

# Mischkonsum

## Anforderungen in der klinischen Behandlung

*Jahreskonferenz der Selbsthilfeverbände in der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)  
Frankfurt, 8.7.2023*

*Prof. Dr. med. Markus Steffens, Klinik Hohe Mark Oberursel/Frankfurt, Katholische Hochschule Mainz*

# Mischkonsum - Anforderungen in der klinischen Behandlung

- Mischkonsum – ... - Abhängigkeit
- Körperliche und psychische Folgen und Komorbiditäten
- besondere Herausforderungen in der Klinik
- Behandlungs- und Therapiestrategien

# Konsum – riskanter Konsum – schädlicher Gebrauch - Abhängigkeit

- Konsum – riskanter Konsum – schädlicher Gebrauch - Abhängigkeit (Alkohol)
  - + 24g Reinalkohol pro Tag für Männer, 12g Reinalkohol für Frauen (z.B. ein Glas Bier à 0,3l), mindestens zwei abstinente Tage pro Woche
  - + Rauschkonsum: vier/fünf oder mehr Getränke (Standarddrinks)
  - + Schädlicher Gebrauch: z.B. "Filmrisse" (blackouts), Leberfunktionsstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, depressive Verstimmungen



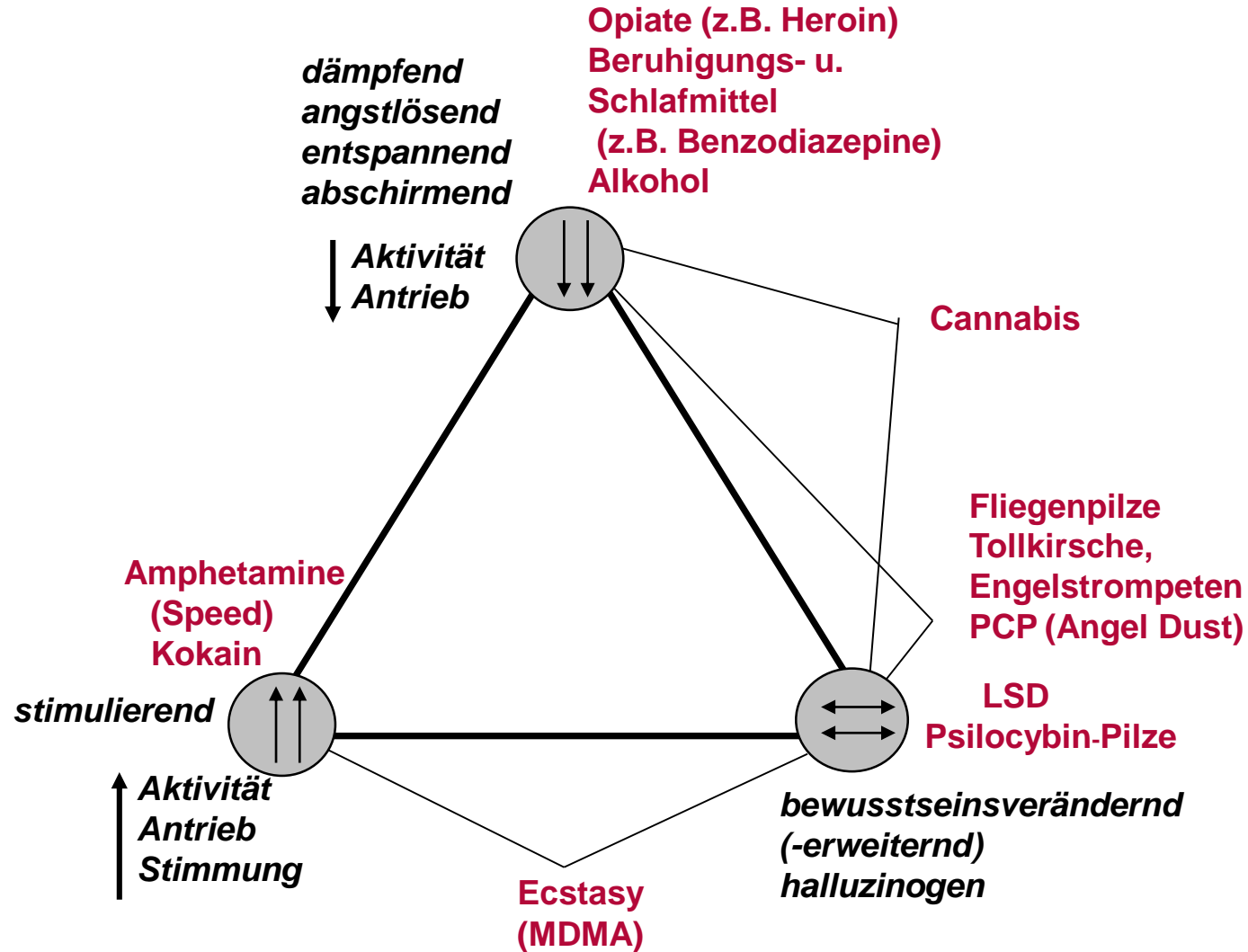
# Abhängigkeit

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, zu konsumieren (craving)
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Nachweis einer Toleranz (um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich)
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Konsums, erhöhter Zeitaufwand, um Substanzen zu beschaffen, zu konsumieren oder von den Folgen zu erholen
- anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (z.B. Leberschädigung, depressive Verstimmungen, Verschlechterung der kognitiven Funktionen – Gedächtnis, Konzentration)



# Psychische Wirkungen von Suchtstoffen

(Gouzoulis-Mayfrank 2004)



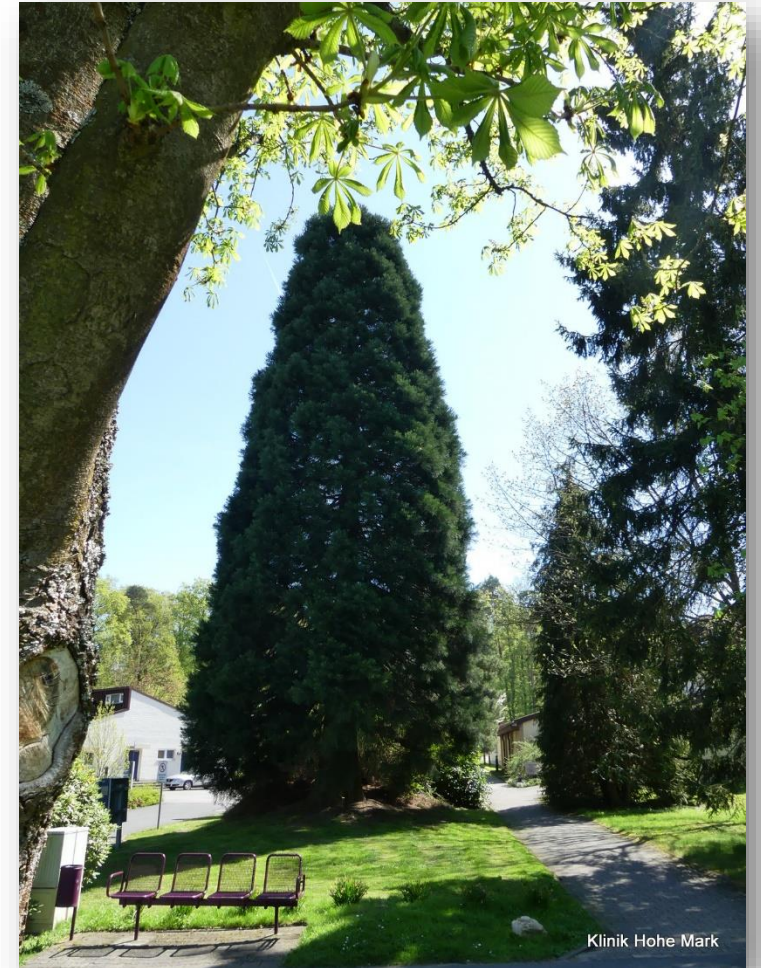
# Mischkonsum - Komorbidität

- Mischkonsum
  - + Nikotin: bei Patient\*innen mit Alkoholabhängigkeit bei ca. 80%
  - + Drogen: 33% und 50% (Epidemiologie)
- Komorbidität
  - + Körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen
  - + Psychische Begleit- und Folgeerkrankungen



