

Sozialmedizinische Probleme der Sucht und der Suchtprävention

14.11.2023

Dr. med. Jürgen Hein



GLIEDERUNG

1. Historie
2. Diagnose
3. Ätiopathogenese
4. Epidemiologie
5. Begleit- und Folgeerkrankungen
6. Therapie
7. Sozialrecht
8. Prävention
9. Früherkennung
10. Interventionstechniken

1. Historie

Etymologie

SUCHT

althochdeutsch „*suht*“ - germanisch „*seuka*“ - Krankheit
„siech sein“, „siechen“
- Fallsucht, Gelbsucht, Schwindsucht, Tobsucht

althochdeutsch „*suohhan*“ - gotisch „*sokjan*“ – indogermanisch „*sag-*“
„witternd nachspüren – suchen“
Romantik (18. Jhd.): „Suche/Sucht nach etwas“ – Sehnen/Sehnsucht,
„1968er“: Psychedelische Bewusstseinsweiterung

ALKOHOL

arabisch „*kuhl*“ (durch Sublimierung/Destillation gewonnene Substanz)
Paracelsus: „*alcohol vini*“ - Weingeist

Kultur

Wilhelm Busch

Die fromme Helene (16. Kapitel)

DIE VERSUCHUNG

Es ist ein Brauch von alters her:
Wer Sorgen hat, hat auch Likör!

»Nein!« - ruft Helene - »Aber nun
Will ich's auch ganz - und ganz - und ganz -
und ganz gewiß nicht wieder tun!«





1. Historie

Wilhelm Busch

"Rotwein ist für alte Knaben
eine von den besten Gaben“

Johann Wolfgang von Goethe

"Solange man nüchtern ist, gefällt das Schlechte.
Wenn man getrunken hat, weiß man das Rechte.,,

Plinius d.Ä. / E.v. Rotterdam

„In vino veritas“

William Faulkner:

„distillation is civilization“

Anonymer Patient:

„Nüchtern schüchtern – besoffen offen“

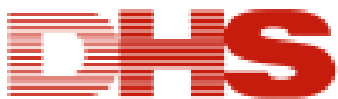
WHO (1952)

„Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodromi solcher Entwicklung zeigen.

Daher brauchen sie Behandlung.“

Urteil des Bundessozialgerichtes 1968

“... Auch Trunksucht ist eine Krankheit. Dabei ist der Kern des Suchtbegriffes die langandauernde, zwanghafte Abhängigkeit von dem Suchtmittel; dies gilt insbesondere auch für die Trunksucht. ... So (wird in der medizinischen Wissenschaft) die Meinung vertreten, die Trunksucht, d. h. das süchtige Trinken als besondere Form des Alkoholismus, sei auch unabhängig von körperlichen oder psychischen Folgeerscheinungen oder chronischer Alkoholintoxikation wie jede andere Sucht ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand und bedürfe der ärztlichen Behandlung. Die Regelwidrigkeit bestehe in der körperlichen wie auch psychischen Abhängigkeit vom Alkohol, welches es dem süchtigen Trinker in den meisten Fällen nicht mehr erlaube, mit eigener Willensanstrengung vom Alkohol loszukommen. ...“



Bundessozialgericht (18. Juni 1968)

Anerkennung von Alkoholismus als Krankheit im Sinne der ehem. RVO – heute: SGB V

Aber: Privatkassen noch lange mit Tarifen ohne Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

Besonderheit Deutschland:

Trennung der Zuständigkeit der Kostenträgerschaft für

1. Akutbehandlung - Krankenkasse
2. Rehabilitation - Rentenversicherung

2. Diagnose

ICD-10, Abschnitt F1

„Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“

F1x.2 Abhängigkeitssyndrom

1. Starker Wunsch oder Zwang zum Konsum
2. Kontrollverlust über Beginn, Menge, Beendigung des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom bzw. dessen Vermeidung durch Konsum
4. Toleranzentwicklung
5. Vernachlässigung anderer Aktivitäten, zugunsten Beschaffung, Konsum, Erholung
6. Konsum trotz körperlicher u./o. psychischer Folgeschäden

Abhängigkeit = wenn *irgendwann*
während des *letzten Jahres*
3 oder mehr Kriterien bestanden haben

2. Diagnose

Vergleich ICD-10 – ICD-11

ICD-10

1. Starker Wunsch oder Zwang zum Konsum
2. Kontrollverlust über Beginn, Menge, Beendigung des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom bzw. dessen Vermeidung durch Konsum
4. Toleranzentwicklung
5. Vernachlässigung anderer Aktivitäten, zugunsten Beschaffung, Konsum, Erholung
6. Konsum trotz körperlicher u./o. psychischer Folgeschäden

Abhängigkeit = wenn *irgendwann*

während des *letzten Jahres*

3 oder mehr Kriterien bestanden haben

ICD-11

1. + 2. innerer Drang / Regulationsstörung
3. + 4. (patho-)physiologische Folgen
5. + 6. Soziale Folgen der Verhaltensstörung

Diagnose bei 2 pos. Kriterien (mind. 1 Paarbedingung erfüllt) über die letzten 12 Monate

Subtypisierungen des Abhängigkeitssyndroms

Elvin Morton Jellinek (1890 – 1963)

- Der *Alpha-Typ* (Erleichterungstrinker)
- Der *Beta-Typ* (Gelegenheitstrinker)
- Der *Gamma-Typ* (Rauschtrinker)
- Der *Delta-Typ* (Spiegeltrinker)
- Der *Epsilon-Typ* (Quartalstrinker)

Subtypisierungen des Abhängigkeitssyndroms

Typologie C. Robert Cloninger (*1944)

(genetische prospektive Adoptionsstudien)

- Typ I
 - Beide Geschlechter, nach dem 25. Lebensjahr
 - Typische Sympt.: Kontrollverlust, Entzug, medizinische Folgeprobleme, Schuldgefühle
 - Sozial unauff. Verhalten
- Typ II
 - Männer, jünger als 25 Jahre
 - Antisoziales Verhalten

Subtypisierungen des Abhängigkeitssyndroms

Typologie nach O.M. Lesch (1990)

- Typ I: Alkoholkonsum aufgrund von "biologischem Verlangen/Vulnerabilität*" – (früher Entzug, Krampfanfälle, Psychosen) - * „zu gute Verträglichkeit“
- Typ II: Alkoholkonsum aufgrund von "psychologischem Verlangen“ – (Angst-/Konflikttrinken)
- Typ III: Alkoholkonsum zur "Behandlung von psychiatrischen Zustandsbildern“ (Bipolar aff. /schizophrene Psychosen)
- Typ IV: Alkoholkonsum infolge "frühkindlicher Vorschädigung und Entwicklungsstörungen“ (Impulskontrollstörung/ Zwang bei Vorschädigung)

Subtypisierungen des Abhängigkeitssyndroms

Genetische Befunde:

Stress-/Angstabbau vs. Kick / Erlebnissteigerung



Acamprosat- (I/II) vs. Naltrexonwirkung (III/IV)

2. Diagnose

ICD-10, Abschnitt F1

„Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“

F1x.1 Schädlicher Gebrauch

1. Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer psychischen und/oder physischen Gesundheitsschädigung führt,
2. Die Kriterien der Abhängigkeit werden nicht erfüllt.

Sola dosis facit venenum*

Riskanter Alkoholkonsum

- Es gibt keinen gesundheits*förderlichen* Alkoholkonsum
- Riskanter Konsum ist ein Trinkmuster mit Mengen, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für gesundheitliche Folgeschäden verbunden sind
- Frauen > 20g Reinalkohol / d
- Männer >30 g Reinalkohol / d
- Wenigstens 2 abstinente Tage / Woche

* „Alle Ding' sind Gift und nichts ohn' Gift - allein die Dosis macht, das ein Ding' kein Gift ist.“ Paracelsus

ICD-10, Abschnitt F1

2. Diagnose

„Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“

- F10 Störungen durch Alkohol
- F11 Störungen durch Opioide
- F12 Störungen durch Cannabinoide
- F13 Störungen durch Sedativa und Hypnotika
- F14 Störungen durch Kokain
- F15 Störungen durch andere Stimulanzien, incl. Koffein
- F16 Störungen durch Halluzinogene
- F17 Störungen durch Tabak
- F18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch

DSM-5

Addiction and related Disorders/Sucht und zugehörige Störungen

- DSM-IV:
 - Missbrauch (abuse): u.a. wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz/Versagen bei wichtigen sozialen Verpflichtungen
 - Abhängigkeit (dependence – körperlich/ addiction - psychisch)
- DSM-5
 - **substance use disorder** – Substanzgebrauchsstörung
 - Dimensionale Diagnostik - Kontinuumsmodell
 - Nach statistischer Faktorenanalyse bilden Missbrauch und Abhängigkeit eine Dimension ab
 - Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz als Kriterium unbrauchbar
 - Schweregradeinteilung
 - 2-3/11 Kriterien = mild; 4-5/11 = moderat; ab 6 /11 = schwer
 - Fragen
 - Prävalenz steigt an
 - Abstinenzorientierung der Therapie
 - Sozialrechtliche Fragen

Substance Use Disorder – DSM-5

- 11 Kriterien:
 - Versagen bei Verpflichtungen in Schule, Beruf, Familie *durch Konsum*
 - Wiederholter Konsum in körperlichen Gefährdungssituationen
 - Fortgesetzter Konsum trotz zwischenmenschlicher/sozialer Probleme
 - Toleranzentwicklung
 - Entzugssymptomatik o. deren Vermeidung durch Konsum
 - Kontrollverlust über Menge und Dauer des Konsums
 - Anhaltender Wunsch o. erfolgloser Versuch, den Konsum zu verringern/kontrollieren
 - Erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung/Konsum/Erholung
 - Aufgabe andere Tätigkeiten auf Grund des Konsums
 - Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher o. psychischer Folgen
 - Craving

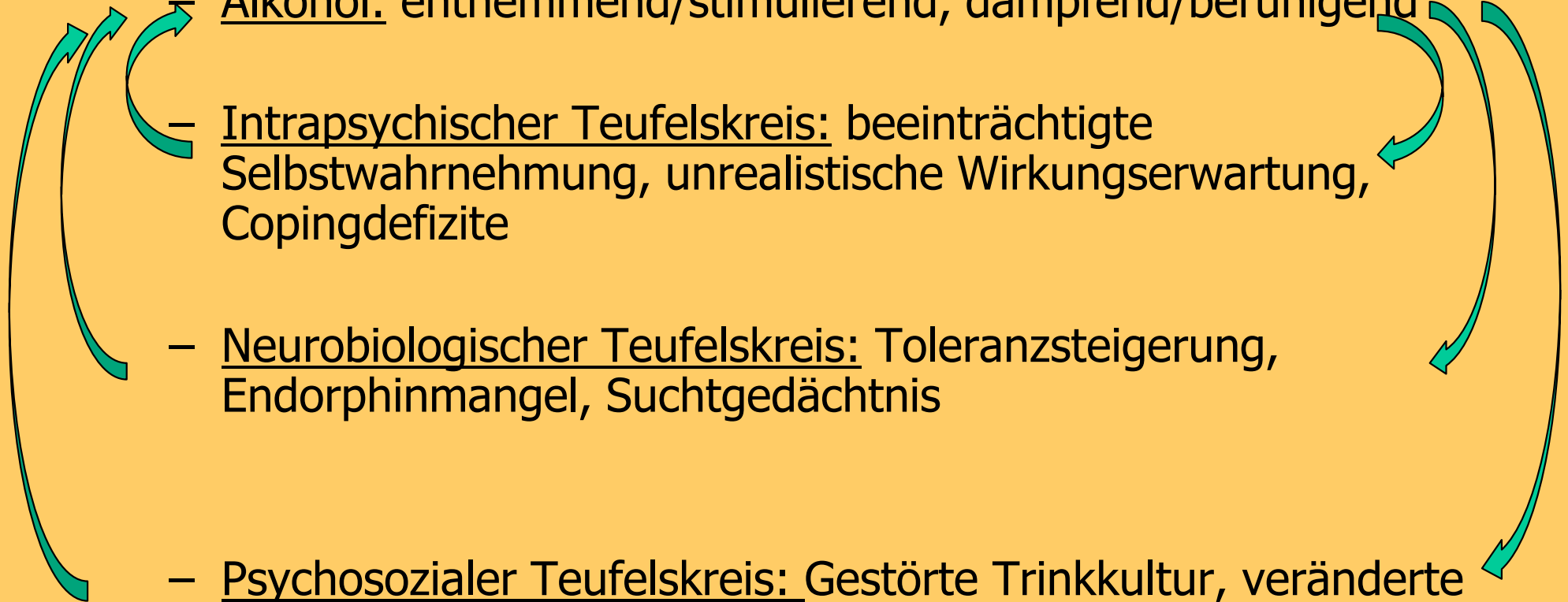
Kategoriales vs. dimensionales Modell ICD-10/11 – DSM 5

- Pro/con
 - Abbildung der syndromalen Realität
 - Diagnostisch – gutachterliche Einordnungen
 - (sozial-)rechtliche Bewertung
 - Leistungsbezug
 - Therapievergütung
 - implizite moralische Wertungen
 - Diversifizierung therapeutischer Ansätze

3. Ätiopathogenese

- Bio-Psycho-Soziales Modell der Sucht

- Alkohol: enthemmend/stimulierend, dämpfend/beruhigend
- Intrapsychischer Teufelskreis: beeinträchtigte Selbstwahrnehmung, unrealistische Wirkungserwartung, Copingdefizite
- Neurobiologischer Teufelskreis: Toleranzsteigerung, Endorphinmangel, Suchtgedächtnis
- Psychosozialer Teufelskreis: Gestörte Trinkkultur, veränderte Familieninteraktion, soziale Folgeschäden



Psychologisches Modell der Suchtentstehung

- Lernmechanismen
 - Positive Verstärkung durch kurzfristig angenehme Wirkung C^+
 - Negative Verstärkung durch kurzfristige Reduktion negativer Befindlichkeit C^-
 - klassische Konditionierung $S \rightarrow R$ (PAWLOW)
 - Die Kopplung eines unbedingten Reflexes/Reaktion mit einem neutralen Reiz führt zur konditionierten Reaktion

Psychologisches Modell der Suchtentstehung

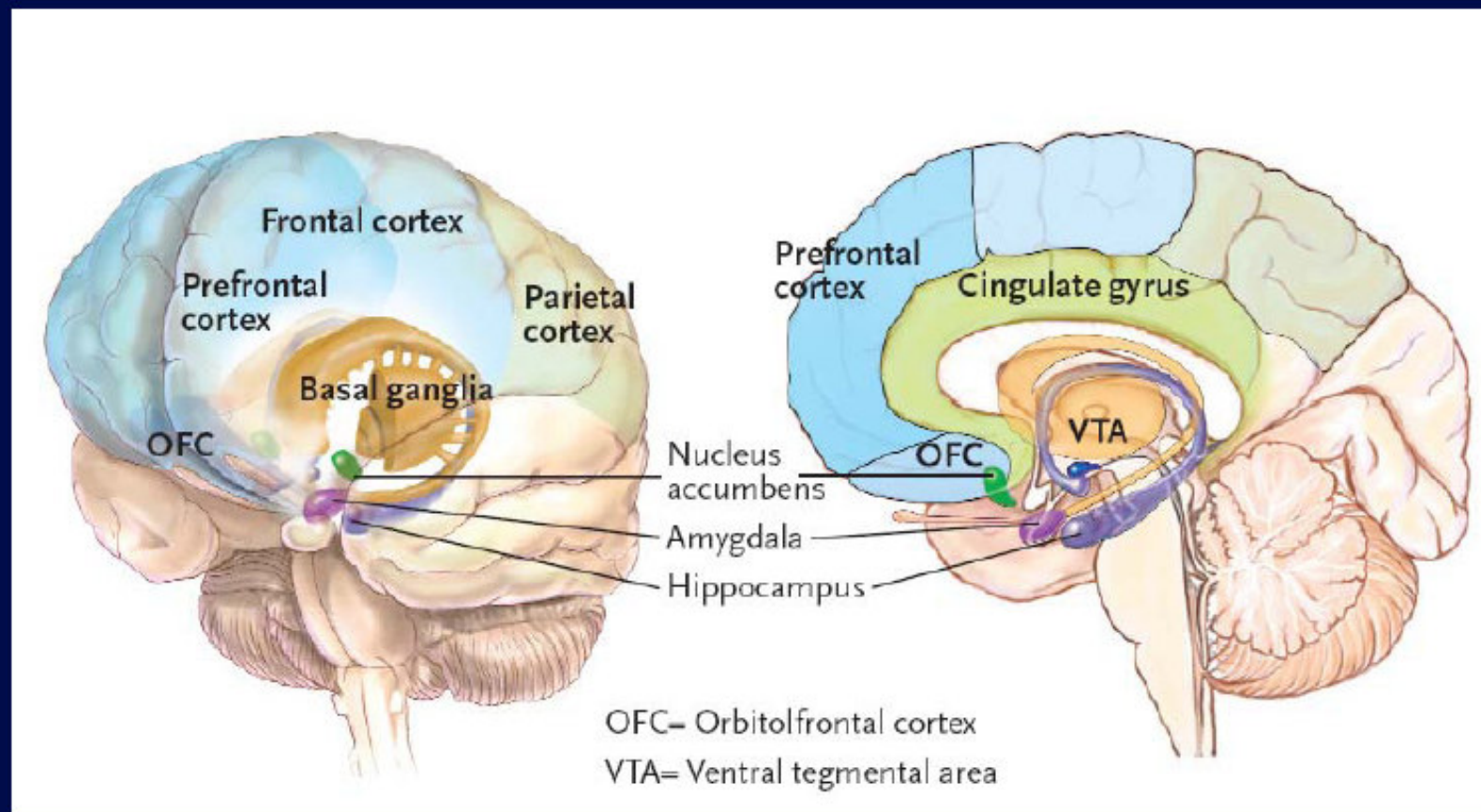
- operante Konditionierung $R \rightarrow S$ (SKINNER)
 - Die Konsequenzen des Verhaltens/Reagierens bestimmen die Wahrscheinlichkeit dessen Auftretens
- Zwei-Faktoren Modell (MOWRER)
 - Entstehung von Problemverhalten als klass. Kond.
 - Aufrechterhaltung als operante Kond.
 - Therapeutisches Problem: Circulus vitiosus der Vermeidung des Erlebens der Alternative

