

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

**25. Kongress
der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin**

**Legal, illegal, nicht egal
Die Regulierungsdebatte**

ABSTRACTSAMMLUNG

4. - 6. November 2016 in Berlin

**Ludwig Erhard Haus
Fasanenstraße 85 · 10623 Berlin**



Inhaltsverzeichnis

Aktuelles Programm & Raumplan	3
Symposien	7
Neues zum Alkoholentzug	7
<i>Norbert Wodarz (Regensburg)</i>	
Frühintervention bei riskantem Alkohol- und Tabakkonsum	7
<i>Anil Batra (Tübingen)</i>	
Erfahrungen mit redardiertem Morphin	7
<i>Hans Haltmayer (Wien)</i>	
Seminare	8
Drug Checking	8
<i>Constanze Nagy (Wien)</i>	
Motivierende Gesprächsführung	9
<i>Thomas Kuhlmann (Bergisch-Gladbach)</i>	
Benzodiazepine in der Substitutionsbehandlung	9
<i>Jochen Brack (Hamburg)</i>	
Medizinische Versorgung von Patienten mit Hepatitis C im Berliner Justizvollzug	10
<i>Gunnar Urban (Berlin) et al.</i>	
Konservative Therapieoptionen bei Adipositas	11
<i>Anke Rosenthal (Berlin)</i>	
Suchterkrankungen bei KollegInnen	11
<i>Christoph Maier (Bochum), Götz Mundle (Berlin), Michael Soyka (Felden), Tim Neumann (Berlin)</i>	
Suchterkrankungen bei Ärzten und Pflegenden in Anästhesiologie und Intensivmedizin	11
<i>Christoph Maier (Bochum)</i>	
Sucht bei Ärzten und Heilberufen	12
<i>Michael Soyka (Felden)</i>	
Let's talk about Sex & Drugs: Strategien für Gespräche über sex. übertragbare Infektionen	12
<i>Steffen Taubert (Berlin), Helmut Hartl (München), Martyna Gassowski (Berlin)</i>	
Psychiatrie für Nichtpsychiater	12
<i>Daniela Eser-Valeri (München)</i>	
Nicht-Stoffgebundene Süchte	13
<i>Gisela Alberti (Hamburg), Jochen Brack (Hamburg)</i>	
QAAT – Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie	13
<i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	
Entkriminalisierung des Cannabiskonsums – Risiko oder Chance für die Suchtprävention im Jugendalter?	14
<i>Herman Schlömer (Hamburg)</i>	
Freie Vorträge	14
Sucht und Arbeit – Evaluation der Verläufe bei alkoholauffälligen Mitarbeitern	14
<i>Kristin Hupfer (Ludwigshafen)</i>	
TVerminderte Mu-Opioid Rezeptoren bei Alkoholabhängigkeit: Ergebnisse einer Post-Mortem- und PET-Studie	15
<i>Derik Hermann (Mannheim)</i>	
Comorbidität Sucht- und Trauma: Männerspezifische stationäre Behandlungsprogramme für traumatisierte Männer: In welchen Bereichen profitieren die Patienten von DBT und in welchen von PITT	15
<i>Isabel Englert (Neuenkirchen)</i>	

ASTRAL Studien: Wirksamkeit und Sicherheit von Sofosbuvir/Velpatasvir bei HCV Patienten unter Opioidsubstitutionstherapie (OST).....	15
<i>Nazifa Qurishi (Köln) et al.</i>	
Drogenscreening mittels Speicheluntersuchungen – Auswertung der aktuellen Konsumgewohnheiten von drogenabhängigen Patienten im Qualifizierten Entzug	16
<i>Juliane Weiland (Mühlhausen)</i>	
Mutter-Kind-Gruppe für Mütter im Substitutionsprogramm und deren Kinder im 1. Lebensjahr	16
<i>Ursula Zeisel (Wien)</i>	
Psychotherapie und Substitution	17
<i>Angelika Koshal (Bonn)</i>	
Schweizer Drug Checking und Beratung im Nachtleben – Analyse des Substanzkonsums von Freizeitdrogenkonsumenten 2011-2015	18
<i>Larissa J. Maier (Zürich)</i>	
Das Matrix-Modell der Behandlung von Stimulanzienkonsum: Endlich auf Deutsch	18
<i>Ulrike Marks (Mühlhausen)</i>	
Wenn die Entzugsbehandlung nicht abstinenter macht, worin liegt dann der Sinn einer Entzugsbehandlung?	18
<i>Ekkehard Madlung (Hall in Tirol)</i>	
Freie Vorträge „Update“	19
PLUS – Das Mehr in der Versorgungsstruktur von Suchtkranken	19
<i>Susanne Schäfer-Walkmann (Stuttgart), Alessa Peitz (Stuttgart)</i>	
Die Entwicklung eines erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientierten Case-Management Modells für ältere Drogenabhängige – Das Projekt Alters-CM³	19
<i>Klaudia Follmann-Muth (Koblenz)</i>	
Posterbeiträge	20
Real World Ergebnisse für Patienten unter Substitutionstherapie mit chronischer Hepatitis C Virus Infektion die mit Sofosbuvir (SOF)-basierten Regimen behandelt wurden: Daten aus dem Deutschen Hepatitis C-Register (DHC-R).....	20
<i>Stefan Christensen et al.</i>	
Ambulante Umstellung der Opioidsubstitution von Levomethadon auf Buprenorphin	20
<i>Michael Kern et al.</i>	
Pharmakologische Neuroenhancement – Wie nüchtern sind wir noch?	21
<i>Larissa J. Maier</i>	
E-Zigarette – Dampfen Frauen anders?	22
<i>Kirsten Lehmann et al.</i>	
Ledipasvir + Sofosbuvir als Kombinationstablette ist wirksam und gut verträglich bei Patienten die eine Opioid Substitutionstherapie (OST) erhalten.....	22
<i>Stefan Mauss et al.</i>	
Der Gebrauch elektronischer Dampferzeugnisse unter Jugendlichen – Ein Literaturüberblick	23
<i>Daniela Müller et al.</i>	
Recovery-/Genesungsorientierung in der Entgiftungsbehandlung – Vorläufige Befunde einer Patientenbefragung.....	23
<i>Jan Nachtigall et al.</i>	
Mutter-Kind-Gruppe für Mütter im Substitutionsprogramm und ihre Kinder im 1. Lebensjahr..	24
<i>Nadja Springer et al.</i>	
Referentenverzeichnis	25

Aktuelles Programm & Raumplan

Freitag, 4. November 2016

- KV** **08.30 - 10.00 Uhr** **Satellitensymposium**
Therapie der chronischen Hepatitis C: Praxisnah und mit Weitblick
unterstützt von AbbVie Deutschland GmbH
- 10.00 - 10.30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung
- GV** **10.30 - 12.00 Uhr** **Eröffnung und Symposium**
Grußworte zur Eröffnung
T. Rüther (München)
25 Jahre DGS: Suchtmedizin im Wandel?
Vorsitz: T. Rüther (München)
- Von der Substitution zur Suchtmedizin**
 K. Behrendt (Hamburg)
- Psychiatrie und Suchtmedizin: Eine Hassliebe?**
 M. Krausz (Vancouver)
- Substitution im Wandel**
 J. Brack (Hamburg)
- Suchtmedizin quo vadis?**
 M. Backmund (München)
- KV** **12.00 - 13.00 Uhr** **Lunchsymposium**
HCV-Therapie bei Suchtpatienten – Was ist gleich, was ist anders?
unterstützt von MSD Sharp & Dohme GmbH
- 13.00 - 13.15 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung
- 2D/11** **13.15 - 14.45 Uhr** **Seminare (Parallelveranstaltung)**
Drug Checking
C. Nagy (Wien)
- 2D/09** **Motivierende Gesprächsführung**
T. Kuhlmann (Bergisch Gladbach)
- GV Süd** **Kontrollierter Konsum Tabak und Alkohol**
J. Körkel (Nürnberg), T. Rüther (München)
- GV Mitte** **Somatische Komorbiditäten**
- Update HIV**
 K. Römer (Köln)
- Aktuelle Therapie der COPD**
 K. Frank (Köln)
- Gefäßkomplikationen**
 E. L. Franzen (Berlin)
- GV Nord** **Behandlung von Benzodiazepinabhängigkeit bei Substituierten**
J. Brack (Hamburg)
- KV** **Update Freie Vorträge**
Moderation: T. Neumann (Berlin), K. Schoett (Mühlhausen)
- 14.45 - 15.15 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

-
- 15.15 - 16.45 Uhr Seminare (Parallelveranstaltung)**
- 2D/09 Motivierende Gesprächsführung**
T. Kuhlmann (Bergisch Gladbach)
- GV Nord Drogennotfälle**
T. Neumann (Berlin), S. Walcher (München)
- GV Mitte Geflüchtete und Sucht**
R. Mokhtari-Nejad (München), C. Jellinek (Berlin)
- GV Süd Cannabis als Medizin: Welche Evidenz gibt es? Aktuelle Fälle**
U. W. Preuß (Herborn), H. Faure (Göttingen), C. Lüdecke (Göttingen)
- KV Behandlung von Methamphetaminabhängigen im praktischen Alltag**
K. Schoett (Mühlhausen)
- 2D/11 Substitution in Haft**
S. Mauruschat (Wuppertal), G. Urban (Berlin)
- 16.45 - 17.15 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung
- KV 17.15 - 18.15 Uhr Satellitensymposium**
Methadon vs. retardiertes Morphin – wer, wie, was? Fallbeispiele aus der täglichen Praxis
unterstützt von Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG
- ab 18.15 Uhr Mitgliederversammlung der DGS**

Samstag, 5. November 2016

- KV 08.30 - 10.00 Uhr Satellitensymposium**
Der neue pangenotypische Ansatz auf dem Weg zur HCV Eliminierung – Chancen und Verantwortung in der Substitutionsmedizin
Unterstützt von Gilead Sciences GmbH
Vorsitz: K. Römer (Köln)
U. Naumann (Berlin) H. Hinrichsen (Kiel), K. Keppler (Vechta)
- 10.00 - 10.30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung
- GV 10.30 - 12.00 Uhr Hauptsymposium**
Podiumsdiskussion: Legalisierung – Wo geht es hin ?
Moderation: R. Prossinagg (Berlin)
Diskutanten: u. a. L. Böllinger (Bremen), J. Brack (Hamburg), I. Schäfer (Hamburg), H. Stöver (Frankfurt), H. Terpe (Berlin)
- KV 12.00 - 13.00 Uhr Lunchsymposium**
unterstützt von Hexal AG
Sucht und Alter – Häufige Komorbiditäten
Vorsitz: N. Quirishi (Köln)
Drogen und Zahngesundheit
Der schlaflose Patient – Schlafstörungen bei Suchtpatienten
- 13.00 - 13.15 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung
- 13.15 - 14.45 Uhr Seminare (Parallelveranstaltung)**

- GV Süd** **Aktuelles um Thema BtMVV**
J. Brack (Hamburg), W. Kunstmann (Berlin), H.-G. Meyer-Thompson (Hamburg), N. Wodarz (Regensburg), Vertreter des BMG angefragt
- GV Nord** **Heroingestützte Behandlung**
D. Plörer (München), T. Peschel (Berlin), J. Holzapfel (Karlsruhe), O. Pogarell (München)
- GV Mitte** **NPS – Berichte von Usern**
F. Winkler-Ohm (Berlin)
- 2D/09** **"Bin ich froh, dass ich kein Dicker bin?": Adipositas**
A. Rosenthal (Berlin), K.-P. Rheinwalt (Köln)
- KV** **Suchterkrankungen bei KollegInnen**
M. Soyka (Meiringen), G. Mundle (Wendisch Rietz), C. Maier (Bochum)
- 2D/11** **Drogenscreening in der Praxis**
C. Jellinek (Berlin), L. Kröner (Köln)

14.45 - 15.15 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

15.15 - 16.45 Uhr Seminare (Parallelveranstaltung)

- GV Süd** **Let's talk about Sex & Drugs**
M. Gassowski (Berlin), H. Hartl (München), S. Taubert (Berlin)
- GV Nord** **Psychiatrie für Nichtpsychiater**
D. Eser-Valeri (München)
- GV Mitte** **Nicht-Stoffgebundene Süchte**
G. Alberti (Hamburg), J. Brack (Hamburg)
- 2D/09** **QAAT – Qualifizierte Ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie**
A. Ulmer (Stuttgart)
- 2D/11** **Entkriminalisierung des Cannabiskonsums – Risiko oder Chance für die Suchtprävention im Jugendalter?**
H. Schlömer (Hamburg)
- KV** **Freie Vorträge**
Moderation T. Neumann (Berlin), K. Schoett (Mühlhausen)

16.45 - 17.15 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

- KV** **17.15 - 18.15 Uhr Satellitensymposium**
Kooperationsmodelle zur Patientenversorgung in der Substitutionstherapie
Interaktiver Workshop zu Kooperationsmodellen mit Fokus auf Arztpraxen und Apotheken
unterstützt von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
J. Koc (Bremen), M. Schwarzer (Hamm), H.-J. Weber (München)

Sonntag, 6. November 2016

- KV** **08.30 - 10.00 Uhr Satellitensymposium**
Suchtmedizin meets HEP-C – keine Macht den Drogen, keine Macht der HCV
unterstützt von Bristol-Myers Squibb GmbH & Co.KGaA

10.00 - 10.30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

- GV** **10.30 - 10.45 Uhr Preisverleihung Freie Vorträge**

GV 10.45 - 13.00 Uhr Symposium Update Sucht

Vorsitz: T. Rütger (München)

In Kooperation mit der Deutschen Suchtgesellschaft – Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG)

Neues zum Alkoholentzug

N. Wodarz (Regensburg)

Frühintervention bei riskantem Alkohol- und Tabakkonsum

A. Batra (Tübingen)

11.45 - 12.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

Neue Leitlinie zur Behandlung der Methamphetaminabhängigkeit

K. Schoett (Mühlhausen)

Erfahrungen mit oralem retadierten Morphin

H. Haltmayer (Wien)

13.00 Uhr Kongressende

Säle im Untergeschoss

GV	Großer Vortragssaal
GV Nord	Großer Vortragssaal Nord
GV Mitte	Großer Vortragssaal Mitte
GV Süd	Großer Vortragssaal Süd
KV	Kleiner Vortragssaal

Seminarräume in der 2. Etage

2D-09

2D-11

Symposien

Neues zum Alkoholentzug

Norbert Wodarz (Regensburg)

Im deutschsprachigen Raum werden für eine Entzugsbehandlung von Alkohol unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet, die jeweils spezifische Besonderheiten der durchgeführten Behandlung beinhalten. Die sogenannte „körperliche Entgiftung“ beschränkt sich dabei auf die Behandlung einer Komplikation der Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit, nämlich die Alkoholintoxikation bzw. die Symptome des Alkoholentzugssyndroms. Diese „Komplikationsbehandlung“ stellt jedoch nur einen Aspekt einer sogenannten „qualifizierten Entzugsbehandlung“ dar. Hierzu gehören wesentliche Behandlungsbausteine, die auf die eigentliche Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit abzielen.

