspruch zu nehmen.

..... verpflichtet sich, sich in die Behandlung eines Vertrauensarztes ihrer/seiner Wahl (gemäß beigefügter Liste) zu begeben und diesen von der Schweigepflicht gegenüber der Landesärztekammer Thüringen zu entbinden.

Der Vertrauensarzt wird für die nächsten fünf Jahre ermächtigt, die Landesärztekammer Thüringen sofort über Unregelmäßigkeiten, wie z. B. die Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins, in Kenntnis zu setzen.

Die Landesärztekammer ist die nächsten fünf Jahre berechtigt, in unregelmäßigen, kurzfristigen Abständen Informationen über die ambulanten Behandlungen anhand suchtrelevanter Laborwerte (u. a. Blutalkoholkontrolle, EtG, CDT, Leberwerte, Hämatokrit, Medikamenten- und Drogenscreening) und ggf. die Epikrisen stattgehabter stationärer Behandlungen von diesem Vertrauensarzt anzufordern.

Bei einem Rückfall ist der Verbleib im Hilfsprogramm nur dann möglich, wenn der Rückfall nicht aktiv vertuscht wird und den dann gemachten Interventionsvorschlägen des Vertrauensarztes bzw. der Landesärztekammer Thüringen unmittelbar Folge geleistet wird.

Eine Meldung an die Approbationsbehörde wird seitens der Landesärztekammer Thüringen dann erfolgen, wenn sich nicht an Absprachen gemäß dieser Vereinbarung hält.

Nebenabreden zu dieser Vereinbarung sind schriftlich festzuhalten.

Jena, den

.....
(für die Landesärztekammer Thüringen)

Serviceeteil

Qualifizierte Entzugseinrichtungen

Altenburg

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Zeitzer Straße 28, 04600 Altenburg
Tel: 03447/ 5620, Fax: 03447/ 562150
E-Mail: info@lukasstiftung-altenburg.de
www.lukasstiftung-altenburg.de

Erfurt

Katholisches Krankenhaus St. J. Nepomuk“ Abt. für Psychiatrie, Psychotherapie Fachbereich Suchtmedizin
Haarbergstraße 72, 99097 Erfurt
Tel: 0361/ 6541401, Fax: 0361/ 6541086
E-Mail: ppp-klinik-sekretariat@kkh-erfurt.de
www.kkh-erfurt.de

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Nordhäuserstraße 74, 99089 Erfurt
Tel: 0361/ 7812171, Fax: 0361/ 7812172
E-Mail: postmaster@erfurt.helios-kliniken.de
www.helios-kliniken.de

Hildburghausen

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen GmbH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie/Fachbereich Sucht
Eisfelder Straße 41, 98646 Hildburghausen
Tel: 03685/ 7760, Fax: 03685/ 776924
E-Mail: info.hildburghausen@helios-kliniken.de

Ilmenau

Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH
Klinik für Suchtmedizin
Oehrenstöcker Str. 32, 98693 Ilmenau
Tel: 03677/ 606660
E-Mail: suchtklinik@ilm-kreis-kliniken.de
www.ilm-kreis-kliniken.de

Jena

Klinik für Psychiatrie der Hans-Berger-Kliniken des Klinikums der FSU Jena, Station für Alkohol- und Medikamentenabhängige
Philosophenweg 3, 07740 Jena
Tel: 03641/ 935269, Fax: 03641/ 935418
E-Mail: p4ns@med.uni-jena.de
www.psychiatrie.uni-jena.de

Mühlhausen

Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH
Abteilung für Suchtmedizin
Pfafferoode 102, 99974 Mühlhausen
Tel: 03601/ 803848, Fax: 03601/ 803564
E-Mail: suchtabteilung@oehk.de
www.oehk.de

Abteilung für Suchtmedizin - Haus 24
Indikation: Alkohol, Medikamente
Tel: 03601/ 803310, Fax: 03601/ 803466
E-Mail: suchtabteilung@oehk.de
Suchtambulanz
Tel: 03601/ 803565, Fax: 03601/ 803564
E-Mail: suchtambulanz@oehk.de

Rudolstadt

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Jenaische Straße 14, 07407 Rudolstadt
Tel: 03672/ 4761750, Fax: 03672/ 4761745
E-Mail: psychiatrie@thueringen-kliniken.de
www.thueringen-kliniken.de

Stadtroda

Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie und Suchterkrankungen Abt. Suchterkrankungen
Bahnhofstraße 1a, 07646 Stadtroda
Tel: 036428/ 561325, Fax: 036428/ 561241
E-Mail: psychiatrie.stadtroda@asklepios.com
www.asklepios.com

