

Komorbide Suchtprobleme

→ Praxisempfehlungen zum Umgang mit
komorbiden Suchtproblemen in der somatischen
und psychosomatischen Rehabilitation



Inhaltsverzeichnis

3 Vorwort

5 Teil A: Allgemeine Vorbemerkungen

- 5 Komorbide Suchtprobleme in der Rehabilitation
- 7 Ziele und Zielgruppe der Praxisempfehlungen
- 9 Entwicklung und Struktur der vorliegenden Empfehlungen

11 Teil B: Allgemeine Informationen zu substanzbezogenen Störungen

11 Überblick über das Themenfeld

- 11 Diagnostische Kriterien: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 13 Alkohol: Riskanter Konsum, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit
 - 14 Kulturelle Einflüsse in Bezug auf Alkoholkonsum
 - 14 Risikoarmer und riskanter Konsum
 - 16 Gesundheitliche Risiken
- 17 Medikamente: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit
 - 18 Substanzen
 - 18 Besonderheiten
 - 18 Gesundheitliche Risiken
- 19 Illegale Rauschdrogen: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit
 - 19 Kurzvorstellung ausgewählter Substanzen
 - 20 Cannabis und Cannabinoide
 - 20 Kokain
 - 21 Amphetamine
 - 21 Opioide
- 22 Suchthilfesystem
- 24 **Zusammenfassung: A-priori-Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen und besondere Risikogruppen**

26 Teil C: Praxisempfehlungen

26 **Einrichtungsstandards in Bezug auf den Umgang mit Suchtmitteln**

27 **Screening und Diagnostik im mehrstufigen Prozess**

- 27 Erste Stufe
 - 27 Screening während der Aufnahmeuntersuchung
 - 29 Beachtung klinischer Zeichen während der Aufnahmeuntersuchung und im Rehabilitationsverlauf und Sichtung von Unterlagen bzw. Vorbefunden
 - 30 Labordiagnostik
 - 30 Hinweise aus dem Rehabilitationsteam
- 30 Zweite Stufe
 - 31 Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik
 - 32 Einbeziehung des Rehabilitationsteams

32	Beobachtung der Rehabilitand/-innen im weiteren Verlauf der Rehabilitation
32	Erweiterte Labordiagnostik
33	Differentialdiagnose weiterer psychischer Komorbidität
33	Interventionen
33	Grundsätzliche Zielsetzungen im Rahmen der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation
34	Kurzinterventionen
36	Psychoedukation
37	Medikamente mit Suchtpotential
37	Fortführung der Rehabilitation bei gesicherter substanzbezogener Störung
38	Anbahnung einer weiterführenden Behandlung
39	Aufklärung in Bezug auf die Risiken im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz sowie über mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen
39	Dokumentation
40	Sondersituationen
40	Abstinent lebende Alkoholiker/-innen
41	Substituierte Rehabilitand/-innen
43	Auf einen Blick: Empfohlene Screening-Instrumente
52	Weiterführende Informationen und Kontakte
54	Literaturverzeichnis
67	Danksagung
67	Interessenskonflikte

Vorwort

Die Notwendigkeit und Wirksamkeit diagnostischer und therapeutischer Interventionen bei Rehabilitanden mit Suchtproblemen ist wissenschaftlich gesichert. Dies gilt auch für die somatische und psychosomatische Rehabilitation, bei der Suchtprobleme als Komorbidität neben der ursprünglichen Hauptdiagnose vorkommen und ähnlich verbreitet sind, wie sie auch in der Allgemeinbevölkerung auftreten. In der 2015 von der AWMF veröffentlichten Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wurde auf die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Früherkennung und Frühintervention hingewiesen.

Psychologisch/therapeutische Interventionen gehören seit langem zur medizinischen Rehabilitation. Die konkrete Praxis variiert allerdings erheblich zwischen den Reha-Einrichtungen. Zudem finden sich nur wenige Konzepte, in denen der Umgang mit komorbiden Suchtproblemen konkret beschrieben wird. Ziel des Projekts „Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation“ war es deshalb, evidenzbasierte Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen zu entwickeln und somit zur Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Interventionen in der medizinischen Rehabilitation beizutragen.

Die Praxisempfehlungen wurden in einem systematischen Verfahren ausgehend von der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz entwickelt und in einem breit angelegten Prozess konsentiert. Dabei wurden neben SuchtexpertInnen, VertreterInnen der Wissenschaft und der PatientInnen eine große Bandbreite somatischer und psychosomatischer Reha-Einrichtungen einbezogen.

Die vorliegende Broschüre soll die Praxisempfehlungen ambulanten sowie stationären Reha-Einrichtungen zugänglich machen. Die Empfehlungen sind als evidenzbasierte Entscheidungshilfe für Screening, Diagnostik, Intervention und Dokumentation konzipiert. Sie sollen die Rehabilitationseinrichtungen dabei unterstützen, bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen eine klare Vorgehensweise, einen effizienten Personaleinsatz, eine gute Wirksamkeit sowie eine hohe Zufriedenheit bei PatientInnen und MitarbeiterInnen zu erreichen.

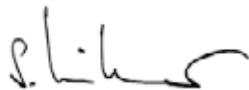
Eine wichtige Vorbedingung für die Praxisempfehlungen war, dass sie unter den gegebenen Rahmenbedingungen umsetzbar sein sollten. Diese Voraussetzung ist erfüllt – so die Beurteilung der Empfehlungen durch die Mehrheit der Reha-PraktikerInnen. Die Umsetzung der Empfehlungen führt deshalb nicht zu einem Mehrbedarf an therapeutischen MitarbeiterInnen in der Rehabilitation.

Sie bedeutet aber mehr Aufmerksamkeit für komorbide Suchtprobleme in der Rehabilitation. Das betrifft nicht nur die Berufsgruppe der Psychologen und der Ärzte, sondern bezieht das gesamte Reha-Team mit ein.

Prof. Oskar Mittag und Dipl.-Psych. Malgorzata Schöffel vom Universitätsklinikum Freiburg, Dr. Hartmut Pollmann von der Klinik Niederrhein und Prof. Dr. Wilma Funke von den Kliniken Wied sowie allen beteiligten ExpertInnen gilt der Dank für die Erarbeitung der Praxisempfehlungen. Danken möchten wir auch den Reha-Einrichtungen, die sich aktiv in das wichtige Forschungsvorhaben eingebracht und entscheidend zum Erfolg des Projekts

beitragen haben, und den RehabilitandInnen, die in verschiedenen Fokusgruppen ihre Perspektive einbringen konnten.

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung sind die vorliegenden Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation ein wichtiger Baustein für eine evidenzbasierte Fortentwicklung der Reha-Prozesse. Die Praxisempfehlungen bieten einerseits konkrete Handlungsanleitungen, andererseits lässt ihr empfehlender Charakter den Rehabilitationseinrichtungen ausreichend Spielraum für die konkrete Ausgestaltung des therapeutischen Handelns in der Rehabilitation.



Dr. Susanne Weinbrenner

Leitende Ärztin und Leiterin des Geschäftsbereichs
Sozialmedizin und Rehabilitation

Teil A: Allgemeine Vorbemerkungen

Komorbid Suchtprobleme in der Rehabilitation

Der Konsum psychotroper Substanzen, allen voran Tabak und Alkohol, stellt einen bedeutenden Risikofaktor für die Gesundheit dar und verursacht erhebliche direkte und indirekte Kosten (Adams & Effertz, 2010; Gaertner et al., 2014). Während beim Tabak die umgesetzten Präventions- und Kontrollmaßnahmen in Deutschland zu einem Rückgang des Rauchens geführt zu haben scheinen (Lampert, 2014), bleibt der Alkoholkonsum unverändert auf einem sehr hohen Niveau: So zählt Deutschland im Hinblick auf Alkoholkonsum im internationalen Vergleich zu den so genannten Hochkonsumländern (Gaertner et al., 2014). Alkoholkonsum findet sich für das Jahr 2010 an fünfter Stelle unter den führenden Risikofaktoren für die globale Krankheitslast, Drogenkonsum rangiert auf Platz 20 (Lim et al., 2012). Betrachtet man die Bedeutung der beiden Risikofaktoren für die Krankheitslast (gemessen als Disability-Adjusted Life Years) nicht aus globaler Perspektive, sondern bezogen auf Deutschland, so ist die Bedeutung von Drogenkonsum sogar höher (Platz 17), während Alkoholkonsum auf Platz 5 bleibt (Daten für 2010 und 2013; abrufbar unter <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/heatmap>, Zugriff am 15.02.2016). Dabei sind schädlicher Konsum und Abhängigkeit von Medikamenten in diesen Daten noch nicht berücksichtigt. Hier gehen die Prävalenzschätzungen aufgrund methodischer Schwierigkeiten weit auseinander. Aktuelle Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 (ESA 2012: Pabst et al., 2013) zufolge ist die Prävalenz für das Vorliegen von Medikamentenmissbrauch oder Abhängigkeit mit 12,1 % höher als die Prävalenz für das Vorliegen einer alkoholbezogenen Störung. Detailliertere Informationen zur Verbreitung von Suchterkrankungen in der Gesamtbevölkerung finden sich in Teil B dieser Empfehlungen.

Problematischer Suchtmittelkonsum zieht neben körperlichen auch psychische und soziale Folgen nach sich. Im Falle von Alkohol zählen zu den gesundheitlichen Folgen verschiedene Erkrankungen des Verdauungstraktes, der Leber und der Bauchspeicheldrüse, einige Krebsarten, endokrinologische Störungen, kardiologische Erkrankungen, arterieller Hypertonus sowie neurologische Folgeerkrankungen (vgl. auch Seitz et al., 2013). Hinzu kommen Unfälle und Straftaten unter Alkoholeinfluss, insbesondere Gewaltkriminalität (z. B. Lehner & Kepp, 2014; Taylor et al., 2003). Im Falle eines schädlichen Gebrauchs von Medikamenten besteht, in Abhängigkeit vom eingenommenen Wirkstoff, unter anderem ein erhöhtes Sturz- und Unfallrisiko, ein erhöhtes Demenzrisiko sowie ein Risiko von Nieren- und anderen Organschäden (Bühren et al., 2007; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014; Glaeske & Hoffmann, 2014). In Bezug auf illegale Drogen sind insbesondere das Infektionsrisiko (Hepatitis B und C, HIV), die Gefahr der Überdosierung (bei Opiaten) sowie die Beschaffungskriminalität zu nennen (Behrendt, Backmund & Reimer, 2013). Zu den psychischen Folgen von Suchtmittelgebrauch zählen bspw. depressive und ängstliche Stimmungslagen sowie psychotische Symptome.

Allein angesichts der vielfältigen Folgeerkrankungen sind Patient/-innen mit Suchterkrankungen (fast) immer auch somatisch kranke Patient/-innen und können in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung – auch in der Rehabilitation – vorstellig werden.

Aufgrund der hohen gesundheitspolitischen Bedeutung substanzbezogener Störungen werden frühzeitige Präventions- und Interventionsbemühungen gefordert (Pabst et al., 2010). Die vorliegenden Empfehlungen fokussieren

auf stoffgebundene Suchtprobleme durch Alkohol, Medikamente und illegale Rauschdrogen; das Suchtmittel Tabak ist hier bewusst ausgespart, obwohl wir der Tabakentwöhnung – insbesondere auch als komorbider Problematik zu einigen somatischen Erkrankungen – eine große Bedeutung beimessen. Hierzu gibt es jedoch bereits jetzt vielfältige Bemühungen. Die meisten Rehabilitationseinrichtungen sind „rauchfrei“ oder erlauben Rauchen nur in gesonderten Bereichen (z. B. „Raucherpavillon“), so gut wie alle Einrichtungen bieten Nichtraucherprogramme an, und die Tabakentwöhnung findet sich auch als Evidenzbasiertes Therapiemodul (ETM) in den Reha-Therapiestandards wieder. In Bezug auf Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums wird auf die aktuelle S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2015a).

Der Fokus der vorliegenden Praxisempfehlungen liegt auf den eher weniger offensichtlich in Erscheinung tretenden, stoffgebundenen Suchtproblemen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass alkoholbezogene (siehe z. B. DiFranza & Guerrera, 1990; Falk, Yi & Hiller-Sturmhöfel, 2006; Piontek et al., 2013) bzw. andere substanzbezogene Störungen (z. B. Piontek et al., 2013) und Tabakabhängigkeit häufig komorbid auftreten. In der aktuellen S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (AWMF, 2015b) finden sich daher auch Empfehlungen zur gleichzeitigen Behandlung von Alkohol- und Tabakabhängigkeit. Ob letzteres, anders als bei der eigenständigen Behandlung einer primären Suchtproblematik, auch im Rahmen bewusstmachender und motivierender Interventionen bei der Rehabilitation wegen somatischer oder psychosomatischer Problemlagen sinnvoll ist, muss im Einzelfall entschieden werden.

In Bezug auf das Suchtmittel Alkohol attestiert ein 2009 veröffentlichtes Konsensuspapier jedoch eine gravierende Unterversorgung hinsichtlich der Früherkennung und Frühintervention (Rumpf et al., 2009). Entsprechend wird in der aktuell von der AWMF herausgegebenen S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (AWMF, 2015b) unter anderem eine Verstärkung des Problembewusstseins und der Aufmerksamkeit in den verschiedenen Versorgungssektoren in Bezug auf alkoholbezogene Störungen, die Fortbildung der Hausärzte, der Ausbau von Konsil- und Liasondiensten an somatischen Krankenhäusern sowie der flächendeckende Einsatz von Früherkennungsmaßnahmen gefordert. Angelehnt an andere Leitlinien wird außerdem im Sinne eines breiten bevölkerungsbezogenen Public-Health-Ansatzes die Implementierung eines systematischen Screenings aller neuen Patienten in allen Settings empfohlen (AWMF, 2015b). Dies wäre auch im Sinne der geforderten Beachtung von Ko- und Multimorbidität in der Gesundheitsversorgung (Dodel, 2014; U.S. Department of Health & Human Services, 2010).

Die medizinische Rehabilitation stellt ein mögliches Setting für entsprechende Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention dar. Sie zeichnet sich aufgrund ihres umfassenden psychosozialen Blickwinkels auf die Rehabilitanden/-innen durch eine Reihe günstiger Rahmenbedingungen aus: Multiprofessionelles Team, ausführliche ärztliche Anamnese und Untersuchung, routinemäßige Erfassung von Laborwerten und Möglichkeit des Einsatzes von Test- und Screeninginstrumenten, Möglichkeit einer Verhaltens- und Verlaufsbeobachtung. Insbesondere in der stationären Rehabilitation können auch das Sozialverhalten und die Einhaltung von Regeln der Einrichtung (z. B. bezüglich Alkoholkonsum) beobachtet werden. Damit bietet die Rehabilitation nicht nur eine gute Chance für die Identifikation risikoreichen Substanzgebrauchs, sondern auch für die Anbahnung weiterführender Behandlungen.

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist in der Gruppe der Rehabilitanden der medizinischen Rehabilitation im Vergleich zu somatisch Gesunden höher. Substanzbezogene Störungen hingegen scheinen davon ausgenommen zu sein, sodass hier von einer vergleichbar hohen Prävalenz gegenüber der Gesamtbevölkerung (siehe Kapitel 2) auszugehen ist (vgl. Härter et al., 2007). So wurde in einer Stichprobe von Patienten/-innen aus vier Rehabilitationseinrichtungen des Indikationsbereichs muskuloskeletale Erkrankungen eine 4-Wochen-Prävalenz für das Vorliegen von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV von 1,9% ermittelt (Härter et al., 2002). Weitere systematische Erhebungen, beispielsweise zur Prävalenz von riskantem Substanzgebrauch, medikamentenbezogenen und sonstigen substanzbezogenen Störungen in der medizinischen Rehabilitation, liegen nach unserem heutigen Wissensstand hierzu nicht vor.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass das Problem vor der Rehabilitation nicht Halt macht. Um einen Eindruck von der Relevanz des Themas und bestehenden Prozessen zum Umgang mit problematischem Suchtmittelkonsum zu gewinnen, wurde eine entsprechende Befragung stationärer Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt (Schlöffel et al., 2016). Diese ergab, dass in allen befragten Einrichtungen der Erwachsenenrehabilitation in den letzten zwölf Monaten suchtmittelbedingte Auffälligkeiten – überwiegend bedingt durch Alkohol, aber auch durch Medikamente – beobachtet worden sind. Der Anteil auffällig gewordener Rehabilitanden/-innen lässt sich demnach auf durchschnittlich zwei bis drei Prozent schätzen, wobei die Wertespanne zwischen den einzelnen Einrichtungen recht groß ist. Darüber hinaus wurde von den befragten Einrichtungen mehrheitlich die Meinung vertreten, dass in der Rehabilitation grundsätzlich bei allen Rehabilitanden/-innen die Möglichkeit genutzt werden sollte, problematischen Suchtmittelkonsum zu thematisieren.

Komorbide Suchtprobleme sind also Thema in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation. Vor allem im Bereich der psychischen Erkrankungen ist hier der Begriff der Doppeldiagnose (gemeinsames Auftreten einer Suchterkrankung und einer anderen psychischen Störung; vgl. Moggi & Donati, 2004) zu nennen. Im Rahmen der vorliegenden Praxisempfehlungen gehen wir jedoch über den Begriff der Doppeldiagnose hinaus und verstehen „Komorbide Suchtprobleme“ in einem breiteren Sinn. Dabei sind analog zur Begriffsdefinition von Valderas und Kollegen (2009) verschiedene Ausprägungen bzw. Auslegungen der Komorbidität denkbar. Wie bereits erwähnt, können somatische oder psychische Erkrankungen als Folgeerkrankungen einer Suchterkrankung auftreten. Darüber hinaus sind aber auch andere kausale Zusammenhänge, bspw. der Konsum von Suchtmitteln im Sinne einer Selbstmedikation bei psychischen Erkrankungen (z. B. bei Posttraumatischer Belastungsstörung oder bei Angststörungen; vgl. Moggi & Donati, 2004) oder die Entwicklung einer iatrogenen Medikamentenabhängigkeit bei Schmerzpatient/-innen (vgl. Bühren et al., 2007) zu berücksichtigen. Nicht zuletzt ist auch ein unabhängiges Vorliegen einer Suchtproblematik und einer anderen Erkrankung denkbar (vgl. auch Valderas et al., 2009).

Ziele und Zielgruppe der Praxisempfehlungen

Zielgruppe der Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen ist die Gesamtgruppe der Mitarbeiter/-innen somatischer und psychosomatischer Rehabilitationseinrichtungen, die nicht auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert sind. Die Empfehlungen richten sich an alle Mitglieder des multiprofessionellen Rehabilitationsteams und haben zum Ziel, die Handlungssicherheit bei der Erkennung problematischen Suchtmittelkonsums und beim Umgang mit der Thematik zu erhöhen. Dabei sollen neben Alkohol als bedeutsamem Risikofaktor für Krankheitslast auch

medikamentenbezogene und andere substanzbezogene Störungen in den Blickpunkt gerückt werden. Eine Ausnahme stellt hier – wie schon erwähnt – das Suchtmittel Tabak dar. Da es hier bereits viele gesundheitspolitische Bemühungen gibt, wird die Tabakabhängigkeit in den vorliegenden Praxisempfehlungen nicht gesondert berücksichtigt. In Bezug auf Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums sei auf die aktuelle S3-Leitlinie der AWMF verwiesen (AWMF, 2015a).