Neurobiologische Grundlagen

3. Ätiopathogenese

- Kortikale Verhaltenssteuerung als langfristige Planung und Kontrolle
 - Dorsolateraler präfrontaler Kortex (Haubenregion)
 - Orbitofrontaler Kortex
 - Störung durch Alkohol u. Abhängigkeitsentstehung bei dessen Insuffizienz
- Anteriores Cingulum als Instanz bei Konflikten zwischen konkurrierenden Handlungsoptionen
 - Risiko vs. Sicherheit im Spielmodell
- Aktivität des Orbito-frontal-striär-thalamischen Regelkreises bei Zwang und Sucht

Neurobiologie des „süchtigen“ Gehirns



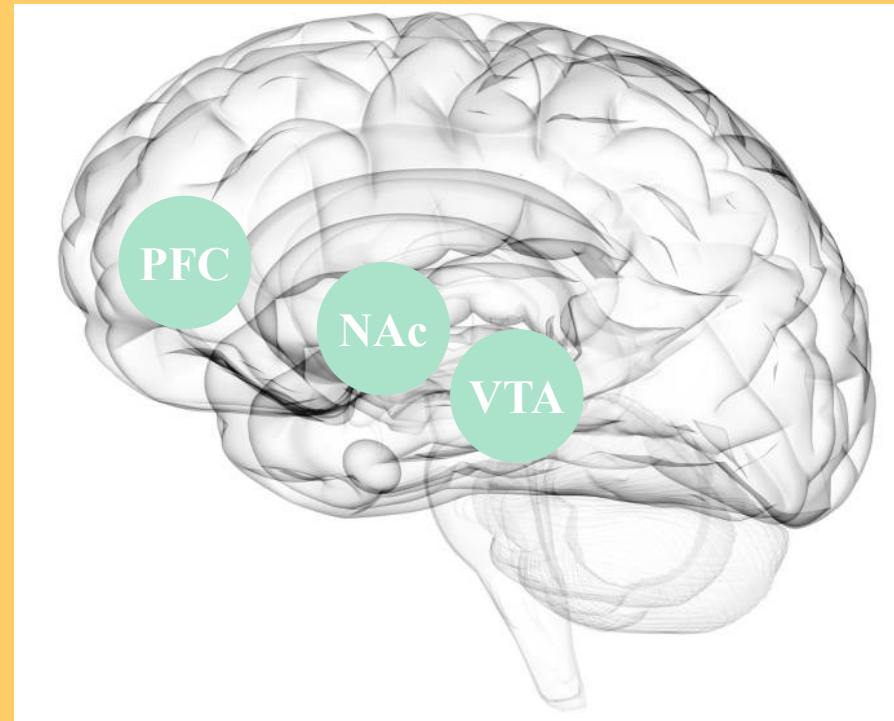
Fowler et al. (2007)

Primäre Angriffstellen des Alkohols

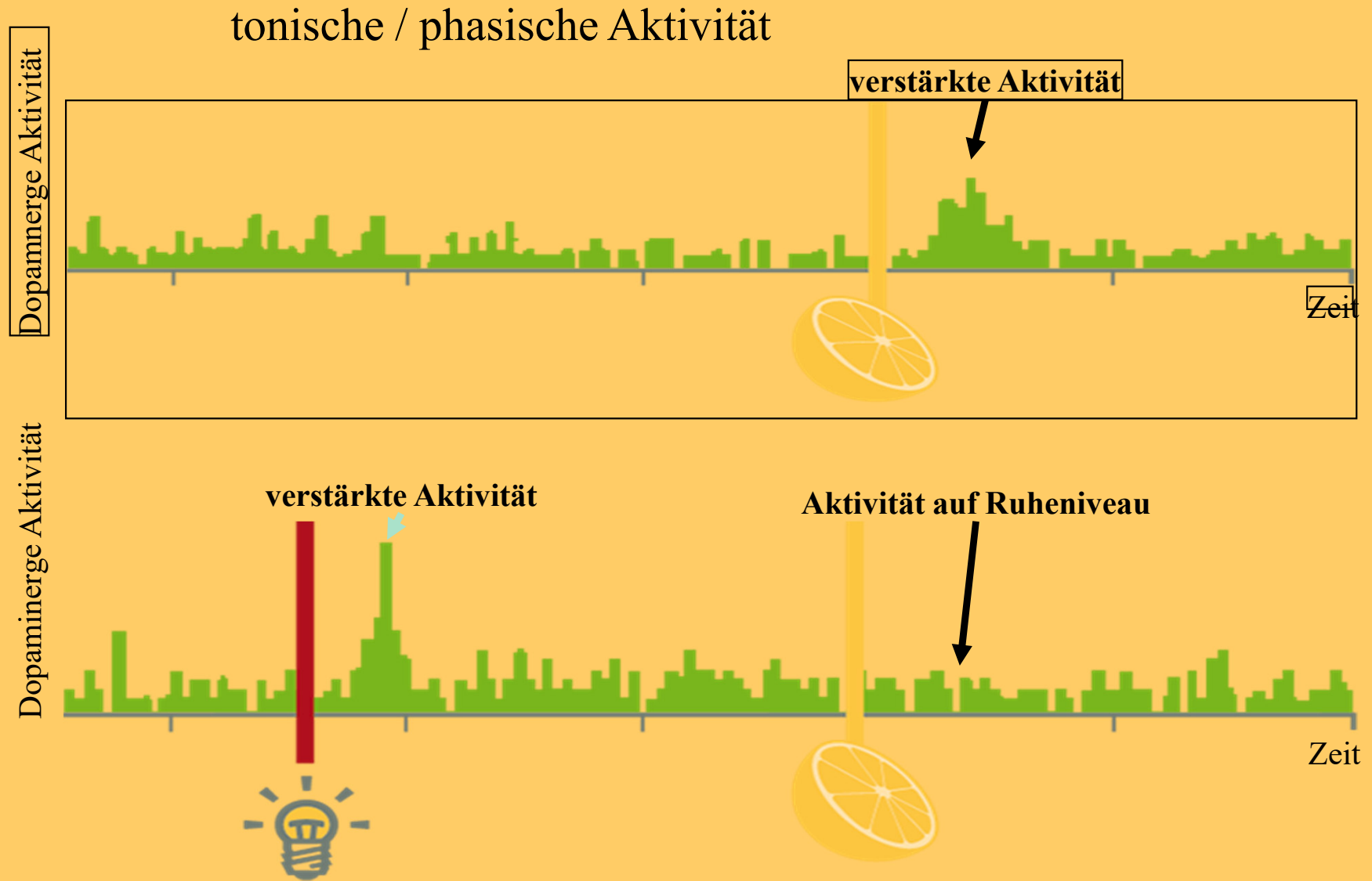
- kein spezifischer Rezeptor – „dirty drug“
- Lipidtheorie
 - Störung der Membranfluidität – heute nicht mehr gültig
- Proteintheorie
 - Bindung an Ligandengesteuerte Ionenkanäle
 - **NMDA-Rez.** = enthält Glutamat-Bindungsstelle, stärkster exzitator. Rezeptor – Hemmung durch Alkohol
 - **GABA-A-Rezeptor**, bedeutendster inhibitorischer Rez. – Steigerung durch Alkohol
 - GABA/Glutamat-Wirkung bewirken die subjektive Alkoholwirkung und Intoxikation

3. Ätiopathogenese

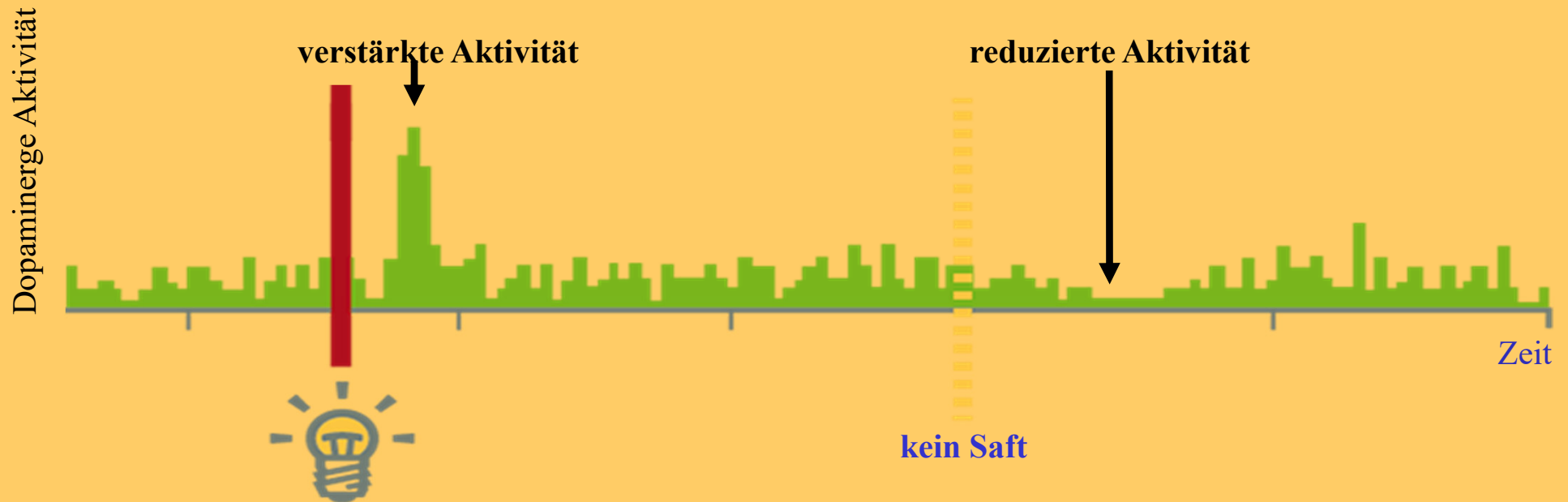
- „Belohnungssystem“ (James Olds, 1954)
 - Dopaminerge Bahnen im mesokortikolimbischen System
 - Ventrale tegmentale Area - Nucl. Accumbens (ventr. Striatum)
 - Projektion in präfrontalen Kortex
 - generiert **Lernsignal** für unconditionierte appetitive Reize
 - vermittelt Belohnungs-ankündigung/
Aufmerksamkeitslenkung für konditionierte Reize



3. Ätiopathogenese



3. Ätiopathogenese



Dopaminerge Neuronen, die vom VTA zum NAC projizieren, haben im Zusammenspiel mit den primären Angriffstellen für Ethanolmoleküle eine essenzielle Bedeutung für die durch Alkohol hervorgerufenen Verstärkungsprozesse – vermitteln aber nicht selbst den hedonistischen Effekt des Belohnungsgefühls

– Endogenes Opioid-System

- My-, Delta-, Kappa-Opioid-Rezeptoren im VTA/NAC
- Über 20 endogene Opioidpeptide:
 - Beta-Endorphin – My-Rez.: intrinsisch belohnend
 - Enkephalin – Delta-Rez.: intrinsisch belohnend
 - Dynorphin – Kappa-Rez.: negativer emotionaler Status
- Die tonische Dopaminkonz. im NAC wird von Opioiden gesteuert
- Alkohol induziert eine phasische Dopaminausschüttung im NAC
- Alkohol induziert eine Ausschüttung von Beta-Endorphin in den NAC

- Suchtentwicklung
 - Hochregulation des dynorphinergen Systems
 - Verschiebung der vom NAC (ventrales Striatum) abhängigen belohnungsassoziierten zielgerichteten Verhaltensweisen zu Reiz-Reaktions-Schemata im dorsalen Striatum (über das phasische Dopaminsignal)
 - Fortgeschrittenes Stadium:
 - Suchtmittelinduzierte Adaption/Schädigung glutamaterger Neurone im präfrontalen Kortex und deren Projektion in den NAC
 - In der Folge zwanghaftes Konsumverhalten

Sensitivierung – das Suchtgedächtnis

- Übermäßige Reaktion der Neurone im Belohnungssystem bei kleinster Substanzgabe oder nur auf Schlüsselreize (Cues)
- Anhaltende Veränderung der neuronalen Funktion im Ncl. Accumbens/ventr. Striatum
- Substanzspezifische Veränderungen
- Anatomische Nachbarschaft zur Region der Handlungsschablonen (dorsales Striatum)

Alkoholabhängigkeit auf der Rezeptorebene

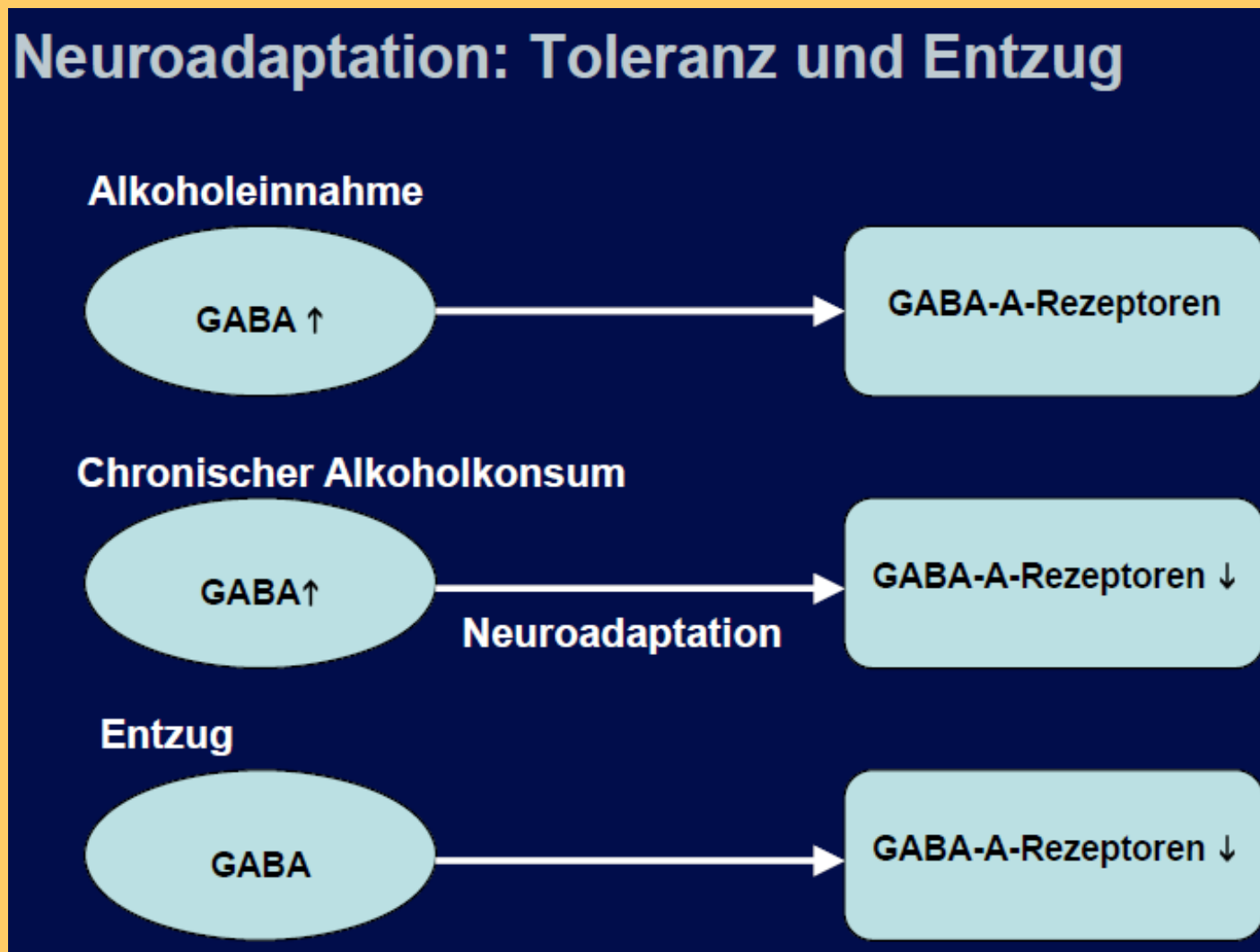
- Alkohol bindet an
 - NMDA-Rezeptor (enthält Ligandenbindungsstelle für Glutamat)
 - GABA_A-Rezeptor
 - Sogen. „Primäre Angriffstellen“ = psychotrope Wirkung:
 - Enthemmung, Sedierung, bis zur Atemdepression
 - „Zweite Welle“ indirekter Wirkung:
 - Modulation monoaminerger Systeme, v.a. Dopamin VTA – Ncl. Acc. - Präfrontaler Kortex
 - Tonische DA-Aktivität erhält nach Substanzeinnahme phasische Bursts = *Belohnungsankündigung!*
 - Modulation des endogenen Opioidsystems – entscheidend für die *verstärkenden und belohnenden Eigenschaften*
 - Alkohol schüttet beta-Endorphin (my-/kappa-Rez) im Ncl. Acc. aus (Antagonisierung durch Naltrexon)
 - daneben zunehmende Dynorphin-Ausschüttung (delta-Rez.), welches Dysphorie bewirkt,
 - Persistierende Adaptationsprozesse in weiteren neurochem. Funktionssystemen (CRH-System, Glutamat-vermittelte Long term potentiation)

