

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

**Materialband zur Langfassung**

April 2016

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 (Materialband).

# Inhaltsverzeichnis

<b>Teil B: Allgemeine Informationen zu substanzbezogenen Störungen</b> .....	4
A-priori-Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen und besondere Risikogruppen.....	4
<b>Teil C: Praxisempfehlungen</b> .....	6
<b>Einrichtungsstandards in Bezug auf den Umgang mit substanzbezogenen Störungen</b> .....	6
<b>Screening und Diagnostik im mehrstufigen Prozess</b>	
<b>Erste Stufe</b>	
Screening während der Aufnahmeuntersuchung .....	8
Beachtung klinischer Zeichen während der Aufnahmeuntersuchung und im Rehabilitationsverlauf und Sichtung von Unterlagen bzw. Vorbefunden.....	16
Labordiagnostik .....	18
<b>Zweite Stufe</b>	
Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik.....	20
Erweiterte Labordiagnostik .....	22
Differentialdiagnose weiterer psychischer Komorbidität .....	24
<b>Interventionen</b>	
Grundsätzliche Zielsetzungen im Rahmen der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation.....	25
Kurzinterventionen.....	27
Medikamente mit Suchtpotential.....	37
Fortführung der Rehabilitation bei gesicherter substanzbezogener Störung .....	39
Anbahnung einer weiterführenden Behandlung .....	42
Aufklärung in Bezug auf die Risiken im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz sowie über mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen.....	44
<b>Dokumentation</b> .....	44
<b>Sondersituationen</b>	
Abstinente lebende Alkoholiker/-innen.....	45
Substituierte Rehabilitand/-innen .....	46
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	48

## **Teil B: Allgemeine Informationen zu substanzbezogenen Störungen**

### **A-priori-Wahrscheinlichkeiten substanzbezogener Störungen und besondere Risikogruppen**

#### **Prävalenzschätzungen und anzunehmende Relevanz der einzelnen Substanzen in der Rehabilitation**

Ausgehend von den Prävalenzschätzungen für die Gesamtbevölkerung (Pabst et al., 2013) ist vor allem mit alkohol- und medikamentenbezogenen Störungen auszugehen. Gleichwohl können in der Rehabilitation auch Rauschdrogen eine Rolle spielen. So wurde im Rahmen der bereits erwähnten Einrichtungsbefragung (Schlöffel et al., in Druck) erwartungsgemäß angegeben, dass die Mehrzahl der während der Rehabilitation beobachteten suchtmittelbedingten Auffälligkeiten durch Alkohol und ein geringerer Anteil durch Medikamente bedingt war. Immerhin gut die Hälfte der Einrichtungen gab an, dass es durch Rauschdrogen bedingte Auffälligkeiten gab, allerdings wurde hier der prozentuale Anteil weitaus geringer geschätzt (zwischen 0,5 und 30 %).

Die ermittelten Prävalenzraten in Bezug auf die Gruppe der Konsumierenden finden sich in den jeweiligen substanzspezifischen Kurzberichten zum ESA 2012 (Kraus et al., 2014a, 2014b, 2014c; abrufbar unter <http://esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte.html>; zuletzt aufgerufen am 06.03.2015).

#### **Bedeutung der Kenntnis von A-priori-Wahrscheinlichkeiten: Zusammenhang zwischen Prävalenz und dem prädiktiven Wert eines Screenings**

Für die Interpretation validierter Screeningverfahren ist es wichtig, neben der Sensitivität und Spezifität des Verfahrens auch die a priori-Wahrscheinlichkeiten der interessierenden Erkrankung (hier die verschiedenen suchtmittelbezogenen Störungen und Problematiken) im jeweiligen Setting zu kennen.

Hieraus lassen sich der positive und der negative prädiktive Wert (positive predictive value, PPV bzw. negative predictive value, NPV) ermitteln. Der PPV sagt aus, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Patient mit auffälligem (positivem) Befund tatsächlich erkrankt ist. Der NPV sagt aus, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Patient mit unauffälligem (negativem) Befund tatsächlich nicht erkrankt ist.

Ist die Prävalenz einer Erkrankung sehr niedrig, so wirkt sich dies negativ auf den PPV aus, auch wenn die Sensitivität und Spezifität des Tests gut sind. Umgekehrt verhält es sich mit dem NPV, welcher von niedrigen Prävalenzraten positiv beeinflusst wird. Die Aussagekraft eines positiven Testergebnisses ist damit in Populationen mit niedrigen Prävalenzraten der interessierenden Erkrankung gering, die Aussagekraft eines negativen Testergebnisses dagegen hoch (vgl. Altman & Bland, 1994; Grimes & Schulz, 2002).

Die Formel zur Berechnung von PPV und NPV findet sich z. B. bei Altman und Bland

(1994). Auf den Seiten des Internetportals DocCheck.com kann man sich den PPV und NPV schnell berechnen lassen, indem man in eine entsprechende Rechner-Eingabemaske die Werte für Sensitivität, Spezifität und Prävalenz einträgt.

[http://flexikon.doccheck.com/de/Positiver\\_prädiktiver\\_Wert](http://flexikon.doccheck.com/de/Positiver_prädiktiver_Wert)

[http://flexikon.doccheck.com/de/Negativer\\_prädiktiver\\_Wert](http://flexikon.doccheck.com/de/Negativer_prädiktiver_Wert)

## Teil C: Praxisempfehlungen

### Einrichtungsstandards in Bezug auf den Umgang mit substanzbezogenen Störungen

**Fehlzeitenreport 2013 – „Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?“ (Badura et al., 2013; hier insbesondere die Kapitel von Abeler, von Mäulen & von Achilles)**

Themenschwerpunkt des Fehlzeitenreports 2013 sind substanzbezogene Störungen. Ein Kapitel widmet sich der juristischen Betrachtung von Suchtproblemen am Arbeitsplatz (Achilles, 2013). Aus diesem Kapitel können auch einige Empfehlungen in Bezug auf die geforderte klare Grundhaltung in Bezug auf den Umgang mit Suchtmitteln sowie auf die geforderten Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements abgeleitet werden. So wird empfohlen, ein suchthemmendendes Arbeitsumfeld mit klaren Regeln, aber auch Hilfsangeboten zu schaffen.

In den vorliegenden Praxisempfehlungen wird diese Empfehlung noch allgemeiner formuliert: Es wird zum einen eine klare Grundhaltung in Bezug auf die Rehabilitand/-innen gefordert. Zum anderen wird auf den Nutzen eines Konzepts zur betrieblichen Suchtprävention hingewiesen, da das Thema „Suchtprobleme bei medizinischem Personal“ relevant zu sein scheint (der Fehlzeitenreport 2013 widmet dem Thema gleich mehrere Kapitel; s. Abeler, 2013; Mäulen, 2013). Gleichwohl handelt es sich hierbei um einen komplexen Problembereich, sodass detaillierte Ausführungen zum Umgang mit betroffenen Mitarbeitern den Rahmen der vorliegenden Praxisempfehlungen sprengen würden.

Für die Schaffung eines **suchthemmendenden Arbeitsumfeldes** werden im Kapitel von Abeler konkrete Hinweise gegeben. Als arbeitsrechtliche Gestaltungsmöglichkeit bietet sich hierzu der Abschluss von **Betriebsvereinbarungen** an. Entsprechende Vorlagen für die Ausgestaltung einer solchen Betriebsvereinbarung sind z. B. in den **Qualitätsstandards betrieblicher Suchtprävention** der DHS enthalten (abrufbar unter <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/arbeitsplatz.html>). Ergänzend zum konstruktiven Druck einer solchen Betriebsvereinbarung werden von den Autoren **Hilfsangebote durch den Arbeitgeber** als zwingend notwendig erachtet, was im Sinne eines betrieblichen Gesundheitsmanagements auch in den vorliegenden Praxisempfehlungen empfohlen wird.

Ferner wird im Kapitel von Achilles empfohlen, dass **alle Mitarbeiter, die Personal- und Führungsverantwortung im Unternehmen tragen, nach einer entsprechenden Schulung in die Suchtprävention einbezogen werden.**

Neben Hinweisen zu Rahmenbedingungen, möglichen Akteuren und Inhalten von **Interventionsmaßnahmen**, werden auch Hinweise zur **Dokumentation**, zu möglichen **Sanktionen** sowie rechtliche Rahmenbedingungen erläutert.

Umfassende Informationen rund um das Thema „Sucht am Arbeitsplatz“ und dem möglichen Umgang damit bietet die Webseite [www.sucht-am-arbeitsplatz.de](http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de) von DHS und BARMER GEK.

Für die Ausarbeitung eigener Konzepte zur betrieblichen Suchtprävention sei auf die weiterführende Literatur verwiesen.

## Screening während der Aufnahmeuntersuchung

**S3-Leitlinie “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“**  
(AMWF, 2015)

### **Abschnitt 2.1**

Alkoholbezogene Störungen sind häufig und werden gleichzeitig häufig unterdiagnostiziert. [...] Aus einer Public-Health-Perspektive sind Screenings von Patienten im Alter von 14 bis 70 Jahren in der medizinischen Versorgung initial bei Erstkontakt und fortlaufend alle ein bis zwei Jahre zu empfehlen.

#### **Empfehlung 2.1.2.1**

Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

#### **Empfehlung 2.1.2.3**

Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit soll die Kurzform des Alcohol Use Disorders Identification Test, der AUDIT-C, eingesetzt werden, wenn der AUDIT zu aufwendig ist.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar; Sondervotum der DEGAM

#### **Empfehlung 2.1.2.4**

Zum Screening sollen AUDIT oder AUDIT-C allen Patienten in allen Settings angeboten werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

#### **Empfehlung 2.1.2.9**

Wenn Alkoholkonsum erhoben werden soll, dann sollen Verfahren zur Ermittlung eines Menge-Frequenz-Indexes (getrennte Fragen zur Häufigkeit und Menge des üblichen Konsums) sowie Häufigkeit und Menge höheren Alkoholkonsums oder tageweise rückblickende Anamnesen (Timeline-Followback) eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar



***Einstiegsfragen bei einem Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Medikamenten (S. 18):***

- Bei welchen Beschwerden oder Störungen neigen Sie dazu, diese mit Medikamenten zu behandeln?
- Nehmen Sie hin und wieder zur Verbesserung Ihres allgemeinen Befindens oder Ihrer Stimmung Medikamente ein?
- Haben Sie schon mal die Erfahrung gemacht, dass diese Beschwerden wieder schlimmer geworden sind, sobald Sie die Medikamente weggelassen haben?

**Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung** (Rumpf et al., 2009)

Es ist unerlässlich, dass alle Patienten (z. B. im Rahmen des Aufnahmeverfahrens) ein Screening erhalten. Geeignete kurze Fragebogenverfahren, die neben alkoholbezogenen Störungen auch Risikokonsum abbilden, liegen dafür vor. Wünschenswert ist dabei auch die Einbeziehung von Jugendlichen und älteren Patienten. Es empfiehlt sich, gleichzeitig Fragen zu Tabakkonsum und evtl. Ernährung und Bewegung zu erheben.

[Für das Krankenhaussetting:] Das Screening sollten alle Patienten bei der Aufnahme bzw. erhalten.

**Zur patientenseitigen Akzeptanz eines Screenings auf alkoholbezogene Auffälligkeiten in Allgemeinarztpraxen** (Mänz et al., 2007)

In einer Evaluation der Akzeptanz eines Screenings auf alkoholbezogene Auffälligkeiten in drei Hausarztpraxen sollte u.a. überprüft werden, wie die Patienten die Länge und Sinnhaftigkeit des Screenings empfinden und welche Einsatzhäufigkeit sie als angemessen empfinden. Bewertet wurde ein kurzes schriftliches Screening, in das neben Fragen zu Nikotinkonsum und zur psychischen Befindlichkeit auch der AUDIT und der CAGE integriert waren. Das Screening wurde von den Patienten akzeptiert. Dies gilt sowohl für die untersuchte Gesamtgruppe der Hausarztpatienten (N = 156) als auch für Patienten, die ein auffälliges AUDIT-Ergebnis (Verdacht auf riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsum) erzielten.

## Ergebnisse einer repräsentativen Einrichtungsbefragung (Schlöffel et al., in Druck)

Laut Ergebnissen der Einrichtungsbefragung werden Konsummenge und die Häufigkeit des Konsums in 99 bzw. 91% der Einrichtungen routinemäßig bei der Anamnese erfragt. Andere Aspekte des Substanzkonsums wie Vorbehandlungen, Karenzzeiten und anderes werden weitaus seltener (in 32 bis 51% der Fälle) erfragt. Suchtspezifische Screeninginstrumente werden kaum eingesetzt (in 8,2% der Fälle).

Unklar ist, inwieweit bezüglich der Fragen nach Konsummenge und Häufigkeit ein Bewusstsein dafür besteht, was als kritische Mengen bzw. Häufigkeiten im Sinne eines riskanten Konsums anzusehen ist bzw. bei welchen Antworten man den Konsum genauer explorieren sollte (i.S. von Cut-offs).

So äußerten einige Einrichtungen auf die Frage nach Veränderungsbedarf im Umgang mit komorbiden Suchtproblemen, dass sie sich eine Sensibilisierung der Mitarbeiterschaft und die Erarbeitung eines Leitfadens wünschen. Eine Einrichtung argumentierte in diesem Zusammenhang, dass die Sichtweisen zu problematischem Suchtmittelkonsum häufig sehr weit auseinander gingen. Des Weiteren wurden von drei Einrichtungen auch zusätzliche personelle und zeitliche Ressourcen gefordert. Dies spricht für den Einsatz zeitökonomischer und systematischer Screeningverfahren.

