

AUSWEGE AUS DER SUCHT

Noch immer ist der niedergelassene Hausarzt derjenige, der zahlenmäßig am häufigsten Kontakt zu Suchtkranken oder zu von Sucht gefährdeten Personen hat. Ihm kommt daher eine besondere Aufgabe in der Früherkennung von Suchterkrankungen zu. Welche Abhängigkeiten können Ihnen im Praxisalltag begegnen? Wie behandeln Sie Ihre Patienten leitlinienkonform? Und welchen neuen Herausforderungen könnten Sie sich gegenüber sehen?

(von Dr. Marcus Mau)

§ Abhängigkeit wird nach der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) folgendermaßen definiert: Es besteht der starke Wunsch, unter Umständen sogar ein Zwang, die betreffende Substanz zu konsumieren, wobei die Kontrollfähigkeit im Umgang mit dieser Substanz vermindert ist. Der Körper wird gegenüber der Substanz tolerant, sodass in der Folge eine immer höhere Dosis aufgenommen werden muss, um den gewünschten Effekt noch zu erzielen. Wird die Substanz nicht zugeführt, treten Entzugssymptome auf. Die Substanz wird konsumiert, obwohl der Betreffende über die schädigende Wirkung Bescheid weiß. Soziale und berufliche Aktivitäten werden zugunsten des Substanzgebrauchs eingeschränkt.¹

Sucht erkennen

Eine der am besten untersuchten Süchte ist die Nikotinsucht der Raucher. Über die Hälfte der regelmäßigen Raucher ist abhängig vom Nikotin. Diese Nikotinabhängigkeit entsteht durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene. Entscheidend für die Abhängigkeit bei Nikotinsucht ist die Wirkung des Nikotins auf das Gehirn. Nikotin bindet an die Nikotinrezeptoren, welche sich unter anderem auf Dopamin-Neuronen im ventralen tegmentalen Areal (VTA) befinden. Im Nucleus accumbens (NA), dem Belohnungszentrum des menschlichen Gehirns, erfolgt daraufhin die Freisetzung von Dopamin. Der stark erhöhte Dopaminspiegel im Belohnungszentrum schürt schließlich ein zwingendes Verlangen nach Nikotin und mündet in der physischen Abhängigkeit. Der Körper bildet mit der Zeit immer mehr Nikotinrezeptoren auf den Gehirnzellen, wodurch immer größere Mengen Nikotin gebraucht werden. Diese psychische und physische Abhängigkeit beim Rauchen macht den Ausstieg sehr schwer und führt nicht selten zu Rückfällen während des Entzuges.¹

Daneben gibt es noch eine Reihe weiterer Abhängigkeiten, die zum Teil ganz ähnliche Suchtmechanismen auslösen können: zum Beispiel die Alkohol-

sucht, die Drogenabhängigkeit, die Spielsucht und die Medikamentensucht. Eine altersmäßige Häufung findet sich vor allem im Bereich der Internetsucht bei Teenagern und jungen Erwachsenen sowie bei der Medikamentenabhängigkeit bevorzugt im höheren Lebensalter. Eine langjährige Suchtkarriere geht in allen Fällen mit einer sozialen Verarmung und Isolation einher, an deren Ende meist schwere gesundheitliche Folgen stehen. Die Ursachen für Süchte sind individuell, doch finden sich sehr häufig Probleme im sozialen oder beruflichen Umfeld, geringes Selbstwertgefühl, Stress, zunehmende Arbeitsverdichtung sowie der Wunsch nach höherer Leistungsfähigkeit mittels Neuroenhancement – Faktoren, die ebenso im Alltag auf die Ärzte selbst einwirken können (siehe Kasten).

Suchtbehandlung heute

Das Versorgungssystem für Menschen mit Suchtproblematik ist in Deutschland sehr differenziert und bietet vor allem im Bereich der Nikotin-, Alkohol- und Drogensucht eine Vielzahl von Hilfsangeboten. Dennoch ist gerade auf dem Gebiet der Frühintervention und Prävention weiterer Handlungsbedarf geboten – ein zukünftig weites Betätigungsfeld, welches sich vor allem auch für Hausärzte auf tut. Die Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen ist über Leitlinien geregelt, die in einigen Fällen bis zur Qualitätsstufe S3 ausgearbeitet vorliegen.

