



Professor Dr. Dr. Dr.
Felix Tretter

Die klinische Bedeutung des Suchtmittelgebrauchs umfasst alle medizinischen Spezialgebiete. Bei Patienten der verschiedenen ärztlichen Kollegen steht der Konsum unterschiedlichster Substanzen oft im Zentrum. Das betrifft die typische Leberproblematik, die vom Alkoholkranken, der sein Problem leugnet, verschleppt wird, das Verlangen nach Schmerzmitteln von schlecht versorgten Opiatabhängigen am Freitagnachmittag beim praktischen Arzt, die Nachfragen von besorgten Müttern zu Suchtgefahren ihrer computerfixierten Kinder beim Hausarzt, die Schwierigkeiten, bei verhaltensauffälligen Jugendlichen den Konsum neuer Drogen nachzuweisen, oder den unkritischen Umgang mit Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln in Settings für ältere Menschen: immer wieder ist die suchtmmedizinische Kompetenz von Ärzten aller Fachgruppen gefordert. Hier sollen einige aktuelle Aspekte beleuchtet werden.

Neues aus der Suchtmedizin

Verhaltenssüchte – neue Abhängigkeiten oder neue Zwänge?

Die Suchtproblematik zeigt, über die Jahre hin betrachtet, eine nicht endende Dynamik in der Bevölkerung mit Millionen von betroffenen Menschen. In dieser Hinsicht stellen die neu aufkommenden Verhaltenssüchte, vor allem die Computerrollenspielsucht, erneut die Frage nach den charakteristischen Merkmalen von Sucht in Abgrenzung zu anderen Störungen wie den Zwängen.

Bei der Computerspielsucht ist aus klinischer Sicht das triebartige, „süchtige Verlangen“, dem die Kräfte des Verstandes wenig entgegenzusetzen haben, ein Kernsymptom in Form des Kontrollverlustes, das von vielen Betroffenen beklagt wird. Verhaltenstherapeutisch betrachtet wirkt das Suchtobjekt (zum Beispiel Computerspiel) – zumindest im Anfangsstadium – als ein positiver Verstärker (positive Verstärkung).

Das ebenso schwer kontrollierbare Zwangsverhalten hingegen dient von Anfang an der Reduktion der objektbezogenen Unlust (zum Beispiel fiktiv offene Wasserhähne kontrollieren müssen). Durch den Wegfall der angstbesetzten negativen Imagination liegt also eine **negative Verstärkung** vor. Diese subtile Differenzierung, die auch neurobiologisch bestätigt ist, interessiert nicht nur theoretisch-nosologisch, sondern auch im Hinblick auf mögliche medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen: Klar herausgearbeitet ist nämlich mittlerweile, dass die Magersucht, obwohl sie oft mit Medikamentenmissbrauch einhergeht, psychopathologisch den Zwängen zuzuordnen ist, mit einer Störung der körperlichen Selbstrepräsentanz, die vermutlich in dysfunktional entwickelten temporal-kortikalen Netzwerken des Körperschemas ihr neuronales Korrelat haben. In Abgrenzung davon ist daher bei Verhaltenssüchten von neuen Abhängigkeiten auszugehen. Dies unterstützt das Konzept, dass Menschen ganz allgemein über das Potenzial verfügen, zu Lustvollem ein süchtiges Verhältnis entwickeln zu können.

Epidemiologie und Ursachen

Das epidemiologische Gewicht der Sucht wird deutlich, wenn man daran denkt, dass zirka acht Millionen Menschen davon betroffen sind (siehe Tabelle 1). Wenn man etwa drei Angehörige mit einrechnet, dann ist mindestens ein Drittel der Bevölkerung direkt oder indirekt von der Suchtproblematik betroffen, was allerdings aus Scham kollektiv verdrängt wird. Neu hinzugekommen sind die erwähnten Verhaltenssüchte als süchtige Entgleisung, insbesondere das bekannte pathologische Glücksspiel (circa 200.000 Personen), das pathologische Computer-Rollenspiel und der pathologische Onlinegebrauch (circa 250.000 der 14- bis 24-Jährigen [1, 2]).

Methodische Probleme bei der Erhebung dieser Zahlen (Non-Response, Verleugnung, Bagatelisierung, usw.) weisen auf eine Unterschätzung der realen Verhältnisse hin, sie erlauben es auch nicht, sichere Verlaufsbeurteilungen abzugeben. Manche Erhebungen ergeben methodisch bedingt auch um das Doppelte höhere Prävalenzzahlen als Vergleichsstudien. Das erschwert es auch, Hypothesen zu Kausalfaktoren der Suchtentwicklung zu formulieren.

In der Ursachenforschung dominieren deshalb weiterhin die biologischen Forschungsansätze. Wengleich das Verursachungspotenzial der Sucht durch genetische Faktoren bei zumindest 50 Prozent zu veranschlagen ist

(zum Beispiel Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen), sind komplexere neurobiologische Erklärungsebenen erforderlich, um die biologischen Grundlagen der Sucht als erworbene Gehirnkrankheit verstehen zu können: Neben dem Nucleus accumbens und dem anterioren cingulären Kortex ist nun auch die Amygdala in das Interesse der Suchtforschung gerückt. Diese Gehirngebiete müssen nun in ihrem Netzwerkverhalten verstanden werden, was eine neue Sicht der Suchtentwicklung bedeutet, wengleich weiterhin auf chemischer Ebene davon auszugehen ist, dass das Dopamin-System neben dem Endorphin-System dabei eine zentrale Rolle spielt [3]. Aber auch psychologische Faktoren wie traumatische Kindheits- und Jugenderfahrungen, etwa in Form von sexuellem Missbrauch oder Gewalterfahrungen sind gewichtige Risikofaktoren für Suchtentwicklungen, ebenso wie instabile Bindungserfahrungen mit den Eltern [4]. Hinzu kommen soziokulturelle und sozioökonomische Faktoren, die als Risikomilieus wirken. Schließlich ist das pharmakologisch-neurobiologische Wirkungsprofil der jeweiligen Droge ein weiterer Faktor, der das individuelle Suchtrisiko mitbestimmt. Für die Praxis bietet daher dieses bio-psycho-soziale Rahmenkonzept der Suchtentstehung, das neben biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren als vierten Faktor die pharmakologischen Eigenschaften des Suchtmittels einbezieht, eine universelle Basis für das personalisierte Verständnis der individuellen Suchtursachen.

Aktuelle Probleme

Nachdem die breiten verhältnisorientierten Maßnahmen gegen die Tabakabhängigkeit installiert sind, ist gesundheitspolitisch weiterhin der Alkohol ein primäres Ziel der Prävention. Insbesondere im Bereich der Verhältnis-Prävention ist viel zu tun, da unter anderem noch viele Widerstände aus der Alkoholwirtschaft zu überwinden sind.

Das Koma-Trinken Jugendlicher ist seit 2005 zunehmend ein klinisches Problem, das aber offensichtlich langsam zu einem Plateau kommt. Neue Drogen werden nun allerdings von Jugendlichen zunehmend benutzt: es handelt sich um „Research Chemicals“, ein Sammelbegriff, der Hunderte synthetische Cannabinoide und Amphetamin-ähnliche Substanzen umfasst. Im Vormarsch sind aktuell Amphetamine und insbesondere Cathinone, die als Stimulanzien bzw. „Entaktogene“ – die ein besseres Gefühl zu sich selbst vermitteln sollen – verwendet werden. Vor allem bei den unter der Szene-Bezeichnung „Badesalz“ zirkulierenden Stoffen Mephedron (MMC) und Methylenedioxypropyvaleron (MDPV) treten gehäuft schwere Psychosen auf, die mit rasch fluktuierenden Verwirrheitszuständen, Halluzinationen, Agitation, schwerer Aggression und auch Selbstgefährdung einhergehen. Es tritt also ein psychotisches Bild auf, das bizarrer ist als jene Psychosen, die von LSD und anderen Halluzinogenen bekannt sind. Diese Substanzen werden zur Tarnung in Gewürze, Blumenerde, Badesalz und andere Mittel zur Haushaltsführung eingemischt und beispielsweise unter dem Namen „Spice“ (zum Beispiel bei synthetischen Cannabinoiden) usw. über das Internet vertrieben. Sie sind nur über Werbung auf Internetplattformen erkennbar („Zum Rauchen nicht geeignet“). Die Bestellung erfolgt anonym im Internet und für die Lieferung sorgt ein normaler Zustelldienst.

Weiterhin als Partydroge sind Gamma-Hydroxy-Butansäure (GHB) bzw. Gamma-Butyrolacton (GBL) in Gebrauch. Methamphetamin („Crystal“) wird in den südöstlichen Gebieten Deutschlands konsumiert, mit gravierenden somatischen und psychischen Problemen (Psychose, Sucht). Von Drogenabhängigen wird Pregabalin zunehmend missbraucht, ebenso wie Fentanyl-Pflaster. Kokainabhängige versuchen Methylphenidat vor allem unter Vortäuschung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu bekommen, wobei eigenständige Abhängigkeitsentwicklungen beobachtet werden. Bei russischen Mitbürgern in Deutschland wurde die in Russland zunehmend verbreitete Straßendroge „Krokodil“ als Heroinersatz beobachtet. Diese Droge wird von den Abhängigen aus Codein-Tabletten,

Substanz	Zahlen	Bemerkungen
Nikotinkonsumenten Nikotinabhängige	16,6 Millionen 3,8 Millionen	18- bis 64-Jährige [5]
Medikamentabhängige	1,4 Millionen	18- bis 59-Jährige [5]
Alkoholabhängige	1,3 Millionen	18- bis 64-Jährige [5]
Cannabiskonsumenten Cannabisabhängige	ca. 2,6 Millionen 220.000	12-Monats-Prävalenz 18- bis 64-Jährige 2006 [6] 18- bis 64-Jährige [5]
Opiatabhängige	meist 150.000 geschätzt [7]	In Therapie: 100.000 bis 106.000 Personen, davon ca. 60.000 in Substitution [5]
Hypnotika/Sedativa	380.000	18- bis 59-Jährige [5]
Amphetamine	ca. 270.000	12-Monats-Prävalenz 18- bis 64-Jährige 2006 [6]
Ecstasy	ca. 220.000	12-Monats-Prävalenz 18- bis 64-Jährige 2006 [6]
Kokain	ca. 330.000	12-Monats-Prävalenz 18- bis 64-Jährige 2006 [6]
Heroin	ca. 55.000	12-Monats-Prävalenz 18- bis 64-Jährige 2006 [6]
Pathologisches Glücksspiel	ca. 200.000 [1]	
Online-Abhängigkeit	ca. 500.000 [1]	

Tabelle 1: Epidemiologische Kennzahlen für Deutschland nach verschiedenen Erhebungen und Schätzungen.

- » Starkes Verlangen oder Art Zwang, Substanzen zu konsumieren
- » Verminderte Kontrollfähigkeit
- » Entzugssyndrom
- » Toleranzentwicklung
- » Vernachlässigung anderer Interessen
- » Anhaltender Substanzkonsum trotz negativer Konsequenzen

Tabelle 2: Diagnosekriterien für Abhängigkeit (nach ICD 10).

Alkalien, Benzin, Jod und Phosphor hergestellt und verursacht bei i. v.-Applikation schwerste körperliche Schädigungen. Bei i. v.-Opiatabhängigen wurde zuletzt mit Milzbranderregern belastetes Heroin festgestellt.

Diagnostik

Wie erwähnt, werfen die Verhaltenssüchte die Frage nach exakten Definitionen von Sucht im Sinne von Abhängigkeit auf. Dabei hat sich der Begriff des „pathologischen Verhaltens“ in der Fachwelt eingebürgert. Das entscheidende Kriterium dabei ist, dass von der betreffenden Person wegen ihres Suchtverhaltens existenziell wichtige Lebensbereiche in gefährlicher Weise vernachlässigt werden. Dieses Kriterium ist vor allem bei Nachfragen von Eltern, ob ihr Kind computersüchtig ist, wichtig. Das bei stoffgebundenen Süchten wichtige Kriterium, ob bereits am Morgen, sofort nach dem Aufstehen, als erste Aktivität das Suchtmittel genutzt wird, wiegt bei der Abhängigkeit von elektronischen Medien nicht so schwer, da dies immer mehr in den Alltag gehört und ähnlich wie früher das Einschalten des Radios am Morgen als Komponente eines modernen Lebensstils zu werten ist. Das zentrale Merkmal von Abhängigkeit, nämlich der Kontrollverlust, ist durch die eingeschränkte Fähigkeit, den Beginn, die Menge und die Dauer des betreffenden Verhaltens bzw. des Substanzkonsums zu steuern, gekennzeichnet (Tabelle 2).

Auf technisch-diagnostischer Ebene haben sich vor allem im Bereich der Drogenanalytik neue Optionen eröffnet (vergleiche Tabelle 3):

- » Die Nutzung von Farb-Markern, etwa eine Stunde vor der Urinabgabe, erlaubt bei Drogenabhängigen ohne Sichtkontrolle der Urinabgabe die Authentizität des Urins sicherzustellen.

Wirksubstanz	Nachweisdauer im Urin (U)	Nachweisdauer im Blut/Serum (S)	Cut-off-Wert * (ng/ml)	Bemerkungen
Amphetamine/Methamphetamine inkl. Designer-Drogen wie Ecstasy (XTC)	1 bis 3 Tage (bis zu einer Woche)	6 Stunden	300	U: stark abhängig vom pH-Wert des Harns
Barbiturate	24 Stunden	einige Stunden bis Tage	300	U: kurz wirksam, zum Beispiel Secobarbital
	bis zu drei Wochen			U: lang wirksam, zum Beispiel Phenobarbital
Benzodiazepine (Diazepam)	3 Tage	einige Stunden bis Tage	200	U: bei therapeutischer Dosierung, stark abhängig von der Halbwertszeit der Substanz
	4 bis 6 Wochen			U: nach Langzeiteinnahme
Buprenorphin	2 bis 6 Tage		10	
Cannabinoide	24 bis 36 Stunden	Tetrahydrocannabinole (THC) bis 6 Stunden, THC-Carbonsäure einige Tage	50	U: einmaliger Joint
	5 bis 10 bis 20 Tage			U: mäßiger Konsum
	Wochen bis Monate			U: chronischer Konsum
Kokain/Benzoyllecgonin	2 bis 4 Tage	6 Stunden	200	
EDDP (2-Ethylidin-1,5-dimethyl-3,3-diphenylpyrrolidin, Methadon-Metabolit)	3 Tage			
Fentanyl	15 Stunden			
Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)	12 Stunden			
LSD	24 Stunden			
Methadon/Polamidon	3 bis 4 Tage	unterschiedliche Kinetik	300	
Opiate				
» Morphin	bis zu 4 Tage	mehrere Stunden	300	S: bei Überdosierung wesentlich länger, stark dosisabhängig
» 6-Acetyl-Morphin	2 bis 3 Tage	mehrere Stunden		
» Codein/Dihydrocodein (DHC)	bis zu 4 Tage	mehrere Stunden		
Phencyclidin	3 bis 7 Tage			

Tabelle 3: Urindiagnostik bei Drogenkonsum – Nachweiszeiten verschiedener Drogen im Urin, Literatur- und Erfahrungswerte [8] vgl. www.drogenscreening.info. Generell sind die Nachweiszeiten von den Nachweisgrenzen und beim Urin von der Konzentration des Urins abhängig.

- » Speicheltests: Diese Tests haben insbesondere bei der Polizei und bei kurzfristigen Kontrollen den Vorteil, nicht das komplexe Setting der Urinabgabe vorauszusetzen. Valide Ergebnisse gibt es bei Amphetaminen, Kokain und Opiaten, eine geringe Validität liegt bei Cannabis vor.
- » Zur Kontrolle kurzfristigen Alkoholkonsums hat sich Etylglucuronid (EtG) in Urin und Blut gut bewährt. Für die Suchtdiagnostik ist die Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT)

eine weiterhin gut nutzbare Ergänzung zur Gamma-Glutamyl-Transferase (γGT).

Starke laborchemische Herausforderungen bestehen neuerdings beim Nachweis der Research Chemicals. Auch gelingt der chemische Nachweis beim Konsum von synthetischem Tetrahydrocannabinol (THC) im Urin nur für wenige Stunden, für zeitnahe Kontrollen am besten im Blut. Gaschromatografische Methoden sind angezeit.



Foto: rr041 – Fotolia.com

Therapie bei Abhängigkeit von Tabak und Alkohol

Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass die Behandlung von Abhängigkeitskranken im Wesentlichen psychotherapeutisch gestaltet sein muss. Bei der medikamentösen Entzugstherapie bei Abhängigkeit von Tabak bzw. Alkohol hat sich keine wesentliche Änderung ergeben:

- » Beim Entzug von Tabakabhängigen sind Nikotinpflaster und Nikotintabletten Mittel der Wahl. Es werden beispielsweise in Sieben-Milligramm-Schritten die Tagesdosierungen festgelegt und entsprechend den Anweisungen der Hersteller die Pflastergrößen festgelegt. Diese Behandlung dient auch der Abstinenzsicherung. Medikamentös steht zusätzlich Vareniclin (partieller Agonist des nikotinergen Acetylcholin-Rezeptors) zur Verfügung.
- » Beim Alkoholentzug haben sich keine neuen Erkenntnisse ergeben: das Clomethiazol (Distraneurin®) ist nach wie vor – bei allerdings strengerer Indikationsstellung – das Mittel der Wahl im stationären Entzug, und zwar insbesondere wegen seiner guten Wirksamkeit und der kurzen Halbwertszeit von etwa vier Stunden. In den vergangenen Jahren hat sich allerdings die Bedeutung der Kontraindikationen erhöht, insbesondere was die chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen und Allergien betrifft. Leider wird in der Praxis immer wieder noch beobachtet, dass von niedergelassenen Ärzten Klinikpackungen verordnet werden, die dann von Süchtigen in missbräuchlicher Weise als zweites Suchtmittel verwendet werden.

Daher werden zunehmend Benzodiazepine wie Lorazepam oder Oxazepam empfohlen, ohne dass allerdings der Evidenzgrad differenzieller therapeutischer Wirksamkeit hoch

ist. Ein Vorteil der Benzodiazepine besteht in der Möglichkeit der i. v.-Gabe, in der guten therapeutischen Breite und in der Antagonisierbarkeit bei Überdosierung. Die längeren Halbwertszeiten sind allerdings nicht so günstig für effiziente Entzugstherapien. Bei Krampfrisiken wird Carbamazepin bzw. Oxcarbazepin und gegebenenfalls Valproat gegeben, Clonidin wirkt gut gegen die vegetative Symptomatik beim Alkoholentzug. Leider sind noch immer nicht zufriedenstellende Multicenter-Studien im klinischen Bereich durchgeführt worden, die eine rationale und differenzielle Vor- und Nachteil-Evaluation der einzelnen Substanzen erlauben. Nach wie vor ist es daher eine gewohnheitsbedingte Entscheidung, welche der Substanzen beim Alkoholentzug verwendet wird.

Zur medikamentösen Stützung der Abstinenztherapie bei Alkoholabhängigkeit steht weiterhin Acamprosat (funktioneller Glutamat-Rezeptor-Antagonist) und Naltrexon (μ -Opiat-Rezeptor-Antagonist) zur Verfügung.

Anzeige

Wo andere aufhören, machen wir weiter.

Der Unterschied liegt im Detail.
Und im Detail liegt der wahre
Mehrwert.



PRIVATABRECHNUNG VON EXPERTEN FÜR EXPERTEN



Medas

Medas GmbH | Messerschmittstraße 4 | 80992 München | www.medas.de



Foto: www.BilderBox.com

Von Baclofen (GABA-B-Agonist) werden gelegentlich Erfolge berichtet, belastbare Studien stehen allerdings aus. Das Präparat Nalmefene (partieller μ -Opiat-Rezeptor-Agonist) soll die Trinkmenge reduzieren und befindet sich aktuell im europäischen Zulassungsverfahren. Für besonders schwierige Fälle ist die gruppengestützte Therapie mit dem Aversivikum Disulfiram noch eine medikamentöse Option.

Im Hinblick auf die Entwöhnungstherapie hat sich allgemein neben der stärkeren Systematisierung durch besondere Manuale der kognitiven Verhaltenstherapie eine Standardisierung der Programme ergeben. Die zusätzliche Verwendung von Medikamenten aus dem psychiatrischen Wirkungskreis wird zunehmend akzeptiert, allerdings primär im Rahmen der psychiatrischen Komorbidität, wie Depression, affektive Instabilität, Persönlichkeitsstörung, usw. Da aber die klinischen Populationen bis zu

70 Prozent derartige Zusatzdiagnosen aufweisen, ist davon auszugehen, dass diese Medikationen sich weiter durchsetzen werden.

Medikamentenabhängigkeit

Neben der bekannten Abhängigkeit von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln sind Schlafmittel aus der Gruppe der Benzodiazepin-Analoga (wie Zaleplon, Zolpidem oder Zopiclon) wegen deren Einwirkung auf GABAerge Mechanismen zu praktisch relevanten Suchtmitteln geworden. Auch werden diese Substanzen gerne von Alkoholabhängigen als Ersatzmittel genommen („Von der Pille zur Pille“).

Ein neueres Problem sind die bereits erwähnten Fentanyl-Pflaster, die von polytoxikomanen Drogenabhängigen missbraucht werden, insofern sie in Wasser ausgelaugt oder aufgekocht und dann als wässrige Lösung gespritzt werden, mit der Folge schwerer Komplikationen. Auch das Lutschen der Pflaster ist beliebt. Die Zunahme der Fentanyl-Toten alleine ist ein wichtiger Anlass, mit dieser Substanz sorgfältiger umzugehen. In der Praxis ist beim Wunsch, Fentanyl verordnet zu bekommen, die diagnostische Sicherstellung eines Schmerzsyndroms zu gewährleisten. Darüber hinaus sind nur kleine Mengen zu verordnen und beispielsweise in Altenheimen auch auf die fachgerechte Entsorgung zu schauen, wohlmöglich über die Apotheken. Neuerdings steht auch Modafinil zur mentalen Leistungssteigerung in der Diskussion.

Ganz aktuell ist der Missbrauch von Pregabalin, das von Abhängigen gerne, von Ärzten erschlichen, am Schwarzmarkt gehandelt wird und das wohl ein eigenes Abhängigkeitspotenzial haben dürfte. Eine strenge Indikationsstellung ist dabei zu empfehlen.

Therapie bei Abhängigkeit von illegalen Drogen

Hier hat sich durch die beeindruckende PREMOS-Studie gezeigt [9], dass die Substitutionsprogramme mit Opioiden (zum Beispiel Methadon oder Buprenorphin) bei polytoxikomanen Heroinabhängigen einen guten Erfolg bringen: bei 1.493 Patienten wurde sechs Jahre nach Beginn der Longitudinal-Studie festgestellt, dass die Haltequote 70 Prozent betrug, wobei bei 21 Prozent mindestens einmal versucht wurde, eine Abstinenztherapie einzuleiten. Die Mortalität sinkt, die Abstinenz von anderen Substanzen steigt, die soziale Integration nimmt zu, die Kriminalität nimmt ab, jedoch nimmt die körperliche und psychische Gesundheit eher ab, was mit der Chronizität der Erkrankung zu tun haben dürfte.

Bei Cannabis-Abhängigkeit gibt es bereits gute Module der Therapie und Prävention, die insbesondere in Kooperation mit Beratungsstellen realisiert werden können. Weiterhin ist beim akuten Konsum von Cannabis an Psychose- und Komorbidität zu denken, insbesondere die süchtige Komorbidität macht es andererseits bei Schizophrenie und vergleichbaren psychischen Störungen sehr schwierig, die Patienten suffizient zu behandeln. Dies wird durch ambulante und stationäre Programme für Komorbidität unter dem Titel „Psychose und Sucht“ angegangen.

Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärztblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Der Autor erklärt, dass er keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten hat, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnten.

Das Wichtigste in Kürze

Weiterhin ist Alkohol als gesundheitspolitischer Aufgabenbereich an erster Stelle. Die sogenannten Research-Chemicals haben eine hohe Dynamik im Konsumbereich mit gravierenden medizinischen Komplikationen im Rahmen der Akutmedizin. Die Verhaltenssuchte ergeben einen neuen Aufgabenbereich, der insbesondere in die Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie hineinreicht. Weiterhin sieht man, dass der Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere mit der Schmerzmedizin, aber auch mit der Arbeitsmedizin dringend erforderlich ist, um eine ganzheitliche medizinische Intervention bei Suchtkrankheiten zu gewährleisten. Zur Vertiefung einzelner Problemstellungen hat die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (www.bas-muenchen.de) multidisziplinär fundierte Positionspapiere erstellt.

Autor

Professor Dr. med. Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter, Suchtabteilung, Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost, Ringstraße 9, 85540 Haar, E-Mail: felix.tretter@iak-kmo.de