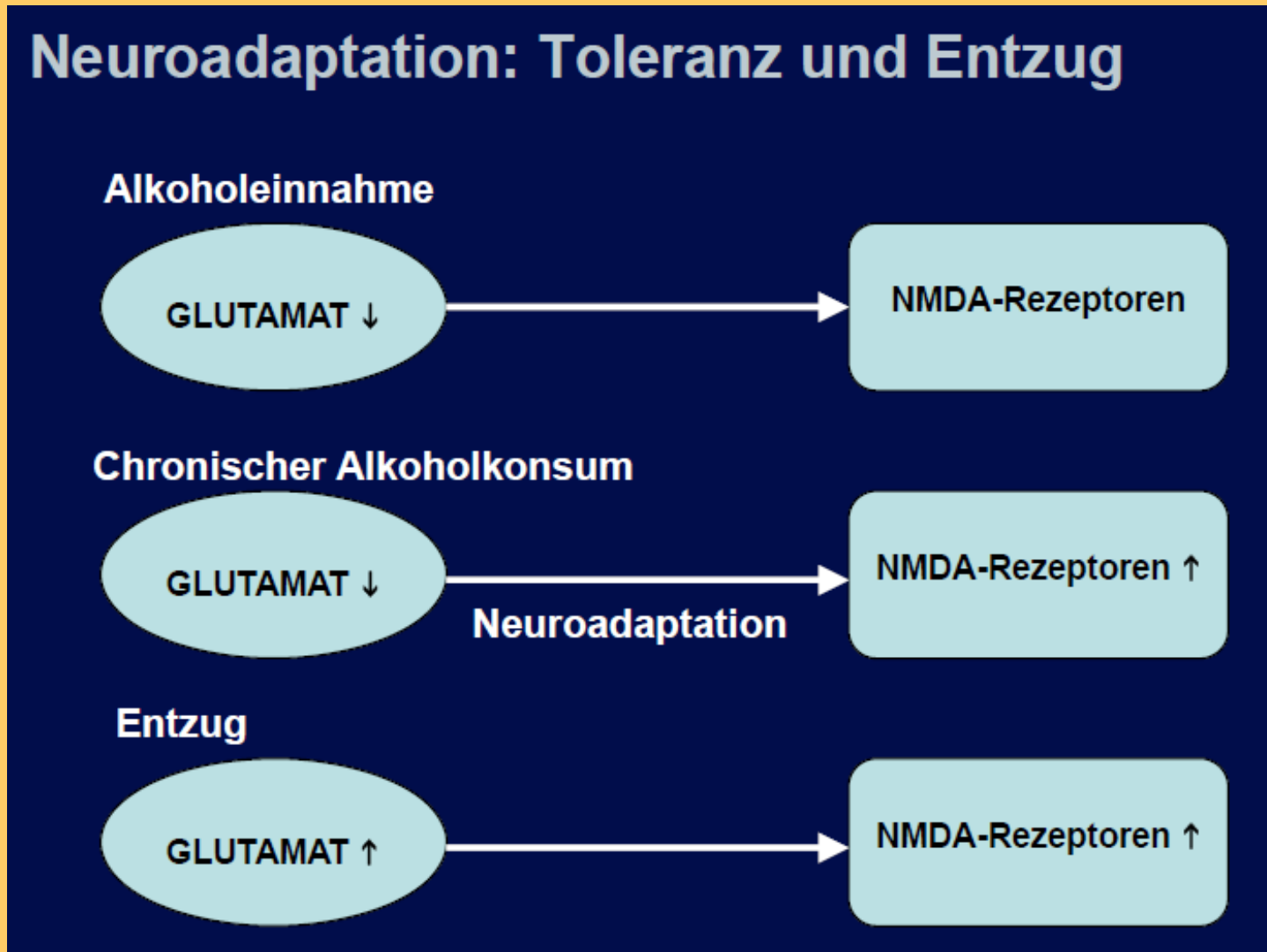
Toleranzentwicklung

- Homöostasebildung bei kontinuierlicher Alkoholfuhr zwischen GABAerger-Hemmung und glutamaterger Erregung
 - Alk. aktiviert GABA-A – Sedation
 - Down-Regulation der Rez.
 - Alk. blockiert NMDA-Rez. – Aktivierung
 - Up-Regulation zur Vigilanz- und Kognitionssteuerung

Entzugssyndrom

- Glutamat trifft auf erhöhte NMDA-Rez. bei downregulierter GABAerger Kompensation
- Vegetatives Entzugssyndrom – Locus coeruleus (noradrenerg)
- Krampfanfälle
- Sofortige Unterbrechung durch Alkohol





Therapieimplikationen

- Langsame Normalisierung der GABA-A-Rez.-Dichte (ca. 3 -4 Wochen)
 - Kognitive Leistungseinbußen
 - Emotionale Dysbalance
- Akuter vegetativer +
protrahierter neuropsychologischer Entzug

Therapieimplikationen

- Alkohol aktiviert Belohnungssystem (Dopaminausschüttung) 50 – 500% mehr als natürliche belohnende Reize
- Dominanz des frontalen Kortex fördern
- Dissoziation zwischen Absicht und neurobiologischer Leistungsfähigkeit in den *Wochen* des Entzuges

ICD-10, Abschnitt F5

F55 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

- F55.0 Antidepressiva
- F55.1 Laxantien
- F55.2 nichtpsychotrope Analgetika
- F55.3 Antazida
- F55.4 Vitamine
- F55.5 Steroide und Hormone
- F55.6 Pflanzen und Naturheilmittel
- F55.8 sonstige (z.B. Diuretika)
- F55.9 n.n.bez.

- ICD-10
 - **F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle**
 - F63.0 pathologisches Spielen
 - F63.1 pathologische Brandstiftung (Pyromanie)
 - F63.2 pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
 - F63.3 Trichotillomanie
 - **F50 Essstörungen**
 - F50.0 Anorexia nervosa
 - F50.2 Bulimia nervosa

„Verhaltenssucht“ (Nichtstoffgebundene Sucht)

Schwierige Konzeptualisierung zwischen Merkmalen der *Abhängigkeit* und/oder als Spektrumsstörungen der *Zwangserkrankungen*

- Kaufsucht/Computersucht - Online-Games
- Sexsucht/Arbeitssucht/Sportsucht

Therapeutische Implikationen sehr divergent:

- Abstinenz vs. Kontrolle

„Verhaltenssucht“ (Nichtstoffgebundene Sucht)

DSM V: Abhängigkeitserkrankungen - Störung ohne Substanzbezug

- Störung durch Glücksspiele

9 Kriterien:

u.a. Einsatzsteigerung, Unruhe bei Unterlassen, Kontrollverlust, Einengung, Funktionalität, Verluste ausgleichen, Vertuschen, Fortsetzung trotz negativer Folgen, sich Verlassen auf Unterstützung Dritter

leicht : 4-5, mittel: 6-7, schwer 8-9;

umfasst neben klassischen Automaten-, Casino- auch computerbasierte Spiele und u.U. Lotterien/Wetten

Internet Gaming Disorder

Wenn fünf (oder mehr) der folgenden Symptome über eine Periode von zwölf Monaten bestehen, liegt eine Internet Gaming Disorder vor (DSM-5):

- dauernde Beschäftigung mit Internet- bzw. Online-Spielen
- Entzugssymptome, wenn nicht gespielt werden kann, zum Beispiel Unruhe, Gereiztheit
- Toleranzentwicklung: Bedürfnis, immer mehr zu spielen
- Kontrollverlust: Versuche, weniger oder nicht zu spielen, missglücken
- Verlust des Interesses an früheren Hobbys oder anderen Aktivitäten
- Täuschung von Familienmitgliedern, Therapeuten oder anderen Personen über das wirkliche Ausmaß des Online-Spielens
- Gebrauch der Online-Spiele, um negativen Emotionen (zum Beispiel Hilflosigkeit, Ängstlichkeit) zu entkommen
- Gefährdung oder Verlust von Beziehungen, Arbeit oder Ausbildung wegen des Online-Spielens
- exzessives Online-Spielen trotz des Wissens um die psychosozialen Probleme

„Verhaltenssucht“

Vorausschau ICD-11

„Störungen auf Grund von Verhaltenssüchten“

- Glücksspielstörung 6C50 – „Gambling“
- Computerspielstörung 6C51 – „Gaming“
- Sonstige n. bez. Störungen 6C5Y
 - Soziale-Netzwerke-Nutzungs-Störung, Shoppingstörung, Pornografie-Nutzungsstörung
- Störungen, n. n. bez. 6C5Z
 - Streaming-Störung
 - Alle Störungen: Subtypen vorrangig offline (.0), vorrangig online (.1)
- Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung 6C72
- Sonstige n. bez. Störungen der Impulskontrolle 6C7Y
 - Zwanghafte Kauf-Shopping-Störung

4. Epidemiologie in Deutschland

VERBREITUNG DER COMPUTERSPIEL- UND INTERNET-ABHÄNGIGKEIT UNTER MÄNNLICHEN UND WEIBLICHEN JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN IN DEN JAHREN 2011 UND 2015



Quelle: BZgA, 2017; Definition Computerspiel- und Internetabhängigkeit: Befragte mit mindestens 30 Punkten in der Compulsive Internet Use Scale (CIUS)

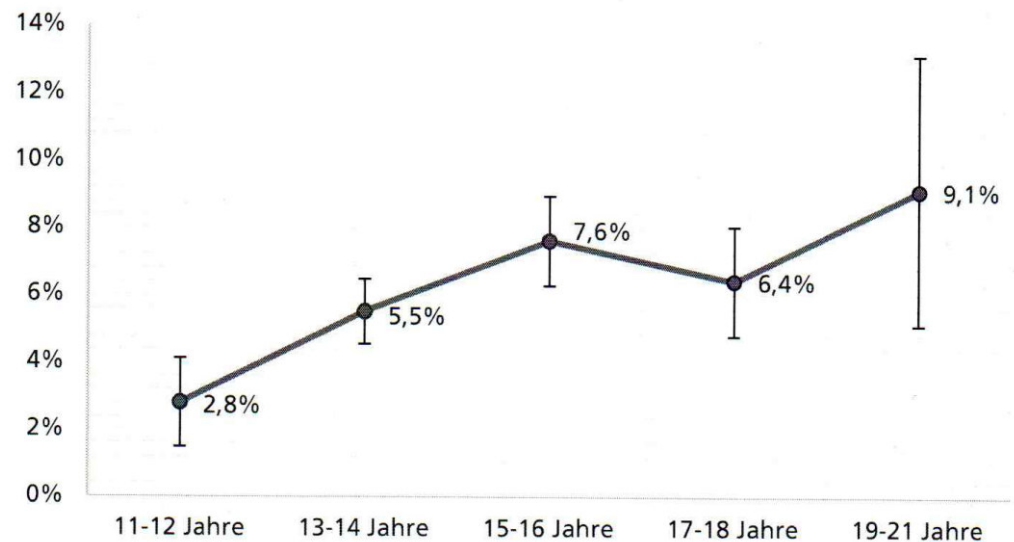


Abb. 2.1: Altersverlauf der Prävalenz von Internet- und Computerspielsucht, nach Lindenberg et al. (2018).

4. Epidemiologie in Deutschland

Alkohol

Riskanter Konsum: ca. 5 – 10 Millionen Menschen

Schädlicher Gerauch: ca. 2,7 Millionen Menschen

Abhängigkeit: ca. 1,6 Millionen Menschen

Gesamt: ca. 10 Millionen Deutsche haben ein
Alkoholproblem

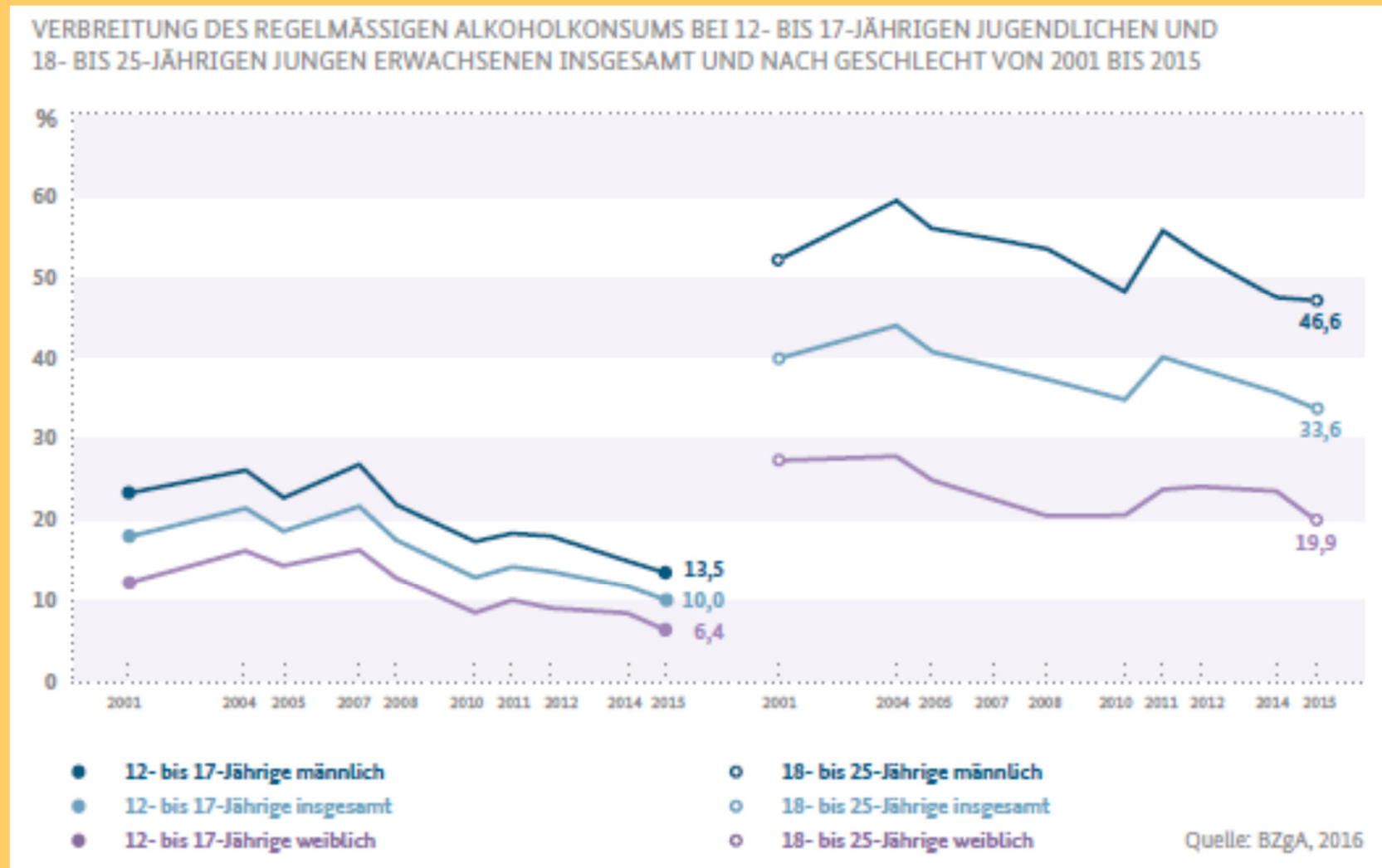
In Behandlung ca. 120 – 180.000 Menschen (Beratungsstellen)
ca. 15 – 20.000 Menschen (Fachkliniken)
ca. 90.000 Menschen (Selbsthilfegruppen)
ca. 1.200 Maßregelvollzug §64 StGB