Der Vortrag soll zu einer Klärung der Begrifflichkeiten beitragen, die Differentialindikation zwischen ambulantem/stationärem Alkoholentzug aufzeigen und die Empfehlungen zum Alkoholentzug basierend auf den aktuellen S3-Leitlinien darstellen. Daneben sollen die Ergebnisse der ersten prospektiven, offenen, randomisierten, kontrollierten, klinischen Interventionsstudie mit Kontroll- und Interventionsgruppe zum qualifizierten Entzug vorgestellt werden.

Am Ende sollen neue Entwicklungen im Hinblick auf die Vergütung, wie auch die sogenannte Nahtlosigkeit zwischen Akut- und Postakutbehandlung diskutiert werden.

Frühintervention bei riskantem Alkohol- und Tabakkonsum

Anil Batra (Tübingen)

In den aktuellen S3-Leitlinien (2015) zu „Screening, Diagnose und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ bzw. „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wird zwischen einem schädlichen Gebrauch und einer Abhängigkeit unterschieden. In Abgrenzung dazu ist der riskante Alkoholkonsum bei täglichen Konsummengen von 12 bzw. 24 g Alkohol (Frauen/Männer) anzunehmen, für Tabak sind keine Grenzwerte definiert.

Die Leitlinien machen dezidierte Empfehlungen zum Umgang mit schädlichem Gebrauch und zur Abhängigkeit und beurteilen hier verfügbare Kurzinterventionen sowie die Entgiftungsbehandlung bzw. Entwöhnungsbehandlung. Frühinterventionen im Sinne eines frühzeitigen Zugangs bei Personen, die noch keinen schädlichen bzw. abhängigen Konsum betreiben, aber „riskant“ konsumieren werden nicht umfassend dargestellt.

Frühinterventionen umfassen aufklärende und beratende Maßnahmen und zielen auf eine allgemeine oder selektive Prävention, bedienen sich dabei des direkten Kontaktes oder aber bevölkerungswirksamer breiter Maßnahmen. Insbesondere der Einsatz neuer Medien ist ein vielversprechendes Tool, um bevölkerungsweit für die Problematik zu sensibilisieren und für eine Verhaltensänderung zu werben. Zu den Frühinterventionen gehören daher neuerdings auch internetbasierte oder smartphonebasierte Beratungsplattformen, die im Vortrag vorgestellt werden sollen.

Am Beispiel einer aktuell laufenden Studie sollen sowohl Screening als auch Rekrutierungsmaßnahmen, Inhalte und konzeptionelle Vorgehensweisen in der Beratung und Frühintervention bei Konsumenten von Tabak und Alkohol erläutert werden.

Erfahrungen mit redardiertem Morphin

Hans Haltmayer (Wien)

Hintergrund: Orales Morphin mit verzögerter Freisetzung (Morphin Retard) wird in Österreich seit 1996 im Rahmen der Opioid-Substitutionstherapie (OST) eingesetzt. Die ersten Publikationen dazu erschienen bereits 1996 (Fischer et al. 1996). Seit 1998 ist „Retardiertes Morphin“ in dieser Indikation in Österreich zugelassen. 2015 erfolgte die Zulassung auch in Deutschland.

Ziel: Das Interesse am Einsatz von Morphin retard im Rahmen der OST ist in Europa vorhanden und nimmt in den letzten Jahren konstant zu. Die Evidenz dazu hat sich verfestigt und ist mittlerweile auch durch Studien gut abgesichert (Beck et al. 2014, Hämmig et al. 2014, Verthein et al. 2015). Speziell für

Patienten, die mit Buprenorphin oder Methadon nicht ausreichend stabilisiert werden können oder unter Nebenwirkungen dieser Arzneistoffe leiden, stellt orales Morphin retard eine wirksame und von den Patienten gut akzeptierte und nebenwirkungsarme Alternative dar.

Methode: Die wissenschaftliche Evidenz aus Studien wird durch „Real Life-Daten“ gestützt, mit denen die guten Erfahrungen mit dem Einsatz von Morphin retard in Österreich gut darstellbar sind. So etwa in einer Kohortenanalyse jener Personen, die im Zeitraum 1.1.2011 bis 31.12.2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben (n=5.165). Zur Berechnung der Haltequote wurde das Verfahren der „Überlebensanalyse“ nach Kaplan-Meier herangezogen (Busch et al. 2013).

Ergebnisse: Dabei weist Morphin in Retardform mit Abstand die höchste Haltequote auf, gefolgt von Buprenorphin. Nach einem Jahr befanden sich noch 79% der mit Morphin retard behandelten in Therapie, bei Methadonverschreibung waren es nur mehr 59%. Beschränkt man die Analyse nur auf jene Personen, die während der zwei Beobachtungsjahre das Substitutionsmedikament nicht wechselten (n = 4.345), zeigt sich ein nahezu identes Bild. Nach 800 Tagen waren bei Morphin retard noch 71% in Behandlung, bei Behandlung mit anderen Substitutionsmedikamenten waren es nur mehr 53%.

Schlussfolgerung: Mit „Retardiertem Morphin“ steht in der OST eine gut wirksame und gut verträgliche medikamentöse Ergänzung des Arzneimittelspektrums zur Verfügung. Dies schafft bessere Voraussetzungen für eine diversifizierte und individualisierte Behandlung von Opiatabhängigen und trägt dazu bei, die Deckungsrate und Haltequote zu erhöhen.

Literatur:

Beck T, Haasen Ch, Verthein U, Walcher S, Schuler C, Backmund M, Ruckes C, Reimer J (2014): Maintenance treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine: a randomized cross-over, non inferior study versus methadone. *Addiction* 109 (4), 617–626

Busch M, Grabenhofer-Eggert A, Kellner K, Kerschbaum H, Wirl C (2013): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013 S 21 ff. *Gesundheit Österreich GmbH*

Fischer G, Presslich O, Diamant K, Schneider C, Pezawas L, Kasper S (1996): Oral morphine-sulphat in treatment of opiate dependent patients. *Alcoholism* 32, 35-43

Hämmig R, Köhler W, Bonorden-Kleij K, Weber B, Lebentrau K, Berthel T, Babic-Hohnjec L, Vollmert Ch, Höpner D, Gholami N, Verthein U, Haasen Ch, Reimer J, Ruckes Ch (2014): Safety and tolerability of slow-release oral morphine versus methadone in the treatment of opioid dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment* 47, 275-281

Verthein U, Beck T, Haasen C, Reimer J (2015): Mental Symptoms and Drug Use in maintenance Treatment with Slow-Release Oral Morphine Compared to Methadon: Results of a Randomized Crossover Study. *Eur Addict Res* 21, 97-104

Seminare

Drug Checking

Constanze Nagy (Wien)

Die chemisch-toxikologische Analyse von psychoaktiven Substanzen ist nicht nur ein attraktives Instrument um mit Freizeitdrogenkonsument_innen in Kontakt zu treten, sondern auch ein effektives Monitoring-Tool zur Beobachtung von Veränderungen am Drogen(schwarz)markt¹. Der wissenschaftliche Zugang und die systematische Sammlung von Daten liefern dabei wichtige Erkenntnisse für Suchtforschung und Prävention². checkit!, eine Einrichtung der Suchthilfe Wien gGmbH, bietet seit 1997 Informationen und Beratung zu Wirkungen und Gefahren psychoaktiver Substanzen, sowie eine qualitativ hochwertige, chemische Analyse von synthetischen Freizeitdrogen an. Die umfassenden Analysedaten der Einrichtung spiegeln europaweite Trends wider: Beispielsweise das vermehrte Auftauchen von neuen psychoaktiven Substanzen seit 2010³, das vermehrte Vorkommen des Anthelminthikums Levamisol als Streckmittel in Kokain-Proben⁴, sowie die aktuelle Verbreitung von sehr hoch dosierten Ecstasy-Tabletten⁵. Wie werden diese Ergebnisse zielgruppenadäquat transportiert? Welche Herausforderungen entstehen dadurch für Präventionsexpert_innen und das Analyse-Team? Welche Rahmenbedingungen und apparativen Voraussetzungen sind notwendig um Drug Checking in vollem Maß als schadensminimierende Maßnahme zu nutzen? Auf diese und weitere Fragen wird am Beispiel des integrierten Drug Checking Ansatzes von checkit!, neben aktuellen Analysedaten und Konsumtrends eingegangen.

Literatur:

¹ Grabenhofer, S., Kociper, K., Nagy, C., Luf, A. und Schmid, R. (2016). Drug Checking und Aufklärung vor Ort in der niederschweligen Präventionsarbeit. In: *Handbuch psychoaktiver Substanzen*, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, S.3-4. Abgerufen von: http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-642-55214-4_7-1

² EMCDDA (2001). On-site-pill-testing interventions in the European Union. S.11. Abgerufen von:

<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=28783>

³ EMCDDA (2015). New psychoactive Substances in Europe. An update from the EU Early Warning System.S.5. Abgerufen von: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances>

⁴ EMCDDA & Europol (2016): EU Drug Markets Report. In-depth Analysis. S.115. Abgerufen von: <http://www.emcdda.europa.eu/start/2016/drug-markets>

⁵ Brunt, T. M., & Niesink, R. J. M. (2011). The drug information and monitoring system (DIMS) in the Netherlands: Implementation, results, and international comparison. *Drug Testing and Analysis*, 2011. S.3. doi.10.1002/dta.323.

Motivierende Gesprächsführung

Thomas Kuhlmann (Bergisch-Gladbach)

Das Konzept des „Motivational Interviewing“ (MI) bzw. der Motivierenden Gesprächsführung ist seit den 80er Jahren von Miller & Rollnick entwickelt und publiziert worden (1991 Motivational Interviewing – Preparing people to change addictive behavior 1; 2002 Motivational Interviewing – Preparing people for change 2; 2012 Motivational Interviewing: Helping People Change). MI ist ein klientenzentriertes, partiell direktives Beratungs- und Behandlungsverfahren zur Förderung der intrinsischen Motivation und charakterisiert durch einen spezifischen Kommunikationsstil („a way of being with the patient“) mit dem Ziel Lösungsansätze für Ambivalenzkonflikte zu entwickeln. Dieses zunächst in der Suchtbehandlung entwickelte Verfahren ist in der Arbeit mit Suchtkranken inzwischen international anerkannt und wird mit Erfolg auch in anderen Arbeitsfeldern genutzt und weiterentwickelt (medizinische Basisversorgung, psychosoziale Arbeitsbereiche, Jugendhilfe, Strafvollzug etc.).

MI basiert auf einer empathischen Grundhaltung, dem nichtwertenden Aufdecken von Widersprüchen und Ambivalenzkonflikten, dem elastischen Aufnehmen von Widerstand unter strikter Vermeidung jeglichen Argumentierens seitens des Therapeuten und der Förderung von Zuversicht. Ausgangspunkt dieses Ansatzes ist die These, dass u. a. Veränderungen z. B. eines Lebensstils nur mit und durch den betroffenen Patienten, nicht aber für, ohne oder gar gegen ihn möglich sind, Störungen und Widerstand gegen eine angestrebte therapeutische Maßnahme eine Herausforderung an den Therapeuten darstellen zur bewussten Veränderung seines Vorgehens, Patienten weder ausschließlich motiviert noch unmotiviert, sondern von Ambivalenz geprägt sind gegenüber sowohl dem Status quo als auch Veränderungen ihres Lebensstils. Ziel der Motivierenden Gesprächsführung ist das Aufdecken und Verstehen dieser Ambivalenzkonflikte mit dem Ziel, den Patienten zur Wahrnehmung und Akzeptanz seiner Ambivalenzkonflikte zu unterstützen und seine Änderungsbereitschaft zu fördern, ausgehend von der konkreten Lebenssituation des Patienten. Die Wirksamkeit von Motivierender Gesprächsführung und auf diesem Ansatz beruhender Kurzinterventionen in der Behandlung Suchtkranker ist inzwischen in vielen Studien untersucht und nachgewiesen worden. Im Trainingskurs werden der konzeptionelle Ansatz, Prinzipien und Strategien der Motivierenden Gesprächsführung vorgestellt. Möglichkeiten der konkreten Umsetzung sollen diskutiert und in praktischen Übungen vertieft werden mit dem Ziel, Ansatzpunkte für die Wahrnehmung von Veränderungsmotivation zu erarbeiten und die Arbeit mit Ambivalenzkonflikten zu verändern im Sinne eines elastischen Umgangs mit Widerstand.

Kontrollierter Konsum von Tabak und Alkohol

Joachim Körkel (Nürnberg), Tobias Rüther (München)

Viele Patienten/-innen mit einem problematischen Alkohol- und/oder Tabakkonsum sind veränderungs-, aber nicht abstinentzbereit bzw. nicht abstinentzfähig. Hier setzen die verhaltenstherapeutisch strukturierten, pharmakologisch unterstützbaren, evidenzbasierten Behandlungen zum selbstkontrollierten Alkohol-/Tabakkonsum an – die im Übrigen allesamt den Übergang zur Abstinenz ermöglichen und in 10-30% der Fälle anbahnen.