Weimar

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit
Institutsambulanz
Henry-van-de-Velde-Straße 2, 99425 Weimar
Tel: 03643/ 571400, Fax: 03643/ 571402
E-Mail: psychiatrie@klinikum-weimar.de
www.klinikum-weimar.de

Entwöhnungsbehandlung

Bad Blankenburg

Klinik Bad Blankenburg, Psychosomatische Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen
Georgstraße 40, 07422 Bad Blankenburg
Tel: 036741/ 490, Fax: 036741/ 49135
E-Mail: info@reha-kbb.de
www.klinik-bad-blankenbourg.de

Bad Klosterlausnitz

Fachklinik Klosterwald
Bahnhofstraße 33, 07639 Bad Klosterlausnitz
Tel: 036601/ 8590, Fax: 036601/ 85910
E-Mail: info@fachklinik-klosterwald.de
www.fachklinik-klosterwald.de

Marth

Fachklinik Rusteberg
Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen
Rusteberg 65, 37318 Marth
Tel: 036081/ 6910, Fax: 036081/ 69141
E-Mail: info@fachklinik-rusteberg.de
www.fachklinik-rusteberg.de

Römhild

AHG Klinik Römhild,
Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen
Am Großen Gleichberg 2, 98630 Römhild
Tel: 036948/ 870, Fax: 036948/ 872067
E-Mail: roemhild@ahg.de
www.ahg.de/roemhild

Der Wegweiser „Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe“ enthält weitere Kontaktadressen und wird vom Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit herausgegeben. Er ist über das Internet verfügbar:

http://www.thueringen.de/th7/tmsfg/gesundheits/ps_versorgung/suchtpraevention/wegweiser/

Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch

Auf dieser Seite werden Sie nach Gewohnheiten und Schwierigkeiten gefragt, die bei der Einnahme von Medikamenten auftreten können. Es sind nur solche Medikamente gemeint, die Sie aus einem der folgenden Gründe einnehmen:

- um besser schlafen zu können
- um ruhiger zu werden
- um leistungsfähiger zu werden

- um sich wohler zu fühlen
- um weniger Schmerzen zu haben
- um körperliche Vorgänge zu regulieren

Prüfen Sie bei jeder Feststellung, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht. Kreuzen Sie dann das entsprechende Kästchen an. Bitte antworten Sie bei jeder der Feststellungen, lassen Sie keine davon aus.

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ohne Medikamente kann ich schlechter schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. In den Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Manchmal war ich erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(bei zutreffend je 1 Punkt)

Bewertung

3 - 4 Punkte: Verdacht auf chronischen Medikamentenkonsum
 ab 5 Punkte: chronischer Medikamentenkonsum

AUDIT

(Alcohol Use Disorder Identification Test, Barbor et al. 2001)

A. Selbsteinschätzung

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

(0) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>
Nie	1 x im Monat oder weniger	2 - 4 x im Monat	2 - 4 x in der Woche	4 x oder mehr die Woche

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? (Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B. ein kleines Glas oder eine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.)

(0) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>
1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9	10 oder mehr

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?

(0) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>
niemals	seltener als 1x im Monat	1x im Monat	1x pro Woche	täglich oder fast täglich

4. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?

(0) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>
niemals	seltener als 1x im Monat	1x im Monat	1 x pro Woche	täglich oder fast täglich

5. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben an Sie hatte, nicht mehr erfüllen konnten?

(0) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>
niemals	seltener als 1x im Monat	1x im Monat	1 x pro Woche	täglich oder fast täglich

6. Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?

(0) <input type="radio"/> niemals	(1) <input type="radio"/> seltener als 1x im Monat	(2) <input type="radio"/> 1x im Monat	(3) <input type="radio"/> 1x pro Woche	(4) <input type="radio"/> täglich oder fast täglich
--------------------------------------	---	--	---	--

7. Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?

(0) <input type="radio"/> niemals	(1) <input type="radio"/> seltener als 1x im Monat	(2) <input type="radio"/> 1x im Monat	(3) <input type="radio"/> 1 x pro Woche	(4) <input type="radio"/> täglich oder fast täglich
--------------------------------------	---	--	--	--

8. Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?

(0) <input type="radio"/> niemals	(1) <input type="radio"/> seltener als 1x im Monat	(2) <input type="radio"/> 1x im Monat	(3) <input type="radio"/> 1 x pro Woche	(4) <input type="radio"/> täglich oder fast täglich
--------------------------------------	---	--	--	--

9. Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon einmal verletzt?

(0) <input type="radio"/> nein	(2) <input type="radio"/> ja, vor mehr als 12 Monaten	(4) <input type="radio"/> ja in den letzten 12 Monaten	
-----------------------------------	--	---	--

10. Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?