Nach G.Wienberg, 2002; PM BZgA/Drogenbeauftragte, 13.07.2006

Alkohol 	Riskanter Konsum Erwachsene *	15,4 %	13,0 %
	Alkoholabhängigkeit Erwachsene *: 2012: 3,7 %	keine Angabe	3,4 %
	Regelmäßiger Alkoholkonsum 12- bis 17-Jährige **	10,9 %	9,0 %
	Regelmäßiger Alkoholkonsum 18- bis 25-Jährige **	33,7 %	32,3 %
	Rauschtrinken 12- bis 17-Jährige **	14,1 %	14,7 %
	Rauschtrinken 18- bis 25-Jährige **	38,2 %	40,6 %

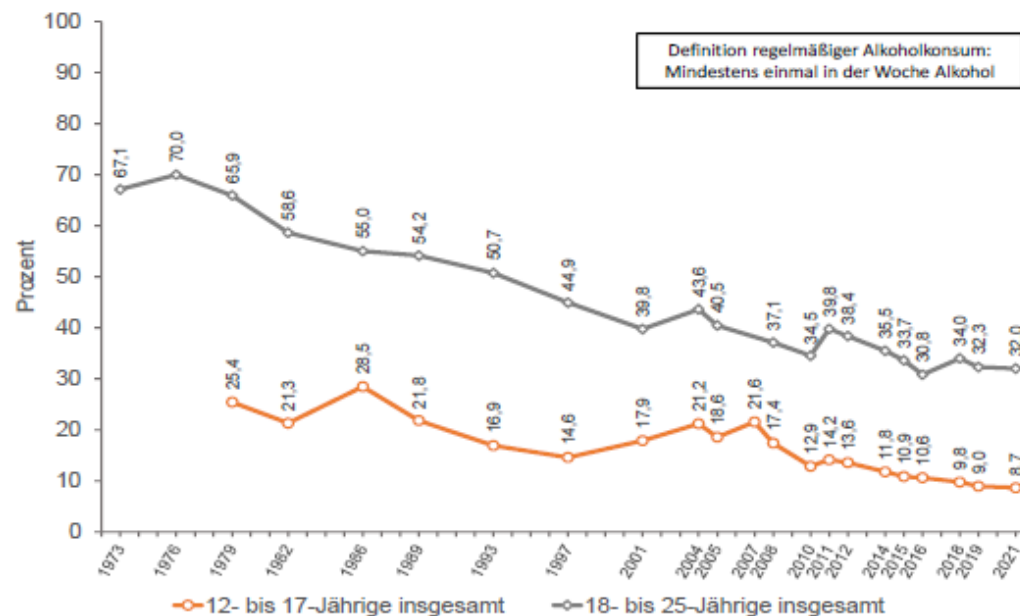
Drogen und Suchtbericht 2014
2021

4. Epidemiologie in Deutschland



4. Epidemiologie in Deutschland

Regelmäßiger Alkoholkonsum 1973-2021
12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige junge Erwachsene insgesamt



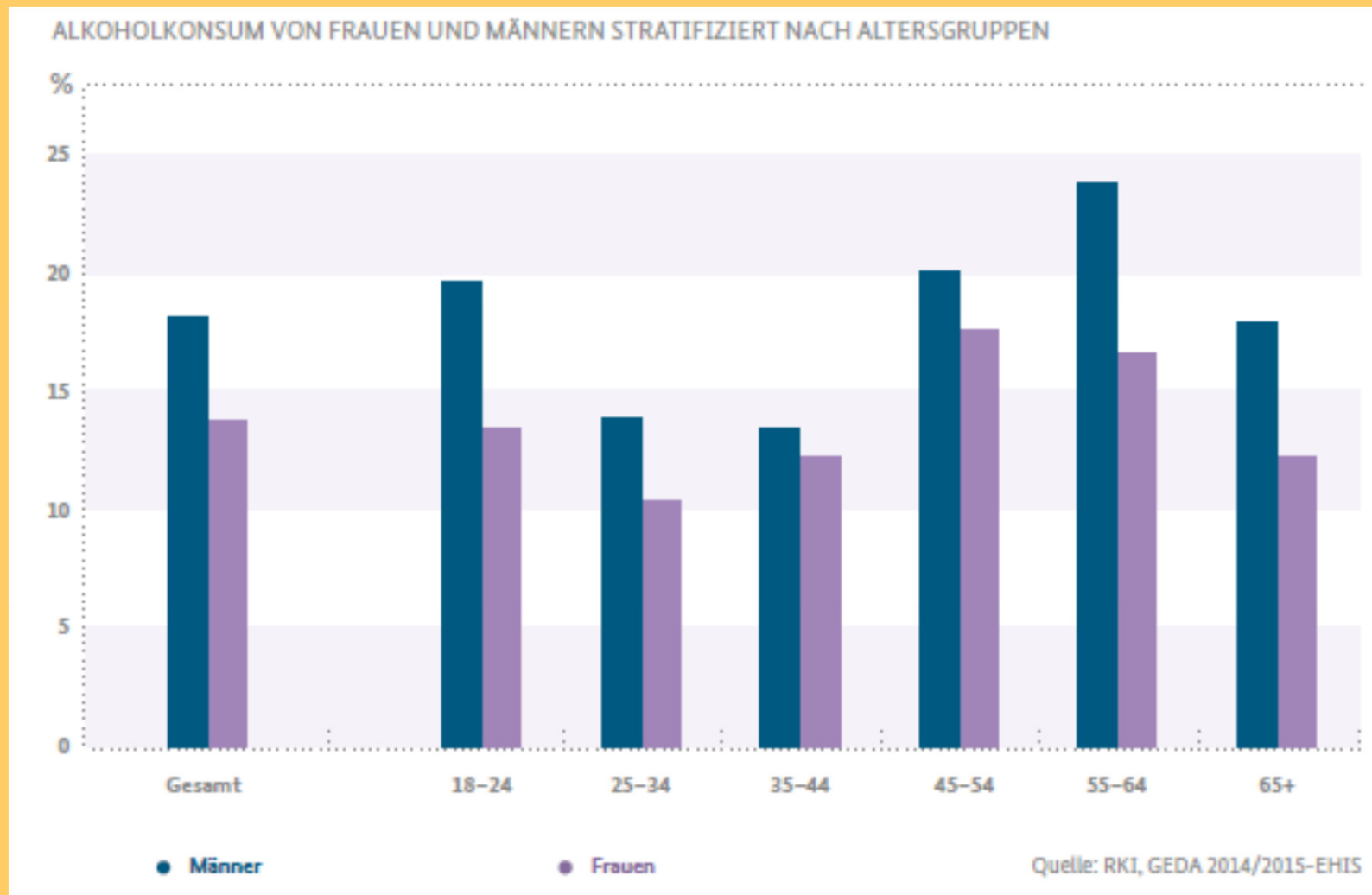
Langfristig gesehen, geht der regelmäßige Konsum von Alkohol unter den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen in Deutschland seit den 1970er-Jahren – dem Zeitpunkt des Beginns der BZgA-Repräsentativbefragung – zurück.

Seite 1 von 7

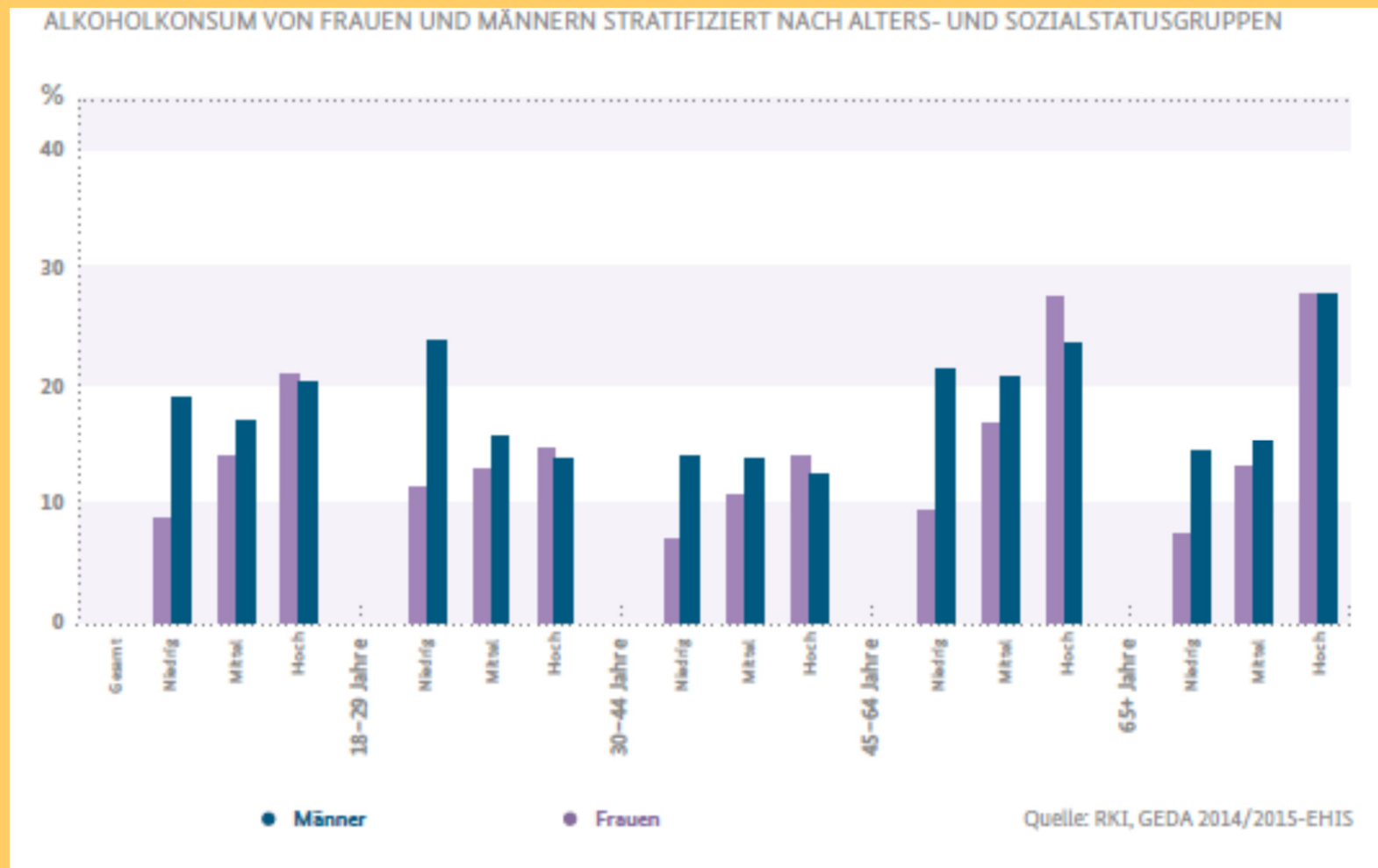
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Maarweg 149–161, 50825 Köln

Telefon: 0221 8992-0 Fax: 0221 8992-300 E-Mail: poststelle@bzga.de Internet: www.bzga.de

4. Epidemiologie in Deutschland



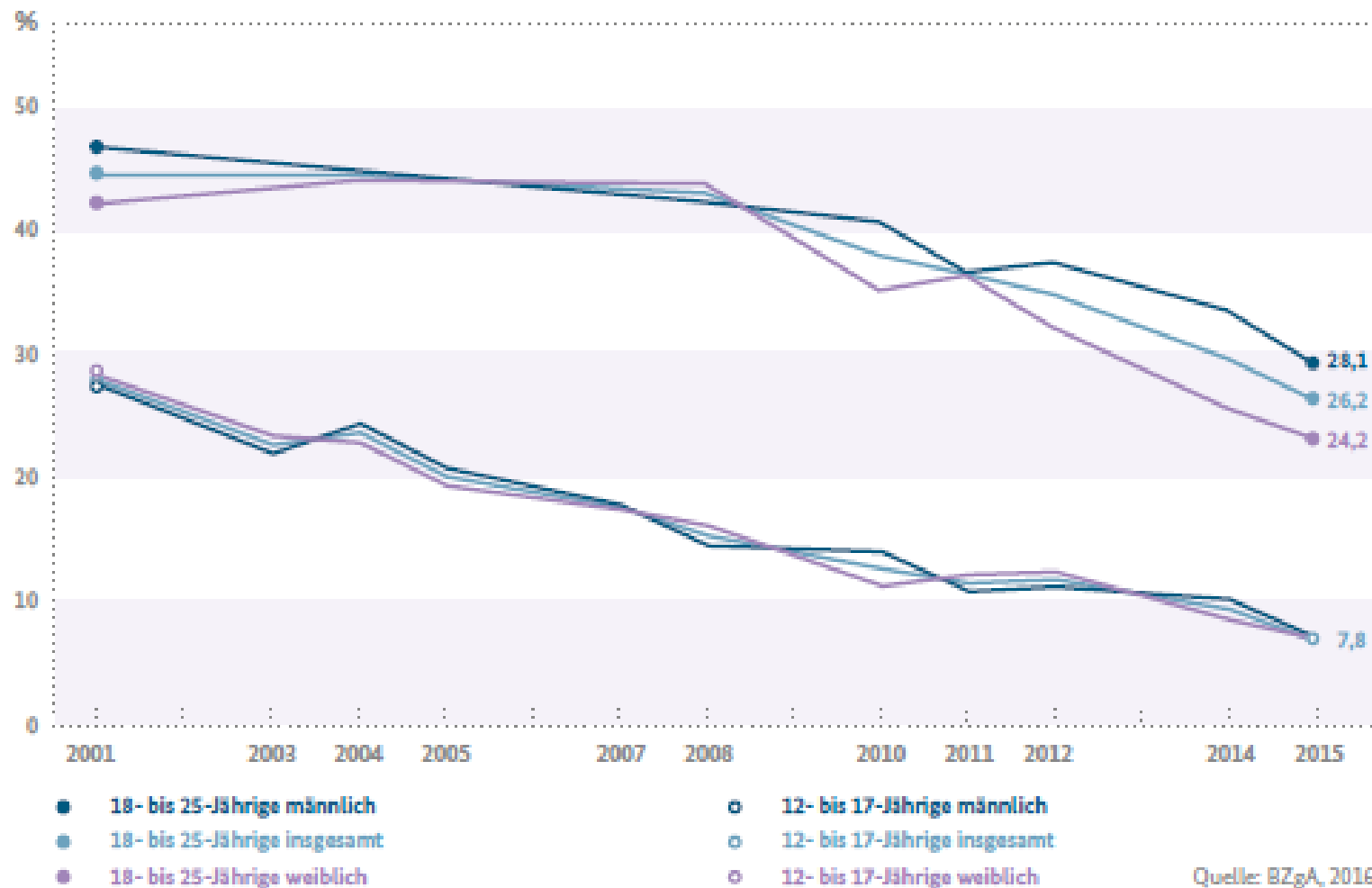
4. Epidemiologie in Deutschland



4. Epidemiologie

ABBILDUNG 02:

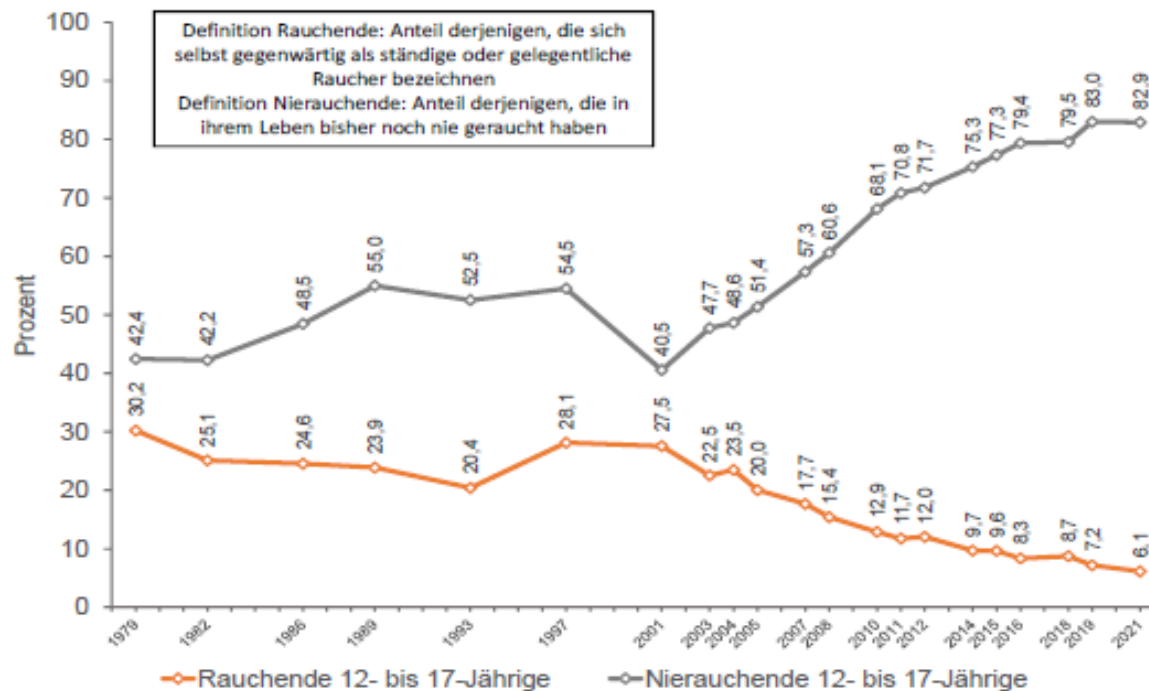
VERBREITUNG DES RAUCHENS BEI 12- BIS 17-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN UND 18- BIS 25-JÄHRIGEN JUNGEN ERWACHSENEN INSGESAMT UND NACH GESCHLECHT VON 2001 BIS 2015