Die zentralen Elemente dieser Behandlungsprogramme eignen sich für ärztliche Kurzinterventionen sowie intensivere Einzel- und Gruppenbehandlungen. Der überschaubare Umfang von Reduktionsbehandlungen, die Umsetzungsvariabilität (z.B. Begleitung durch ärztliche Gespräche oder autodidaktische Aneignung) sowie die Möglichkeit, verhaltensorientierte und pharmakologische Behandlungselemente zu kombinieren, sind gute Voraussetzungen für den Einsatz von Reduktionsbehandlungen unter den spezifischen Bedingungen ärztlicher Tätigkeit.

Im Seminar erfolgt zunächst eine kurze Einführung in die Behandlungsansätze zum (selbst-)kontrollierten Alkohol- und Tabakkonsum (theoretischer Hintergrund, Inhalte, Umsetzungsvarianten). Hauptteil des Seminars bilden der Einblick in das „praktische Handwerkszeug“ zum Kontrol-

lierten Alkohol- und Tabakkonsum (z.B. Konsumtagebuch, Zielfestlegungsbogen etc.) sowie der Austausch über die persönliche Haltung in der Zielfrage (Abstinenz/Reduktion) sowie Umsetzungsmöglichkeiten/-hürden von Reduktionsbehandlungen im eigenen Arbeitsalltag.

Vertiefende Literatur:

Körkel, J. (2014). Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. Suchtmedizin, 16, 211-222.

Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. Sucht, 61, 147-174.

Körkel, J. & Nanz, M. (2016). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES-Bundesverband (Hrsg.), 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016 (S. 196-204). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Rüther, T., Eberhardt, K., Kiss, A. & Pogarell, O. (2014). Reduziertes Rauchen: Was können Interventionen erreichen und wie sollten sie gestaltet sein? Suchttherapie 15, 179-186.

Benzodiazepine in der Substitutionsbehandlung

Jochen Brack (Hamburg)

Das Thema Benzodiazepinkonsum ist in der Substitutionsbehandlung anzusprechen und nicht zu ignorieren. Häufig trifft man dabei auf eine zweite neben der Heroinabhängigkeit bestehende Abhängigkeitserkrankung. Diese Patienten dürfen nicht abgewiesen, sondern müssen in die ärztliche Behandlung aufgenommen werden. Abweisen bedeutet den Patienten mit seinem Problem alleine zu lassen und dem „Schwarzmarkt“ mit den damit verbundenen hohen Risiken zu überlassen.

Es sind viele Drogenabhängige, die ein Benzodiazepinproblem aufweisen, von Benzodiazepinen zu entziehen. Dabei können sich die ambulanten Entzüge über einen langen Zeitraum hinziehen, im Einzelfall bis zu einem Jahr und sind nicht unkompliziert.

Es hat sich der homologe Entzug mit Oxazepam oder Diazepam bewährt.

Bevor in die ambulante Entzugsbehandlung eingestiegen wird, ist die Frage zu klären, welche Funktion die Benzodiazepine für den Einzelnen haben. Häufig bestehen seit vielen Jahren psychische Komorbiditäten neben der bestehenden Abhängigkeitserkrankung, wie z. B. Angsterkrankungen, Depressionen oder Psychosen oder erlittene Traumata.

Die Aufnahme eines Patienten, der ein Benzodiazepinproblem aufweist, in die ärztliche Behandlung muss Zielen und Regeln folgen!

Wir sollten uns am Patienten orientieren und nicht alle Patienten, die Benzodiazepine verlangen oder verordnet bekommen über einen Kamm scheren. Wir dürfen uns bei der Verordnung von Benzodiazepinen nicht diffamieren lassen, sonst erinnert das Ganze fatal an die frühere Verteufelung von Methadon bzw. der Substitutionsmittel, die doch nur die Abhängigkeit des Patienten verlängern würde und den Arzt als Dealer diffamierte.

Medizinische Versorgung von Patienten mit Hepatitis C im Berliner Justizvollzug

Gunnar Urban (Berlin) et al.

Abhängigkeiten von Suchtmitteln sind bei Insassen des Strafvollzuges gegenüber der übrigen Bevölkerung signifikant erhöht. Dies betrifft auch den intravenösen Konsum mit 21,9 – 29,6% in deutschen Haftanstalten vs. 0,3% in der Allgemeinbevölkerung. Konsekutiv ist auch die Häufigkeit der HCV-Infektion bei Haftinsassen deutlich höher: Untersuchungen in Deutschland gehen von einer Prävalenz von 6,9 – 17,6% bei Haftinsassen versus 0,4 – 0,9% in der Gesamtbevölkerung aus. Eine aktuelle Auswertung (September 2016) ergab für den Berliner Vollzug eine Prävalenz von 277 dokumentierten Infektionen (6,8%) bei rund 4.000 Insassen. Deren allgemeinmedizinische Basisversorgung erfolgt in den Justizvollzugsanstalten und fachinfektiologisch im Justizvollzugskrankenhaus. Die Betreuung muss, bei oft instabiler Suchtsituation, neben medizinischen Kriterien (z. B. Fibrosegrad), sowohl komplexe psychosoziale Konditionen (z. B. Compliance, sozialer und kultureller Hintergrund) als auch spezielle vollzugliche Gegebenheiten berücksichtigen. Letztere betreffen insbesondere eine(n) häufig unbestimmte Aufenthaltsdauer und Haftstatus (z. B. Untersuchungshaft) sowie Sprachbarrieren bei einem hohen Anteil an Insassen mit Migrationshintergrund. Dies geht mit einem hohen organisatorischen Aufwand einher und betrifft insbesondere die Planung und Durchführung der antiviralen Therapie (Therapiedauer 8 – 24 Wochen). Die typischen Probleme bei der Versorgung werden an Fallbeispielen aufgezeigt. Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über das Setting bei der Betreuung von Pati-

enten mit HCV im Berliner Justizvollzug entsprechend einer leitliniengerechten Betreuung gemäß Äquivalenzprinzip.

Konservative Therapieoptionen bei Adipositas

Anke Rosenthal (Berlin)

Adipositas ist eine chronische Erkrankung. 33 % der Deutschen sind übergewichtig oder adipös, Tendenz steigend. Der Adipositas liegt bis auf wenige definierte Erkrankungen eine multifaktorielle Genese zugrunde, daher muss die Behandlung zur dauerhaften Gewichtsreduktion verschiedene Therapieansätze kombinieren (multimodale Therapie). Diese bestehen aus Ernährungsberatung, Verhaltensmodifikation und Steigerung körperlicher Aktivitäten. Der alleinigen medikamentösen Therapie kommt bisher und absehbar keine Bedeutung zu. Keine der drei Therapiesäulen allein bewirkt eine dauerhafte Reduktion von 10% des Körpergewichtes, wie dies von Internisten gefordert wird, um Begleitkrankheiten deutlich zu bessern. Intensive Lebensstilinterventionen erreichen dies über Jahre allenfalls bei 5% der Betroffenen, wobei bis zu 50% der Teilnehmer vorzeitig aus den Schulungsprogrammen ausscheiden. Nach unserer Erfahrung liegt die rasch abnehmende Bereitschaft der Patienten, die vermittelten Inhalte dauerhaft zu befolgen, in der Persönlichkeitsstruktur der Adipösen, die sich in einer adipositasfördernden Umwelt bewegen. Perspektivisch wird die Adipositasepidemie nur durch gesellschafts- und gesundheitspolitische Steuerungen, also präventive Maßnahmen, zu beherrschen sein. Hierfür fehlen nicht nur in Deutschland bisher überzeugende Konzepte.

Suchterkrankungen bei KollegInnen

Christoph Maier (Bochum), Götz Mundle (Berlin), Michael Soyka (Felden), Tim Neumann (Berlin)

Es besteht nicht nur für Suchtmediziner, sondern für jeden in der Krankenversorgung Tätigen eine hohe Wahrscheinlichkeit in seinem beruflichen Leben auch praktisch auf das Thema "Suchterkrankungen bei KollegInnen" zu treffen. Grundsätzlich unterscheiden sich suchterkrankte Kollegen nicht von anderen Betroffenen in Bezug auf Ätiologie und Behandlung. Allerdings gibt es einige wesentliche Besonderheiten: Beispielsweise ist eine verbesserte Verfügbarkeit von bestimmten Medikamenten mit Missbrauchspotential gegeben. Im Spannungsfeld zwischen sich entwickelndem abhängigen Verhalten und Beruf können Stigma und die Furcht von berufsrechtlichen Konsequenzen, aber auch Bagatellisierung und fehlende Regeln den Beginn einer angemessenen Behandlung erschweren und verzögern. Dadurch wird eine an sich gute Prognose verschlechtert.

Über Suchterkrankung bei KollegInnen berichten und diskutieren:

Michael Soyka (Felden): Sucht bei Ärzten und Heilberufen – eine Herausforderung

Götz Mundle (Berlin): Abhängige Ärzte – Häufigkeit und Hilfsangebote

Christoph Maier (Bochum): Suchterkrankungen bei KollegInnen – in der Anästhesie

Vorsitz: *Tim Neumann (Berlin)*

Suchterkrankungen bei Ärzten und Pflegenden in Anästhesiologie und Intensivmedizin

Christoph Maier (Bochum)

In Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin ist die Verfügbarkeit von potentiellen Suchtmitteln am Höchsten. Daher verwundert es nicht, dass in allen internationalen wie deutschen Statistiken Anästhesisten und die in diesem Bereich arbeitenden Pflegenden ein besonderes Risiko für eine Arzneimittelsucht aufweisen. Auch bei der Analyse von Obduktionen bestätigte sich in einer jüngeren Umfrage das herausragende Risiko der hier Arbeitenden. Besonders problematisch ist auch der hohe Anteil von Süchtigen mit risikoreicher z. B. intravenöser Applikationsform, hier insbesondere bei jüngeren Männern mit damit verbundener höherer Sterblichkeit. Ein weiteres Problem ist der zunehmende Missbrauch von Propofol, das in Deutschland keiner Abgabekontrolle unterliegt. Es wird überwiegend additiv zu anderen Suchtmitteln genommen, es besteht eine erhöhte 1-Jahres-Mortalität im Vergleich zu Opioiden. Ursächlich dafür ist neben der Atemdepression die Kardiotoxizität bei wiederholter Anwendung. Es gibt

leider in Deutschland nur in wenigen Kliniken ernsthafte Bemühungen zur Abgabekontrolle, auch andere Initiativen der Fachgesellschaften sind bislang kaum umgesetzt.

Literatur:

Maier C, Iwunna J, Soukup J, Scherbaum N (2010) Abhängigkeitssyndrome bei Anästhesisten. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 45(10):648-54

Maier C, Leclerc-Springer J (2012) Langjährige Tilidin-Naloxon-Abhängigkeit mündet in lebensbedrohliche Suchterkrankung mit intravenöser Selbstapplikation von Fentanyl und Propofol. *Anaesthesist* 61:601-7

Maier C, Iwunna J, Bürkle H, Kaisers U, Scherbaum N, Schüttler J, Soukup J, Van Aken H (2010) Empfehlung zum Umgang mit abhängigkeitserkrankten Mitarbeitern im Krankenhaus. *Anaesth Intensivmed* 51:20-29

Sucht bei Ärzten und Heilberufen

Michael Soyka (Felden)

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz nehmen in der Medizin, aber auch der öffentlichen Wahrnehmung eine immer größere Rolle ein. Wie sieht es mit psychischen Störungen, speziell dem Suchtrisiko bei Heilberufen, insbesondere speziell Ärzten aus? Das Thema ist lange vernachlässigt worden. Folgt man einigen klinischen und epidemiologischen Arbeiten, so ist das Risiko für psychische Störungen bei Ärzten wahrscheinlich ebenso hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Aktuelle Befunde sprechen allerdings für eine hohe Burnout-Gefährdung bei Medizinern. Auch die Alkoholismusrate, soweit bekannt, dürfte ähnlich hoch wie in der Bevölkerung sein (3%), Nikotinkonsum ist eher seltener. Relativ hoch ist das Risiko für Konsum von psychotrop wirkenden Substanzen und eine Medikamentensucht. Manche Missbrauchsmuster, z. B. von Propofol, findet man fast ausschließlich bei Ärzten. Bedenklich ist ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko für Ärzte, das wohl nicht für alle Berufsgruppen gleich ist. Klinische Korrelate und Risikofaktoren für Sucht und Suizid bei Ärzten werden dargestellt sowie einige Befunde zu Prävention und Therapie mitgeteilt.

Let's talk about Sex & Drugs: Strategien für Gespräche über sexuell übertragbare Infektionen

Steffen Taubert (Berlin), Helmut Hartl (München), Martyna Gassowski (Berlin)

Da sexuell übertragbare Infektionen symptomlos verlaufen können, ist es empfehlenswert, Patient_innen, die ein erhöhtes Risiko haben sich mit HIV, STI oder HCV zu infizieren regelmäßig auf dieses Thema anzusprechen.

Die DRUCK-Studie zeigte, dass Drogengebraucher_innen und Substituierte vielfach zu wenig Wissen über Safer Use (vor allem der Bedeutung von Konsumutensilien) haben und Safer Sex keine durchgängige Schutzstrategie ist. [1]. Über eine ausführliche Risikoanamnese kann das Risiko eines/einer Patient_in für eine sexuell übertragbare Infektion eingeschätzt und zielgenaue Diagnostik angeboten werden. Wird die Risikoanamnese offen und akzeptierend durchgeführt bietet sie auch Chancen für die Prävention. In der DRUCK-Studie wurde die Ärzteschaft von den meisten Befragten als Hauptinformationsquelle genannt, wenn es um Wissen zu und Schutz vor HIV, Hepatitis B und C geht.