## Hintergrundinformationen zum AUDIT-C

Beim AUDIT-C handelt es sich um eine Kurzversion des im Auftrag der WHO entwickelten und sehr intensiv beforschten AUDIT-Fragebogens (Babor et al., 2001). Der AUDIT-C Fragebogen besteht aus 3 Items (Bush et al., 1998). Er fragt neben Trinkmenge und Häufigkeit auch die Häufigkeit von Rauschtrinken ab und erfasst somit auch riskanten Alkoholkonsum. Eine Meta-Analyse zum Vergleich der Genauigkeit von AUDIT-C und AUDIT (Kriston et al., 2008) berichtet zwar keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Genauigkeit beider Fragebögen im primärärztlichen Bereich, die Autoren kommen aber aufgrund verschiedener Limitationen zu dem Schluss, dass noch nicht genügend Evidenz für eine Nichtunterlegenheit des AUDIT-C vorliegt. Gleichwohl räumen sie auch pragmatische Gründe für den Einsatz kürzerer Fragebögen ein.

Für Deutschland wird für den AUDIT-C die Verwendung eines Cut-off Wertes von 5 empfohlen (Dybek et al., 2006; Reinert & Allen, 2007), laut der S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" (AWMF, 2015) kann eine Absenkung des Wertes auf 4 für Frauen empfohlen werden. Bei Erreichen eines Wertes oberhalb des Cut-off Wertes sollte eine genauere Exploration des Alkoholkonsums erfolgen.

Eine Dichotomisierung der AUDIT-Fragen (deutsche Langversion) führte zu keinem Verlust an Sensitivität und Spezifität beim Einsatz in der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zur Originalversion (Bischof et al., 2007). – Es wurden optimale Cut-off Werte für die Entdeckung von riskantem Konsum, schädlichem Konsum und Abhängigkeit auf Einzelitem-Basis ermittelt. Bei den drei Items des AUDIT-C waren dies:

- 1) Alkoholkonsum häufiger als einmal pro Woche.
- 2) Konsum von mehr als 2 Getränken pro typischem Trinktag.
- 3) Einmal im Monat oder öfter mehr als 6 Getränke bei einer Gelegenheit.

Auf Basis dieser Dichotomisierung wurde als weiteres, kurzes Screeninginstrument der BASIC entwickelt (Bischof et al., 2007; s.u.).

## Weitere Screeningverfahren zur Entdeckung alkoholbezogener Störungen (Bischof et al., 2007)

Neben dem AUDIT existiert eine Vielzahl weiterer Fragebögen zum Screening auf alkoholbezogene Störungen. Beispielsweise werden von Pilowsky und Wu (2012) in ihrem Überblicksartikel mit Fokus auf dem hausärztlichen Bereich hauptsächlich der AUDIT und der CAGE (Mayfield, McLeod & Hall, 1974) thematisiert. Darüber hinaus werden der Fast Alcohol Screening Test, der aus 4 Items des AUDIT besteht (FAST; Hodgson et al., 2003) und der Paddington Alcohol Test (PAT; Patton et al., 2004) für den Einsatz in der Notfallmedizin aufgeführt, welche eher im angelsächsischen Raum verbreitet zu sein scheinen. Beim PAT folgen beispielsweise bei Bejahung der Frage, ob Alkohol konsumiert wird, drei follow-up-Fragen, die die Häufigkeit und Intensität von Rauschtrinken eruieren.

Weitere in Deutschland verbreitete Fragebögen sind der MALT (Feuerlein et al., 1999, 1977), MAST (Selzer, 1971; Selzer, Vinokur & Rooijen, 1975; hier gibt es auch eine Kurzversion für Ältere, den SMAST-G; Blow et al., 1998) oder der LAST (Rumpf et al., 1997; Rumpf, Hapke & John, 2001).

Ferner entwickelte die Forschergruppe von Bischof und Kollegen (2007) mit dem Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC) ein kurzes Screeninginstrument mit dichotomen Antwortmöglichkeiten, das auf Fragen aus dem AUDIT-C und LAST basiert. Daraus entnommen sind die ersten beiden vorgeschlagenen Screeningfragen dieser Empfehlungen (entsprechen den ersten beiden AUDIT-C-Fragen, s.o.).

Da bislang systematische Vergleiche verschiedener Kurzfragebögen zum Thema Alkoholkonsum fehlen, ist von der Cochrane Drugs and Alcohol Group ein entsprechendes Review geplant. Es liegt derzeit lediglich ein Protokoll mit dem Titel "Brief alcohol questionnaires for identifying hazardous, harmful and dependent alcohol use in primary care" vor (Smith, Foxcroft, et al., 2010). Ziel des Reviews ist es, die diagnostische Genauigkeit verschiedener Kurzfragebögen (mit einer Länge von bis zu 13 Items; hierunter auch der AUDIT und AUDIT-C) im Hinblick auf die Identifizierung von riskantem und schädlichem Alkoholkonsum sowie Alkoholabhängigkeit im primärärztlichen Setting miteinander zu vergleichen.

Als Ultrakurzscreening für den hausärztlichen Bereich wird im angelsächsischen Raum, bspw. im Leitfaden des U.S. Department of Health and Human Services (2005) die sogenannte *single alcohol screening question* (SASQ) empfohlen, bei der nach der Häufigkeit des Rauschtrinkens im letzten Jahr gefragt wird (ein Wert größer 1 gilt als auffällig). Als Begründung wird aufgeführt, dass fast alle Personen mit alkoholbezogenen Störungen von Episoden des Rauschtrinkens berichten. In einer Validierungsstudie wurden der SASQ eine gute Sensitivität und Spezifität bescheinigt (Smith et al., 2009).

## Screeningverfahren zur Entdeckung substanzbezogener Störungen durch Medikamente oder Drogen

Zum Screening auf **medikamentenbezogene Störungen** scheint es aktuell nicht viele validierte Instrumente zu geben. Für den von der DHS herausgegebenen und im Rahmen des Projekts „Motivierende Intervention bei Medikamentenabhängigkeit im Krankenhaus“ erstellten Leitfaden zu Kurzinterventionen bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, ohne Jahresangabe) wird die *Severity of Dependence Scale* (SDS; Gossop et al., 1995) genutzt. Diese Skala wurde ursprünglich zum Screening auf Abhängigkeit von verschiedenen Drogenarten entwickelt und kann entsprechend nicht nur zum Screening auf Medikamentenabhängigkeit verwendet werden. Hierbei ist jedoch darauf zu achten, dass je nach Substanz unterschiedliche Cut-off-Werte anzusetzen sind (Kaye & Darke, 2002; Steiner, Baumeister & Kraus, 2008; Topp & Mattick, 1997; Zahradnik et al., 2009; vgl. auch Langfassung der Praxisempfehlungen, S. 56).

Darüber hinaus ist in Deutschland auch ein von Watzl und Kollegen (1991) entwickelter Screening-Fragebogen zur Identifikation einer möglichen Medikamentenabhängigkeit im Einsatz: Der Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch. Er wird mithilfe der Akronyme KFM oder KMM abgekürzt und ist bspw. bei Elsesser und Sartory (2001) abgedruckt; Informationen zu Cut-Offs finden sich bspw. bei Fach und Kollegen (2007).

Zum Screening auf den Gebrauch, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Drogen wird im auf den **hausärztlichen Bereich** bezogenen Überblicksartikel von Pilowsky und Wu (2012) auf drei Screeningverfahren hingewiesen:

- 1) Die single-item drug screening question von Smith und Kollegen (Smith, Schmidt, et al., 2010; "How many times in the past year have you used an illegal drug or used a prescription medication for nonmedical reasons?").
- 2) Der "Two-Item Conjoint Screen" von Brown und Kollegen (2001) der auf dem Abfragen der DSM-IV Kriterien "Konsum größerer Substanzmengen als beabsichtigt" und „Unfähigkeit den Konsum einzuschränken“ beruht ("*In the last year, have you ever drunk or used drugs more than you meant to?*" und "*Have you felt you wanted or needed to cut down on your drinking or drug use in the last year?*").
- 3) Als Fragebogen wird der Drug Abuse Screening Test (DAST; Skinner, 1982) aufgeführt.

## Angehörige suchtkranker Personen

In Bezug auf Screeningmaßnahmen werden für Angehörige suchtkranker Personen werden in den vorliegenden Praxisempfehlungen keine detaillierten Empfehlungen gemacht, da sich bei der Anwenderbefragung und auch in den Expertendiskussionen herausgestellt hat, dass ein explizites Screening nach Suchterkrankungen im sozialen Umfeld zum einen den Rahmen dieser Empfehlungen sprengen würde und zum anderen durch die allgemeine Frage nach psychosozialen Belastungen abgedeckt wird. Empfehlung Nr. 12 enthält daher folgenden Hinweis: „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.“

An dieser Stelle sei auf einige Literaturquellen zur Situation Angehörigen Suchtkranker verwiesen:

Die Untersuchung des Einflusses einer Suchterkrankung auf Angehörige und Bezugspersonen stellt einen bisher noch vernachlässigten Forschungsbereich dar (Casswell, You & Huckle, 2011; Copello, Templeton & Powell, 2010). Es gibt Hinweise darauf, dass Angehörige und Bezugspersonen suchtkranker Personen selbst ein höheres Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen haben (Casswell et al., 2011; Livingston, Wilkinson & Laslett, 2010; Orford et al., 2013; Ray, Mertens & Weisner, 2009; Weisner et al., 2010).

Bislang mangelt es an Routinedaten zu Angehörigen suchtkranker Personen. Es kann jedoch von mindestens einer, eher sogar von zwei und mehr betroffenen Personen pro suchtkranker Person ausgegangen werden, sodass weltweit viele Millionen Menschen betroffen sein müssten (siehe z. B. Copello et al., 2000; Copello, Templeton & Powell, 2010). In Großbritannien wird allein die Zahl der Angehörigen von Drogenabhängigen auf 1,5 Millionen geschätzt (Copello, Templeton & Powell, 2010), während eine repräsentative Befragung in Neuseeland ergab, dass 29 % der Teilnehmer/-innen im letzten Jahr Kontakt mit einer Person mit problematischem Alkoholkonsum (heavy drinker) hatten und davon wiederum ein Viertel im selben Haushalt mit dieser Person lebte (Casswell et al., 2011).

Die direkten Auswirkungen einer Suchterkrankung auf die Angehörigen können vielfältige Formen annehmen: So wird unter anderem beschrieben, dass Angehörige suchtkranker Personen häufig mit verschiedenen Verhaltensänderungen wie Isolation, Stimmungsschwankungen oder physischer Gewalt konfrontiert sind. Darüber hinaus seien finanzielle Probleme und Konflikte über Geld und Besitztümer, Unzuverlässigkeit der suchtkranken Person und damit einhergehend ein Gefühl der Unsicherheit sowie Sorgen seitens der Angehörigen ein Thema (siehe z. B. Orford, Velleman, et al., 2010).

Während Angehörige suchtkranker Personen zunächst pathologisiert wurden bzw. eine Defizit-orientierte Sicht auf deren Beziehungsmuster (Co-Abhängigkeit) herrschte, findet neuerdings eine Distanzierung von solchen Pathologisierungen statt (z. B. DHS 2013; Hurcom, Copello & Orford, 2000). Beispielsweise versteht sich das neuere *stress-strain-coping-support model* explizit als nicht-pathologisierendes Modell (für einen Überblick siehe auch Hurcom et al., 2000). Es geht davon aus, dass die Suchterkrankung eines Familienangehörigen eine starke Belastung (und mitunter ein gesundheitliches Risiko) für die Angehörigen darstellt, die wiederum in verschiedenen Bewältigungsstrategien resultieren kann (Orford, Copello, et al., 2010).

## Angebote für Angehörige suchtkranker Personen

Auch in Bezug auf Interventionsmaßnahmen werden für Angehörige suchtkranker Personen in den vorliegenden Praxisempfehlungen keine detaillierten Empfehlungen gemacht, da sich bei der Anwenderbefragung und auch in den Expertendiskussionen herausgestellt hat, dass dies den Rahmen dieser Empfehlungen sprengen würde.

Allerdings sei an dieser Stelle auf einige Literaturquellen zu Interventionen für Angehörige Suchtkranker verwiesen:

Es wird ein Mangel an eigenständigen Hilfsangeboten für Angehörige attestiert und vermehrte Bemühungen hinsichtlich der Entwicklung entsprechender individuell auf die Bedürfnisse Angehöriger abgestimmter Angebote gefordert (vgl. DHS 2013; Orford et al., 2013; Ruckstuhl, 2014). Orford und Kollegen (2013) unterscheiden zwischen drei Arten der Einbeziehung von Angehörigen: Erstens die Einbeziehung als Begleitpersonen der betroffenen Suchtkranken in deren Behandlung, zweitens die Einbeziehung als unterstützende Personen, welche die betroffenen Suchtkranken zur Teilnahme an der Behandlung ermutigen und schließlich drittens die Einbeziehung als eigenständige Zielgruppe. Diese unterschiedliche Schwerpunktsetzung bei den Hilfsangeboten hat sich aus der unterschiedlichen Sichtweise auf Angehörige entwickelt (von einem pathologisierenden hin zu einem nicht-pathologisierenden Fokus, s.o.). Auch Templeton und Kollegen (2010) kommen in ihrem narrativen Review zu einer ähnlichen Unterteilung der Hilfsangebote: Sie unterscheiden zwischen Angeboten, an denen Angehörige zusammen mit dem/der Suchtkranken teilnehmen sowie Angeboten, die sich ausschließlich an die Angehörigen richten. Sie kommen zu dem Schluss, dass beide Formen von Hilfsangeboten positive Effekte zeigen, aber noch mehr Forschung in diesem Themenfeld nötig ist.