4. Epidemiologie

Rauchen und Nierachen bei Jugendlichen

12- bis 17-jährige Jugendliche insgesamt von 1979-2021

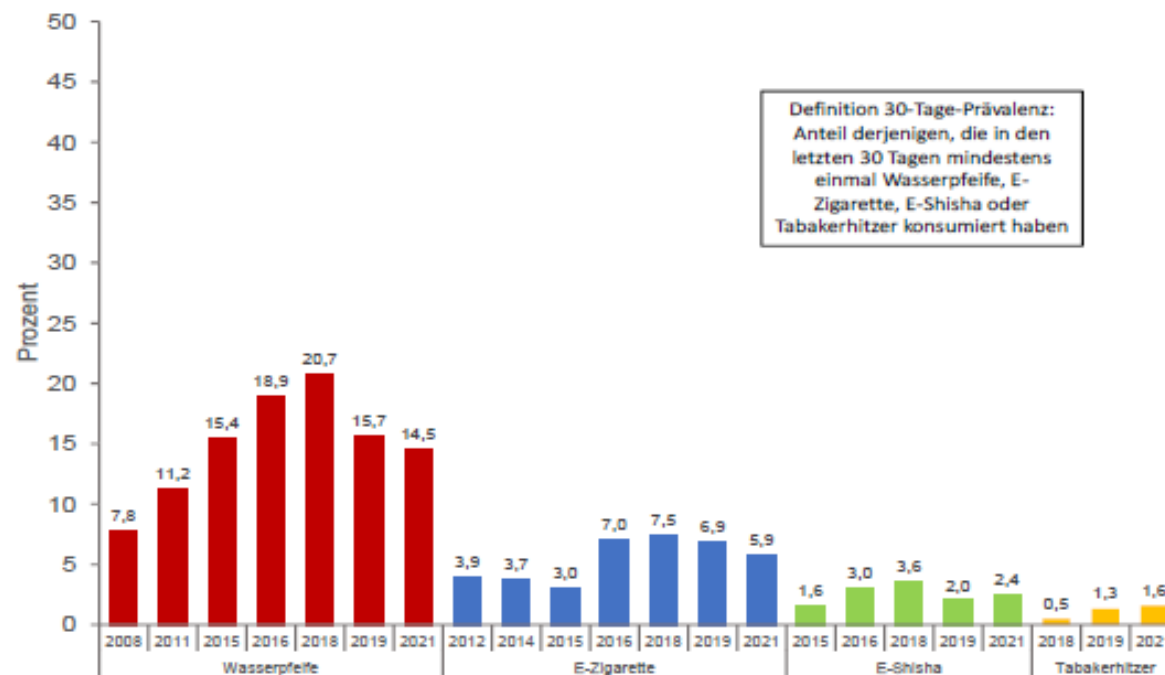


Der Anteil rauchender 12- bis 17-jähriger Jugendlicher ist weiter rückläufig. Im Jahr 2021 rauchten 6,1 Prozent der Jugendlichen. Im Jahr 2001 waren es noch 27,5 Prozent. Zeitgleich steigt der Anteil der Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, stetig an und liegt im Jahr 2021 bei 82,9 Prozent.

Sozialmedizinische Probleme der Sucht und der Suchtprävention

Suchtstoff	Konsumhäufigkeit	2015	2018/2019
Rauchen 	30-Tage-Prävalenz Erwachsene (18 bis 64 Jahre) *	28,7 %	23,4 %
	Gelegentliches bis häufiges Rauchen 12- bis 17-Jährige **	9,6 %	7,2 %
	Gelegentliches bis häufiges Rauchen 18- bis 25-Jährige **	29,7 %	28,8 %
Wasserpfeife	30-Tage-Prävalenz Erwachsene (18 bis 64 Jahre) *	keine Angabe	4,2 %
	30-Tage-Prävalenz 12- bis 17-Jährige **	8,3 %	7,2 %
	30-Tage-Prävalenz 18- bis 25-Jährige **	15,8 %	15,2 %
E-Zigaretten	30-Tage-Prävalenz Erwachsene (18 bis 64 Jahre) *	2,9 %	4,0 %
	30-Tage-Prävalenz 12- bis 17-Jährige **	2,0 %	3,7 %
	30-Tage-Prävalenz 18- bis 25-Jährige **	3,0 %	5,9 %
E-Shisha	30-Tage-Prävalenz Erwachsene (18 bis 64 Jahre) *	keine Angabe	keine Angabe
	30-Tage-Prävalenz 12- bis 17-Jährige **	2,7 %	1,8 %
	30-Tage-Prävalenz 18- bis 25-Jährige **	1,5 %	2,3 %
Tabakerhitzer	30-Tage-Prävalenz Erwachsene (18 bis 64 Jahre) *	keine Angabe	0,8 %
	30-Tage-Prävalenz 12- bis 17-Jährige **	keine Angabe	0,1 %
	30-Tage-Prävalenz 18- bis 25-Jährige **	keine Angabe	0,8 %

30-Tage-Prävalenz des Konsums von Wasserpfeife, E-Zigarette, E-Shisha und Tabakerhitzer 18- bis 25-jährige junge Erwachsene insgesamt

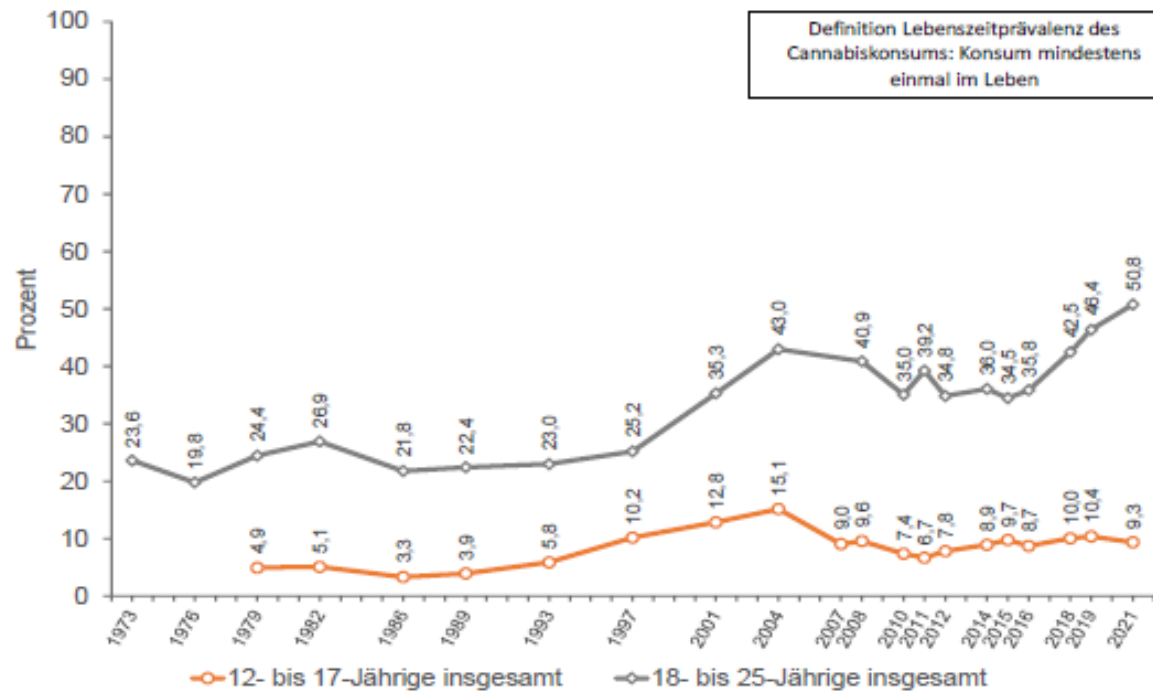


In der Gruppe der 18- bis 25-Jährigen jungen Erwachsenen ist beim Konsum von Wasserpfeifen nach deutlichen Anstiegen zwischen 2008 und 2018 aktuell ein Rückgang zu beobachten. Die 30-Tage-Prävalenzen des Konsums von E-Zigaretten und E-Shishas sind im Vergleich zu 2018 nur unwesentlich gesunken. Die Verbreitung des Konsums von Tabakerhitzern ist auf 1,6 Prozent angestiegen.

4. Epidemiologie

Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 1973-2021

12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige junge Erwachsene insgesamt



Der Anteil 12- bis 17-jähriger Jugendlicher, die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, hat sich im Vergleich zu 2011 erhöht. Er liegt im Jahr 2021 aber weiterhin unter dem Niveau von 2004. 2021 verfügt die Hälfte aller 18- bis 25-jähriger jungen Erwachsenen über Cannabis-Konsumerfahrung. Das ist der höchste erhobene Wert seit 1973.

Cannabisabhängigkeit



Im Rahmen der Befragung zum Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) gaben 7,1 Prozent an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate Cannabis konsumiert hätten. 0,6 Prozent der Befragten wiesen eine Cannabisabhängigkeit auf, weitere 0,6 Prozent einen missbräuchlichen Konsum. Unter den Konsumentinnen und Konsumenten lag der Anteil der Abhängigen bei etwas über neun

Prozent (9,3). Hinzu kamen acht Prozent, bei denen ein missbräuchlicher Konsum festgestellt werden konnte.

Besonders ausgeprägt sind gesundheitliche Probleme bei jüngeren Konsumentinnen und Konsumenten.

TABELLE 2

Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit nach DSM IV in den letzten 12 Monaten (Gesamtstichprobe und Konsumenten) (Prozent)

	Altersgruppen							
	Gesamt	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Missbrauch¹⁾								
Gesamtstichprobe	0,6	1,5	2,6	1,7	0,5	0,0	0,0	0,1
Konsumenten ²⁾	8,0	6,2	11,6	10,8	8,3	0,0	0,0	15,3
Abhängigkeit¹⁾								
Gesamtstichprobe	0,6	2,6	1,7	1,7	0,4	0,4	0,0	0,0
Konsumenten ²⁾	9,3	10,8	7,6	11,3	6,0	15,2	0,0	0,0



Details unter:
https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Drogen.pdf (S. 9)

¹⁾ Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM IV.

²⁾ Konsumenten der letzten 12 Monate.

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2018 (Tabelle 4: Cannabismissbrauch und -abhängigkeit)

Sozialmedizinische Probleme der Sucht und der Suchtprävention

TABELLE 2

12-Monats-Prävalenz substanzbezogener Probleme auf Basis von Screeninginstrumenten; Hochrechnung auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung

problematischer Konsum	Männer			Frauen			gesamt ^{*6}			Hochrechnung ^{*7}	
	n	%	[95-%-KI]	n	%	[95-%-KI]	n	%	[95-%-KI]	N	[95-%-KI]
Tabak ^{*1}	214	8,8	[7,5; 10,2]	225	6,8	[5,7; 8,1]	439	7,8	[6,9; 8,8]	4,0 Mio.	[3,5; 4,5]
E-Zigaretten ^{*2}	66	2,6	[1,9; 3,6]	40	1,2	[0,8; 2,0]	107	2,0	[1,5; 2,6]	1,0 Mio.	[767; 1,3]
Tabakerhitzer ^{*1}	6	0,2	[0,1; 0,7]	12	0,2	[0,1; 0,5]	18	0,2	[0,1; 0,5]	102	[51; 256]
Alkohol ^{*3}	1 049	25,0	[23,1; 26,9]	655	10,1	[9,1; 11,2]	1 706	17,6	[16,5; 18,8]	9,0 Mio.	[8,4; 9,6]
Cannabis ^{*4}	153	3,4	[2,8; 4,2]	111	1,6	[1,2; 2,2]	264	2,5	[2,1; 3,0]	1,3 Mio.	[1,1; 1,5]
Kokain ^{*4}	20	0,5	[0,3; 1,0]	14	0,2	[0,1; 0,4]	34	0,4	[0,2; 0,6]	205	[102; 307]
Amphetamin/Methamphetamin ^{*4}	17	0,4	[0,2; 0,7]	14	0,4	[0,2; 0,8]	31	0,4	[0,2; 0,6]	205	[102; 307]
mindestens eine Droge ^{*4}	170	3,7	[3,0; 4,6]	27	2,0	[1,5; 2,5]	297	2,9	[2,4; 3,4]	1,5 Mio.	[1,2; 1,7]
Medikamente ^{*5}	139	4,8	[3,8; 6,1]	272	6,5	[5,7; 7,4]	412	5,7	[5,0; 6,4]	2,9 Mio.	[2,6; 3,3]

^{*1} basierend auf Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit

^{*2} basierend auf Penn State Electronic Dependence Index

^{*3} basierend auf Alcohol Use Disorder Test

^{*4} basierend auf Severity of Dependence Scale

^{*5} basierend auf Kurzfragebogen für Medikamentengebrauch

^{*6} beinhaltet Männer, Frauen und divers

^{*7} Mittelwert basierend auf 51 139 451 Personen im Alter von 18–64 Jahren (Stichtag 31.12.2020, Statistisches Bundesamt)

n = ungewichtete Anzahl; % = gewichtete Prävalenz; 95-%-KI = 95-%-Konfidenzintervall; N = Hochrechnung in Tausend außer Mio. (Millionen)

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 119 | Heft 31–32 | 8. August 2022

5. Begleit- und Folgeerkrankungen

ICD-10

- F1x.3 Entzugssyndrom
- F1x.4 Entzugssyndrom mit Delir
- F1x.5 psychotische Störung (Halluzinose)
- F1x.6 Amnestisches Syndrom (Korsakow-Syndrom)
- F1x.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
 - F1x.70 Flashbacks
 - F1x.73 Demenz
- F1x.8 sonstige: u.a. Niedrigdosisabhängigkeit

• Alkohol als Noxe



Der Betroffene

- mehr als 60 alkoholbedingte Krankheiten wie Leberzirrhose, Hypertonie, Depression
- 2,5x häufiger krank
- erbringt nur $\frac{3}{4}$ seiner normalen Arbeitsleistung
- Verlust des Arbeitsplatzes
- Gewalt und Straftaten



Familie

- häusliche Gewalt
- gestörtes Familienleben
- Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern



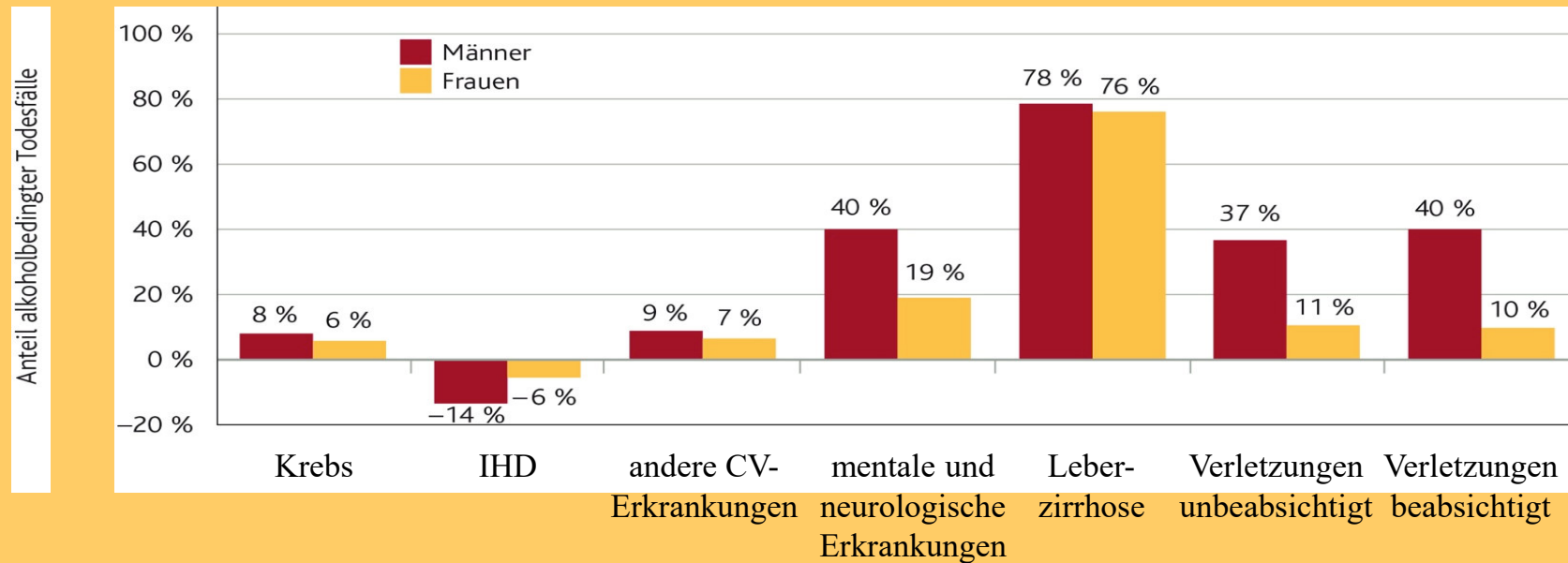
Andere

- Gewalt
- Unfälle (z. B. durch Alkohol am Steuer)

Eine von 20 Familien ist betroffen!

