

**Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden  
Suchtproblemen in der somatischen und psycho-  
somatischen Rehabilitation**

**Kurzfassung**

Die Praxisempfehlungen wurden im Rahmen des Projekts „Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation“ erstellt.

**Projektteam:**

Prof. Dr. Oskar Mittag (PI) Dipl. Psych. Malgorzata Schlöffel	Institut für Qualitätsmanagement & Sozialmedizin (AQMS) Universitätsklinikum Freiburg
Prof. Dr. Wilma Funke	Kliniken Wied Wied bei Hachenburg
Dr. Hartmut Pollmann	Klinik Niederrhein der DRV Rheinland Bad Neuenahr-Ahrweiler

**Förderung:** Deutsche Rentenversicherung Bund; FKZ: 0441/40-28-00-04

**Projektkoordination:** Dr. Joachim Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund,  
GB Sozialmedizin und Rehabilitation

**Bitte wie folgt zitieren:**

Schlöffel, M., Mittag, O., Funke, W., Pollmann, H., Köhler, J., Blahs, A., Buschmann, H., Konitzer, M., Mariolakou, A., Muschalla, B., Orlicek, M., Peter-Höner, S., Rösler, N., Rumpf, H.-J., Sarrazin, D., Schneider, W., Schöneck, D., Widera, T., Wiehn, T. & Worringer, U. (2016).

Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation (Kurzfassung).

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Wichtige Definitionen.....	3
Kurzinformationen zu verschiedenen Substanzen, A-priori Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen und besonderen Risikogruppen.....	4
Alkohol.....	4
Medikamente mit Abhängigkeits- & Missbrauchspotential .....	5
A-priori-Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen in der Gruppe der Konsument/-innen .....	6
Besondere Risikogruppen.....	6
Praxisempfehlungen.....	7
Einrichtungsstandards.....	7
Screening und Diagnostik im mehrstufigen Prozess .....	7
Erste Stufe.....	8
Zweite Stufe .....	10
Interventionen .....	11
Grundsätzliche Zielsetzungen im Rahmen der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation.....	11
Kurzinterventionen.....	12
Psychoedukation .....	13
Medikamente mit Suchtpotential .....	13
Fortführung der Rehabilitation bei gesicherter substanzbezogener Störung .....	14
Aufklärung in Bezug auf die Risiken im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz sowie über mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen.....	14
Dokumentation.....	15
Sondersituationen .....	15
Abstinent lebende Alkoholiker/-innen.....	15
Substituierte Rehabilitand/-innen .....	16
Weiterführende Informationen und Kontakte .....	17
Notizen .....	18

## Einleitung

Riskanter Konsum sowie schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen (hier zusammengefasst unter dem Begriff „problematische Suchtmittelkonsum“) sind häufig. Auch in der nicht auf Sucht spezialisierten Rehabilitation tritt problematischer Suchtmittelkonsum auf. Dieser fällt dort aber eher selten auf, und es bestehen häufig Unsicherheiten, wie damit umzugehen ist.

Die vorliegenden Praxisempfehlungen sollen hier mehr Handlungssicherheit geben und zu einem proaktiven Umgang mit problematischem Substanzkonsum anregen. Zielgruppe sind Mitarbeiter/-innen in somatischen und psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen, die nicht auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert sind.

Die Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation wurden im Rahmen eines von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projekts entwickelt und im Rahmen von Expertenworkshops konsentiert. Beteiligt waren Wissenschaftler/-innen, Kliniker/-innen, Vertreter/-innen der Fachverbände sowie auch Rehabilitanden. Eine Langfassung der Praxisempfehlungen kann unter [www.agms.de](http://www.agms.de) (► Praxisempfehlungen) abgerufen werden.

## Wichtige Definitionen



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



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



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

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



**Manifeste substanzbezogene Störungen** sind in **Kapitel V (F10 – F19)** der ICD-10, „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, aufgeführt.