Möglicher Inhalt eines solchen eigenständigen Angebots, kann die Exploration der individuellen Bewältigungsstrategien der Angehörigen sein (entsprechend dem bereits genannten *stress-strain-coping-support model*, s.o.). Ein derartiges Konzept wurde beispielsweise von der Arbeitsgruppe um Orford in Großbritannien entwickelt und evaluiert (Copello, Templeton, Orford, et al., 2010a, 2010b). Das Konzept wird von den Autoren als *5-step-method* bezeichnet und kann als Kurzintervention aufgefasst werden (vgl. Hintergrundkasten zum Kapitel „Kurzinterventionen“). Die fünf Schritte können wie folgt zusammengefasst werden: 1) Erkundung von Problem- und Belastungsbereichen durch aktives Zuhören, 2) Vermittlung relevanter Informationen / Psychoedukation, 3) Erkundung der Bewältigungsstrategien (inkl. Diskussion der Vor- und Nachteile), 4) Exploration der sozialen Unterstützung und 5) Exploration weiterer Bedürfnisse und Vermittlung weiterer Unterstützung (eine detailliertere Beschreibung der Methode findet sich bspw. bei Copello, Templeton, Orford, et al., 2010a; sowie zusammengefasst bei Ruckstuhl, 2014).

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

### Klinische Zeichen für eine suchtmittelbezogene Problematik

Bei den klinischen Zeichen für eine suchtmittelbezogene Problematik kann man zwischen direkten und indirekten Zeichen unterscheiden (vgl. auch Hesse & Schwantes, 2006; [www.alkohol-leitlinie.de](http://www.alkohol-leitlinie.de) Ruf et al., 2007): Mit direkten Zeichen sind direkte Anzeichen einer Intoxikation gemeint. Sie deuten mit hoher Sicherheit auf einen problematischen Konsum hin; indirekte Zeichen können, müssen aber nicht zwingend ein Hinweis auf eine Problematik sein.

Einige sehr spezifische indirekte Zeichen für einen problematischen Benzodiazepinkonsum finden sich bei (Schmidt et al., 2006; Kapitel 7), insbesondere die Trias aus affektiver Indifferenz, kognitiv-mnestischen Defiziten und körperlicher Schwäche wird als typischer Hinweis auf einen schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen aufgeführt (siehe auch Bühren et al., 2007).

### Folge- und Begleiterkrankungen alkoholbedingter Störungen

Zu den Folge- und Begleiterkrankungen alkoholbedingter Störungen gehören Erkrankungen des Verdauungstrakts, der Leber und Bauchspeicheldrüse (inklusive einiger Krebserkrankungen dieser Organe), endokrinologische Störungen, Porphyrien, Störungen der Erythro-, Leuko- und Thrombozytopoese, kardiologische Erkrankungen, arterieller Hypertonus sowie neurologische Folgeerkrankungen wie Demenz (vgl. Seitz et al., 2013).

Zu den häufigen psychischen Komorbiditäten, welche auch in der aktuellen S3-Leitlinie Beachtung finden, zählen Schizophrenie, Depression, Bipolare Störungen, Angststörungen, PTBS, ADHS.

Bei Diabetes mellitus besteht zudem ein erhöhtes Hypoglykämierisiko durch Alkoholkonsum (Kulzer et al., 2013; Seitz et al., 2013).

Neben den genannten chronischen Erkrankungen kann auch eine Häufung von Unfällen ein Hinweis für eine Alkoholproblematik sein (Taylor et al., 2003).

Darüber hinaus sollte bei der Einnahme bestimmter Medikamente (z. B. Schmerzmittel, Psychopharmaka) auf Alkoholkonsum verzichtet werden.



### **mögliche Folgen eines schädlichen/abhängigen Medikamentenkonsums**

Je nach eingenommenem Wirkstoff sind verschiedene Folgen möglich. Zu den häufigsten Folgen gehören eine psychomotorische Agitiertheit, Magen-Darm-Beschwerden, körperliche Energielosigkeit bzw. Muskelschwäche mit damit einhergehendem Sturzrisiko, Schlafstörungen, Schwitzen, kardiologische Symptome wie Arrhythmien, Kopfschmerzen, kognitiv-mnestische Defizite, affektive Symptome wie Stimmungsschwankungen, affektive Indifferenz, depressive oder ängstliche Stimmungslage, Organschäden (z. B. der Leber, Niere oder des Urogenitalsystems) sowie psychotische Symptome (für einen detaillierteren Überblick s. (Glaeske & Holzbach, 2013).

### **mögliche Folge- und Begleiterkrankungen beim Konsum illegaler Drogen**

Zu den häufigsten komorbiden somatischen Störungen bei Drogenkonsumenten zählen Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitiden, HIV) aufgrund des Gebrauchs unsteriler Applikationsinstrumente. Ebenso kommt es bei der Injektion von Drogen zu Abszessen, Thrombosen und Gefäßverletzungen.

Darüber hinaus liegen bei Drogenkonsumenten häufig auch komorbide psychische Störungen vor, z. B. affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Symptome (vgl. Behrendt, Backmund & Reimer, 2013).

### S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"

(AWMF 2015)

#### Empfehlung 2.1.2.7

Wenn chronischer Alkoholkonsum nachgewiesen werden soll, soll eine geeignete Kombination von indirekten Zustandsmarkern (z. B. GGT & MCV & CDT, Antilla Index, Alc Index) zur Erhöhung der Sensitivität und Spezifität in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a; Sondervotum der DEGAM

#### Empfehlung 2.1.3.8

Wenn ein Screening auf chronischen Alkoholkonsum erfolgt, sollte der AUDIT und eine geeignete Kombination von indirekten Zustandsmarkern eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b

#### Abschnitt 2.1.4.7 Darstellung der Evidenz - Kombination indirekter Zustandsmarker zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum

Es wird eine Vielzahl von indirekten Zustandsmarkern zum Nachweis eines chronischen Alkoholkonsums aufgeführt: GGT, ALAT, ASAT, MCV und CDT.

Dazu werden Hintergrundinformationen zu den einzelnen Markern, insbesondere ihrer Sensitivität und Spezifität und den damit verbundenen Grenzen ihrer Einsetzbarkeit zum Nachweis eines chronischen Alkoholkonsums berichtet:

„Um die z.T. nur ausreichende Sensitivität und Spezifität einzelner Marker zum Screening und Monitoring chronischen Alkoholkonsums weiter zu verbessern und den Einfluss von moderierenden Faktoren zu reduzieren, wurden die wichtigsten Biomarker in verschiedenen Untersuchungen in unterschiedlichen Kombinationen untersucht. Die am besten untersuchten Kombinationen umfassen die Biomarker CDT,  $\gamma$ -GT und MCV.“ (S. 25)

Darüber hinaus werden verschiedene Kombinationsmaße wie der de-Ritis-Quotient (ASAT/ALAT), der Anttila Index (AI;  $AI = 0.8 \ln(GGT) + 1.3 \ln(\%CDT)$ ) und der Alc-Index berichtet.

### **Gressner & Arndt (2013), Halwachs-Baumann (2011)**

Bei der Betrachtung der Laborwerte sollte beachtet werden, dass auch nicht durch Substanzkonsum bedingte Erkrankungen zu Auffälligkeiten bezüglich einzelner Parameter führen können. So kann ein isoliert erhöhtes GGT auch durch eine Hyperthyreose, durch Medikamenteneinfluss, Diabetes oder andere Erkrankungen bedingt sein.

Es wird empfohlen bei unerwartet hohen Werten der Leberenzyme GGT, ASAT und ALAT die Labordiagnostik zu wiederholen, da es viele Einflussgrößen und Störfaktoren gibt, die unabhängig von Lebererkrankungen zu pathologischen Werten führen können. Auch ist an nicht alkoholisch bedingte Lebererkrankungen zu denken.

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Diagnose eines schädlichen Alkoholgebrauchs nicht auf Grund von Laborparametern gestellt werden kann, sondern diese nur als Faktoren zu werten sind, die auf ein Problem hinweisen können, aber nicht beweisend für dieses Problem sind. Aus ALAT und ASAT kann der so genannte De-Ritis-Quotient (ASAT/ALAT) gebildet werden. Werte größer zwei weisen auf eine alkoholisch bedingte Lebererkrankung hin.

Ein erhöhtes MCV kann darüber hinaus auch präanalytische Ursachen haben.

### **Schlöffel et al. (in Druck)**

Im Rahmen der routinemäßig durchgeführten Labordiagnostik wird laut Ergebnissen der Einrichtungsbefragung bereits eine Vielzahl indirekter Zustandsmarker erhoben. Die am häufigsten erhobenen Marker sind GGT, ALAT und MCV (in 80 bis 99% der Einrichtungen erhoben). ASAT wird in knapp 80% der Einrichtungen erhoben, während CDT in nur 5% der Einrichtungen routinemäßig erhoben wird. In Bezug auf CDT wurde von einigen Einrichtungen angegeben, dass dieser Marker bei Verdacht auf eine Alkoholproblematik im Rahmen einer erweiterten Labordiagnostik erhoben wird.

## Weiterführende klinische Exploration und Diagnostik

**S3-Leitlinie “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“**  
(AWMF, 2015)

### **Empfehlung 2.1.2.10**

Zur Diagnosestellung von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch sollen validierte Instrumente eingesetzt werden, welche die Kriterien der aktuellen Klassifikationsschemata der International Classification of Diseases (ICD) abbilden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar.

### **Rumpf et al. (2009)**

Eine kurze weiterführende Diagnostik klärt, ob es sich bei dem positiven Screening-Ergebnis um gesundheitsriskanten Konsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit handelt. Dieses ist notwendig, da übliche Frühinterventionsmaßnahmen insbesondere in der Gruppe der riskant Konsumierenden Wirksamkeit zeigen, während bei Personen mit Alkoholabhängigkeit eine verstärkte Einbeziehung des bestehenden Suchthilfesystems notwendig ist.

**BÄK-Leitfaden: Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit** (Bühren et al., 2007)

### ***Fragen zur Abklärung eines Abhängigkeitssyndroms (S. 20f):***

1. Nehmen Sie Medikamente kontinuierlich ein, um Unruhe, Schlaflosigkeit, Angstzustände oder auch Schmerzen zu lindern?
2. Haben Sie das Gefühl, diese Medikamente ständig in Ihrer Griffnähe haben zu müssen?
3. Haben Sie schon einmal die Erfahrung gemacht, dass unangenehme Begleitscheinungen aufgetreten sind, wenn Sie diese Medikamente weggelassen haben?

Folgende ergänzende Fragen können zur Abklärung einer Hochdosis-Abhängigkeit eingesetzt werden:

- a) Haben Sie die Einnahmemenge dieses Medikamentes schon einmal gesteigert, um noch die beabsichtigte Wirkung erzielen zu können?
- b) Ist Ihnen bei der Einnahme des Medikaments schon einmal aufgefallen, dass Ihnen nicht mehr bewusst war, wie viele Sie hiervon an dem Tag bereits konsumiert hatten?
- c) Ist Ihnen schon einmal von anderen Personen in Ihrer Umgebung vorgeworfen worden, Ihrer Arbeit oder Ihren Beziehungen zu Freunden oder Verwandten nicht mehr richtig nachzukommen?
- d) Nehmen Sie das Medikament weiter ein, obwohl Sie eigentlich wissen, dass die Einnahme für Sie schädliche Folgen hat?

Eine positive Beantwortung der Fragen 1.–3. muss als Hinweis auf das Vorliegen einer Niedrigdosisabhängigkeit gewertet werden. Werden zusätzlich auch Fragen aus dem Komplex a) – d) positiv beantwortet, besteht ein Verdacht auf eine Hochdosisabhängigkeit.

Wenn Behandler und Patient Klarheit darüber gewonnen haben, dass ein problematischer Medikamentenkonsum vorliegt und wenn seitens des Patienten eine Änderungsbereitschaft besteht, sollte laut BÄK-Leitfaden eine exakte Medikamentenanamnese durchgeführt werden, um ein genaueres Bild über Ausmaß und Qualität des schädlichen Gebrauchs oder der bereits bestehenden Abhängigkeit zu gewinnen.

## Erweiterte Labordiagnostik

### Stellenwert von Labormarkern

Es wird empfohlen bei unerwartet hohen Werten der Leberenzyme  $\gamma$ GT, ASAT und ALAT die Labordiagnostik zu wiederholen, da es viele Einflussgrößen und Störfaktoren gibt, die unabhängig von Lebererkrankungen zu pathologischen Werten führen können. Auch ist an nicht alkoholisch bedingte Lebererkrankungen zu denken (Halwachs-Baumann, 2011).

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Diagnose eines schädlichen Alkoholgebrauchs nicht aufgrund von Laborparametern gestellt werden kann, sondern diese nur als Faktoren zu werten sind, die auf ein Problem hinweisen können, aber nicht beweisend für dieses Problem sind (Bertholet et al., 2014; Halwachs-Baumann, 2011). Entsprechend ist der zusätzliche Nutzen von Laborparametern gegenüber Selbstauskünften eher begrenzt (Bertholet et al., 2014; Large et al., 2012). Dies gilt für CDT, welches als spezifischster Biomarker für übermäßigen Alkoholkonsum gilt (siehe z. B. Bertholet et al., 2014), aber auch für weitere Biomarker. So kam eine Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen Selbstauskünften und Laborwerten in allgemeinen psychiatrischen Settings (Large et al., 2012) zu dem Ergebnis, dass ein allgemeines Screening auf eine Reihe von Substanzen potentiell zur Entdeckung eines problematischen Gebrauchs führen kann, den der Patient nicht selbst berichtet hätte. Das Testen auf eine ganz bestimmte Substanz hin, bringt jener Metaanalyse zufolge jedoch keinen Vorteil gegenüber der Selbstauskunft. Für das Setting der Notaufnahme kommen Vitale und Kollegen (2006) zu einer ähnlichen Einschätzung. Auch Glintborg und Kollegen (2008) kommen zu dem Schluss, dass sein toxikologisches Screening (hier: auf Medikamentengebrauch) nicht grundsätzlich notwendig ist, sondern in individuellen Fällen zurate gezogen werden sollte.

Sofern man sich für ein toxikologisches Screening entscheidet, so wird angenommen, dass die Sensitivität eines toxikologischen Assays umso höher ist, je früher nach der vermuteten Intoxikation die Probe genommen wird (Large et al., 2012).