5. Komorbidität

- ▶ Alkohol verursacht direkt mehr als 30 Krankheiten
- ▶ Alkohol trägt indirekt zur Entstehung von mehr als 60 Krankheiten bei



CV: kardiovaskulär; IHD: ischämische Herzkrankheit

Rehm J et al. Alcohol Comparator Report – Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence 2012

Alkohol – eine „dirty drug“

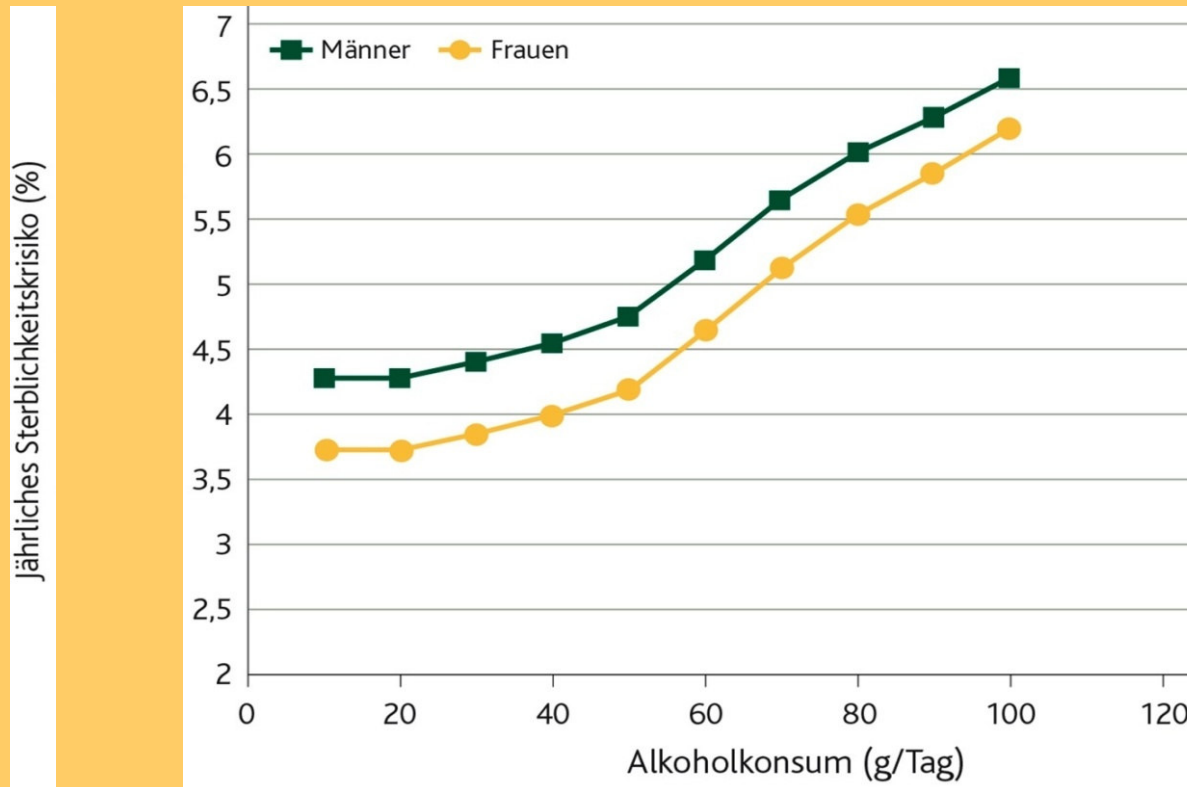
5. Komorbidität

- Steatosis hepatis, Leberzirrhose, Ösophagusvarizen
- Polyneuropathie, Wernicke-Enzephalopathie
- Gastritis, akut + chronisch, Mallory-Weiss-Syndrom, Ulcera, Carcinome
- Pankreatitis, akut + chronisch, Diabetes mellitus
- Kardiomyopathie, Blutbildveränderungen, Hypertension
- Alkoholembryopathie
- Unfallchirurgie, Carcinome

5. Komorbidität

Absolutes jährliches Risiko an alkoholbedingten Erkrankungen zu sterben*

*Alkoholabhängigkeit, Leberzirrhose, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

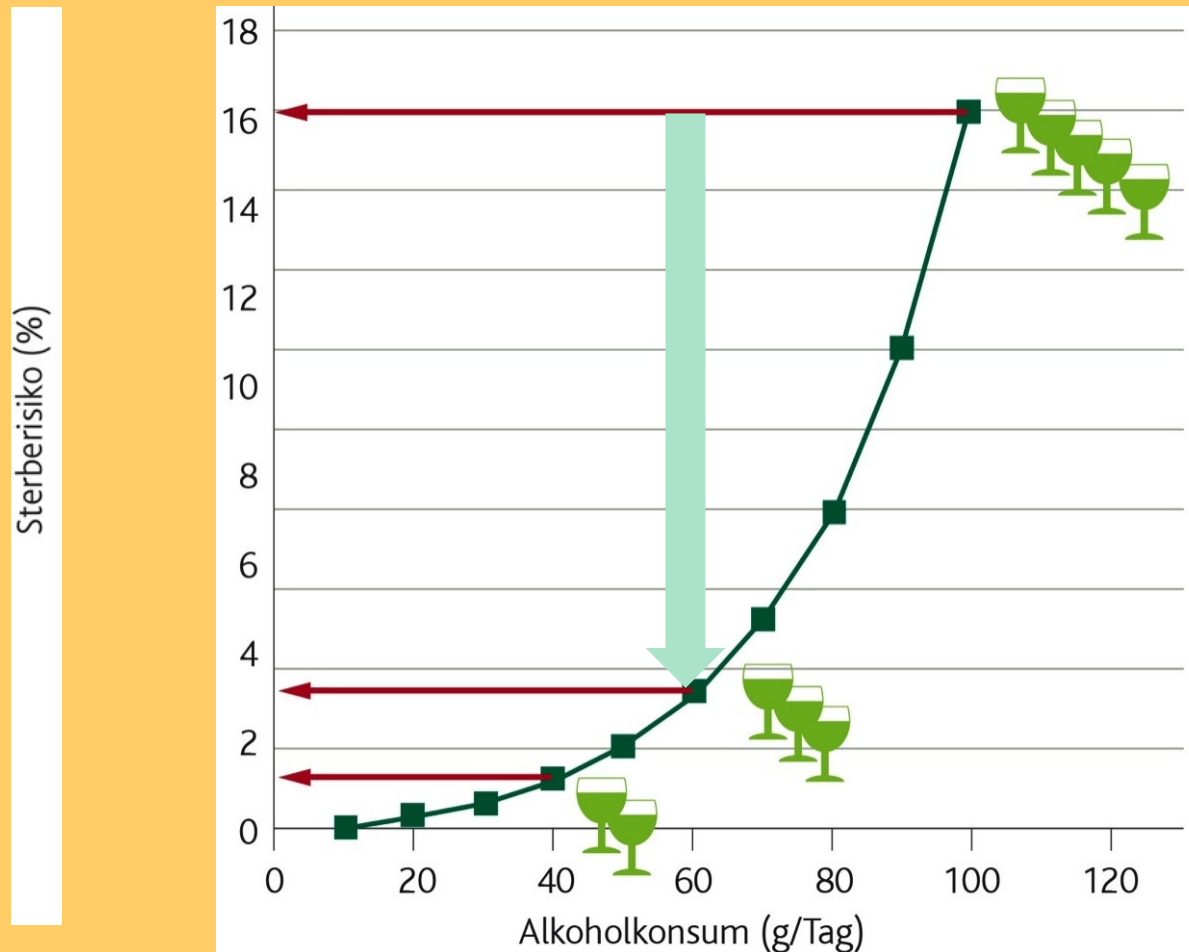


74.000 Tote/Jahr

modifiziert nach Rehm J et al. Addiction 2011; 106 (Suppl 1): 11–19

Alkoholkonsum: geringeres Risiko durch Reduktion

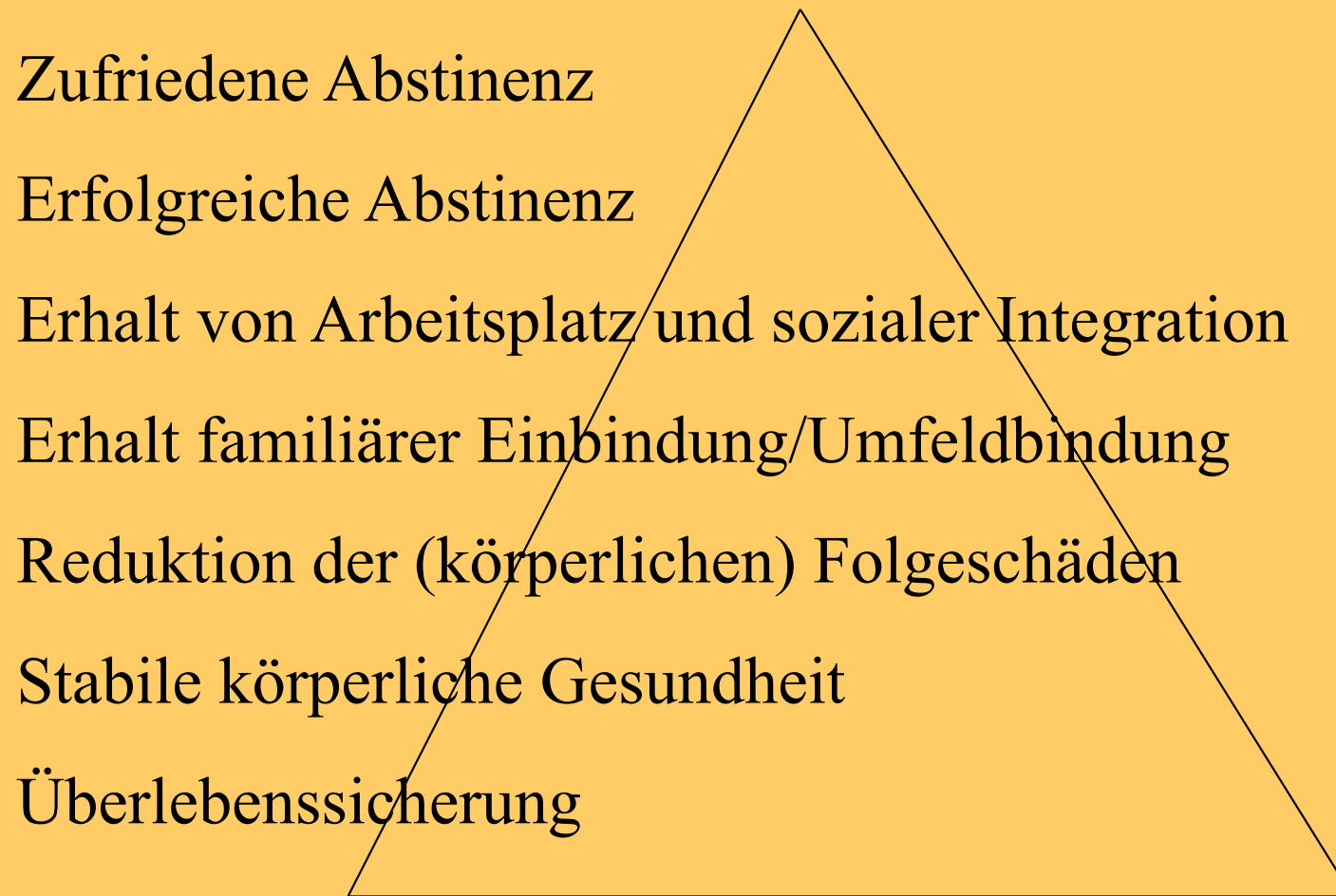
Beispiel Mann



6. Therapie

- Therapie wo von ?
 - Intoxikation
 - Entzug
 - Rückfall
 - Komorbidität
 - Substitution
 - *der Abhängigkeit ???*

Hierarchie der Therapieziele



- Medikamentöse Optionen zur Unterstützung des Abstinenzeralts
 - Aversive Therapie
 - Disulfiram
 - Modulation des Belohnungssystems
 - NMDA-Rez. /Glutamat-Rez.
 - Acamprosat
 - Endogenes Opiatssystem
 - Naltrexon

- Aversive Therapie

Disulfiram

- Hemmung des Abbaus von Acetaldehyd durch die Acetaldehyddehydrogenase
- Entstehung der Alkohol-Disulfiram-Reaktion:
 - Flush, Hypotonie, Tachykardie, Übelkeit, Erbrechen, Tachypnoe/Dyspnoe, Kopf-/Nackenschmerzen
- In Deutschland nur im Versand verfügbar, verschreibungsfähig, Kostenerstattung über Einzelantrag an die Krankenkasse
- Dosis anfangs boostern
- Erhaltungsmedikation täglich bis 500mg oder wöchentlich 2-4x500mg
- KI: dekompensierte Leberzirrhose, Ösophagusvarizen, schwere kardiale Krankheiten (KHK, Arrhythmie, CMP) u.a.
- Handling: kontrollierte Einnahme

- Wirkung am NMDA-Rezeptor

Acamprosate

- Zugelassen im Rahmen eines „individuellen Behandlungsplanes“ zur Verordnung für 1 Jahr
- Abstinenzraten über 24 Monate um 40 % (Placebo: 17 %) [Saß et al., 1996]
- Antagonist/Modulator am NMDA-Rez. (Glutamat)
 - Aktivierung bei niedriger Dosierung – Hemmung bei hoher Dosierung
 - Reduktion der glutamatergen Überstimulation zu Beginn einer Trinkepisode
 - Reduktion der alkoholbedingten Dopamin-Erhöhung im NAC
- Neuere Studien (Spanagel): Calcium-vermittelte Wirkung ?!
- Dosierung 3x2 Kps bei > 60 kg KG / 2 -1 -1 Kps. bei < 60 kg KG
- Nebenwirkung: Übelkeit, Erbrechen, Libidominderung
- KI: schwere Nieren-/Leberinsuffizienz

- Wirkung im Endogenen Opioid-System

Naltrexon

- Zugelassen für die Behandlung nach Opioidentzug/Erhalt der Alkoholabstinenz
- Abstinenzrate über 3 Monate 55%, in Kombination mit Acamprosat 65% [Kiefer, 2002]
- Überwiegend My-/Kappa-Antagonist:
 - Unterdrückung der Alkohol-induzierten Dopamin-Ausschüttung im NAC
 - Effekte auf Alkohol-Aufnahme, Craving
- Dosierung 1. Tag 25mg, danach 50 mg
- KI: schwere Lebererkrankungen/Niereninsuffizienz,
Opiateinnahme (Cave Codein, Loperamid, Paverysat)
- NW: Kopfschmerzen, Unruhe, Nervosität, Magen-Darm-beschwerden, u.a.

- Anlage III zur Arzneimittel-Richtlinie

2. Mittel zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit,

a) ausgenommen zur Unterstützung der Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholkranken Patienten im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts mit begleitenden psychosozialen und soziotherapeutischen Maßnahmen.

b) ausgenommen zur Unterstützung der Reduktion des Alkoholkonsums bei alkoholkranken Patienten, die auf eine Abstinenztherapie hingeführt werden, für die aber entsprechende Therapiemöglichkeiten nicht zeitnah zur Verfügung stehen. Die Verordnung kann bis zu drei Monate erfolgen; in begründeten Ausnahmefällen kann die Verordnung um längstens weitere drei Monate verlängert werden. Die Einleitung darf nur durch in der Therapie der Alkoholabhängigkeit erfahrene Ärztinnen und Ärzte erfolgen.

Der Einsatz von Arzneimitteln zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist im Hinblick auf das therapeutische Gesamtkonzept besonders zu dokumentieren.

