

Die Gesundheitsministerin informiert:



Ministerium für **Frauen,
Jugend, Familie und
Gesundheit**
des Landes
Nordrhein-Westfalen

Suchtvorbeugung in der medizinischen Praxis



**Zehn Hinweise für die
Sekundärprävention.**

NRW.



Birgit Fischer

Sucht hat immer eine Geschichte und die beginnt nicht erst mit der Einnahme einer Droge und endet auch nicht mit deren Absetzen oder Ersetzen.

So lautet die zentrale Botschaft der Aktion Suchtvorbeugung NRW, einer Aufklärungskampagne des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit.

Einer Sucht geht also immer eine entsprechende Entwicklung voraus. Viele Untersuchungen zeigen, dass frühzeitiges und effektives Eingreifen bei einer sich abzeichnenden Suchtgefährdung die Ausbildung einer späteren Suchtkrankheit verhindern kann.

Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen sind deshalb zentrale Zielgruppen in der Suchtvorbeugung.

Neben den klassischen Aufgabefeldern der Suchtvorbeugung, der Arbeit mit Eltern, Lehrerinnen und Lehrern sowie Kindern und Jugendlichen insbesondere in Kindergärten und Schulen kommt dem medizinischen Sektor eine ganz besondere Bedeutung sowohl auf dem Gebiet der Primärprävention als auch in der Sekundärprävention zu:

- ▶ Die Ärztin oder der Arzt genießen ein besonderes Vertrauen bei ihren Patientinnen und Patienten und werden als Ratgeber und Helfer akzeptiert. Stützende Interventionen, Anregungen und Tipps können in die Beratungsgespräche mit Jugendlichen und Erwachsenen mit einfließen und eine erfolgreiche Lebensbewältigung unterstützen (Primärprävention).
- ▶ Gleichzeitig können problematische Konfliktkonstellationen durch belastende Lebenssituationen und fehlende Problemlösungskompetenzen frühzeitig

erkannt, Kurzberatungen angeboten und/oder Beratungskontakte zu psychosozialen Beratungsstellen vermittelt werden. Häufig sind Kurzinterventionen möglich, bevor der Konsum von Rauschmitteln zum eigentlichen Problem wird (Sekundärprävention).

- ▶ Die Zugangsschwelle zu einer medizinischen Praxis ist niedrig. Verschiedene Studien belegen, dass Konsumenten von legalen und illegalen Drogen sich häufig zunächst an einen Arzt oder eine Ärztin wenden. Im Rahmen von Routineanamnesen sowie persönlichen oder schriftlichen Befragungen lassen sich körperliche, soziale und psychische Indikatoren eines beginnenden Missbrauchsverhaltens ermitteln.

Das „Landesprogramm gegen die Sucht“, das 1998 von der Landesregierung NRW verabschiedet wurde, trägt dieser Einschätzung Rechnung. Unter Mitarbeit von Ärztekammern, Apothekerkammern, den Kassenzentralen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassenverbänden, den Wohlfahrtsverbänden und anderen werden in diesem Programm die Grundlagen für ein gemeinsames Handeln gegen die Sucht gelegt. Die Suchtvorbeugung ist dabei eine der tragenden Säulen dieses Programms.

Ich möchte Sie einladen, an dieser Aufgabe mitzuwirken. Die Fachkräfte für Suchtvorbeugung sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Beratungsstellen vor Ort bieten Ihnen hierfür qualifizierte Unterstützung.

In dieser Broschüre finden Sie grundlegende Kurzinformationen zu Anzeichen einer beginnenden Suchtgefährdung, Merkmalen einer effektiven Suchtvorbeugung, Prävalenzen und Konsummustern,

somatischen Indikatoren einer beginnenden Suchtgefährdung, Screening-Verfahren, motivierender Kurzintervention, Kooperations- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Ansprechpartnerinnen und -partnern vor Ort.

Ich hoffe, dass die Broschüre einen Beitrag dazu leisten kann, für mehr Transparenz zu sorgen und Sie bei der Suchtvorbeugung zu unterstützen.



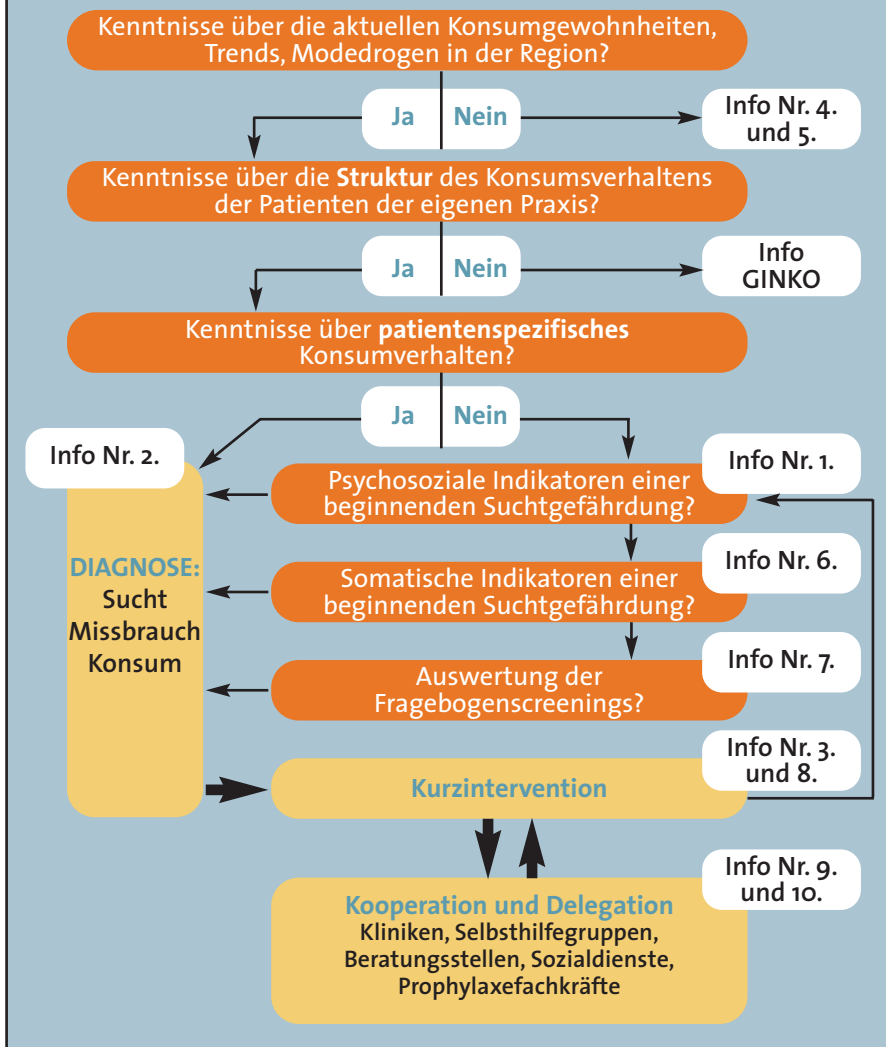
Birgit Fischer

Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt

1. Faktoren der Suchtgefährdung	6
2. Entwicklung abhängigen Verhaltens	8
3. Ansätze erfolgreicher Suchtvorbeugung	10
4. Verbreitung des Rauschmittelkonsums	11
5. Wirkungen der Modedrogen	14
6. Symptome problematischen Konsums	16
7. Fragebogenscreenings als Verfahren der Früherkennung	19
8. Umgang mit den Patientinnen und Patienten	21
9. Netzwerk der Hilfen	23
10. Angebote der Fortbildung	25

Früherkennung eines beginnenden Missbrauchverhaltens



1. Faktoren der Suchtgefährdung

Eine Reihe theoretischer Modelle beschreibt, empirisch belegt, den Einfluss von verschiedenen Faktoren für die Vorhersage eines Drogenmissbrauchs oder einer beginnenden Abhängigkeit. Die Gültigkeit der Ursachenmodelle bezieht sich dabei auf verschiedene Phasen der Persönlichkeitsentwicklung, so dass man davon ausgehen muss, dass zu unterschiedlichen Entwicklungsphasen von der Kindheit bis zum frühen Erwachsenenalter unterschiedliche Faktoren von Bedeutung sind. Dies impliziert auch, dass sich die Gefährdung zum Drogenmissbrauch in den einzelnen Altersstufen auf unterschiedliche Weise manifestiert. In der Regel bedeutet ein einmaliges Ausprobieren einer Droge deshalb auch noch keine akute Gefährdung. Erst wenn verschiedene psychosoziale Bedingungen zusammenwirken, ist von einem erhöhten Risiko auszugehen.