Nach einer kurzen Einführung zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sowie Ergebnissen der DRUCK-Studie fokussieren die Referent_innen auf den Aufbau von Gesprächen über STIs im Setting einer Arztpraxis. Über typische Fallbeispiele aus der Arzt-Patienten-Kommunikation mit Drogengebraucher_innen und Substituierten wird der Workshop den Chancen und Grenzen einer Präventionsberatung nachgehen. Den Workshopteilnehmenden wird ermöglicht, Erfahrungen aus ihrem beruflichen Alltag einzubringen und passende Kommunikationsstrategien kennenzulernen.

[1]: Robert-Koch-Institut (2016a). Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie), Berlin 2016. DOI: 10.17886/rkipubl-2016-007.

Psychiatrie für Nichtpsychiater

Daniela Eser-Valeri (München)

Psychische Störungen stellen heutzutage die häufigsten und die Lebensqualität am stärksten beeinträchtigenden Erkrankungen dar. Neben Alkoholbedingten Störungen sind Angsterkrankungen und

Depressionen die klinisch bedeutsamsten psychischen Störungen in Deutschland. Gleichzeitig sind psychische Störungen insbesondere bei der Behandlung Suchterkrankter als relevante komorbide Störungen zu berücksichtigen.

Dabei werden betroffene Patienten zum überwiegenden Anteil nicht in der fachärztlichen, sondern ausschließlich in der hausärztlichen Primärversorgung behandelt.

Ziel des Seminars ist es diagnostische Grundlagen und klinische Behandlungsaspekte der häufigsten psychiatrischen Erkrankungsbilder zu erarbeiten. Zusätzlich werden die häufigsten psychiatrischen Notfallsyndrome und deren Akuttherapie dargestellt.

Nicht-Stoffgebundene Süchte

Gisela Alberti (Hamburg), Jochen Brack (Hamburg)

2015 gab es laut BZgA 456.000 pathologische/problematische Glücksspieler/innen. In Deutschland sind mindestens 1,6 Mio. Menschen von einer Glücksspielproblematik selber betroffen oder mitbetroffen! 73,9% sind abhängig durch Automaten in Spielhallen/Gastronomie.

Laut Drogenbericht der Bundesregierung werden gerade bei jungen Menschen Computerspiele oder Surfen im Internet zum Problem. Man schätzt, dass 4% der 14-16jährigen davon abhängig sind.

Laut Jahrbuch Sucht betrug 2014 die Umsätze auf dem regulierten deutschen Glücksspielmarkt 34,7 Mrd. €, die staatlichen Einnahmen incl. nicht-regulierter Wetten 4,748 Mrd. €. Sowohl der Staat als auch die Anbieter haben ein hohes wirtschaftliches Interesse!

Die sozialen Kosten übersteigen die Steuereinnahmen erheblich. 15% der Spieler hatten Schulden von mehr als 25.000 €! Das trifft bei Kokain- (mit 7,1%) oder Alkoholabhängigen (mit 4,3%) wesentlich weniger zu. Und 50–70% werden beschaffungskriminell.

Glücksspiel ist eigentlich illegal: Öffentliche Glücksspiele dürfen nur mit Erlaubnis der zuständigen Behörde des jeweiligen Landes veranstaltet oder vermittelt werden.

Suchtartiges Glücksspielen wird in der Literatur sowohl als Impulskontrollstörung als auch als Verhaltenssucht definiert. Ist die Glücksspielsucht diagnostisch den Persönlichkeitsstörungen, Impulskontrollstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen zuzuordnen?

Jedes Verhalten kann süchtig entgleisen! Nichtstoffgebundene Mittel erfüllen die Funktion, Entspannung und Erfolgserlebnisse zu finden statt sich mit der Realität auseinanderzusetzen.

Suchttherapie ist erfolgreich. Wo setzt sie an? Was ist die Funktion/Rolle von Ärzt/innen?

Anhand von Fallbeispielen, die auch gerne „mitgebracht“ werden können, sollen diese Fragen erörtert werden.

QAAT – Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie Offene Diskussion über medikamentöse Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

Alkoholabhängigkeit ist eine chronische Krankheit. Allein deshalb muss das Gros der Behandlung ambulant erfolgen, auch bei Ärzten wie uns. Obwohl von der S3-Leitlinie noch gar nicht wahrgenommen, ist es in spezialisierter Praxis immer sicherer geworden: Viele Patienten brauchen genauso eine differenzierte medikamentöse Einstellung wie ein Diabetiker. Auch einem Diabetiker kann man sagen: Versuch's doch so. Nimm einfach 15 Kilo ab und lauf viermal so viel. Ganz einfach. Hier wie dort ist die Erfahrung gleich: Prognose und Lebensqualität sind mit dem Einsatz bestmöglicher Medikamente einfach viel besser. Aber Medikamente richten nicht alles. Bei uns gehört das individuell persönliche Eingehen auf die Patienten noch stärker als in anderen Krankheiten untrennbar mit der Medikation zusammen. Wir brauchen deshalb so etwas wie eine etablierte Gesprächskultur, deren Standard auf die Dauer auch angemessen bezahlt werden muss. Und das Interdisziplinäre? Braucht eigentlich die gesamte Medizin, unser Fachgebiet vielleicht nicht mal mehr als andere Fachgebiete, aber keinesfalls weniger. Auch wir selbst brauchen eine gute Vernetzung, denn allein jeder von uns wird es schon erlebt haben, dass wir mit Patienten an Grenzen kommen, wo wir ohne die Hilfe anderer nicht weiterkommen, es mitunter sogar gefährlich wird.

Die so dringend benötigte, medikamentöse Einstellung ist noch völlig unetabliert. Und andererseits die Domäne dessen, was wir Ärzte unseren Patienten einzigartig anbieten können, um ihre Situation deutlich zu verbessern. Im QAAT-Symposium am Samstag 05.11.2016 von 15:15 Uhr bis 16:45 Uhr ist ein offener Erfahrungsaustausch ohne Vorträge über bisher durchgeführte medikamentöse Behandlungen

vorgesehen. Gegenseitig voneinander zu lernen und uns vielleicht aneinander auszurichten, ist immer eine ganz besondere effektive Art des Lernens.

Entkriminalisierung des Cannabiskonsums – Risiko oder Chance für die Suchtprävention im Jugendalter?

Herman Schlömer (Hamburg)

Trotz der bestehenden Strafbedrohung für Cannabiskonsum/innen ist der Gebrauch dieser Substanz weltweit und auch in Deutschland sehr verbreitet. Das trifft auch für Jugendliche zu. Vor diesem Hintergrund werden zunehmend die kostenintensive Kriminalisierung von Cannabiskonsum/innen und ihre Folgen für die Betroffenen als unverhältnismäßig und unverantwortlich bewertet sowie eine drogensgesetzliche Liberalisierung gefordert. In der darüber kontrovers geführten Debatte spielt die Frage, ob eine Entkriminalisierung des Cannabisgebrauchs die Prävention in Bezug auf den jugendlichen Cannabisgebrauch und den Jugendschutz erschwert oder erleichtert eine zentrale Rolle. In diesem Seminar werden zunächst in einem einleitenden Vortrag Hintergründe, Motive und Risiken jugendlichen Cannabiskonsums beleuchtet und wichtige Argumente der Protagonisten der aktuellen Debatte für die Risiko- und die Chancenthese vorgestellt. Anschließend erhalten die Seminarteilnehmer/innen die Gelegenheit, ihre Positionen zur Leitfrage zu erläutern und zur Diskussion zu stellen. Offene Fragen auch in Bezug auf die Vorbeugung riskanten Cannabiskonsums im Jugendalter werden abschließend geklärt.

Freie Vorträge

Sucht und Arbeit – Evaluation der Verläufe bei alkoholauffälligen Mitarbeitern

Kristin Hupfer (Ludwigshafen)

Die meisten Menschen mit missbräuchlichen und abhängigem Alkohol-Konsummuster stehen in Arbeitsverhältnissen. Ergeben sich Auffälligkeiten, besteht die Gefahr, dass ihnen (oft ohne ausdrücklichen Bezug auf das Thema Alkohol) gekündigt wird. Doch Arbeitslosigkeit forciert die Gefahr eines verstärkten Alkoholkonsums. Um einen planvollen und zielgerichteten Prozess anzustoßen, statt erst lange zu warten und dann schnell zu kündigen, haben vor allem die größeren Betriebe inzwischen Betriebsvereinbarungen, in denen geregelt wird, wie bei Auffälligkeiten verfahren wird und wann in welcher Weise den Mitarbeitern die Inanspruchnahme professioneller Behandlung nahegelegt wird.

Der Arbeitsplatz ist nämlich gut geeignet, bei Menschen mit gefährlichen Konsummuster Einsicht in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung zu erzeugen – vorausgesetzt, es lassen sich Auswirkungen des Konsums auf die Arbeitsqualität bzw. -quantität deutlich belegen oder der Mitarbeiter erscheint berauscht zur Arbeit. Der Wunsch nach Erhalt des Arbeitsplatzes kann (ähnlich wie in anderen Fällen der Wunsch nach Führerscheinwiedererwerb) bei Mitarbeitern das entscheidende Argument für Konsumreduktion oder -verzicht sein.

In zwei naturalistischen Studien 2004 und 2015 konnten Verläufe suchtmittelauffälliger Mitarbeiter untersucht und verfolgt werden.

Es kann gezeigt werden, dass eine Entwöhnungstherapie vergleichsweise häufig in Anspruch genommen wurde und die Rehabilitanden hinsichtlich Abstinenz mit 79% besonders erfolgreich waren. Eine Rückkehr zu moderaten Konsummuster gelang Mitarbeitern mit Abhängigkeitsdiagnose dagegen nur sehr selten.

Für das Erreichen einer stabilen Veränderung des Suchtmittelkonsums bewährt sich die Kooperation mit externen Ärzten, Suchtberatungsstellen und/oder Angehörigen und Freunden.

TVerminderte Mu-Opioid Rezeptoren bei Alkoholabhängigkeit: Ergebnisse einer Post-Mortem- und PET-Studie

Derik Hermann (Mannheim)

Einleitung: Belohnungseffekte von Alkohol werden durch endogene Opiate vermittelt. Eine Blockade von mu-Opioidrezeptoren durch Naltrexon wirkt rückfallprophylaktisch, allerdings sprechen verschiedene Patienten unterschiedlich gut auf Naltrexon an. In dieser Studie wurden Veränderungen der Opioidrezeptoren durch chronischen Alkoholkonsum untersucht, sowie deren Interaktion mit einer rückfallprophylaktischen Behandlung mit Naltrexon.

Methode: In post-mortem Hirngewebe aus dem Striatum von 43 alkoholabhängigen Patienten und 42 Kontrollpersonen wurden Mu-Opioid Rezeptoren gemessen ($[^3\text{H}]$ DAMGO Bindung und mRNA). In einer weiteren Studie wurden eine 11-C-Carfentanil PET bei 38 alkoholabhängigen Patienten nach 3 Wochen Abstinenz durchgeführt. Anschließend erfolgte eine randomisierte kontrollierte Studie von Naltrexon gegen Plazebo über 3 Monate und eine Erhebung des Alkoholrückfalls über 1 Jahr. Nucleus caudatus und ventrales Striatum wurden in beiden Studien untersucht, plus Putamen in der PET Studie.

Ergebnisse: In der post-mortem Studie zeigte sich eine Verminderung der Mu-Opioid Rezeptoren um 23-51% bei Alkoholabhängigen. Die 11-C-Carfentanil PET Studie ergab eine Interaktion des OPRM1 A118G Genotyps, der Mu-Opioid Rezeptor-Verfügbarkeit und des Rückfallrisikos. Eine hohe Mu-Opioid Rezeptor-Verfügbarkeit war mit einem niedrigen Rückfallrisiko assoziiert. Dieser Zusammenhang zeigte sich besonders in der Naltrexongruppe und bei G-Allel Trägern des OPRM1.

Schlussfolgerung: Verminderte Mu-Opioid Rezeptoren bei schwerer Alkoholabhängigkeit werden als Downregulation nach chronischer alkoholinduzierter Ausschüttung von endogenen Opiaten interpretiert. Eine besonders ausgeprägte Downregulation war mit einem erhöhten Rückfallrisiko assoziiert. Werden die wenigen noch vorhandenen Opioidrezeptoren dann durch Naltrexon geblockt, ergeben sich Hinweise auf einen negativen, rückfall-fördernden Effekt. Dies könnte damit zusammen hängen, dass durch Naltrexon auch der belohnende Effekt von Sozialkontakten blockiert wird, und dadurch der Aufbau von suchtfreiem Alternativ-Verhalten gestört wird.

Comorbidität Sucht- und Trauma: Männerspezifische stationäre Behandlungsprogramme für traumatisierte Männer: In welchen Bereichen profitieren die Patienten von DBT und in welchen von PITT

Isabel Englert (Neuenkirchen)

Die Nachfrage nach stationärer Behandlung für Patienten mit der Comorbidität Traumafolgestörungen und Suchtkrankheit ist hoch. Es zeigen sich zunehmend unterschiedliche Subgruppen mit diesen Störungen in Therapie: vom einfach traumatisierten Patienten, der unter den Folgen eines Berufsunfalls leidet, bis hin zu Patienten, die in der Kindheit sexuell oder körperlich misshandelt oder vernachlässigt wurden.

Es existiert eine Vielzahl an Programmen für Patienten mit der Comorbidität Sucht und Trauma, zunehmend ergibt sich jedoch die Herausforderung, subgruppenspezifische Programme anzubieten. Es stehen viele etablierte Therapiemethoden zur Auswahl, die allerdings bei weitem nicht alle für Suchtpatienten gut untersucht sind. In diesem Vortrag werden die Ergebnisse einer Auswertung, in welchen Symptombereichen die Patienten von einer DBT-Behandlung und in welchen Bereichen von PITT im Setting einer Suchtrehaklinik profitiert haben, vorgestellt.

ASTRAL Studien: Wirksamkeit und Sicherheit von Sofosbuvir/Velpatasvir bei HCV Patienten unter Opioidsubstitutionstherapie (OST)

Nazifa Qurishi (Köln) et al.