Therapieziel Trinkmengenreduktion

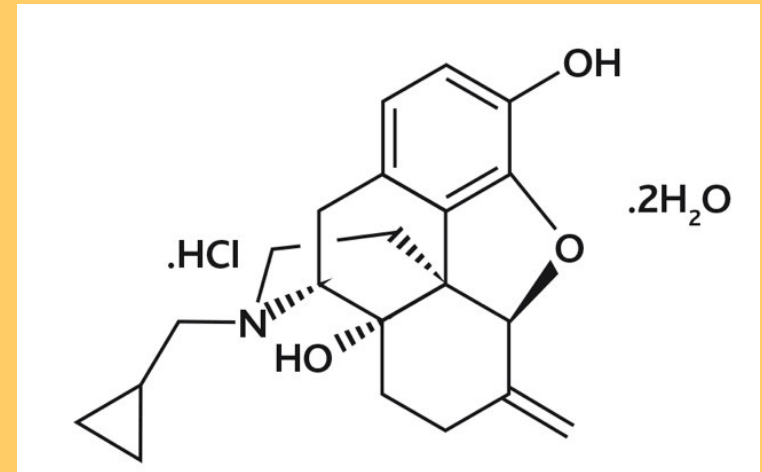
Nalmefen

Bindungseigenschaften:

- bindet an μ -, κ -, und δ -Opioidrezeptoren
- Antagonist an μ - und δ -Rezeptoren
- *partieller Agonist an κ -Rezeptoren*

Pharmakokinetik und Stoffwechsel:

- schnelle Resorption mit $T_{\max}$ 0,5–3,0 Stunden
- mittlere Halbwertszeit ($t_{1/2}$) ca. 13 Stunden
- schnelle und umfassende Metabolisierung
- keine klin. relevanten WW mit Medikamenten zu erwarten, die über CYP450-Enzyme metabolisiert werden
- hohe Rezeptorbelegung (94–100 %) innerhalb von 3 Stunden und ebenfalls nach 26 Stunden (83–100 %)



Dosierungsregime Nalmefene

- Einnahme „nach Bedarf“ (as needed dosing)
- 1 Tablette an Tagen, an denen der Patient das Risiko verspürt, Alkohol zu trinken
- 1–2 h vor dem Alkoholkonsum oder sofort nach Beginn
- Kontra-Indikationen
 - Schwere Leber-/Nieren-Insuffizienz
 - CAVE: Opiat-Einnahme
- UAW:
 - Appetitminderung, Schlafstörung, Sedierung, Übelkeit, u.a.

Hilfe im Netz

- Online-Selbsthilfe
 - selbsthilfealkohol.de
 - selbsthilfetakak.de
 - selbsthilfegluecksspiel.de
 - BZgA
- Apps
 - Ohne Alkohol mit Nathalie (kostenpfl.)
 - Checkpoint-S (Substitutionsbergl.)
- DiGA
 - Vorvida bei Alkoholabhängigkeit



6. Therapie

„Sonderfall Suchttherapie“:

- Opiatsubstitution

7. Die sozialrechtliche Kostenträgerstruktur

Suchtberatung, niedrigschwellige ambulante Hilfen, SpDi	Kommunale Finanzierung (ÖGDG)
Hausärzte, Nervenärzte, Psychiatrische Kliniken	Krankenversicherung SGB V
Rehabilitationskliniken	Rentenversicherung SGB VI / Krankenversicherung SGB V
Langzeittherapieeinrichtungen	Rehabilitation SGB IX/ Sozialhilfe SGB XII
Dauerwohnheime	Rehabilitation SGB IX/ Sozialhilfe SGB XII
Selbsthilfe	./. (SGB V / SGB VI)
Förderung der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung	SGB II / SGB III / SGB IX / SGB XII

Suchtberatungsstellen

7. Versorgungssystem

Aufgaben:

- (Primär)Prävention
- Stabilisierung von Kontakten
- Umfassende Beratung
- Motivationsklärung / Motivationsbildung
- Begleitende Hilfen im sozialen Umfeld (Arbeitsplatzsicherung)
- Krisenintervention
- Einbeziehung / Vermittlung von Selbsthilfeaktivitäten
- Einbeziehung / Beratung von Bezugspersonen
- Vorbereitung / Vermittlung von amb. / stat. Entgiftung und Entwöhnung
- Erstellung des Sozialberichts

[Bd. 12 der Schriftenreihe der BAR]

Die Psychiatrische Klinik - der Qualifizierte Entzug

„... umfasst eine mindestens dreiwöchige Therapie unter Einschluß der klassischen körperlichen Entgiftung. Zusätzlich setzen zum frühest möglichen Zeitpunkt psychoedukative Gruppensitzungen und psychotherapeutische Verfahren wie die motivierende Gesprächsführung ein. Ziel ist die Förderung von Krankheitseinsicht und eine tragfähige Abstinenzmotivation. Das multiprofessionelle Team umfasst Mediziner, Psychologen, Sozialpädagogen/-arbeiter und speziell geschulte Pflegekräfte.“

Abstinenzquoten zwischen 48% (6 Monate) und 32% (28 Monate)

Entwöhnung – Medizinische Rehabilitationsbehandlung

7. Versorgungssystem

- stationär in Fachkliniken
 - Alkohol und Medikamente: max. 16 Wochen
 - Drogen: max. 10 Monate
 - Optional: Adaption, direkt bzw. im Intervall
- ambulant in Suchtberatungen / Fachambulanzen
 - 80 Therapieeinheiten (Einzel-/Gruppengespräche) / 12 Monate
 - 12 Gespräche mit Bezugspersonen / 12 Monate
 - u.a. abhängig von Stabilität/Abstinenzfähigkeit des Betroffenen, Stabilität des sozialen Umfeldes, medizinischen Kriterien
- Ambulante Nachbetreuung nach stat. Entwöhnung/ Adaption
- aktuelle Entwicklung: Qualifizierter Entzug als tagesklinische Behandlung Abhängigkeitserkrankter

Komplementäre Einrichtungen und Betreuungsformen

Zielgruppe: i.d.R. „mehrfachgeschädigte abhängigkeitskranke Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe, mit schlechter Prognose und fehlender Motivation bzw. Behandlungsbereitschaft und –eignung.“

[Bd. 12 BAR-Schriftenreihe]

- Ambulant Betreutes Wohnen / Therapeutische Wohngemeinschaften
- Soziotherapeutische Heime (Langzeittherapie): 6 (– 18) Monate
- Dauerwohnheime
- Spezialeinrichtungen:
 - Alkohol und Obdachlosigkeit
 - Alkohol/Drogen und Schizophrenie / ADHS / Borderline / FASS (sogen. „Doppeldiagnosen“)

Selbsthilfe

- Amb. Selbsthilfegruppen
- Stat. Selbsthilfeeinrichtungen
 - Therapeut. Einrichtungen/Notschlafstellen
- Selbsthilfeorganisationen
 - Anonyme Alkoholiker
 - Blaues Kreuz in der evang. Kirche
 - Guttempler
 - Synanon

8. Prävention der Abhängigkeitserkrankungen

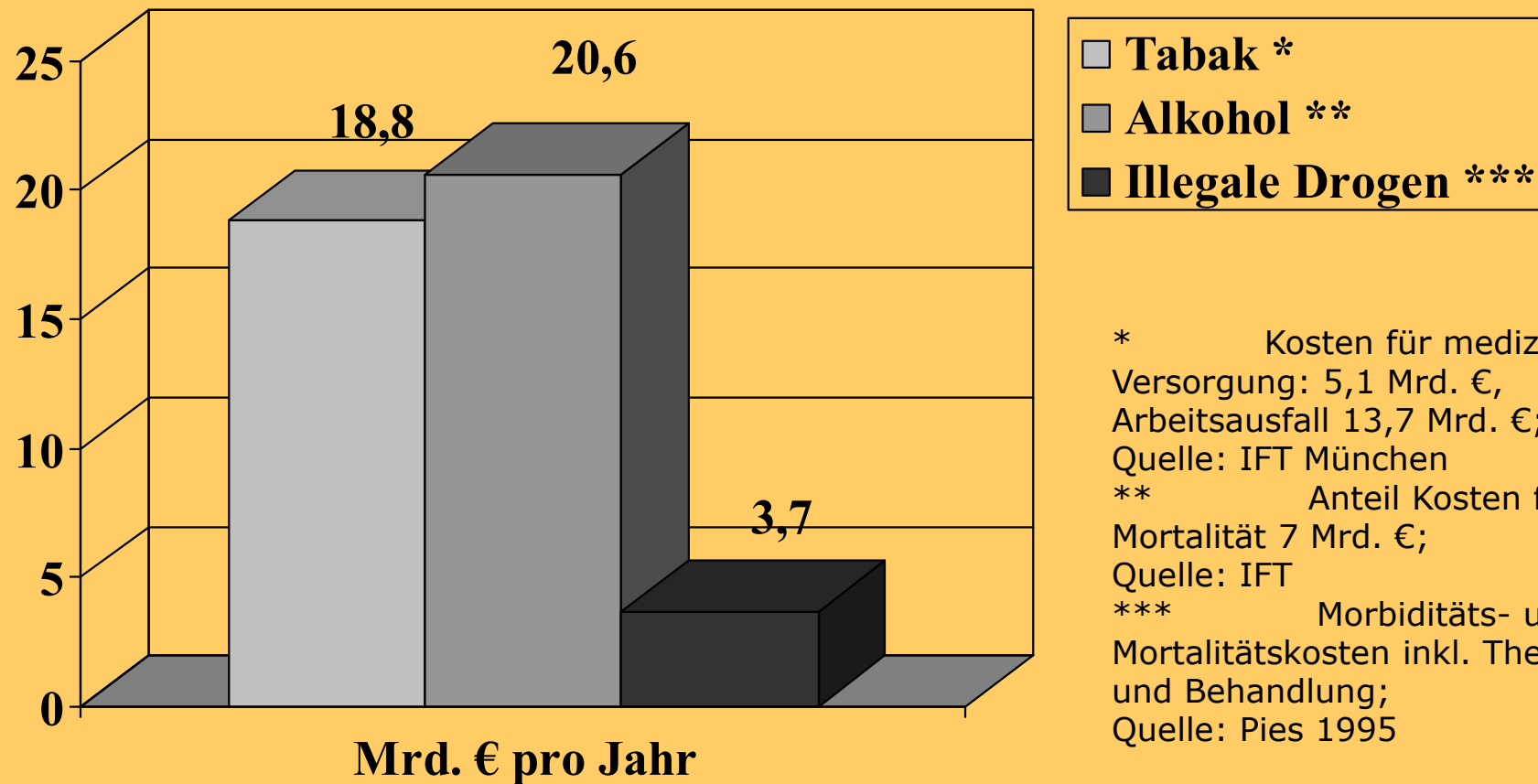
- Warum und Wie ?!
 - 74.000 Todesfälle/Jahr direkt oder indirekt infolge akuten Alkoholkonsums
 - ca. 2% aller stationären Behandlungsfälle wg. Alkohol
 - ca. 3,5 % wegen Alkohol und Nikotin

**Geschätzte Kosten alkoholbezogener
Folgen
für die Gesellschaft:
ca. 5 - 6 % des Bruttosozialproduktes**

- Produktionsverlust
- Gesundheitswesen
- Sozialwesen
- Verkehrswesen
- Strafgerichtsbarkeit
- Dunkelziffer!

AKTIONSPLAN DROGEN UND SUCHT: DATEN, TRENDS, BEDARF

Volkswirtschaftliche Kosten



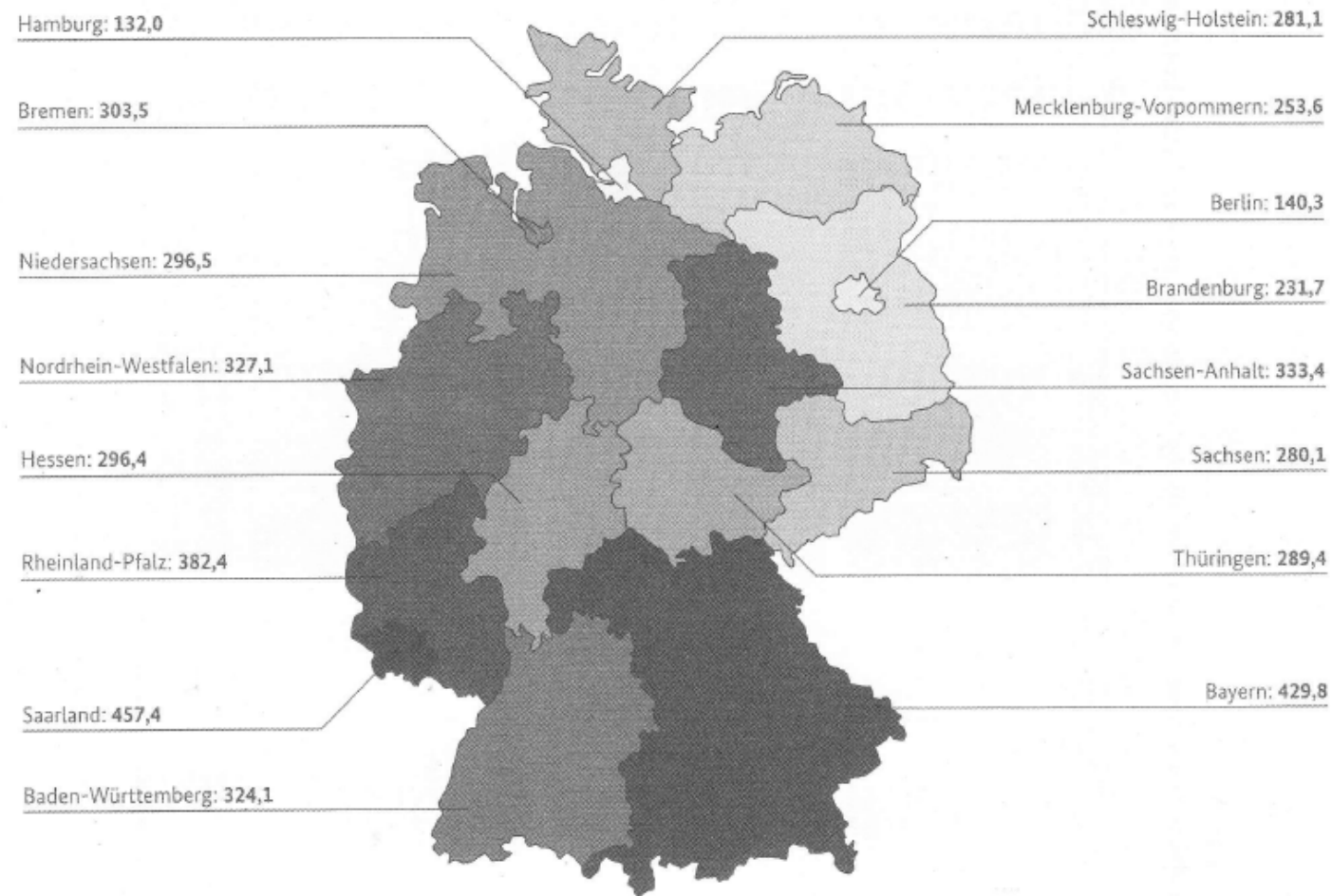
Folgen und Kosten der legalen Suchtmittel (Suchtbericht 2017)

- 120.000 Tote/Jahr
- 10 Jahre Lebensverkürzung
- direkte Kosten in der medizinischen Behandlung
 - 25,4 Milliarden €
- direkte Kosten in der Berentung
 - 53,7 Milliarden €
- Alkohol: 26 – 40 € direkte und indirekte Kosten

8. Prävention

Abbildung 5:

Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen für die Bundesländer 2011 je 100.000 Einwohner im Vergleich



Prävention

8. Prävention

Primär: Vermeidung der Entstehung

Sekundär: Vermeidung des Fortschreitens der Erkrankung

Tertiär: Minimierung der Folgeschäden

NIDA 1997 (National Institut of Drug Abuse, USA)

- universelle P.: populationsorientiert
- selektive P.: risikogruppenorientiert, vor Problemeintritt
- indikativ: Einzelpersonen, nach Problemeintritt

Prävention

8. Prävention

= Alkohol =

- Ziele (1)
 - Förderung des risikoarmen, verantwortungsvollen Konsums, Vermeidung des riskanten Konsums und v.a. des Rauschtrinkens
 - Hinauszögerung des Konsumbeginns
 - Konsumverzicht in kritischen Momenten (Straßenverkehr, Schwangerschaft, Arbeit, Medikamenteneinnahme, Umgang mit Kindern)
 - Vorbildverhalten von Erwachsenen

zit. nach BZgA, 2006

Prävention

8. Prävention

= Alkohol =

- Ziele (2)
 - Anregung der kritischen Reflexion des eigenen Konsumverhaltens / der Bagatellisierung entgegenwirken
 - Früherkennung/-intervention durch Ärzte *aller* Fachrichtungen
 - Anstieg des Wissens in der Allgemeinbevölkerung
 - Einhaltung / Akzeptanz des Jugendschutzes

zit. nach BZgA, 2006

Prävention

8. Prävention

- Strategien (1)
 - Verhaltensprävention (= Interventionen, die sich auf Wissen, Einstellung und Verhalten von Personen und Gruppen beziehen)
 - Medienarbeit (Print, audio-visuell Medien, TV, Internet, Presse)
 - Schulungen, erzieherische Maßnahmen
 - Gruppenarbeit für Kinder und Jugendliche
 - Einzelberatung
 - Frühintervention
 - Multiplikatoren-Arbeit
 - Kulturpädagogische, erlebnispädagogische Maßnahmen

zit. nach BZgA, 2006

Prävention

8. Prävention

- Strategien (2)
 - Verhältnisprävention (= orientiert sich auf Settings, auf Einrichtungen oder gesellschaftliche Bereiche, deren Strukturen und Regeln beeinflusst werden sollen)
 - Abgabebeschränkungen nach dem Jugendschutzgesetz, auf Sport- und Großveranstaltungen
 - Steuererhöhungen
 - Verbot im Verkehr und dessen Kontrollen
 - Überwachung des „Apfelsaftgesetzes“
 - Werbebeschränkung und deren Überwachung
 - Betriebsvereinbarungen in Unternehmen
 - Änderung ärztlicher Regelversorgung in Richtung Früherkennung / Frühintervention

zit. nach BZgA, 2006

Prävention - Ansatzpunkte

- Familie
- Schule
- Freizeit/Freunde (peers)
- Medien
- Community
- Gesetzliche Rahmenbedingungen

Prävention – Was wirkt ?