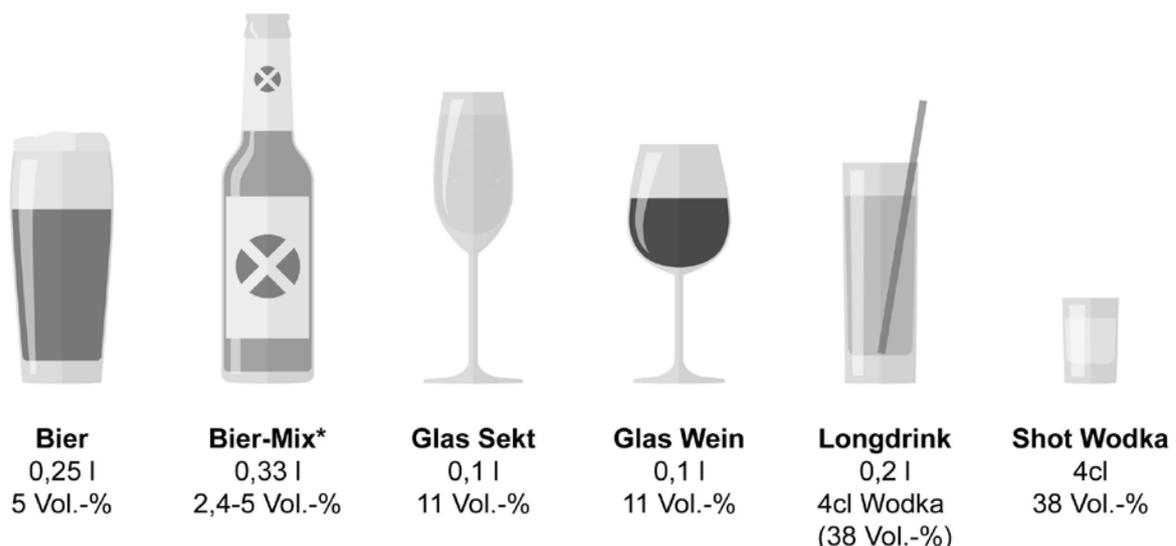
# Kurzinformationen zu verschiedenen Substanzen, A-priori Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen und besonderen Risikogruppen

## Alkohol

In Deutschland wurden die für den Alkoholkonsum als risikoarm definierten Konsumgrenzen vom wissenschaftlichen Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS; Seitz & Bühringer, 2010) definiert. Es gelten folgende geschlechtsabhängige Schwellendosen für gesunde Menschen ohne zusätzliches genetisches oder erworbenes Risiko:

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

Dies entspricht etwa zwei Standardgläsern Alkohol für Männer und einem Standardglas Alkohol für Frauen. Die Getränkemenge eines Standardglases hängt vom Alkoholgehalt des Getränks ab. In Abbildung 1 sind Standardgläser für verschiedene alkoholische Getränke aufgeführt.



**Abbildung 1:** Standardgläser für verschiedene alkoholische Getränke (© Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA); Nutzung mit freundlicher Genehmigung und Unterstützung der BzgA)\*<sup>1</sup>

Bis zu den o.g. Grenzen gilt der Alkoholkonsum als risikoarm. Gleichwohl spielt neben der Trinkmenge auch der Trinkstil bzw. das Trinkmuster eine Rolle. So empfiehlt die DHS

\*<sup>1</sup> Anmerkung zum Asterisk in der Graphik:

Bei Biermixgetränken ist der Alkoholgehalt nicht immer gleich. Einige Sorten haben 2,4 Vol.-%-Alkohol, während andere zum Teil doppelt so viel Alkohol enthalten. Die Angabe hier ist also nur eine ungefähre Angabe – im Zweifel muss der Gehalt an reinem Alkohol selbst berechnet werden. Hierfür kann folgende Formel herangezogen werden (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2014; Reimer, Cimander & Reimer, 2014):