# Mischkonsum - Psychische Begleit- und Folgeerkrankungen

- affektiven Störungen (Depression, bipolare Störung)
  - Psychosen
  - Angsterkrankungen (33% bis 42%)
  - Traumafolgestörung (15-30%)
  - Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
  - Persönlichkeitsstörungen
- **Abhängigkeitserkrankung und psychischen Komorbidität:**
- + neuropsychologischen Leistungseinschränkungen – häufiger unzureichend festgestellt
  - + suboptimalen Therapien und Behandlungsergebnisse
  - + Symptome können:
    - *direkte Folge des Konsums sein*
    - *mit Abstinenz von selbst abklingen*
    - *unter Konsum verdeckt sein und erst mit Abstinenz auftreten*



# komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Sucht und Trauma)

- chronische interpersonale Traumatisierungen
- Störungen der Emotionsregulation
- chronisches selbstdestruktives Verhalten (Selbstverletzung, Essstörung, **Alkohol- und Drogenmissbrauch**)
- dissoziative Symptome
- somatoforme Symptome
- pathologisch veränderte Selbstkonzepte und Beziehungsstile

# Beispiele somatischer Folgeerkrankungen

- neurologisch:
  - + epileptische Anfälle
  - + alkoholinduzierte periphere Polyneuropathie (Nervenschädigung)
  - + Kleinhirn-, Grosshirnatrophie mit Gang- und Standataxien (-störungen)
  - + Myopathie (Muskelerkrankungen)
- hepatologisch:
  - + alkoholische Fettleber
  - + alkoholische Hepatitis
  - + alkoholische Leberzirrhose (Aszites, Ösophagusvarizen)
  - + hepatozelluläre Karzinom
- gastrointestinal:
  - + Karzinome der Mundhöhle, Kehlkopf, Speiseröhre, Darm
  - + Refluxösophagitis, Barrett-Ösophagus
  - + Entzündung der Bauchspeicheldrüse
- kardiologisch:
  - + Herzrhythmusstörungen
  - + Arterielle Hypertonie
  - + alkoholische Kardiomyopathie (Herzmuskelschwäche)

# Mischkonsum - Anforderungen in der klinischen Behandlung

- führt zu einer erhöhten Morbidität (körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen) und Sterblichkeit (z.B. Verschlechterung der Prognose von Lebererkrankungen)
- kann bei bestimmten körperlichen Erkrankungen das Risiko multiplizieren
- Verschlechterung der Prognose von psychischen Begleiterkrankungen
- riskantere Lebensweise
- vermehrte (HIV-)Infektionen
- erhöhte Zahl von Intoxikationen
- Verschlechterung der Behandlungserfolge



# Beispiel Cannabis

- über 70 Cannabinoide
  - + am stärksten psychoaktiv: Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC)
  - + Cannabidiol (CBD): angstlösende, antipsychotische, entzündungshemmende und übelkeitshemmende Wirkungen
    - *in vielen Züchtungen häufig nicht mehr vorhanden*
- Wirkstoffgehalt THC im letzten Jahrzehnt deutlich angestiegen

# Endocannabinoidrezeptoren

- Sedierung, Euphorie, Entspannung, ggf. Logorrhö
- Verminderung von Reaktionszeit und Konzentration, Gleichgültigkeit, Denkstörungen
- Erweiterung der Pupillen und konjunktivale Injektion
- gesteigerter Appetit, Übelkeit
- Pulsanstieg
- Schwindel

# synthetische Cannabinoide

- „legal highs“, exotische Räuchermischungen, Kräuterprodukte, Spice
- z. B. auf die getrockneten Blüten gesprüht
- in den letzten Jahren zunehmend
- Im Vergleich zu pflanzlichen Cannabispräparaten ähnliche Effekte
- verstärkte pharmakologische Wirksamkeit am Rezeptor
- erhöhte Risiken: Infarkte, Nierenversagen, Grand-Mal-Anfälle, Psychosen, Todesfälle