Psychosoziale Indikatoren der Suchtgefährdung

Von einem erhöhten Risiko für Drogenmissbrauch und Sucht ist auszugehen, wenn mehrere der folgenden Faktoren vorliegen.

Persönlichkeit:

- ▶ psychische Auffälligkeit (dissoziales Verhalten, affektive Störungen)
- ▶ externale Kontrollüberzeugung (Depressivität, Fremdbestimmtheit)
- ▶ mangelnde kommunikative Fähigkeiten (Wortschatz, Selbstbewusstsein)
- ▶ negative Einstellung zum eigenen Körper

Familie:

- ▶ Eltern oder nahe Verwandte mit Alkohol-/Drogenproblemen
- ▶ Familienprobleme (Scheidung, häufiger Streit, Gewalt, Alleinerziehende)
- ▶ restriktiver, stark kontrollierender Erziehungsstil der Eltern
- ▶ Familie in sozial benachteiligter Lage

Schule/Beruf:

- ▶ Leistungsprobleme (Über-/Unterforderung)
- ▶ disziplinarische Probleme (häufiges Fehlen, Stören, Schulverweis)
- ▶ ungünstiges Klima (Lehrermangel, Schule mit „schlechtem Ruf“)
- ▶ Unzufriedenheit im Beruf (Berufswunsch, Mobbing)

Milieu/Subkultur:

- ▶ lokale Drogenszene (Drogenmarkt)
- ▶ Wohngegend mit hohem Anteil an Alkoholkranken/Drogenabhängigen
- ▶ Zugehörigkeit zu/Identifikation mit einer jugendlichen Subkultur
- ▶ besonders häufiges Zusammensein mit der subkulturellen Gruppe
- ▶ häufiger Aufenthalt in „kontrollfreien Räumen“ (Parks, Straße, Wohnungen)

„Einstiegsdrogen“:

- ▶ häufige/regelmäßige Einnahme nicht verordneter Medikamente
- ▶ regelmäßiges/frühes Rauchen
- ▶ häufiger/regelmäßiger Alkoholkonsum mit der Absicht der Rauscherzeugung
- ▶ experimenteller Umgang mit psychoaktiven Substanzen (illegale Drogen)

TIPP Insbesondere die Jugendvorsorgeuntersuchungen nach Vollendung des 13. und des 14. Lebensjahres bieten eine gute Möglichkeit, eine Reihe von Risikofaktoren zu erheben, die als psychosoziale Indikatoren einer Gefährdung in Frage kommen. Dabei ist es wichtig zu bemerken, dass nicht etwa der Drogenkonsum allein eine Gefährdung markiert, sondern vielmehr das Zusammentreffen mehrerer psychosozialer Risikofaktoren. Diese Indikatoren können gegebenenfalls durch ein gezieltes Nachfragen zur Überprüfung weiterer Indikatoren Anlass geben. Es lohnt sich, diese Indikatoren zu erheben, wenn die

Jugendlichen bei der Vorsorgeuntersuchung regelmäßiges Rauchen oder regelmäßigen Alkoholkonsum oder die Einnahme nicht verordneter Medikamente angeben und/oder wenn diese Jugendlichen in schwierigen Familienverhältnissen leben, Schulschwierigkeiten haben, psychische Auffälligkeiten aufweisen und aus lokal bekannten Problemfeldern, sowohl hinsichtlich des Wohnumfeldes als auch der Schule, kommen. Auch wenn die jugendlichen Patienten keine Angaben zum Drogenkonsum machen, ist hier ein beratendes Gespräch dringend angezeigt.

2. Entwicklung abhängigen Verhaltens

Eine einzige **abgrenzbare Ursache** für eine Suchtentstehung **gibt es nicht**. In Fachkreisen hat sich längst das Konzept eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges durchgesetzt, d.h., es gibt nicht nur eine Ursache für das Entstehen und die Entwicklung einer Abhängigkeit, sondern in der Regel **3 Einflussfelder**: Merkmale der **Person**, das **Umfeld** und die Wirkungsmechanismen und Verfügbarkeit der **Substanz**. Wichtig ist die Beachtung der Wechselwirkungen in diesem Gefüge und deren Dynamik.

Suchtverhalten wird infolgedessen von den verschiedenen Fachleuten aus dem medizinischen, psychologischen und sozialen Sektor gleichermaßen als **Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene** betrachtet, die durch den starken Wunsch oder den Zwang gekennzeichnet sind, eine psychotrope Substanz zu konsumieren.

Nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-IV lässt sich ein **Missbrauchsverhalten** vermuten, wenn mindestens eines der folgenden Merkmale innerhalb der letzten 12 Monate zugeordnet werden kann (DSM-IV: F1X.1):

Wiederholter Substanzkonsum

- ▶ der zu Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in Haushalt, Schule oder am Arbeitsplatz führt.
- ▶ der fortgesetzt wird trotz körperlicher Gefährdung (Alkohol am Steuer, bei der Bedienung von Maschinen).
- ▶ bei ständigen Problemen mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Konsum (Körperverletzung, Diebstahl).
- ▶ trotz ständiger sozialer und psychischer Probleme.

Als Kriterien der Klassifikation eines **Abhängigkeitsverhaltens** innerhalb eines Zwölfmonatszeitraumes gelten (vgl. ICD-10: F1X.2, drei oder mehr Kriterien gleichzeitig):

- ▶ Toleranzentwicklung durch Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung und/oder verminderte Wirkung bei gleichbleibender Dosis.
- ▶ Entzugssymptome
- ▶ Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- ▶ Erfolgreiche Versuche, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren.
- ▶ Viel Aktivität, um Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung zu erholen.
- ▶ Soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgegeben oder eingeschränkt.
- ▶ Fortsetzung des Konsums trotz körperlicher oder psychischer Schädigungen auf Grund des Konsums.

Die mit dem Rauschmittelkonsum verbundenen **neurobiologischen Vorgänge** im Körper lassen sich beschreiben als ein fehlerhaftes Funktionsschema des Neuronengeflechts, mit dessen Hilfe Mensch (oder Tier) sich an ihre Umwelt anpassen. Bei dieser Anpassung intervenieren die klassischen Neurotransmitter, besonders Dopamin, und die peptidischen Neuromodulatoren, besonders die „hedonistischen“ opioiden Peptide und die „antiopioiden“ Peptide. Jede Situation, mit der Tier oder Mensch sich konfrontiert sieht, provoziert die Stabilisierung eines bestimmten emotionalen Zustands (Freude, Angst, Wut, etc.). Jeder Abbruch eines solchen stabilisierten Zustands führt demnach zu einer Stress- und Angstsituation und bewirkt eine veränderte Reaktivität der oben genannten Effektoren.

Die Einnahme einer psychoaktiven Substanz verlagert dieses Gleichgewicht, verbindet ein intensiveres Lustgefühl mit der veränderten synaptischen Konzentration dieser Effektoren und schafft einen neuen emotionalen Zustand. Dieser muss bei erneuter Konfrontation mit der gleichen oder ähnlichen Situation wiederhergestellt werden. Geschieht dies nicht, stellt sich Unwohlsein und Angst ein. Dieses Phänomen führt dazu, dass die Droge bei längerem Gebrauch schließlich eher deshalb konsumiert wird, um diesem emotionalen Unbehagen entgegenzuwirken, als um deren positiven Effekt zu erzielen.

3. Ansätze erfolgreicher Suchtvorbeugung

In Anlehnung an die von Caplan 1964 vorgeschlagene und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übernommene Aufteilung wird in der Literatur allgemein zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden.

