

Thomas Poehlke · Werner Heinz
Heino Stöver

Drogen- abhängigkeit und Substitution

ein Glossar von A–Z

5. Auflage

 Springer

Drogenabhängigkeit und Substitution



Ich **substituiere**
jetzt mit **Tablette.**

Die Tablette in der Substitutionstherapie – ein Schritt zu mehr Normalität

Wieder zurück in ein fast normales Leben zu finden, ist das Ziel vieler Substitutionspatienten. Dies erfordert hohe Willenskraft und extreme Disziplin. Einfach eine Tablette zu nehmen, wie viele Menschen gegen andere Krankheiten auch, kann einen großen Fortschritt bedeuten.

Hexal bietet als engagierter Partner im Bereich Suchtmedizin neben Flüssigpräparaten ein breites Produktportfolio in Tablettenform an, das Patienten auf ihrem Weg begleitet und unterstützt.

Weitere Informationen zu Hexal und Aktuelles aus der Suchtmedizin finden Sie hier: www.hexal.de/patienten/ratgeber/suchtmedizin



A Sandoz Brand

www.hexal.de

Thomas Poehlke • Werner Heinz •
Heino Stöver

Drogenabhängigkeit und Substitution

ein Glossar von A–Z

5. Auflage

 Springer



Thomas Poehlke
Alexianer MVZ Münsterland
GmbH
Münster, Deutschland

Werner Heinz
Drogenhilfezentrum
Frankfurt, Deutschland

Heino Stöver
Fachbereich 4: Soziale Arbeit und
Gesundheit
Fachhochschule Frankfurt
Frankfurt, Deutschland

ISBN 978-3-662-60898-2 ISBN 978-3-662-60899-9 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-60899-9>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 1998, 2003, 2010, 2016, 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

In dieser fünften Auflage des Glossars „Drogenabhängigkeit und Substitution“ wurde nicht nur eine Überarbeitung bisheriger Themen vorgenommen und mit der Ergänzung um neue Stichworte verbunden, sondern es wurden vor allem die aktuellen Gesetzeswerke und Regelungen berücksichtigt (z. B. Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung BtMVV; Richtlinie der Bundesärztekammer, Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung). Diese Neuregelungen haben unmittelbaren Einfluss auf die alltägliche Routine der Opioid-Substitution, da der Gesetzgeber hier mit der Überarbeitung und Neustrukturierung insbesondere des § 5 BtMVV eine Anpassung an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse der Suchtmedizin vornimmt. Klar wird dies auch zum Ausdruck gebracht, wenn in der Anlage „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in seiner „Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ die mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 06.12.2018 in Kraft trat, ausgeführt wird, „Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Sie bedarf in der Regel einer lebenslangen Behandlung, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die Krankenbehandlung ... beinhaltet die substitutionsgestützte Behandlung im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes“. Das sonst verfolgte „oberste Ziel“ der Abstinenz ist nunmehr der Sicherstellung des Überlebens gewichen und beinhaltet so vorrangig eine Schadensminimierung (Harm Reduction). Diese und weitere Punkte, unter

den vielen Neuerungen etwa jener, dass der Kreis der Personen und Einrichtungen, die Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen dürfen, stark erweitert wurde, sind Reaktionen auf eine sich verändernde Versorgungslandschaft und die bleibende Sorge, dass ein zunehmender Mangel an Ärzten in diesem Bereich die weitere Versorgung als sehr kritisch erscheinen lässt. So soll denn dieses Büchlein seinen Teil zur stetigen Unterstützung der verbliebenen Akteure beisteuern und über die Lektüre interessant erscheinender Beiträge neue Mitstreiter in einem spannungsreichen und anhaltend dynamischen Bereich der Medizin mit Beteiligung unterschiedlicher Professionen zum Wohle der Betroffenen entfalten. An dieser Stelle sei nochmals die immer motivierende und durch professionelle Unterstützung sich auszeichnende Arbeit des Springer-Verlages und hier allen voran Frau Astrid Horlacher gedankt.