In den vorliegenden Praxisempfehlungen werden wesentliche Definitionen und Informationen zu den Suchtmitteln Alkohol, Medikamente und illegale Rauschdrogen vermittelt sowie Empfehlungen zu Screening und Diagnostik, daran anschließende Maßnahmen und der Dokumentation komorbider Suchterkrankungen gegeben. Darüber hinaus wird auf weiterführende Informationsquellen verwiesen.

Die Empfehlungen sind auf eher niedrigschwellige Angebote ausgerichtet; es wird auf gender-, alters- und kulturspezifische Empfehlungen verzichtet. Eventuelle subgruppenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Prävalenzen einzelner substanzbezogener Störungen werden jedoch skizziert. Sofern vorhanden, wird auf subgruppenspezifische Informationsmaterialien verwiesen.

Aus der o.g. Befragung von Rehabilitationseinrichtungen (Schlöffel et al., 2016) geht hervor, dass in den Einrichtungen ein entsprechender Wunsch nach konkreten Empfehlungen sowie einer Sensibilisierung der Mitarbeiter/-innen gegeben ist. So wird das Thema „Umgang mit problematischem Suchtmittelkonsum“ in gut 40% der Einrichtungen kontrovers diskutiert. In den psychosomatischen Einrichtungen scheint eine höhere Sensibilisierung gegeben zu sein, allerdings wird das Thema dort ebenfalls kontrovers diskutiert.

Es ist zu vermuten, dass Vorbehalte gegenüber einem proaktiven Umgang mit der Thematik bestehen. Dies kann unterschiedliche Gründe haben: Zum einen ist von einem Fort- und Bildungsdefizit bei Mitarbeiter/-innen auszugehen. So gab es 2013 in Deutschland im (allgemeinen) stationären Bereich nur halb so viele Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ im Vergleich zu Kollegen mit der Zusatz-Weiterbildung „Sozialmedizin“ (vgl. www.gbe-bund.de; Zugriff am 24.11.2014). Auch werden substanzbezogene Probleme in den grundständigen Ausbildungen wenig thematisiert. Entsprechend gab beispielsweise bei einer Befragung von Hausärzt/-innen und Arzthelfer/-innen ein großer Teil beider Berufsgruppen an, keine feste Gesamtstrategie für den Umgang mit Patienten mit alkoholbezogenen Störungen zu haben (Ruf et al., 2007).

Zum anderen nennt eine Untersuchung zu Barrieren und Möglichkeiten in der Umsetzung alkoholbezogener Interventionen im hausärztlichen Bereich neben einer wahrgenommenen fehlenden Qualifikation auch fehlende zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie eine ungenügende Vernetzung mit dem Suchthilfesystem als wesentliche strukturelle Barrieren (Schulte et al., 2014). Außerdem berichten die Autoren, dass standardisierte Methoden zur Früherkennung alkoholbezogener Probleme und vorhandene Fortbildungsangebote wenig genutzt werden. Diese Ergebnisse scheinen teilweise auch auf das Rehabilitationssetting übertragbar zu sein, zumal sie sich in den Ergebnissen der durchgeführten Einrichtungsbefragung widerspiegeln: Hier gab nur ein Fünftel der Einrichtungen an, mit entsprechenden Einrichtungen des Suchthilfesystems zu kooperieren; weit weniger gaben an, suchtspezifische Screeninginstrumente zu nutzen und in nur der Hälfte der Einrichtungen hatten Mitarbeiter/-innen Fortbildungen zum Thema besucht.

Die erfolgreiche Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis hängt von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab (ein Überblick findet sich z. B. bei Jahed, Bengel & Baumeister, 2012); an dieser Stelle seien nur drei Faktoren auf der organisationalen Ebene genannt, die für die erfolgreiche Umsetzung der vorliegenden Praxisempfehlungen besonders relevant erscheinen: Das Organisationsklima, die Kommunikationskultur und die Fort- und Weiterbildungskultur. Es ist anzunehmen, dass eine Einbettung der Thematik in die Einrichtungskultur zu der von den Einrichtungen gewünschte Sensibilisierung der Mitarbeiter/-innen beitragen könnte. Entsprechende Empfehlungen hierzu werden im Abschnitt „Einrichtungsstandards in Bezug auf den Umgang mit Suchtmitteln“ formuliert.

Entwicklung und Struktur der vorliegenden Empfehlungen

Die vorliegenden Empfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation wurden in mehreren Schritten entwickelt: Wir führten eine umfassende Literaturrecherche zu niederschweligen Interventionen in nicht auf Sucht spezialisierten Settings bei Patient/-innen mit substanzbezogenen Störungen durch. Zeitgleich befragten wir stationäre Rehabilitationseinrichtungen aller Indikationsbereiche mit Ausnahme von Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen zur gegenwärtigen Praxis im Umgang mit komorbiden Suchtproblemen (Schlöffel et al., 2016). Ferner identifizierten wir in Expertentreffen wichtige Themenbereiche für die praktische Arbeit mit Rehabilitand/-innen mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation. Basierend auf diesen Ergebnissen wurde im Rahmen eines anschließenden Expertenworkshops eine Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen formuliert. Diese Konsultationsfassung wurde in einer bundesweiten Anwenderbefragung den ärztlichen Leitungen aller stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sämtlicher Indikationsbereiche¹ mit Ausnahme von Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen und reinen Kinder- und Jugendeinrichtungen zur Kommentierung vorgelegt. Die Anmerkungen und Kommentare der Anwender wurden von uns ausgewertet, daraus abgeleitete Änderungsvorschläge im Expertengremium nochmals abschließend diskutiert und somit bei der Ausarbeitung der Endversion der Praxisempfehlungen berücksichtigt.

Außerdem wurde im Rahmen von Fokusgruppen mit Rehabilitand/-innen über zentrale Aspekte der Praxisempfehlungen diskutiert.

Bei der Entwicklung der Praxisempfehlungen haben wir uns von folgenden Voraussetzungen leiten lassen: Die Empfehlungen sollten einen möglichst hohen Konkretisierungsgrad aufweisen, sie sollten auf der bestmöglichen Evidenz beruhen, und sie sollten mit den durchschnittlich vorhandenen Ressourcen (strukturkonservativ) umgesetzt werden können.

Grundsätzlich hat dieses Dokument Empfehlungscharakter und ist bezüglich seiner Verbindlichkeit nicht mit einer Leitlinie gleichzusetzen. Die Formulierung der Empfehlungsstärken orientiert sich jedoch an den in Leitlinien verwendeten Empfehlungsgraduierungen (s. Bundesärztekammer et al., 2010). Eine Soll-Empfehlung stellt demnach eine starke Empfehlung dar, eine Sollte-Empfehlung ist eine Empfehlung und eine Kann-Empfehlung ist eine Handlungsoption im Sinne einer offenen Empfehlung.

¹ Die Adressen wurden dem „Verzeichnis der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ (RHV_2013) entnommen: RHV_2013. Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen [Krankenhausverzeichnis]. Stand 31.12.2013. Beziehb. über das Statistische Bundesamt (siehe auch www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhausverzeichnis.html; Abruf 16.10.2015)

Teil A dieser Praxisempfehlungen enthält allgemeine Vorbemerkungen zu Hintergrund und Zielen der Praxisempfehlungen sowie zu ihrer Entwicklung.

Teil B beinhaltet allgemeine Informationen zu Suchtproblemen. Zunächst wird detaillierter auf einzelne Aspekte von Suchtproblemen eingegangen und es werden Hinweise auf weiterführende Literatur geliefert. Den Abschluss von Teil B bildet ein knapper, zusammenfassender Überblick über die zu erwartenden a-priori-Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen sowie über besondere Risikogruppen.

In Teil C der Praxisempfehlungen finden Sie die konkreten Empfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchterkrankungen und problematischem Substanzkonsum in der medizinischen Rehabilitation.

Teil B: Allgemeine Informationen zu substanzbezogenen Störungen

Überblick über das Themenfeld

In den folgenden Kapiteln werden Informationen zur Epidemiologie substanzbezogener Störungen, zu den verschiedenen Substanzen, zu Konsummustern und damit verbundenen Risiken, zu Diagnosekriterien sowie zum Suchthilfesystem gegeben.

In Deutschland liefern u.a. die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2012 aktuelle Schätzungen zur Verbreitung substanzbezogener Störungen (12-Monatsprävalenz). Sie beziehen sich auf die Kriterien des DSM-IV und legen die erwachsene Bevölkerung in Deutschland im Alter zwischen 18 und 64 Jahren zugrunde (Pabst et al., 2013). Die Autoren räumen ein, dass die im ESA 2012 ermittelten Prävalenzschätzungen durch Selektionseffekte beeinflusst sein könnten, auch wenn die Repräsentativität der Stichprobe als insgesamt gut zu bewerten ist. So gibt es beispielsweise Hinweise dafür, dass das Konsumverhalten der Nicht-Teilnehmenden, in einigen Punkten systematisch von dem der Teilnehmenden abweicht. Das Ausmaß der Selektionseffekte konnte jedoch nicht hinreichend bestimmt werden (Kraus et al., 2013). Ferner ist als Einschränkung zu nennen, dass die Daten des ESA 2012 mittels Befragung gewonnen wurden (telefonisch, schriftlich und via Internet; vgl. Kraus et al., 2013), also auf Selbstauskünfte der Befragten basieren. Die Validität solcher Selbstauskünfte, ist jedoch als begrenzt anzusehen, da hier mit sozial erwünschtem Antwortverhalten und einer Diskrepanz zwischen Einstellung und Verhalten zu rechnen ist (Davis, Thake & Vilhena, 2010; Krumpal, 2013). So geht man in Bezug auf selbstberichtete Angaben zum Alkoholkonsum von teilweise erheblichen Unterschätzungen der tatsächlichen Trinkmenge aufgrund von sozialer Erwünschtheit und Selektionseffekten aus (Davis et al., 2010; Del Boca & Darkes, 2003; Gaertner et al., 2014; World Health Organization, 2000). Neben dem ESA 2012 liefert auch die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH; vgl. Jacobi et al., 2014) Daten zur Prävalenz substanzbezogener Störungen. Hierbei handelt es sich um eine bundesweite Befragung (per Fragebogen bzw. bei DEGS1-MH mithilfe von Interviews) von Personen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren. Hiernach beträgt die Prävalenz, an einer alkohol- oder medikamentenbezogenen Störung (illegale Drogen wurden nicht berücksichtigt) zu leiden, bei 5,7%. Laut DEGS1-MH haben Männer, jüngere Erwachsene, geschiedene oder alleinstehende Menschen sowie Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status ein höheres Risiko, an irgendeiner substanzbezogenen Störung (hier nur bezogen auf Alkohol und Medikamente) zu erkranken (Jacobi et al., 2014), wobei der Geschlechtsunterschied vor allem auf die höhere Prävalenz von alkoholbezogenen Störungen bei Männern zurückzugehen scheint.

Diagnostische Kriterien: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Unter dem Oberbegriff „**problematischer Substanzkonsum**“ können zum einen manifeste substanzbezogene Störungen (schädlicher Gebrauch bzw. Missbrauch und Abhängigkeit nach ICD oder DSM) und zum anderen ein gesundheitlich riskantes Konsumverhalten subsumiert werden (vgl. Gaertner et al., 2014).

Jenseits der pathologischen Konsummuster haben sich im Falle von Alkohol im Sprachgebrauch die Termini „risikoarmer“ und „riskanter Konsum“ etabliert. Im Falle von Medikamenten spricht man jenseits manifester Störungen eher von nicht bestimmungsgemäßem Gebrauch, während bei illegalen Drogen der Terminus „riskanter Konsum“ eher ungebräuchlich ist.

Mit riskantem Konsumverhalten ist ein Konsumverhalten gemeint, welches über die als risikoarm definierten Konsumgrenzen (z. B. bei Alkohol festgelegt über die Trinkhäufigkeit und -menge; vgl. Gaertner et al., 2014) hinaus- und mit einem erhöhten Risiko für Schädigungen einhergeht (Saunders & Lee, 2000).

Ein riskantes Konsumverhalten kann somit vorliegen, ohne dass bereits eine Schädigung vorliegt oder eines der u.g. ICD-10-Kriterien erfüllt sind. Riskantes Konsumverhalten hat keinen Code nach ICD-10.

Manifeste substanzbezogene Störungen sind in **Kapitel V (F10 – F19)** der ICD-10, „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, aufgeführt. An zweiter Stelle der ICD-10 Codes wird die entsprechende psychotrope Substanz kodiert, an dritter und vierter Stelle die klinischen Erscheinungsbilder. Demnach werden neben der akuten Intoxikation neun weitere klinische Erscheinungsbilder unterschieden (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014).

Zunächst einmal wird – im Gegensatz zum DSM-5 (s.u.) – zwischen einem schädlichen Substanzgebrauch (F1x.1) und einem Abhängigkeitsyndrom (F1x.2) unterschieden.

Für eine Abhängigkeit müssen innerhalb des letzten Jahres mindestens drei der nachfolgenden Kriterien erfüllt sein:

- Starker Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren.
- Mangelnde Kontrolle in Bezug auf den Beginn, die Beendigung und Menge des Konsums.
- Körperliches Entzugssyndrom (F1x.3 oder F1x.4): Entweder substanzspezifische Entzugssymptome bei Verringerung oder Beendigung des Konsums oder Einnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Nachweis der Toleranz: Dosissteigerungen sind nötig, um die ursprüngliche Wirkung zu erleben.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums und mehr Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum der Substanz und die Erholung von den Folgen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz schädlicher Folgen, deren sich der/die Konsument/-in bewusst ist, z. B. Leberschaden durch Alkohol.

Unter **schädlichem Gebrauch** wird ein Konsummuster verstanden, bei dem der Substanzkonsum zu gesundheitlichen Schädigungen (physischer oder psychischer Art) geführt hat, ohne dass die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllt sind. Weitere Folgen können auch sozialer Natur sein, wie familiäre Probleme, Verlust des Arbeitsplatzes oder (Gewalt-)Kriminalität. Während in den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 (Dilling et al., 2014) negative soziale Folgen explizit nicht zu den Schädigungen gezählt werden, werden diese im DSM-5 sogar explizit im Kriterienkatalog (interpersonelle Konflikte, Aufgabe wichtiger Aktivitäten, Nichterfüllung sozialer Rollen) aufgeführt (American Psychiatric Association, 2013). Ferner wird seit DSM-5 anstelle

einer Dichotomisierung ein Kontinuum der Schwere von Abhängigkeits-erkrankungen angenommen. Es wird im Gegensatz zur ICD-10 nicht mehr zwischen schädlichem Gebrauch bzw. Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden zugunsten unterschiedlicher Schweregrade einer Substanzgebrauchsstörung.

Unter den weiteren klinischen Erscheinungsbildern finden sich einige direkte Folgen eines schädlichen Gebrauchs bzw. eines Abhängigkeitssyndroms: Entzugssyndrom (F1x.3), Entzugssyndrom mit Delir (F1x.4), psychotische Störung (F1x.5), amnestisches Syndrom (F1x.6), Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (F1x.7, beinhaltet u.a. Flashbacks und Demenz), sonstige psychische und Verhaltensstörungen (F1x.8) und nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen (F1x.9).

Auf die Pathogenese und Neurobiologie von Suchterkrankungen kann in diesem Rahmen nicht eingegangen werden. Einen Überblick hierzu bieten beispielsweise die Bände der von der DHS herausgegebenen suchtmittelmedizinischen Reihe (z. B. Seitz et al., 2013) sowie einschlägige Fachbücher (z. B. Lesch & Walter, 2009; Tretter, 2008). Insbesondere in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit, ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Personen mit einer Alkoholabhängigkeit eine sehr heterogene Gruppe darstellen. Aus diesem Grunde wurden verschiedenste Typologien des Alkoholismus entwickelt und auch verschiedene Verlaufsmuster von Alkoholerkrankungen beschrieben (für einen Überblick siehe Lesch & Walter, 2009).

Alkohol:

Riskanter Konsum, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Schätzungen des ESA 2012 zufolge, liegt die Prävalenz einer Alkoholabhängigkeit bei 3,4%, die von Alkoholmissbrauch (nach DSM-IV) bei 3,1% in der Altersgruppe der 18 bis 64-Jährigen (Pabst et al., 2013); in DEGS1-MH wurden für die Altersgruppe der 18 bis 79-Jährigen ähnliche Werte ermittelt (Abhängigkeit: 3,0%; Missbrauch: 1,8%; Jacobi et al., 2014).

Sowohl in ESA 2012 als auch in DEGS1-MH wurden deskriptiv Unterschiede zwischen Männern und Frauen ermittelt. Beiden Erhebungen zufolge sind Männer häufiger von alkoholbezogenen Störungen betroffen. Dies betrifft sowohl den Alkoholmissbrauch (1,5 bzw. 0,4% betroffene Frauen vs. 4,7% bzw. 3,1% betroffene Männer) als auch die Alkoholabhängigkeit (2,0 bzw. 1,6% betroffene Frauen vs. 4,8 bzw. 4,4% betroffene Männer; jeweils erster Wert aus ESA 2012/Jacobi et al., 2014, zweiter Wert aus DEGS1-MH/Pabst et al., 2013).

In Bezug auf Alkohol ist darüber hinaus von einer beträchtlichen Anzahl Personen mit sogenanntem riskantem Konsum auszugehen. Je nach Art der Operationalisierung riskanten Konsums werden hier unterschiedliche Zahlen berichtet: Nach Schätzungen des ESA 2012 liegt die Monatsprävalenz bei 14,2% und unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen nicht substantiell (15,6% bei Männern vs. 12,8% bei Frauen) (Pabst et al., 2013). Im Rahmen von DEGS1 hingegen wurden beträchtliche Geschlechtsunterschiede in Bezug auf Risikokonsum gefunden: Hier waren gut ein Viertel der Frauen und knapp 42% der Männer (Altersgruppe: 18–79 Jahre) auffällig; auch gaben dreimal so viele Männer wie Frauen an, so genanntes Rauschtrinken zu praktizieren, also mindestens einmal im Monat oder häufiger mehr als sechs Getränke bei einer Gelegenheit zu konsumieren. Ferner wurde gefunden, dass die Häufigkeit des Risikokonsums bei Frauen mit dem sozioökonomischen Status zunimmt, während dies bei Männern nicht der Fall ist (Hapke, Lippe & Gaertner, 2013).

Deskriptiv legen die Daten beider Studien mit Zunahme des Alters eine Abnahme von alkoholbezogenen Störungen und Risikokonsum nahe (vgl. Pabst et al., 2013; Jacobi et al., 2014). Als Erklärungen hierfür sind ein geringerer Konsum aufgrund einer geringeren Alkoholtoleranz (Wolter, 2015) oder auch eine Abstinenz aufgrund von Erkrankungen denkbar. Es wird aber auch auf die erhöhte Mortalitätsrate von so genannten „early onset Abhängigen“ (früher Beginn einer alkoholbezogenen Störung) hingewiesen (Zeman, 2009).