Primärprävention bedeutet Vorbeugung, die weit vor einer erkennbaren Gefährdung einsetzt und als Aufgabe einer „lebenslangen Erziehung zum richtigen Umgang mit Drogen“ anzusehen ist.

Sekundärprävention richtet sich in Form einer Früherkennung an „bereits latent oder auch manifest Gefährdete“, d.h. an Risikogruppen, die aufgrund ihrer spezifischen Lebenslage oder ihres bereits vorhandenen Suchtmittelkonsums als gefährdet gelten können.

Tertiärprävention schließlich bezieht sich auf bereits Betroffene mit dem Ziel, nach der Therapie einem möglichen Rückfall vorzubeugen.

In der **Primärprävention** hat sich der Ansatz bewährt, das frühere Konzept der Drogenerziehung mit Theorien der Gesundheitserziehung zu einem Modell ganzheitlicher Prävention zu verbinden. Dieser Präventionsansatz setzt „die Kenntnis der kausalen Zusammenhänge zwischen Ursachen und Störungen und ebenfalls das Wissen um die entwicklungs-, wachstums- und gesundheitsfördernden Kräfte in der Person und der Umwelt“ voraus und bildet somit ein „Prinzip der Korrespondenz zwischen Verursachung und angewandter Prävention“ (Feser, Drogenerziehung, Langeau-Albeck 1981).

Neben der Vermittlung von suchtspezifischen Sachinformationen zählt zu diesen Maßnahmen in erster Linie der Aufbau von Kompetenzen zur Bewältigung von Lebenssituationen.

Dazu gehören

- ▶ die Förderung der kommunikativen Kompetenz als der Fähigkeit zur sachbezogenen und vernünftigen Verständigung

- ▶ die Förderung der kognitiven Kompetenz als Fähigkeit zu kritischem Denken und Urteilen
- ▶ die Förderung der sozialen Kompetenz als der Fähigkeit, Sozialbeziehungen einzugehen und in Bezug auf seine Mitmenschen sozial zu handeln
- ▶ die Förderung der moralischen Kompetenz als der Fähigkeit zu reflektiertem und verantwortlichem Handeln und
- ▶ die Förderung der Genusskompetenz als der Fähigkeit zum bewussten, kritischen, aber auch lustbetonten Umgang mit Konsumangeboten.

In der **Sekundärprävention** liegen die Schwerpunkte in der Vermittlung sachlicher und glaubwürdiger Informationen

- ▶ zu den Wirkungsweisen der auf dem Markt befindlichen Substanzen
- ▶ den mit dem Konsum verbundenen körperlichen, psychischen und sozialen Risiken
- ▶ zu risikomindernden Gebrauchsmustern

4. Verbreitung des Rauschmittelkonsums

- ▶ zu Verhalten in Notfallsituationen
- ▶ die Vermittlung von Fähigkeiten, Belastungssituationen und Probleme gut zu verarbeiten
- ▶ Unterstützungsmöglichkeiten durch therapeutische, pädagogische und andere Beratungsangebote
- ▶ Motivation zur frühzeitigen Nutzung dieser Dienste

TIPP Das Ausprobieren von psychotropen Substanzen wird heute einhellig als ein typisches Merkmal des Jugendalters angesehen, das in Abwesenheit von besonderen Risikofaktoren allein noch keine beginnende Suchtentwicklung zur Folge hat. In gleicher Weise gilt dies auch für den kontrollierten Umgang mit Zigaretten und Alkohol. Regelmäßiger und extensiver Gebrauch von Rauschmitteln markiert dagegen den Übergang vom Gebrauch zum Missbrauch und gibt Anlass zu sekundärpräventivem Handeln. Ist bereits ein Kontrollverlust eingetreten, ist eine Suchttherapie notwendig. Diese unterscheidet sich in ihrer Intensität deutlich von Präventivstrategien.

Die direkten Folgekosten des Konsums von illegalen Drogen allein in NRW werden auf 1 Milliarde DM pro Jahr geschätzt (vgl. Landesprogramm gegen Sucht, NRW 1999). Die Folgekosten des schädlichen Konsums von legalen Drogen wie Alkohol, Tabak und Medikamenten liegen noch wesentlich höher.

Bezogen auf die Verbreitung des Konsums von Suchtmitteln bilden die legalen Drogen die größte Gruppe.

Konsumhäufigkeit:

Alkohol

35 % der Männer und 8 % der Frauen zeigen einen problematischen Alkoholkonsum.

Trend: Der regelmäßige wöchentliche Alkoholkonsum geht bei den Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren in den westlichen Bundesländern langfristig (seit 1973) zurück. Die Zahl der Problemfälle scheint sich jedoch gleichzeitig zu häufen (von 1996 nach 1997 Anstieg um 8 %).

Tabak

Laut der Repräsentativerhebung von 1997 rauchen 36,7 % der deutschen Bevölkerung, 43 % der Männer und 30 % der Frauen. In der Altersgruppe der 21 – 24-Jährigen ist der höchste Raucheranteil zu verzeichnen, nämlich 50 % der Bevölkerung.

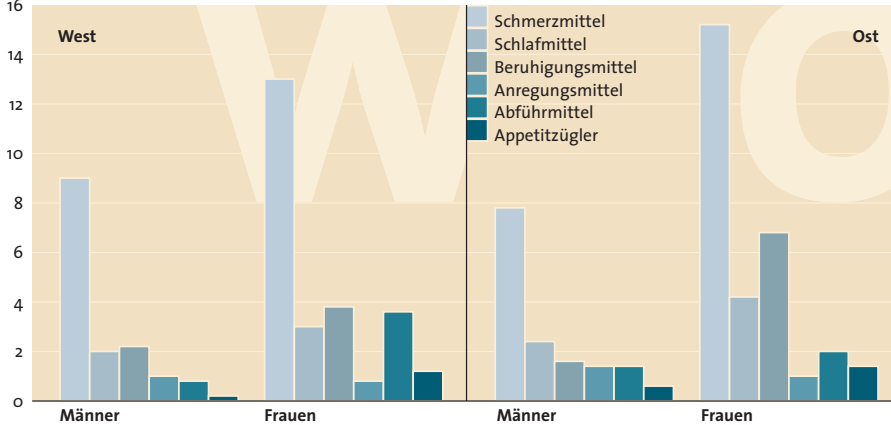
Trend: Die Anzahl der jungen Menschen, die nie geraucht haben, nimmt langfristig zu (1997: 42 %). Aktuell steigt jedoch der Raucheranteil der jüngeren Jahrgänge wieder, besonders stark in Ostdeutschland und bei Mädchen und jungen Frauen.

Medikamente

Die Datenlage zum missbräuchlichen Konsum von Medikamenten ist unbefriedigend. Für das Jahr 1995 liegt eine Erhebung zum Medikamentenkonsum bei der Bevölkerungsgruppe im Alter von 18 bis 59 Jahren vor. In dieser Untersuchung wird die „Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten“ definiert als Einnahme mindestens eines Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungs-, Abführmittels oder

Prävalenz der häufigen Einnahme verschiedener Medikamente

% Angaben in Prozent



Appetitzüglers pro Woche. Danach konsumieren 15,9 % der Bevölkerung in NRW Medikamente in der dargestellten Art.

Insbesondere die Substanzgruppen der Benzodiazepine sowie der Barbiturate bergen ein erhöhtes Suchtrisiko.

Illegale Drogen

Trend: In der erwachsenen Wohnbevölkerung hat sich der Konsum illegaler Drogen in den letzten Jahren nicht mehr erhöht. Aktuell

konsumieren in Westdeutschland 5 % in Ostdeutschland 3 % der Bevölkerung illegale Drogen.

Cannabis

Cannabis ist die am häufigsten gebrauchte illegale Droge. Besonders junge Leute zwischen 18 und 20 Jahren konsumieren häufig Cannabis.