(0) <input type="radio"/> nein	(2) <input type="radio"/> ja, vor mehr als 12 Monaten	(4) <input type="radio"/> ja in den letzten 12 Monaten	
-----------------------------------	--	---	--

Bewertung

Punktzahl von 5 oder mehr bei Männern kann unter Umständen mit einem erhöhten Risiko einher gehen. Punktzahl von 8 (bzw. 5 bei Frauen) weist auf einen gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum hin.

B. Fremdteil

Name: Vorname: Geb.-Datum:

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Lebererkrankung /mind. ein klin. Symptom: z. B. vermehrte Konsistenz, Vergrößerung, Druckdolenz u. a. und mind. ein patholog. Laborwert : z. B. GOT, GPT oder Gamma-GT sind notwendig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Polyneuropathie (trifft nur zu, wenn keine anderen Ursachen bekannt sind, z. B. Diabetes mell. oder eindeutige chronische Vergiftung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Delirium tremens (jetzt oder in der Vorgeschichte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Alkoholkonsum von mehr als 150 ml (bei Frauen mehr als 120 ml) reinem Alkohol täglich über einige Monate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Alkoholkonsum von mehr als 300 ml (bei Frauen 240 ml) reinem Alkohol ein- oder mehrmals im Monat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Foetor alcoholicus (z. Zt. der ärztlichen Untersuchung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Familienangehörige oder engere Bezugspersonen haben schon einmal Rat gesucht wegen Alkoholproblemen des Patienten (z. B. beim Arzt, dem Sozialdienst oder anderen entsprechenden Einrichtungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(bei zutreffend je 4 Punkt)

Bewertung

6 - 10 Punkte: Verdacht auf chronischen Alkoholismus
 ab 11 Punkte: chronischer Alkoholismus

Anhaltspunkte zur Bestimmung der reinen Alkoholmenge:

Alkoholgehalt verschiedener Getränke

getrunkene Menge in ml reinem Alkohol zu 4. täglich und zu 5. (1x im Monat)

1,0 l Bier	(ca. 4 % Alkohol) = 40 ml	
0,7 l Wein	(ca. 10 % Alkohol) = 70 ml	
0,7 l Sekt	(ca. 12 % Alkohol) = 84 ml	
0,7 l Süßwein	(ca. 20 % Alkohol) = 140 ml	
0,7 l Likör	(ca. 30 % Alkohol) = 210 ml	
0,7 l Schnaps	(ca. 40 % Alkohol) = 280 ml	
1 kl. Schnaps	(ca. 0,02 l) = 8 ml	
1 gr. Schnaps	(ca. 0,04 l) = 16 ml	

Gesamtalkoholmenge (tägl. bzw. 1 x mal im Monat)

AUDIT-C-Fragebogen

Ein Glas Alkohol entspricht: 0,33 Liter Bier; 0,25 Liter Wein oder Sekt; 0,02 Liter Spirituosen

a. Wie oft trinken Sie Alkohol?

(0) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>
nie	etwa 1 mal pro Monat	2 - 4 mal pro Monat	2 - 3 mal pro Woche	4 mal oder öfter pro Woche

b. Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?

(0) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>
1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 oder 8	10 oder mehr

c. Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?

(0) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>
nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	täglich oder fast täglich

Testen Sie Ihre Tabakabhängigkeit! – „Fagerström-Test“¹

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

(3) <input type="radio"/> innerhalb 5 Minuten	(2) <input type="radio"/> innerhalb 6 - 30 Minuten	(1) <input type="radio"/> innerhalb 30 - 60 Minuten	(0) <input type="radio"/> länger als 60 Minuten
--	---	--	--

2. Finden Sie es schwierig, sich an Rauchverbote (z.B. in der Kirche, im Kino, im Flugzeug), zu halten?

(1) <input type="radio"/> ja	(0) <input type="radio"/> nein	
---------------------------------	-----------------------------------	--

3. Auf welche Zigarette würden Sie am wenigsten verzichten wollen?

(1) <input type="radio"/> Die erste am Morgen	(0) <input type="radio"/> andere	
--	-------------------------------------	--

4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag?

(3) <input type="radio"/> > 30	(2) <input type="radio"/> 21 - 30	(1) <input type="radio"/> 11 - 20	(0) <input type="radio"/> 0 - 10
-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

5. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

(1) <input type="radio"/> ja	(0) <input type="radio"/> nein	
---------------------------------	-----------------------------------	--

6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und im Bett bleiben müssen?

(1) <input type="radio"/> ja	(0) <input type="radio"/> nein	
---------------------------------	-----------------------------------	--

Bewertung (Grad der Nikotinabhängigkeit)

0-2 Punkte: gering

6-7 Punkte: stark

3-5 Punkte: mittel stark

8-10 Punkte: sehr stark

¹ Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), (Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med. 1989; 12:159-181)