# somatische Folgeschäden - Mischkonsum (häufig gleichzeitig Tabak-, Alkoholprodukte)

- Entzündung der Mundschleimhaut
- Übelkeit und Erbrechen
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Tumore im Nasen-Rachen-Raum
- Tachykardien und Blutdruckerhöhung, erhöhtes Herzinfarkttrisiko
- Schwächung des Immunsystems und der Spermiogenese
- gefährliche Kombination Alkohol und Cannabis: erhöhtes Risiko einer Leberzirrhose

# Cannabis: Komorbidität

- leicht erhöhtes Risiko für Depression und Angststörung
- bipolare Störung: schlechterer Verlauf, erhöhtes Suizidrisiko, vermindertes Ansprechen auf Lithium
- erhöhtes Risiko für akute und chronische Psychosen nach häufigem Cannabiskonsum

# klinische Behandlung – am Beispiel Klinik Hohe Mark

- Stationärer Qualifizierter Entzug und Motivationsbehandlung in der Inneren Medizin
- Stationärer Qualifizierter Entzug und Motivationsbehandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie

**Wo sind Sie untergebracht?**  
- Ihr „Zuhause auf Zeit“



**Station Haus Taunus 3**

Die in einem Neubau befindliche, psychiatrisch geleitete Station Taunus 3 verfügt über eine moderne, barrierefreie Infrastruktur. Neben PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit werden hier auch Betroffene mit mehrfacher Abhängigkeit und psychiatrischen Begleiterkrankungen behandelt. Die Behandlungsdauer kann hier zwischen 1,5 - 3 Wochen betragen und ggf. auch verlängert werden.

**Station Altkönig**



Auf der internistisch-psychiatrisch geleiteten Station Altkönig werden PatientInnen mit einer Alkoholabhängigkeit behandelt. Die Behandlung dauert hier in der Regel 10-14 Tage. Die Station befindet sich am Rande des weitläufigen Klinikgeländes und erstreckt sich über 2 Etagen, weshalb eine ausreichende Mobilität seitens der PatientInnen gegeben sein muss.

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik



**Klinik Hohe Mark Oberursel (Taunus)**

fachlich kompetent – christlich engagiert  
hohemark.de



Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik



**Klinik Hohe Mark Oberursel (Taunus)**

fachlich kompetent – christlich engagiert  
hohemark.de





**Anreise Oberursel**

Vom Hbf in Frankfurt S5 bis zum Bahnhof Oberursel, dann mit der U3 bis zur Endhaltestelle Hohemark.

Oder mit einer der U- oder S-Bahnen zwei Stationen bis Hauptwache, dann mit der U3 bis Endhaltestelle Hohemark.

Hier finden Sie weitere Informationen über die Klinik Hohe Mark:



Stand: 9/2019

**Stationäre Suchtmedizin**

Altkönig und Taunus 3




# Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE)

- Behandlung des akuten Entzugssyndroms
- Diagnostik und Behandlung der komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen
- Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und der Stabilisierung der Abstinenz
- Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen, Bahnung entsprechender Kontakte in das regionale Hilfesystem
- interdisziplinär: psychiatrisch/internistisch, (fach-)krankenpflegerisch, psychologisch/psychotherapeutisch, sozialarbeiterisch/sozialtherapeutisch, ergotherapeutisch, bewegungstherapeutisch

# Hinweise auf eine bessere Wirksamkeit QE

- höhere Abstinenzrate (Driessen et al 1999, Lange et al 1999, Loeber et al 2009)
- höhere Rate von Vermittlungen in eine weiterführende Therapie (Stetter & Mann 1997)
- besserer Therapieerfolg einer nachfolgenden Rehabilitationsbehandlung (Bauer & Hasenöhrl 2000)
- reduzierte Wiederaufnahmerate (Reker et al. 2004)

# klinische Behandlung – am Beispiel Klinik Hohe Mark

- Trauma und Abhängigkeit - Zeitgleiche Behandlung von Trauma-Folgestörungen und stoffgebundener Abhängigkeit (Leitlinienempfehlung 2020: integrierte psychotherapeutische Behandlung, die sowohl PTBS-, als auch alkoholbezogene Interventionen beinhaltet)



**Anreise**

**Mit dem Auto**



Auf dem Klinikgelände befindet sich ein 2-geschossiges Parkdeck. Bei der An- und Abreise kann das Klinikgelände zum Be- und Entladen des Gepäcks befahren werden.