Trend: Die Lifetime-Prävalenz und die Häufigkeit des Konsums in den letzten 12 Monaten sind in den alten und den neuen Bundesländern seit 1995 gesunken. Die Häufigkeit eines problematischen Konsums scheint jedoch zu steigen.

Ecstasy

Die 21 – 24-Jährigen verfügen am häufigsten über Erfahrungen mit Ecstasy.

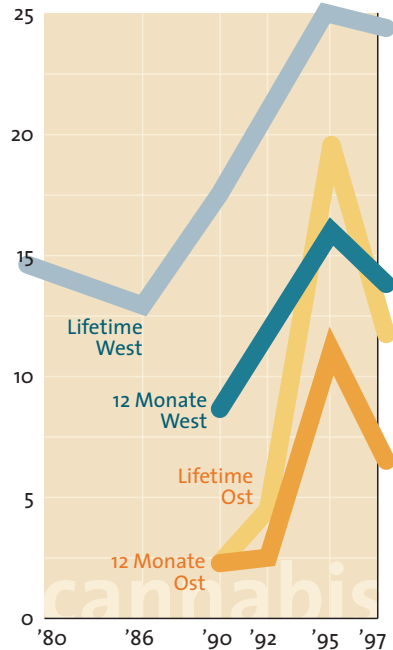
Trend: seit 1995 leicht fallende Tendenz

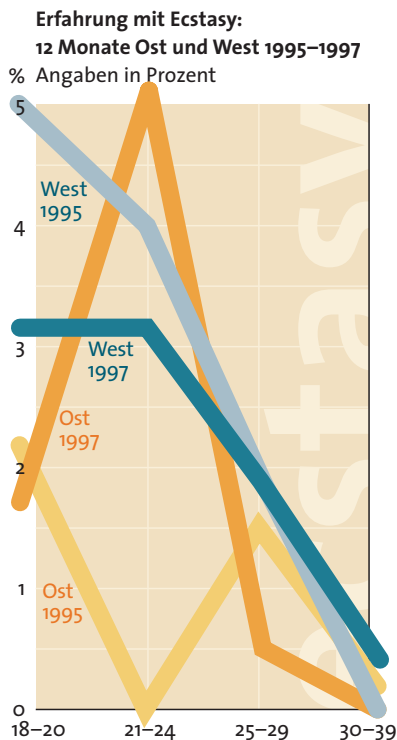
Halluzinogene

Etwa 2 % der Männer und 1 % der Frauen in den alten Bundesländern haben Erfahrungen mit LSD oder

Cannabis 1980 bis 1997

% Angaben in Prozent





Meskalin. Die Lifetime-Prävalenz in den neuen Bundesländern liegt weit darunter.

Trend: LSD-Konsum scheint als Partydroge an Bedeutung zuzunehmen.

Heroin

Die Repräsentativumfrage zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland 1995 zeigt, dass mit 0,6 % (West) bzw. 0,1 % (Ost) aller Bundesbürger zwischen 18 und 59 Jahren wenigstens einmal in ihrem Leben Heroin konsumiert haben (Lifetime-Prävalenz).

Trend: Zumindest in den alten Bundesländern ist seit 2 Jahren eine fallende Tendenz des Heroinkonsums zu verzeichnen.

Kokain und Amphetamin:

Die Repräsentativumfrage zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland 1995 zeigt, dass 2,2 % (West) bzw. 0,2 % (Ost) aller Bundesbürger zwischen 18 und 59 Jahren wenigstens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert haben.

Trend: Laut Aussage der Bundesdrogenbeauftragten Christa Nickels ist im Jahr 1998 ein zunehmender Verbrauch von Kokain und Amphetaminen besonders bei Jugendlichen zu verzeichnen.

Ess-Störungen

Anorexia: 0,2 – 2 %; 95 % der Erkrankten sind weiblich; Erkrankungsgipfel 15 – 23 Jahre
Bulimie: 2 – 4 %; ca. 90 % weiblich; Alter: 20 – 30 Jahre

Adipositas: geringfügig höher bei Frauen; immer mehr Kinder sind zu dick.

Trend: steigend; über die Hälfte der Frauen haben kein Normalgewicht (20 – 25 % Untergewicht und 30 % Übergewicht).

Hinweis: Es wird derzeit im Rahmen der Fortschreibung des NRW-Landesprogramms gegen Sucht grundsätzlich diskutiert, ob und inwieweit Ess-Störungen endgültig der Sucht zuzuordnen sind.

Biogene Drogen

Hier scheint bei den Jugendlichen großes Interesse zu bestehen. Verlässliche Zahlen existieren zur Zeit nicht.

Quellen:
Repräsentativerhebung 1997
Die Bundesstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 1980/1981, 1986, 1990, 1992, 1995 und 1997 vom Institut für Therapieforchung, München, durchgeführt.
Drogenaffinitätsstudie (DAS)
Drogen- und Suchtbericht des BMG 1998
Broschüre der DHS Ess-Störungen 1997

5. Wirkungen der Modedrogen

Wirkungsweisen und Risiken der Rauschmittel mit dem höchsten Konsumaufkommen (Nikotin, Alkohol, Medikamente und Cannabis) sind unter den Konsumenten weitgehend bekannt. Innerhalb der Jugendsubkulturen werden diese Mittel jedoch um eine Vielzahl von Wirkstoffen und Wirkstoffkombinationen erweitert, deren Wirkungsspektren Konsumenten und Kontaktpartnern weniger geläufig sind. Experimente mit biogenen Drogen und Partydrogen können daher zu körperlichen und psychosozialen Komplikationen führen.

Trend: Biogene Drogen

Der Konsum von **psychedelischen** Drogen wie **Meskalin** (Kakteen, illegal), **Psilocybin/Psilocin** (Pilze, illegal) und **THC** (THC-reiche Hanfgewächse, illegal) erlebt gegenwärtig eine Renaissance. Genaue Erhebungen über den Umfang des Konsums liegen zur Zeit nicht vor. Bekannt ist jedoch, dass folgende Stoffe Gegenstand von Experimenten sind:

► Peyotl-Kaktus

Die aus Lateinamerika stammenden **Kakteen** namens **Lophophora williamsii** („Peyotl“) und **Trichocereus pachanoi** („San Pedro“) mit dem Wirkstoff **Meskalin**.

Wirkung: Die von den Konsumenten beschriebenen Effekte sind wie folgt (dosisabhängig): Nach der Einnahme kommt es zu Übelkeit und Erbrechen, Durchfall, Schwitzen, Gangunsicherheit, Zittern, optischen (selten akustischen) Halluzinationen. Die Wirkungsdauer beträgt ca. 6 – 8 Stunden.

► Psilocybin-Pilze

Die in den unterschiedlichsten Regionen beheimateten **Pilze** namens **Psilocybe mexicana**, **Stropharia cubensis**, **Copelandia cyanescens**, **Conocybe cyanopus** („Magic Mushroom, Zauberpilze“) mit dem Wirkstoff **Psilocybin** und **Psilocin**.

Wirkung: Die von Konsumenten beschriebenen Effekte sind wie folgt (dosisabhängig): Nach 15 – 30 Minuten treten die ersten Effekte auf. Es kann dabei zu Übelkeit und Erbrechen kommen.

Optische und akustische Halluzinationen, Gangunsicherheit sowie Gleichgewichtsstörungen begleiten die ebenfalls ausgeprägten Erscheinungsbilder. Die Wirkungsdauer beträgt ca. 2 – 4 Stunden.

Für beide Drogen gilt:

Risiken: Es können massive Angst- und Panikzustände (Horrortrips) ausgelöst werden, die eine psychiatrische Intervention erfordern können.

► Fliegenpilz (*Amanita muscaria*), Pantherpilz (*Amanita pantherina*); Wirkstoff **Muscimol** (legal).

Der *getrocknete* Fliegenpilz/Pantherpilz enthält durch Decarboxylierung der Ibotensäure das wirksame Muscimol.