Münster/Westfalen und Frankfurt/Main

Thomas Pöhlke
Werner Heinz
Heino Stöver

Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

A	1
Abrechnung	1
Abstinenztherapie	2
ADHS	5
Akupunktur	7
Alkohol	8
Ambulanz – Substitutionsambulanz – Institutsambulanz ...	10
Antidepressiva	13
Apotheke	14
B	17
Beendigung bei Abbruch	17
Behandlungsplan	19
Behandlungsrichtlinien der Bundesärztekammer (BÄK-RL)	22
Behandlungsvereinbarung	24
Behandlungsziele	24
Beikonsum (komorbide substanzbezogene Störung in der Substitutionstherapie)	29
Benzodiazepine und Z-Substanzen	31
Beschaffungskriminalität	34
Blutuntersuchungen	35
BtMG (Betäubungsmittelgesetz)	36
BtMVV (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung) ...	39
BUB-Richtlinien	42
Buprenorphin	42

C	45
Cannabis	45
Medizinalcannabis (Medizinalhanf)	48
Case-Management	49
Contingency-Management – verhaltenstherapeutische Verstärkerstrategien	51
COPD	52
Cytochrom P450	53
D	55
Diagnose	55
Dispensierrecht	56
Disulfiram (Antabus)	57
Dokumentation: Medizinische Aspekte	59
Dokumentation: Suchtberatung und Psychosoziale Maßnahmen	62
Dossier- und Dokumentationssysteme	63
Drogenabhängige	65
Drogenabhängigkeit	67
Drogenhilfe	69
Drogenkarriere	73
Drogenkonsumräume	74
Drogenpolitik	75
Drogenscreening	80
Drogentote	87
E	91
Elternschaft	91
Entgiftung/Entzug	94
Europa/EMCDDA	96
F	99
Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“	99
Fachkunde „Psychosoziale Beratung begleitend zur Substitutionsbehandlung (PSB)“	100
Fortbildungscurriculum für medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen „Suchtmedizinische Versorgung“	103
Fahrtüchtigkeit	104
Fast (rapid) metabolizer	106

G	109
Gabapentine	109
Gefängnis	110
Genderaspekte	113
Geschichte	114
H	119
Hepatitis	119
HIV/AIDS	121
I	125
Impfungen	125
Interaktion, medikamentöse	126
J	131
Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen	131
K	135
Kinder von drogenabhängigen Eltern	135
Kokain	137
Komorbidity, psychiatrische	140
Komorbidity, somatische	143
Kontrazeption	144
Kooperationsmodelle	145
Kostenträger	148
L	149
Leberzirrhose	149
Levomethadon	151
Libidostörungen	153
M	155
Minderjährige und Substitution	155
i.v.-Konsum, missbräuchliche Verwendung	156
Morphin	157
Motivierende Beratung/Motivationale Interventionen	158
N	161
Naloxon/Naltrexon	161
Naloxon-Nasenspray (Nyxoid®)	162
Naltrexon	164

Narkoseentzug	164
NET-Neuro-Elektrische Therapie	165
Neugeborene/NAS	166
O	169
Opioid-induzierte Obstipation (OIC)	169
Opiate/Opioide	170
Osteoporose.	171
P	173
Pankreatitis	173
Polytoxikomanie	174
Psychoedukation	175
Psychosoziale Betreuung/Beratung	178
Psychotherapie	181
Q	185
Qtc-Zeitverlängerung	185
Qualitätssicherung.	186
R	189
Rehabilitation – medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	189
Rehabilitation, substitutionsunterstützt.	193
Rente – Verrentung und medizinische Rehabilitation bei Erwerbsminderung	195
Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger . . .	198
RMvV (= Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung)	200
S	203
Schmerztherapie	203
Schnittstellen der Behandlung	205
Schwangerschaft	206
Schwerstabhängige	209
Schwitzen	209
Selbsthilfe	210

Substitution: Alter	214
Substitution mit Buprenorphin	215
Substitution mit Buvidal® – Buprenorphin-Depot	216
Substitution mit Codein	219
Substitution mit Levomethadon	220
Substitution mit Methadon	222
Substitution mit Morphin ret (Substitol®).	223
Substitution mit Diamorphin (Heroin)	224
Substitution: Abdosieren.	226
Substitution: Indikation.	226
Substitution: Praktische Durchführung.	227
Substitution: Therapieziele	229
Substitutionsausweis	230
Substitutionsregister	230
Substitutionsvertrag	231
Suchtberater	232
Suchthilfe, interkulturell	235
Suchtrehabilitation	237
T	241
Take-Home-Regelung	241
U	243
Übelkeit und Erbrechen	243
Urlaubsregelung	244