[Alkoholgehalt in Volumenprozent] x [Getränkemenge in ml] x 0,8/ 100

mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche und rät darüber hinaus dazu, von dem Konsum größerer Mengen bei einem Trinkanlass (Rauschtrinken) abzusehen (Seitz & Bühringer, 2010). Als „größere Menge“ sind hier fünf Gläser à 10 g reinen Alkohol genannt, z. B. 1,25 l Bier oder 0,6 l Wein genannt. Alkohol sollte darüber hinaus möglichst in Verbindung mit Mahlzeiten konsumiert werden. Am Arbeitsplatz, bei der Bedienung von Maschinen, im Straßenverkehr, beim Sport, in Schwangerschaft und Stillzeit sowie nach der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit wird eine vollständige Alkoholabstinenz gefordert. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass jeder Mensch, je nach genetischer Prädisposition und Lernerfahrungen, ein individuell unterschiedliches Risiko trägt (Seitz & Bühringer, 2010) und es einen völlig sicheren Alkoholkonsum nicht gibt (z.B. World Health Organization, 2000).

## Medikamente mit Abhängigkeits- & Missbrauchspotential

Es wird von einem **höheren Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko bei Frauen und älteren Menschen** ausgegangen (vgl. z.B. Bühren et al., 2007; Rösner et al., 2008). Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Substanzgruppen mit Abhängigkeits- und Missbrauchspotential:

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

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

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

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

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

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

## **Besondere Risikogruppen**

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

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

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

### **Subgruppenspezifische Angebote:**

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) bietet verschiedene, spezifisch auf die einzelnen Risikogruppen zugeschnittene, Informationsmaterialien an. Neben Materialien für die Betroffenen selbst bietet sie aber auch Informationsbroschüren für die Akteure des Hilfesystems an, in denen auf die Besonderheiten bzw. die speziellen Lebensthemen der jeweiligen Subgruppen eingegangen und auch auf weiterführende Literatur verwiesen wird.

## Praxisempfehlungen

### Einrichtungsstandards

Die Rehabilitationseinrichtung soll über eine **klare Grundhaltung** in Bezug auf den Umgang mit Suchtmitteln verfügen.

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

### Screening und Diagnostik im mehrstufigen Prozess

Für das Screening (Anamnese, Labor) und die Diagnostik von problematischem Suchtmittelkonsum wird ein mehrstufiger Prozess empfohlen. Die erste Stufe beinhaltet ein Screening im Rahmen der **Aufnahmeuntersuchung** in Form eines **routinemäßigen Einsatzes von Screeningfragen**, aber auch einer Sensibilisierung für bestimmte **körperliche Befunde**, die **Erhebung von Laborparametern** sowie die **Sichtung von Vorbefunden**.

Die zweite Stufe lässt sich als weiterführende Abklärung und Diagnostik auffassen.

Entscheidend in diesem Gesamtprozess ist, dass ein problematischer Substanzgebrauch erst aus der **Betrachtung aller Befunde und des klinischen Eindrucks** ersichtlich wird.

**Einzelne auffällige Befunde (z. B. erhöhte  $\gamma$ -GT) müssen in jedem Fall näher exploriert werden.**

## Erste Stufe

### Screening während der Aufnahmeuntersuchung

Während der Aufnahmeuntersuchung sollen **alle Rehabilitand/-innen mündlich** auf einen eventuellen problematischen Suchtmittelkonsum **gescreent** werden. Der Fokus soll hierbei auf dem Konsummuster liegen. Entsprechend sollen **Fragen zu Menge und Häufigkeit** des Alkoholkonsums, zum Konsum anderer Substanzen und explizit auch zur regelmäßigen und bedarfsmäßigen Medikamenteneinnahme gestellt werden.