- **Familie:** umfassende Maßnahmen, d.h. kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings (v.a. Alkohol)
- **Schule:** interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme (alle Substanzen)
- **Schule:** keine alleinige Wissensvermittlung, alleinige affektive oder anderweitige *nicht*interaktive Maßnahmen (alle Substanzen)
- **Medien:** Kampagnen als flankierende Maßnahmen und nicht als alleinige einsetzen (Tabak)
- **Gesetzgeber:** Preis (Tabak,Alkohol) und legale Altersgrenze (Alkohol)

nach Bühler u. Kröger, 2006

ABER:

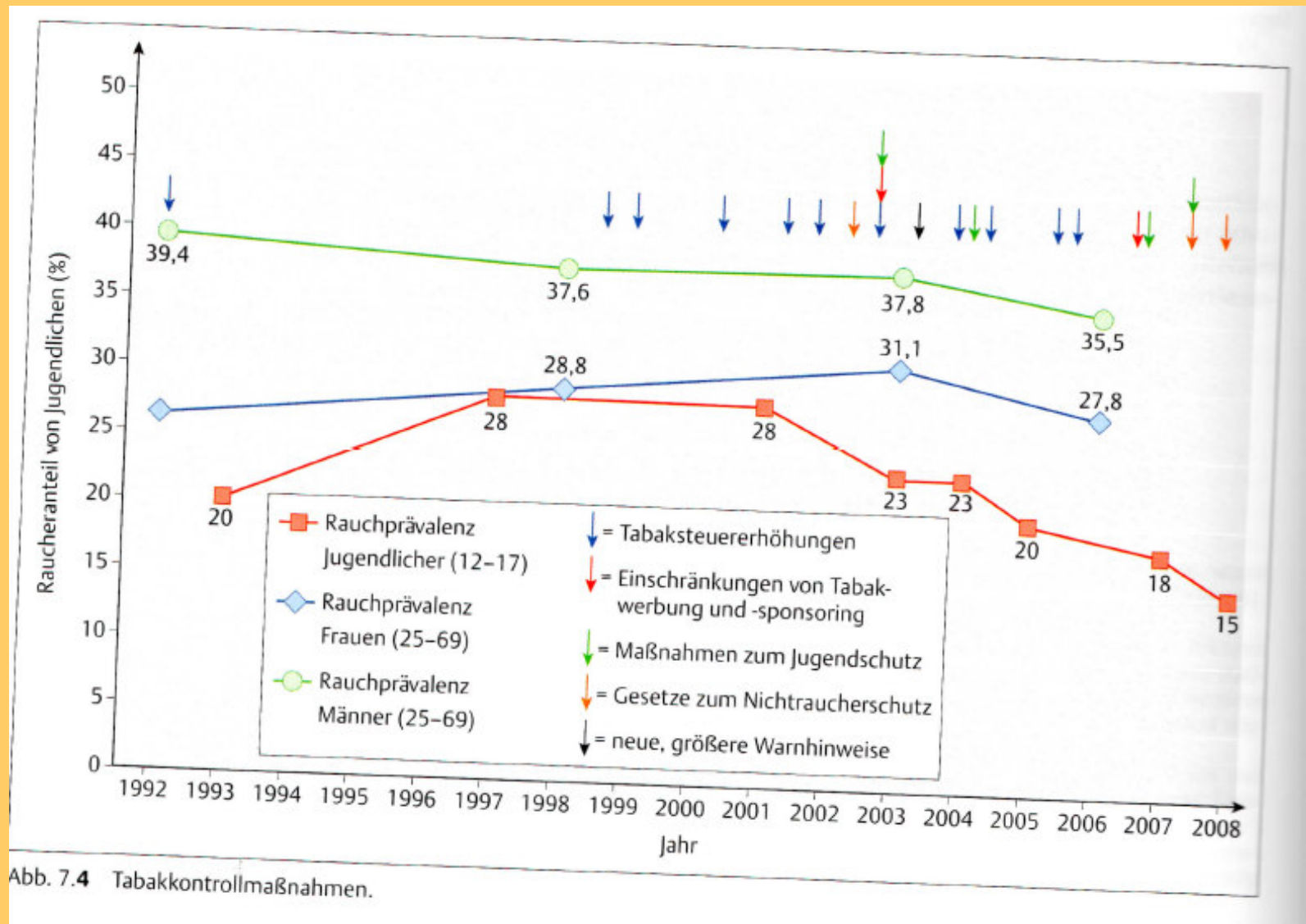
- Suchtpräventive Maßnahmen können im Einzelfall auch zu einem nicht intendierten Effekt führen (Konsumerhöhung)
- Effizienz-Abschätzungen zu Kosten und Nutzen fehlen
- Viel theoretischem Wissen zur Entwicklung von Maßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern steht wenig Überprüfung der Umsetzung gegenüber

nach Bühler u. Kröger, 2006

- Ergänzung: „Lieber schlau als blau – Schulprojekt“
Lindenmeyer

• Prävention der Nikotinabhängigkeit

8. Prävention



Prävention –

8. Prävention

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

- www.bzga.de
- www.kommunale-suchtpraevention.de
 - Wettbewerbe
 - 2001/2002: Kommunale Suchtprävention
 - 2003/2004: Tabakprävention
 - 2005/2006: Alkoholprävention
 - 2008/2009: Suchtprävention für Kinder und Jugendliche vor Ort
 - 2010/2011: Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen
- www.bzga-ausstellungen.de
- BZgA – Schriftenreihe
 - =Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung=Band 29:
„Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“,
Bühler und Kröger, 2006

Prävention – Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

8. Prävention

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Alle Kategorien ▾ Schwerpunkte ▾ Neuerscheinungen Service ▾

Hinweis - Bestellungen in den Schulferien: In der Zeit der Ferien kann keine Auslieferung an Schuladressen erfolgen. ✕

Startseite | Alle Kategorien | Suchtvorbeugung



Suchtvorbeugung

Hier finden Sie unsere Materialien zu Alkohol, Tabak und Cannabis, zu illegalen Substanzen, Glücksspiel und digitaler Mediennutzung.

Alkoholprävention | Glücksspielsuchtprävention | Förderung des Nichtrauchens | Prävention exzessiver Mediennutzung

Illegale Drogen | Cannabisprävention | Kinder stark machen | Methamphetaminprävention



 MEDIENPAKET

Alkoholkonsum bei Patientinnen und Patienten ansprechen. Ärztliches Manual zur Prävention und Be..

Kostenlos

1

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

ALKOHOL- ABHÄNGIGKEIT

Suchtmedizinische Reihe
Band 1



Herausgegeben von der
Deutschen Hauptstelle für
Suchtfragen e.V.

4

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

DROGEN- ABHÄNGIGKEIT

Suchtmedizinische Reihe
Band 4



Herausgegeben von der
Deutschen Hauptstelle für
Suchtfragen e.V.

6

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELEN

Suchtmedizinische Reihe
Band 6



Leitfaden für die Beratung
Schwangerer zum Rauchverzicht

~~rauch~~frei!

in der
Schwangerschaft



BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Dr. med. Jürgen Hein

Betriebliche Alkoholprävention

8. Prävention

- Prinzipien
 - Offenheit in der Problembenennung / Unterstützung bei der Problembewältigung
- Methode
 - Abschluß einer Vereinbarung mit konkreter Laufzeit/ggf. Verlängerung
 - Therapieverpflichtung je nach Indikation: QE, Reha., ambulante (Nach-)Behandlung
 - Benennung einer Vertrauensperson zur unregelmäßigen Kontrolle, definierte Kontrollmethoden
 - Rückfälle müssen offen gemacht werden
 - Definierte Konsequenzen: Abschluß / Maßnahmen

Hilfsprogramm der LÄKB für suchtmittelgefährdete Ärzte

- Freiwillig Teilnahme – professionelle Hilfe!
 1. Klärungsphase
 2. Initiale Behandlungsphase
 3. Ambulante Nachbetreuung und Überwachungsphase
- Kontrollperson + Vertrauenstherapeut
- Beendigung – ggf. Approbationsbehörde
- http://www.laekb.de/10arzt/55Arzt_Gesundheit/10Suchtmittel/index.html

9. Früherkennung

Einrichtungstyp	Kontaktdichte (in % aller Alkoholabhängigen)
Fachberatungsstellen Fachkliniken	6 - 8% 1,5 – 2%
Psychiatrische Abteilungen/KH Gesundheitsämter/SPDi Einrichtungen/Dienste für Obdachlose Heime/Betreutes Wohnen Straf-/Maßregelvollzug MPU-Stellen	3 - 4% 4,5 - 5,5% 3 - 4% 0,5 - 0,7% 0,4 – 0,6% 0,6 - 1,2%
Allgemeinkrankenhäuser Niedergelassene Ärzte	30 – 35 % 70 – 80 %

Wienberg, 2002

Sozialmedizinische Probleme der Sucht und der Suchtprävention

Häufigkeit von Patienten mit Alkoholproblemen und Anteil der richtigen Diagnosestellung durch die Stationsärzte

	Häufigkeit von Alkoholproblemen (Prozent)	Davon richtig diagnostiziert (Prozent)
HNO	43	-
Psychiatrie	30	67
Innere Medizin	24	52
Chirurgie	21	20
Neurologie	19	46
Gynäkologie	12,5	7
n = 2002		

Screening-Tests des Alkoholismus

9. Früherkennung

Instrument	Volle Bezeichnung	Autoren	Trennprobleme	Untersuchungsdaten
CAGE	Detecting alcoholism – the CAGE questionnaire	Mayfield 1974 Ewing 1984	Alkoholiker/ Nichtalkoholiker	Selbstbeurteilung
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test	Selzer et al. 1971	Alkoholiker/ Nichtalkoholiker	Selbstbeurteilung
MALT	Münchener Alkoholismus Test	Feuerlein et al. 1977	Alkoholiker/ Nichtalkoholiker	Selbstbeurteilung, Fremdbeurteilung, Obj. Kriterien
LAST	Lübecker Alkoholismus Test	Rumpf et al. 2000	Alkoholiker/ Nichtalkoholiker	Fremdbeurteilung
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test	Saunders et al. 1987	Vieltrinker/ Normalkonsument	Fremdbeurteilung
ScreeT-9	Screening-Test mit 9 Items	Richter et al. 1990, 1994	Alkoholabhängiger/ schädlich o. riskant Konsumierender/ Normalkonsument	Fremdbeurteilung, Obj. Kriterien

CAGE

9. Früherkennung

Hat der Patient schon einmal

- (erfolglos) versucht, seinen Alkoholkonsum zu verringern („cut down“)
- sich geärgert, weil sein Trinkverhalten von anderen kritisiert wurde („annoyed“)
- sich schlecht oder schuldig gefühlt wegen des Alkoholtrinkens („guilty“)
- morgens als erstes Alkohol getrunken, um „in die Gänge“ zu kommen („eye-opener“)?

Diagnostik der Alkoholkrankheit bei männlichen chirurgischen Patienten

9. Früherkennung

	n	I. visit (%)	II. visit (%)	III. visit (%)
Clinical routine	112	16	21	34
& CAGE	119	25	36	64
& CAGE, & CDT	101	59	68	85
& CAGE, & GGT	107	46	62	80
& CAGE, & CDT, & GGT	116	72	84	91

Martin M 2002, Alcohol Clin Exp Res 1995; 19: 55A

Tabakentwöhnung - Screening^{9. Früherkennung}

- Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND)
(Fagerström et al. 1991)

	3 Punkte	2 Punkte	1 Punkt	0 Punkte
Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Erwachen ?	5'	6-30'	31-60'	> 60'
Finden Sie es schwierig zu verzichten bei Rauchverbot?			ja	nein
Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?			Die erste nach dem Erwachen	Eine andere
Wie viele Zigaretten Rauchen Sie pro Tag?	>30	21-30	11-20	0-10
Rauchen Sie nach dem Erwachen mehr als später?			ja	nein
Rauchen Sie, wenn Sie krank sind?			ja	nein

Auswertung: 0-2 sehr niedrig, 3-4 niedrig, 5 mittel, 6-7 hoch, 8-10 sehr hoch

10. Interventionstechniken

Patientenverhalten

(Stadien der Veränderung)

Prohaska & DiClemente 1982

- 
- Absichtslosigkeit ———
 - Absichtsbildung ———
 - Vorbereitung ———
 - Handlung ———
 - Aufrechterhaltung ———
 - Rückfall ———

Ärztliche Intervention

- Beziehungsaufnahme
- Motivierung
- Diagnosestellung
- Förderung der Änderungsbereitschaft
- Förderung der Änderungskompetenz
- Begleitung / Beobachtung

„Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis“ BZgA,

- Motivational Interviewing (Miller&Rollnick, 1999)
 - Motivation ist nicht statisch, sondern dynamisch
 - Die intrinsische Motivation entscheidet über das Verhalten des Patienten
 - Motivation ist nicht Voraussetzung sondern Ziel der Intervention
 - Jede Entscheidung ist ambivalent
 - Grundprinzipien des „spirit“ der MI:
 - Partnerschaftlichkeit, Evokation, Autonomie

- Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 1999)

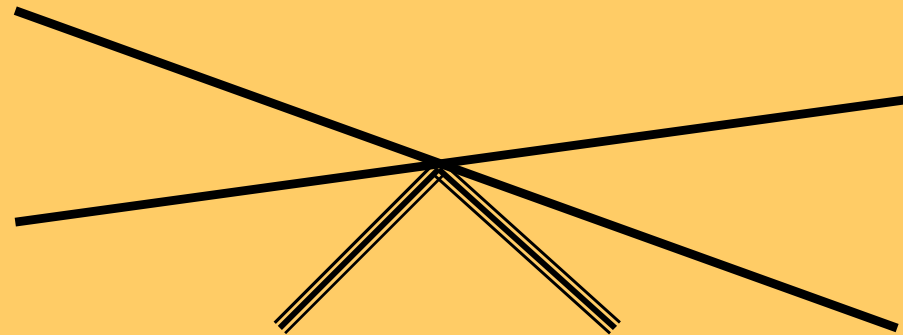
Stadium der Absichtsbildung: Die Kosten-Nutzen-Waage

Kosten des
Status quo

Kosten einer
Veränderung

Nutzen der
Veränderung

Nutzen des
Status quo



- Motivational Interviewing
(Miller & Rollnick, 1999)
 - Grundprinzipien / Methode
 - Empathie ausdrücken
 - Diskrepanzen entwickeln
 - Widerstand umlenken
 - Selbstwirksamkeit fördern
 - Grundprinzipien / Techniken der Gesprächsführung
 - Offene Fragen
 - Aktives Zuhören
 - Bestätigen
 - Zusammenfassen
 - Change-Talk fördern

Aufbau der Verhaltensveränderung

- Dringlichkeit - Zuversicht – Absicht
- Phase 1: Aufbau der intrinsischen Motivation
- Phase 2: Selbstverpflichtung und Entwicklung des Umsetzungsplanes

Das Handwerk

- Dancing with the Resistance – Vermeiden der Therapeutenfallen:
 - Frage-Antwort-Falle
 - Falle, Partei zu ergreifen
 - Expertenfalle
 - Etikettierungsfalle
 - Falle, sich zu früh auf ein Thema zu konzentrieren
 - Schuldfrage

*Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!*