A

Abrechnung

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen nach Anlage 1 der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ in der *Substitution* zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) basiert auf den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK). Wenn die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegt (= fachliche Befähigung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV), können ärztlich erbrachte Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im Rahmen der sogenannten Gebührenordnungsposition (GOP) abgerechnet werden. Hier ist jede abrechenbare Leistung nach Nummer und Preis aufgeführt. In der Opioid-Substitution sind dies folgende Ziffern: 01949 = Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger (gemäß Nr. 2 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)), 01950 = Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger, 01951 = Zuschlag für die Behandlung an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember, 01952 als Zuschlag für das therapeutische Gespräch, höchstens viermal im Behandlungsfall, mit mindestens 10 Minuten Dauer. Für die Behandlung mit einem Depotpräparat (Buprenorphin-Depotpräparat Buvidal®) kann die GOP 01953 (max. einmal wöchentlich) abgerechnet werden. Für die Diamorphin-gestützte

Behandlung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) sind es die Ziffern nach GOP 01955 und 01956. Ihre Berechnung setzt bei den Ausführenden zusätzlich eine Genehmigung der zuständigen Landesbehörde gemäß § 5 Abs. 9b BtMVV voraus. Labor-Abrechnungsziffern nach EBM sind für die Erhebung der Urinkontrollen als „Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers“ möglich: GOP 32137 und 32140 bis 32147, als Nachweise auf Buprenorphinhydrochlorid, Amphetamin/Metamphetamin, Barbiturate, Benzodiazepine, Cannabinoide (THC), Kokain, Methadon, Opioide (Morphin) und Phencyclidin (PCP). Zusätzlich kann die quantitative Alkohol-Bestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung, z. B. elektrochemisch unter der Ziffer GOP 32148 erfolgen.

Für die psychosoziale Begleitung (PSB) erfolgt keine Kostenübernahme. Kommt eine private Krankenversicherung nicht für die Substitution auf, so muss eine privatärztliche Abrechnung nach Rechnungsstellungs-Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgen. Es ist eine Rechnung zu stellen, die eine Auflistung über ärztliche Leistungen enthält. Einzelne Tätigkeiten der Substitution sind aber nur über sog. „Äquivalenzziffern“ berechenbar und können etwa jenen der Schluckimpfung entsprechen, wobei allerdings ein Honorar in einer kaum tragbaren Gesamthöhe entsteht, so dass wegen der Bedürftigkeit der Patienten von der vollen Erstattung der Rechnung abgesehen werden kann. Die privatärztliche Abrechnung entbindet allerdings nicht davon, die BtMVV, das BtMG und die Richtlinien der Bundesärztekammer zu berücksichtigen.

Weiterführende Informationen

- www.kbv.de (kbv-ebm)

Abstinenztherapie

Für die Abstinenztherapie von Abhängigkeitserkrankungen besteht das übergeordnete postakute Ziel darin, den Patienten zu

unterstützen, eine seinen Fähigkeiten angemessene, nicht durch Drogenkonsum gekennzeichnete, möglichst autonome, kompetente und handlungsfähige Lebensführung zu erreichen. Der dauerhafte Verzicht auf die zuvor konsumierte Substanz (Abstinenz) oder die Reduzierung des Substanzkonsums bzw. die Wiedererlangung eines Kontrollerlebens sind somit wichtige Teilziele.

Für die Rückfallvermeidung bzw. das Erreichen von Abstinenzfähigkeit spielt ein bewusster Umgang mit dem inneren Verlangen nach Substanzkonsum (Suchtdruck, Craving) eine zentrale Rolle. Die Klärung und Kontrolle individueller, das Craving und die Rückfallgefährdung bahnender Mechanismen, ist ein weiteres Therapieziel. Da bei den substanzbezogenen Störungen Gedanken und Aktivitäten häufig auf die Substanzbeschaffung und den -konsum eingeengt sind sowie gleichzeitig andere Lebensbereiche vernachlässigt werden, ist die Überwindung des eingeengten Denkens und Handelns wichtig, sodass bei der kognitiven Bearbeitung der Suchtstörung der Einsatz von psychoedukativen Maßnahmen hilfreich ist.