Für die Raucherentwöhnung werden beispielsweise die folgenden Verfahren und Vorgehensweisen empfohlen:³

1. Niederschwellige Verfahren/Harm Reduction
Aufhörbereite Raucher sollten Kurzberatungen erhalten und weiterführende Hilfsangebote wie Gruppen- und Einzelbehandlungen oder telefonische Beratung empfohlen bekommen. Klassische Selbsthilfematerialien unterstützen beim Erreichen des Rauchstopps. Patienten, die nicht gänzlich mit dem Rauchen aufhören möchten, können das Niko-



ÄRZTE UND SUCHT

Auch Ärzte leiden in Abhängigkeit vom Geschlecht, der fachlichen Ausrichtung, der Zahl der Arbeitsstunden sowie aufgrund unterschiedlicher Arbeitserfahrung unter hohem Arbeitsdruck und einer immensen Stressbelastung. Aus einer Umfrage mit 7.218 Teilnehmern geht hervor, dass bis zu 79 % der Ärzte im Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)-Test ein erhöhtes Burnout-Risiko haben. Um den Anforderungen der Arbeitswelt gerecht werden zu können, steigt in der Folge die Bereitschaft zum Konsum von Neuroenhancern, Schlafmitteln oder auch Alkohol. Nach Auswertung des Alcohol Use Disorders Identification Tests (AUDIT-C) von 456 Ärztinnen und Ärzten zeigte sich eine geschätzte Prävalenz für ein Alkoholproblem von 4 % bei weiblichen und 9,5 % bei männlichen Ärzten.²

tin im Sinne einer Harm Reduction über Nikotin-pflaster und E-Zigaretten substituieren und so das Risiko für rauchbedingte Folgeerkrankungen senken. Diese Maßnahmen sollten aber immer mit einer Verhaltenstherapie kombiniert werden.

2. Psychotherapie

Die beste Evidenz mit den höchsten Effektstärken haben komplexe verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme sowie die Einzeltherapie. Daher sollen solche Programme in der psychosozialen Gesundheitsversorgung routinemäßig angeboten werden (Empfehlungsgrad A).

3. Pharmakotherapie

Ergänzend werden aufhörereiten Rauchern medikamentöse Unterstützungstherapien empfohlen: z.B. Nikotinersatz (Pflaster, Kaugummi, Mundspray, Tablette, ...), Bupropion und Vareniclin. Alle diese eingesetzten Medikamente sind in ihrer Wirksamkeit gut belegt und zeigten in Studien ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis. Für Homöopathika, Naturheilmittel, Antidepressiva und andere psychotrope Substanzen (z.B. Cytisin) besteht hingegen kein eindeutig positiver Wirknachweis, weshalb deren Anwendung derzeit nicht empfohlen werden kann.

Neue Herausforderungen

Trotz steigender Fallzahlen bei Personen mit problematischem oder pathologischem Internetverhalten gibt es noch wenige Angebote in der Suchthilfe für Gefährdete oder Betroffene. Die Internetsucht ist eine sehr junge Störung, für die es darüber hinaus bisher keine Standarddiagnostik gab. Mit der fünften Revision des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) liegt aber nun erstmals ein Vorschlag für Diagnosekriterien der Internet Gaming Disorder vor. Eine Studie an 196 Personen zeigte unlängst, dass die DSM-5-Kriterien auch für andere Anwendungsformen des Internets, z.B. Social Media, anwendbar sind. Eine weitere Studie aus Österreich an 797 Schülern und Schülerinnen mit einem Durchschnittsalter von 15 Jahren zeigte, dass 2,2 % der Kinder gefährdet waren, eine Internetsucht zu entwickeln, und 3,3 % sogar bereits computerspiel- und internetsüchtig waren. Die auffälligen Spieler waren in der Mehrzahl männlich, litten häufiger unter Depressionen und Ängsten und gaben an, Suizidgedanken zu haben. Deshalb sollten im Rahmen von Internetsucht auch immer Angst, Depression und Suizidalität abgeklärt werden.⁴

Ein weiterer aufstrebender Trend zeichnet sich beim Gebrauch von Amphetamin und Methamphetamin („Crystal“) ab. Hier treten zu den Freizeitkonsumen-

ten auch solche hinzu, die einer hohen Belastung durch Komorbiditäten und Traumata ausgesetzt sind. Darüber hinaus entdecken frühere Konsumenten der mittlerweile verbotenen Droge Mephedron häufig synthetische Cannabinoide und Methamphetamine für sich. Geeignete Diagnose- und Therapiemaßnahmen müssen vielfach erst noch aus den Erfahrungen mit anderen Suchtkranken abgeleitet und angepasst werden; bislang gibt es in Deutschland dazu keine Forschungsergebnisse.⁵ Gerade auch vor dem Hintergrund der neu auftretenden Suchtformen ist eine Weiterbildung der Haus- und Fachärzte auf dem Feld der Suchterkrankungen dringend angeraten. Aufklärung und Prävention sollten gerade in diesem Bereich immer Priorität vor Therapie und Rehabilitation haben. Die Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Patienten muss deshalb zukünftig weiter verbessert werden, wie auch Diagnosemethoden und Hilfsangebote für aufhörereite Menschen.