Kulturelle Einflüsse in Bezug auf Alkoholkonsum

Im Fall von Alkohol ist als Besonderheit anzuführen, dass Alkoholkonsum in vielen westlichen Kulturen zum Alltag gehört (vgl. auch Lesch & Walter, 2009). So verweist auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO; World Health Organization, 2000) in ihren Empfehlungen zum Monitoring von Alkoholkonsum und alkoholassozierten Schäden auf die Bedeutung kultureller Einflüsse. Wie auch im Modul „Alltagsdrogen“ des Gesundheitsbildungsprogramms der DRV Bund beschrieben, lassen sich je nach tradierten Regeln und Bräuchen verschiedene Kulturformen im Umgang mit Suchtmitteln ausmachen (z. B. Döll, Buschmann-Steinhage & Worringer, 2000; Lindenmeyer, 2001; Seitz et al., 2013; World Health Organization, 2000). Diese unterscheiden sich in der gesellschaftlichen Anerkennung und Verbreitung des Alkoholkonsums, aber auch hinsichtlich definierter Konsumregeln und Konsumgelegenheiten (bspw. eine starke Verknüpfung mit der Esskultur in mediterranen Ländern) und der Klarheit der Grenzziehung zwischen normalem und unnormalem Suchtmittelkonsum. Deutschland wird hierbei als so genannte gestörte Kultur beschrieben, in der es weder klare Regeln noch klare Grenzen in Bezug auf normalen und unnormalen Alkoholkonsum gibt. Darüber hinaus werden die politischen Rahmenbedingungen für den Alkoholkonsum als eher industriefreundlich und weniger an der Gesundheit der Bevölkerung orientiert eingeschätzt (Gaertner et al., 2014). Riskanter Alkoholkonsum ist lediglich durch den Konsumstil (Häufigkeit und Menge des Konsums) definiert, während für die Diagnose einer alkoholbezogenen Störung die o.g. Kriterien erfüllt sein müssen (Gaertner et al., 2014). Im nachfolgenden Abschnitt werden Grenzwerte und Richtlinien für einen risikoarmen Alkoholkonsum beschrieben.

Risikoarmer und riskanter Konsum

Es ist bekannt, dass die allgemeine Sterblichkeit durch alkoholassozierte Ursachen mit höherer täglicher Trinkmenge zunimmt. Während für kardiovaskuläre Erkrankungen in epidemiologischen Studien protektive Wirkungen eines moderaten Alkoholkonsums beschrieben werden, gilt in Bezug auf einzelne Krebsformen, aber auch für bestimmte Lebensumstände (z. B. während der Schwangerschaft) selbst moderater Alkoholkonsum als riskant (für eine Übersicht vgl. z. B. Bagnardi et al., 2013; Lambrinou et al., 2013; Poli et al., 2013). Aus diesem Grund sind Empfehlungen und Richtwerte für einen risikoarmen Umgang mit Alkohol sinnvoll. So wurden in den meisten Ländern von verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften entsprechende Empfehlungen formuliert, die jedoch international, aber teilweise auch national variieren (siehe z. B. <http://www.icap.org/table/Internationaldrinkingguidelines> für einen Überblick; Zugriff am 09.04.2015). Diese Unterschiede erklären sich zum einen durch die unterschiedlichen Fokusse der jeweiligen Fachgesellschaften (Welche Organschädigungen stehen im Vordergrund? – vgl. Seitz & Bühringer, 2010), zum anderen durch unterschiedliche Landesspezifika (bspw. die Größe der für das Land typischen Standardgetränke, die Häufigkeit typischer gesellschaftlich anerkannter Trinkanlässe; World Health Organization, 2000).

Die WHO nennt in ihren Empfehlungen aus dem Jahr 2000 kritische Tageskonsummengen, die mit unterschiedlich hohem Risiko für alkoholassoziierte Probleme einhergehen. Dabei unterscheidet sie zwischen Risiken für akute alkoholassoziierte Probleme und Risiken für chronische Schädigungen. In beiden Fällen wird bei einer Tageskonsummenge von bis zu 40 g reinen Alkohols bei Männern und bis zu 20 g bei Frauen von einem geringen Risiko ausgegangen. Zwischenzeitlich wurden die Grenzen risikoarmen Konsums aufgrund neuer Erkenntnisse kontinuierlich gesenkt (Gaertner et al., 2014).

Für Deutschland gelten derzeit die Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS; Seitz & Bühringer, 2010). Nach sorgfältiger Betrachtung der Evidenzlage und unter der Prämisse der Berücksichtigung der geringsten Schädigung des Gesamtorganismus, empfiehlt die DHS folgende geschlechtsabhängige Schwellendosen für gesunde Menschen ohne zusätzliches genetisches oder erworbenes Risiko:

- 24 g reinen Alkohols täglich für Männer und
- 12 g reinen Alkohols täglich für Frauen.

Die Angabe von Schwellendosen in Gramm reinen Alkohols entspricht der Empfehlung der WHO, da die Standardgröße aber auch der Alkoholgehalt von Getränken regional stark variieren (World Health Organization, 2000). Gleichwohl ist es in Gesundheitskampagnen Usus, die Empfehlungen in Form von Mengen häufig konsumierter Getränke wie Bier oder Wein anzugeben. In einzelnen Ländern gibt es hierzu landesspezifische Definitionen von Standarddrinks. Die WHO (2000) empfiehlt hier, im Hinblick auf eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse epidemiologischer Erhebungen, neben den Mengenangaben der Standardgetränke auch eine Angabe zu deren Alkoholgehalt zu machen.

Die Geschlechtsabhängigkeit der Schwellenwerte ergibt sich aus der Beobachtung, dass Frauen vulnerabler für die schädlichen Effekte von Alkohol sind. Dies ist unter anderem bedingt durch die unterschiedliche Körperzusammensetzung bei Frauen und Männern, aber auch durch weitere biologische Faktoren (Überblick z. B. Gandhi et al., 2004; Mumenthaler et al., 1999). Der o.g. Grenzwert für Männer entspricht einem halben Liter Bier mit einem Alkoholgehalt von 5 Volumenprozent, etwa 0,2 l Wein mit einem Alkoholgehalt von 12 Volumenprozent oder 0,06 l Spirituosen mit einem Alkoholgehalt von 40 Volumenprozent. Auf der Internetseite www.kenn-dein-limit.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; Zugriff am 15.02.2016), aber auch auf anderen Internetseiten und in Broschüren diverser Anbieter können Übersichten über den Gehalt verschiedener alkoholischer Getränke bezogen werden. Zur Berechnung des Alkoholgehaltes von Getränken kann jedoch auch folgende Formel herangezogen werden (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2014; Reimer, Cimander & Reimer, 2014):

$$[\text{Alkoholgehalt in Volumenprozent}] \times [\text{Getränkemenge in ml}] \times 0,8 / 100$$

Bis zu den o.g. Grenzen gilt der Alkoholkonsum als risikoarm. Gleichwohl spielt neben der Trinkmenge auch der Trinkstil bzw. das Trinkmuster eine Rolle. So empfiehlt die DHS Zusätzlich zu den Grenzwerten von 24 bzw. 12 g reinen Alkohols pro Tag mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche und rät darüber hinaus dazu, von dem Konsum größerer Mengen bei einem Trinkanlass (Rauschtrinken) abzusehen (Seitz & Bühringer, 2010).

Als „größere Menge“ sind hier fünf Gläser à 10 g reinen Alkohol genannt, z. B. 1,25 l Bier oder 0,6 l Wein genannt. Alkohol sollte darüber hinaus möglichst in Verbindung mit Mahlzeiten konsumiert werden. Am Arbeitsplatz, bei der Bedienung von Maschinen, im Straßenverkehr, beim Sport, in Schwangerschaft und Stillzeit sowie nach der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit wird eine vollständige Alkoholabstinenz gefordert. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass jeder Mensch, je nach genetischer Prädisposition und Lernerfahrungen, ein individuell unterschiedliches Risiko trägt (Seitz & Bühringer, 2010) und es einen völlig sicheren Alkoholkonsum nicht gibt (z. B. World Health Organization, 2000). Entsprechend empfiehlt auch ein aktuelles Konsensdokument der italienischen Gesellschaft für Ernährung, dass zwar grundsätzlich kein Anlass besteht, bei moderaten Trinkern auf eine Abstinenz zu beharren, aber umgekehrt auch Personen, die abstinent leben, nicht dazu animiert werden sollten, aus Gesundheitsgründen zu trinken (Poli et al., 2013). Vielmehr sollten Personen mit spezifischen Risikofaktoren, wie beispielsweise einer genetischen Prädisposition für bestimmte Erkrankungen sowie bestimmte Populationsgruppen über eine Reduktion des Alkoholkonsums nachdenken bzw. auf Alkohol ganz verzichten.

Die DHS nennt hier neben der Population der Schwangeren und Stillenden auch die Altersgruppe der Jugendlichen als Risikogruppe. Darüber hinaus existieren folgende Risikogruppen mit erworbenen Erkrankungen oder genetischen Prädispositionen:

Menschen, bei denen mindestens ein Elternteil alkoholabhängig ist; eine positive Familienanamnese für Brustkrebs oder Dickdarmkarzinom; Menschen mit gastrointestinalen Erkrankungen (wie z. B. gastroösophageale Refluxkrankheit, Dickdarmpolypen, Colitis ulcerosa, Pankreaserkrankungen, Lebererkrankungen wie Hepatitis B und C, Hämochromatose und nicht alkoholische Fettlebererkrankungen); Menschen mit Stoffwechselerkrankungen (wie z. B. Hypoglykämien, bestimmte Fettstoffwechselerkrankungen, Gicht, Porphyrie); Menschen mit kardiologischen Erkrankungen (wie z. B. Kardiomyopathie, Rhythmusstörungen einschließlich Vorhofflimmern mit absoluter Arrhythmie); Menschen mit Hypertonus; Menschen mit neurologischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen (wie z. B. periphere Neuropathie, Demenz, Depression).

Darüber hinaus wird explizit darauf hingewiesen, dass nur ältere Menschen nach durchgemachtem Herzinfarkt oder mit mehr als einem Risikofaktor für einen Herzinfarkt (ausgenommen der Hypertonie) von einer günstigen Wirkung moderaten Alkoholkonsums auf die Gefäße profitieren.

Gesundheitliche Risiken

Zu den möglichen Folgeerkrankungen bei schädlichem Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit zählen Erkrankungen des Verdauungstrakts, der Leber und der Bauchspeicheldrüse, einige Krebsarten (z. B. Speiseröhrenkrebs), endokrinologische Störungen, kardiologische Erkrankungen, arterieller Hypertonus sowie neurologische Folgeerkrankungen. Darüber hinaus ist das Alkoholentzugssyndrom (Prädelir oder Delir) zu nennen sowie psychotische Störungen und amnestische Syndrome (Seitz et al., 2013). Hinzu kommen Unfälle und Straftaten unter Alkoholeinfluss, insbesondere Gewaltkriminalität (z. B. Lehner & Kepp, 2014; Taylor et al., 2003). Außerdem kann Alkoholkonsum in Kombination mit einer Medikamenteneinnahme zu unerwünschten und teilweise gefährlichen Neben- und Wechselwirkungen führen.

Medikamente: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Etwa 4 bis 5% aller verordneten Arzneimittel weisen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential auf (Bühren et al., 2007; Glaeske & Hoffmann, 2014). Es sind mehrere Szenarien für die Entwicklung eines problematischen Gebrauchs denkbar: unkontrollierte Einnahme nicht verschreibungspflichtiger Medikamente im Rahmen einer Selbstmedikation, problematischer Gebrauch ärztlich verschriebener Medikamente aufgrund einer fehlenden Verschreibungskontrolle oder Verschreibungsbegrenzung (vgl. Bühren et al., 2007) oder problematischer, nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch illegal beschaffter Medikamente, evtl. im Rahmen eines multiplen Substanzgebrauchs.

In Bezug auf Medikamentenabhängigkeit und schädlichen Gebrauch in Deutschland gehen die Prävalenzschätzungen weit auseinander, was mit Schwierigkeiten bei der Erhebung erklärt wird (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014). So berufen sich Glaeske und Hoffmann (2014) auf Expertenschätzungen und gehen davon aus, dass etwa 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen in Deutschland medikamentenabhängig sind, davon bis zu 1,2 Millionen von Benzodiazepinderivaten. Die Autoren des ESA 2012 nennen eine deutlich höhere Zahl: Sie schätzen, dass 2,31 Millionen Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren von mindestens einem Medikament abhängig sind; hinzukommen etwa 4,61 Millionen mit einem Missbrauch (nach DSM-IV) mindestens eines Medikamentes (Pabst et al., 2013). Beim DEGS1MH fallen die Prävalenzschätzungen insgesamt etwas moderater aus: So gehen Jacobi und Kollegen (2014) von 1,5% Medikamentenmissbrauch und 0,3% Medikamentenabhängigkeit aus, während laut ESA 2012 allein die Prävalenz von schmerzmittelbezogenen Störungen auf 12,1% geschätzt wird (Pabst et al., 2013). Gleichzeitig vermuten die Autoren des ESA 2012, dass die tatsächlichen Prävalenzen höher ausfallen, da problematischer Medikamentengebrauch mit dem Alter zunimmt (vgl. z. B. Rösner, Steiner & Kraus, 2008). Ein solcher Trend ist in den Daten von DEGS1-MH (Altersspektrum bis 79 Jahre) nicht zu erkennen (vgl. Jacobi et al., 2014), deutet sich aber in den Daten des ESA 2012 bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln insbesondere für die Gruppe der Frauen an (Kraus et al., 2014a; zum besonderen Risiko von Frauen und Älteren s.u.).

Laut Bühren und Kollegen (2007) sind darüber hinaus weitere 1,7 Millionen als mittel- bis hochgradig gefährdet einzustufen. Sie gehen von einer Punktprävalenz von 5% für Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit aus.

Laut Arzneiverordnungs-Report 2014 erhalten weibliche Patientinnen zwischen 10 und 59 Jahren mehr Arzneimittelverordnungen als männliche Patienten. Besonders deutlich wird dieser Unterschied bei den Psychopharmaka und Analgetika. Entsprechend bekommen Frauen häufiger psychotrope Substanzen verordnet. Darüber hinaus steigen die Verordnungen von Psycholeptika, Psychoanaleptika und Analgetika mit zunehmendem Alter (Schwabe & Paffrath, 2014). Eine der wichtigsten Stoffgruppen mit hohem Abhängigkeitspotential stellen die Benzodiazepine und Benzodiazepinrezeptoragonisten dar (Bühren et al., 2007; Glaeske & Hoffmann, 2014). Insbesondere bei älteren Patient/-innen wird die hohe Verschreibungshäufigkeit von Benzodiazepinen kritisiert (Glaeske & Schick Tanz, 2013; Madhusoodanan & Bogunovic, 2004; Wolter, 2015).

Aufgrund der vorgenannten Daten wird von einem **höheren Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko bei Frauen und älteren Menschen** ausgegangen (vgl. z. B. Bühren et al., 2007; Rösner et al., 2008), was sich teilweise auch in den Daten des ESA 2012 widerspiegelt (vgl. Kraus et al., 2014a).

Substanzen

Der größte Anteil der medikamentenbezogenen Störungen ist nach ESA 2012 aufgrund der hohen Gebrauchsprävalenz durch Schmerzmittel bedingt (3,4% Schmerzmittelabhängigkeit und 8,7% Missbrauch nach DSM-IV; Pabst et al., 2013). Hierbei spielen sowohl die verschreibungspflichtigen als auch die nicht verschreibungspflichtigen Schmerzmittel eine Rolle. Jedoch wird auch von Pabst und Kollegen (2013) das hohe Abhängigkeits- und Missbrauchspotential von Schlaf- und Beruhigungsmitteln hervorgehoben, da hier der Anteil der Personen mit einer diagnostizierten Störung relativ zur Gebrauchsprävalenz höher ist. Darüber hinaus werden auch Psychostimulanzien wie Amphetamine als wichtige Stoffgruppe genannt (Bühren et al., 2007). Weitere relevante Stoffgruppen sind Barbiturate, so genannte Z-Drugs (Schlafmittel aus der Gruppe der Non-Benzodiazepine, deren Wirkstoffnamen mit dem Buchstaben „Z“ beginnen), Narkosemittel und Gase, Laxantien, Nasentropfen und -sprays sowie einige weitere verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Mittel (vgl. Glaeske & Holzbach, 2013).

Es kann unterschieden werden zwischen Substanzgruppen, die ein hohes Abhängigkeitspotential haben (der Abhängigkeit kann ein schädlicher Gebrauch vorausgehen) und Substanzgruppen ohne Abhängigkeitspotential, die jedoch missbräuchlich verwendet werden können (Glaeske & Holzbach, 2013). Tabelle 1 gibt einen Überblick hierüber.

Tabelle 1: Medikamente mit Abhängigkeits- oder Missbrauchspotential

Substanzen mit Abhängigkeitspotential	Substanzen mit Missbrauchspotential
Amphetamine	Antidepressiva
Barbiturate	Antihistaminika
Benzodiazepine	Apothekenpflichtige Analgetika
Non-Benzodiazepine (Z-Drugs)	Ephedrin
Narkosemittel	Laxantien
Opiathaltige Schmerzmittel	Nasensprays bzw. -tropfen

Besonderheiten

Eine Besonderheit bei der Einnahme von Benzodiazepinen stellt die sogenannte Niedrigdosisabhängigkeit (low-dose dependency) dar, die sich bereits bei therapeutischen Dosen entwickeln kann. Hierbei entfällt die in den ICD-Leitlinien genannte Toleranzentwicklung. Eine Dosissteigerung findet entsprechend nicht statt, stattdessen treten Entzugssymptome erst nach dem Absetzen auf (Bühren et al., 2007). Bei älteren Patient/-innen besteht die Gefahr, eine Hochdosisabhängigkeit aufgrund einer Verlangsamung des Stoffwechsels und damit einhergehender Wirkstoffkumulierung trotz des Konsums niedriger Dosen zu verkennen (Wolter, 2015).

Da der Beginn eines schädlichen Gebrauchs von Medikamenten oder einer Abhängigkeit im Zusammenhang mit einer ursprünglich therapeutischen Nutzung unter ärztlicher Verordnung stehen kann, fällt den Patient/-innen hierbei die Krankheitseinsicht im Vergleich zur Abhängigkeit von anderen Suchtmitteln schwerer (vgl. auch Schmidt et al., 2006).

Gesundheitliche Risiken

Im Falle eines schädlichen Gebrauchs von Medikamenten besteht in Abhängigkeit vom eingenommenen Wirkstoff unter anderem ein erhöhtes Sturz- und Unfallrisiko infolge von Muskelschwäche, kognitiv-mnestische Defizite

und ein erhöhtes Demenzrisiko sowie ein Risiko von Nieren- und anderen Organschäden (Bühren et al., 2007; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014; Glaeske & Hoffmann, 2014). Weitere mögliche Folgen eines schädlichen Medikamentenkonsums sind eine psychomotorische Agitiertheit, Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen, Schwitzen, kardiologische Symptome wie Arrhythmien, Kopfschmerzen, affektive Symptome wie Stimmungsschwankungen, affektive Indifferenz, depressive oder ängstliche Stimmungslage sowie psychotische Symptome (für einen detaillierteren Überblick s. Glaeske & Holzbach, 2013).