Neben CDT als Biomarker für chronischen Alkoholkonsum (AWMF, 2015; Bertholet et al., 2014) gehören Amylase und Lipase zu den wichtigen Markern bei der Diagnose von Bauchspeicheldrüsenerkrankungen (Yadav, Agarwal & Pitchumoni, 2002).

Für einen Überblick über detektierbare Substanzen im Blut im Rahmen eines Drogenscreenings sei auf [www.laborlexikon.de](http://www.laborlexikon.de) verwiesen.

### Schlöffel et al. (in Vorbereitung)

Im Rahmen der routinemäßig durchgeführten Labordiagnostik wird laut Ergebnissen der Einrichtungsbefragung in Bezug auf CDT von einigen Einrichtungen angegeben, dass dieser Marker bei Verdacht auf eine Alkoholproblematik im Rahmen einer erweiterten Labordiagnostik erhoben wird.

## **S3-Leitlinie “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“**

(AWMF, 2015)

### **Kombination indirekter Zustandsmarker zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum (S. 29):**

CDT und GGT stellen eine der am häufigsten untersuchten Kombinationen von Alkoholmarkern dar. Beispielsweise kann hieraus mithilfe der folgenden Formel der so genannte Antilla-Index (AI; siehe auch Anttila et al., 2003) berechnet werden:

$$AI=0.8 \ln(\gamma GT )+1.3 \ln(\%CDT )$$

CDT wie auch der Antilla-Index werden in der S3-Leitlinie empfohlen (**Empfehlung 2.1.2.7**; siehe Hintergrundkasten zum Kapitel „Labordiagnostik“).

### **Akuter Alkoholkonsum:**

#### **Empfehlung 2.1.2.5**

Zum Nachweis von akutem Alkoholkonsum sollen Zustandsmarker (EtOH in der Atemluft und im Blut, EtG und EtS im Urin) in verschiedenen Kontexten (Hautarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden. Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b

## Differentialdiagnose weiterer psychischer Komorbidität

**S3-Leitlinie “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“**  
(AWMF, 2015)

### **Kapitel 3 – Komorbide psychische Störungen (bei Alkoholabhängigkeit)**

In der Leitlinie werden folgende Störungsbilder als wichtige psychische Komorbiditäten genannt: Schizophrenie, Depression, Bipolare Störung, Angststörungen, PTBS, ADHS.

Als komorbide substanzgebundene Störung wird außerdem die Tabakabhängigkeit genannt.

### **Chronischer Schmerz und Medikamentenabhängigkeit**

Patienten mit chronischen Schmerzen haben ein höheres Risiko für verschiedene komorbide Auffälligkeiten, unter anderem für substanzbezogene Störungen (Gourlay, Heit & Almahrezi, 2005; Krashin, Murinova & Ballantyne, 2012). Entsprechend wird die Thematik der substanzbezogenen Störungen in Leitlinien zum Management chronischer Schmerzen aufgegriffen (z. B. AWMF, 2014; Chou et al., 2009), indem beispielsweise empfohlen wird, auf sogenannte abweichende medikamentenbezogene Verhaltensweisen (wie z. B. häufige Verluste von Rezepten, „Doctor Shopping“ u.a.) zu achten. Gourlay und Kollegen (2005) vertreten die Auffassung, dass vorsorglich alle Patienten mit chronischen Schmerzen als Hochrisikogruppe für eine substanzbezogene Störung angesehen werden sollten und ein entsprechendes Screening und Monitoring dieser Patienten stattfinden sollte.



# Grundsätzliche Zielsetzungen im Rahmen der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation

## Möglichkeiten und Grenzen der nicht auf Sucht spezialisierten Rehabilitation

Die somatische und psychosomatische Rehabilitation stellt nur einen kleinen Ausschnitt der Interventionskette dar.

Im Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung (Rumpf et al., 2009) wird argumentiert, dass bei einem Krankenhausaufenthalt von einer erhöhten Beratungsbereitschaft auszugehen ist, was eine motivational günstige Ausgangsposition zu einer Änderung des Trinkverhaltens schafft. Möglicherweise ist dies auch auf das Rehabilitationssetting übertragbar.

Bereits in einer frühen Initiative zur Formulierung von Lösungsstrategien für den Umgang mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen in allgemeinen Rehakliniken vor knapp 20 Jahren vertrat Schulte (Schulte, 1995) die Auffassung, dass das Ziel einer Auseinandersetzung mit einer Suchtproblematik in einer allgemeinen Rehabilitationseinrichtung sein sollte, die Patienten durch Aufklärung, Verringerung von Widerständen und ein empathisches Vorgehen für weitere Maßnahmen zu motivieren.

## Therapieziele

### S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"

#### Empfehlung 4.8.1.10.2 - Diagnostik durch den Hausarzt

Wenn der Hausarzt erstmals Hinweise auf eine alkoholbezogene Störung feststellt (u. a. mittels AUDIT-C), sollen eine weiterführende Diagnostik erfolgen und Maßnahmen zur Abstinenz oder zur Trinkmengenreduktion unter engmaschigen Kontakten angeboten werden. Zugleich soll über weiterführende Angebote informiert und diese ggf. vermittelt werden.

Empfehlungsgrad: KKP

- ⇒ Engmaschige Kontakte sind durch den Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung gegeben. Im Fall einer nur schwach ausgeprägten Problematik (riskanter Konsum oder schädlicher Gebrauch) kann diese Empfehlung u.U. auch auf das Rehabilitationssetting übertragen werden.

## **Individualität der Therapieziele: Alkoholabstinenz vs. Trinkmengenreduktion**

### **Prinzip „harm reduction“ und hierarchische Therapieziele**

Das Prinzip der Schadensminderung (für einen Überblick siehe z. B. (Marlatt & Witkiewitz, 2010) wird als humanistischer und kooperativer Ansatz beschrieben, der die Patienten dort abholt, wo sie aktuell stehen und jenseits der Dichotomie zwischen Abstinenz und fehlender Abstinenz auch Zwischenziele zulässt. Dem Primat folgend, schädliche Folgen möglichst zu reduzieren, sind hierarchische Therapieziele denkbar: Als oberstes Ziel kann eine Heilung der Störung angesehen werden (abstinente Lebensführung in Zufriedenheit). Ist dies nicht möglich, sollte eine Symptommilderung bzw. Reduzierung von Folgeschäden angestrebt werden, z. B. über die Verlängerung konsumfreier Perioden, Reduzierung des (Bei-)Konsums, Reduzierung riskanter Konsummuster. In besonders schweren oder akuten Fällen gelten zuallererst die Ziele der gesundheitlichen Stabilisierung und der Überlebenssicherung des Patienten (vgl. Reimer, Cimander & Reimer, 2014; Tretter, 2008).

### **S3-Leitlinie “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (AWMF, 2015)**

#### **Empfehlung 3.2.3.9 – Körperliche Entgiftung: Risiken bei Nichtbehandlung**

Alkoholabhängige, die sich keinem Alkoholentzug unterziehen wollen, sollten informiert werden über

1. Risiken der nicht überwachten plötzlichen Trinkmengenreduktion oder eines Trinkstopps, wie z.B. Entzugskomplikationen und deren Behandlungsmöglichkeiten.
2. alternative Hilfeangebote

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

#### **Abschnitt 3.2.5.2 Körperliche Entgiftung - Hintergrund der Evidenz - Behandlungskomponenten, Behandlungssetting, Behandlungsdauer**

Eine Trinkmengenreduktion kann ein Zwischenschritt zur Abstinenz sein.

## Kurzinterventionen

### S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" (AWMF, 2015)

#### **Empfehlung 3.1.3.1 - Allgemeine Wirksamkeit von Kurzinterventionen**

Kurzinterventionen sind wirksam zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum und sollen flächendeckend umgesetzt werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

#### **Empfehlung 3.1.3.2 - Riskanter Konsum**

Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums ist für riskant Alkohol Konsumierende am deutlichsten nachgewiesen. Daher sollen Kurzinterventionen bei dieser Gruppe angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

#### **Empfehlung 3.1.3.3 - Rauschtrinken**

Kurzintervention kann zu einer Reduktion von Rauschtrinken führen. Daher sollten entsprechende Interventionen für Rauschtrinker angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B, LoE: 1a

#### **Empfehlung 3.1.3.4 - Abhängigkeit**

Befunde hinsichtlich der Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Hinblick auf die Reduzierung des Alkoholkonsums bei Abhängigen sind widersprüchlich und nicht sicher durch die Literatur belegt. Kurzinterventionen können Alkoholabhängigen angeboten werden.

Empfehlungsgrad: O; LoE: 1a

#### **Empfehlung 3.1.3.5 - Geschlecht**

Die Wirksamkeitsbelege für Kurzinterventionen unterscheiden sich nicht zwischen Männern und Frauen. Sie sollen daher unabhängig vom Geschlecht angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

#### **Empfehlung 3.1.3.6 - Ältere Menschen**

Kurzinterventionen sollen auch bei älteren Menschen (im Alter von über 65 Jahren) mit Alkoholproblemen angeboten werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

### **Empfehlung 3.1.3.7 - Komorbidität**

Es liegen wenige Studien vor, in denen aber insgesamt eher eine Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei komorbiden Störungen angenommen wird. Kurzinterventionen können auch Patienten mit komorbiden Störungen angeboten werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

### **Empfehlung 3.1.3.8 - Primärmedizinische Versorgung**

In der primärmedizinischen Versorgung sollen Kurzinterventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

### **Empfehlung 3.1.3.10 - Fehlende Wirksamkeit**

Evidenz für fehlende Wirkung einzelner Kurzinterventionsformen ist nicht belegt. Die weit- aus überwiegende Zahl der Studien weist Wirksamkeit aus, so dass der Einsatz der üblichen Formen von Kurzinterventionen empfohlen werden kann. Fehlende Wirksamkeit in einzelnen Subgruppen oder einzelnen Settings werden jeweils dort beschrieben.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

### **Empfehlung 3.1.3.11 - Unerwünschte Wirkung**

Kurzintervention zur Reduktion des Alkoholkonsums zeigt keine unerwünschten Wirkungen. Sie kann umgesetzt werden

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

- ⇒ Die S3-Leitlinie beruft sich hierbei auf Empfehlungen aus Quelleitlinien und führt hierzu Evidenz aus 4 Cochrane-Reviews an (s.u.).

## **Cochrane Reviews (meist mit Fokus auf Alkohol):**

**Dinh-Zarr et al. (2004)**

### **Unfälle, Verletzungen & Mortalität nach alkoholbezogenen Interventionen jeglicher Art**

Es gibt Hinweise dafür, dass Interventionen, die auf problematischem Alkoholkonsum abzielen, im Hinblick auf Unfälle und Verletzungen präventiv wirksam sein könnten. Die Evidenzlage ist jedoch aufgrund von methodischen Unzulänglichkeiten der Studien sehr schwach. Die Autoren berichten, dass der mögliche Nutzen von alkoholbezogenen Interventionen im Hinblick auf das Verletzungsrisiko nicht notwendigerweise in einer Trinkmengenreduktion begründet ist.

In diesem Review wurden nicht explizit Kurzinterventionen untersucht, sondern Studien mit jeglichen Arten von alkoholbezogenen Interventionen eingeschlossen, darunter stellten Kurzberatungen (brief counseling counselling?) jedoch die am häufigsten untersuchte Interventionsform dar. Aufgrund der hohen Heterogenität der eingeschlossenen Studien handelt es sich um ein rein narratives Review.

**Kaner et al. (2007)**

### **Kurzinterventionen in der primärärztlichen Versorgung (Substanz: Alkohol)**

Kurzinterventionen in der primärärztlichen Versorgung sind wirksam. Insbesondere führen sie zu einer Reduzierung des Alkoholkonsums um 38g (robuste Ergebnisse, sowohl in sogenannten efficacy-oriented studies als auch in effectiveness-oriented studies).

Längere Behandlungsexposition hat wenig zusätzlichen Nutzen. Kurzinterventionen sind vor allem bei Männern wirksam (wobei die überwiegende Mehrheit der Studien männliche Probanden untersucht hat).

Weitere untersuchte Outcomes waren Trinkhäufigkeit und -intensität, Labormarker und der Anteil an Rauschtrinkern. Hierzu lagen allerdings nur wenige Daten vor (geringe Power).

Demnach führten KIs zu einer Abnahme des Anteils von Rauschtrinkern. In Bezug auf Trinkhäufigkeit und -intensität werden nicht signifikante Trends in Richtung einer Wirksamkeit von KIs berichtet. In Bezug auf Labormarker werden keine signifikanten Unterschiede berichtet. Es wird diskutiert, dass allein ein Screening wirksam sein kann.

## **McQueen et al. (2011)**

### **Kurzinterventionen in der stationären Versorgung (Substanz: Alkohol)**

Kurzinterventionen in der stationären Versorgung sind wirksam. Auch hier wird eine Wirksamkeit bezüglich der Trinkmengenreduktion berichtet, vor allem kurz- und mittelfristig (nach 6 und 9 Monaten, nicht nach 12 Monaten). Der Großteil der Probanden in den eingeschlossenen Studien war männlich, gleichwohl ist die Evidenz aus denjenigen Studien, in denen ausschließlich Männer untersucht wurden etwas schwächer.

Signifikante Effekte werden auch in Bezug auf Selbstaussagen per Fragebogenerhebung sowie auf die Anzahl der Todesfälle berichtet.

In Bezug auf weitere Outcomes (Anzahl von Episoden des Rauschtrinkens, Laborparameter, Verkehrsdelikte, Krankenhaustage und Besuche in der Notaufnahme) werden keine signifikanten oder uneinheitlichen Ergebnisse berichtet.

Labormarker werden in Bezug auf KIs als nicht sensitiv genug erachtet. Es wird diskutiert, dass ein Screening allein, ebenso wie andere Maßnahmen aus den Kontrollgruppen (z. B. das Austeilen einer Broschüre) bereits wirksam sein könnten.