► Nachtschattengewächse (*Solanaceae*, legal)

Darunter fallen in erster Linie **Tollkirsche** (*Atropa belladonna*), **Stechapfel** (*Datura stramonium*), **Engelstrompete** (*Burgmansia*

suaveolens mit seinen Formen und Unterarten) sowie das **Bilsenkraut** (Hyoscyamus) mit den Wirkstoffen **Atropin, Scopolamin**.

Die *Wirkung* von Fliegenpilzen, Panzerpilzen und Nachtschattengewächsen bestehen sowohl in zentral erregenden als auch sedierenden, komatösen Effekten, starken Halluzinationen bis hin zum totalen Realitätsverlust. Da der Pfad zwischen dem erwünschten Effekt und der letalen Dosis sehr schmal ist, ist ein „risikoarmes Konsumieren“ nicht gegeben. Die Rauschzustände können sich über mehrere Tage hinziehen. Im Verlauf der Rauschphase konnten aggressive bzw. autoaggressive Verhaltensweisen beobachtet werden, des Weiteren Mundtrockenheit und stark erweiterte Pupillen (Atropin). Durch Übelkeit und anschließendes Erbrechen bei gleichzeitiger Bewusstseinsstörung bzw. Bewusstlosigkeit besteht die Gefahr zu ersticken.

► **Mexikanischer Salbei**

(Salvia divinorum legal, „Maria Pastora, Zaubersalbei“). Die **Blätter** enthalten **Bineoclerodan-Diterpene Salvinorin A und Salvinorin B**.

Wirkung: Die Droge ist in der Lage, psychoaktive Effekte hervorzurufen, die sich kaum mit den Wirkungen anderer psychodelischer Substanzen vergleichen lassen. Das Erscheinungsbild ist dem des **Ketamins** bei subanästhetischen Dosierungen (50 – 100 mg) ähnlich. Die Wirkung lässt bei oraler Applikation (über die Mundschleimhäute) nach ca. 45 Minuten nach. Wird der Rauch inhaliert, beträgt die Dauer ca. 15 Minuten.

Risiken: Im Zustand der Desorientierung können Panikattacken ausgelöst werden.

► **Muskatnuss**

(Myristica fagrans, legal)
Häufig experimentieren gerade jüngere Konsumenten mit dem Wirkstoff der Muskatnuss (**Myristicin, Elemicin und Safrol**).

Wirkung: Vermutlich tritt im Metabolismus eine Aminierung ein, die aus den Substanzen zentral aktive **Amphetaminderivate** macht. Wirkungsbeeinflussende Faktoren liegen im Alter und Herkunft des Produktes. Es wird von euphorischen Phasen berichtet, die über mehrere Stunden anhalten können.

Risiken: Erstickungstod durch Erbrechen, Benommenheit, Panikreaktionen durch falsch eingeschätzte Wirkung.

Trend:

Partydrogen (Besitz illegal)

Dazu zählen: **Amphetamine** und **Amphetaminderivate: MDMA** (Methylendioxy-N-methamphetamin) sowie **DOM, MDA, TMA, MMDA, DMA**; Sammelbegriff » Ecstasy « (**XTC**).

6. Symptome problematischen Konsums

Wirkung: Die unter den Namen **XTC** angebotenen Drogen greifen in den Serotoninhaushalt ein. Eine niedrige Dosis wirkt Amphetamin-ähnlich, höhere Dosen können eine **LSD-artige** Wirkung erzielen. Es wird auch als **Entaktogen** (im Inneren ein Gefühl erzeugend) bezeichnet. Durch den Gebrauch von XTC wird die Bereitschaft zur Kommunikation erhöht, ebenfalls wird das Empfinden verstärkt, die Dauer beträgt ca. 4 bis 6 Stunden (pro Konsumeinheit).

Risiken: Durch einen hohen Anstieg der Körpertemperatur auf über 40°C besteht das Risiko der Hyperpyrexie. Dieser Effekt wird von Muskelsteifheit (Rigor), Nierenversagen und Muskelzerfall (Rhabdomyolyse) begleitet. Unter Umständen ist das Erscheinungsbild der Hyperpyrexie durch eine genetische Disposition bedingt. Anhaltender Konsum kann zu irreversiblen Schäden im Serotoninhaushalt führen.

Es gibt im somatischen Bereich so gut wie keine Indikatoren, die übergreifend über alle Suchtformen Gültigkeit haben. Insbesondere bei den nicht stoffgebundenen Süchten ist das Suchen nach somatischen Indikatoren fast aussichtslos. So ist es letztendlich nur möglich, einzelne somatische Symptome dahingehend zu hinterfragen, ob diese mit spezifischen Suchtstoffen assoziiert sein könnten und Verifikationsmöglichkeiten für die Arbeitshypothese/ Verdachtsdiagnose „suchtmittelinduzierte somatische Störung“ zu suchen.

Die meisten somatischen Symptome zeigen sich während des aktuellen Konsums; dabei kann nicht unterschieden werden, ob es sich um einen hedonistischen Konsum (Gelegenheitskonsum, Alpha-Typ nach Jellinek), um Missbrauch (Beta-Typ nach Jellinek) oder um ein Abhängigkeitssyndrom („Sucht“) handelt. Erst die somatischen Symptome während des Entzuges können eindeutige Hinweise liefern auf das Vorliegen einer „Sucht“.

Einteilung in Anlehnung an die WHO

► Morphin-Typ

Alle Formen von Opiaten und Opioiden einschl. Opiatrezeptor-Agonisten, ursprünglich aus dem Schlafmohn gewonnen. Dazu gehören auch Heroin und Methadon.

Intoxikationszeichen: Miosis, bei schwerster Überdosierung mit Atemdepression infolge der Anoxie auch Pupillendilatation möglich, Bewusstseinstörungen einschl. Atemdepression, verwaschene Sprache, Obstipation.

Entzugszeichen: Übelkeit oder Erbrechen, Durchfälle, Muskelschmerzen, Tränenfluss, Rhinorrhoe, Mydriasis, Gähnen, Fieber, Insomnie.

Besonderheiten: Die Opiate haben, wenn sie chemisch rein zugeführt werden, nur sehr geringe körperliche Schädigungsmuster. Einzig relevant ist – neben der Obstipation – die Atemdepression.

► Barbiturat-/Alkoholtyp

Gemeinsame Gruppe aus Barbituraten (ältere Schlafmittel, heute nur noch zur Narkose oder als Mittel der 2. Wahl in der Neurologie gebräuchlich), Alkohol, Benzodiazepinen und anderen sog. Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

Alkohol

Intoxikationszeichen: verwaschene Sprache, Koordinierungsstörungen, unsicherer Gang, Nystagmus, Bewusstseinsstörung einschließlich Atemdepression.

Entzugszeichen: vegetative Hyperaktivität (RR-Erhöhung, Pulsfrequenzerhöhung, Schwitzen), erhöhter Handtremor, Insomnie, Übelkeit oder Erbrechen, Unruhe, Grand-mal-Anfälle.

Besonderheiten: Die Toxizität von Alkohol ist erheblich; insbesondere einzelne Konsumexzesse oder eine längerfristige Sucht führen zu spezifischen Schäden (z. B. an Leber, Pancreas, Nervensystem).

Barbiturate

Sehr kleine therapeutische Breite, sehr schnell Überdosierung mit Atemdepression. Intoxikationszeichen und Entzugszeichen siehe Benzodiazepine.

Benzodiazepine

Intoxikationszeichen: undeutliche Sprache, Koordinationsstörungen, Gangunsicherheit, Nystagmus, Bewusstseinsstörung einschließlich Atemdepression, Hypotonie, Bradykardie.

Entzugszeichen: vegetative Hyperaktivität (RR-Erhöhung, Pulsfrequenzerhöhung, Schwitzen), erhöhter Handtremor, Insomnie, Übelkeit oder Erbrechen, Unruhe, Grand-mal-Anfälle.

Besonderheiten: Sehr große therapeutische Breite, als reine Überdosierung (ohne andere Substanzen) kaum tödlich verlaufend. Häufigste legale Droge nach Alkohol, häufigste iatrogene Droge. Abhängigkeit auch im Niedrigdosisbereich!