Illegale Rauschdrogen: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Zur Gruppe der illegalen Rauschdrogen zählen verschiedenste psychotrope Substanzen, deren Besitz nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG)² entweder verboten ist oder die in einer nicht bestimmungsgemäßen Form verwendet werden (vgl. Behrendt et al., 2013). Hier ergibt sich eine Überschneidung zum schädlichen Gebrauch und zur Abhängigkeit von Medikamenten, da auch Medikamente illegal beschafft und ohne medizinische Indikation konsumiert werden können. Nachfolgend werden Charakteristika der wichtigsten Substanzgruppen kurz skizziert.

Unter den illegalen Drogen stellt Cannabis die am meisten gebräuchlichste Substanz dar (Konsumprävalenz von 4,5%). Hier liegen die Prävalenzschätzungen für Missbrauch (nach DSM-IV) und Abhängigkeit bei jeweils 0,5% (Pabst et al., 2013). Die nach Cannabis am häufigsten konsumierten illegalen Drogen sind Kokain und Amphetamine mit Konsumprävalenzen von 0,8 bzw. 0,7%, gefolgt von Heroin und anderen Opiaten (mit einer aufsummierten Konsumprävalenz von 0,5%; vgl. Pabst et al., 2013). Die Prävalenzraten für Missbrauch und Abhängigkeit liegen hier bei insgesamt 0,3% für Amphetamine und 0,2% für Kokain; die Prävalenz von substanzbezogenen Störungen durch Opioide wurde im Rahmen des ESA 2012 nicht ermittelt (Pabst et al., 2013).

Aufgrund der illegalen Herstellung der Substanzen besteht die Gefahr von Verunreinigungen oder Beimischungen unbekannter Substanzen zum eigentlichen Wirkstoff, was die konkreten Wirkungen einer einzelnen konsumierten Dosis ein Stück weit unvorhersehbar macht.

Kurzvorstellung ausgewählter Substanzen

Nachfolgend werden die in Deutschland am häufigsten konsumierten Substanzen Cannabis, Kokain und Amphetamine sowie die Substanzgruppe der Opiate kurz im Hinblick auf ihre Konsumformen, Wirkeffekte und die mit ihrem Konsum einhergehenden gesundheitlichen Folgen vorgestellt. Detailliertere Informationen zu diesen und anderen Drogen finden sich beispielsweise bei Köhler (2014), Tretter (2008) und Behrendt und Kollegen (2013), welche die Grundlage der nachfolgenden Kurzvorstellungen sind.

Auf der Webseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (www.dhs.de) werden zudem kostenfrei ausführliche Informationsmaterialien zu verschiedenen illegalen Drogen zur Verfügung gestellt, beispielsweise der Band 4 der Suchtmedizinischen Reihe der DHS (Behrendt et al., 2013) sowie Falblätter zu den Substanzen Cannabis, Kokain, Amphetaminen, Heroin.

Weitere illegale Substanzen sind z. B. Halluzinogene, aber auch die so genannten Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS; wie z. B. synthetische

² abrufbar z. B. unter www.gesetze-im-internet.de des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz und der juris GmbH, letzter Zugriff am 22.03.2016

Cannabinoide, Cathinone, Tryptamine und andere), welche als zunehmendes Problem beschrieben werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014; Favretto, Pascali & Tagliaro, 2013).

Letztere werden auch als „Designerdrogen“ oder „research chemicals“ bezeichnet und kommen häufig getarnt als harmlose Substanzen wie Kräutermischungen, Badesalze oder ähnliches (sogenannte „legal highs“ oder „smart drugs“) zunächst unerkannt auf den Markt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014; Favretto et al., 2013). Die Wirkungen und Risiken von NPS sind aufgrund fehlender systematischer Studien, aber auch aufgrund der immer wieder neuen, auf den Markt kommenden Substanzen, noch weitgehend unbekannt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014; Spaderna, Addy & D’Souza, 2013). Auch besteht hier ein hoher Forschungsbedarf zur Entwicklung entsprechender toxikologischer Screeningverfahren (Favretto et al., 2013; Spaderna et al., 2013). Hinsichtlich der Konsumprävalenz von NPS liegt ebenfalls noch kein ausreichendes Wissen vor (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014).

Cannabis und Cannabinoide

Unter dem Begriff Cannabis werden alle aus Teilen der Hanfpflanze *Cannabis sativa* gewonnenen Substanzen (Cannabinoide) subsumiert. Das bekannteste und am besten untersuchte Cannabinoid ist das Delta-9-Tetrahydrocannabinol, welches auch als THC bezeichnet wird und den primär psychoaktiven Bestandteil von Cannabis darstellt. Aufgrund von verstärkter Züchtungsaktivitäten gibt es heutzutage viel potentere Cannabisprodukte als noch in den 1960er und 1970er Jahren: Sie enthalten ein Vielfaches mehr an THC. Darüber hinaus sind in den letzten Jahren auch synthetische Cannabinoide auf den Markt gekommen (vgl. Favretto et al., 2013; Spaderna et al., 2013), welche vermehrt als Alternative zu Cannabis konsumiert werden und eine weitaus stärkere Wirkung haben (vgl. ElSohly et al., 2014; Spaderna et al., 2013). Synthetische Cannabinoide zählen zu den so genannten Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS; s.o.).

Cannabisprodukte werden vor allem geraucht, können aber auch oral konsumiert werden. Je nach Dosis wirken sie leicht euphorisierend oder auch sedierend, es können aber auch psychedelische Wirkungen oder psychotische Reaktionen eintreten. Eher selten treten so genannte Horrortrips auf, also Zustände von Unruhe, Angst oder Panik. Es kann eine Toleranzentwicklung und eine Abhängigkeit entstehen, wobei die Entzugssymptome aufgrund einer geringen körperlichen Abhängigkeit eher mild ausfallen. Zu den Entzugssymptomen zählen unter anderem Unruhe, Schlafstörungen, Appetitminderung und Schmerzempfindlichkeit.

Chronischer Cannabis-Konsum kann mit verschiedenen körperlichen und psychischen Folgen einhergehen, z. B. zur Entwicklung kognitiver Defizite, Psychosen, einer starken Lust- und Interessenlosigkeit oder zu verschiedenen Krebserkrankungen, wobei die kausale Beziehung mitunter unklar ist.

Laut ESA 2012 ist in der Gruppe der Cannabiskonsumenten in knapp 23 % der Fälle mit einer cannabisbezogenen Störung nach DSM-IV zu rechnen (Kraus et al., 2014b).

Kokain

Kokain ist ein Alkaloid, das aus den Blättern der Kokapflanze gewonnen wird, welche in Südamerika beheimatet ist. Es gibt, je nach Darreichungsform, verschiedene Konsumformen von Kokain: Es kann oral, durch die Nasenschleimhaut oder andere Schleimhäute oder intravenös aufgenommen, aber auch geraucht werden (Crack). Kokain gilt als Leistungsdroge und wird

vor allem wegen seiner euphorisierenden und antriebssteigernden Wirkung konsumiert. Die erlebte Leistungssteigerung geht mit einer Minderung des Schlafbedürfnisses und des Appetits einher. Es können aber auch Halluzinationen auftreten. Die Entzugssymptomatik ist gekennzeichnet durch Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Depression und Erschöpfung. Kokainkonsum führt vor allem zu einer psychischen Abhängigkeit; die Toleranzentwicklung wird bei Kokainkonsum als nicht sehr stark ausgeprägt beschrieben. Ein Kokainentzug ist entsprechend vor allem durch die vorgenannten psychischen Entzugssymptome gekennzeichnet.

Zu den gesundheitlichen Folgen eines regelmäßigen Kokainkonsums zählen auf körperlicher Seite verschiedene Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Schädigungen der Blutgefäße, der Schleimhäute und verschiedener Organe sowie Spritzenabszesse und Infektionen (HIV, Hepatitiden) im Falle von intravenöser Applikation. Auf psychischer Seite sind u.a. Depressionen, Psychosen und kognitive Störungen zu nennen.

Laut ESA 2012 ist in der Gruppe der Kokainkonsumenten in 27% der Fälle mit einer kokainbezogenen Störung nach DSM-IV zu rechnen (Kraus et al., 2014b).

Amphetamine

Amphetamine gehören zu den synthetischen Drogen und werden hier zu der Gruppe der Psychostimulanzien gezählt. Durch weitere chemische Aufbereitung können aus den klassisch psychostimulierend wirkenden Amphetaminen auch halluzinogen (Beeinflussung der Wahrnehmung) und entaktogen (Beeinflussung der emotionalen Befindlichkeit) wirkende Substanzen hergestellt werden. Die bekanntesten psychostimulierend wirkenden Amphetamine sind das Amphetamin und das Methamphetamin (in kristalliner Form auch als „crystal meth“ bezeichnet). Amphetamine werden vor allem oral konsumiert (in Pulver- oder Tablettenform), können aber auch auf die Nasen- und Mundschleimhaut oder intravenös appliziert werden. Der Konsum führt zu einer Stimulierung des Sympathikus und dadurch zu einer körperlichen und psychischen Aktivierung mit Euphorie, Erhöhung des Selbstwertgefühls, Schlaf- und Appetitunterdrückung. Amphetaminkonsum kann sehr schnell zu einer starken psychischen Abhängigkeit führen, die Toleranzentwicklung ist hierbei sehr ausgeprägt. Es treten vor allem psychische Entzugssymptome auf, wie z. B. Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Angststörungen, Depressivität.

Als gesundheitliche Folgen werden Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems, Amphetaminpsychosen, körperlicher Verfall, Hirnschädigungen aber auch Depressionen genannt. Im Falle von intravenöser Applikation besteht das Risiko von Infektionskrankheiten.

Laut ESA 2012 ist in der Gruppe der Amphetaminkonsumenten in knapp 41% der Fälle mit einer amphetaminbezogenen Störung nach DSM-IV zu rechnen (Kraus et al., 2014b).

Opioide

Unter dem Oberbegriff Opioiden werden Stoffe verstanden, die ähnlich wie Morphin, ein Hauptalkaloid des Opiums, wirken. Man kann zwischen Opioiden natürlichen, halbsynthetischen, synthetischen und endogenen Ursprungs unterscheiden. Natürliche Opioiden werden als Opiate bezeichnet und sind Alkaloide, die im Saft der Kapsel des Schlafmohns (Opium) vorkommen. Zu den bekanntesten natürlich vorkommenden Opiaten gehören Morphin und Codein. Zu den endogen im menschlichen Körper produzierten Opioiden zählen z. B. die Endorphine. Als bekanntestes und am

stärksten verbreitetes halbsynthetisch hergestelltes Opioid ist das Heroin zu nennen. Heroin wird meist intravenös injiziert, es kann aber auch geraucht oder geschnupft werden.

Opioide (z. B. Morphin und Codein) werden wegen ihrer analgetischen Effekte und der Hemmung des Husten- und Atemzentrums auch als Arzneimittel zur Schmerztherapie oder als Hustenreizstiller eingesetzt. Opioidkonsum führt vergleichsweise schnell zu einer Toleranzentwicklung. Der illegale Konsum erfolgt vor allem wegen der euphorisierenden Effekte. Opioide können aber auch sedierend wirken (z. B. Heroin). Zu den weiteren akuten Effekten gehören bspw. die angstlösende Wirkung, Schwitzen und Mundtrockenheit. Eine akute Opioidintoxikation ist für Außenstehende mitunter schwer zu erkennen. Ein wichtiges Erkennungsmerkmal sind die auf Stecknadelgröße verkleinerten Pupillen.

Bei Heroinabhängigkeit ist etwa sechs bis acht Stunden nach dem letzten Konsum mit einem Entzugssyndrom zu rechnen, welches etwa zwei bis drei Tage oder auch länger andauert, unangenehm empfunden wird, aber in der Regel nicht lebensbedrohlich ist. Zusammenfassend lassen sich die Entzugssymptome als gegenläufig zu den Wirkeffekten charakterisieren: Neben einem starken Verlangen nach einem Opioid (craving) können folgende Entzugssymptome auftreten: verstärktes Schnupfen oder Niesen, vermehrtes Schwitzen, Tränenfluss, Hyperventilation oder Gähnen, erhöhte Schmerzempfindlichkeit, Muskelschmerzen und -krämpfe, Bauchkrämpfe und Durchfall, Übelkeit oder Erbrechen, erhöhter Herzschlag oder Blutdruck, Hypermotorik, Angst, innere Unruhe oder Schlaflosigkeit und andere.

Zu den gesundheitlichen Risiken von Heroinkonsum zählen Todesfälle aufgrund von Überdosierung, aber auch Spritzenabszesse und Infektionen (Hepatitis B und C, HIV) aufgrund der intravenösen Applikation. Darüber hinaus führt Opioidkonsum je nach Applikationsform zu verschiedenen körperlichen Folgeschäden, darunter Zahn- und Kiefererkrankungen, Erkrankungen der Nase und diverse Organschäden. Außerdem spielen Beschaffungskriminalität und damit einhergehende Veränderungen in der sozialen Situation der Konsumenten eine wichtige Rolle.

Suchthilfesystem

Das Versorgungssystem für Menschen mit substanzbezogenen Störungen in Deutschland ist sehr differenziert und umfasst eine Vielzahl von Angeboten. Diese beinhalten sowohl Beratungs- und Behandlungsangebote gesetzlicher Träger auf Grundlage des SGB (Kranken- und Rentenversicherung sowie Sozialhilfeträger) als auch psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote unterschiedlicher Trägerschaft wie z. B. Suchtberatungsstellen, betriebsärztliche und Sozialdienste oder Informationsangebote der Berufsgenossenschaften oder der Gewerkschaften.

Die weitaus meisten Menschen mit alkohol- bzw. suchtmittelassoziierten körperlichen, psychischen oder sozialen Problemen werden in der Hausarztpraxis vorgestellt. Hier kann im Sinne einer Kurzintervention bereits der Hinweis auf einen Zusammenhang zu Konsumgewohnheiten hilfreich sein und die Patient/innen veranlassen, für weitere Informationen offen zu sein. Es wäre wünschenswert, dass dies durch strukturelle Maßnahmen unterstützt würde (z. B. Weiterbildung, Vergütungsanreize). Ein niedrigschwelliges, „passageres“ Angebot an Informationsmaterialien oder weiterführenden Webadressen kann sowohl für Betroffene als auch für Angehörige nützlich sein. Hier bieten sich etwa die Webseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de), der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (www.dhs.de) oder von spezifischen Fachverbänden (z. B.

Fachverband Sucht: www.sucht.de) oder Fachgesellschaften (z. B. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie; www.dg-sucht.de) an.

Aus der im Sozialgesetzbuch verankerten Trennung der Leistungsträger im deutschen Gesundheitsversorgungssystem resultiert eine historisch gewachsene Zweiteilung des Suchthilfesystems in einen Akutbehandlungsbereich und einen rehabilitativen Versorgungsbereich mit jeweils unterschiedlichen Zuständigkeiten der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V) und der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI). Das Suchthilfesystem umfasst ferner verschiedene Strukturen und Settings, aber auch verschiedene Berufsgruppen. Darüber hinaus bestehen regionale Unterschiede bezüglich spezifischer Ausprägungen des Suchthilfesystems. Zur Akutbehandlung gehören die Entgiftungs- und die Entzugsbehandlung, welche in den Allgemeinkrankenhäusern (in den internistischen oder psychiatrischen Abteilungen) oder ambulant bei den niedergelassenen Haus- oder Fachärzt/-innen durchgeführt werden können. Eine möglicherweise indizierte anschließende medizinische Rehabilitation findet in spezialisierten Fachkliniken oder ambulanten bzw. ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen statt.

Aufgrund der Trennung der Leistungsträgerschaft und der Komplexität der Strukturen ergibt sich die Notwendigkeit der Vernetzung zwischen den Einrichtungen der Akutbehandlung und der Postakutbehandlung. Orientierend können hier die Servicestellen der Rehabilitationsträger zur Seite stehen, bei denen sich Versicherte bzgl. Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen können. Zudem haben viele Betriebe und Verwaltungen über Betriebs- und Personalräte oder Soziale Ansprechpartner/-innen (SAP) bzw. ausgebildete betriebliche Suchthelfer/innen eine Infrastruktur aufgebaut, die Menschen mit beginnender Problemeinsicht unterstützend zur Seite steht. Häufig existieren auch entsprechende Betriebs- oder Personalvereinbarungen zur Thematik „Alkohol bzw. Sucht am Arbeitsplatz“.

Schnittstellenfunktion zwischen den verschiedenen Angeboten der Suchthilfe haben die Suchtberatungsstellen, die in kommunaler, kirchlicher oder frei gemeinnütziger Trägerschaft stehen. Hier werden neben Beratung und ambulanten Hilfen auch die Vorbereitung auf weiterführende rehabilitative Angebote sowie die Unterstützung bei der Antragstellung beim zuständigen Sozialversicherungsträger vorgehalten. Sie bieten sich auch als Anlaufstelle für Angehörige (Partner/in, Kinder, Familie) mit Beratungsbedarf an. Im Rahmen stationärer Entgiftungs- bzw. qualifizierter Entzugsbehandlungen werden hier auch Beratungen und Antragstellungen für weiterführende Maßnahmen durch die Krankenhaussozialdienste angeboten.

Einen besonderen Stellenwert haben in Deutschland die Suchtselbsthilfegruppen, die flächendeckend vertreten sind und unterschiedliche Ausrichtungen und Arbeitsweisen haben (Übersichten über die jeweiligen Internet-Informationsseiten der Suchtselbsthilfeverbände, z. B. Anonyme Alkoholiker (AA), Guttempler, Kreuzbund, Blaues Kreuz oder Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe). Diese bieten sowohl Präventions- und Informationsabende an als auch Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz nach oder auch ohne Behandlung.

In der ärztlichen und psychologischen ambulanten Psychotherapie ist es seit der letzten Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen, dass im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung bis zu zehn Behandlungsstunden bei bestehender Abhängigkeitsproblematik durchgeführt werden können, wenn in diesem Zeitraum eine Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz erreicht werden kann (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA),

2015). Ansonsten ist auf weiterführende, spezifische Behandlung (ambulant, ganztägig ambulant oder stationär) zu verweisen.

Einen umfassenden Überblick über das Versorgungssystem in Deutschland bieten die aktuelle S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (AWMF, 2015b) sowie eine entsprechende Arbeitshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR; 2006). Die S3-Leitlinie enthält darüber hinaus Empfehlungen bzgl. adäquater Behandlungspfade und -ansätze.

Zusammenfassung:

A-priori-Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen und besondere Risikogruppen

A-priori-Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen in der Gesamtbevölkerung

Im Hinblick auf die aktuellen Prävalenzschätzungen ist nochmals auf die begrenzte Validität von Selbstauskünften hinzuweisen. Die hier genannten Zahlen vermitteln als Orientierungsgrößen einen Eindruck von dem Ausmaß der Problematik.

In Bezug auf **Alkohol** ist davon auszugehen, dass etwa jede/r siebte Rehabilitand/-in einen riskanten Alkoholkonsum aufweist, während **alkoholbezogene Störungen** (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit) bei etwa jedem/jeder siebzehnten Rehabilitanden/Rehabilitandin vorliegen.

Die Schätzungen zum schädlichen Gebrauch und zur Abhängigkeit von Medikamenten sind eher als grobe Annäherungswerte zu betrachten; ausgehend von den Ergebnissen des ESA 2012 ist ein schädlicher Gebrauch durchaus bei jedem/jeder zehnten Rehabilitanden/Rehabilitandin zu erwarten, eine Abhängigkeit bei etwa jedem/jeder zwanzigsten Rehabilitanden/Rehabilitandin .

Ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von illegalen Drogen ist im Vergleich zu den beiden anderen Substanzgruppen viel seltener zu erwarten, insbesondere im Rehabilitationssetting.

A-priori-Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen in der Gruppe der Konsument/-innen

Neben den Prävalenzraten in der Gesamtbevölkerung ist es auch interessant, die Prävalenzraten von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit beschränkt auf die Gruppe der Konsumierenden zu betrachten (siehe nachfolgende tabellarische Darstellung, angelehnt an Kraus et al., 2014a, 2014c, 2014b). Hier wird das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential der einzelnen Substanzen deutlicher.

Substanz	Schädl. Gebrauch/ Abhängigkeit unter Konsumierenden	
Alkohol	7,5 %	→ ca. jede/-r Dreizehnte
Schmerzmittel	19,7 %	→ ca. jede/-r Fünfte
Schlaf- /Beruhigungsmittel	30,1 / 40,9 %	→ ca. jede/-r Zweite bis Dritte
Cannabis/Kokain	22,9 / 27,1 %	→ ca. jede/-r Vierte
Amphetamine	40,5 %	→ ca. jede/-r Zweite

Besondere Risikogruppen

Männer sind häufiger von alkoholbezogenen Störungen betroffen und zeigen auch häufiger einen riskanten Konsum.

Frauen bekommen häufiger psychotrope Medikamente verordnet und haben daher ein höheres Risiko für die Entwicklung eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von diesen. Riskanter Alkoholkonsum scheint eher bei Frauen mit höherem sozioökonomischem Status eine Rolle zu spielen.

Ältere Menschen haben aufgrund veränderter körperlicher Voraussetzungen (veränderter Körperwasseranteil, veränderter Stoffwechsel) zum einen eine verringerte Alkoholtoleranz und bauen zum anderen auch Medikamente verzögert ab. Zudem werden älteren Menschen mit zunehmendem Alter auch mehr psychotrope Substanzen verordnet. Suchtprobleme im Alter werden häufiger übersehen oder mit typischen Alterssymptomen verwechselt (Wolter, 2015).

Subgruppenspezifische Angebote:

Die DHS bietet verschiedene spezifisch auf die einzelnen Risikogruppen zugeschnittene Informationsmaterialien an. So hält sie neben allgemeinen Broschüren zu den einzelnen Substanzen auch spezifische Materialien für Frauen, Schwangere, ältere Menschen, Angehörige, Familien sowie Kinder und Jugendliche vor. Neben Materialien für die Betroffenen selbst bietet sie aber auch Informationsbroschüren für die Akteure des Hilfesystems an, in denen auf die Besonderheiten bzw. die speziellen Lebensthemen der jeweiligen Subgruppen eingegangen und auch auf weiterführende Literatur verwiesen wird. So beinhaltet beispielsweise die Broschüre „Substanzbezogene Störungen im Alter“ den für die Erfassung von Alkoholproblemen im Alter angepassten Fragebogen SMAST-G (Short Michigan Alcohol Screening Test – Geriatric Version; Blow et al., 1998).

Zum Thema „Substanzbezogene Störungen im Alter“, aber auch zum Thema „Sucht am Arbeitsplatz“ existieren ferner entsprechende von der DHS mitentwickelte Webseiten (www.unabhaengig-im-alter.de; www.sucht-am-arbeitsplatz.de). Speziell auf Alkoholkonsum bei Jugendlichen ausgerichtet ist die Webseite www.kenn-dein-limit.info der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Teil C: Praxisempfehlungen

Einrichtungsstandards in Bezug auf den Umgang mit Suchtmitteln

- 1 Die Rehabilitationseinrichtung soll über eine **klare Grundhaltung** in Bezug auf den Umgang mit Suchtmitteln verfügen. Auch ein Konzept zur betrieblichen Suchtprävention kann diese Grundhaltung unterstützen.

Hilfreich ist ein Einrichtungsklima, in dem alle Mitarbeiter/-innen aufgetretene Probleme bei den Rehabilitand/-innen (z. B. alkoholisiert an Therapien teilnehmen, heimlicher Konsum usw.) **ungeachtet möglicher späterer Beschwerden** (z. B. beim Leistungsträger oder auf Klinikbewertungsportalen im Internet) offenlegen können.

- 2 Zur geforderten klaren Grundhaltung gehören Standards in Bezug auf den Umgang mit suchtkranken oder suchtgefährdeten Rehabilitand/-innen.

Die Rehabilitationseinrichtung soll über ein **transparentes und nachvollziehbares Regelwerk** im Hinblick auf den Konsum von Suchtmitteln verfügen. Die Einhaltung solcher Regeln sollte, z. B. bei Verdacht auf Nichteinhaltung, auch in geeigneter Form kontrolliert werden.

- 3 In Bezug auf den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen bei Rehabilitand/-innen sind Kontinuität, ein **enger Austausch und die Abstimmung innerhalb des therapeutischen Teams sowie einheitliche Konzepte** im Sinne eines „roten Fadens“ erforderlich.

Dabei soll sich die Einrichtung nicht auf restriktive Maßnahmen beschränken, sondern auch Hilfsangebote und Ansprechpartner/-innen für betroffene Rehabilitand/-innen vorhalten. Es ist wünschenswert, dass betroffenen Rehabilitand/-innen eine **feste Bezugsperson** zur Verfügung steht.

- 4 Die Mitarbeiter/-innen bedürfen im Hinblick auf den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen gezielter **Schulungsmaßnahmen**. Das Thema Suchtmittelkonsum soll daher in der Fort- und Weiterbildungskultur der Rehabilitationseinrichtung verankert sein.

Im ärztlichen Bereich bietet sich die von den Ärztekammern angebotene Zusatz-Weiterbildung **„Suchtmedizinische Grundversorgung“** an.

Ebenfalls sinnvoll ist eine Weiterbildung in **„Motivational Interviewing“**.

Screening und Diagnostik im mehrstufigen Prozess

- 5 Für das Screening (Anamnese, Labor) und die Diagnostik von problematischem Suchtmittelkonsum wird ein mehrstufiger Prozess empfohlen. Die erste Stufe beinhaltet ein Screening im Rahmen der **Aufnahmeuntersuchung** in Form eines **routinemäßigen Einsatzes von Screeningfragen**, aber auch einer Sensibilisierung für bestimmte **körperliche Befunde**, die **Erhebung von Laborparametern** sowie die **Sichtung von Vorbefunden**.
- 6 Die zweite Stufe lässt sich als weiterführende Abklärung und Diagnostik auffassen. Sie umfasst ggf. eine weiterführende Labor-diagnostik, eine Beobachtung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin im weiteren Verlauf der Rehabilitation im Hinblick auf eine mögliche suchtmittelbezogene Problematik, eine weiterführende Diagnostik mittels eines klinischen Interviews sowie eine differenti-aldiagnostische Abklärung weiterer psychischer Komorbidität.
- 7 Entscheidend in diesem Gesamtprozess ist, dass ein problematischer Substanzgebrauch erst aus der **Betrachtung aller Befunde und des klinischen Eindrucks** ersichtlich wird.

Einzelne auffällige Befunde (z. B. erhöhte γ -GT) müssen in jedem Fall näher exploriert werden.

- 8 Dem Rehabilitationsteam kommt in beiden Phasen eine besondere Bedeutung zu. In der ersten Phase ist es wichtig, eventuelle Hinweise auf einen problematischen Suchtmittelkonsum aus dem Rehabilitationsteam aufzunehmen. In die zweite Phase soll das Rehabilitationsteam aktiv einbezogen werden.

Erste Stufe

Screening während der Aufnahmeuntersuchung

- 9 Während der Aufnahmeuntersuchung sollen alle Rehabilitand/-innen mündlich auf einen eventuellen problematischen Suchtmittelkonsum gescreent werden. Der Fokus soll hierbei auf dem Konsummuster liegen. Entsprechend sollen Fragen zu Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums, zum Konsum anderer Substanzen und explizit auch zur regelmäßigen und bedarfsmäßigen Medikamenteneinnahme gestellt werden.
- 10 Folgende Fragen bieten sich für das Aufnahmegespräch an:
 - Wie oft trinken Sie Alkohol?
(Näher explorieren, wenn häufiger als 1x pro Woche; s. auch Empfehlungen 19 bis 24 im Abschnitt „Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“)

- Wenn Sie Alkohol trinken, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?
(Näher explorieren, wenn Konsum von mehr als 2 Getränken pro Tag; s. auch Empfehlungen 19 bis 24 im Abschnitt „Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“)
- Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit?
(Näher explorieren, wenn 1x monatlich oder öfter; s. auch Empfehlungen 19 bis 24 im Abschnitt „Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“)
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
- Nehmen Sie hin und wieder zur Verbesserung Ihres allgemeinen Befindens oder Ihrer Stimmung Medikamente ein? (Bspw. Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel)
- Wie oft haben Sie im letzten Jahr illegale Substanzen, wie z. B. Cannabis, konsumiert?
(Näher explorieren, wenn 1x oder öfter; s. auch Empfehlungen 19 bis 24 im Abschnitt „Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“)

- 11** Sofern ein mündliches Screening nicht möglich ist, sollen Screeningfragebögen eingesetzt werden (siehe auch Abschnitt „Auf einen Blick: Empfohlene Screening-Instrumente“).

Für die Erfassung von Alkoholkonsum wird der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001) oder dessen Kurzversion AUDIT-C (entspricht den ersten 3 Fragen der Langversion; Bush et al., 1998) empfohlen (Reinert & Allen, 2007; Vorlagen & Auswertungshinweise finden sich bei AWMF, 2015b).

Darüber hinaus kann als zeitsparendes Verfahren auch das Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC; Bischof et al., 2007) eingesetzt werden, das teilweise auf den Fragen des AUDIT-C basiert.

Zum Screening auf schädlichen Konsum oder Abhängigkeit von Medikamenten können als Fragebogenverfahren die Severity of Dependence Scale (SDS; Gossop et al., 1995; siehe auch Leitfaden der DHS zu Kurzinterventionen bei Patient/-innen mit problematischem Medikamentenkonsum) oder der Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (Watzl et al., 1991) eingesetzt werden.

Die SDS kann ebenfalls zum Screening auf schädlichen Konsum oder Gebrauch von illegalen Drogen genutzt werden.

- 12** Bei der Frage nach familiären oder sozialen Belastungen im Rahmen der Anamnese sollte immer auch an Probleme durch eine Suchterkrankung im sozialen Umfeld gedacht werden.

Beachtung klinischer Zeichen während der Aufnahmeuntersuchung und im Rehabilitationsverlauf und Sichtung von Unterlagen bzw. Vorbefunden

- 13** Neben dem mündlichen oder schriftlichen Screening soll bei Aufnahme auf klinische Zeichen für eine suchtmittelbezogene Problematik sowie auf Verhaltensauffälligkeiten geachtet werden (vgl. auch Hesse & Schwantes, 2006; www.alkohol-leitlinie.de Ruf et al., 2007).

Entsprechende Hinweise können sich aus der körperlichen Untersuchung, der Anamnese, den Ergebnissen der Labordiagnostik, aber auch aus Vorbefunden und aus Beobachtungen des Rehabilitationsteams ergeben.

Klinische Zeichen können zum einen direkte Zeichen eines möglicherweise problematischen Suchtmittelkonsums sein, wie z. B.

- Foetor ex ore/Intoxikation
- substanzbezogene Störung laut Fremdanamnese
- auffällige Laborwerte (z. B. Blut- oder Atemalkoholwerte)
- Berichte über eine Flaschensammlung im Zimmer

Indirekte körperliche und verhaltensbezogene Zeichen können, müssen aber nicht zwingend ein Hinweis auf eine suchtmittelbezogene Problematik sein. Hierzu gehören mögliche Folgen und Begleiterkrankungen von Suchtmittelkonsum, beispielsweise

- Lebervergrößerung, Teleangiectasien,
- Magenbeschwerden,
- Schwitzen,
- feinschlägiger Tremor,
- Pupillenveränderungen,
- Tachykardie,
- Erektionsstörungen,
- Mangelernährung/körperliche Schwäche,
- auffällige Laborwerte (z. B. indirekte Zustandsmarker),
- Verletzungen/Unfälle,
- Müdigkeit,
- Durchschlafstörungen,
- Gangunsicherheit,
- Konzentrationsprobleme/kognitiv-mnestische Defizite,
- Reizbarkeit,
- depressive Stimmungslage,
- sonstige Befindlichkeitsstörungen,
- fremdaggressives Verhalten,
- selbstverletzendes Verhalten,
- psychomotorische Unruhe.

- 14** Bei der Sichtung von Unterlagen oder Vorbefunden soll ein Augenmerk auf chronische Erkrankungen gerichtet werden, die durch Suchtmittelkonsum mitbedingt oder ungünstig beeinflusst werden können oder die einen problematischen Medikamentenkonsum begünstigen können.

- 15** Bei bereits bestehendem Verdacht auf eine Suchtproblematik sollen etwaig vorliegende Vorbefunde des Rehabilitanden/der Rehabilitandin zur Bestätigung des Verdachts hinzugezogen werden.

Labordiagnostik

- 16** Die Ergebnisse der Labordiagnostik sollen daraufhin überprüft werden, ob ein Verdacht für einen chronischen Alkoholkonsum vorliegt. Hierzu eignen sich z. B. γ GT, ASAT (GOT), ALAT (GPT) und MCV als indirekte Zustandsmarker für chronischen Alkoholkonsum.

Es wird empfohlen, für die Beurteilung nicht die Einzelwerte, sondern eine Kombination von Markern zu verwenden, da hierdurch die Sensitivität und Spezifität erhöht werden.

Hinweise aus dem Rehabilitationsteam

- 17** Eine generelle Thematisierung möglicher Suchtprobleme soll als fester Punkt in den Teambesprechungen vorgesehen werden.

Mitarbeitergruppen, die nicht regelmäßig an den Fallbesprechungen teilnehmen, sollen ermutigt werden, entsprechende Hinweise an das Behandlungsteam zu kommunizieren.

Sofern entsprechende Hinweise aus dem Rehabilitationsteam berichtet werden, sollen diese in den weiteren Behandlungsverlauf einbezogen werden.

Zweite Stufe

- 18** Kommt im Rahmen der ersten Stufe ein Verdacht auf einen möglichen riskanten Konsum oder eine andere Suchtmittelproblematik auf (z. B. Alkoholkonsum oberhalb der empfohlenen Grenzwerte/ Cut-offs, Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential, Konsum anderer psychoaktiver Substanzen, Probleme aufgrund des Substanzgebrauchs in der Vergangenheit), wird empfohlen, im Rahmen der in der Einrichtung gegebenen Möglichkeiten, die zweite Stufe zu durchlaufen.

Die zweite Stufe dient der weiterführenden Abklärung und Diagnostik einer möglichen Suchtmittelproblematik bei denjenigen Rehabilitand/-innen, die im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung (körperliche Befunde, Vorbefunde, Screening, Routinelabor) oder aufgrund von Hinweisen aus dem Rehabilitationsteam aufgefallen sind.

Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik

- 19** Ergeben sich anhand des Screenings nach den Konsummustern Hinweise auf einen problematischen Suchtmittelkonsum, soll dieser näher exploriert werden.
- 20** Hierzu eignen sich vertiefende mündliche Fragen zum Suchtmittelkonsum. Diese sollen aufeinander aufbauen. Nachfolgend werden beispielhaft vertiefende Fragen genannt. Sie orientieren sich an vorhandenen Screeninginstrumenten (siehe auch Empfehlung 11 im Abschnitt „Screening während der Aufnahmeuntersuchung“ und die Hintergrundinformationen dazu).
- Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Konsum zu reduzieren oder ganz mit dem Konsum aufzuhören?
 - Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?
 - Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?
 - Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klar zu kommen? (z. B. Trinken nur am Wochenende, erst ab 17 Uhr oder ähnliches)
 - Haben sich Ihr (Ehe-)Partner/-in oder andere nahe Verwandte oder Freunde schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens Sorgen gemacht oder sich deswegen beklagt?
 - Gab es bei Ihnen bereits Schwierigkeiten durch den Substanzgebrauch, z. B. im Beruf, in der Familie oder in Bezug auf Ihren Führerschein?
 - Gibt es Situationen, welche Sie ohne die Einnahme von Medikamenten nicht bewältigen können?
 - Beunruhigt Sie die Vorstellung, mehrere Tage oder sogar Wochen auf „Ihr“ Medikament verzichten zu müssen?
 - Haben Sie sich zur Sicherheit einen Vorrat dieses Medikaments angelegt?
 - Haben Sie schon einmal die Erfahrung gemacht, dass unangenehme Begleiterscheinungen aufgetreten sind, wenn Sie diese Medikamente weggelassen haben?

Gegebenenfalls können das Eingangsscreening und die vertiefenden Fragen von unterschiedlichen Mitgliedern des Behandlungsteams übernommen werden.

21 Zur weiteren Erhärtung des Verdachts können zusätzlich Screeningfragebögen eingesetzt werden (siehe auch Empfehlung 11 im Abschnitt „Screening während der Aufnahmeuntersuchung“).

22 Bei einem Verdacht auf schädlichen Medikamentengebrauch oder Medikamentenabhängigkeit und ausreichender Veränderungsbeurteilung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin soll eine ausführliche Medikamentenanamnese durchgeführt werden.

Es soll ferner abgeklärt werden, ob es sich um eine Niedrig- oder um eine Hochdosisabhängigkeit handelt (siehe hierzu Bühren et al., 2007 S. 20)

23 Verdichten sich die Hinweise auf eine suchtmittelbezogene Problematik, soll eine weiterführende Diagnostik, am besten mithilfe eines klinischen Interviews, erfolgen und ggf. eine Diagnose nach ICD gestellt werden.

24 Das Stellen einer F-Diagnose erfordert unter Umständen ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Konsil.

Einbeziehung des Rehabilitationsteams

25 Die Team-, Fall- bzw. Stationsbesprechungen sollen dazu genutzt werden, die anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams aktiv zu deren Beobachtungen in Bezug auf den betroffenen Rehabilitanden/ die betroffene Rehabilitandin zu befragen.

Beobachtung der Rehabilitand/-innen im weiteren Verlauf der Rehabilitation

26 Bei einem Verdacht auf einen problematischen Suchtmittelkonsum soll der/die Rehabilitand/-in im weiteren Verlauf der Rehabilitation im Hinblick auf folgende Aspekte beobachtet werden:

- Einhaltung der Einrichtungsregeln zum Konsum psychoaktiver Substanzen
- klinische Zeichen einer Suchtproblematik (siehe auch Empfehlung 13 im Abschnitt „Beachtung klinischer Zeichen...“)
- etwaige Entzugssymptome.

Erweiterte Labordiagnostik

27 Sofern bis auf auffällige Laborwerte keine weiteren Hinweise für einen problematischen Substanzkonsum vorliegen, soll im Falle von unerwartet erhöhten Leberwerten (γ GT, ASAT/GOT und ALAT/GPT) bei Aufnahme eine weiterführende Diagnostik erfolgen, um Substanzkonsum oder andere Ursachen für die Laborveränderungen zu evaluieren.