## **Moreira et al. (2009)**

### **“Social norms interventions” zur Reduktion von Alkoholmissbrauch bei Studenten**

“Social norms interventions” beinhalten z. B. ein individuelles normatives Feedback über das eigene Trinkverhalten und die Gruppennorm. Ziel: Falsche Vorstellungen über Trinknormen korrigieren.

(→ Kann als Kurzinterventionen aufgefasst werden)

Web- oder computerbasierte Interventionen sowie Face-to-Face Interventionen scheinen kurzfristig wirksam in Bezug auf eine Reduzierung von Alkoholmissbrauch zu sein.

## **Smedslund et al. (2011)**

### **Motivational Interviewing (MI) für Substanzmissbrauch**

MI ist wirksam im Vergleich zu keiner Intervention. Aber auch andere Interventionen, wie bloßes Screening, Feedback und treatment as usual können gleich wirksam sein.

Die Evidenz ist meist von geringer Qualität, verstärkte Forschungsbemühungen werden gefordert.

→ MI stellt eine mögliche Ausgestaltung von Kurzinterventionen dar.

## **Darker et al. (2012)**

### **Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence (Protocol)**

Hierbei handelt es sich um ein im Planungstadium befindliches Cochrane Review. Es ist vorgesehen, auch Studien zu Kurzinterventionen und Motivational Interviewing einzuschließen.

## **weitere ausgewählte Reviews**

### **O'Donnel et al. (2014)**

#### **“The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews”**

Kurzinterventionen in der primärärztlichen Versorgung sind wirksam, es gibt jedoch noch Wissenslücken hinsichtlich der Wirksamkeit bei bestimmten Populationen wie z. B. Schwangeren, älteren Menschen, Jugendlichen und ethnischen Minderheiten. Auch gibt es wenig Evidenz dazu, welche Länge, Häufigkeit und Inhalte von Kurzinterventionen optimal für eine langfristige Wirksamkeit wären.

So gibt es zwar einerseits Hinweise, dass so genannte „brief multi-contact interventions“ wirksamer sind, andererseits wurde einer längeren Behandlungsexposition aber auch kein zusätzlicher Nutzen attestiert.

Die Autoren schlussfolgern: „Short and simple is still effective.“

## **Mdege & Watson (2013)**

#### **“Predictors of study setting (primary care vs. hospital setting) among studies of the effectiveness of brief interventions among heavy alcohol users: A systematic review”**

Folgende Fragestellung wurde untersucht: Worin genau unterscheiden sich primärärztliche Settings und Krankenhaussettings?

Methode: Regressionsanalysen

Ergebnis:

- weniger Sitzungen im Krankenhaus (KH)
- weniger Ausschluss von Hochkonsumenten und Abhängigen im KH
- mehr Männer im KH

### **Mdege et al. (2013)**

#### **„Interventions for reducing alcohol consumption among general hospital inpatient heavy alcohol users: A systematic review“**

Narrative Synthese, Fokus auf den aktiven Komponenten der KIs → andere Gruppierung als bei McQueen et al. (2011), andere Einschlusskriterien (etwas weiter).

Vergleich verschiedener Formen von KIs mit treatment-as-usual (TAU)/keiner Intervention und auch untereinander (Bsp. für verschiedene Formen: unterschiedliche Anzahl von Sessions, z. B. Einzelsitzung, 2 bis 3 Sitzungen, 4 oder mehr Sitzungen, Selbsthilfebroschüren).

KIs mit nur einer Sitzung aber auch die reine Ausgabe von Selbsthilfebroschüren scheinen gegenüber TAU/keiner Intervention nicht überlegen zu sein.

KIs mit mehr als einer Sitzung scheinen wirksam gegenüber keiner Intervention oder TAU zu sein.

Aus Vergleichen zwischen verschiedenen Formen von KIs kann kein Rückschluss auf die Überlegenheit der einen gegenüber einer anderen Interventionsform geschlossen werden.

Im Diskussionsteil wird für eine bessere Vergleichbarkeit der Studien u.a. gefordert, die Art und Weise der Erfassung von Alkoholkonsum besser zu standardisieren, aber auch die konkreten Interventionstechniken besser zu dokumentieren (die meisten der eingeschlossenen Studien machten den Autoren zufolge keine Angaben zu den benutzten Techniken oder der theoretischen Fundierung)

### **Joseph et al. (2014)**

#### **„Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic review“**

Rein narratives Review; insgesamt nur 11 Studien zur Wirksamkeit von NCBIs eingeschlossen. Einige von ihnen legen nahe, dass diese im Vergleich zu TAU wirksam sind.

Darüber hinaus gibt es auch Hinweise, dass diese auch in stationären Settings wirksam sind und es keinen Wirksamkeitsunterschied zu von Ärzten durchgeführten KIs gibt.

### **Lundahl et al. (2013)**

#### **“Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials“**

Motivational Interviewing (MI) ist im Rahmen der medizinischen Routineversorgung als Verfahren zur Förderung von Lebensstilveränderungen generell effektiv. Positive Effekte werden in Bezug auf verschiedene gesundheitsrelevante Bereiche berichtet wie z. B. Gewichtsabnahme, Zahnhygiene aber auch Alkohol und Marihuana-Gebrauch. Die Effekte werden als robust (unabhängig von verschiedenen Moderatorvariablen) beschrieben.



## Einsatz von Selbsthilfematerialien im Rahmen von Kurzinterventionen (KIs)

Es gibt Evidenz dafür, dass der alleinige Einsatz von Selbsthilfematerialien oder computer-gestützten Interventionen positive Auswirkungen auf das Trinkverhalten haben kann (Apo-daca & Miller, 2003; Khadjesari et al., 2011; Rooke et al., 2010). Daher kann der Einsatz von solchen Hilfsmitteln als ressourcensparsame Alternative oder auch als Ergänzung zu KIs angesehen werden.

## Allgemeine Anmerkungen zu Kurzinterventionen (KIs)

Es ist eine Unschärfe hinsichtlich der genauen Ausgestaltung von KIs und Kontrollinterventionen beobachtbar, z. B. hinsichtlich der Dauer, der genauen Interventionstechniken und anderen Parametern.

So werden z. B. in den in Übersichtsarbeiten berichteten Studien Selbsthilfe- und Patientenedukationsbroschüren mal in der Experimental und mal in der Kontrollgruppe eingesetzt, ebenso fällt das Motivational Interviewing mal in diese, mal in jene Gruppe.

Die von Mdege & Kollegen (2013) geforderte, bessere Dokumentation scheint sinnvoll, auch um in künftigen Studien aktive Komponenten von KIs identifizieren zu können.

Die unterschiedliche Ausgestaltung von KIs wird auch in verschiedenen Akzentuierungen bei der Definition von KIs deutlich. So betonen Kaner und Kollegen (2007) sozial-kognitive Aspekte. Sie nennen als Elemente von alkoholbezogenen KIs Feedback über den eigenen Konsum und die damit verbundenen Risiken, Aufklärung über risikoarmen Konsum und die Vorteile einer Trinkmengenreduktion, Steigerung der Motivation, Analyse der individuellen Hochrisiko-Situationen und Copingstrategien sowie die Entwicklung eines persönlichen Handlungsplans zur Trinkmengenreduktion.

McQueen und Kollegen (2011) hingegen setzen einen stärker humanistischen Akzent und verweisen auf die häufig im Zusammenhang mit KIs genannten Elemente (z. B. bereits bei Bien, Miller & Tonigan, 1993), die sich unter dem Akronym FRAMES zusammenfassen lassen (**F**eedback, **R**esponsibility, **A**dvice, **M**enue of Strategies, **E**mpathy und **S**elf-Efficacy).

Sie definieren KIs ferner als Intervention mit einer Dauer von einer einzelnen bis zu drei individuellen Sitzungen zwischen einem Patienten und einem „health care practitioner“. Während dieser Sitzungen kann ein Austausch von Informationen und Empfehlungen stattfinden, wobei Beratungstechniken zur Unterstützung einer Trinkmengenreduktion angewandt werden.

Die bereits genannten FRAMES-Elemente werden in der aktuellen CME-Fortbildung „Alkoholerkrankung: Früherkennung, Gesprächsführung und Behandlung im primärärztlichen Bereich“ von Reimer und Kollegen (2014) wie in folgt zusammengefasst:

**Feedback** (Rückmeldung): Rückmeldung von Befunden und Untersuchungsergebnissen. Hierdurch kann beim Patienten Dissonanz erzeugt werden durch die Abweichung des Ist-Zustandes (z. B. pathologische Laborparameter) vom Wunschzustand (Gesundheit).

**Responsibility** (Verantwortung): Betonung der Verantwortung des Patienten für den Behandlungserfolg; dies scheint dem Patienten im Sinne einer Selbstverpflichtung zu helfen.

**Advice** (Ratschlag): Klare, verständliche und umsetzbare Ratschläge zur Umsetzung eines weniger schädlichen Konsums (z. B. trinkfreie Tage, mit Alkoholkonsum inkompatible Aktivitäten; Cave: „Der Ton macht die Musik“).

**Menue** (Auswahl): Patient kann aus einer Palette von Handlungsoptionen auswählen. Dies kann Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten stärken.

**Empathy** (Empathie): Zugewandte, verständnisvoll und nicht-wertende Art des Mit-dem-Patienten-Sein.

**Self-Efficacy** (Selbstwirksamkeit): Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten („Ich kann das schaffen“). Es bietet sich ein Vorgehen in kleinen, umsetzbaren Schritten an.

Darüber hinaus beinhaltet die CME-Fortbildung auch in knapper Form Informationen zur Epidemiologie alkoholbezogener Störungen, zu riskantem und risikoarmem Konsum, zum Alkoholgehalt von Getränken, zum Screening mittels AUDIT, diagnostischen Leitlinien, geeigneten Gesprächsmethoden am Beispiel Motivational Interviewing und dem Transtheoretischen Modell der Veränderungsbereitschaft.

### **Anpassung der Interventionen an die aktuelle Motivationslage nach dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) nach Prochaska & DiClemente (1983)**

Die Evidenz für den Nutzen einer Anpassung verschiedener Interventionen zur Verhaltensänderung an die aktuelle Motivationslage nach TTM ist insgesamt schwach (Cahill, Lancaster & Green, 2010; Prestwich et al., 2014; Riemsma et al., 2002). Gleichwohl gibt es Hinweise dafür, dass möglicherweise nur bestimmte Subgruppen von Patienten, nämlich die wenig motivierten, von einer an das TTM angepassten Intervention profitieren (Freyer-Adam et al., 2014). In ihrem Review zum Nutzen theoriebasierter Interventionen zur Verhaltensänderung räumen Prestwich und Kollegen (2014) ein, dass bei theoriebasierten Interventionen die Verknüpfung zwischen theoretischen Konstrukten und Interventionstechniken häufig nicht umfassend genug sei. Dies stelle eine Begrenzung der Evidenzgewinnung und der experimentellen Theorienprüfung dar.

Unabhängig vom fraglichen praktischen Nutzen des TTM stellt Demmel (2005) in Bezug auf die hausärztliche Versorgung infrage, inwiefern eine Abschätzung der Motivationslage und eine entsprechende Anpassung der Interventionen tatsächlich in der ärztlichen Routine erfolgt. Um auf einfachem Wege eine Passung zu erreichen, schlägt er vor, das Behandler-Patienten-Gespräch mit einer subjektiven Einschätzung der Wichtigkeit der Verhaltensveränderung und der Zuversicht auf die Realisierung der Veränderung durch den Patienten („importance and confidence rating“) zu beginnen.

Unabhängig von der unklaren Evidenzlage, wird eine Anpassung der alkoholbezogener Interventionen an das TTM jedoch weiterhin in verschiedenen Publikationen aufgegriffen (z.B. Bühren et al., 2007; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2009; Flyer „Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen“ / bzw. „...mit problematischem Medikamentenkonsum“, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, ohne Jahresangabe; Reimer et al., 2014; sowie in den Treatment Improvement Protocols des U.S. Department of Health & Human Services, ohne Jahresangabe). Die Phasen und hierzu passenden Interventionen werden daher nachfolgend kurz referiert. Die einzelnen Phasen der Verhaltensänderung sind nicht immer scharf voneinander abgrenzbar.

### **Darstellung der Stadien des TTM und jeweils passenden Interventionen (vgl. Reimer et al., 2014)**

#### **Stadium der Absichtslosigkeit (precontemplation)**

→ Keine Absicht für Verhaltensänderung, Problembewusstsein kann bestehen, Problematik kann aber auch vorbewusst sein, ebenfalls kann ein Verleugnen oder Negieren der Alkoholproblematik vorliegen.

##### Passende Intervention:

Beziehungsaufnahme, Interesse am Patienten/Gesprächsinhalt signalisieren, Alkoholkonsum zu geeignetem Zeitpunkt ansprechen, Rückmeldung geben & Informationen anbieten (Beispiel: „Ihr Leben ist ganz schön stressig. Alkohol scheint für Sie täglich dazuzugehören?“).

#### **Stadium der Absichtsbildung (contemplation)**

→ Von Ambivalenz geprägt, Bewusstsein negativer gesundheitlicher oder sozialer Auswirkungen, Abwägen von Kosten und Nutzen des Konsums, Verhaltensänderung wahrscheinlich, wenn Kosten höher als Nutzen bewertet.

##### Passende Intervention:

Ambivalenz und Veränderungsmotivation fördern (nicht fordern; z. B.: „Welche Vorteile sehen Sie, wenn Sie keinen Alkohol / weniger Alkohol trinken?“), Anstöße in Richtung Veränderung geben.

### **Vorbereitungsphase (preparation)**

→ Kombination intentionaler und Verhaltensaspekte: konkrete Gedanken zur Verhaltensänderung & vorbereitende Aktivitäten

#### Passende Intervention:

Unterstützung und Optionen zur Verhaltensänderung anbieten, helfen eine realistische Veränderungsstrategie zu entwickeln, Patienten im Entschluss nicht zu trinken/weniger zu trinken stärken (z. B.: „Gut, dass Sie sich für eine bessere Gesundheit entschieden haben. Wäre es gut, wenn Sie noch zusätzlich Unterstützung bei der Beratungsstelle xy suchen oder etwas mit nichttrinkenden Freunden unternehmen?“)

### **Handlungsphase (action)**

→ Umsetzung der zuvor geplanten Verhaltensänderung

#### Passende Intervention:

Vertrauen des Patienten in die eigenen Fähigkeiten stärken (Selbstwirksamkeitserwartung; z. B.: „Sie haben in Ihrem Leben schon schwierige Dinge (z. B. xy) gemeistert. Jetzt haben Sie sich vorgenommen 2 Wochen nichts/weniger zu trinken. Wie zuversichtlich sind Sie, dieses Ziel zu erreichen?“)

### **Aufrechterhaltungsphase (maintenance)**

→ Stabilisierung der geplanten Verhaltensänderung

#### Passende Intervention:

Weitere Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung, Veränderungen festigen, Rückfallprophylaxe (z. B.: „Sie haben jetzt schon einen Monat nichts getrunken/weniger getrunken. Wenn Sie jetzt zurückdenken: Was haben Sie vor diesem Monat erwartet bezüglich der vier Wochen ohne Alkohol?“, „Manche beschreiben, dass sie schwierige Phasen erlebt haben und fast wieder angefangen hätten zu trinken. Wie ist es Ihnen ergangen?“).

### **Rückfall**

→ Normales Ereignis. Entscheidend ist, nicht in diesem Stadium zu verharren.

#### Passende Intervention:

Ermutigung zur Erneuerung des gefassten Entschlusses und zu dessen erneuter Umsetzung in Änderungsaktivitäten.

Zum Thema Rückfall gibt es auch ein entsprechendes Faltblatt für Betroffene, welches über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen bezogen werden kann.

## Medikamente mit Suchtpotential

### S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" (AWMF, 2015)

Laut Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung Bund zum einheitlichen Entlassungsbericht, ist für den ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht („freier Textteil“, Blatt 2) als Punkt 4 der Themenkreis „Reha-Prozess und -Ergebnis“ vorgesehen. Dies entspricht der für alle Indikationen verbindlichen Gliederung.

Unter diesem Punkt kann, subsumiert unter dem Unterpunkt „Besonderheiten des Reha-Verlaufs“ eine eventuelle Umstellung der Therapie mitsamt Begründung aufgeführt werden.

#### Datenschutzrechtliche Aspekte:

Für die Übermittlung des Reha-Entlassungsberichtes an die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt ist hingegen die Einwilligung der Rehabilitanden erforderlich. Die Einwilligung muss mit dem Formblatt G820 von der Reha-Einrichtung eingeholt werden.

### BÄK-Leitfaden: Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit (Bühren et al., 2007)

#### S.31:

*„Auch bei Patienten ohne erkennbare Änderungsmotivation sollten Sie auf jeden Fall versuchen, eine Verringerung des Konsums zu bewirken, da bereits dadurch mögliche körperliche Schädigungen reduziert werden können. Wenn deutlich ist, dass der chronische Medikamentenkonsum möglicherweise schon zu Auswirkungen (Depression, Kopfschmerzen, psychosoziale Folgen der Abhängigkeit etc.) geführt hat, kann die eindeutige, aber vorwurfslose Benennung dieses Zusammenhangs auch für den Patienten eine Veränderung wünschenswert machen.“*

#### S.35:

*„Die Indikation zum Entzug sollte sehr sorgfältig mit dem Patienten gemeinsam unter Abwägung aller relevanten Gründe dafür und dagegen gestellt werden. Gründe für einen Entzug sind: verlorene Wirksamkeit oder gar eine Zunahme von Angst- und Schlafstörungen unter der Medikation sowie andere negative Folgeerscheinungen. Dazu zählen z.B. medikamenteninduzierter Kopfschmerz, Einschränkung von Gedächtnis und Merkfähigkeit, Gefühlsverflachung, Muskelschwäche und Koordinationsstörungen bei Sedativa und Hypnotika. Auch eine bestehende Depression, die auf die Einnahme der Mittel zurückgeführt wird, stützt die Entscheidung für einen Entzug.“*

*Manche hochbetagte Patienten haben sich über lange Zeit an die Einnahme ihres Sedativums gewöhnt, so dass sie nur schwer davon ablassen mögen. Bei der Beratung dieser Patienten sind die Risiken und Leiden eines Entzugs gegen eventuell bestehende psychomotorische Einschränkungen, die zu Gangunsicherheit und Stürzen führen können, abzuwägen.*

*Der Zeitpunkt für einen Entzug ist erst dann gekommen, wenn der Patient von dessen Notwendigkeit überzeugt ist. Rechtzeitig sollten alternative Behandlungsmöglichkeiten für eine eventuell bestehende komorbide Erkrankung besprochen werden. Z.B. sollten Patienten mit Schlafstörungen über schlafhygienische Maßnahmen aufgeklärt werden, Patienten mit Angsterkrankungen profitieren von einer kognitiven Verhaltenstherapie. Veränderungen der eigenen Lebensweise, der Besuch einer Selbsthilfegruppe kann angeraten sein, manchmal ist eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen. Auch eine medikamentöse Behandlung ist vielleicht notwendig – allerdings unter Vermeidung von suchterzeugenden Medikamenten.*

*Depressionen können in der Entzugsphase von Benzodiazepinen eine Verschlimmerung erfahren, worüber Patienten rechtzeitig in Kenntnis gesetzt werden sollten. In diesen Fällen muss die Benzodiazepin-Reduktion unterbrochen und die Depression zunächst adäquat behandelt werden.“*

- ⇒ Für detailliertere Informationen zum Absetzen verschiedener Substanzen (Benzodiazepine, Analgetika...) sei auf den Volltext des Leitfadens der BÄK verwiesen.

### **S2-Leitlinie „Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)**

- ⇒ zur Zeit der Erstellung dieses Dokumentes in Überarbeitung befindlich und nicht über die Webseite der AWMF abrufbar, kann aber in Buchform herausgegeben von Schmidt und Kollegen (2006) eingesehen werden.

Aus dem oben zitierten BÄK-Leitfaden wie auch aus der derzeit in Überarbeitung befindlichen S2-Leitlinie zur Medikamentenabhängigkeit geht hervor, dass ein Medikamentenentzug mit hoher Wahrscheinlichkeit über die Zeit des Rehabilitationsaufenthaltes hinausgeht.

In der S2-Leitlinie finden sich, wie auch im BÄK-Leitfaden, nähere Informationen zum konkreten Vorgehen beim Absetzen verschiedener Medikamente sowie zu Unterschieden zwischen Niedrigdosis- & Hochdosisabhängigkeit.

Bei der Niedrigdosisabhängigkeit wird, ähnlich wie im BÄK-Leitfaden, eine Nutzen-Risiko-Abwägung vorgeschlagen. Allerdings wird moniert, dass es hierzu bislang keinen allgemein akzeptierten Algorithmus zur Entscheidungsfindung gäbe. Möglicherweise werden während der Aktualisierung der Leitlinie neue Erkenntnisse zu diesem Punkt einfließen.

Vorläufig schlagen die Autoren folgende Kriterien vor, die zur Entscheidungsfindung herangezogen werden können:

- ⇒ Wirkverlust/Wirkumkehr
- ⇒ Gefahr für manifeste Folgeerscheinungen des Konsums
- ⇒ Behandelbarkeit der (vermuteten) psychischen Grundstörung
- ⇒ Alter der betroffenen Person
- ⇒ Veränderungsbereitschaft/-möglichkeit der betroffenen Person
- ⇒ Allgemeinverfassung der betroffenen Person

## Fortführung der Rehabilitation bei gesicherter substanzbezogener Störung

**S3-Leitlinie “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“**  
(AWMF, 2015)

### **Empfehlung 3.2.3.2 körperliche Entgiftung: Wirksamkeit und Indikation**

Bei Patienten mit einem Risiko für die Entwicklung von Entzugssymptomen oder einem individuellen Risiko für Entzugskomplikationen wie Krampfanfällen bzw. deliranten Symptomen soll eine Entzugsbehandlung durchgeführt werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

### **Empfehlung 3.2.3.4 – körperliche Entgiftung: Behandlungsort**

Eine Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung soll angeboten werden

1. bei einem Risiko eines alkoholbedingten Entzugsanfalles und/oder Entzugsdelirs und/oder
2. bei Vorliegen von gesundheitlichen bzw. psychosozialen Rahmenbedingungen, unter denen Alkoholabstinenz im ambulanten Setting nicht erreichbar erscheint

Empfehlungsgrad A, LoE: II

### **Empfehlung 3.2.3.5 – körperliche Entgiftung: Behandlungsort**

Eine stationäre Behandlung in Form einer körperlichen Entgiftung oder qualifizierten Entzugsbehandlung sollte angeboten werden bei alkoholabhängigen Personen und Personen mit schädlichem Gebrauch, wenn mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt ist:

1. (zu erwartende) schwere Entzugssymptome,
2. schwere und multiple somatische oder psychische Begleit- oder Folgeerkrankungen,
3. Suizidalität,
4. fehlende soziale Unterstützung,
5. Misserfolg bei ambulanter Entgiftung

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

### **Empfehlung 3.2.3.6 – körperliche Entgiftung: Behandlungsort**

Eine ambulante Entzugsbehandlung (körperliche Entgiftung oder qualifizierte Entzugsbehandlung) kann angeboten werden, wenn keine schweren Entzugssymptome oder – komplikationen zu erwarten sind, eine hohe Adhärenz und ein unterstützendes soziales Umfeld bestehen.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

### **Empfehlung 3.2.3.7 – körperliche Entgiftung: Behandlungsort**

Eine ambulante Entgiftung sollte nur angeboten werden durch Ärzte mit:

1. ausreichenden Kenntnissen in der Alkoholentgiftung und
2. der Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen, inkl. Verhaltensbeobachtung und
3. organisatorischer Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes

Empfehlungsgrad: B, LoE: III

### **Empfehlung 3.2.3.9 – körperliche Entgiftung: Risiken bei Nichtbehandlung**

Alkoholabhängige, die sich keinem Alkoholentzug unterziehen wollen, sollten informiert werden über

1. Risiken der nicht überwachten plötzlichen Trinkmengenreduktion oder eines Trinkstopps, wie z.B. Entzugskomplikationen und deren Behandlungsmöglichkeiten.
2. alternative Hilfeangebote

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

### **Empfehlung 3.2.3.10 – Unerwünschte Wirksamkeit der körperlichen Entgiftung**

Da eine körperliche Entgiftung alleine keine hinreichende Therapie der Suchterkrankung darstellt, sollen weitere suchtmittelmedizinische Hilfen vorgehalten bzw. vermittelt werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

### **Empfehlung 3.3.3.1 – Wirksamkeit der Qualifizierten Entzugsbehandlung**

Es sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) statt einer reinen körperlichen Entgiftung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar



### **Empfehlung 3.3.3.2 – Indikation für eine QE**

Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) soll angeboten werden, wenn der Patient weiterführenden Behandlungsmaßnahmen ambivalent gegenübersteht.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: nicht anwendbar

#### **Definitionen:**

##### **Körperliche Entgiftung**

„Eine körperliche Entgiftung umfasst die Behandlung von Alkoholintoxikationen mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugssymptomen, wie sie bei einem relevanten Anteil der alkoholabhängigen Patienten auftreten können. Ziel ist die Sicherstellung der Vitalfunktionen und die Vermeidung von Komplikationen (z.B. epileptische Anfälle oder Delirium tremens) sowie die Reduzierung / Linderung von Entzugsercheinungen.“

##### **Qualifizierte Entzugsbehandlung**

„Suchtpsychiatrische bzw. suchtmmedizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht. Grundsätzlich erfolgt eine Behandlung der Intoxikations- und Entzugssymptome und eine Diagnostik und Behandlung der psychischen und somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen. Essentiell für eine qualifizierte Entzugsbehandlung sind psycho- und soziotherapeutische sowie psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und der Stabilisierung der Abstinenz. Im Rahmen der QE soll die Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen gesteigert und entsprechende Kontakte in das regionale Hilfesystem gebahnt werden (z.B. Selbsthilfe, Psychotherapie, Soziale Arbeit). Bei entsprechender Indikation erfolgt die Vermittlung in spezifische Behandlungsangebote, wie z.B. in die soziale oder medizinische Rehabilitation. Aufgrund der o.a. multidisziplinär zu erbringenden Behandlungsleistungen und zur suffizienten Differenzialdiagnostik und Behandlung psychischer und somatischer Folge- und Begleiterkrankungen ist die Dauer einer qualifizierten Entzugsbehandlung länger als bei einer körperlichen Entgiftung.“

## Anbahnung einer weiterführenden Behandlung

### S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" (AWMF, 2015)

#### Suchthilfesystem

Das professionelle Hilfesystem setzt sich zusammen aus

- ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen,
- psycho-sozialen Einrichtungen,
- Einrichtungen aus sonstigen Hilfesystemen, wobei man jeweils allgemeine, nicht sucht-spezifische, von besonderen, suchtspezifischen Strukturen unterscheiden kann.

Schließlich wird das professionelle Hilfesystem noch ergänzt durch das Selbsthilfe-System.

Bei den ambulanten Strukturen gibt es „Geh-Strukturen“ (d. h. die Helfer suchen die Betroffenen in ihrer Lebenswelt auf, z. B. Streetwork). Die meisten Einrichtungen weisen jedoch eine „Komm-Struktur“ auf.

#### Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006)

In der Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen der BAR wird unter anderem die **Ausgestaltung und Organisation des Suchthilfesystems** beschrieben (S. 51-75).