SOF/VEL ist das erste pangenotypische, einmal tägliche Single-Tablet-Regimen (STR) in der HCV-Therapie das seit Juli 2016 in Deutschland zugelassen ist. Die Phase3 ASTRAL Studien 1-3 haben in einem breiten Patientenspektrum gezeigt, dass die einmal tägliche Gabe des SOF/VEL Kombinationspräparates als STR gut verträglich ist und über alle HCV Genotypen hinweg in SVR12 Raten über 95% resultiert. Über die Anwendung von DAAs in HCV infizierten Patienten mit OST ist

bisher jedoch wenig bekannt. Im ASTRAL Studienprogramm waren Patienten unter OST eingeschlossen. Es wurde eine post-hoc Analyse der Studiendaten von ASTRAL 1-3 durchgeführt um die Wirksamkeit und Sicherheit von SOF/VEL zwischen Patienten mit und ohne OST zu vergleichen. Von 1035 Patienten erhielten 51 (5%) eine OST. OST Patienten waren häufiger männlich und wiesen häufiger eine GT3 Infektion auf. Die SOF/VEL Adhärenz bis zu 90% war numerisch niedriger in den OST Patienten im Vergleich zu den Non-OST Patienten. Unerwünschte Ereignisse traten in beiden Gruppen in ähnlicher Frequenz auf und auch die SVR Raten zwischen OST und Non-OST Patienten waren vergleichbar: 96% (49/51) versus 98% (966/984). Zwei OST Patienten haben keine SVR12 erreicht wobei dies bei nur einem Patienten auf eine Nicht-Adhärenz zurückführbar war. Bei einem Non-OST Patient ohne Drogenabusus in der Vorgeschichte wurde eine HCV Reinfektion zum Zeitpunkt des virologischen Versagens festgestellt. Das pangenotypische SOF/VEL stellt somit eine gut verträgliche und hochwirksame Therapieoption für HCV infizierte OST Patienten dar.

Drogenscreening mittels Speicheluntersuchungen – Auswertung der aktuellen Konsumgewohnheiten von drogenabhängigen Patienten im Qualifizierten Entzug

Juliane Weiland (Mühlhausen)

In den letzten Jahren war in der Drogenszene Thüringens, so wie auch in vielen anderen Ländern, eine erhebliche Verschiebung hin zu Neuen Psychoaktiven Substanzen festzustellen. Das Ausmaß dieses Konsums ist allerdings bisher nur unzureichend untersucht und auf Selbstberichte, polizeiliche Sicherstellungen u.ä. beschränkt. Im Sommer 2016 wurde deshalb am Ökumenischen Hainich Klinikum Mühlhausen/Thüringen in Zusammenarbeit mit dem MVZ Labor Dessau eine klinische Studie in der suchtmmedizinischen Abteilung begonnen, wobei durch die Erweiterung des Drogenscreenings von Urin- auf Speichelproben ein aktueller Überblick über die Konsumgewohnheiten von Patienten in Mitteldeutschland, die sich in eine qualifizierte Entzugsbehandlung begeben, zu erlangen ist.

Die Auswertung der Proben erfolgt am MVZ Labor in Dessau mittels entsprechender chromatografischer und massenspektrometischer Verfahren. Dabei werden das sogenannte Multi-Target-Screening und die Generell Unknown Analyse angewandt, um eine weite Bandbreite missbräuchlich genutzter Substanzen feststellen zu können.

Ein besonderes Augenmerk der Forschungsarbeit liegt dabei auf dem Vergleich der in der Anamnese von den Patienten angegebenen Substanzen und dem tatsächlichen Ergebnis der Laboranalyse. Durch standardisierte Fragebögen soll überprüft werden, inwiefern auch Informationen von Seiten der Patienten zurückgehalten werden oder durch Unwissenheit verloren gehen.

Zurzeit nimmt die Droge Crystal Meth den bisher größten Stellenwert in der klinischen Routine ein und wird von den hiesigen Patienten am häufigsten angegeben. Auffallend ist jedoch, dass viele Patienten nicht wissen, welche Stoffe sie genau konsumieren bzw. welchen Mischkonsum sie betreiben. In den bisherigen Ergebnissen spiegeln sich bereits einige Diskrepanzen zwischen den Laborergebnissen und den Angaben zum Aufnahmezeitpunkt wider. Durch die Ergebnisse der Studie ist zu erwarten, dass Diagnostik und Therapie qualitativ verbessert werden können und auch auftretende Komplikationen wie drogeninduzierte Psychosen besser zu identifizieren sind. Aufgrund der hohen Fallzahlen (aktuell circa 200) ist mit vielen interessanten Ergebnissen zu rechnen, die es nach Abschluss der Studie in einigen Monaten auszuwerten gilt.

Mutter-Kind-Gruppe für Mütter im Substitutionsprogramm und deren Kinder im 1. Lebensjahr

Ursula Zeisel (Wien)

Kinder aus suchtbelasteten Familien erhalten verstärkt Aufmerksamkeit. Durch die Behandlung substituierter Schwangerer und Eltern sowie der damit verbundenen Kooperationen mit involvierten Institutionen wurde der Bedarf an Unterstützung für diese Mütter und Kinder deutlich. Um dies auch nach der Schwangerschaft zu fördern wurde dieses Gruppenangebot entwickelt.

Begleitend zur medizinischen und psychosozialen Betreuung der Mütter im ambulanten Setting bietet die Gruppe Stütze in lebensrelevanten Bereichen. Ein zentrales Ziel ist die Stabilisierung der Eltern zugunsten der in einer Multiproblemfamilie aufwachsenden Kinder.

An der Gruppe nehmen maximal 8 Frauen mit ihren Babys teil. Die Teilnahme erfolgt freiwillig, kann aber auch Auflage der Jugendwohlfahrtsbehörde sein. Jedem Termin ist ein Thema zugeordnet. GastreferentInnen unterstützen die Gruppenleiterinnen. Neben der Vermittlung und dem gemeinsamen Erarbeiten von Information gibt es Zeit für Austausch. Abschließend wird gemeinsam gegessen.

Bisher haben 5 Durchgänge stattgefunden. Trotz der speziellen Zielgruppe sind viele Fragen nicht suchtspezifisch sondern betreffen den Familienalltag. Die Frauen betonen, dass sie durch die Gruppe Freundschaften finden konnten, was die soziale Isolation der Zielgruppe reduziert. Ein besonderes Thema in der Arbeit mit Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung stellt die Frage dar, inwieweit ich als Elternteil meine Suchterkrankung meinem Kind erkläre. Dies war in diesem Ausmaß nicht geplant, beschäftigt aber die Frauen sehr. Es gibt große Erleichterung über die Möglichkeit sich austauschen zu können, ohne dabei die Suchterkrankung verstecken zu müssen.

Die Gruppe wurde nach dem ersten Jahr fix in das Angebot des Verein Dialog aufgenommen. Ein zusätzlicher positiver Punkt dieses Angebots betrifft die Wahrnehmung der Klientinnen durch weitere BetreuerInnen in einem anderen Setting.

Psychotherapie und Substitution

Angelika Koschal (Bonn)

Die PREMOS-Studie, (Studie zur Beurteilung der langfristigen Effekte der Opioidsubstitution in Deutschland) verdeutlicht den hohen Prozentsatz an komorbiden psychiatrischen Erkrankungen bei substituierten opioidabhängigen Menschen, sowie den gravierenden Mangel an adäquater psychotherapeutischer, bzw. psychiatrischer Behandlung für diesen Personenkreis.

Beschäftigt man sich mit der Frage, warum es diese Mangelversorgung gibt, wird in der Regel auf das Desinteresse der Betroffenen verwiesen.

Betrachtet man hingegen die Nachfrage und den Bedarf in einzelnen Regionen der BRD, so zeigt sich, dass bei einer patientenorientierten Psychoedukation mehr motivierte Betroffene, als erwartet, eine psychotherapeutische Behandlung wahrnehmen möchten.

Bzgl. der Effektivität einer aufdeckenden Psychotherapie weist die Studie von Stefan Jacobs et al, 2009, „EMDR und Biofeedback in der Behandlung substituiertes Traumatpatienten“, sehr eindrückliche Therapieeffekte auch unter Substitution nach.

Die „Adverse Childhood Experiences“ (ACE)-Studie, 1998, von Felitti et al., erhärtet die Hypothese, dass frühkindliche Traumatisierungen, sowie psychosoziale Belastungsfaktoren das Risiko einer späteren Suchtmittelabhängigkeit, um ein Vielfaches erhöhen, d.h. es bestehen häufig gravierende psychische Störungen bereits vor einer Suchtentwicklung.

Zahlreiche internationale Studien bestätigen diese Zusammenhänge.

Die Behandlung früh angelegter psychischer Erkrankungen ist für opiatabhängige Menschen unerlässlich, um sich längerfristig zu stabilisieren. So besagt auch die Hypothese der Selbstmedikation von Khantzian, (1985), dass suchtmittelabhängige Menschen an einer Vielzahl stark belastender Symptome leiden und daher zur Linderung ihrer „unerträglichen innerpsychischen Zustände“ diverse Suchtmittel einsetzen. Von daher ist es nachvollziehbar, dass diese „unerträglichen innerpsychischen Zustände“ ebenfalls einer adäquaten Behandlung bedürfen, damit die Notwendigkeit der „Selbstmedikation“ nicht mehr gegeben ist.

Ein Fallbeispiel wird das praktische Vorgehen verdeutlichen.

Literatur:

Bundesanzeiger (2011): Psychotherapie-Richtlinie (Präzisierung zur Indikation Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten). Beschluss veröffentlicht: BAnz. Nr. 100 (S. 2424) vom 07.07.2011. Jacobs, S., Schmidt, S., Lüdecke, C., Strack, M. (2009): EMDR und Biofeedback in der Behandlung substituiertes Traumatpatienten. In: Jacobs, S. (Hrsg.): Neurowissenschaften und Traumatherapie. Universitätsdrucke Göttingen. S. 107-134. Khantzian, E. J. (1997): The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 231-244. Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T. (2011): Zusammenfassung der Ergebnisse der PREMOS-Studie. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 5, 280-286.

Schweizer Drug Checking und Beratung im Nachtleben – Analyse des Substanzkonsums von Freizeitdrogenkonsumenten 2011-2015

Larissa J. Maier (Zürich)

Seit 2001 dienen mobile Drug Checking Einsätze in der Schweiz als Strategie zur Wissensvermittlung und Schadensminderung im Nachtleben. Zusätzlich bieten das Drogeninformationszentrum Zürich seit 2006 und Bern seit 2014 wöchentlich ambulante Beratungen zu Substanzfragen an, die auch die Entgegennahme von illegalen Drogen zum Drug Checking umfassen. Personen, die ein Drug Checking nutzen, füllen seit 2011 jeweils den Nightlife-Fragebogen aus, um Auskunft zu geben über ihre Erfahrung mit psychoaktiven Substanzen sowie Konsumgewohnheiten während einer typischen Partynacht. Dieser Fragebogen wird auch für Kurzberatungen ohne Drug Checking eingesetzt und kann selbstständig online ausgefüllt werden. Die strukturierte Befragung ermöglicht die Früherkennung von risikanten Konsummustern sowie die Frühintervention im Sinne einer Triage in ein weiterführendes Angebot im Bedarfsfall. Zwischen 2011 und 2015 haben rund 5.400 Freizeitdrogenkonsumenten einen Fragebogen ausgefüllt. Drei Viertel der Befragten waren männlich (72%) und das Durchschnittsalter lag bei 26 Jahren. Die meisten Befragten berichteten über Erfahrungen mit einer Vielzahl an psychoaktiven Substanzen und Mischkonsum von mindestens zwei Substanzen während einer typischen Partynacht war verbreitet (66.5%). Der Kurzvortrag zeigt auf, welche illegalen Substanzen im Schweizer Nachtleben in welchen Mengen konsumiert werden. Mithilfe einer latenten Klassenanalyse (LCA) konnten in der Gesamtstichprobe vier Gruppen von Freizeitdrogenkonsumenten mit unterschiedlichen Substanzpräferenzen identifiziert werden, was die Wichtigkeit von gruppenspezifisch zugeschnittenen Präventionsbotschaften unterstreicht.

Das Matrix-Modell der Behandlung von Stimulanzienkonsum: Endlich auf Deutsch

Ulrike Marks (Mühlhausen)

Der Drogen- und Suchtbericht 2016 weist auf die zunehmende Bedeutung von Crystal Meth (Methamphetamin) hin, was sich insbesondere an der Kriminalstatistik und einer gestiegenen Nachfrage in Therapieeinrichtungen zeigt. Der damit verbundene Anstieg von Methamphetaminabhängigen geht mit einem spezifischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf einher, auf das sich das Versorgungssystem einstellen muss. Allerdings existieren bisher keine hinreichend evaluierten deutschsprachigen Materialien für die suchtherapeutische Arbeit mit Methamphetaminabhängigen. Das Matrix-Modell der ambulanten Intensivbehandlung bei Störungen durch Stimulanzienkonsum bietet ein umfassendes, strukturiertes und evaluiertes Behandlungspaket für Erwachsene mit Missbrauch oder Abhängigkeit von Stimulanzien (CSAT, 2006). Schwerpunkt der Behandlung bilden gruppentherapeutische Angebote, die Einbeziehung von Angehörigen und der Selbsthilfe sowie die Möglichkeit einer zielgruppenspezifischen Ausrichtung (z. B. nach Geschlecht und sexueller Orientierung der Patienten). Das Modell wurde bereits in den 1980er Jahren auf Grund des steigenden Bedarfs an Behandlungsangeboten für Stimulanzienabhängige in den USA entwickelt, seither wiederholt überarbeitet und gilt heute in diesem Bereich weltweit als eines der Standardverfahren. Der Verein SuPraT (Suchtfragen in Praxis und Theorie e. V.) hat sich daher mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Landes Thüringen sowie in Absprache mit den Autoren des Originals das Ziel gesetzt, die Komponenten dieses Behandlungspakets in übersetzter und an das deutsche Suchthilfesystem adaptierter Form dem deutschsprachigen Raum zur Verfügung zu stellen. Erste Ergebnisse dieser Arbeit sind nun in digitalisierter und gedruckter Version über den Verein erhältlich und sollen auf diesem Kongress präsentiert werden.