- 28** Bei Verdacht auf einen chronisch erhöhten Alkoholkonsum können CDT, Amylase und/oder Lipase als weitere Labormarker hinzugezogen werden.
- 29** Soll das Vorliegen eines akuten Alkoholkonsums überprüft werden, so sollen direkte Zustandsmarker erhoben werden. Hierfür eignet sich die Bestimmung von Ethylalkohol in der Atemluft oder im Blut und die Bestimmung EtG und EtS im Urin (vgl. auch AWMF, 2015b).
- 30** Besteht ein Verdacht auf den Konsum weiterer Substanzen, streitet der Rehabilitand/die Rehabilitandin dies jedoch ab, soll zur Abklärung ein Screening auf entsprechende Substanzen durchgeführt werden.

Das Screening soll zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach der vermuteten Intoxikation erfolgen.

Voraussetzung für die Durchführung des Drogenscreenings ist die Einwilligung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin.

Differentialdiagnose weiterer psychischer Komorbidität

- 31** Differenzialdiagnostisch sollte das Vorliegen weiterer komorbider psychischer Störungen (z. B. Depression, Angststörungen, somatoforme Schmerzstörung) geprüft werden.

Interventionen

Grundsätzliche Zielsetzungen im Rahmen der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation

- 32** Im Rahmen einer somatischen oder psychosomatischen Rehabilitation sollen im Hinblick auf die Suchtproblematik **realistische und realisierbare Ziele** gesetzt werden. **Ziel ist nicht die eigenständige Behandlung der Suchtproblematik.**

Im Rahmen der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation geht es vielmehr um die **Bewusstmachung** der Problematik bei den betroffenen Rehabilitand/-innen, die **Vermittlung von Informationen** über Risiken und die **Motivierung** für weiterführende Maßnahmen. Die Zeit während der Rehabilitation soll entsprechend dazu genutzt werden, Behandlungswege aufzuzeigen und bei den Rehabilitand/-innen ein günstigeres Stadium der Veränderungsmotivation zu erreichen.

In Einrichtungen der psychosomatischen Rehabilitation kann bei entsprechender personeller Ausstattung auch eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Problematik erfolgen.

33 Je nach Schwere der Problematik können bereits individuelle Therapieziele festgelegt werden. Sofern eine Festlegung von Therapiezielen zum Zeitpunkt der Rehabilitation noch nicht möglich ist, können mögliche zukünftige Therapieziele besprochen werden. Dabei soll das **Primat der Schadensminderung im Sinne hierarchischer Therapieziele** beachtet werden. In diesem Sinne kann auch eine Reduktion des Konsums ein Ziel sein.

34 Darüber hinaus sollen die Rehabilitand/-innen über weiterführende Angebote informiert werden und ihnen soll das Selbsthilfeprinzip dargestellt werden.

Insbesondere soll eine **Kontaktanbahnung zu Akteuren der Suchthilfe** am Heimatort angestrebt werden (z. B. telefonisch), da nach der Rehabilitation enorme Brüche auftreten können.

35 Neben weiterführenden Maßnahmen nach Beendigung der aktuellen Rehabilitation sollen nach Möglichkeit auch Angebote des Suchthilfesystems **am Ort der Rehabilitation** vorgestellt und eine Kontaktherstellung zu entsprechenden Akteuren aus dem Bereich der **Selbsthilfe** ermöglicht werden. Dies stellt eine Chance zum Ausprobieren einer Selbsthilfegruppe am Ort der Rehabilitation dar. Eventuell bestehende Befürchtungen sollten während der Rehabilitationsmaßnahme entdramatisiert und die gemachten Erfahrungen reflektiert werden.

Eine **Kooperation der Rehabilitationseinrichtung mit Selbsthilfegruppen** kann hierfür hilfreich sein. Denkbar ist beispielsweise, dass sich Selbsthilfegruppen einmal monatlich in der Rehabilitationseinrichtung vorstellen. Um mögliche Hürden in Bezug auf die Kooperation abzubauen, empfiehlt es sich, die gegenseitigen Erwartungen und Vorstellungen transparent zu kommunizieren. Hierfür kann es hilfreich sein, eine/n Mitarbeiter/-in zu bestimmen, der/die die Kooperation mit den Akteuren der Selbsthilfe pflegt.

Kurzinterventionen

36 Wenn bei Rehabilitand/-innen ein problematischer Suchtmittelkonsum festgestellt wurde, sollen so genannte Kurzinterventionen durchgeführt werden. Inhaltlich sollten die Interventionen u.a. folgende Elemente umfassen (**FRAMES-Schema**; vgl. Bien, Miller, & Tonigan, 1993):

Feedback:

→ eine Rückmeldung der Befunde und Untersuchungsergebnisse, durch die ein problematischer Suchtmittelkonsum festgestellt wurde

Responsibility:

→ die Betonung der Eigenverantwortung des Patienten

Advice:

→ in angemessener Form vermittelte, klare und umsetzbare Ratschläge zur Umsetzung eines weniger schädlichen Konsums

Menue:

→ eine Auswahl von Handlungsmöglichkeiten (Stärkung der Selbstbestimmung)

Empathy:

→ zugewandtes, verständnisvolles und nicht wertendes Verhalten gegenüber dem/der Rehabilitand/-in

Self-Efficacy:

→ Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin (Vorgehen in kleinen, umsetzbaren Schritten)

- 37** Bei der Umsetzung der Interventionen sollten prozessförderliche Gesprächsmethoden, z. B. Motivational Interviewing angewandt werden.
- 38** Die Interventionen sollten an die aktuelle Motivationslage (im Sinne des transtheoretischen Modells von (Prochaska & DiClemente, 1983) des Patienten angepasst werden. Zum Beispiel ist es günstig, im Stadium der Absichtslosigkeit (precontemplation) auf den Beziehungsaufbau und die Informationsweitergabe zu fokussieren und erst in der Vorbereitungsphase (preparation) unterstützend konkrete Handlungsvorschläge zu unterbreiten.
- 39** Als Hilfestellung können die entsprechenden von der DHS herausgegebenen Leitfäden bzw. Manuale zu Kurzinterventionen bei Patient/-innen mit problematischem Alkohol- bzw. Medikamentenkonsum benutzt werden (siehe Hintergrundteil zu diesem Kapitel im Materialband).
- 40** Die Kurzinterventionen können von allen qualifizierten Berufsgruppen (z. B. Ärzte/Ärztinnen, Psycholog/-innen, Pflegekräfte) durchgeführt werden.

Die durchführende Person sollte in den o.g. Gesprächsmethoden geschult sein und vor der Durchführung der Kurzintervention sämtliche Informationen erhalten haben, die den Verdacht des problematischen Suchtmittelkonsums begründen (s. auch Kapitel „Einrichtungsstandards in Bezug auf den Umgang mit Suchtmitteln“).

- 41** Die Interventionen sollten zwei bis drei Sitzungen umfassen. Es sind aber auch Einzelsitzungen möglich.

Die Sitzungen sollten eine Dauer von mindestens fünf bis zehn Minuten haben.

- 42** Bei entsprechender Ausstattung mit fortgebildetem und geeignetem Personal (z. B. in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen) kann auch eine intensivere Auseinandersetzung mit der substanzbezogenen Störung in der Rehabilitationseinrichtung selbst erfolgen, z. B. im Rahmen von indikativen Gruppen oder ärztlichen oder psychotherapeutischen Einzelgesprächen.
- 43** Falls ein Rehabilitand/eine Rehabilitandin motiviert für eine umfangreichere Auseinandersetzung mit dem Thema ist und eine eingehendere Beratung wünscht, soll ihm/ihr diese zeitnah angeboten werden. Dies kann in der Rehabilitationseinrichtung selbst erfolgen oder es kann ein Termin in einer Suchtberatungsstelle am Rehabilitations- oder am Heimatort anberaumt werden.
- 44** Wenn keine persönliche Kurzintervention möglich ist, sollen geeignete Informationen bzw. Selbsthilfematerialien dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin zur Verfügung gestellt oder/und eine computergestützte Intervention angeboten werden. Beides kann auch ergänzend zu persönlichen Interventionen genutzt werden.

Psychoedukation

- 45** Alle Rehabilitand/-innen sollen unter dem Leitsatz „bewusster Umgang“ in Bezug auf risikoarmen und riskanten Konsum von Alkohol und Medikamenten informiert werden. Hierbei sollen auch mögliche Wechselwirkungen thematisiert werden.
- 46** Darüber hinaus soll auch die Belastung von Rehabilitand/-innen angesprochen werden, die eine suchtkranke Person in ihrem Umfeld haben.
- 47** Die Inhalte sollten mit anderen Themen (z. B. Stress, Angst, Depression, Ernährung) verknüpft und in die interdisziplinären Angebote der Einrichtung eingebettet sein.
- 48** Die Information der Rehabilitand/-innen kann beispielsweise auch im Rahmen eines verpflichtenden Vortrages erfolgen.
- 49** Zusätzlich zur allgemeinen Sensibilisierung aller Rehabilitand/-innen können vertiefende Angebote vorgehalten werden (z. B. eine Motivationsgruppe oder das Modul „Alltagsdrogen“ aus dem Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung; Döll et al., 2000).

Diese vertiefenden Angebote sollen einerseits Rehabilitand/-innen mit einem bestehenden problematischen Suchtmittelkonsum empfohlen werden, andererseits sollten sie allen interessierten Rehabilitand/-innen offen stehen.

- 50** Darüber hinaus können den Rehabilitand/-innen Informationsbroschüren zur Verfügung gestellt werden, z. B. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, welche auch Informationsmaterialien für spezielle Personengruppen (z. B. Jugendliche, Frauen, Ältere) anbieten.

Medikamente mit Suchtpotential

- 51** Nimmt der Rehabilitand/die Rehabilitandin eine vom vorbehandelnden Arzt/von der vorbehandelnden Ärztin verordnete problematische Medikation ein, sollte eine risikoärmere Alternative in Erwägung gezogen werden. Im Falle eines bestehenden schädlichen Medikamentengebrauchs oder einer Abhängigkeit kann – je nach Substanz und Schwere der Abhängigkeit – ein Medikamentenwechsel, ggf. nach Rücksprache mit der vorbehandelnden Ärztin/dem vorbehandelnden Arzt, angebahnt werden.

Hierbei ist zu prüfen, ob es sich ggf. um eine Niedrigdosisabhängigkeit oder eine Hochdosisabhängigkeit handelt. Bei hochbetagten Rehabilitand/-innen sollen zudem die Risiken und der Nutzen eines Entzuges abgewogen werden (siehe hierzu Bühren et al., 2007).

- 52** Je nach Substanz und Schwere der Problematik kann, mit Einverständnis des Rehabilitanden/der Rehabilitandin, ein Ausschleichen der problematischen Medikation begonnen oder vorbereitet werden. Dabei ist je nach Substanz und Schwere unterschiedlich vorzugehen (vgl. auch Bühren et al., 2007). In jedem Fall muss der/die Rehabilitand/-in über die zu erwartenden Nebenwirkungen des Absetzens informiert werden.

- 53** Ein Medikamentenwechsel muss im Entlassungsbericht, sofern vorhanden, mit Abdosierungsschema, dokumentiert und begründet werden.

Ist ein vollständiges Absetzen der problematischen Medikation während des Rehabilitationsaufenthaltes nicht möglich, muss der Absetzplan im Entlassungsbericht dokumentiert werden.

Fortführung der Rehabilitation bei gesicherter substanzbezogener Störung

- 54** Bei gesicherter Diagnose einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Konsums soll eine Neubewertung des Rehabilitationsbedarfs, der Rehabilitationsfähigkeit und der Erfolgsprognose erfolgen.

- 55** Wenn der Rehabilitand/die Rehabilitandin rehabilitationsfähig ist und die Rehabilitationsziele zumindest teilweise erreichbar sind, kann die Rehabilitationsmaßnahme – ggf. unter Auflagen – fortgeführt werden und die Zeit für eine weitere Motivierung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin genutzt werden.

Mögliche Auflagen für eine Fortführung der Rehabilitationsmaßnahme sind bspw. die Vereinbarung einer Konsumpause oder einer Konsumreduktion. Auflagen sollen individuell festgelegt und können auch vertraglich festgehalten werden. Dabei sollen möglichst konkret die Rahmenbedingungen der Vereinbarung festgehalten werden (z. B. Kontrollmaßnahmen, im Falle einer Trinkmengenreduktion die Dosis, ggf. eine Promillegrenze, zeitliche Rahmenbedingungen etc.).

- 56** Wenn kein Erreichen der Rehabilitationsziele ohne Bearbeitung der Abhängigkeitsproblematik/des schädlichen Konsums möglich ist, soll die Rehabilitation auf ärztliche Veranlassung vorzeitig beendet werden.

Bei entsprechender Ausstattung mit fortgebildetem und geeignetem Personal (z. B. Psychologischer Dienst mit entsprechenden Kapazitäten) kann die Bearbeitung der substanzbezogenen Störung als Rehabilitationsziel verfolgt werden. Im Einzelfall ist dann zu indizieren, inwiefern eine weiterführende Behandlung angezeigt ist.

- 57** Wenn der Rehabilitand/die Rehabilitandin zu einer Behandlung der Abhängigkeitserkrankung motiviert ist, soll eine Weitervermittlung in eine evidenzbasierte suchtspezifische Behandlung erfolgen (siehe Kapitel „Anbahnung einer weiterführenden Behandlung“).

- 58** Alkoholabhängige, die sich keiner ärztlich überwachten Entzugsbehandlung unterziehen wollen, sollten über Risiken einer nicht überwachten plötzlichen Trinkmengenreduktion oder eines Trinkstopps informiert werden.

Anbahnung einer weiterführenden Behandlung

- 59** Ist der Rehabilitand/die Rehabilitandin für eine weitere Behandlung der Suchtproblematik motiviert, sollen ihm/ihr verschiedene Möglichkeiten für ein Beratungsgespräch vorgestellt werden.

Den Rehabilitand/-innen sollen die verschiedenen stationären, ambulanten und ganztägig ambulanten (Tagesklinik) Möglichkeiten der Weiterbehandlung vorgestellt werden (Formen der Akut- und Postakutbehandlung, Psychotherapie) und eine Anbahnung der weiteren Behandlung während der Rehabilitation erfolgen. Hierbei sollen geeignete suchtspezifische Einrichtungen bzw. möglichst Behandler mit einer suchtspezifischen Zusatzqualifikation kontaktiert werden.

Die aktuelle S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" (AWMF, 2015b) gibt einen Überblick über mögliche Behandlungsoptionen sowie Empfehlungen zu deren Auswahl.

- 60** Ist eine endgültige Entscheidung für eine bestimmte Form der Weiterbehandlung während der Rehabilitation noch nicht möglich, soll ein Kontakt zu Einrichtungen des psychosozialen Hilfesystems vermittelt werden (z. B. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Betriebsarzt).
- 61** Das Einverständnis des Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin vorausgesetzt, sollten der zuständige Betriebsarzt und/oder eine gegebenenfalls vorhandene betriebliche Sozial- oder Suchtberatung noch während der laufenden Rehabilitation kontaktiert werden. Es ist zu klären, ob ein betriebliches Hilfesystem einen Teil der Nachsorgebehandlung übernehmen oder zumindest flankieren kann.

Vor einer solchen Kontaktaufnahme mit dem betriebsärztlichen Dienst ist unbedingt das Einverständnis des Rehabilitanden/der Rehabilitandin schriftlich einzuholen.

Aufklärung in Bezug auf die Risiken im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz sowie über mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen

- 62** Bei gesicherter Diagnose einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Substanzkonsums sollen alle Rehabilitand/-innen über die bestehenden Risiken im Straßenverkehr (Kraftfahreignung) und am Arbeitsplatz (z. B. Absturzrisiko, Unfallrisiko bei der Bedienung von Maschinen und schwerem Gerät) sowie über mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen aufgeklärt werden.

Die Aufklärung soll schriftlich dokumentiert und von dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin unterzeichnet werden sowie im Entlassungsbericht Erwähnung finden. Damit hat die Einrichtung ihre fachgerechte Vorgehensweise ausreichend dokumentiert.

Dokumentation

- 63** Ein bestehender riskanter, schädlicher oder abhängiger Konsum oder der Verdacht darauf, soll in der Patientenakte dokumentiert werden.
- 64** Im Hinblick auf die Dokumentation einer Suchtmittelabhängigkeit oder eines schädlichen Konsums im Entlassungsbericht sind die Konsequenzen für den Rehabilitanden/die Rehabilitandin, aber auch die eventuelle Gefährdung Dritter, abzuwägen.

Bei bestehender sozialmedizinischer Relevanz – wovon in der Regel auszugehen ist – muss die Diagnose einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Konsums im Entlassungsbericht aufgeführt werden. Bei Bedarf sollte für die Diagnosestellung ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Konsil angefordert werden (s. auch Empfehlungen 19 bis 24 im Abschnitt „Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“).

- 65** Bei der Leistungsbeurteilung kann zur Beschreibung der Problematik eine positive Formulierung genutzt werden (z. B. abhängig von der F 10.x-Diagnose und der ausgeübten Tätigkeit „Die Ausübung des Berufs ist bei stabiler Abstinenz/bei Fähigkeit zur Punkt-abstinenz/bei Fähigkeit zur Reduktion des Konsums möglich.“).
- 66** Wie üblich, gilt hinsichtlich der Weitergabe des Entlassungsberichts an den Hausarzt/die Hausärztin, dass der Rehabilitand/die Rehabilitandin hierfür um Einwilligung gebeten werden muss.

Sondersituationen

Abstinent lebende Alkoholiker/-innen

- 67** Wird bekannt, dass ein/e Rehabilitand/-in abstinent lebende/r Alkoholiker/-in ist, so soll ihm/ihr für seine/ihre erfolgreiche Abstinenz Anerkennung ausgesprochen werden.

Dies gilt im Übrigen gleichermaßen für suchtmittelfrei lebende Rehabilitand/-innen mit einer Abhängigkeit von anderen Substanzen.

- 68** Ferner soll er/sie auf die Risiken während der Rehabilitation (neues Umfeld, nicht abstinente Mitpatient/-innen, Kneipenbesuche am Wochenende und ähnliches) hingewiesen werden und es sollen Strategien zur Rückfallprävention besprochen werden.
- 69** Darüber hinaus soll dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin ein psychologisches Beratungsgespräch sowie die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe angeboten werden.
- 70** Bei Bekanntwerden einer bestehenden Abhängigkeit mit derzeitiger Abstinenz/Suchtmittelfreiheit muss in jedem Fall der behandelnde Arzt/ die behandelnde Ärztin in der Rehabilitationseinrichtung darüber informiert werden. Er/sie ist verantwortlich für die Gesamtbehandlungsstrategie und muss entscheiden, inwieweit eine Informationsweitergabe an andere Mitglieder des Behandlerenteams für die Durchführung der jeweiligen relevanten Therapien erforderlich ist.

- 71** Erleidet ein/e abstinent lebende/r Alkoholiker/-in während der Rehabilitation einen Rückfall, so muss der Einzelfall hinsichtlich der Schwere des Rückfalls bewertet und das weitere Vorgehen individuell entschieden werden.

Rückfälle sollen als Bestandteil einer Alkoholabhängigkeit entdramatisiert werden.