Die Neigung zu Rückfällen stellt ein allgemeines Merkmal substanzbezogener Störungen dar, weshalb hier die Reduzierung der Häufigkeit und Schwere von Rückfällen z. B. durch Achtsamkeitstraining und das Einüben von Kontrolltechniken angestrebt werden muss.

Nach der Akutbehandlung können komorbide psychische Störungen von substanzbezogenen Symptomen und Syndromen abgegrenzt werden.

Für die Durchführung der Abstinenztherapie steht eine differenzierte Infrastruktur von ambulanten und stationären Therapieangeboten zur Verfügung, die häufig mit Einrichtungen zur sozialen und beruflichen Reintegration vernetzt sind.

Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Suchtpatienten gerecht zu werden, sind verschiedene Therapieformen möglich: ambulante Entwöhnung von 6 bis 18 Monaten Dauer, stationäre Entwöhnung von 3 bis 6 Monaten, eventuell mit integrierter oder externer Adaptionsphase über 2–4 Monate und anschließender stationärer oder ambulanter Nachsorge.

Tagesklinische Behandlungsangebote und *teilstationäre Suchttherapie* sind im Bereich der Drogenhilfe bisher auf wenige Mo-

delleinrichtungen beschränkt. In Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen wurden Formen der suchttherapeutischen Begleitung und Integration von Drogenabhängigen auf Bauernhöfen oder in Handwerksbetrieben als Varianten der ambulanten oder stationären Abstinenztherapie errichtet („Rehabilitation auf dem Bauernhof“, bzw. „Betreuung in Handwerksbetrieben“ in Schleswig-Holstein).

Daneben bestehen Behandlungsangebote für spezifische Zielgruppen wie z. B. Eltern-Kind-Therapien, frauenspezifische Therapien, Fachkliniken für minderjährige Abhängige sowie Fachkliniken für Abhängige mit psychiatrischer Komorbidität.

Die von den Kostenträgern der medizinischen Rehabilitation vorgehaltene Infrastruktur wird ergänzt durch stationäre Selbsthilfeeinrichtungen und Lebensgemeinschaften (z. B. „Synanon“), die eine Sofort-Aufnahme auch ohne Kostenzusage anbieten sowie therapeutische Wohngemeinschaften oder betreutes Wohnen und Arbeitsprojekte im Rahmen der Eingliederungshilfe.

Die *ambulante Abstinenztherapie (Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen)* wird von anerkannten Drogen- und Suchtberatungsstellen sowie von Fachambulanzen als Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt. In der Regel erfolgt die Vorbereitung im Rahmen einer von Suchtberatungsstellen durchgeführten „Motivierungsphase“. Gegebenenfalls erfolgt im Verlauf der Vorbereitung eine stationäre oder ambulante Entgiftung.

Eine *ambulante Entwöhnung (= ambulante Suchtrehabilitation)* kann indiziert sein, wenn die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten, abstinent zu leben, eine stabile Wohnsituation und hinreichende Integration der Patienten in drogenfreie soziale Bezüge, noch bestehende berufliche Integration bzw. Tagesstruktur oder die Chance, diese im Verlauf der ambulanten Behandlung wiederherzustellen, hinreichende Behandlungs- und Veränderungsmotivation sowie die Fähigkeit und Bereitschaft zur zuverlässigen Teilnahme an den Therapiemaßnahmen vorliegen.

In Rückfallkrisen bzw. als Maßnahme zur Rückfallprophylaxe kann die ambulante Therapie mit der Vergabe von Opiatantagonisten unterstützt werden (*Naltrexon*).

Die *stationäre Entwöhnungsbehandlung* basiert auf einem Milieuwechsel des Patienten, durch den Distanz zum drogenzentrier-

ten sozialen Umfeld und den malignen Beziehungs- und Konfliktkonstellationen, die zur Aufrechterhaltung der Abhängigkeit beitragen, hergestellt wird. Sie ist indiziert, wenn die Schwere der Abhängigkeit, das Ausmaß der sozialen Desintegration und die fehlende Fähigkeit zur kontinuierlichen Mitarbeit ein ambulantes Behandlungssetting ausschließen.

Die Kostenübernahme für die Suchtrehabilitation erfolgt nach entsprechender Vorbereitung in einer Suchtberatungsstelle und ggf. nach einer ambulanten oder stationären Entgiftung auf Antrag durch den Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse oder, bei fehlender Anspruchsberechtigung im Ausnahmefall, durch einen überörtlichen Sozialhilfeträger.

Weiterführende Informationen

- Informationen der Deutschen Rentenversicherung über Suchtrehabilitation:
- <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Medizinische-Reha/Sucht-Reha/sucht-reha.html>
- Adressendatenbank der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen mit ambulanten und stationären Einrichtungen der Krisenhilfen, Suchtberatung, Entgiftung, Suchtrehabilitation und Eingliederungshilfen bei substanzbezogener Abhängigkeit:
- <https://www.dhs.de/einrichtungssuche.html>
- Links zu den Landesstellen für Suchtfragen mit Orientierungen über die regionalen Angebote: <https://www.dhs.de/dhs/landesstellen.html>

ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als häufige Erkrankung im Kindes- und Jugendalter, weist eine behandlungsbedürftige Persistenz von Symptomen bei dem überwiegenden Teil im Erwachsenenalter auf und ist auch ein bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung. Es kommt zu einer deutlichen Beeinträchtigung im Leistungs-

und Sozialbereich oder es treten weitere psychische Störungen wie Depression oder Aggressivität auf. Die Diagnose wird aufgrund der bestehenden Auffälligkeiten in der Kindheit und mindestens sechs Anzeichen von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Impulsivität, Probleme in mehr als einem Lebensbereich und der Beeinträchtigung des Sozial- oder Berufslebens, anhand von psychologischen Tests gestellt. Bildgebungen des ZNS zeigen eine erniedrigte Aktivierung im rechten präfrontalen System sowie im linken Caudatum und eine Dysfunktion im vorderen Gyrius cinguli. Dies wird ursächlich u. a. für die verringerte Stresstoleranz (z. B. häufige Überforderungssituationen, Scheitern an mangelnder Frustrationstoleranz) sowie mangelnde Organisationsfähigkeit verantwortlich gemacht.

Genetische Faktoren spielen bei der Entstehung einer ADHS eine wichtige Rolle, weil sie für verschiedene Proteine verantwortlich sind, die den Kreislauf des Neurotransmitters Dopamin an der Synapse beeinflussen. Aufgrund dieser genetischen Veränderungen wird das Dopamin im Vergleich zum Gesunden schneller zurücktransportiert und das Dopaminsignal schwächer über die Rezeptoren vermittelt. Stimulanzien führen zur Freisetzung von Dopamin und lindern somit die Beschwerden einer ADHS. Neben Angststörungen, Depressionen und der Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeit, die gesellschaftliche Regeln missachtet, zählt vor allem die Suchterkrankung zu den begleitenden Störungen des Erwachsenenalters. Aus epidemiologischer Sicht besteht eine signifikante Assoziation für die Häufigkeit von Alkohol- und Substanzmittelabhängigkeit, insbesondere beim hyperaktiv-impulsiven Subtyp. ADHS – Erkrankte sind bei der Suche nach neuen Eindrücken („sensation seeking“) häufig auch unvorsichtig im Umgang mit Drogen. Dies könnte ein Grund sein, dass Stimulanzienkonsum bei erwachsenen ADHS-Kranken relativ häufig auftritt. Der Substanzmissbrauch kann als eine Art Selbstmedikation angesehen werden. Anscheinend wird schon in jungen Jahren die Verbesserung der seelischen Verfassung nach Stimulanzieinnahme bemerkt. Klinische Studien konnten zeigen, dass eine adäquate medikamentöse Behandlung von ADHS-Kindern mit Methylphenidat nicht zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Substanz-

missbrauchs führt, sondern im Gegensatz sogar suchtprotektiv wirken kann. Die Stellung der Diagnose ist nicht automatisch mit einer Behandlungsbedürftigkeit verbunden. So müssen die konkreten Einschränkungen dokumentiert und die Zielsymptome der Behandlung definiert werden. Mittel der 1. und 2. Wahl sind Nicht-Stimulanzien. Sollte dennoch MPH verordnet werden, dann nur in retardierter Form. Um das Missbrauchsrisiko zu minimieren sollte bei Substitutionspatienten die Medikamentenvergabe mit der Einnahme des Substitutionsmedikaments verbunden werden. Der Behandlungserfolg sollte anhand der Verbesserung der Zielsymptomatik (auch fremdanamnestisch) abgefragt werden. Eine ergänzende Psychotherapie kann dazu beitragen, dass Haltequote, Selbstakzeptanz, das psychische Gesamtbefinden und die Aufmerksamkeit zunehmen.

Weiterführende Informationen

- <http://www.adhs-deutschland.de/Home/Begleitstoerungen/Tourette/ADHS-und-Sucht.aspx>

Akupunktur

Die Akupunktur als Teil der traditionellen chinesischen Heilkunst wird seit den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in der Behandlung des Opioidentzugssyndroms eingesetzt. In Hongkong wurde die Elektro-Ohr-Akupunktur bereits in den 1970er-Jahren intensiv verwendet und als mildernd für die Entzugssymptomatik Opiumabhängiger beschrieben. Diese Methode wurde danach in New York bei drogenabhängigen und psychiatrisch auffälligen Patienten mit weiteren Ohr-Punkten erprobt. Bei Tieren zeigte sich experimentell eine ausgeprägte Reduktion des Opioidentzugssyndroms nach Elektrostimulation, wobei diese Befunde allerdings am Menschen nicht so eindeutig dargestellt werden konnten, da offenbar viele Studien mit methodischen Mängeln behaftet sind. Die Daten, die mit dem NADA (National Acupuncture Detoxification-Association)-Protokoll erhoben wurden zei-

gen, dass die Ohrakupunktur einen Effekt in der Behandlung des Opioidentzugssyndroms aufzuweisen scheint, der über den Placeboeffekt hinausgeht.

Wird die Akkupunktur in der Opioid-Substitutionsbehandlung eingesetzt, dann kommt es zu einer leichten Verringerung der Entzugssymptomatik, einem Rückgang des Drogenverlangens und einer Verbesserung des psychischen Befindens. Die Effekte bestehen dabei in der Linderung vegetativer Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit, innere Unruhe, Herzrasen oder Schwitzen. Neben Entspannung und reduziertem Stress, kommt es zu einer Schlafregulation.

Zusätzliche Anwendungsempfehlungen bezüglich der Indikationsstellung, der Art und Dauer der Anwendung sowie der praktischen Durchführung bedürfen jedoch weiterer Forschung.

Weiterführende Informationen

- www.nada-akupunktur.de/

Alkohol

Die gesundheitliche und soziale Bedeutung des übermäßigen Alkoholkonsums ist enorm: Etwa 9,5 Mio. Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form, pro Kopf der Bevölkerung werden jährlich 10,5 Liter reinen Alkohols konsumiert und etwa 1,6 Mio. Menschen gelten laut Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) als alkoholabhängig, 1,4 Mio. als alkoholgefährdet (DHS 2020). In Deutschland sterben jährlich 74.000 Menschen an den direkten und indirekten Folgen ihres Alkoholmissbrauchs. Die direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums beziffert das Jahrbuch Sucht auf fast 60 Milliarden Euro jährlich. In psychiatrischen wie somatischen Krankenhäusern weisen 20–30 % der Patienten eine Alkoholabhängigkeit auf. Ein Viertel der Alkoholkranken unternimmt mindestens einen Suizidversuch, über 10 % sterben durch Suizid.

Männer weisen sowohl höhere Anteile an riskantem Alkoholkonsum auf als Frauen (10/20g Reinalkohol pro Tag), als auch bei abhängigen Konsummustern (etwa 1/3 zu 2/3). „Verhaltensstörungen“ durch Alkohol stellt den häufigsten Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt bei Männern dar (ca. ¼ Mio Fälle pro Jahr).