Folgende Fragen bieten sich für das Aufnahmegespräch an:

- Wie oft trinken Sie Alkohol?  
(→ Näher explorieren, wenn häufiger als 1x pro Woche; siehe Abschnitt „Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“)
- Wenn Sie Alkohol trinken, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?  
(→ Näher explorieren, wenn Konsum von mehr als 2 Getränken pro Tag; siehe Abschnitt „Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“)
- Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit?  
(→ Näher explorieren, wenn 1x monatlich oder öfter; siehe Abschnitt „Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“)
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
- Nehmen Sie hin und wieder zur Verbesserung Ihres allgemeinen Befindens oder Ihrer Stimmung Medikamente ein? (Bspw. Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel)

Wie oft haben Sie im letzten Jahr illegale Substanzen, wie z. B. Cannabis, konsumiert?  
(→ Näher explorieren, wenn 1x oder öfter; siehe Abschnitt „Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“)

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

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

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

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

## ***Labordiagnostik***

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

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

## ***Hinweise aus dem Rehabilitationsteam***

Eine generelle Thematisierung möglicher Suchtprobleme soll als fester Punkt in den Teamgesprächen vorgesehen werden.

## Zweite Stufe

### *Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik*

Ergeben sich anhand des Screenings nach den Konsummustern Hinweise auf einen problematischen Suchtmittelkonsum, soll dieser näher exploriert werden.

Hierzu eignen sich vertiefende mündliche Fragen zum Suchtmittelkonsum. Diese sollen aufeinander aufbauen. Nachfolgend werden **beispielhaft** vertiefende Fragen genannt. Sie orientieren sich an vorhandenen Screeninginstrumenten (siehe auch Abschnitt „Screening während der Aufnahmeuntersuchung“ und die Hintergrundinformationen dazu).

- Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Konsum zu reduzieren oder ganz mit dem Konsum aufzuhören?
- Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?
- Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?
- Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klar zu kommen? (z. B. Trinken nur am Wochenende, erst ab 17 Uhr oder ähnliches)
- Haben sich Ihr (Ehe-)Partner/-in oder andere nahe Verwandte oder Freunde schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens Sorgen gemacht oder sich deswegen beklagt?
- Gab es bei Ihnen bereits Schwierigkeiten durch den Substanzgebrauch, z. B. im Beruf, in der Familie oder in Bezug auf Ihren Führerschein?
- Gibt es Situationen, welche Sie ohne die Einnahme von Medikamenten nicht bewältigen können?
- Beunruhigt Sie die Vorstellung, mehrere Tage oder sogar Wochen auf „Ihr“ Medikament verzichten zu müssen?
- Haben Sie sich zur Sicherheit einen Vorrat dieses Medikaments angelegt?
- Haben Sie schon einmal die Erfahrung gemacht, dass unangenehme Begleitscheinungen aufgetreten sind, wenn Sie diese Medikamente weggelassen haben?

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

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

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

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

## Erweiterte Labordiagnostik

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

Bei Verdacht auf einen chronisch erhöhten Alkoholkonsum können CDT, Amylase und / oder Lipase als weitere Labormarker hinzugezogen werden.

## Differentialdiagnose weiterer psychischer Komorbidität

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

## Interventionen

### Grundsätzliche Zielsetzungen im Rahmen der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation

Im Rahmen einer somatischen oder psychosomatischen Rehabilitation sollen im Hinblick auf die Suchtproblematik **realistische und realisierbare Ziele** gesetzt werden. **Ziel ist nicht die eigenständige Behandlung der Suchtproblematik**, sondern vielmehr die **Bewusstmachung** der Problematik, die **Vermittlung von Informationen** über Risiken und die **Motivierung** für weiterführende Maßnahmen.

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

Bei der Festlegung von Therapiezielen soll das **Primat der Schadensminderung im Sinne hierarchischer Therapieziele** beachtet werden.

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

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

## Kurzinterventionen

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

- F**eedback: eine Rückmeldung der Befunde und Untersuchungsergebnisse, durch die ein problematischer Suchtmittelkonsum festgestellt wurde
- R**esponsibility: die Betonung der Eigenverantwortung des Patienten
- A**dvice: in angemessener Form vermittelte, klare und umsetzbare Ratschläge zur Umsetzung eines weniger schädlichen Konsums
- M**enue: eine Auswahl von Handlungsmöglichkeiten (Stärkung der Selbstbestimmung)
- E**mpathy: zugewandtes, verständnisvolles und nicht wertendes Verhalten gegenüber dem / der Rehabilitand/-in
- S**elf-Efficacy: Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung des Rehabilitanden / der Rehabilitandin (Vorgehen in kleinen, umsetzbaren Schritten)

Bei der Umsetzung der Interventionen sollten prozessförderliche Gesprächsmethoden, z. B. Motivational Interviewing angewandt werden.