Wenn die Entzugsbehandlung nicht abstinent macht, worin liegt dann der Sinn einer Entzugsbehandlung?

Ekkehard Madlung (Hall in Tirol)

„Detoxification should not be regarded as a treatment per se, since prospective controlled studies show that people who have undergone detoxification are no less likely to relapse to drug use than those who have not.“ (Mattick, Lancet 1996)

Dass eine Entzugsbehandlung nicht abstinent macht (zu keiner dauerhaften Abstinenz führt), bestätigen klinische Erfahrung und zahlreiche Studien. Dennoch sind die wenigen spezialisierten stationären Behandlungsplätze in Krankenhäusern für Menschen mit „Drogenproblemen“ zum überwiegenden Teil als „Entzugsplätze“ definiert und werden als solche auch belegt. Damit konzentriert sich die stationäre Drogenakutbehandlung auf eine risikoreiche und wenig effiziente Therapiemethode (Entzug), während für (Akut)Interventionen einer Erkrankung mit häufigen (körperlichen/psychischen/sozialen) Krisen kaum (spezialisierte) Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Hilfestellung zur Bewältigung von Krisen und das Verhindern weitergehender Schäden bzw. auch Hilfestellung um Krisen als Chance nutzbar zu machen, sind wichtige Aufgaben der Drogentherapie. Sie haben wesentlichen Einfluss auf die Prognose und sollten von der stationären Drogentherapie mitgetragen werden, auch wenn ein Entzug/Teilentzug nicht angezeigt (oder sogar kontraindiziert) ist. Ohne den Bedarf an qualifizierten Entzugsplätzen grundsätzlich in Frage stellen zu wollen, sollte überlegt werden, ob diese aktuelle Praxis den Anforderungen eines modernen suchtherapeutischen Verständnisses entspricht bzw. ob nicht eine Diskussion über die Neudefinition von Aufgaben und Zielen der stationären Drogenakuttherapie notwendig ist.

Freie Vorträge „Update“

PLUS – Das Mehr in der Versorgungsstruktur von Suchtkranken

Susanne Schäfer-Walkmann (Stuttgart), Alessa Peitz (Stuttgart)

PLUS ist ein gemeinsames Projekt von AbbVie Deutschland, dem Caritasverband für Stuttgart e. V. und der Deutschen Leberhilfe e. V., welches die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit einer Suchterkrankung zum Ziel hat.

Als zusätzliches „PLUS“ zur Basisversorgung in der Suchthilfe wird eine ganzheitliche und alltagsintegrierte Unterstützung zu allen relevanten Problemlagen angeboten, um ein „Mehr“ an Teilnahme, Teilhabe und Teil sein zu erreichen. Im Rahmen von PLUS wurden Angebotsbausteine und ein Peer-Ansatz entwickelt, die am Bedarf der Zielgruppe ansetzen und dabei das Thema Hepatitis C besonders in den Blick nehmen. Stabilisierung, persönliche Entfaltung, Gesundheitsbewusstsein und gesellschaftliche Partizipation sind wichtige Leitziele.

Nachdem das sozialpädagogische Versorgungsangebot „PLUS“ bereits beim DGS-Kongress im vergangenen Jahr vorgestellt wurde, können dieses Jahr erstmals umfangreiche Ergebnisse und daraus folgende Handlungsempfehlungen der wissenschaftlichen Begleitstudie durch das Stuttgarter Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) präsentiert werden (Studienzeitraum: 01. Mai 2015 bis 31. Dezember 2016).

Die Forschungsergebnisse basieren auf einem multiperspektivischen, interdisziplinären Mix-Methods-Design. Es gibt ernst zu nehmende Hinweise, dass sich mit Hilfe des partizipativen und individuellen Ansatzes von PLUS die Klient/innen stabilisieren und positive Veränderungen in Gang kommen. Neue Perspektiven tun sich auf! In die Versorgung eingebundene Stakeholder schätzen die strukturelle Verbesserung der Versorgung und die Praxisnähe des Ansatzes. PLUS ist somit ein Nährboden für gestärkte Suchtbetroffene und ein erprobtes Handwerkszeug für PraktikerInnen, die „Mehr“ wollen.

Die Entwicklung eines erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientierten Case-Management Modells für ältere Drogenabhängige – Das Projekt Alters-CM³

Kludia Follmann-Muth (Koblenz)

Bei älteren Drogenabhängigen (45 Jahre und älter) bestehen besondere gesundheitliche Risiken. Durch den (fortgesetzten) Konsum legaler und illegaler Drogen werden Alterungs-, und Krankheitsprozesse beschleunigt, die in verhältnismäßig kurzer Zeit zu mittleren bis schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können.

Neben einer erhöhten Gefahr für chronische Infektionskrankheiten spielt das Thema soziale Exklusion und Vereinsamung eine große Rolle. In den nächsten Jahren wird die Zahl der älteren Drogenabhängigen mit Pflegebedarf und alterskorrelierten Erkrankungen erheblich ansteigen. Eine angemessene

Versorgung ist aus Sicht der Drogenhilfe ebenso wie aus Sicht der Alten- und Pflegehilfe herausfordernd. Eine Optimierung der Versorgungsstrukturen soll mit Hilfe von drei Arbeitsschritten in 3 Modellregionen erfolgen, aus denen im Beitrag erste Ergebnisse vorgestellt werden sollen: 1) KlientInnenbefragung u. a. zu Versorgungsbedarfen, 2) Analyse und Optimierung der kommunalen und lokalen Vernetzung zwischen Drogen- und Suchthilfe, Altenhilfe und Pflege und 3) Entwicklung eines fallbezogenen Case Management Modells, welches in einer Verlaufsstudie erprobt und evaluiert wird. Nach der Vorstellung erster Ergebnisse im Jahr 2015 soll nun ein Update erfolgen. Schwerpunkt soll die Vorstellung des Case Management Manuals für ältere Drogenabhängige sein und das darauf basierende fallbezogene Case Management, das nach entsprechenden Schulungen in den Modellregionen erprobt und evaluiert wird.

Posterbeiträge

Real World Ergebnisse für Patienten unter Substitutionstherapie mit chronischer Hepatitis C Virus Infektion die mit Sofosbuvir (SOF)-basierten Regimen behandelt wurden: Daten aus dem Deutschen Hepatitis C-Register (DHC-R)

Stefan Christensen (Münster) et al.

Neue direkt wirkende antivirale Substanzen (DAA) haben die SVR Raten signifikant verbessert. Bisher liegen wenige Ergebnisse aus dem Behandlungsalltag für schwieriger zu therapierende Patientengruppen vor, wie z. B. Patienten mit Opioid-Substitutionstherapie (OST). Das DHC-R (Deutsches Hepatitis C-Register) ist eine nationale, multi-zentrische Registerstudie, in die bisher ca. 9.300 Patienten eingeschlossen wurden. Die Patienten werden nach dem Ermessen des Arztes behandelt. Diese Analyse basiert auf 2.552 Patienten, die zwischen dem 01.02.2014 und dem 15.09.2015 mit SOF-basierten Regimen behandelt wurden und von denen mindestens SVR12 Daten vorlagen. Die drei häufigsten Therapieregime waren SOF/Ledipasvir (N=872), SOF/Peg-Interferon/Ribavirin (N=510) und SOF/Daclatasvir (N=449). Innerhalb dieser Gruppe erhielten 190 Patienten eine OST. Verglichen mit anderen Patienten (non-OST) waren die OST Patienten häufiger männlich (81,2% vs. 56,3%), jünger (45,8% vs. 53,78%), hatten seltener Zirrhose (26,8% vs. 31%) und waren häufiger HCV-Therapie naiv (66,7% vs. 50,2%). Im Hinblick auf die Ko-Morbidität gibt es Unterschiede: OST-Patienten hatten häufiger psychiatrische Ko-Morbiditäten, aber seltener Diabetes. Über alle Genotypen und Behandlungen hinweg lagen die SVR Raten in OST-Patienten bei 79,5% und bei 85,4% in der NON-OST Gruppe. Die Relapse Raten lagen bei 1,1% (OST) bzw. 3,9% (non-OST). 7,3% (14/195) der OST-Patienten brachen die Therapie ab, bei den non-OST Patienten waren es 2,8% (67/2362). Die Raten an Patienten, die nicht zur Nachbeobachtung erschienen unterschieden sich nicht zwischen den Gruppen (OST: 28,6% der Therapieabbrüche, NON-OST 25,4%). Bei künftigen Auswertungen sollte eine erweiterte Aufschlüsselung nach Therapieregimen erfolgen um zu klären, wie die Rate der Therapieabbrüche im Kontext zu den Therapieregimen steht.

Ambulante Umstellung der Opioidsubstitution von Levomethadon auf Buprenorphin

Michael Kern (Berlin) et al.

Hintergrund: Die Umstellung von Levomethadon auf Buprenorphin in der Opioidsubstitutionstherapie ist häufig wünschenswert, jedoch durch den partiellen Antagonismus von Buprenorphin durch präzipitierte Entzugsbilder kompliziert. Traditionell wurde daher Levomethadon bisher für 24-72 Stunden pausiert, bevor mit Buprenorphin begonnen werden konnte. Auch dieses Verfahren bedingt eine Zeitspanne mit deutlicher Opioidentzugssymptomatik, welche für viele Patienten eine Barriere zur Umstellung darstellt. Wir präsentieren unsere Erfahrungen mit einem relativ neuen Verfahren der überlappenden Umstellung.

Zielsetzung: Ambulante Umstellung der Opioidsubstitution von Levomethadon im mittleren bis hohen Dosisbereich auf Buprenorphin. Indikation für die Umstellung waren Levomethadon Nebenwirkungen (emotionale und kognitive Dämpfung, Libidoverlust, Gewichtszunahme, Schwitzen), sowie bei einigen Patienten der Wunsch nach Reduktion/Beenden der Opioidsubstitution.

Methode: 17 weitgehend konstant levomethadonsubstituierte Patienten mit psychiatrischer Mehrfach-

diagnose (11 rezidivierende depressive Störung, 8 Persönlichkeitsstörungen, 5 ADHS, 7 Angststörung, 3 bipolare affektive Störung, 3 Zwang, 1 PTBS, 1 schizoaffektive Störung). Zunächst konstante Beibehaltung der Levomethadonausgangsdosis bei schrittweiser Eindosierung von Buprenorphin bis zur individuellen Zieldosis (definiert als Erreichen eines Zustandes des Wohlergehens frei von Opioidenzügigkeit und frei von levomethadontypischer Dämpfung). Üblicherweise wurde mit 0,4 mg/d Buprenorphin begonnen und bis zum Dosisbereich von 2 mg/d täglich bis jeden 2. oder 3. Tag in 0,4 mg/d-Schritten erhöht. Ab 2 mg/d Buprenorphin war es in der Regel möglich in 0,4 mg/d Schritten bis 6 mg/d aufzudosieren. Ab 6 mg/d konnte in 1 mg/d-Schritten und ab 8 mg/d in 2 mg/d-Schritten aufdosiert werden. Die Zeitintervalle der Aufdosierung wurden dem Empfinden des Patienten angepasst. Im höheren Dosisbereich war die tägliche Dosiserhöhung bis zur Zieldosis regelmäßig möglich. Im Verlauf der Umstellung zeigte sich jedoch, dass von stark selbstbeobachtend-körperfixierten Patienten eine niedrige Eingangsdosis von 0,2 mg/d Buprenorphin und insgesamt verzögerte Aufdosierungsschritte (eher in 3-tägigen Intervallen bis ca. 2 mg/d Buprenorphin) besser toleriert wurden. Das Ausgangssubstitut Levomethadon wurde nach Erreichen der Zieldosis in einem Schritt beendet. Teilweise wurde anschließend das Ausschleichen aus der nun buprenorphingestützten Opioidsubstitution begonnen.

Resultate: Von 17 Patienten wurden 13 (76%) primär erfolgreich umgestellt (d.h. eine stabile Buprenorphinsubstitution und Beenden der Levomethadonsubstitution wurden erreicht), eine weitere Patientin wurde sekundär erfolgreich umgestellt (d.h. nach einmaligem Umstellungsabbruch an Tag 4 und Wiederaufnahme der Umstellung nach einem Monat). Ein Patient beendete die Umstellung an Tag 24 wegen Kontrollverlustes über THC-Konsum und zwei Patienten beendeten die Umstellung an Tag 8 bzw. 48 wegen unüberwindbarer Opioidenzügigkeit. Drei der primär erfolgreichen Patienten strebten nach 4-8 Wochen die (Rück-)umstellung auf Levomethadon (ein Patient) bzw. retardiertes Morphin (zwei Patienten) an. Somit haben 11/17 Patienten (65%) im Verlauf eine langfristig stabile Buprenorphinsubstitution erreicht. Die Umstellungsdauer bis zum Erreichen der Levomethadonfreiheit betrug 18-49 Tage. Die Ausgangsdosis Levomethadon lag zwischen 25 und 85 mg/d (p.o.); die Buprenorphinzioldosis lag zwischen 12 und 24 mg/d (s.l.). Die Buprenorphinzioldosis korrelierte nur schwach ($R^2=0,36$) mit der Levomethadonausgangsdosis. Eine Umrechnung der Levomethadonausgangsdosis in eine vorab festgelegte Buprenorphinzioldosis ist daher individuell nicht möglich.

Schlussfolgerung: Es zeigte sich, dass die ambulante Umstellung nach dem o.g. Verfahren in einem weiten Dosisbereich des Ausgangssubstitutes bei vielen Patienten möglich ist und zum Großteil zu einer deutlichen höheren Adhärenz, Steigerung des Wohlbefindens sowie Wiedererlangens der Libido führt. Ein Abbruch dieses Verfahrens ist jederzeit möglich, da eine Reduktion des Ausgangssubstitutes vor Erreichen der Buprenorphinzioldosis nicht vorgenommen wurde.