- 1 DKFZ (Hrsg.): Nikotin. Pharmakologische Wirkung und Entstehung der Abhängigkeit Heidelberg, 2008
- 2 S-39. Ärztegesundheit – Quo vadis? Deutscher Suchtkongress 2014, Berlin; SUCHT 2014; 60(Suppl.1): 124-6
- 3 S-07. Leitliniengerechte Behandlung von Tabakabhängigkeit. Deutscher Suchtkongress 2014, Berlin; SUCHT 2014; 60(Suppl.1): 45-7
- 4 S-33. Internetsucht: Aktuelle Befunde zu Diagnostik, Epidemiologie und Intervention. Deutscher Suchtkongress 2014, Berlin; SUCHT 2014; 60(Suppl.1): 110-2
- 5 S-32. Methamphetamin und andere Stimulanzien: Aktuelle Befunde zu Verbreitung, Prävention und Therapie. Deutscher Suchtkongress 2014, Berlin; SUCHT 2014; 60(Suppl.1): 108-10

KURZINTERVIEW MIT PROF. DR. ANIL BATRA

? Herr Prof. Batra, warum werden eigentlich nicht alle Menschen süchtig?

Gibt es etwa ein Sucht-Gen? Die Entstehung der Sucht ist multifaktoriell: hier spielen psychosoziale Bedingungen, die biografische Entwicklung, die Lebenssituation des Einzelnen, Persönlichkeit wie auch biologische Grundlagen eine wichtige Rolle. Erfahrungen mit der Substanz in bestimmten Zusammenhängen klären auch die spezielle Funktionalität, die der Einzelne damit verbindet.

? Wie wichtig ist eine Verhaltensänderung, um die Sucht zu besiegen? Wie häufig sind Rückfälle, z.B. bei Alkohol- oder Nikotinsucht?

Die Sucht ist eine Verhaltensstörung, die auch biologischen und psychosozialen Rahmenbedingungen folgt. Dennoch steht in der Therapie das Ziel der Verhaltensänderung zur Überwindung der Sucht ganz im Vordergrund. Rückfälle gehören zur Behandlung der Suchterkrankung dazu. Innerhalb eines Jahres werden z.B. bei einer Alkoholentwöhnungsbehandlung bis zu 50 % der Patienten rückfällig, bei einer Tabakabhängigkeit sind es bis zu 80 %, die auch nach einer qualifizierten Behandlung wieder rückfällig werden.

? Was raten Sie Ärzten im Umgang mit auffälligen Patienten? Wie sollten diese das Thema ansprechen?

Der Arztkontakt ist immer eine gute Möglichkeit, ein Problemverhalten anzusprechen. Klinische Befunde oder die von den Patienten angesprochenen Beschwerden geben eine gute Gelegenheit, den Zusammenhang mit dem Suchtmittel anzusprechen und auf die möglichen positiven Veränderungen durch die Einleitung einer Abstinenz hinzuweisen. Wichtig ist weniger die Klärung der Zusammenhänge als die In-Aussicht-Stellung von Besserung und konkreten Möglichkeiten zur Überwindung der Abhängigkeit.

? Die E-Zigarette als Methode zur Harm Reduction wird derzeit für Raucher empfohlen. Ist die E-Zigarette wirklich ein Ausstiegsmittel oder vielmehr ein Lifestyleprodukt, das erst von Sucht gefährdete Menschen in die Nikotinabhängigkeit lockt?

Es gibt aktuell keine guten Belege für die Wirksamkeit der E-Zigarette als Ausstiegsmittel. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine große Verbreitung der E-Zigarette und eine wachsende Akzeptanz auch mit dem Risiko einhergeht, dass suchgefährdete Menschen in die Nikotin- und Tabakabhängigkeit gelockt werden.

? Arbeitsbelastung und Neuroenhancement spielen gerade auch bei jungen Ärzten eine nicht unbedeutende Rolle. Welche Hilfsangebote gibt es für von Sucht betroffene Kollegen im Rahmen einer Suchttherapie? Die Angst vor dem Bekanntwerden der Sucht dürfte ja gerade bei Ärzten sehr groß sein.

Auch ärztliche Kollegen sind vor der Entstehung einer Sucht nicht gefeit, die Ärztekammern bieten hier Hilfestellungen, Beratung und die Vermittlung in Behandlungsprogramme an. Jeder Arzt hat bei Auftreten eines Suchtleidens die Verpflichtung, sich diesbezüglich behandeln zu lassen. Eine stabile Abstinenz ist dann das Ziel der Suchttherapie.

Das Interview führte Dr. Marcus Mau

DER EXPERTE

Prof. Anil Batra (Tübingen) ist einer der Leiter des Referats Suchtpsychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht).