

# Die ärztliche Kompetenz ist dringend gefragt!

*Suchtmittelkonsumierende Kinder und Jugendliche in der ärztlichen Praxis – Ergebnisse einer Ärztebefragung*

*von Hildegard Graß und Walter Farke*

**G**esundheitspolitische Überlegungen unter dem Stichwort „Früherkennung von Sucht“ in der Arztpraxis beziehen zunehmend das jugendliche Patientenkollektiv mit ein. So liegt im aktuellen Landesprogramm „Sucht“ in NRW ein Fokus auf der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen. Bereits bestehende Initiativen und Informationskampagnen (zum Beispiel Suchtvorbeugung in der ärztlichen Praxis, Ärztliche Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen; (2)) können in das neue Modell der „J1“ (Jugendgesundheitsuntersuchung) als eine Chance zur Früherkennung einer Suchtgefährdung bei Jugendlichen einfließen (11).

Zusätzlich hat die Gesundheitsreform 2000 unter dem Stichwort „hausärztliche Grundversorgung“ wichtige Weichenstellungen vorgenommen: Durch die Einführung dieses Konzeptes werden explizit neben den krankheitsbezogenen Funktionen auch die patientenbe-

zogenen Bereiche – und hier insbesondere die sozialen Integrationsaufgaben und präventiv ausgerichtete Gesundheitsberatungen – als ärztliche Funktionen und Leistungsspektren definiert und auch Koordinationsaufgaben zur notwendigen Vernetzung der unterschiedlichen Hilfestrukturen auf professioneller Basis und Laienebene integriert (4).

Eine besondere Bedeutung der ärztlichen Position findet ihren Ausdruck auch in wissenschaftlichen Erhebungen und Erfahrungsberichten aus dem Alltag: So benennen Jugendliche die Ärztinnen und Ärzte als mögliche Ansprechpartner bei Drogenproblemen (1, 5). Im schulischen Bereich wird ein großes Interesse der Jugendlichen an medizinischen Fragen zu Suchtmitteln festgestellt, und in der ärztlichen Praxis werden augenscheinlich zunehmend Fallkonstellationen mit Suchtmittelkonsum beobachtet. Zur Ergänzung der bisherigen Erkenntnisse – bis dato beispielhaft aus Befragungen

von konsumierenden oder potentiell konsumierenden Personen sowie den etablierten nicht-ärztlichen Hilfesystemen – sollte in der Befragung daher ein Meinungsbild aus der Ärzteschaft eingeholt werden, um diesen wichtigen Bereich nicht außer Acht zu lassen.

## **Situationserfassung aus ärztlicher Sicht**

In Anlehnung an aktuelle Erhebungen unter Jugendlichen und in Hilfesystemen in Köln und Bielefeld wurden Ärztinnen und Ärzte primär im niedergelassenen Bereich mit hausärztlichem oder pädiatrischem Schwerpunkt befragt und gebeten, sowohl ihre allgemeine Einschätzung und ihre Bedarfslage zum Thema „Suchtmittelkonsum bei Kindern und Jugendlichen“ darzulegen als auch insbesondere aufgetretene Fälle zu beschreiben.

Zusätzlich wurden auch psychiatrische Fachpraxen sowie Kliniken in die Befragung einbezogen. Als Medium wurde eine anonyme schriftliche Befragung im I. Quartal 2000 unter Bezugnahme auf die vorangegangenen 12 Monate gewählt. Insgesamt konnten 692 Ärztinnen und Ärzte angesprochen werden. Die wesentlichen Ergebnisse dieser anonymen Befragung sollen im Folgenden dargestellt werden.

## **„Konsumierende Kinder und Jugendliche“ in der Arztpraxis**

Von den angesprochenen Kolleginnen und Kollegen wurden 177

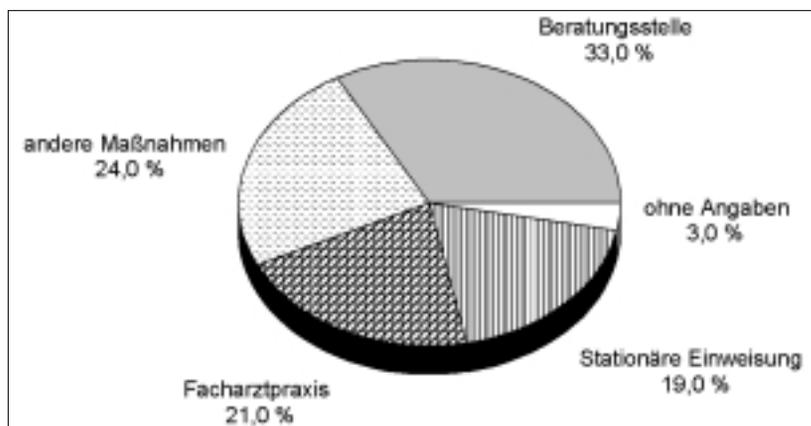


Abbildung 1 : Veranlassung weiterer Maßnahmen

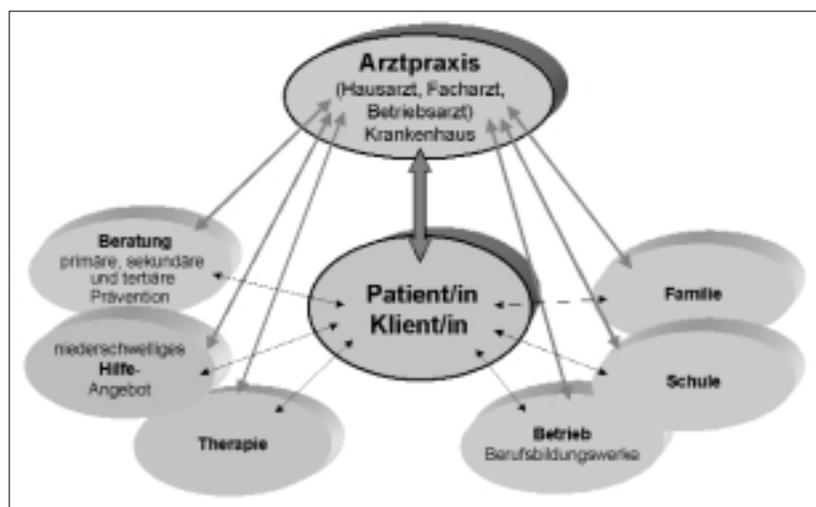


Abbildung 2: Netzwerkmodell

Fragebögen zurückgeschickt. Die Rücklaufquote von 26 Prozent ist insgesamt gesehen zwar nicht hoch und spiegelt sicher eine Vorselektion der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wieder, indem sich besonders am Thema interessierte bzw. mit dem Thema konfrontierte beteiligten. Dies schlägt sich möglicherweise in den Aussagen zur Relevanz des angefragten Themas aus ärztlicher Sicht nieder (> 90 Prozent relevant bis sehr relevant).

Die weit überwiegende Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte kam aus dem niedergelassenen Bereich (94 Prozent) in städtischem Umfeld und deckte die Fachgebiete Allgemeinmedizin/Innere Medizin mit 62 Prozent und Pädiatrie mit 24 Prozent ab. Die Erfassung von bereits bestehenden Kontakten zu Beratungs- und Hilfsangeboten zeigte folgende Verteilung: 32 Prozent zu Drogenberatungsstellen, je 18 Prozent zu Gesundheits- und Jugendämtern und 11 Prozent zu anderen Institutionen, wobei in dieser Gruppe überwiegend andere Fachkollegen/innen (zum Beispiel Kinder- und Jugendpsychiatrie) benannt wurden; 21 Prozent machten keine Angaben. Eine Bewertung der Qualität dieser Kontakte war im Rahmen der Erhebung nicht möglich. Aus der Frage nach weiterem Informationsbedarf leitet sich die nachstehende Liste von Themenbereichen ab:

1. Prävention (46 Prozent)
2. Diagnostik (40 Prozent)
3. Substanz(neben-)wirkungen (35 Prozent)
4. Behandlung (33 Prozent)
5. Epidemiologie (22 Prozent)

Aus 32 Praxen wurden insgesamt 70 Fälle von „konsumierenden Kindern und Jugendlichen“ benannt, insgesamt hatten 20 Prozent entsprechende Patientinnen oder Patienten in ihrer Praxis betreut. Die Klientel der so erfassten Patientengruppe kann mit den nachstehenden Stichworten näher beschrieben werden:

- 63 Prozent männlich, 37 Prozent weiblich,
- Altersschwerpunkt 14 bis 15 Jahre (Spanne 11 bis 26 Jahre),
- 50 Prozent kamen allein in die Praxis, nur 4 Prozent waren Notfallpatienten,
- 63 Prozent zeigten psychosoziale Auffälligkeiten (zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Störungen).

Die Angaben zu den konsumierten Suchtstoffen zeigten an erster Stelle Nikotin (71 Prozent), gefolgt von Drogen (56 Prozent) und Alkohol (54 Prozent), wobei 37 Prozent der Patienten mindestens ein Mal pro Woche Alkohol oder Drogen konsumierten. Unter den benannten Drogen ergab sich eine erwartete Verteilung mit deutlicher Dominanz von Cannabis (60 Prozent), gefolgt von Ecstasy (13 Prozent), Pilzen (11 Prozent), Heroin (10 Pro-

zent), Kokain und Amphetamine mit je 7 Prozent, Medikamente (4 Prozent), LSD und Schnüffelstoffe mit je 1 Prozent (Mehrfachnennungen möglich). Im Hinblick auf einen Alkoholkonsum lag dieser mit 59 Prozent bei den Drogen konsumierenden Jugendlichen noch etwas höher als für die Gesamtzahl der Fälle.

Als durchschnittliches Einstiegsalter für einen Konsum wurde für Nikotin 12 Jahre, für Alkohol und Drogen 13 Jahre angegeben. Die Motive für einen Substanzkonsum konnten mit folgenden Stichworten hierarchisiert werden:

- 61 Prozent „im Freundeskreis üblich“
- 39 Prozent „zur Entspannung“
- 34 Prozent „um gut drauf zu sein“
- 13 Prozent „aus Neugier“

Auf die besonders für Mediziner interessante Frage nach Beschwerden bei der ärztlichen Konsultation wurde überwiegend Unruhe (26 Prozent), Müdigkeit und Erschöpfung (23 Prozent), Schlaflosigkeit (19 Prozent) oder Angst (17 Prozent) angegeben, in 20 Prozent wurde aber auch über aggressive Gefühle oder Verhaltensweisen berichtet. Sinnestäuschungen wurden in 14 Prozent der Fälle explizit benannt, 19 Prozent der Angaben betrafen sonstige, unterschiedliche Beschwerden, insbesondere somatische Beschwerden (Herzkreislaufsystem und Gastrointestinaltrakt). Aus den ärztlichen Konsultationen ergaben sich als weitere Veranlassungen die in der *Abbildung 1* zusammengestellten Maßnahmen.

### Mediziner im Hilfesystem

Die fallbezogenen Angaben aus den ärztlichen Praxen sind vergleichbar mit denen aus anderen Erhebungen zur Frage eines Suchtmittelkonsum bei Kindern und Jugendlichen (zum Beispiel: 3, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 17 bis 20). Insbesondere gilt dies für den Konsum von Nikotin und Alkohol und das Einstiegsalter etwa mit Beginn der Pubertät. Die suchtmittelkonsumierenden Kinder und Jugendlichen werden

offensichtlich in der ärztlichen Praxis in gleicher Weise wie in Erhebungen aus anderen Perspektiven wahrgenommen.

Daraus kann generell abgeleitet werden, dass sowohl ein Informationsaustausch zwischen dem ärztlichen und dem psychosozialen Hilfesystem stattfinden sollte und dass eine weitere, gezielte Qualifizierung der Ärzteschaft sinnvoll ist. Konkret bedeutet dies, dass aus der Kenntnis von möglichen Beschwerdebildern im Arzt-Patienten-Gespräch eine erste Verdachtsdiagnose eines problematischen Substanzkonsums gestellt und in einem offenen Anamnesegespräch möglicherweise bestätigt werden kann. Aus der Auflistung der Motive für einen Substanzkonsum können für die Gesprächsführung beispielsweise indirekte Fragen wie „Was nehmen Deine Freunde?“ oder „Kennst Du Mitschüler, die Drogen konsumieren?“ abgeleitet werden.

Da das Arzt-Patienten-Gespräch den besonderen Schutz der Vertraulichkeit genießt, kann hier durch einen erfolgreichen Zugang zum medizinischen Hilfesystem ein grundlegender Einstieg zur Hilfe gewährleistet werden. Die Ärztin oder der Arzt wird so zu einem wichtigen Bindeglied, zu einer Schlüsselfigur im Netzwerk der Hilfesysteme für Suchtgefährdete, wie das Modell in der *Abbildung 2* auf Seite 19 darstellt.

Unter dem Aspekt der Altersstruktur ergibt sich in dieser Hinsicht eine besondere Beziehung zum Bildungssystem auf der einen und zum familiären System auf der anderen Seite. Hier kann ein ärztliches Engagement zum Beispiel vor Ort in Schulen (zum Beispiel Schulsprechstunden des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes von Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg) oder die Kooperation mit Lehrern (zum Beispiel Arbeitsgemeinschaft Arzt/Lehrer im Hartmannbund Nordrhein und Westfalen-Lippe) wichtige persönliche Kontakte herstellen, Informationsaustausch gewährleisten und so eine

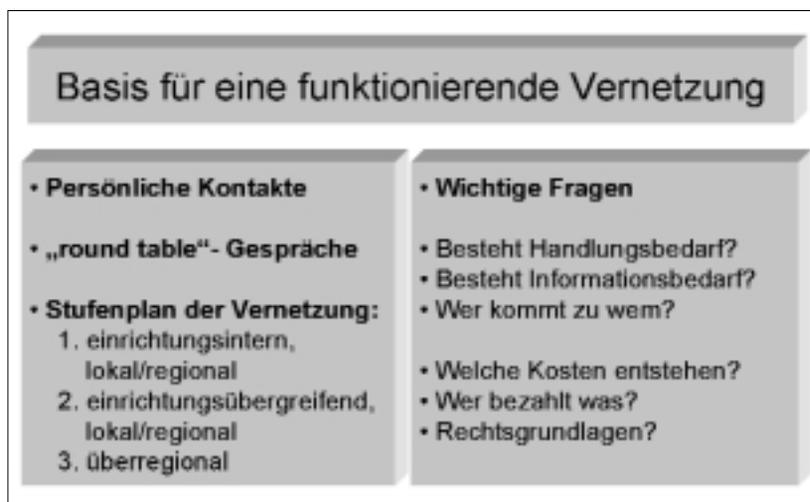


Abbildung 3: Basis für eine funktionierende Vernetzung

tragfähige Basis zur Betreuung im Einzelfall aufbauen.

Welche unterschiedlichen Aspekte innerhalb einer Kooperation notwendig bzw. beachtenswert sind, sollen die Stichworte in *Abbildung 3* kurz verdeutlichen. Dass suchtgefährdete Kinder und Jugendliche nicht zu einer „vergessenen Klientel“ (6, 16) werden, ist auch eine wichtige ärztliche Aufgabe und Herausforderung. Die im ärztlichen Bereich vorhandenen Kapazitäten sind ein nicht wegzudenkendes Element innerhalb des Hilfesystems für Suchtgefährdete.

Die Ärztinnen und Ärzte sind gefordert, sich hier aktiv einzubringen. Die Wertigkeit dieser Arbeit wird – wie eingangs bereits erwähnt – mit dem Konzept der „hausärztlichen Grundversorgung“ und den Grundsatzentscheidungen zum Beispiel in NRW (unter anderem 14, 15) auch aus gesundheitspolitischer Sicht gefördert. Wie bereits an anderer Stelle (8, 9) formuliert, muss die ärztliche Kompetenz und Mitverantwortung sowohl aktiv eingefordert als auch gezielt angeboten werden. Die Ärzteschaft ist aufgerufen, diese Chance zu ergreifen, denn „von selbst kommt nichts, aber vieles kommt von selbst, wenn wir alles dafür tun“.

#### Danksagung

Die Autoren danken allen Ärztinnen und Ärzten, die aktiv zum

Gelingen der Erhebung beigetragen haben, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärztekammer Nordrhein sei besonders für die organisatorische Unterstützung im Rahmen der Erhebung sowie der Ärztekammer Westfalen-Lippe für die Unterstützung bei der Befragung in Bielefeld gedankt.

*Literaturliste bei den Verfassern oder im Internetangebot der Ärztekammer Nordrhein [www.aekno.de](http://www.aekno.de) in der Rubrik Rheinisches Ärzteblatt/Themen im Anschluss an diesen Beitrag.*

*Dr.med. Hildegard Graß  
Institut für Rechtsmedizin  
der Universität zu Köln  
Melatengürtel 60 – 62  
50823 Köln  
Telefon 0221 – 478 4278  
Telefax 0221 – 478 3496  
E-Mail [hildegard.grass@medizin.uni-koeln.de](mailto:hildegard.grass@medizin.uni-koeln.de)*

*Dipl.Päd. Dipl.Ges.-Wiss.  
Walter Farke  
Fakultät für  
Gesundheitswissenschaften  
NRW-Forschungsverbund  
Public Health  
Universität Bielefeld  
Postfach 100131  
33501 Bielefeld  
Telefon 0521 - 106 3878  
Telefax 0521 – 106 6044  
E-Mail [walter.farke@uni-bielefeld.de](mailto:walter.farke@uni-bielefeld.de)*