Pharmakologische Neuroenhancement – Wie nüchtern sind wir noch?

Larissa J. Maier (Zürich)

Strategien zur kognitiven Leistungssteigerung erscheinen notwendig, um den ständig wachsenden Anforderungen in der Ausbildung, am Arbeitsplatz sowie auch in sozialen Bereichen des Lebens gerecht zu werden und dem Erfolgsdruck standzuhalten. Der nicht-medizinisch indizierte Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten und der Gebrauch von illegalen Drogen und Alkohol mit dem Ziel der Verbesserung der Studien- oder Arbeitsleistung werden als Pharmakologisches Neuroenhancement (PNE) bezeichnet. Die spezifische Konsummotivation ist ausschlaggebend für die Definition von PNE, unabhängig davon, ob die beabsichtigte Wirkung eintritt oder nicht. Gemäß Studien im deutschsprachigen Raum haben bereits 1% bis hin zu 20% der Studierenden und 3% bis 7% der Arbeitnehmer Hirndoping betrieben. In vier Studien mit rund 20.000 arbeitstätigen oder sich in Ausbildung befindlichen Schweizerinnen und Schweizern, konnten wir zeigen, dass Methylphenidat dasjenige Medikament war, welches am häufigsten missbräuchlich zur kognitiven Leistungssteigerung eingenommen wurde. Unter Studierenden war jedoch Alkohol und unter Berufsschülern Cannabis die Substanz der Wahl zur Verbesserung der Gehirnleistung beim Lernen. Da PNE nicht erst im Studium, sondern bereits in Berufs- und Mittelschulen vorkommt und die Verfügbarkeit von rezeptpflichtigen Medikamenten und illegalen Substanzen dank dem Internet zugenommen hat, dient dieses Poster der Einschätzung der aktuellen Situation und künftigen Entwicklungen. Welche Substanzen werden von welchen Bevölkerungsgruppen zum PNE eingesetzt? Welche Verantwortung tragen die Ärzte? Wie sehen effektive Präventionsmaßnahmen aus und wann besteht Interventionsbedarf?

E-Zigarette – Dampfen Frauen anders?

Kirsten Lehmann (Hamburg)

Hintergrund: E-Zigaretten sind elektronische Nikotinabgabevorrichtungen, in denen eine Flüssigkeit (Liquid) durch eine elektrothermische Erhitzung verdampft wird. Der Gebrauch von E-Zigaretten zur Tabakentwöhnung wird auf der einen Seite unter Harm-Reduction-Gesichtspunkten empfohlen, andererseits können gesundheitliche Langzeitfolgen nicht abschließend eingeschätzt werden. Männer geben häufiger als Frauen an, aus gesundheitlichen Gründen E-Zigaretten zu nutzen. Der langfristige Gebrauch ist bei Männern eher mit einer positiven Verstärkung („macht Spaß“) und bei Frauen eher mit der Attribuierung negativer Verstärkung („hilfreich bei Stressreduzierung und negativen Stimmungslagen“) verbunden.

Methode: E-Zigaretten-Konsumierende wurden im Jahr 2015 einmalig mittels eines Online-Fragebogens zu ihren Konsumgewohnheiten und Motiven, Geräten und Liquids, ihrem Rauchverhalten konventioneller Tabakprodukte sowie ihrer Gesundheit befragt. Die Studie wurde bundesweit über Banner auf Online-Informationseiten, E-Zigarettenhändler und -herstellerwebseiten sowie über Flyer in Ladengeschäften bekannt gemacht.

Ergebnisse: Von den 3.320 Teilnehmenden waren 81% Männer und 19% Frauen. Hinsichtlich der Unterteilung in Ex-Rauchende und dual Konsumierende zeigte sich kein Geschlechtsunterschied. Beide Geschlechter nutzen E-Zigaretten im Mittel seit 2 Jahren. Im modifizierten Fagerström-Test (nach Rütger et al. 2015) finden sich signifikante Unterschiede zwischen den Frauen (n=387): 2,90 (\pm 1,65) und den Männern (n=1.516): 2,54 (\pm 1,54) (t=6,56, p<0,000).

Schlussfolgerung: Frauen und Männer unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Tabakrauch-Anamnese. Die Frauen sind allerdings beim Erstkontakt mit E-Zigaretten etwa drei Jahre älter als die Männer. Positive gesundheitliche Veränderungen durch den Umstieg von Tabakprodukten auf E-Zigaretten werden von Männern deutlich häufiger als von Frauen beschrieben. Für Männer ist die E-Zigarette vor allem unter technischen Aspekten zu einem Hobby geworden. Der Austausch darüber findet zumeist in Foren oder bei Beratungsgesprächen in spezialisierten Ladengeschäften statt. Inwieweit diese Art von Vernetzung die Wahrscheinlichkeit für Männer erhöht, langfristig abstinent von Tabakprodukten zu bleiben, sollte weiter untersucht werden.

Ledipasvir + Sofosbuvir als Kombinationstablette ist wirksam und gut verträglich bei Patienten die eine Opioid Substitutionstherapie (OST) erhalten

Stefan Mauss (Düsseldorf) et al.

Ziel dieser Analyse war es, die Sicherheit und Wirksamkeit der IFN-freien Ledipasvir (LDV) und Sofosbuvir (SOF) \pm Ribavirin (RBV) Therapie zwischen Patienten mit OST und ohne (non-OST) zu vergleichen, die in den ION Phase III Studien eingeschlossen wurden. Die ION Studien untersuchten die Anwendung eines LDV/SOF Kombinationspräparates \pm Ribavirin (RBV), welches für 8,12 oder 24 Wochen angewendet wurde bei Patienten mit chronischer HCV vom Genotyp-1, inklusive bereits therapieerfahrener Patienten bzw. Patienten mit kompensierter Leberzirrhose. Patienten mit aktivem intravenösem Drogenkonsum zur Baseline waren von der Studie ausgeschlossen. Die Sicherheit und Wirksamkeit wurde anhand der SVR12 gemessen und wurde zwischen Patienten, mit und ohne OST verglichen. Insgesamt wurden 1952 Patienten in die ION Studien eingeschlossen, von denen 4% (n=70) unter OST waren. Von den OST Patienten (Durchschnittsalter 47 Jahre) waren 69% männlich, 90% Weiße, 89% therapie-naiv und 10% hatten eine Zirrhose. Die SVR Raten waren vergleichbar zwischen OST und non-OST Patienten (94% vs. 97%, p=0,244). Die RBV Zugabe erzielte keinen zusätzlichen Vorteil (SVR12 97% in beiden Gruppen). Die Behandlung wurde von OST Patienten gut vertragen, es gab keine Patienten die die Therapie abbrachen. Bis zur Woche 24 nach Therapieende wurden keine HCV Reinfektionen in der Gruppe der OST Patienten verzeichnet. Somit ist LDV/SOF auch für OST-Patienten eine IFN-freie Regime-Option mit guten SVR-Raten bei einer Therapiedauer von 8-24 Wochen.

Der Gebrauch elektronischer Dampferzeugnisse unter Jugendlichen – Ein Literaturüberblick

Daniela Müller (Frankfurt) et al.

Hintergrund: Der Gebrauch elektronischer Dampferzeugnisse (eDe) wird seit einiger Zeit vor Allem auch im Hinblick auf Jugendliche kontrovers diskutiert. Es steht die Befürchtung im Raum, dass diese aufgrund des gezielten Marketings und der Verfügbarkeit verschiedener, vor allem süßer Aromen besonders anfällig für den Konsum von E-Zigaretten bzw. E-Shishas seien (FDA 2016; NBC News 2016) und dieser zum Einstieg in den konventionellen Tabakkonsum verführen könnte (z. B. Bunnell et al. 2014; Dutra/Glantz 2014).

Methode: Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Forschungsprojektes ein systematischer Literaturüberblick basierend auf Artikeln der Datenbanken PubMed, Medline, PsycInfo, Web of Science, Cochrane und MEDPilot erstellt. Insgesamt wurden 59 Artikel in die Analyse miteinbezogen und entlang der Themenaspekte Bekanntheit, Prävalenz, Versorgungswege, Konsummotivationen, Schädlichkeitswahrnehmung, prädiktive Faktoren sowie eDe als Einstieg („Gateway“) in den konventionellen Tabakkonsum oder Ausstiegshilfe aus dem konventionellen Tabakkonsum analysiert.

Ergebnisse: Wenngleich die Zahlen sowohl innerhalb einzelner Länder als auch im Ländervergleich teils stark variieren, kann auf Grundlage der ausgewerteten Studien festgehalten werden, dass die Bekanntheit von E-Zigaretten sowie die Lebenszeit- und 30-Tagesprävalenz unter Jugendlichen in den letzten Jahren zugenommen hat. Offen bleibt bei der derzeitigen Studienlage bislang, inwiefern der Konsum von E-Zigaretten eher einen experimentellen Charakter aufweist oder regelmäßig praktiziert wird, da sich nur eine Studie mit regelmäßigen Konsummustern befasst. Zu möglichen prädiktiven Faktoren des Konsums von eDe unter Jugendlichen können zum aktuellen Zeitpunkt nur wenige Aussagen getroffen werden, lediglich das Geschlecht sowie der Rauchstatus scheinen gesichert die Wahrscheinlichkeit des eDe-Konsums zu erhöhen. Aussagen zu Kausalzusammenhängen, insbesondere zur vieldiskutierten Gateway-Hypothese, die bislang weder be- noch widerlegt werden kann, können auf Grundlage der Literatur nicht getroffen werden.

Notwendig sind weiterhin differenzierte Forschungszugänge – insbesondere Langzeitstudien, aber auch qualitative Studien, die eine Tiefenanalyse ermöglichen –, um langfristig ein realistisches Bild des Konsums von eDe unter Jugendlichen zu erhalten, das es ermöglicht, Konsummuster jenseits dramatisierender Zuschreibungen einerseits und verharmlosender Negierungen andererseits zu diskutieren und evidenzbasierte Präventions- und Regulationsmaßnahmen zu entwickeln.

Literatur:

Bunnell, R. E., I. T. Agaku, et al. (2015). "Intentions to Smoke Cigarettes Among Never-Smoking US Middle and High School Electronic Cigarette Users: National Youth Tobacco Survey, 2011-2013." *Nicotine & Tobacco Research* 17(2): 228-235.
Dutra, L. M. and S. A. Glantz (2014). "Electronic Cigarettes and Conventional Cigarette Use Among US Adolescents A Cross-sectional Study." *Jama Pediatrics* 168(7): 610-617.
FDA – U.S. Food and Drug Administration 2016: Vaporizers, E-Cigarettes, and other Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS), online verfügbar unter:
<http://www.fda.gov/TobaccoProducts/Labeling/ProductsIngredientsComponents/ucm456610.htm> (letzter Zugriff: 16.08.2016).
NBC News 2016: E-Cigarette Ads Target Millions of Kids, CDC Says (16.01.2016), online verfügbar unter:
<http://www.nbcnews.com/health/kids-health/e-cigarette-ads-target-millions-kids-cdc-says-n490601> (letzter Zugriff: 16.08.2016).

Recovery-/Genesungsorientierung in der Entgiftungsbehandlung – Vorläufige Befunde einer Patientenbefragung

Jan Nachtigall (Bremerhaven) et al.

Unter persönlicher Recovery versteht man die Entwicklung von Betroffenen mit einer psychischen Störung in Richtung auf ein zufriedenstellendes, selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben. Im Bereich der Suchtmedizin gilt dies als Voraussetzung dafür, dass Veränderungen von Konsumgewohnheiten auf Dauer beibehalten werden können. Faktoren, die den persönlichen Recoveryweg von Betroffenen fördern sind die Vermittlung von Hoffnung, die Berücksichtigung individueller Lebensziele und eine Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen.

Die qualifizierte Entgiftungsbehandlung am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide soll konzeptionell stärker nach Recovery-Prinzipien ausgerichtet werden. Um die Ausgangssituation zu erfassen, füllten 70 Patienten mit einer durch psychotrope Substanzen bedingten psychischen Störung zwischen De-

zember 2015 und März 2016 einen Fragebogen aus, mit dem ihre Behandlungszufriedenheit und ihre Einschätzung der Recovery-Orientierung unseres Behandlungsangebotes erfasst werden sollten. Darüberhinaus erfragten wir ihre Konsumabsichten für die Zeit nach der Entlassung.

Die Patientenzufriedenheit war insgesamt hoch, die Recovery-Orientierung wurde im Vergleich dazu schlechter beurteilt. 89% der Patienten gaben an, ihren Alkoholkonsum komplett einstellen zu wollen, 2% äußerten eine Konsumpause einlegen zu wollen und 9% wollten weniger konsumieren. Die Befunde werden im Hinblick auf ihre Bedeutung für die weitere Recovery-orientierte Neustrukturierung unseres Behandlungskonzeptes dargestellt.

Mutter-Kind-Gruppe für Mütter im Substitutionsprogramm und ihre Kinder im 1. Lebensjahr

Nadja Springer (Wien) et al.

Hintergrund: Kinder aus suchtbelasteten Familien erhalten in den letzten Jahren verstärkt Aufmerksamkeit. Durch die Behandlung substituierter Schwangerer und Eltern und der damit verbundenen Kooperation mit involvierten Institutionen wurde der Bedarf an Unterstützung für diese Mütter und Kinder deutlich. Um diese auch nach der Schwangerschaft sicher zu begleiten und sie im Zusammenleben zu unterstützen wurde dieses Gruppenangebot in Zusammenarbeit mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien entwickelt und gemeinsam umgesetzt.

Ziel: Begleitend zur medizinischen und psychosozialen Betreuung der Mütter im ambulanten Setting bietet die Gruppe Unterstützung in lebensrelevanten Bereichen. Ein zentrales Ziel ist die Stabilisierung der Eltern zugunsten der in einer Multiproblemfamilie aufwachsenden Kinder.