Als Hilfestellung können die entsprechenden von der DHS herausgegebenen Leitfäden bzw. Manuale zu Kurzinterventionen bei Patient/-innen mit problematischem Alkohol- bzw. Medikamentenkonsum benutzt werden (siehe Hintergrundteil zu diesem Kapitel im Materialband).

Die Kurzinterventionen können von allen qualifizierten Berufsgruppen (z. B. Ärzte / Ärztinnen, Psycholog/-innen, Pflegekräfte) durchgeführt werden.

Falls ein Rehabilitand / eine Rehabilitandin motiviert für eine umfangreichere Auseinandersetzung mit dem Thema ist und eine eingehendere Beratung wünscht, soll ihm / ihr diese zeitnah angeboten werden. Dies kann in der Rehabilitationseinrichtung selbst erfolgen oder es kann ein Termin in einer Suchtberatungsstelle am Rehabilitations- oder am Heimatort anberaumt werden.

## Psychoedukation

Alle Rehabilitand/-innen sollen unter dem Leitsatz „bewusster Umgang“ in Bezug auf risikoarmen und riskanten Konsum von Alkohol und Medikamenten informiert werden. Hierbei sollen auch mögliche Wechselwirkungen thematisiert werden.

Die Inhalte sollten mit anderen Themen (z. B. Stress, Angst, Depression, Ernährung) verknüpft und in die interdisziplinären Angebote der Einrichtung eingebettet sein.

Zusätzlich zur allgemeinen Sensibilisierung aller Rehabilitand/-innen können vertiefende Angebote vorgehalten werden (z. B. eine Motivationsgruppe oder das Modul „Alltagsdrogen“ aus dem Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung; Döll et al., 2000).

## Medikamente mit Suchtpotential

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

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

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

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

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

## **Fortführung der Rehabilitation bei gesicherter substanzbezogener Störung**

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

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

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

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

Wenn der Rehabilitand / die Rehabilitandin zu einer Behandlung der Abhängigkeitserkrankung motiviert ist, soll eine Weitervermittlung in eine evidenzbasierte suchtbezogene Behandlung erfolgen.

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

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

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

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

## Dokumentation

Ein bestehender riskanter, schädlicher oder abhängiger Konsum oder der Verdacht darauf soll in der Patientenakte dokumentiert werden.

Im Hinblick auf die Dokumentation einer Suchtmittelabhängigkeit oder eines schädlichen Konsums im Entlassungsbericht sind die Konsequenzen für den Rehabilitanden / die Rehabilitandin, aber auch die eventuelle Gefährdung Dritter, abzuwägen.

Bei bestehender sozialmedizinischer Relevanz – wovon in der Regel auszugehen ist – muss die Diagnose einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Konsums im Entlassungsbericht aufgeführt werden. Bei Bedarf sollte für die Diagnosestellung ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Konsil angefordert werden (s. auch Abschnitt „5.2.1 Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik“).

## Sondersituationen

### Abstinent lebende Alkoholiker/-innen

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

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

Ferner soll er / sie auf die Risiken während der Rehabilitation (neues Umfeld, nicht abstinente Mitpatient/-innen, Kneipenbesuche am Wochenende und ähnliches) hingewiesen werden, und es sollen Strategien zur Rückfallprävention besprochen werden.

Darüber hinaus soll dem Rehabilitanden / der Rehabilitandin ein psychologisches Beratungsgespräch sowie die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe angeboten werden.