► Kokain-Typ

Umfasst primär nur Kokain, jedoch auch Kokain-Derivate, z. B. Crack.
Intoxikationszeichen: Störung der Herzfrequenz mit Tachykardie, auch Bradykardie möglich oder Arrhythmien, Mydriasis, Hypertonie einschließlich hypertoner Krisen, auch Hypotonien möglich, Störung der Körpertemperaturregulation mit Schwitzen oder Frösteln, Übelkeit oder Erbrechen, Einschränkung des Appetits mit Gewichtsverlust, Muskelschwäche, Bewusstseinsstörung einschl. Atemdepression, Dyskinesien, Dystonien, Grand-mal-Anfälle.

Entzugszeichen: Müdigkeit, Insomnie, gesteigerter Appetit, psychomotorische Störungen.

Besonderheiten: Konsumverhalten und Symptomatik ähnelt der Amphetaminabhängigkeit; beide Substanzen sind starke Sympathomimetika.

► Amphetamin-Typ

siehe im Wesentlichen Kokain-Typ

► Cannabis-Typ

Umfasst nur die Wirkstoffklasse der Cannabinoide (Inhaltsstoffe von Haschisch und Marihuana).

Intoxikationszeichen: konjunktivale Injektion („Schweinchenaugen“), gesteigerter Appetit, Mundtrockenheit, Tachykardie. Wesentlich jedoch ist die psychische Symptomatik!

Entzugszeichen: Über Entzugerscheinungen somatischer Art liegen keine Berichte vor; führend sind hierbei auch die psychischen Komponenten.

Besonderheiten: Die Cannabinoide sind sehr lipophil und sehr lange im Urin nachweisbar. Die Schädlichkeit des Konsums im körperlichen Bereich ist eher gering, auch bei längerer Anwendung ist Cannabis deutlich weniger schädigend als Alkohol.

► Halluzinogen-Typ

Sehr heterogene Gruppe; klassischer Hauptvertreter ist das LSD.

Intoxikationszeichen: Hauptsächlich liegen psychopathologische Störungen vor! Möglich sind Tachykardien bzw. rasch wechselnde Herzfrequenzen, Schwitzen, Palpitationen, Tremor, Störung der Koordination, Sehstörungen.

Entzugszeichen: Hauptsächlich liegen psychopathologische Störungen vor! Besonders bei Halluzinogenen kommen sog. Flashbacks vor, das sind Rauscherscheinungen ohne erneuten Konsum.

Besonderheiten: Die meisten Halluzinogene sind in den derzeitigen diagnostischen Tests nicht nachweisbar. Der Trend geht z. Zt. zu sog. biologischen/natürlichen Drogen, z. B. sog. Zauberpilzen, Stechapfel, Tollkirsche etc.

► Inhalantien

(„Schnüffelstoffe“, nicht im WHO-System gelistet)
Geschmüffelt werden z. B. Klebstoffe, Lachgas, Gas von Kartuschen für Gaskocher, Benzin o. ä. Die Gruppe ist sehr heterogen, die körperlichen Schädigungsmuster sehr verschie-

den, der „Erfindungsreichtum“ bzgl. der „Nutzung neuer Stoffe“ schier unendlich. Daher kann keine durchgehende Symptomatik beschrieben werden. Im Prinzip können alle Symptome auftreten, die bisher beschrieben wurden.

► Ess-Störungen

(aufgelistet als Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren – Tatsache ist jedoch, dass sich bei allen drei Ess-Störungen in der Entstehung und besonders im Verlauf Symptome finden, die als suchtspezifisch gelten)

Folgeschäden:

Bei **Anorexia** Amenorrhoe, Änderung des peripheren Schilddrüsenhormonmetabolismus, erhöhte Wachstums- und Cortisolspiegel, kardiovaskuläre Veränderungen, verlangsamter Herzschlag, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, niedrige Pulsfrequenz, Nierenschäden, Kachexie, Hypothermie, Bradypnoe, Akrocyanose, Schlafstörungen, Osteoporose, gastrointestinale Veränderungen, atrophe, trockene Haut, gelbliche Hautfarbe, Haarausfall, Lanugobehaarung.

7. Fragebogenscreenings als Verfahren der Früherkennung

Bei **Bulimie** akute Magendilatation, Elektrolyt- und Herzrhythmusstörungen, Dehydration, Oedeme, Trommelschlägelfinger, Durchfälle, chronische Obstipation, Vitaminmangel, Müdigkeit, Menstruationsunregelmäßigkeiten, Anovulatorische Zyklen, Schwellungen der Ohrspeicheldrüsen, chronische Heiserkeit und Halsschmerzen, Zahnschmelzerosionen, Adynamie, Lethargie, Tetanien, cerebrale Krampfanfälle.

Bei **Adipositas** Bluthochdruck, Diabetes, Gallensteine, Schlaganfälle, vorzeitige Gelenkverschleißerscheinungen, Bandscheibenvorfälle.

Auffälligkeiten, zusätzliche Indikatoren:

Bericht über gesteigertes Interesse für Nahrungsmittel (Kalorien, gesunde Ernährung, vegetarisches Essen etc.), weitere Gewichtsabnahme, häufiges Gewichtskontrollieren, zunehmende Leistungsorientierung und Isolation, Amenorrhoe.

Unter Screening-Verfahren versteht man im Rahmen von Suchtvorbeugung Verfahren zur Früherkennung des riskanten oder schädlichen Gebrauchs und der Abhängigkeit von Substanzen mit Suchtpotential. Sie finden vor allem dort Verwendung, wo Art und Ausmaß des Gebrauchs von Substanzen nicht offensichtlich sind, *ein problematischer* Umgang mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit aber vermutet werden kann.

Bei der Früherkennung problematischen Konsums von psychotropen Substanzen lassen sich grundsätzlich zwei Verfahrenstypen unterscheiden: Laboruntersuchungen und Selbstbeurteilungsfragebögen.

Laboruntersuchungen

Laboruntersuchungen werden vor allem im Bereich des *Alkoholkonsums* eingesetzt. Verschiedene Parameter des Blutes weisen bei erhöhtem Alkoholkonsum pathologische Werte auf, z. B. Gamma-GT, MCV oder CDT. Sie geben dem Arzt einen Hinweis auf eine mögliche Alkoholproblematik.

Auch im Bereich *illegaler* Drogen sind (Urin-)Screenings bekannt, hier dienen sie aber hauptsächlich der Kontrolle (etwa des Beigebrauchs bei Methadon-Substitution). Zur Früherkennung sind Laboruntersuchungen wegen ihrer unbefriedigenden Spezifität und Sensitivität nur bedingt geeignet.

Selbstbeurteilungsfragebögen

Selbstbeurteilungsfragebögen haben sich in den vergangenen 10 Jahren in zahlreichen Studien als effektive und praktikable Screening-Verfahren für die medizinische Praxis bewährt. Von der WHO wurde der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Babor u. a. 1989) entwickelt. Dieser Fragebogen wurde bislang in Deutschland noch nicht systematisch erprobt. Zwei Fragebögen haben sich im deutschsprachigen Raum etabliert: der CAGE (Mayefield u. a. 1974, 4 Fragen) und der LAST (Rumpf u. a. 1997, 7 Fragen).

Beide Fragebögen beziehen sich auf die Problematik des Alkoholkonsums. Für die illegalen Drogen sind bisher keine erprobten Selbstbeurteilungsfragebögen verfügbar. Eine Übertragung und Anpassung der o.g. Fragebögen auf den Bereich des Konsums von Cannabis, Ecstasy etc. wäre allerdings zu überprüfen.

CAGE

- ▶ Hatten Sie jemals das Gefühl, dass sie weniger trinken sollten? (Cut down)
- ▶ Hat es Sie belästigt oder gekränkt, wenn jemand Ihr Trinken kritisiert hat? (Annoyed)
- ▶ Hatten Sie jemals Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens? (Guilty)
- ▶ Mussten Sie jemals morgens trinken, um sich zu beruhigen oder in Gang zu kommen? (Eye opener)

LAST

(Lübecker Alkoholmissbrauch- und -abhängigkeits-Screening-Test)

- ▶ Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie weniger trinken sollten?
- ▶ Hatten Sie jemals Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens?
- ▶ Sind Sie immer in der Lage, Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen?
- ▶ Haben Ihr Partnerin/Ihre Partner, Ihre Eltern oder andere nahe Verwandte sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt?
- ▶ Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen?
- ▶ Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (Fettleber oder Leberzirrhose)?
- ▶ Waren Sie einmal im Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums?