Methode: Geschlossene Gruppe für maximal 8 Frauen mit ihren Babys. Die Teilnahme erfolgt freiwillig, kann aber auch Teil einer Auflage der Jugendwohlfahrtsbehörde sein. Jedem Termin ist ein spezifisches Thema zugeordnet. GastreferentInnen (Ärztin für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie) unterstützen die Gruppenleiterinnen (2 Sozialarbeiterinnen, 1 Frühförderin). Neben der Vermittlung und dem gemeinsamen Erarbeiten von Information gibt es genügend Zeit für Austausch der Mütter. Abschließend wird gemeinsam gegessen.

Resultate: Bisher haben 5 komplette Durchgänge stattgefunden. Trotz der speziellen Zielgruppe sind viele relevante Themen nicht suchtspezifisch sondern betreffen den Alltag jeder Familie. Die Frauen betonen, dass sie durch die Gruppe neue Freundschaften finden konnten, dies reduziert die soziale Isolation der Zielgruppe. Ein besonders schwieriges Thema in der Arbeit mit Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung stellt die Frage dar inwieweit ich als Elternteil meinen Konsum/meine Erkrankung meinem Kind erkläre. Dieser Inhalt war ursprünglich in diesem Ausmaß nicht geplant, beschäftigt aber die Gruppe regelmäßig. Eine zentrale Rückmeldung der Frauen betrifft die Erleichterung über die Möglichkeit sich austauschen zu können, ohne dabei die Suchterkrankung verstecken zu müssen.

Schlussfolgerung: Die Mutter-Kind-Gruppe wurde nach dem ersten Jahr fix in das Angebot des Verein Dialog aufgenommen, wird weiterhin durchgeführt und laufend evaluiert. Ein zusätzlicher positiver Punkt dieses Angebots betrifft die Wahrnehmung der Klientinnen durch weitere 4-6 Augen in einem anderen Setting.

Referentenverzeichnis

Alberti, Gisela (Hamburg) gisela-alberti@t-online.de	Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin
Backmund, Markus (München) markus.backmund@p-i-t.info	Prof. Dr. med., Praxiszentrum im Tal (pit), Erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Batra, Anil (Tübingen) anil.batra@med.uni-tuebingen.de	Prof. Dr. med., Universitätsklinik Tübingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellv. Ärztlicher Direktor, Leiter der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung
Behrendt, Klaus (Hamburg) k.behrendt@aol.com	Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Forensische Psychiatrie
Böllinger, Lorenz (Bremen) boe@uni-bremen.de	Prof. em. Dr., Dipl.-Psych., Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft, Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Forensischer Psychologe, Lehranalytiker
Brack, Jochen (Hamburg) dr.brack@np-ralhstedt.de	Dr. med., Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Neurologie und Psychiatrie / Institut für Forensische Psychiatrie und Suchtmedizin (IFPS), Arzt für Psychiatrie, Forensische Psychiatrie, Suchtmedizin, Leitender Arzt des MediZentrum Hamburg, Leitender Arzt „Jugend hilft Jugend“, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Englert, Isabel (Neuenkirchen) isabel.englert@sucht-fachkliniken.de	Dr. med., Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge GmbH, Chefarztin, Schwerpunkte Komorbidität Abhängigkeitserkrankungen und Traumafolgestörungen/ schwere Persönlichkeitsstörungen
Eser-Valeri, Daniela (München) daniela.eser@med.uni-muenchen.de	PD Dr. med., Psychiatrische Klinik des Klinikums der LMU, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Psychotherapie und Psychiatrie, Psychiatrische Leiterin des Lebertransplantations-Programms des Uniklinikums Forschung: Transplantationspsychiatrie, Somatopsychiatrie, Angst- und Depressionsforschung
Faure, Hendrik (Göttingen) h.faure@asklepios.com	Asklepios Fachklinikum Göttingen, Chefarzt der Akutpsychiatrie
Follmann-Muth, Klaudia (Koblenz) Follmann@hs-koblenz.de	M.Sc., Hochschule Koblenz, Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Frank, Konrad (Köln) konrad.frank@uk-koeln.de	PD Dr., Herzzentrum Uniklinik Köln, Pneumologie, Leiter Schwerpunkt Pneumologie
Franzen, Erik-Lorenz (Berlin) erik-lorenz.franzen@charite.de	Dr. med. Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Gefäßchirurgie Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
Gassowski, Martyna (Berlin) gassowskim@rki.de	Robert Koch Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie
Haltmayer, Hans (Wien) hans.haltmayer@suchthilfe.at	Dr., Suchthilfe Wien gGmbH
Hartl, Helmut (München) helmuthartl@yahoo.de	Praxis, Facharzt für Dermatologie
Hermann, Derik (Mannheim) derik.hermann@zi-mannheim.de	Prof. Dr. med., Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Hinrichsen, Holger (Kiel) holger.hinrichsen@gastroenterologie-kiel.de	PD Dr. med., Gastroenterologisch - Hepatologisches Zentrum Kiel
Holzappel, Joachim (Karlsruhe) dr.j.holzappel@web.de	Dr. med., AWO-Ambulanz, FA für Psychiatrie - Psychotherapie, Suchtmedizin, Verkehrsmedizin
Hupfer, Kristin (Ludwigshafen) kristin.hupfer@basf.com	Dr. med., BASF Aktiengesellschaft Ludwigshafen, Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz, Ärztin für Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie
Isernhagen, Konrad (Köln) isernhagen@pfa-koeln.de	Dr. med., Gemeinschaftspraxis Gotenring, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Jellinek, Chaim (Berlin) c.jellinek@aid-neukoelln.de	Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe Neukölln, Facharzt für Allgemeinmedizin, Hausärztliche Versorgung, Suchtmedizinische Grundversorgung
Keppler, Karlheinz (Vechta) Karlheinz.Keppler@justiz.niedersachsen.de	Dr. med., Justizvollzugsanstalt für Frauen, Medizinaloberrat, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Betreuung drogenabhängiger inhaftierter Frauen, Mitglied in der Expertenkommission AIDS- und Hepatitisprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug, Spritzenvergabeprojektes in einer Justizvollzugsanstalt.
Koc, John (Bremen) john-koc@t-online.de	Dr. med., Gemeinschaftspraxis Dres. Tietje, Heer & Koc, Arzt für Psychiatrie

25. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

4. - 6. November 2016

Körkel, Joachim (Nürnberg) joachim.koerkel@evhn.de	Prof. Dr., Evangelische Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen
Koshal, Angelika (Bonn) angelika.koshal@t-online.de	Dipl.-Psych., Psychotherapeutische Praxis, Psychologische Psychotherapeutin, spezielle Psychotherapie (DeGPT), EMDR-Therapeutin (EMDRIA)
Krausz, Michael (Vancouver BC) michael.krausz@ubc.ca	Prof. Dr. med., University of British Columbia, Institute of Mental Health
Kröner, Lars (Köln) L.Kroener@wisplinghoff.de	Dr. rer. nat., Labor Dr. Wisplinghoff, Diplom-Chemiker
Kuhlmann, Thomas (Bergisch Gladbach) thkuhlmann@psk-bg.de	Dr. med., Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach, Chefarzt, Weiterentwicklung gemeindenaher Sucht- und Drogenhilfe, Integration comorbider und multimorbider Suchtkranker, Veränderung in der Drogenszene und Entwicklung neuer Subkulturen (z.B. Partydrogen), Motivational Interviewing (MINT)
Kunstmann, Wilfried (Berlin) wilfried.kunstmann@baek.de	Dr. rer. medic., Bundesärztekammer
Lüdecke, Christel (Göttingen) c.luedecke@asklepios.com	Asklepios Fachklinikum Göttingen, Chefarztin Allgemeinpsychiatrie, Suchtbehandlung, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Madlung-Kratzer, Ekkehard (Hall i. T.) ekkehard.madlung-kratzer@tirol-kliniken.at	Dr., Landeskrankenhaus Hall, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Fachstation für Drogentherapie B, Oberarzt
Maier, Christoph (Bochum) christoph.maier@rub.de	Prof. Dr. med., Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Abteilung für Schmerztherapie
Maier, Larissa (Zürich) larissa.maier@isgf.uzh.ch	Dr. des., Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF), M.Sc. Psychologie
Mauruschat, Sabine (Wuppertal) sabine.mauruschat@t-online.de	Ärztin für Allgemeinmedizin
Meyer-Thompson, Hans-Günter (Hamburg) meyერთhompson@aol.com	Asklepios Klinik Nord, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Arzt
Mokhtari-Nejad, Rabee (München) Rabee.MokhtariNejad@med.uni-muenchen.de	Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Assistenzärztin
Mundle, Goetz (Berlin) info@zfsg-berlin.de	Prof. Dr. med., Zentrum für Seelische Gesundheit, Oberberg City Berlin Kurfürstendamm
Nagy, Constanze (Wien) constanze.nagy@suchthilfe.at	Maga., Check it! Suchthilfe Wien gGmbH, Beraterin, Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Trainerin für Motivational Interviewing, zuständig für den Bereich Evaluation & Forschung
Naumann, Uwe (Berlin) naumann@praxiszentrum-kaiserdamm.de	Dr. med., Praxiszentrum Kaiserdamm
Neumann, Tim (Berlin) tim.neumann@charite.de	PD Dr., Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Klinik für Anästhesiologie m.S. operative Intensivmedizin, Facharzt Anästhesiologie, Schwerpunkte Notfall- & operative Medizin, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Peitz, Alessa (Stuttgart) alessa.peitz@ifas-stuttgart.de	B.A., IfaS Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Zentrum für kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart, Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Peschel, Thomas (Berlin) peschel@patrida.org	Dr. med. Dipl.-mus, Ambulanz Patrida
Plörer, Diana (München) diana.ploerer@med.uni-muenchen.de	Dr., LMU, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Substitutionsambulanz N5, Ärztin
Pogarell, Oliver (München) oliver.pogarell@med.uni-muenchen.de	Prof. Dr. med., Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt
Preuß, Ulrich W. (Herborn) ulrich.preuss@medizin.uni-halle.de	Prof. Dr. med., Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Direktor, Chefarzt, Suchtmedizin, Liaison- und Konsiliarpsychiatrie, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Prossinagg, Rupert (Berlin) kontakt@rupert-prossinagg.de	Training. Coaching. Moderation
Qurishi, Nazifa (Köln) qurishi@gpg-koeln.de	Dr. med., Gemeinschaftspraxis Gotenring, Internistin, Infektiologie, Suchtmedizin
Rheinwält, Karl-Peter (Köln) karlpeter.rheinwaelt@cellitinnen.de	Dr. med., St. Franziskus-Hospital GmbH, Darmzentrum Köln Nord-West, Leitender Oberarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie, Leitender Arzt Adipositaschirurgie und Metabolische Chirurgie
Römer, Katja (Köln) roemer@gpg-koeln.de	Dr., Gemeinschaftspraxis Gotenring, Ärztin für Allgemeinmedizin, Infektiologie

25. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

4. - 6. November 2016

Rosenthal, Anke (Berlin) info@dr-rosenthal.com	Dr., Facharzt für Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin
Rüther, Tobias (München) tobias.ruether@med.uni-muenchen.de	Dr. med., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der Tabakambulanz, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludwig Maximilians Universität München, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, Kongresspräsident
Schäfer, Ingo (Hamburg) i.schaefer@uke.de	PD Dr. med., MPH, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Oberarzt
Schlömer, Hermann (Hamburg) h.schloemer@isd-hamburg.de	Dipl.-Psych., Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) Hamburg, Geschäftsführer, Fortbildung und Forschung, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prävention
Schoett, Katharina (Mühlhausen/Thür) k.schoett@oehk.de	Dr. med., Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH, Chefärztin, Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie, Suchtmedizinische Grundversorgung, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Schwarzer, Martin (Hamm) martin.schwarzer@t-online.de	Hirsch-Apotheke
Soyka, Michael (Bernau/Felden) m.soyka@medicalpark.de	Prof. Dr. med., Medical Park Chiemseeblick, Fachklinik für Psychosomatik, Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Stöver, Heino (Frankfurt a. Main) hstoever@fb4.fh-frankfurt.de	Prof. Dr. rer. Pol., Fachhochschule Frankfurt Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Forschung im Bereich Gesundheitswissenschaften
Taubert, Steffen (Berlin) steffen.taubert@dah.aidshilfe.de	Deutsche AIDS-Hilfe, Projektleitung Ärztefortbildung
Terpe, Harald (Berlin) harald.terpe@bundestag.de	Dr., Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen, Mitglied des Deutschen Bundestags, Obmann der Grünen im Gesundheitsausschuss, Sprecher für Drogen- und Suchtpolitik
Ulmer, Albrecht (Stuttgart) albrecht.ulmer@gmx.de	Dr., Praxis
Urban, Gunnar (Berlin) gunnar.urban@jvapl.s.berlin.de	Dr., Justizvollzugsanstalt Plötzensee
Walcher, Stephan (München) kontakt@moviemed.de	Schwerpunktpraxis "Concept", Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, praktischer Arzt, Leiter einer Schwerpunktpraxis, narkosegestützter Opiatentzug, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Weber, Hans-Jörg (München) weber@rmed.de	Ratajczak & Partner Rechtsanwälte mbB, Rechtsanwalt
Weiland, Juliane (Mühlhausen) weilandjuliane@t-online.de	Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen, Assistenzärztin
Winkler-Ohm, Florian (Berlin) winkler-ohm@gmx.de	Journalist und HIV-Aktivist bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Betreiber des Bloggs flosithiv.com
Wodarz, Norbert (Regensburg) norbert.wodarz@medbo.de	Prof. Dr. med., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum, Chefarzt, Stellvertretender Ärztlicher Direktor, Zentrum für Suchtmedizin, Suchtforschung
Zeisel, Ursula (Wien) ursula.zeisel@dialog-on.at	Dipl.-Soz.-Arb. MAS, Verein Dialog, Servicestelle für Prävention und Früherkennung, Supervisorin, Trainerin, tätig in der psychosozialen KlientInnenbetreuung und im Weiterbildungsbereich