Der Alkoholmissbrauch weist ohne Zeichen einer Abhängigkeit bereits körperliche und/oder soziale Schäden auf, die Alkoholabhängigkeit ist typischerweise charakterisiert durch Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, Entzugerscheinungen und Unfähigkeit zu dauerhafter Abstinenz.

Das Entzugssyndrom ist auf der körperlichen Seite charakterisiert durch Brechreiz, Durchfälle, Tachykardie, Hypertonie, erhöhte Schweißneigung und Schlafstörungen. Bei intensiverem Entzug können auch generalisierte Krampfanfälle, massiver Tremor, Dysarthrie, ängstlich-dysphorische Verstimmung und optische Halluzinationen auftreten. Im Delir (Delirium tremens) kommt es zusätzlich zu Störungen der Orientierung, Bewusstseinsminderung und optischen Halluzinationen.

Schwere Komplikationen sind die Alkoholhalluzinose (bisweilen chronisch verlaufend), das Korsakow-Syndrom mit deutlicher Störung des Alt- und Neugeächtnisses, der Konzentrationsfähigkeit und der Orientierung. Eine Polyneuropathie (u. a. verminderte Sensibilität der unteren Extremitäten und Gangstörungen), entwickelt sich bei mindestens einem Viertel aller Alkoholabhängigen. Es zeigen sich soziale Folgeschäden, wobei ein Verlust von Partnern, Freunden und Bekannten eintritt, dazu ein allgemeiner Leistungsabfall, der heute häufig zum Arbeitsplatzverlust führt. Die Zelltoxizität zeigt sich in Organschäden an Leber, Pankreas, Herz, Nieren und Knochenmark.

Wie bei Abhängigen illegaler Drogen haben auch Alkoholabhängige häufig eine zusätzliche psychiatrische Erkrankung im Sinne einer sog. Komorbidität. Diese liegt bei ca. 30–50 % der abhängigen Patienten vor, am häufigsten als depressive Erkrankung, Angststörung oder Persönlichkeitsstörung.

Die Entzugsbehandlung wird überwiegend in spezialisierten Suchtstationen innerhalb größerer Krankenhäuser durchgeführt. Ziel ist es, weitere gesundheitliche Schäden zu vermeiden, was

oft unter dem Begriff der selektiven Entgiftung bei Fortbestehen z. B. einer *Substitution* geschieht. Die nachfolgende Entwöhnungsbehandlung erstreckt sich über 2–6 Monate in einer spezialisierten Reha-Einrichtung

Alkoholmissbrauch- oder abhängigkeit ist bei vielen opioidabhängigen Patienten bereits vorbestehend und nimmt bei den anderen während einer *Substitution* (*Beikonsum*) tendenziell eher noch zu. Fast jeder vierte Patient (22,5 %) zeigt einen erhöhten Alkoholkonsum und gefährdet dadurch die Leber. Das Organ ist bei vielen Patienten vorgeschädigt, da sie sich bei ihrem früheren intravenösen Drogenkonsum mit Hepatitis B und/oder Hepatitis C infiziert haben. Der gleichzeitige Konsum von Alkohol verstärkt die atemdepressive Wirkung von Opioiden wie Methadon oder Levomethadon und kann lebensbedrohlich werden.

Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit muss zusätzlich zur Opioidabhängigkeit spezifisch behandelt werden, wobei sich in der Teilentgiftung von Alkohol neben der psychologischen und verhaltenstherapeutischen Behandlung auch die Therapie mit Disulfiram bewährt hat. Alkohol als legales Ersatzpräparat bei eingeschränkter Erhältlichkeit von Opiaten auf dem illegalen Markt ist eine der Triebfedern für die Entwicklung schwerwiegender Alkoholprobleme bei opiatabhängigen Patienten.