Beide Fragebögen erlauben bei zwei auffälligen Antworten eine Verdachtsdiagnose, die anschließend durch eine ausführliche Diagnostik bestätigt werden muss. Beide

Fragebögen können auch in mündlicher Form eingesetzt werden (etwa im Rahmen eines umfassenden Anamnesegesprächs).

Der präventive Nutzen von Screening-Verfahren ist insbesondere dann gegeben, wenn sie ohne Vorselektion eingesetzt werden. Zu beachten ist auch, dass Screening-Verfahren für viele Patienten die erste Thematisierung eines möglicherweise problematischen Konsums darstellen. Eine einfühlsame, respektvoll-sachliche Grundhaltung des Arztes ist hier angezeigt, um den Patienten für eine weitere suchtmittelspezifische Behandlung zu gewinnen.

8. Umgang mit den Patientinnen und Patienten

Die grundlegenden Prinzipien motivierender Gesprächsführung gelten für Betroffene und Angehörige gleichermaßen. Grundsätzlich sollten Ärztinnen und Ärzte mutig den Schritt nach vorne gehen und mit ihren Patientinnen und Patienten über das Thema Sucht(gefährdung) sprechen. Dies muss allerdings in einer Form passieren, die geeignet ist, den möglichen und zu erwartenden Widerstand gering zu halten. Als hilfreich haben sich in diesem Zusammenhang die folgenden sechs Elemente von Kurzinterventionen erwiesen:

1. Empathie:

Die therapeutische Grundhaltung sollte geprägt sein von einer persönlichen Wertschätzung der Patientinnen und des Patienten. Sie werden akzeptiert als Menschen, die sich in einer ernsten Krise befinden oder auf eine solche zusteuern.

2. Rückmeldung geben:

Nach umfassender Anamnese und Diagnostik wird den Patientinnen und Patienten eine sachliche Rückmeldung über evtl. schon vorhandene klinische Befunde, mögliche Folgeerkrankungen sowie die individuellen Risiken des gegenwärtigen Suchtmittelkonsums gegeben. Hier können auch (zusätzliche) schriftliche Informationen eingesetzt werden.

3. Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken:

Der Glaube der Patientinnen und Patienten an seine Fähigkeit, etwas zu verändern, sollte gestärkt werden. Am besten gelingt dies, wenn man nach Kompetenzen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten sucht und gerade diese hervorhebt, weniger die Defizite betont.

4. Alternativen aufzeigen:

Wenn die Patientinnen und Patienten ein Veränderungsinteresse zeigen, kann es nötig sein, mehrere alternative Veränderungsstrategien aufzuzeigen und ihnen die Wahl selbst zu überlassen. Das Gefühl, eine eigene Wahl getroffen zu

haben, erhöht die Verbindlichkeit eines geplanten Veränderungsschrittes.

5. Eigenverantwortung betonen:

Grundsätzlich sollte die Verantwortung für eine Veränderung so weit wie möglich auf der Seite der Patientin oder des Patienten liegen. Sie entscheiden letztlich selbst, wie sie die Informationen der Rückmeldung nutzen und welchen Schritt sie als nächsten gehen wollen.

6. Einen konkreten Ratschlag geben:

Auch ein konkreter Ratschlag – etwa eine Beratungsstelle aufzusuchen oder pro Woche nur eine bestimmte Menge des Suchtmittels zu konsumieren – kann eine Patientin oder einen Patienten dazu bewegen, sein Konsumverhalten zu verändern.

Kurzinterventionen in der medizinischen Basisversorgung verfolgen eine begrenzte Zielsetzung: Veränderungsmotivation ermitteln, wenn möglich stärken und evtl. einen ersten Veränderungsschritt vereinbaren.

TIPP für den *Umgang mit jugendlichen Patientinnen und Patienten*: Strategien der Sekundärprävention bestehen in erster Linie in beratenden Gesprächen, sei es mit Fachleuten oder in einer angeleiteten Gruppe von Gleichgesinnten. Abschreckung ist nach bisherigen Erfahrungen in diesem Stadium wirkungslos, hat in bestimmten Fällen sogar paradoxe Effekte. Im Gespräch ist es in der Regel nicht das Problem „Drogenkonsum“, das den Jugendlichen zu einem weiteren Schritt bewegt, sondern die Erwartung, dass in dem Beratungsprozess eine Bewältigung alltagsweltlicher Probleme in Aussicht gestellt wird und ein persönliches Wachstum zu erwarten ist.

In diesem Sinne sollte die ärztliche Gesundheitsberatung für Jugendliche eher als ein Gespräch über salutogene und pathogene Lebensumstände als ein Gespräch über den hoch stigmatisierenden Drogenkonsum selbst aufgefasst werden. Denn Drogenkonsum, welcher Art auch immer, wird von den betroffenen Jugendlichen nicht als persönliches Problem wahrgenommen, wohl aber alle die psychosozialen Umstände und Probleme, die den Drogenmissbrauch provozieren und fördern.

9. Netzwerk der Hilfen

Die Arbeit mit suchtgefährdeten Menschen bedarf eines Netzwerkes, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden zu können. Der Arzt/die Ärztin ist Teil dieses Hilfesystems und hat aufgrund der Autoritäts- und Vertrauensposition besonders gute Möglichkeiten zu intervenieren und an weiterführende Hilfsangebote zu vermitteln. Die Wahrnehmung eines Angebotes aus dem professionellen Hilfesystem kann einer möglichen Suchtentwicklung entgegenwirken. Gleichfalls entlastet die Weitervermittlung und Kooperation den Arzt/die Ärztin von dem möglichen Druck, die Situation alleine lösen zu müssen.

Vor einer Überlegung, ob ein Patient oder eine Patientin ein fachspezifisches Angebot wahrnehmen sollte, sollten folgende Fragen geklärt werden:

1. Welche Problematik steht im Vordergrund?
2. Ist der Patient/die Patientin bereit, an seiner/ihrer Problematik zu arbeiten?

3. Welche Personen aus seinem/ihrem Umfeld könnten unterstützend wirken?
4. Welche Institutionen können mit einbezogen werden?

In jeder Kommune gibt es ein professionelles Hilfesystem, das kostenlos unterstützend mit Menschen arbeitet, die eine beginnende Suchtproblematik zeigen.

Im Folgenden werden kurz die wichtigsten Institutionen/Behörden vorgestellt, mit denen Sie kooperieren und an die Sie ggf. weitervermitteln können:

- ▶ Prophylaxefachkräfte/Fachstellen für Suchtvorbeugung stehen für Fragen der Suchtprävention zur Verfügung. Sie bieten u. a. Multiplikatorenschulungen, Informationsveranstaltungen und Beratungsgespräche zur Prävention an, führen Projekte durch, stellen Fachliteratur zur Verfügung. In der Regel sind sie an die Suchtberatungs-/Drogenberatungsstellen gekoppelt.

- ▶ Das Jugendamt bietet zahlreiche Hilfsmöglichkeiten, die im Einzelfall adäquat entschieden werden. So gibt es z. B. Angebote für die gesamte Familie, aber auch für das jeweilige Kind bzw. den Jugendlichen.

- ▶ Jugendberatungsstellen gibt es in einigen Kommunen. Sie arbeiten mit Jugendlichen und deren Angehörigen in Problem- und Krisensituationen, so auch bei riskantem Konsum von Suchtmitteln oder beginnender Essstörung. Erkundigen Sie sich beim örtlichen Jugendamt, ob es in Ihrer Region eine Jugendberatungsstelle gibt.

- ▶ Familien-, Erziehungs- und psychologische Beratungsstellen unterstützen Einzelne und Familien in Krisensituationen und Erziehungsfragen. Dieses Angebot ist besonders geeignet, wenn noch keine Suchtproblematik vorliegt und die Förderung einer gesunden psychischen Entwicklung (des Kindes) im Vordergrund steht.

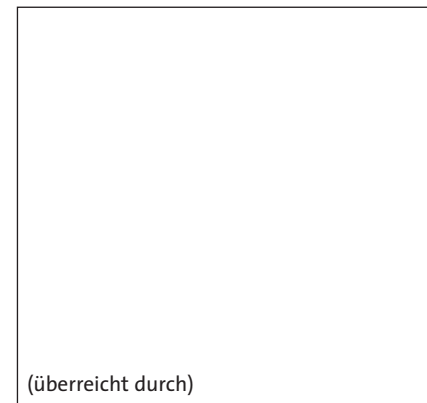
- ▶ Das örtliche Gesundheitsamt ist ansprechbar bei Fragen zur Sucht- und Drogenproblematik.
- ▶ Drogen- und Suchtberatungsstellen arbeiten breitgefächert mit Menschen, die riskant konsumieren, und mit deren Angehörigen. Sie bieten u. a. ambulante Einzel- und Gruppentherapie, vermitteln ggf. in fachspezifische Entwöhnungskliniken und leisten sozialarbeiterische Unterstützung.
- ▶ Selbsthilfegruppen führen Gruppenangebote für Betroffene und deren Angehörige durch. Die Gruppen werden nicht professionell therapeutisch / pädagogisch begleitet, bieten jedoch für viele Betroffene, die abstinent leben wollen, einen wichtigen Baustein im Hilfesystem. Zur besseren Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten/Ärztinnen haben die

Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe die KOSA (Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen) eingerichtet, zu finden in Köln, Duisburg und Bielefeld.

- ▶ Einrichtungen der suchtmedizinisch qualifizierten Entzugsbehandlung, die sich meistens in psychiatrischen Abteilungen oder Fachkrankenhäusern befinden, bieten getrennte spezifische Behandlungsangebote für Abhängige legaler Drogen einerseits und für Abhängige illegaler Drogen andererseits an. Hinweise sind über die Ärztekammern oder über die lokalen Beratungsstellen erhältlich.

Ab dem Jahr 2000 gibt es im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen in jeder Kommune einen Ansprechpartner für den Bereich der Gesundheitsförderung. Kontakt können Sie hier über das Gesundheitsamt aufnehmen.

Beiliegend zu dieser Broschüre finden Sie Hinweise, Adressen und Telefonnummern fachspezifischer Angebote in Ihrer Region. Informationen erhalten Sie auch über:



10. Angebote der Fortbildung

Sie möchten zum Themenbereich Früherkennung und Frühintervention bei Suchtgefährdung mehr erfahren, sich fort- und weiterbilden? – Es gibt hierzu eine Vielzahl von Möglichkeiten!

Wer bietet entsprechende Fortbildungen an?

- ▶ Akademien für ärztliche Fort- (und Weiter)bildung
- ▶ Ärztekammern
- ▶ Krankenkassen
- ▶ Landschaftsverbände
- ▶ Wohlfahrtsverbände
- ▶ Prophylaxefachkräfte in den einzelnen Kommunen

- ▶ Die Landeskoordinationen/ Landesfachstellen für:
 - ▶ Suchtvorbeugung (Ginko e. V. / Mülheim)
fon: 02 08/3 00 69 31,
e-mail: a.fiedler@ginko.org
j.gass@ginko-ev.de
 - ▶ Frauen und Sucht („Bella Donna“ e. V. / Essen)
fon: 02 08/2 08 20,
e-mail: VBelladonn@aol.com
 - ▶ Integration(Köln)
fon: 02 21/7 39 33 78, e-mail:
lk-integration@netcologne.de

Was wird angeboten?

Seit September 1999 führt die Akademie für ärztliche Fortbildung Westfalen-Lippe und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe einen 50 Stunden umfassenden Kurs zur Erlangung der „Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung“ durch. Die Nordrheinische Akademie für Fort- und Weiterbildung plant, Anfang 2000 einen entsprechenden 50-stündigen Kurs anzubieten. Er ersetzt den seit mehreren Jahren angebotenen Kurs zur Substitutionstherapie.

Fortbildungen innerhalb des Themenspektrums „Missbrauch – Abhängigkeit – Sucht und deren Prävention“ veranstalten die bekannten und oben genannten Anbieter und Ansprechpartner.

In Absprache mit den Prophylaxefachkräften vor Ort (siehe Hinweis 9) können Fortbildungsveranstaltungen für das Pflege- und/oder medizinische Krankenhauspersonal, Praxisleitung oder Praxisteams etc. organisiert und durchgeführt werden. Neben Fortbildungsveranstaltungen gibt es auch eine Vielzahl an lesenswerten Informationsmaterialien zum Themenbereich. So bietet beispielsweise die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) spezifisch für Ärztinnen und Ärzte konzipiertes, (be)handlungsorientiertes Informationsmaterial an (Broschüren zu den Themen „Tabak – „Medikamente“, „Drogenabhängigkeit“ – „Alkoholismus“ und „Ess-Störungen“).

Was kann **zukünftig** stattfinden?

Das „Landesprogramm gegen Sucht“ des Landes Nordrhein-Westfalen stellt den beteiligten Kammern, Verbänden und Organisationen den Auftrag, „berufsübergreifende Fortbildungen“ anzubieten, also nach gemeinsamen Interessen verschiedener Berufsgruppen zu suchen und die Fortbildungen entsprechend zu öffnen. Hier bietet sich dann, neben der fachlichen Bereicherung, auch die interdisziplinäre Begegnung an. Kontakte können geknüpft werden, die im Idealfall über die einzelne Fortbildungsveranstaltung hinaus Kooperation in der alltäglichen Berufspraxis begründen.

Suchtspezifisch relevantes Informationsmaterial ist u. a. zu beziehen bei:

Nordrheinische Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung
Tersteegenstraße 31
40474 Düsseldorf
fon: 02 11/4 30 20
e-mail: akademie@www.aekno.de

Ärztelkammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210-214
48147 Münster
fon: 02 51/92 92 64
e-mail: anke.follmann@aekwl.de

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BzGA)
Ostmerheimer Straße 200
51109 Köln
fon: 02 21/89 92-0
internet: www.bzga.de
Veröffentlichung von Studien,
Herausgabe von Informations-
materialien

Deutsche Hauptstelle gegen
die Suchtgefahren e. V. (DHS)
Westring 2
59065 Hamm
fon: 0 23 81/9 01 50
internet: www.dhs.de

Landeskoordinierungsstelle
für Suchtvorbeugung NRW
GINKO
Kaiserstraße 90
45468 Mülheim a. d. Ruhr
fon: 02 08/3 00 69 31
internet: www.ginko.org
www.ginko-ev.de
e-mail: info@ginko.org

Impressum:

Herausgeber

Ministerium für **Frauen,
Jugend, Familie und
Gesundheit**

des Landes Nordrhein-Westfalen
40190 Düsseldorf
Internet: www.mfjfg.nrw.de
e-mail: info@mail.mfjfg.nrw.de

Projektbearbeitung

Landeskoordinierungsstelle
für Suchtvorbeugung
Nordrhein-Westfalen – **ginko** –,
Arbeitsbereich Transfer,
Mülheim a. d. Ruhr

Autorinnen und Autoren

Dr. Heinrich Elsner
Angelika Fiedler
Jürgen Gass
Dr. Hans-Jürgen Hallmann
Georg Kremer
Helena Kromhout
Tanja Pallos
Norbert Pfänder
Dr. Wolfgang Settertobulte
Michael Tentler

Gestaltung

Hansen Kommunikation GmbH, Köln

Druck

Media-Print, Lippstadt

Nachdruck auch auszugsweise nur
mit Genehmigung des Herausgebers.

Düsseldorf, Januar 2000
2. Auflage

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern von Parteien noch von Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