Bei Bekanntwerden einer bestehenden Abhängigkeit mit derzeitiger Abstinenz / Suchtmittelfreiheit muss in jedem Fall der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin in der Rehabilitationseinrichtung darüber informiert werden. Er / sie ist verantwortlich für die Gesamtbehandlungsstrategie und muss entscheiden, inwieweit eine Informationsweitergabe an andere Mitglieder des Behandlerenteams für die Durchführung der jeweiligen relevanten Therapien erforderlich ist.

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

Rückfälle sollen als Bestandteil einer Alkoholabhängigkeit entdramatisiert werden.

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

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

## Substituierte Rehabilitand/-innen

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

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

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

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

Der / die vertretende Arzt / Ärztin soll über relevante Inhalte der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sowie andere Bestimmungen zur Substitution bei Opiatabhängigkeit informiert sein. Sofern der / die Vertreter/-in keine suchtherapeutische Qualifikation besitzt, erfolgt eine entsprechende Aufklärung durch den / die behandelnde/n Arzt / Ärztin oder durch eine beauftragte Person mit der entsprechenden Qualifikation.

Bei Rückfragen und Beratungsbedarf seitens des / der vertretenden Arztes / Ärztin soll der behandelnde oder der / die konsiliarisch hinzugezogene Arzt / Ärztin kontaktiert werden. Ist eine Kontaktaufnahme mit dem / der originär substituierenden Arzt / Ärztin zum Zeitpunkt der Rehabilitation nicht möglich, so soll die Beratungskommission der zuständigen Landesärztekammer hinzugezogen werden. Für die Substitution zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eigene Kommissionen.

## Weiterführende Informationen und Kontakte

### Auswahl nützlicher Internetadressen

- [www.dhs.de](http://www.dhs.de) (letzter Zugriff am 21.03.2016)  
→ Die Webseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) bietet vielfältige Informationen rund um das Thema Sucht, sowohl für Betroffene als auch für Behandler (z. B. aktuelle Daten und Fakten zum Thema Sucht; **Informationsbroschüren** zu verschiedenen Themen, themenspezifische **Literaturverzeichnisse** mit Hinweisen auf weiterführende Literatur z. B. zu Angehörigen von Suchtkranken, eine Einrichtungssuche zu **Suchtberatungsstellen**, **Suchthilfeeinrichtungen** und **Selbsthilfegruppen**).  
Es werden auch Materialien für **spezifische Subgruppen** von Suchtkranken angeboten (z. B. alters- und frauenspezifische Broschüren, Materialien für Angehörige). Die Materialien können online abgerufen, viele aber auch (kostenlos oder gegen einen Unkostenbeitrag) in Papierform bestellt werden. Die Materialien werden regelmäßig aktualisiert und überarbeitet. Darüber hinaus kooperiert die DHS auch mit anderen Institutionen und hat in diesem Rahmen beispielsweise spezifische Webseiten zu Themen wie „Sucht im Alter“ oder „Sucht am Arbeitsplatz“ mitentwickelt.
  - [www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de) (letzter Zugriff am 21.03.2016)
  - <http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de> (letzter Zugriff am 21.03.2016)
- [www.bzga.de](http://www.bzga.de) (letzter Zugriff am 21.03.2016)  
→ Die Webseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet neben Informationen zu anderen Gesundheitsthemen auch **Informationsmaterialien** zum Thema Sucht an, teilweise in Zusammenarbeit mit der DHS. Auch hier können Informationsmaterialien online abgerufen oder in Papierform bestellt werden.
- [www.alkohol-leitlinie.de](http://www.alkohol-leitlinie.de) (letzter Zugriff am 21.03.2016)  
Webseite eines 2001 bis 2007 durchgeführten Forschungsprojektes des Suchtforschungsverbundes Baden-Württemberg und der Universitätsklinika Freiburg und Ulm zum ambulanten Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis. Sie enthält Informationen für Betroffene und Behandler; die Zielgruppe sind Hausärzte/Hausärztinnen und Arzthelfer/-innen. Auf der Webseite gibt es die Möglichkeit eine Online **CME Fortbildung** zu absolvieren sowie als Fragen zu **konkreten Fallbeispiele** zu bearbeiten.