Weiterführende Informationen

- www.dhs.de
- <https://www.drogenbeauftragte.de/themen/suchtstoffe-und-suchtformen/alkohol.html>

Ambulanz – Substitutionsambulanz – Institutsambulanz

Neben suchtmedizinischen Arztpraxen haben sich vielerorts interdisziplinäre Substitutionsambulanzen etabliert, in denen die Substitution kombiniert wird mit Suchtberatung, psychosozialer Betreuung und Case-Management, seltener auch – bei entspre-

chender Ausstattung mit Fachpersonal – mit strukturierter Sucht- und Psychotherapie. Medizinische, psychosoziale und therapeutische Maßnahmen sind hier zusammengeführt und werden in einer gemeinsamen Behandlungsplanung von Ärzten, Psychologen und Suchtberatern abgestimmt. Die aus ärztlichen und psychosozialen Fachkräften zusammengesetzten Teams bündeln Kompetenzen und die Infrastruktur für eine adäquate Behandlung der multiplen somatisch-seelisch-sozialen Störungen Drogenabhängiger und sind in der Lage, auch auf alternative Behandlungs- und Betreuungsangebote wie ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation, betreutes Wohnen, Arbeitsprojekte und tagesstrukturierende Hilfen vorzubereiten oder diese selbst durchzuführen. Bei der Versorgung noch in der Drogenszene befindlicher Abhängiger hat sich die Integration von Substitutionsambulanzen in medizinisch-psychosoziale Versorgungszentren – z. B. Krisenzentren mit Übernachtungsplätzen und Tagesaufenthalt für obdachlose Abhängige – bewährt.

Hinsichtlich der Erreichung von Abhängigen mit psychiatrischer Komorbidität erweist sich die Durchführung von psychiatrischen Sprechstunden durch kooperierende Konsiliarärzte (oder eine fachärztliche Zweigpraxis) in der Substitutionsambulanz als überaus erfolgreich.

Die kassenrechtliche Grundlage für die Tätigkeit dieser Ambulanzen bietet § 31 (1) b Ärzte-ZV. „Die Zulassungsaus-schüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen ...“.

Die Institutsermächtigungen werden jeweils befristet für zwei Jahre ausgesprochen und können nach Prüfung der Versorgungssituation verlängert werden.

In der Regel umfasst die Instituts-Ermächtigung einen eingeschränkten Katalog der zum Substitutionskomplex gehörenden

Kassenleistungen sowie in begrenztem Umfang Leistungsziffern zur Durchführung interkurrenter Behandlungen. Die Substitutionsleistungen müssen dabei von namentlich benannten Ärzten persönlich erbracht werden, die über die vorgeschriebenen suchtmmedizinischen Qualifikationsvoraussetzungen sowie einen Genehmigungsbescheid der Fachkommission der KVH verfügen.

Institutsambulanzen sind oft auch an psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Abteilungen angegliedert, die nach § 118 SGB V den Versorgungsauftrag haben, psychisch Kranke mit chronischem schwerem Verlauf und drohender sozialer Desintegration zu behandeln. Zu den Zielgruppen einer Behandlung in einer Institutsambulanz gehören nach SGB V auch die suchtmittelabhängigen Patienten, denn diese Patienten leiden an einer chronischen Erkrankung, die zu häufigen Krankenhausaufenthalten führt, in der Regel mit komorbiden psychiatrischen Störungen einhergeht und mit erheblichen Risiken für die soziale Integration verbunden ist. Abhängige haben notorisch Schwierigkeiten, das Hilfesystem zu nutzen. Hier eröffnet die Institutsambulanz an einem psychiatrischen Fachkrankenhaus bzw. an einer psychiatrischen Abteilung die Möglichkeit einer erhöhten Behandlungskontinuität durch ein integriertes Angebot von z. B. qualifizierter Entzugs- und Substitutionsbehandlung, wenn nötig kombiniert mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Die verbesserte Behandlungskontinuität wiederum ist ein wichtiger Faktor für die Festigung der Patienten-Compliance.

Weiterführende Informationen

- www.kbv.de/media/sp/Psychiatrische_Institutsambulanzen.pdf
- Als herausragendes Modell für die Integration von ambulanter und stationärer Suchtbehandlung und psychiatrischer Behandlung siehe:
- <https://www.asklepios.com/goettingen/experten/suchtbehandlung/>