Sofern das Rückfallgeschehen beherrschbar ist („Ausrutscher“) und weder eine Alkoholvergiftung noch eine ausgeprägte Entzugssymptomatik vorliegt, kann die Rehabilitationsmaßnahme fortgeführt werden.

Dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin sollen zur Aufarbeitung des Rückfalls stabilisierende Gespräche angeboten werden. Hierbei ist es hilfreich, wenn der/die jeweilige Behandelnde über entsprechendes Hintergrundwissen zur Rückfallthematik (z. B. über mögliche Auslöser) verfügt.

Substituierte Rehabilitand/-innen

- 72** Die Fortführung einer bestehenden Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit während der Rehabilitation, ist im Rahmen einer Konsiliar- und Vertretungsregelung problemlos möglich. Voraussetzung hierfür sind eine stabile Substitutionsdosis und Beikonsumfreiheit (siehe auch DRV Bund, 2010).

- 73** Ein Überblick zum Thema „Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ findet sich in den gleichnamigen Richtlinien der Bundesärztekammer (2010). Demnach sind folgende Varianten denkbar:

- Ein Arzt oder eine Ärztin der Rehabilitationseinrichtung verfügt über eine suchtherapeutische Qualifikation und führt die Substitution in Vertretung des/der behandelnden substituierenden Arztes/Ärztin durch.
- Die Fortführung der Substitution erfolgt ambulant durch eine/n suchtherapeutisch qualifizierte/n Arzt/Ärztin am Ort der Rehabilitation.

Steht als Vertretung kein Arzt/Ärztin mit suchtherapeutischer Qualifikation zur Verfügung, so kann für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen und längstens insgesamt zwölf Wochen im Jahr auch ein Arzt/eine Ärztin ohne diese Qualifikation die Substitution durchführen. In diesem Fall muss die Substitution mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin oder mit einem/einer konsiliarisch hinzugezogenen Arzt/Ärztin mit der erforderlichen Qualifikation, abgestimmt werden.

- 74** Der/die vertretende Arzt/Ärztin soll über relevante Inhalte der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)³ sowie andere Bestimmungen zur Substitution bei Opiatabhängigkeit informiert sein. Sofern der/die Vertreter/-in keine suchtttherapeutische Qualifikation besitzt, erfolgt eine entsprechende Aufklärung durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin oder durch eine beauftragte Person mit der entsprechenden Qualifikation.
- 75** Bei Rückfragen und Beratungsbedarf seitens des/der vertretenden Arztes/Ärztin soll der behandelnde oder der/die konsiliarisch hinzugezogene Arzt/Ärztin kontaktiert werden. Ist eine Kontaktaufnahme mit dem/der originär substituierenden Arzt/Ärztin zum Zeitpunkt der Rehabilitation nicht möglich, so soll die Beratungskommission der zuständigen Landesärztekammer hinzugezogen werden. Für die Substitution zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eigene Kommissionen.

³ abrufbar z. B. unter www.gesetze-im-internet.de des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz und der juris GmbH, letzter Zugriff am 22.03.2016

Auf einen Blick: Empfohlene Screening-Instrumente

Auf den nächsten Seiten finden Sie die folgenden vier in diesem Dokument empfohlenen Screening-Instrumente samt Hinweisen zu deren Auswertung abgedruckt:

AUDIT mit AUDIT-C

Alcohol Use Disorders Identification Test

→ Screening auf problematischen Alkoholkonsum

BASIC

Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care

→ Screening auf problematischen Alkoholkonsum

SDS

Severity of Dependence Scale

→ Screening auf problematischen Konsum von Medikamenten
oder anderen Suchtmitteln

KFM

Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch

→ Screening auf problematischen Konsum von Medikamenten

AUDIT (Babor et al., 2001)

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

- | | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> niemals | <input type="checkbox"/> 1 mal im Monat oder seltener | <input type="checkbox"/> 2 bis 4 mal im Monat | <input type="checkbox"/> 2 bis 3 mal pro Woche | <input type="checkbox"/> 4 mal oder mehrmals die Woche |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |

Audit-C

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wieviel 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.

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

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

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

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?

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

5. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man normalerweise an Sie hat, nicht mehr erfüllen konnten?

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

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?

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

AUDIT (Babor et al., 2001)

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

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

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

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

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

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, aber nicht im letzten Jahr | <input type="checkbox"/> ja, im letzten Jahr |
| (0) | (2) | (4) |

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

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, aber nicht im letzten Jahr | <input type="checkbox"/> ja, im letzten Jahr |
| (0) | (2) | (4) |

AUDIT (Babor et al., 2001)

Auswertungshinweise

Der AUDIT besteht aus allen zehn hier aufgeführten Fragen.
→ Die Fragen 1 bis 3 des AUDIT entsprechen dem AUDIT-C.

Die jeweiligen Punktwerte zu jeder Antwort befinden sich unterhalb der Ankreuzkästchen.

Die erreichte Punktezahl wird aufsummiert. Ein **Summenwert von 5 oder mehr Punkten** gilt in Deutschland als positiv (Dybek et al., 2006; Reinert & Allen, 2007), laut der S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" (AWMF, 2015b) kann eine **Absenkung des Wertes auf 4 für Frauen** empfohlen werden.

Bei Erreichen eines Wertes oberhalb des Cut-off Wertes sollte eine genauere Exploration des Alkoholkonsums erfolgen.

Der Cut-off Wert von 5 gilt sowohl für den AUDIT-C als auch für den vollständigen AUDIT (AWMF, 2015b).

BASIC (Bischof et al., 2007)

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

häufiger als einmal pro Woche

(1)

höchstens einmal pro Woche

(0)

2. Wenn Sie alkoholische Getränke* zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

mehr als zwei Getränke

(1)

ein bis zwei Getränke

(0)

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

einmal im Monat oder öfter

(1)

seltener als einmal im Monat

(0)

4. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?

ja

(1)

nein

(0)

5. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholkonsums ein schlechtes Gewissen gehabt?

ja

(1)

nein

(0)

6. Haben sich Ihr (Ehe-)Partner oder andere nahe Verwandte oder Freunde schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens Sorgen gemacht oder sich deswegen beklagt?

ja

(1)

nein

(0)

*Ein alkoholisches Getränk = 0.2l Bier oder 0.1l Wein/Sekt oder 2 Gläser (2cl) Spirituosen

BASIC (Bischof et al., 2007)

Auswertungshinweise

Die jeweiligen Punktwerte zu jeder Antwort befinden sich unterhalb der Ankreuzkästchen.

Jede auffällige Antwort (jeweils erste Option) wird mit einem Punkt bewertet.

Die erreichte Punktezahl wird aufsummiert. Ein **Summenwert von zwei oder mehr Punkten** gilt als positiv und weist auf das Vorliegen von riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit hin.

Severity of Dependence Scale (SDS; Gossop et al., 1995)

Hier beispielhaft dargestellt für das Suchtmittel Medikamente (Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel)

→ Die folgenden Fragen beziehen sich auf Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmedikamente:

1. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Ihr Medikamentenkonsum außer Kontrolle geraten ist?

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nie / fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer / fast immer |
| (0) | (1) | (2) | (3) |

2. Ängstigt oder beunruhigt Sie die Aussicht, Ihre nächste Medikamenteneinnahme auszulassen?

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nie / fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer / fast immer |
| (0) | (1) | (2) | (3) |

3. Machen Sie sich Sorgen über Ihren Medikamentenkonsum?

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nie / fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer / fast immer |
| (0) | (1) | (2) | (3) |

4. Würden Sie sich wünschen, einfach aufhören zu können?

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nie / fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> immer / fast immer |
| (0) | (1) | (2) | (3) |

5. Wie schwierig würden Sie es finden, mit Ihrem Medikamentenkonsum aufzuhören oder ohne Medikamente zu leben?

- | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nicht schwierig | <input type="checkbox"/> etwas schwierig | <input type="checkbox"/> sehr schwierig | <input type="checkbox"/> unmöglich |
| (0) | (1) | (2) | (3) |

Severity of Dependence Scale (SDS; Gossop et al., 1995)

Auswertungshinweise

Die jeweiligen Punktwerte zu jeder Antwort befinden sich unterhalb der Ankreuzkästchen. Die erreichte Punktezahl wird aufsummiert.

Ein Summenwert sechs oder mehr Punkten gilt als positiv und zeigt einen Verdacht auf eine Medikamentenabhängigkeit an.

ACHTUNG:

Der oben genannte Cut-off bezieht sich **nur auf den Medikamentenkonsum** (Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel). Der Cut-off von ≥ 6 wurde in einer großen deutschen Stichprobe (s. z.B. Zahradnik et al., 2009) als sinnvoll ermittelt, wurde so allerdings noch nicht publiziert.

Die Fragen der SDS können auch auf andere Suchtmittel bezogen werden. Allerdings sollten hier auch andere Cut-off-Werte angelegt werden. Eine offiziell gültige Übersicht aller empfohlenen Cut-off-Werte für sämtliche Substanzen ist uns derzeit nicht bekannt.

Im Hinblick auf die Suchtmittel Cannabis, Kokain und Amphetamine sei auf die im Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 (Pabst et al., 2010) herangezogenen Cut-off-Werte verwiesen:

- Cannabis: Cut-off ≥ 2
- Kokain: Cut-off ≥ 3
- Amphetamine: Cut-off ≥ 4

Die Autoren beziehen sich hierbei auf Originalarbeiten, die sich auf das jeweilige Suchtmittel beziehen (für Cannabis: Kaye & Darke, 2002; für Kokain: Steiner, Baumeister & Kraus, 2008; für Amphetamine: Topp & Mattick, 1997).

Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch

(KFM; Watzl et al., 1991)

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich keine Medikamente nehmen würde, wäre ich mit mir zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal möchte ich aufhören, Medikamente zu nehmen, dann wieder nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal war ich über mich selbst erstaunt, wenn ich mir überlegte, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch

[KFM; Watzl et al., 1991]

Auswertungshinweise

Werden von den Fragen **4 oder mehr** als zutreffend beantwortet, empfiehlt sich eine genauere diagnostische Abklärung hinsichtlich eines möglichen Abhängigkeitssyndroms (vgl. Elsesser & Sartory, 2001).

Weiterführende Informationen und Kontakte

Auswahl nützlicher Internetadressen

www.dhs.de

(letzter Zugriff am 21.03.2016)

Die Webseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) bietet vielfältige Informationen rund um das Thema Sucht, sowohl für Betroffene als auch für Behandler (z. B. aktuelle Daten und Fakten zum Thema Sucht; **Informationsbroschüren** zu verschiedenen Themen, themenspezifische **Literaturverzeichnisse** mit Hinweisen auf weiterführende Literatur z. B. zu Angehörigen von Suchtkranken, eine Einrichtungssuche zu **Suchtberatungsstellen, Suchthilfeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen**).

Es werden auch Materialien für **spezifische Subgruppen** von Suchtkranken angeboten (z. B. alters- und frauenspezifische Broschüren, Materialien für Angehörige). Die Materialien können online abgerufen, viele aber auch (kostenlos oder gegen einen Unkostenbeitrag) in Papierform bestellt werden. Die Materialien werden regelmäßig aktualisiert und überarbeitet. Darüber hinaus kooperiert die DHS auch mit anderen Institutionen und hat in diesem Rahmen beispielsweise spezifische Webseiten zu Themen wie „Sucht im Alter“ oder „Sucht am Arbeitsplatz“ mitentwickelt.

→ www.unabhaengig-im-alter.de

(letzter Zugriff am 21.03.2016)

→ <http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de>

(letzter Zugriff am 21.03.2016)

www.bzga.de

(letzter Zugriff am 21.03.2016)

Die Webseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet neben Informationen zu anderen Gesundheitsthemen auch **Informationsmaterialien** zum Thema Sucht an, teilweise in Zusammenarbeit mit der DHS. Auch hier können Informationsmaterialien online abgerufen oder in Papierform bestellt werden.

www.alkohol-leitlinie.de

(letzter Zugriff am 21.03.2016)

Webseite eines 2001 bis 2007 durchgeführten Forschungsprojektes des Suchtforschungsverbundes Baden-Württemberg und der Universitätsklinika Freiburg und Ulm zum ambulanten Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis. Sie enthält Informationen für Betroffene und Behandler; die Zielgruppe sind Hausärzte/Hausärztinnen und Arzthelfer/-innen. Auf der Webseite gibt es die Möglichkeit, eine Online **CME Fortbildung** zu absolvieren sowie Fragen zu **konkreten Fallbeispielen** zu bearbeiten.

Beispielhafte Auswahl nützlicher Broschüren

- Leitfaden zu **Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Alkoholkonsum** (herausgegeben von der DHS in Kooperation mit der BARMER GEK)
- Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zu **Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln** und Manual zum Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte (herausgegeben von der DHS in Kooperation mit der BARMER GEK)
- **Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen** – Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis (herausgegeben von der BZgA)
- darüber hinaus eine Vielzahl von Broschüren und Informationsblättern über verschiedene **Suchtstoffe**

Alle o.g. Broschüren sind abrufbar auf den Seiten der DHS bzw. BZgA.

- **Medikamente** – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die Ärztliche Praxis (herausgegeben von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft)

abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf*

- Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der **substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger**

abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf *

- Leitlinie der Deutschen Rentenversicherung für die **sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen**

abrufbar unter folgendem Pfad: [www.deutsche-rentenversicherung.de/Infos für Experten/Sozialmedizin & Forschung/Sozialmedizin/Begutachtung/Leitlinien/Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen/Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Infos_für_Experten/Sozialmedizin_&_Forschung/Sozialmedizin/Begutachtung/Leitlinien/Psychische_und_Verhaltensstörungen_einschließlich_Abhängigkeitserkrankungen/Leitlinie_zur_sozialmedizinischen_Beurteilung_bei_Abhängigkeitserkrankungen)*

- Informationen der Deutschen Rentenversicherung zur **Sucht-rehabilitation**

abrufbar unter folgendem Pfad: [www.deutsche-rentenversicherung.de/Rente & Reha/Rehabilitation/Leistungen/Sucht-Rehabilitation](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Rente_&_Reha/Rehabilitation/Leistungen/Sucht-Rehabilitation)*

- **S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Therapie alkoholbezogener Störungen“**

aktuellste Version abrufbar auf der Webseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.: www.awmf.org*

* Bei den mit einem Asterisk gekennzeichneten Weblinks handelt es sich um Verweise auf downloadbare Dokumente, welche Aktualisierungsprozessen unterliegen und somit möglicherweise nicht unbegrenzt im Netz abrufbar sind. Der letzte Zugriff im Rahmen der Erstellung dieser Konsultationsfassung erfolgte Ende März 2016.

Literaturverzeichnis

Dieses Literaturverzeichnis enthält auch weiterführende Literatur, die jeweils mit einem Asterisk (*) gekennzeichnet ist. Die hierzu gehörenden Literaturhinweise finden Sie im separaten Materialband zu diesen Praxisempfehlungen. Der Materialband enthält außerdem ausführlichere Hintergrundinformationen und ist verfügbar unter www.severa-fr.de (→ Praxisempfehlungen).

*Abeler, J. (2013). Sucht unter Pflegekräften. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2013. Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft? (S. 151–161). Berlin, Heidelberg: Springer.

*Achilles, F. (2013). Suchtprobleme am Arbeitsplatz aus juristischer Sicht. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2013. Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft? (S. 191–197). Berlin, Heidelberg: Springer.

Adams, M. & Effertz, T. (2010). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In M.V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen (S. 57–62). Stuttgart, New York: Thieme.

*Altman, D.G. & Bland, J.M. (1994). Statistic notes: Diagnostic tests 2: predictive values. *British Medical Journal*, 309, 102.

American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. Auflage). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

*Anttila, P., Järvi, K., Latvala, J., Blake, J.E. & Niemelä, O. (2003). A new modified gamma-%CDT method improves the detection of problem drinking: studies in alcoholics with or without liver disease. *Clinica Chimica Acta*, 338 (1–2), 45–51.

*Apodaca, T.R. & Miller, W.R. (2003). A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (3), 289–304.

*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). (2014). S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen“ – AWMF Registernummer 145 - 003.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). (2015a). S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ – AWMF Registernummer 076 - 006.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). (2015b). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ – AWMF Registernummer 076 - 001.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *The alcohol use disorders identification test* (2. Auflage). Genf: World Health Organization.

***Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M.** (Hrsg.). (2013). Fehlzeiten-Report 2013 Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft? Berlin, Heidelberg: Springer.

Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V. et al. (2013). Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 24 (2), 301–308.

Behrendt, K., Backmund, M. & Reimer, J. (2013). Drogenabhängigkeit (Suchtmedizinische Reihe, Band 4). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

***Bertholet, N., Winter, M.R., Cheng, D.M., Samet, J.H. & Saitz, R.** (2014). How accurate are blood (or breath) tests for identifying self-reported heavy drinking among people with alcohol dependence? *Alcohol and Alcoholism*, 49 (4), 423–429.

Bien, T.H., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88 (3), 315–335.

Bischof, G., Reinhardt, S., Grothues, J., Meyer, C., John, U. & Rumpf, H.-J. (2007). Development and evaluation of a screening instrument for alcohol-use disorders and at-risk drinking: the brief alcohol screening instrument for medical care (BASIC). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (4), 607–614.

Blow, F.C., Gillespie, B.W., Barry, K.L., Mudd, S.A. & Hill, E.M. (1998). Brief screening for alcohol problems in the elderly populations using the Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (3), 31A.

***Brown, R.L., Leonard, T., Saunders, L.A. & Pappasoulotis, O.** (2001). A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. *The Journal of the American board of Family Practice*, 14 (2), 95–106.

Bühren, A., Flenker, I., Jacobowski, C., Kunstmann, W. & Schwantes, U. (2007). Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. (Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Hrsg.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2006). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Bundesärztekammer (BÄK). (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (11), A 511 – A 516.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2010). Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Methoden-Report. 4. Auflage.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). (2009). Kurzinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen – Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonnell, M.B., Fihn, S.D. & Bradley, K.A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Archives of Internal Medicine, 158 (16), 1789–1795.

***Cahill, K., Lancaster, T. & Green, N. (2010).** Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11, Art. No. CD004492.

***Casswell, S., You, R.Q. & Huckle, T. (2011).** Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. Addiction, 106 (6), 1087–1094.

***Chou, R., Fanciullo, G.J., Fine, P.G., Adler, J.A., Ballantyne, J.C., Davies, P. et al. (2009).** Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. The Journal of Pain, 10 (2), 113–130.

***Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L. & Krishnan, M. (2000).** Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. Journal of Mental Health, 9 (3), 329–343.

***Copello, A., Templeton, L., Orford, J. & Velleman, R. (2010a).** The 5-Step Method: Principles and practice. Drugs: Education, Prevention & Policy, 17, 86–99.

***Copello, A., Templeton, L., Orford, J. & Velleman, R. (2010b).** The 5-Step Method: Evidence of gains for affected family members. Drugs: Education, Prevention & Policy, 17, 100–112.

***Copello, A., Templeton, L. & Powell, J. (2010).** The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. Drugs: education, prevention, and policy, 17 (s1), 63–74.

***Darker, C.D., Sweeney, B.P., Barry, J.M. & Farrell, M.F. (2012).** Psycho-social interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, Art. No. CD009652.

Davis, C.G., Thake, J. & Vilhena, N. (2010). Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. Addictive Behaviors, 35 (4), 302–311.

Del Boca, F.K. & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. Addiction, 98 (2), 1–12.