#### Kontaktaufnahme und Beratung:

Als Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und Beratung werden neben den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, welche zentrale Aufgaben übernehmen, folgende weite Akteure genannt: Soziale Dienste in Krankenhäusern, betriebliche Suchtkrankenhilfe, Rehabilitationssträger und deren Servicestellen sowie niedrigschwellige Angebote wie Streetwork. Darüber hinaus werden auch Gesundheitsämter und sozialpsychiatrische Dienste aufgeführt, wobei deren konkrete Aufgabenregelung Ländersache ist.

#### Aufgaben von Suchtberatungs- und Behandlungsstellen:

- Prävention
- Stabilisierung aufgenommener Kontakte,
- umfassende Beratung,
- Diagnostik und Anamnese unter Mitwirkung von Arzt, Dipl.-Psychologe und Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin,
- Motivationsklärung und Motivierung für eine Leistung zur Teilhabe,
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld (z.B. Sicherung des Arbeitsplatzes),
- Krisenintervention,

- Einbeziehung und Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten sowie Vermittlung in Selbsthilfegruppen,
- Einbeziehung von Bezugspersonen,
- Vorbereitung und Vermittlung einer ambulanten oder stationären Entwöhnung, ggf. mit vorheriger Entzugsbehandlung und
- Erstellung des Sozialberichts
- Durchführung einer ambulanten Entwöhnung (wird von vielen Einrichtungen angeboten).

### **Akutbehandlung:**

Folgende Einrichtungen werden genannt: Psychiatrische Institutsambulanzen (Beratung, Intervention, Nachsorge), Allgemeinkrankenhäuser (Durchführung einer rein körperlichen Entgiftung), Psychiatrische Kliniken (qualifizierte Entzugsbehandlung, Behandlung von Doppeldiagnosen).

### **Postakutbehandlung:**

Umfasst folgende Leistungen der medizinischen Rehabilitation: Ambulante Entwöhnungsbehandlungen (in Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen und ambulanten rehabilitativen Einrichtungen), Entwöhnungsbehandlungen in stationären Fachkliniken und Adaption (Erprobung und Übung der eigenverantwortlichen Lebensführung) in Adaptionseinrichtungen.

### **Komplementäre Angebote:**

Z. B. Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Sozitherapeutische Heime und Wohnheime ergänzen die Angebote des Suchthilfesystems.

### **Selbsthilfegruppen:**

Neben den ambulanten und stationären (professionellen) Therapie- und Betreuungsangeboten fungiert die Selbsthilfe als gleichwertige dritte Säule im Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe. Selbsthilfegruppen werden beispielsweise angeboten von den Anonymen Alkoholikern, dem Blauen Kreuz, den Guttemplern, dem Kreuzbund oder den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe.

### **Nachgehende Angebote:**

Darüber hinaus wird die Wichtigkeit von nachgehenden Hilfsangeboten betont. Sie dienen der Stabilisierung der Rehabilitationsziele.

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

### **Suchtprobleme am Arbeitsplatz aus juristischer Sicht**

(Achilles, 2013)

Zur arbeitsrechtlichen Betrachtung von Suchtproblemen am Arbeitsplatz sei auf das Kapitel des Fehlzeitenreports von Achilles verwiesen (2013; siehe auch Hintergrundkasten zu Kapitel „Einrichtungsstandards“).

## **Dokumentation**

### **Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen** (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010)

Die DRV Bund hat eine Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen herausgegeben. Diese ist an den Versorgungsbereich der Rehabilitation adressiert und hat die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit zum Ziel.

In Kapitel 5 (Beurteilung des Leistungsvermögens) findet sich folgende Aussage zum positiven Leistungsvermögen:

*„Sachbezogene, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck, Lärmbelastung, Wechselschicht oder häufige Ortswechsel sind als störungsgerecht anzusehen. Es sollte kein direkter berufsbezogener Kontakt mit psychotropen beziehungsweise suchterzeugenden Substanzen erfolgen. Eine gute soziale Einbettung mit tragfähigen Kontakten zu Kollegen und Vorgesetzten ist hilfreich.“*

Speziell zu alkoholbezogenen Störungen ist unter anderem zu lesen:

*„Wenn ein [von einer alkoholbezogenen Störung] Betroffener keine psychopathologischen Auffälligkeiten aufweist und auch keine organischen Störungen relevanten Ausmaßes bestehen, so ist die Annahme einer Minderung der zeitlichen Leistungsfähigkeit allein aufgrund des Vorliegens einer Abhängigkeit nicht berechtigt. Die Erfahrung zeigt, dass nicht wenige Abhängige trotz regelmäßigen süchtigen Konsums von Alkohol lange Zeit so leistungsfähig sind, dass sie ihrer beruflichen Tätigkeit weiterhin nachgehen können.*

*Qualitative Leistungseinschränkungen können sich durch den Einfluss der Substanz auf Reaktionsfähigkeit und unter Umständen Konzentrationsfähigkeit ergeben. Durch Alkohol ausgelöste zerebrale Krampfanfälle sind sozialmedizinisch wie jedes andere Anfallsleiden zu bewerten.“*

Darüber hinaus wird auch kurz auf Störungen durch Opioide, Cannabinoide sowie auf Störungen durch Sedative und Hypnotika eingegangen. Für detailliertere Informationen zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen sei auf die Lektüre der gesamten DRV-Leitlinie verwiesen.

## **Abstinent lebende Alkoholiker/-innen**

### **Rückfälle und Rückfallprävention**

Lesch und Walter (2009) beschreiben in ihrem Buch alte und neue Auffassungen von Rückfälligkeit. Basierend auf einer Studie zu Langzeitverläufen bei Alkoholabhängigkeit unterscheiden sie darüber hinaus zwischen verschiedenen Typen von Alkoholabhängigen, die sich auch im Rückfallgeschehen unterscheiden.

Einen Überblick über die Rückfallthematik gibt auch das Buch von Körkel und Schindler (2013). Gemäß der aktuellen Auffassung sind Rückfälle als normaler Bestandteil jeder Entwicklung und somit auch als normaler Teil von Abhängigkeitserkrankungen zu akzeptieren. Rückfälle können als Entwicklungschance und als Indikator dafür angesehen werden, „*dass Verkrustetes aufbricht*“ (vgl. Lesch & Walter, 2009). Darüber hinaus können sie als Bewältigungs- bzw. Selbstheilungsversuche und sinnhafte Handlungen angesehen werden und sollten entsprechend gewürdigt werden. Außerdem wird betont, dass der Weg aus der Abhängigkeit Zeit benötigt und Rückfall nicht gleich Rückfall ist. Darüber hinaus sei die Abstinenz nicht der zentrale Gradmesser für die Beurteilung einer Behandlung (vgl. Körkel & Schindler, 2013; Lesch & Walter, 2009). Ähnlich äußert auch Marlatt (1996), dass ein Rückfall nicht als Behandlungsmisserfolg oder zwangsläufiger Zusammenbruch angesehen werden muss, sondern auch pragmatisch als vorübergehender Rückschlag aufgefasst werden kann. So kann unterschieden werden zwischen sogenannten „*slips*“ oder Ausrutschern ohne Kontrollverlust (leichtere Rückfälle) und schweren Rückfällen mit Kontrollverlust („*relapses*“) (Lesch & Walter, 2009; siehe auch Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Bei Körkel und Schindler (2013) ist eine Reihe von Einzelmaßnahmen, die sich für die Rückfallprävention eignen, überblicksartig dargestellt (z. B. Abbau alltäglicher Belastungen, Stressbewältigungstechniken, Bewusstmachung der Möglichkeit der eigenen Rückfälligkeit, Identifizierung und Meidung von Risikosituationen, kognitive Umdeutung von Ausrutschern und andere). Die Autoren haben verschiedene dieser Einzelmaßnahmen in ihrem strukturierten Trainingsprogramm S.T.A.R. kombiniert (Körkel & Schindler, 2013). Sie berufen sich dabei vor allem auf die sozial-kognitive Theorie zum Rückfallgeschehen von Marlatt (Marlatt, 1996; siehe auch Witkiewitz & Marlatt, 2004). Nach diesem Ansatz sollten im Rahmen der Rückfallprävention mit den Patienten Hochrisikosituationen für einen Rückfall sowie hilfreiche Bewältigungsstrategien erarbeitet werden. Ein kurzer Überblick über weitere Rückfalltheorien, die Bedeutung von Selbsthilfegruppen sowie unterstützende pharmakologische Maßnahmen findet sich ebenfalls bei Körkel und Schindler (2013).

Die DHS hat eine Patientenbroschüre zum Thema Rückfall herausgegeben, welche auf ihrer Webseite bestellt oder auch direkt heruntergeladen werden kann ([http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Broschueren/Kritische\\_Situationen.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Kritische_Situationen.pdf)).

## Substituierte Rehabilitand/-innen

### Bundesärztekammer (2010)

#### Qualifikation des behandelnden Arztes (S.15)

*„Die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger darf nur von solchen Ärzten übernommen werden, die die Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation erfüllen, die von den Ärztekammern festgelegt wurde.*

*Im Rahmen der Konsiliar- und Vertretungsregelung gemäß § 5 Abs. 3 BtMVV kann im Ausnahmefall eine Substitution auch ohne eine entsprechende suchtherapeutische Qualifikation durchgeführt werden. Für diesen Fall gelten die in Kapitel 8 aufgeführten Bedingungen.*

*Für die Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung sind zusätzliche Qualifikationsanforderungen gemäß den Regelungen der zuständigen Ärztekammer zu berücksichtigen.*

*Darüber hinaus wird die kontinuierliche Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Sucht- oder Notfallmedizin empfohlen.“*

## **Konsiliar- und Vertretungsregelung (S.8)**

*„Für Vertretungen (Urlaub, Krankheit) soll ein anderer Arzt mit der erforderlichen Qualifikation gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV mit der Durchführung der Substitutionsbehandlung beauftragt werden. Steht als Vertreter kein Arzt mit dieser Qualifikation zur Verfügung, so kann für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen und längstens insgesamt zwölf Wochen im Jahr auch ein Arzt ohne diese Qualifikation die Substitution gemäß § 5 Abs. 3 Sätze 4 bis 9 BtMVV durchführen.*

*Der Vertreter ist durch den behandelnden Arzt oder durch eine beauftragte Person mit der entsprechenden Qualifikation über relevante Inhalte der BtMVV sowie anderer Bestimmungen zur Substitution bei Opiatabhängigkeit aufzuklären.*

*Wird die Behandlung durch einen Vertreter ohne die erforderliche Qualifikation weitergeführt, muss sie mit dem behandelnden oder mit einem konsiliarisch hinzugezogenen Arzt, der die erforderliche Qualifikation besitzt, abgestimmt werden. Die Voraussetzungen zur Substitution gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 5 BtMVV gelten gleichermaßen.“*

***„Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehammaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“***

## **Beratungskommissionen der Landesärztekammern (S.14f)**

*„Zum Zwecke der Qualitätssicherung gemäß § 5 M-BO und zur konsiliarischen Beratung substituierender Ärzte werden bei den zuständigen Landesärztekammern Beratungskommissionen eingerichtet. Diesen gehören in der Sucht- und Substitutionsbehandlung erfahrene Ärzte an. Bei entsprechenden Fragestellungen werden Vertreter des Drogenhilfesystems oder andere Experten zu den Beratungen hinzugezogen. Eine enge Zusammenarbeit mit der zuständigen Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung ist anzustreben.*

*Die Beratungskommission erfüllt insbesondere folgende Aufgaben:*

- *Beratung von substituierenden Ärzten zu allen Aspekten und Problemen der substitutionsgestützten Behandlung (z. B. Indikationsstellung, notwendige Begleitmaßnahmen, Einleitung der Substitution, Probleme bei der Auswahl und Einstellung des Substitutionsmittels, Indikation zum Abbruch und Durchführung des Entzuges),*
- *Beratung von substituierenden Ärzten, die im Rahmen einer Konsiliar- oder Vertretungsregelung tätig sind und denen eine Kontaktaufnahme mit dem originär substituierenden Arzt aktuell nicht möglich ist,*
- *Festlegung von Kriterien zur Qualitätssicherung der substitutionsgestützten Behandlung und deren Überprüfung,*
- *Sicherstellung einer Zweitbegutachtung von Patienten, die mit Diamorphin substituiert werden, nach zwei Jahren durch einen entsprechend qualifizierten Arzt.“*

## Literaturverzeichnis

- Abeler, J. (2013). Sucht unter Pflegekräften. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?* (S. 151–161). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Achilles, F. (2013). Suchtprobleme am Arbeitsplatz aus juristischer Sicht. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?* (S. 191–197). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Altman, D.G. & Bland, J.M. (1994). Statistic notes: Diagnostic tests 2: predictive values. *British Medical Journal*, 309, 102.
- Anttila, P., Järvi, K., Latvala, J., Blake, J.E. & Niemelä, O. (2003). A new modified  $\gamma$ -%CDT method improves the detection of problem drinking: studies in alcoholics with or without liver disease. *Clinica Chimica Acta*, 338 (1–2), 45–51.
- Apodaca, T.R. & Miller, W.R. (2003). A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of clinical psychology*, 59 (3), 289–304.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). (2014). S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen“ - AWMF Registernummer 145 - 003.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). (2015). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ - AWMF Registernummer 076 - 001.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *The alcohol use disorders identification test* (2. Auflage). Genf: World Health Organization.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2013). *Fehlzeiten-Report 2013 Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Behrendt, K., Backmund, M. & Reimer, J. (2013). *Drogenabhängigkeit* (Suchtmedizinische Reihe, Band 4). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Bertholet, N., Winter, M.R., Cheng, D.M., Samet, J.H. & Saitz, R. (2014). How Accurate Are Blood (or Breath) Tests for Identifying Self-Reported Heavy Drinking Among People with Alcohol Dependence? *Alcohol and Alcoholism*, 49 (4), 423–429.
- Bien, T.H., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88 (3), 315–335.
- Bischof, G., Reinhardt, S., Grothues, J., Meyer, C., John, U. & Rumpf, H.-J. (2007). Development and evaluation of a screening instrument for alcohol-use disorders and at-risk drinking: the brief alcohol screening instrument for medical care (BASIC). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (4), 607–614.
- Blow, F.C., Gillespie, B.W., Barry, K.L., Mudd, S.A. & Hill, E.M. (1998). Brief screening for alcohol problems in the elderly populations using the Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (3), 31A.
- Brown, R.L., Leonard, T., Saunders, L.A. & Papasouliotis, O. (2001). A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. *The Journal of the American board of Family Practice*, 14 (2), 95–106.
- Bühren, A., Flenker, I., Jacobowski, C., Kunstmann, W. & Schwantes, U. (2007). *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit*. (Bundesärztekammer in Zusam-



- menarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Hrsg.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen* (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bundesärztekammer. (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (11), A 511 – A 516.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2009). *Kurzinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen - Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.B., Fihn, S.D. & Bradley, K.A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of Internal Medicine*, 158 (16), 1789–1795.
- Cahill, K., Lancaster, T. & Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11, Art. No. CD004492*.
- Casswell, S., You, R.Q. & Huckle, T. (2011). Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction*, 106 (6), 1087–1094.
- Chou, R., Fanciullo, G.J., Fine, P.G., Adler, J.A., Ballantyne, J.C., Davies, P. et al. (2009). Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *The Journal of Pain*, 10 (2), 113–130.
- Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L. & Krishnan, M. (2000). Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *Journal of Mental Health*, 9 (3), 329–343.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J. & Velleman, R. (2010a). The 5-Step Method: Principles and practice. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17, 86–99.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J. & Velleman, R. (2010b). The 5-Step Method: Evidence of gains for affected family members. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17, 100–112.
- Copello, A., Templeton, L. & Powell, J. (2010). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: education, prevention, and policy*, 17 (s1), 63–74.
- Darker, C.D., Sweeney, B.P., Barry, J.M. & Farrell, M.F. (2012). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, Art. No. CD009652*.
- Demmel, R. (2005). Screening und Kurzintervention reloaded: Ein Modellprojekt ist ein Modellprojekt ist ein... *Sucht aktuell*, 12 (1), 16–20.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). (ohne Jahresangabe). Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2013). DHS-Memorandum. Angehörige in der Sucht-Selbsthilfe. *SUCHT*, 59 (6), 369–372.
- Deutsche Rentenversicherung Bund, G.S. und R. (Hrsg.). (2010). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen.

- Dinh-Zarr, T., Goss, C., Heitman, E., Roberts, I. & DiGiuseppi, C. (2004). Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No. CD001857.
- Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U. et al. (2006). The Reliability and Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German General Practice Population Sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 67 (3), 473–481.
- Elsesser, K. & Sartory, G. (2001). *Medikamentenabhängigkeit* (Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen ; Bern [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Fach, M., Bischof, G., Schmidt, C. & Rumpf, H.-J. (2007). Prevalence of dependence on prescription drugs and associated mental disorders in a representative sample of general hospital patients. *General hospital psychiatry*, 29 (3), 257–263.
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C. & Antons-Volmerg, K. (1999). Münchner Alkoholismus-Test (MALT). Göttingen: Hogrefe.
- Feuerlein, W., Ringer, C.H., Kufner, H. & Antons, K. (1977). Diagnose des Alkoholismus. Der Munchner Alkoholismustest (MALT). *Münchner Medizinische Wochenschrift*, 119, 1275–1282.
- Freyer-Adam, J., Baumann, S., Schnuerer, I., Haberecht, K., Bischof, G., John, U. et al. (2014). Does stage tailoring matter in brief alcohol interventions for job-seekers? A randomized controlled trial. *Addiction*, 109 (11), 1845–1856.
- Glaeske, G. & Holzbach, R. (2013). *Medikamentenabhängigkeit* (Suchtmedizinische Reihe, Band 5). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Glintborg, B., Olsen, L., Poulsen, H., Linnet, K. & Dalhoff, K. (2008). Reliability of self-reported use of amphetamine, barbiturates, benzodiazepines, cannabinoids, cocaine, methadone, and opiates among acutely hospitalized elderly medical patients. *Clinical Toxicology*, 46 (3), 239–242.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90 (5), 607–614.
- Gourlay, D.L., Heit, H.A. & Almahrezi, A. (2005). Universal precautions in pain medicine: a rational approach to the treatment of chronic pain. *Pain Medicine*, 6 (2), 107–112.
- Gressner, A.M. & Arndt, T. (2013). *Lexikon der Medizinischen Laboratoriumsdiagnostik* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Grimes, D.A. & Schulz, K.F. (2002). Uses and abuses of screening tests. *The Lancet*, (359), 881–884.
- Halwachs-Baumann, G. (2011). *Labormedizin - Klinik – Praxis – Fallbeispiele* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hesse, E. & Schwantes, U. (2006). Umgang mit Suchtkranken. In M.M. Kochen (Hrsg.), *Allgemeinmedizin und Familienmedizin* (3. Auflage, S. 250–261). Stuttgart, New York, Delhi, Rio: Thieme.
- Hodgson, R.J., John, B., Abbasi, T., Hodgson, R.C., Waller, S., Thom, B. et al. (2003). Fast screening for alcohol misuse. *Addictive behaviors*, 28 (8), 1453–1463.
- Hurcom, C., Copello, A. & Orford, J. (2000). The Family and Alcohol: Effects of Excessive Drinking and Conceptualizations of Spouses over Recent Decades. *Substance Use & Misuse*, 35 (4), 473–502.

- Joseph, J., Basu, D., Dandapani, M. & Krishnan, N. (2014). Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic review. *International Nursing Review*, 61 (2), 203–210.
- Kaner, E.F., Beyer, F., Dickinson, H.O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C. et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD004148.
- Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97 (6), 727–731.
- Khadjesari, Z., Murray, E., Hewitt, C., Hartley, S. & Godfrey, C. (2011). Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review. *Addiction*, 106 (2), 267–282.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2013). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Krashin, D., Murinova, N. & Ballantyne, J. (2012). Management of pain with comorbid substance abuse. *Current Psychiatry Reports*, 14 (5), 462–8.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014a). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz der Medikamenteneinnahme und medikamentenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. (IFT Institut für Therapieforschung, München, Hrsg.).
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014b). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. (IFT Institut für Therapieforschung, München, Hrsg.).
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014c). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. (IFT Institut für Therapieforschung, München, Hrsg.).
- Kriston, L., Hölzel, L., Weiser, A.-K., Berner, M.M. & Härter, M. (2008). Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Annals of internal medicine*, 149 (12), 879–888.
- Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F. et al. (2013). Psychosoziales und Diabetes (Teil 1). *Diabetologie und Stoffwechsel*, 8 (3), 198–242.
- Large, M.M., Smith, G., Sara, G., Paton, M.B., Kedzior, K.K. & Nielssen, O.B. (2012). Meta-analysis of self-reported substance use compared with laboratory substance assay in general adult mental health settings. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21 (2), 134–148.
- Lesch, O.M. & Walter, H. (Hrsg.). (2009). *Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit.* Wien, New York: Springer.
- Livingston, M., Wilkinson, C. & Laslett, A.-M. (2010). Impact of Heavy Drinkers on Others' Health and Well-Being. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (5), 778–785.
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B.L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. et al. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93 (2), 157–168.
- Mänz, C., Berner, M., Härter, M., Lorenz, G., Buchkremer, G. & Mundle, G. (2007). Evaluation eines Screeninginstruments für alkoholbezogene Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83 (4), 148–152.

- Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91 (Supplement), S37–S49.
- Marlatt, G.A. & Witkiewitz, K. (2010). Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6 (1), 591–606.
- Mäulen, B. (2013). Sucht unter Ärzten. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?* (S. 143–150). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 131 (10), 1121–1123.
- McQueen, J., Howe, T.E., Allan, L., Mains, D. & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8, Art. No. CD005191.
- Mdege, N.D., Fayter, D., Watson, J.M., Stirk, L., Sowden, A. & Godfrey, C. (2013). Interventions for reducing alcohol consumption among general hospital inpatient heavy alcohol users: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131 (1), 1–22.
- Mdege, N.D. & Watson, J. (2013). Predictors of study setting (primary care vs. hospital setting) among studies of the effectiveness of brief interventions among heavy alcohol users: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 32 (4), 368–380.
- Moreira, M.T., Smith, L.A. & Foxcroft, D. (2009). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD006748.
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. et al. (2014). The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 49 (1), 66–78.
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R. & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17, 36–43.
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L. & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17 (s1), 44–62.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L. & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70–77.
- Patton, R., Hilton, C., Crawford, M.J. & Touquet, R. (2004). The Paddington alcohol test: a short report. *Alcohol and Alcoholism*, 39 (3), 266–268.
- Pilowsky, D.J. & Wu, L.-T. (2012). Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 3 (1), 25–34.
- Prestwich, A., Sniehotta, F.F., Whittington, C., Dombrowski, S.U., Rogers, L. & Michie, S. (2014). Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychology*, 33 (5), 465–474.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390–395.
- Ray, G.T., Mertens, J.R. & Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104 (2), 203–214.

- Reimer, J., Cimander, K. & Reimer, C. (2014). Alkoholkrankung: Früherkennung, Gesprächsführung und Behandlung im primärärztlichen Bereich. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139 (18), 943–52.
- Reinert, D.F. & Allen, J.P. (2007). The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31 (2), 185–199.
- Riemsma, R.P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S. et al. (2002). A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 6 (24), 1–231.
- Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J. & Allsop, D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*, 105 (8), 1381–1390.
- Ruckstuhl, L.A. (2014). *Angehörige von drogenabhängigen Menschen - Suchterkrankungen aus einer anderen Perspektive*. Universität Zürich.
- Ruf, D., Berner, M., Lohmann, M., Mundle, G., Lorenz, G., Niebling, W. et al. (2007). Einführung in www.alkohol-leitlinie.de - Evaluation einer computergestützten Fortbildung für Hausärzte und Arzthelferinnen zur Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83 (11), 447–451.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Grothues, J., Meyer, C., Hapke, U., Freyer-Adam, J. et al. (2009). Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung. *Sucht*, 55 (6), 372–373.
- Rumpf, H.J., Hapke, U., Hill, A. & John, U. (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21 (5), 894–898.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2001). LAST. Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test. Göttingen: Hogrefe.
- Schlöffel, M., Funke, W., Pollmann, H., Köhler, J., Sellmer, S. & Mittag, O. (in Druck). Gegenwärtige Praxis des Umgangs mit komorbiden Suchtproblemen in nicht auf Sucht spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. *Die Rehabilitation*.
- Schlöffel, M., Funke, W., Pollmann, H., Köhler, J., Sellmer, S. & Mittag, O. (in Vorbereitung). Gegenwärtige Praxis des Umgangs mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Befragung von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland.
- Schmidt, L.G., Gatspar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg.). (2006). *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schulte, R.-M. (1995). Umgang mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen in allgemeinen Rehabilitationskliniken. *Mitteilungen der LVA Württemberg*, 7-8, 308–312.
- Seitz, H.K., Lesch, O.M., Spanagel, R., Beutel, M. & Redecker, T. (2013). *Alkoholabhängigkeit* (Suchtmedizinische Reihe, Band 1). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127 (12), 1653–1658.
- Selzer, M.L., Vinokur, A. & Rooijen, L. van. (1975). A self-administered short Michigan alcoholism screening test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 36 (1), 117–126.
- Skinner, H.A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7 (4), 363–371.

- Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrom, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. et al. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5, Art. No. CD008063*.
- Smith, L.A., Foxcroft, D., Holloway, A., Minozzi, S. & Casazza, G. (2010). Brief alcohol questionnaires for identifying hazardous, harmful and dependent alcohol use in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8, Art. No. CD008631*.
- Smith, P.C., Schmidt, S.M., Allensworth-Davies, D. & Saitz, R. (2009). Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *Journal of General Internal Medicine, 24* (7), 783–788.
- Smith, P.C., Schmidt, S.M., Allensworth-Davies, D. & Saitz, R. (2010). A single-question screening test for drug use in primary care. *Archives of internal medicine, 170* (13), 1155–1160.
- Steiner, S., Baumeister, S.E. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht, 54* (7), 57–63.
- Taylor, L.A., Kreutzer, J.S., Demm, S.R. & Meade, M.A. (2003). Traumatic brain injury and substance abuse: A review and analysis of the literature. *Neuropsychological Rehabilitation, 13* (1-2), 165–188.
- Templeton, L., Velleman, R. & Russell, C. (2010). Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addiction Research & Theory, 18* (6), 616–648.
- Topp, L. & Mattick, R.P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction, 92* (7), 839–845.
- Tretter, F. (Hrsg.). (2008). *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (1. Auflage). Stuttgart, New York: Schattauer.
- U.S. Department of Health & Human Services. (ohne Jahresangabe). SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols.
- U.S. Department of Health & Human Services. (2005). *Helping Patients Who Drink Too Much - A Clinician's Guide*.
- Vitale, S.G., van de Mheen, H., van de Wiel, A. & Garretsen, H.F.L. (2006). Substance use among emergency room patients: Is self-report preferable to biochemical markers? *Addictive Behaviors, 31* (9), 1661–1669.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W. & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. *Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses* (S. 123–139). Bonn: Nagel.
- Weisner, C., Parthasarathy, S., Moore, C. & Mertens, J.R. (2010). Individuals receiving addiction treatment: are medical costs of their family members reduced? *Addiction, 105* (7), 1226–1234.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist, 59* (4), 224–235.
- Yadav, D., Agarwal, N. & Pitchumoni, C.S. (2002). A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. *The American Journal of Gastroenterology, 97* (6), 1309–1318.
- Zahradnik, A., Otto, C., Crackau, B., Löhrmann, I., Bischof, G., John, U. et al. (2009). Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non-treatment-seeking patients. *Addiction, 104* (1), 109–117.