**Mit der Bahn**

Vom Hauptbahnhof Frankfurt mit der S5 bis zum Bahnhof Oberursel, dann mit der U3 bis zur Endhaltestelle Hohemark oder mit einer der zahlreichen U- oder S- Bahnen zwei Stationen bis zur Hauptwache, dann mit der U3 bis zur Endhaltestelle Hohemark. Von der U-Bahn Endhaltestelle geht man noch ca. 400 m leicht bergauf zur Pforte der Klinik.

**Anschrift**

Friedländerstraße 2, 61440 Oberursel  
 Telefon 06171 204-0 Telefax 06171 204-8000  
 klinik@hohemark.de | www.hohemark.de



**Oberurseler Modell**  
 Zeitgleiche Behandlung von Trauma-Folgestörungen und Abhängigkeit

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik | Suchtmedizin

# klinische Behandlung – am Beispiel Klinik Hohe Mark

- Suchtmedizinische Sprechstunde
- Ambulante Suchttherapie und Rehabilitation
- Ganztägig ambulante Suchttherapie und Rehabilitation

## Kontakt TagesReha

Borsigallee 19  
60388 Frankfurt  
Telefon 069 244 323-2100  
Telefax 069 244 323-2110  
sucht@tagesreha-ffm.de



Standort Borsigallee  
Sitz der Instituts-  
ambulanz und  
der TagesReha.



# Mischkonsum - Anforderungen in der klinischen Behandlung

- Mischkonsum – ... - Abhängigkeit
- Körperliche und psychische Folgen und Komorbiditäten
- besondere Herausforderungen in der Klinik
- Behandlungs- und Therapiestrategien

- American Psychiatric Association (2018): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Falkai, P., Wittchen, H.-U. (mitherausgegeben von Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., Zaudig, M.), 2. korr. Aufl. Göttingen u.a.: Hogrefe
- AWMF, DGPPN, DG-SUCHT (2020) S3-Leitlinie. Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Abgerufen von [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001I\\_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen\\_2021-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001I_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf)
- Berger, M. (2019): Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie, 6. vollst. neu bearb. Aufl., München u.a.: Urban & Fischer
- Dilling, H., Mombour W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (2016): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. überarb. Aufl., Bern u.a.: Hogrefe
- DGPPN (Hrsg.) (2015) Zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums. [www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2015/cannabis.html](http://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2015/cannabis.html) (download vom 03.05.2017)
- DHS (2013): Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1, 5. vollst. überarb. u. neugest. Aufl., Hamm: DHS
- DHS (2013): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 4, 2. vollst. überarb. u. neugest. Aufl., Hamm: DHS
- DHS (2017) Cannabis. Basisinformationen. Bramsche: Rasch
- Falkai, P., Laux, G., Deister, A., Möller, H.-J. (2021): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 7. vollst. überarb. Aufl., Stuttgart u.a.: Thieme
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., Wöller, W. (2013): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer
- Hoch, E., Zimmermann, P., Henker, J., Rohrbacher, H., Noack, R., Bühringer, G., Wittchen, H.U. (2011): Modulare Therapie von Cannabisstörungen. Das CANDIS – Programm. Göttingen u.a.: Hogrefe
- Maercker, A. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. 3., vollst. neu bearb. und erw. Aufl. Heidelberg u.a.: Springer
- Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (2017): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 5. Aufl., Berlin u.a.: Springer
- Soyka, M., Preuss, U., Hoch, E. (2017) Cannabisinduzierte Störungen. Nervenarzt 88: 311–325
- Wienberg G. (2002) Systems of care for persons with alcohol problems in Germany – an analysis from a public health perspective. In: Mann K (Hrsg). Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst; 17-46