***Demmel, R. (2005).** Screening und Kurzintervention reloaded: Ein Modellprojekt ist ein Modellprojekt ist ein... Sucht aktuell, 12 (1), 16–20.

***Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). (ohne Jahresangabe).** Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2013). DHS-Memorandum. Angehörige in der Sucht-Selbsthilfe. SUCHT, 59 (6), 369–372.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). (2014). Basisinformation Alkohol (10. Auflage). Bramsche: Rasch.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (Hrsg.). (2010). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2014). Drogen- und Suchtbericht 2014.

DiFranza, J.R. & Guerrera, M.P. (1990). Alcoholism and smoking. *Journal of studies on alcohol*, 51 (2), 130–135.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien (9. Auflage). Bern: Huber.

***Dinh-Zarr, T., Goss, C., Heitman, E., Roberts, I. & DiGiuseppi, C.** (2004). Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No. CD001857.

Dodel, R. (2014). Multimorbidität: Konzept, Epidemiologie, Versorgung. *Der Nervenarzt*, 85 (4), 401–408.

Döll, S., Buschmann-Steinhage, R. & Worringer, U. (2000). Alltagsdrogen: Zwischen Genuss und Sucht -Sachtext. In F. Schliehe, H. Schäfer, R. Buschmann-Steinhage & S. Döll (Hrsg.), *Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation*. (S. 491–539). Stuttgart, New York: Schattauer.

***Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U. et al.** (2006). The Reliability and Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German General Practice Population Sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 67 (3), 473–481.

***Elsesser, K. & Sartory, G.** (2001). *Medikamentenabhängigkeit (Fortschritte der Psychotherapie)*. Göttingen ; Bern [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie. ElSohly, M.A., Gul, W., Wanas, A.S. & Radwan, M.M. (2014). Synthetic cannabinoids: Analysis and metabolites (Special Issue: Emerging Trends in the Abuse of Designer Drugs and Their Catastrophic Health Effects: Update on Chemistry, Pharmacology, Toxicology and Addiction Potential). *Life Sciences*, 97 (1), 78–90.

***Fach, M., Bischof, G., Schmidt, C. & Rumpf, H.-J.** (2007). Prevalence of dependence on prescription drugs and associated mental disorders in a representative sample of general hospital patients. *General hospital psychiatry*, 29 (3), 257–263.

Falk, D.E., Yi, H. & Hiller-Sturmhöfel, S. (2006). An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders. *Alcohol Res Health*, 29 (3), 162–171.

Favretto, D., Pascali, J.P. & Tagliaro, F. (2013). New challenges and innovation in forensic toxicology: focus on the „New Psychoactive Substances“. *Journal of Chromatography A*, 1287, 84–95.

***Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C. & Antons-Volmerg, K.** (1999). *Münchener Alkoholismus-Test (MALT)*. Göttingen: Hogrefe.

***Feuerlein, W., Ringer, C.H., Kufner, H. & Antons, K.** (1977). Diagnose des Alkoholismus. *Der Münchener Alkoholismustest (MALT)*. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 119, 1275–1282.

- *Freyer-Adam, J., Baumann, S., Schnuerer, I., Haberecht, K., Bischof, G., John, U. et al. (2014).** Does stage tailoring matter in brief alcohol interventions for job-seekers? A randomized controlled trial. *Addiction*, 109 (11), 1845–1856.
- Gaertner, B., Meyer, C., Ulrich, J. & Freyer-Adam, J. (2014).** Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014* (S. 37–63). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gandhi, M., Aweeka, F., Greenblatt, R.M. & Blaschke, T.F. (2004).** Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 44, 499–523.
- *Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2015).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Stand: 3. Januar 2015.
- Glaeske, G. & Hoffmann, F. (2014).** Medikamente 2012 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014* (S. 90–111). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Glaeske, G. & Holzbach, R. (2013).** Medikamentenabhängigkeit (Suchtmedizinische Reihe, Band 5). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Glaeske, G. & Schicktanz, C. (2013).** BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. (BARMER GEK, Hrsg.). Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH.
- *Glintborg, B., Olsen, L., Poulsen, H., Linnet, K. & Dalhoff, K. (2008).** Reliability of self-reported use of amphetamine, barbiturates, benzodiazepines, cannabinoids, cocaine, methadone, and opiates among acutely hospitalized elderly medical patients. *Clinical Toxicology*, 46 (3), 239–242.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et al. (1995).** The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90 (5), 607–614.
- *Gourlay, D.L., Heit, H.A. & Almahrezi, A. (2005).** Universal precautions in pain medicine: a rational approach to the treatment of chronic pain. *Pain Medicine*, 6 (2), 107–112.
- *Gressner, A.M. & Arndt, T. (2013).** *Lexikon der Medizinischen Laboratoriumsdiagnostik* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- *Grimes, D.A. & Schulz, K.F. (2002).** Uses and abuses of screening tests. *The Lancet*, (359), 881–884.
- *Halwachs-Baumann, G. (2011).** *Labormedizin – Klinik – Praxis – Fallbeispiele* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hapke, U., v. der Lippe, E. & Gaertner, B. (2013).** Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 809–813.

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J. et al. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76 (6), 354–360.

Härter, M., Reuter, K., Weisser, B., Schretzmann, B., Aschenbrenner, A. & Bengel, J. (2002). A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burdens in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 83 (4), 461–468.

Hesse, E. & Schwantes, U. (2006). Umgang mit Suchtkranken. In M.M. Kochen (Hrsg.), *Allgemeinmedizin und Familienmedizin* (3. Auflage, S. 250–261). Stuttgart, New York, Delhi, Rio: Thieme.

***Hodgson, R.J., John, B., Abbasi, T., Hodgson, R.C., Waller, S., Thom, B. et al.** (2003). Fast screening for alcohol misuse. *Addictive behaviors*, 28 (8), 1453–1463.

***Hurcom, C., Copello, A. & Orford, J.** (2000). The Family and Alcohol: Effects of Excessive Drinking and Conceptualizations of Spouses over Recent Decades. *Substance Use & Misuse*, 35 (4), 473–502.

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304–319.

Jahed, J., Bengel, J. & Baumeister, H. (2012). Transfer von Forschungsergebnissen in die medizinische Praxis. *Das Gesundheitswesen*, 74 (11), 754–761.

***Joseph, J., Basu, D., Dandapani, M. & Krishnan, N.** (2014). Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic review. *International Nursing Review*, 61 (2), 203–210.

***Kaner, E.F., Beyer, F., Dickinson, H.O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C. et al.** (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD004148.

Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97 (6), 727–731.

***Khadjesari, Z., Murray, E., Hewitt, C., Hartley, S. & Godfrey, C.** (2011). Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review. *Addiction*, 106 (2), 267–282.

Köhler, T. (2014). *Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen*. Tübingen: dgvt-Verlag.

***Körkel, J. & Schindler, C.** (2013). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin, Heidelberg: Springer.

***Krashin, D., Murinova, N. & Ballantyne, J. (2012).** Management of pain with comorbid substance abuse. *Current Psychiatry Reports*, 14 (5), 462–8.

Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014a). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz der Medikamenteneinnahme und medikamentenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. (IFT Institut für Therapiefor- schung, München, Hrsg.). Verfügbar unter <http://esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte.html> (Zugriff am 18.05.2015).

Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014b). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkohol- konsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. (IFT Institut für Therapiefor- schung, München, Hrsg.). Verfügbar unter <http://esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte.html> (Zugriff am 18.05.2015).

Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014c). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Kon- sums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. (IFT Institut für Thera- pieforschung, München, Hrsg.). Verfügbar unter [http://esa-survey.de/ ergebnisse/kurzberichte.html](http://esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte.html) (Zugriff am 18.05.2015).

Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Gomes de Matos, E. (2013). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. *Sucht*, 59 (6), 309–320.

***Kriston, L., Hölzel, L., Weiser, A.-K., Berner, M.M. & Härter, M. (2008).** Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Annals of Internal Medicine*, 149 (12), 879–888.

Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47 (4), 2025–2047.

***Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F. et al. (2013).** Psycho-soziales und Diabetes (Teil 1). *Diabetologie und Stoffwechsel*, 8 (3), 198–242.

Lambrinouadaki, I., Ceasu, I., Depypere, H., Erel, T., Rees, M., Schenck- Gustafsson, K. et al. (2013). EMAS position statement: Diet and health in midlife and beyond. *Maturitas*, 74 (1), 99–104.

Lampert, T. (2014). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014* (S. 64–89). Lengerich: Pabst Science Publishers.

***Large, M.M., Smith, G., Sara, G., Paton, M.B., Kedzior, K.K. & Nielssen, O.B. (2012).** Meta-analysis of self-reported substance use compared with laboratory substance assay in general adult mental health settings. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21 (2), 134–148.

Lehner, B. & Kepp, J. (2014). Daten, Zahlen und Fakten. In Deutsche Haupt- stelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014* (S. 9–36). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Lesch, O.M. & Walter, H. (Hrsg.). (2009). Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. Wien, New York: Springer.

Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H. et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380 (9859), 2224–2260.

Lindenmeyer, J. (2001). Lieber schlau als blau : Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz, PVU.

***Livingston, M., Wilkinson, C. & Laslett, A.-M.** (2010). Impact of Heavy Drinkers on Others' Health and Well-Being. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (5), 778–785.

***Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B.L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. et al.** (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93 (2), 157–168.

Madhusoodanan, S. & Bogunovic, O.J. (2004). Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opinion on Drug Safety*, 3 (5), 485–493.

***Mänz, C., Berner, M., Härter, M., Lorenz, G., Buchkremer, G. & Mundle, G.** (2007). Evaluation eines Screeninginstruments für alkoholbezogene Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83 (4), 148–152.

***Marlatt, G.A.** (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91 (Supplement), S37–S49.

***Marlatt, G.A. & Witkiewitz, K.** (2010). Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6 (1), 591–606.

***Mäulen, B.** (2013). Sucht unter Ärzten. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?* (S. 143–150). Berlin, Heidelberg: Springer.

***Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P.** (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 131 (10), 1121–1123.

***McQueen, J., Howe, T.E., Allan, L., Mains, D. & Hardy, V.** (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8, Art. No. CD005191.

***Mdege, N.D., Fayter, D., Watson, J.M., Stirk, L., Sowden, A. & Godfrey, C.** (2013). Interventions for reducing alcohol consumption among general hospital inpatient heavy alcohol users: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131 (1), 1–22.

***Mdege, N.D. & Watson, J. (2013).** Predictors of study setting (primary care vs. hospital setting) among studies of the effectiveness of brief interventions among heavy alcohol users: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 32 (4), 368–380.

Moggi, F. & Donati, R. (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen (Fortschritte der Psychotherapie, Band 21). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

***Moreira, M.T., Smith, L.A. & Foxcroft, D. (2009).** Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD006748.

Mumenthaler, M.S., Taylor, J.L., O'Hara, R. & Yesavage, J.A. (1999). Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23 (1), 55–64.

***O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. et al. (2014).** The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 49 (1), 66–78.

***Orford, J., Copello, A., Velleman, R. & Templeton, L. (2010).** Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17, 36–43.

***Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L. & Ibanga, A. (2010).** The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17 (s1), 44–62.

***Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L. & Copello, A. (2013).** Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70–77.

Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59 (6), 321–331.

Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. *Sucht*, 56 (5), 327–336.

***Patton, R., Hilton, C., Crawford, M.J. & Touquet, R. (2004).** The Paddington alcohol test: a short report. *Alcohol and Alcoholism*, 39 (3), 266–268.

***Pilowsky, D.J. & Wu, L.-T. (2012).** Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 3 (1), 25–34.

Piontek, D., Kraus, L., Matos, E.G. de & Pabst, A. (2013). Komorbide Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Sucht*, 59 (6), 347–354.

Poli, A., Marangoni, F., Avogaro, A., Barba, G., Bellentani, S., Bucci, M. et al. (2013). Moderate alcohol use and health: A consensus document. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 23 (6), 487–504.

- *Prestwich, A., Sniehotta, F.F., Whittington, C., Dombrowski, S.U., Rogers, L. & Michie, S. (2014).** Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychology*, 33 (5), 465–474.
- *Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983).** Toward a comprehensive model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390–395.
- *Ray, G.T., Mertens, J.R. & Weisner, C. (2009).** Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104 (2), 203–214.
- Reimer, J., Cimander, K. & Reimer, C. (2014).** Alkoholkrankung: Früherkennung, Gesprächsführung und Behandlung im primärärztlichen Bereich. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139 (18), 943–52.
- *Reinert, D.F. & Allen, J.P. (2007).** The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31 (2), 185–199.
- *Riemsma, R.P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S. et al. (2002).** A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 6 (24), 1–231.
- *Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J. & Allsop, D. (2010).** Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*, 105 (8), 1381–1390.
- Rösner, S., Steiner, S. & Kraus, L. (2008).** Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (7), 47–56.
- *Ruckstuhl, L.A. (2014).** Angehörige von drogenabhängigen Menschen – Suchterkrankungen aus einer anderen Perspektive. Universität Zürich.
- Ruf, D., Berner, M., Lohmann, M., Mundle, G., Lorenz, G., Niebling, W. et al. (2007).** Einführung in www.alkohol-leitlinie.de – Evaluation einer computer-gestützten Fortbildung für Hausärzte und Arzthelferinnen zur Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83 (11), 447–451.
- *Rumpf, H.-J., Bischof, G., Grothues, J., Meyer, C., Hapke, U., Freyer-Adam, J. et al. (2009).** Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung. *Sucht*, 55 (6), 372–373.
- *Rumpf, H.J., Hapke, U., Hill, A. & John, U. (1997).** Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21 (5), 894–898.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2001).** LAST. Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test. Göttingen: Hogrefe.
- Saunders, J.B. & Lee, N.K. (2000).** Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2, Supplement 1), 95–103.

Schlöffel, M., Funke, W., Pollmann, H., Köhler, J., Sellmer, S. & Mittag, O. (2016). Gegenwärtige Praxis des Umgangs mit komorbiden Suchtproblemen in nicht auf Sucht spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. *Die Rehabilitation*, 55 (02), 95–101.

Schmidt, L.G., Gatspar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg.). (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Schulte, B., Schmidt, C., Milin, S., Farnbacher, G., Schäfer, I., Bleich, S., Kiefer, F., Hillemacher, T., Reimer, J. (2014). Barrieren und Möglichkeiten in der Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis. *Suchttherapie*, 15 (01), 35–42.

***Schulte, R.-M.** (1995). Umgang mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen in allgemeinen Rehabilitationskliniken. *Mitteilungen der LVA Württemberg*, 7-8, 308–312.

Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.). (2014). *Arzneiverordnungs-Report 2014*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Seitz, H.K. & Bühringer, G. (2010). Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Seitz, H.K., Lesch, O.M., Spanagel, R., Beutel, M. & Redecker, T. (2013). *Alkoholabhängigkeit (Suchtmedizinische Reihe, Band 1)*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

***Selzer, M.L.** (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127 (12), 1653–1658.

***Selzer, M.L., Vinokur, A. & Rooijen, L. van.** (1975). A self-administered short Michigan alcoholism screening test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 36 (1), 117–126.

***Skinner, H.A.** (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7 (4), 363–371.

***Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrom, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. et al.** (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, Art. No. CD008063.

***Smith, L.A., Foxcroft, D., Holloway, A., Minozzi, S. & Casazza, G.** (2010). Brief alcohol questionnaires for identifying hazardous, harmful and dependent alcohol use in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8, Art. No. CD008631.

***Smith, P.C., Schmidt, S.M., Allensworth-Davies, D. & Saitz, R.** (2009). Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *Journal of General Internal Medicine*, 24 (7), 783–788.

***Smith, P.C., Schmidt, S.M., Allensworth-Davies, D. & Saitz, R.** (2010). A single-question screening test for drug use in primary care. *Archives of internal medicine*, 170 (13), 1155–1160.

Spaderna, M., Addy, P.H. & D'Souza, D.C. (2013). Spicing things up: synthetic cannabinoids. *Psychopharmacology*, 228 (4), 525–540.

Steiner, S., Baumeister, S.E. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht*, 54 (7), 57–63.

Taylor, L.A., Kreutzer, J.S., Demm, S.R. & Meade, M.A. (2003). Traumatic brain injury and substance abuse: A review and analysis of the literature. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13 (1-2), 165–188.

***Templeton, L., Velleman, R. & Russell, C.** (2010). Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addiction Research & Theory*, 18 (6), 616–648.

Topp, L. & Mattick, R.P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92 (7), 839–845.

Tretter, F. (Hrsg.). (2008). *Suchtmedizin kompakt : Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (1. Auflage). Stuttgart, New York: Schattauer.

***U.S. Department of Health & Human Services.** (2005). *Helping Patients Who Drink Too Much - A Clinician's Guide*. Abrufbar unter: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm (letzter Zugriff am 22.03.2016)

U.S. Department of Health & Human Services. (2010). *Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health & Human Services. Abrufbar unter: http://www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf (letzter Zugriff am 22.03.2016).

***U.S. Department of Health & Human Services.** (o. J.). *SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols*. Abrufbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82999/> (Letzter Zugriff am 22.03.2016).

Valderas, J.M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine*, 7 (4), 357–363.

***Vitale, S.G., van de Mheen, H., van de Wiel, A. & Garretsen, H.F.L.** (2006). Substance use among emergency room patients: Is self-report preferable to biochemical markers? *Addictive Behaviors*, 31 (9), 1661–1669.

Watzl, H., Rist, F., Höcker, W. & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. *Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses* (S. 123–139). Bonn: Nagel.

***Weisner, C., Parthasarathy, S., Moore, C. & Mertens, J.R.** (2010). Individuals receiving addiction treatment: are medical costs of their family members reduced? *Addiction*, 105 (7), 1226–1234.

***Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A.** (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist*, 59 (4), 224–235.

Wolter, D.K. (2015). Sucht. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 257–286). Berlin, Heidelberg: Springer.

World Health Organization. (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Genf: World Health Organization.

***Yadav, D., Agarwal, N. & Pitchumoni, C.S.** (2002). A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. *The American Journal of Gastroenterology*, 97 (6), 1309–1318.

Zeman, P. (2009). Sucht im Alter. (Deutsches Zentrum für Altersfragen Berlin (DZA), Hrsg.) *Informationsdienst Altersfragen*, (3), 10–14.

Danksagung

Wir danken den Expert/-innen, die an der Entwicklung der Praxisempfehlungen mitgewirkt haben. Außerdem möchten wir allen ärztlichen Leitungen und allen weiteren Mitarbeitern der Rehabilitationseinrichtungen dafür danken, dass sie sich so zahlreich an unseren Befragungen beteiligt haben und wichtige Impulse für die Überarbeitung der Empfehlungen gaben. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei den Rehabilitanden, die an den Diskussionsgruppen und der Rehabilitandenbefragung teilgenommen haben. Unser Dank gilt auch der Deutschen Rentenversicherung Bund, ohne deren Finanzierung dieses Projekt nicht hätte realisiert werden können.

Interessenskonflikte

Alle Experten, die an der Erstellung der Praxisempfehlungen beteiligt waren, haben eine Erklärung zu möglichen Interessenskonflikten ausgefüllt, die sich am AWMF-Formular zur Erklärung von Interessenskonflikten im Rahmen von Leitlinienvorhaben orientiert. Von keinem der Experten wurden bedeutsame Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der Entwicklung der Praxisempfehlungen angegeben.

Notizen



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund