

**Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.**

**Schnittstellen der Suchtmedizin  
Therapie – Kosten – Politik**

23. Kongress  
der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

**7. – 9. November 2014 in Berlin**

**ABSTRACTSAMMLUNG**

Ludwig Erhard Haus  
Fasanenstraße 85 · 10623 Berlin



# Inhaltsverzeichnis

|   |              |
|---|--------------|
| <b>Aktuelles Programm &amp; Raumplan</b>  | <b>4-8</b>   |
| <b>Symposien</b>  | <b>9-13</b>  |
| <b>"Der verlorene 'Krieg gegen Drogen' – regionale und internationale Folgen, die Beteiligung Deutschlands und mögliche Ausstiegsszenarien"</b><br><i>T. Koenigs</i>          | 9            |
| <b>Regierungsmodelle für Cannabis im internationalen Vergleich</b><br><i>T. Kessler</i>   | 9            |
| <b>Antivirale HCV-Therapie bei dekompensierter Leberzirrhose</b><br><i>D. Nierhoff</i>  | 10           |
| <b>Eine neue Ära in der HCV Therapie – auch für IVDU?</b><br><i>C. Theilacker</i>   | 10           |
| <b>Ein (Sucht-)Problem kommt selten allein – Schnitt- und Nahtstellen der Suchthilfe</b><br><i>M. Püschl</i>  | 10           |
| <b>Ambulante Therapie bei Jugendlichen mit Suchtproblemen – Therapeutische Herausforderungen, Strukturelle Barrieren, Lösungen für die Praxis</b><br><i>A. Gantner</i>        | 11           |
| <b>„Mitteldeutschland: Direkte Zugangswege in die Suchtrehabilitation“</b><br><i>H. Meeßen-Hühne</i>  | 11           |
| <b>„Schnittstelle“ Substitution: Suchtmedizin und Drogenhilfe auf dem Weg zur „Silberhochzeit“. Szenen einer Ehe</b><br><i>C. Jellinek, B. Westermann</i>                     | 11           |
| <b>Therapieoptionen in der Heroin-Substitution</b><br><i>G. Mikus</i>   | 12           |
| <b>Morphin retard in der Substitutionsbehandlung in Österreich</b><br><i>E. Madlung-Kratzer</i>   | 12           |
| <b>Amphetamin und Methamphetamin</b><br><i>I. Schäfer, S. Milin</i>   | 13           |
| <b>„Update Cannabis“</b><br><i>E. Hoch</i>  | 13           |
| <b>Arbeitskreise</b>  | <b>14-19</b> |
| <b>Double Trouble: Praxis Psychische Störungen und Sucht</b><br><i>K. Behrendt, G. Jungbluth-Strube, C. Lüdecke, T. Rütther</i>   | 14           |
| <b>Traumatisierte Süchtige oder süchtige Traumatisierte? Sucht und Traumafolgestörungen – ein Seminar in Theorie und Praxis</b><br><i>C. Lüdecke</i>                          | 14           |
| <b>Langjährig Substituierte: aktuelle Situation, psychiatrische Komorbidität, ADHS und psychosoziale Aspekte</b><br><i>B. Zippel-Schultz, T. Poehlke, M. Nowak, H. Stöver</i> | 15           |
| <b>Hypnose in der Suchtbehandlung – Behandlungstechniken aus der Hypnotherapie in der Arbeit mit Suchtkranken</b><br><i>F. Scarpinato-Hirt</i>                                | 15           |
| <b>„Warum einfach, wenn es auch kompliziert geht? Naloxonvergabe an Drogengebraucher/innen“</b><br><i>K. Dettmer, A. von Blanc</i>  | 16           |

|   |              |
|---|--------------|
| <b>Schmerzbehandlung bei Opioidabhängigen</b><br><i>S. Walcher</i> _____  | 16           |
| <b>Vor welchen Herausforderungen stehen Dritte Welt und Schwellenländer mit Amphetaminen/Methamphetaminen und Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS)? Was hat das mit uns zu tun? Und wie gehen wir damit um?</b><br><i>I. I. Michels</i> _____                       | 17           |
| <b>Selbstkontrollierter Alkoholkonsum („Kontrolliertes Trinken“)</b><br><i>J. Körkel</i> _____  | 17           |
| <b>Stabilisierungstechniken in der Behandlung traumatisierter Suchtkranker</b><br><i>F. Scarpinato-Hirt</i> _____   | 17           |
| <b>Management der dekompensierten Leberzirrhose</b><br><i>F. L. Dumoulin</i> _____  | 18           |
| <b>Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung: Das Tübinger Programm</b><br><i>C. Schweizer</i> _____  | 19           |
| <b>Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie – QAA<br/>Was tut sich 2014?</b><br><i>A. Ulmer</i> _____   | 19           |
| <b>Freie Vorträge</b>   | <b>20-24</b> |
| <b>BuddyCare – ehrenamtliches Engagement in einem besonderen Projekt!</b><br><i>G. Becker</i> _____   | 20           |
| <b>Analyse der Drogennotfallprophylaxe mit der Vergabe von Naloxon bei Opiatabhängigen (DroNoPro)</b><br><i>A. Dichtl, H. Stöver, B. Bretländer</i> _____   | 20           |
| <b>Genderspezifische Therapieelemente für Männer mit der Komorbidität Sucht und Traumafolgestörung</b><br><i>I. Englert</i> _____   | 21           |
| <b>Masterarbeit: Mutterschaft und Substitution</b><br><i>S. Fremmer</i> _____   | 21           |
| <b>Allokation von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen zu bedarfsgerechten Behandlungen mit Hilfe einer Zuweisungsleitlinie und des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE-LOC)</b><br><i>A. Friedrichs, B. Kahl, A. Buchholz</i> _____ | 22           |
| <b>Erfahrungen zur Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen im Rahmen eines akutpsychiatrischen Home Treatment-Angebots (Gemeindeintegrierte Akutbehandlung Luzern Stadt)</b><br><i>K. Kraan, J. Kurmann, H. Franz</i> _____                                      | 22           |
| <b>Dialektisch-behavioral basiertes Therapiemanual in der Suchtbehandlung</b><br><i>D. Mandrek-Ewers</i> _____  | 23           |
| <b>MethCare – Eine deutschsprachige Datenbank zu Methamphetamin</b><br><i>K. Schoett</i> _____  | 23           |
| <b>UK-Beikonsumkontrollen unter Sicht und Menschenwürde<br/>Änderung des Standardverfahrens zur Kontrolle auf Beikonsum</b><br><i>A. Stein</i> _____  | 24           |
| <b>Schlafstörungen bei substanzabhängigen Patienten in Opiatsubstitutionstherapie und in Rehabilitationsbehandlung</b><br><i>C. Winter, D. Plörer, G. Martin, M. Conolli, G. Koller, M. Haag, M. Breuer, O. Pogarell</i> _____                                      | 24           |

|  |              |
|--|--------------|
| <b>Posterbeiträge</b>  | <b>26-32</b> |
| <b>Das Lotsennetzwerk Brandenburg – Eine Ergänzung des Suchthilfesystems</b><br><i>A. Hardeling, J. Weinhold</i>   | 26           |
| <b>Helper-Helpline</b><br><i>J. Hartl</i>  | 26           |
| <b>Unterschiede der Entlassungsmodi von Suchtpatienten mit und ohne Traumafolgestörung</b><br><i>K. Hildebrand</i>   | 27           |
| <b>Entwicklung der Substitution in Deutschland – nun die (Er-)Lösung?</b><br><i>E. Hungerland, C. Konrad</i>   | 27           |
| <b>Schnittstelle Arbeitsmedizin: Die Suchtprävention als betriebsärztliches Handlungsfeld</b><br><i>K. Hupfer</i>  | 27           |
| <b>„Check-Point-C“ – anonyme Sprechstunden für Crystal Konsumenten</b><br><i>P. Jeschke</i>  | 28           |
| <b>Angebote für Trauma und Sucht</b><br><i>V. Kerschl, C. Kylau-Braasch</i>  | 29           |
| <b>„Aus dem Labyrinth“ – Drogen, Drogengebrauch und Drogenpolitik als gesellschaftliche und kulturhistorische Konstanten</b><br><i>U. Köthner, A. Hoffmann</i> | 29           |
| <b>Fit im Diaphinprogramm</b><br><i>M. Meier</i>   | 30           |
| <b>Ziele suchen – Wege finden: Gruppentherapie zur Verbesserung der Krankheitsakzeptanz im niederschweligen Drogenentzug</b><br><i>D. Pletke</i>               | 30           |
| <b>Baclofen: RTU in Frankreich – Schweigen in Deutschland</b><br><i>C. Weigel, F. Kreuzeder, U. Hammerla, B. Hündersen</i>                                     | 31           |
| <b>Beiträge ArzthelferInnenseminar</b>   | <b>32</b>    |
| <b>Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung</b><br><i>T. Kuhlmann</i>   | 32           |
| <b>Referentenverzeichnis</b>   | <b>33-36</b> |

## Aktuelles Programm & Raumplan

**Freitag, 7. November 2014**

**08.30 – 10.00 Uhr Satellitensymposium KV**

**Hepatitis C – Teil 1**

*unterstützt von Abbvie Deutschland GmbH & Co. KG*

*Vorsitz: K. Isernhagen (Köln)*

**Neue Substanzen – neue Chancen! Die neue Ära in der Therapie der Hepatitis C**

*H. Hartmann (Herne)*

**Resistenzproblematik bei der HCV-Therapie mit neuen Substanzen – Klinisch relevant?**

*P. Braun (Aachen)*

**Interferon-frei! – Chance für Patient und Arzt**

*U. Naumann (Berlin)*

10.00 – 10.30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

**10.30 – 12.00 Uhr Symposium GV**

**Kongresseröffnung**

*M. Backmund (München), U. W. Preuß (Perleberg)*

**Der verlorene Krieg gegen Drogen, das Betäubungsmittelrecht und neue Wege zu einer Cannabisregulierung**

*Vorsitz: M. Backmund (München), H. G. Meyer-Thompson (Hamburg)*

**Der verlorene Krieg gegen Drogen – Regionale und internationale Folgen, die Beteiligung Deutschlands und mögliche Ausstiegsszenarien**

*T. Koenigs (Berlin)*

**Die BtMG-Initiative der 122 Strafrechtsprofessoren**

*L. Böllinger (Bremen)*

**Regulierungsmodelle für Cannabis im internationalen Vergleich**

*T. Kessler (Basel)*

12.00 – 13.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

**13.00 – 14.30 Uhr Arbeitskreise und Seminare (Parallelveranstaltungen)**

**Substitution in Haft: Wissenschaft trifft Praxis GV Mitte**

*Moderation: S. Mauruschat (Wuppertal)*

**Gesundheitsförderung im Strafvollzug**

*A. Handke (Bochum)*

**Stand der Substitution in der JVA**

*B. Knorr (Berlin)*

**Diskussion zur Weiterentwicklung der Substitution in Haft**

*M. Lehmann (Berlin), K. Keppler (Vechta)*

**Erfahrungsaustausch Crystal GV Nord**

*G. Jungbluth-Strube (Bernburg / Saale)*

**EBM Goldbergersaal**

*K. Isernhagen (Köln)*

**Double Trouble: Praxis Psychische Störungen und Sucht (Teil 1) KV**

*K. Behrendt (Hamburg), T. Rüter (München)*

**Traumatisierte Süchtige oder süchtige Traumatisierte?** **GV Süd**  
**Sucht und Traumafolgestörungen – ein Seminar in Theorie und Praxis**  
*C. Lüdecke (Göttingen)*

**Langjährig Substituierte: aktuelle Situation, psychiatrische Komorbidität, ADHS und psychosoziale Aspekte** **2D-10**  
*B. Zippel-Schultz (Berlin), T. Poehlke (Münster), M. Nowack (Landau), H. Stöver (Frankfurt)*

14.30 – 15.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

**15.00 – 16.30 Uhr Arbeitskreise und Seminare** (Parallelveranstaltungen)

**Hypnose in der Suchtbehandlung – Behandlungstechniken aus der Hypnotherapie in der Arbeit mit Suchtkranken** **GV Mitte**  
*F. R. Scarpinato-Hirt (Göttingen)*

**„Warum einfach, wenn es auch kompliziert geht? Naloxonvergabe an Drogengebraucher/innen“** **GV Nord**  
*K. Dettmer (Berlin), A. von Blanc (Berlin)*

**Double Trouble: Praxis Psychische Störungen und Sucht (Teil 2)** **KV**  
*K. Behrendt (Hamburg), G. Jungbluth-Strube (Bernburg / Saale), T. Rüter (München)*

**Schmerz** **GV Süd**  
*Vorsitz: S. Walcher (München)*

**Psychiatrisch-Suchtmedizinische Aspekte der Schmerztherapie bei Substitutionspatienten**  
*O. Pogarell (München)*

**Schmerzbehandlung bei Opioidabhängigen**  
*S. Walcher (München)*

16.30 – 17.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

**17.00 – 18.30 Uhr Satellitensymposium** **GV**

**Individuelle Therapie der Alkoholabhängigkeit: Der Patient im Mittelpunkt**  
unterstützt von Lundbeck GmbH  
*Vorsitz: U. W. Preuß (Perleberg)*

**Zieloffene Suchttherapie: Motivation oder Irritation**  
*G. Mundle (Berlin)*

**Pharmakogenetik und Pharmakogenomik der Opiatantagonisten in der Rückfallprophylaxe und Trinkmengenreduktion**  
*U. W. Preuß (Perleberg)*

**ab 18.45 Mitgliederversammlung** **KV**

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>Samstag, 8. November 2014</b> |
|----------------------------------|

**08.30 – 10.00 Uhr Satellitensymposium** **KV**

**Hepatitis C (Teil 2) – Revolution in der HCV-Therapie suchtkranker Patienten**  
unterstützt von Gilead Sciences GmbH  
*Vorsitz: K. Isemhagen (Köln)*

**Interferonfreie Therapie bei HCV – Keine Vision sondern Realität**  
*K. Römer (Köln)*

**Antivirale HCV-Therapie bei dekompensierter Leberzirrhose**  
*D. Nierhoff (Köln)*

**Eine neue Ära in der HCV Therapie – auch für IVDU?**
*C. Theilacker (Zürich)*

10.00 – 10.30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

**10.30 – 12.00 Uhr Hauptsymposium**
**GV**
**Schnittstellen in der Suchtmedizin**
*Vorsitz: K. Behrendt (Hamburg), U. W. Preuß (Perleberg)*
**Ein (Sucht-)Problem kommt selten allein – Schnitt- und Nahtstellen der Suchthilfe**
*M. Püschl (Hamburg)*
**Ambulante Therapie bei Jugendlichen mit Suchtproblemen – Therapeutische Herausforderungen, Strukturelle Barrieren, Lösungen für die Praxis**
*A. Gantner (Berlin)*
**„Mitteldeutschland: Direkte Zugangswege in die Suchtrehabilitation“**
*H. Meeßen-Hühne (Magdeburg)*
**„Schnittstelle“ Substitution: Suchtmedizin und Drogenhilfe auf dem Weg zur**
**„Silberhochzeit“. Szenen einer Ehe**
*C. Jellinek (Berlin), B. Westermann (Berlin)*
**12.00 – 13.00 Uhr Lunchsymposium**
**KV**
*unterstützt von Mundipharma GmbH*
**Therapieoptionen in der Heroin-Substitution**
*G. Mikus (Heidelberg)*
**Morphin retard in der Substitutionsbehandlung in Österreich**
*E. Madlung-Kratzer (Hall i. T.)*
**13.00 – 14.30 Uhr Arbeitskreise und Seminare**
*(Parallelveranstaltungen)*
**Neue Drogen**
*Vorsitz: S. Walcher (München)*
**GV Mitte**
**Je lauter die Hühner, umso größer das Ei? Was wissen wir über die Verbreitung von NPS?**
*T. Pfeiffer-Gerschel (München)*
**Vor welchen Herausforderungen stehen Dritte Welt und Schwellenländer mit Amphetaminen/Methamphetaminen und Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS)? Was hat das mit uns zu tun? Und wie gehen wir damit um?**
*I. I. Michels (Berlin)*
**Selbstkontrollierter Alkoholkonsum („Kontrolliertes Trinken“)**
*J. Körkel (Nürnberg)*
**2D-10**
**Double Trouble: Praxis Psychische Störungen und Sucht (Teil 3)**
*K. Behrendt (Hamburg), C. Lüdecke (Göttingen), T. Rütger (München)*
**KV**
**Stabilisierungstechniken in der Behandlung traumatisierter Suchtkranker**
*F. R. Scarpinato-Hirt (Göttingen)*
**GV Süd**
**Sucht und Alter**
*unterstützt von Hexal AG*
*Vorsitz: K. Römer*
**GV Nord**
**Management der dekompenzierten Leberzirrhose**
*F. Dumoulin (Bonn)*
**Suizidalität bei Suchtpatienten**
*B. Schneider (Köln)*
**HIV 50+**
*H. Knechten (Aachen)*

14.30 – 15.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

**15.00 – 16.30 Uhr Arbeitskreise und Freie Vorträge** (Parallelveranstaltungen)

**Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung: Das Tübinger Programm** **GV Mitte**  
*C. Schweizer (Tübingen)*

**Medikamentenabhängigkeit** **GV Nord**  
*Vorsitz: S. Walcher (München), G. Jungbluth-Strube (Bernburg / Saale)*

**Missbrauch von Prescription-Drugs: Womit müssen wir rechnen? Wo brennts bereits)**  
*T. Pfeiffer-Gerschel (München)*

**Unterm Radar: Neue „Beigebruchs“-Substanzen in der Substitutionsbehandlung**  
*S. Walcher (München)*

**Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie – QAAT** **GV Süd**  
**Was tut sich 2014?**  
*A. Ulmer (Stuttgart)*

**Freie Vorträge** **KV**  
*Vorsitz: T. Neumann (Berlin)*

16.30 – 17.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

**17.00 – 18.30 Uhr Satellitensymposium** **GV**

**Substitutionstherapie – Alles was Recht ist**  
unterstützt von Sanofi Aventis Deutschland GmbH  
*Vorsitz: S. Walcher (München)*

**Substitutionstherapie – Alles was Recht ist**  
*U. Steffen (Hamburg)*

**Diskussion aktueller Fälle**  
*S. Walcher (München)*

**ab 18.45 Preisverleihung** **Foyer**  
unterstützt von Sanofi Aventis Deutschland GmbH

**Sonntag, 9. November 2014**

**08.30 – 10.00 Uhr Satellitensymposium** **KV**

**Hepatitis C (Teil 3) – Unser Ziel Heilung**  
unterstützt von Bristol-Myers Squibb GmbH  
*Vorsitz: K. Isernhagen (Köln)*

**Wann und wen behandeln?**  
*U. Naumann (Berlin)*

**HCV und Sucht**  
*N. Qurishi (Köln)*

**Verbindungslinien Psychiatrie-Hepatologie. Neue Therapieoptionen auch für psychiatrische Patienten**  
*M. Schäfer (Essen)*

10.00 – 10.30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung



**10.30 – 12.30 Uhr Symposium****GV****Update Sucht***(in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie)**Vorsitz: U.W. Preuß (Perleberg), T. Rüther (München)***Amphetamin und Methamphetamin***I. Schäfer (Hamburg), S. Milin (Hamburg)***Opiate***N. Scherbaum (Essen)***Internet Gaming Disorder***H.-J. Rumpf (Lübeck)***„Update Cannabis“***E. Hoch (Mannheim)***12.30 Uhr Kongressende**

---

**ArzthelferInnenseminar****F-4**

Freitag, 07. November 2014 von 10.30 Uhr bis 17.30 Uhr

Samstag, 08. November 2014 von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr

---

|                   |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
| <b>GV</b>         | <b>Großer Vortragssaal</b>       |
| <b>GV Nord</b>    | <b>Großer Vortragssaal Nord</b>  |
| <b>GV Mitte</b>   | <b>Großer Vortragssaal Mitte</b> |
| <b>GV Süd</b>     | <b>Großer Vortragssaal Süd</b>   |
| <b>KV</b>         | <b>Kleiner Vortragssaal</b>      |
| <b>2D-08 / 10</b> | <b>2. Etage</b>                  |

## Symposien

### "Der verlorene 'Krieg gegen Drogen' – regionale und internationale Folgen, die Beteiligung Deutschlands und mögliche Ausstiegsszenarien"

T. Koenigs

Deutscher Bundestag, Bündnis 90/Die Grünen

Der Krieg gegen Drogen ist gescheitert. Die weltweit steigende Zahl der Opfer in diesem Krieg, die Unregierbarkeit der Narco-Staaten, die Verbindungen zum Terrorismus und die Infektionsraten bei HIV/Aids zwingen uns zum Umdenken. Die neue Drogenpolitik muss konsequent auf Entkriminalisierung setzen und die freiwerdenden Ressourcen zur Prävention nutzen.

Jedes Jahr werden Milliarden Dollar im Kampf gegen Drogen aufgewendet. Der Kampf gegen Kartelle, Dealer und Konsumenten wird mit aller polizeilichen und militärischen Härte geführt. Von einzelnen Verhaftungen abgesehen, sind die Erfolge bescheiden. Im Gegenteil wirkt die Repressionspolitik als Gewinngarant der Drogenkriminalität. Jede neue polizeiliche, militärische oder strafrechtliche Maßnahme vergrößert nur die Risikoprämien der Händler. Jahr für Jahr verdienen diese mit dem Drogengeschäft 300 Milliarden Dollar. Ein höchst lukratives Geschäft, um das in Ländern wie Mexiko, Guatemala oder Honduras mit erbarmungsloser Brutalität gekämpft wird. Kartelle mit hochgerüsteten Paramilitärs bekämpfen sich gegenseitig und die Polizei. In Mexiko sind zwischen 2006 und 2012 allein 60.000 Menschen im Drogenkrieg ums Leben gekommen. Mit dem Drogengeld werden Regierung, Polizei und Justiz in den Narco-Staaten korrumpiert.

Nach Jahrzehnten einer falschen Drogenpolitik ist ein radikales Umdenken nötig: Jedes Element der Drogenwirtschaft, von der Produktion über den Handel bis zum Konsum, muss entkriminalisiert werden. Dem Schwarzmarkt muss ein vom Staat regulierter Markt entgegen gestellt werden. Die Abgabe von Drogen sollte vergleichbar der von Medikamenten erfolgen. Damit entziehen wir den Kartellen die Geschäftsgrundlage. Die freiwerdenden Mittel sollten für Aufklärung, Prävention und Behandlung von Drogenkranken eingesetzt werden. Auch der frühere UN-Generalsekretär Kofi Annan hat sich kürzlich gemeinsam mit einer Gruppe Ex-Staatschefs für eine Abkehr von der repressiven Drogenpolitik ausgesprochen.

---

### Regierungsmodelle für Cannabis im internationalen Vergleich

T. Kessler

Basel Stadt

In Basel wurde 1991-93 die Drogenpolitik mit den vier Säulen Prävention, Überlebenshilfe/Schadensminderung, Repression, Therapie/Rehabilitation realisiert und 1994 mit einer Volksabstimmung (67% Zustimmung) die Heroinverschreibung gestartet. Diese Vier-Säulen-Politik ist inzwischen in der Schweiz Standard, sieht sich aber immer neuen gesellschaftspolitischen Herausforderungen gegenübergestellt. Auf dem Weg zu einer rationalen und kohärenten Gesundheits- und Drogenpolitik gibt es auch Rückschläge. Die Interessen der Alkohol- und Tabakwirtschaft werden hart verteidigt. Die gesellschaftliche Einstellung zu Cannabis ist Pendelbewegungen zwischen liberal und repressiv unterworfen. In den 2000-er Jahren hat die Schweizer Bevölkerung via Volksabstimmungen der Vier-Säulen-Politik zugestimmt, Verschärfungen Richtung Abstinenzpolitik abgelehnt und die Legalisierung von Cannabis verworfen. 1984 publizierte der Autor das erste Hanf-Regulationsmodell; es basiert auf der bewährten Regulation von „Gebrannten Wassern“ (Alkoholgesetz), ergänzt mit zusätzlichen Jugendschutz-Bestimmungen und Elementen der Landwirtschaftspolitik (Förderung der Bio-Bergbauern). Aufgrund der geplanten (z.B. Uruguay) oder bereits in Umsetzung befindlichen Formen der Tolerierung oder Regulation (z. B. in Spanien, Holland oder Colorado) wurde das erwähnte Regulationsmodell für die Schweiz aktualisiert. Ein weiteres Modell schlägt ein Anbau-Patentsystem für Konsumenten vor. Beide versprechen sich durch eine Anpassung der Gesetzgebung hin zur Regulation, bzw. zur Ermöglichung der Eigenversorgung, mehr gesellschaftliche Verantwortung, eine Qualitätskontrolle, einen effektiveren Jugendschutz sowie einen effizienteren Gesetzesvollzug; der Schwarzmarkt würde eingeschränkt und Geldmittel für gemeinnützige staatliche Zwecke abgeschöpft. Vorgelegt werden die aktuellen Entwicklungen auf internationaler Ebene sowie Vorschläge für eine integrale Regulation des Cannabismarktes in der Schweiz.

## Antivirale HCV-Therapie bei dekompensierter Leberzirrhose

*D. Nierhoff*

*Uniklinik Köln, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie*

Eine dekompensierte Leberzirrhose ist durch das Auftreten von Komplikationen (z.B. Varizenblutung, Aszites) definiert und korreliert bei den meisten Patienten mit dem Stadium Child B oder C. Eine erfolgreiche antivirale Therapie bei chronischer HCV-Infektion führt zur Reduktion der Dekompensationen, der HCC-Entwicklung sowie der leberbezogenen Mortalität. Interferonbasierte Therapien sind bei Patienten mit dekompensierter Leberzirrhose jedoch kontraindiziert.

Mit der Zulassung von Sofosbuvir (NS5B-Inhibitor), Simeprevir (NS3A/4-Inhibitor), Daclatasvir und voraussichtlich Ledipasvir (NS5A-Inhibitoren) stehen seit diesem Jahr jedoch neue Medikamente zur Verfügung, die durch ihre Kombination interferonfreie Therapien ermöglichen. Auch wenn für keine dieser Substanzen bisher ausreichende klinische Daten zu Sicherheit und Wirksamkeit bei dekompensierter Leberzirrhose vorliegen und der Einsatz von Simeprevir im Stadium Child B oder C nicht empfohlen wird, verfügen wir mit den Kombinationen von Sofosbuvir mit Ribavirin oder mit einem NS5A-Inhibitor (Daclatasvir, Ledipasvir) über Therapieoptionen, die auch bei fortgeschrittenen Stadien der Leberzirrhose eingesetzt werden können.

Somit gilt es in jedem Einzelfall zu überlegen, ob bei einem Patienten mit dekompensierter Leberzirrhose eine SVR vor Lebertransplantation, eine HCV-Negativität zum Zeitpunkt der Transplantation zur Verhinderung einer Reinfektion oder eine Therapie nach Lebertransplantation angestrebt werden sollte.

---

## Eine neue Ära in der HCV Therapie – auch für IVDU?

*C. Theilacker*

*Arud Zentren für Suchtmedizin Zürich*

In Westeuropa ist intravenöser Substanzkonsum heute der wichtigste Transmissionsweg für Hepatitis C. Weltweit wird die Prävalenz der chronischen Hepatitis C (CHC) bei Personen mit intravenösem Substanzkonsum (IVDU) auf 52% geschätzt, so dass global von 6,6 Mio. Betroffenen ausgegangen wird. In der alternden IVDU-Population hat sich Leberversagen zu einer der führenden Todesursachen entwickelt. Zudem stellen IVDU mit unbehandelter CHC das wichtigste Reservoir für die Transmission von HCV dar. Verschieden Faktoren seitens der Patienten wie der Behandler bzw. des Gesundheitssystems haben dazu geführt, dass die Behandlungsquoten bei IVDU auf niedrigem Niveau stagnieren und geringer sind als in der Allgemeinbevölkerung. Hinzu kommt, dass IVDU häufiger relative Kontraindikationen für Interferon-basierte Behandlungen aufweisen und die Heilungsraten nicht zufriedenstellend sind. Mit der Verfügbarkeit von Interferon-freien Therapien mit deutlich verbesserter Potenz und Verträglichkeit haben sich die Rahmenbedingungen für die Behandlung der CHC bei IVDU dramatisch geändert. Eine Eradikation von HCV erscheint inzwischen möglich, erfordert jedoch eine deutliche Steigerung der Behandlungsraten sowie für das Gesundheitssystem zu bewältigende Therapiekosten.

---

## Ein (Sucht-)Problem kommt selten allein – Schnitt- und Nahtstellen der Suchthilfe

*M. Püschl*

*Fachabteilung Drogen und Sucht, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg*

Suchterkrankungen sind substanz- oder verhaltensbezogene Störungen mit Ursachen und Auswirkungen in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Das heißt, dass Menschen in unterschiedlicher Weise betroffen sein können, auch deshalb, weil sie verschiedenen Altersgruppen zugehören, aus unterschiedlichen Milieus und Kulturen kommen und verschiedene Suchtmittel konsumieren.

Die Suchthilfe in Deutschland umfasst verschiedene, zum Teil hochdifferenzierte Angebote, die auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen von verschiedenen Leistungsträgern finanziert werden. Die Zugänge zu diesen Hilfen sind für Außenstehende nicht immer leicht zu durchschauen und bedürfen zumindest der Vermittlung.

In der Regel ist davon auszugehen, dass Suchtstörungen von weiteren Störungen oder Problemlagen begleitet werden. Diese gilt es in der Beratung und Behandlung zu erkennen und ggf. Lösungen zu entwickeln. Aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe und der je nach Einzelfall unterschiedlichen Ri-

---

siken und Ressourcen der Betroffenen ist es eine Herausforderung, Hilfen verfügbar zu machen, die für die Betroffenen passgenau sind.

All dies führt dazu, dass zur Behandlung von Suchtstörungen sowohl eine gründliche Beschreibung der einzelfallbezogenen Risiken und Ressourcen, als auch die systematische Kooperation innerhalb der Suchthilfesysteme und zu den Nachbarsystemen unabdingbar sind.

---

### **Ambulante Therapie bei Jugendlichen mit Suchtproblemen – Therapeutische Herausforderungen, Strukturelle Barrieren, Lösungen für die Praxis**

A. Gantner

Therapieladen e.V.

Die Praxis suchtspezifischer Interventionen an den Schnittstellen Jugend-/Suchthilfe/Jugendpsychiatrie ist vielfältig, komplex und zum Teil unübersichtlich. Als Folge eines deutlich gestiegenen Hilfebedarfs, insbesondere für cannabisbezogene Störungen bei Jugendlichen sind in Deutschland zahlreiche, teilweise bundesweit geförderte Programme für Jugendliche mit Cannabis-, bzw. Alkoholmissbrauch entwickelt worden. Dabei sind die Angebote überwiegend individuumszentriert konzipiert und fokussieren ausschließlich das Suchtverhalten von Jugendlichen. Speziell im „Jugendsuchtbereich“ haben jedoch systemische Therapieansätze eine hohe nachgewiesene Evidenz. Trotz der belegten Wirksamkeit systemischer Ansätze existiert in der konkreten Praxis noch ein deutlicher Mangel an systemischen Angeboten und systemübergreifender Kooperation in den Hilfesystemen. Am Beispiel des „evidenzbasierten“ Ansatzes „Multidimensionale Familientherapie“ werden Beispiele einer familienorientierten, systemübergreifenden Praxis zwischen ambulanten und stationären Therapieangeboten dargestellt.

---

### **„Mitteldeutschland: Direkte Zugangswege in die Suchtrehabilitation“**

H. Meeßen-Hühne

Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt

Suchtrehabilitation gem. SGB VI erhöht die Chancen suchtkranker Menschen auf ein Leben ohne Abhängigkeit von sozialen Transferleistungen. Dadurch wird die Last der Leistungsverpflichtungen (bspw. Erwerbsunfähigkeitsrente, Sozialhilfe) gedämpft. Möglichst vielen suchtkranken Menschen eine solche Suchtreha zugänglich zu machen, erscheint daher folgerichtig.

Suchtberatungsstellen haben eine Schlüsselposition: Hier erfolgt die Arbeit an der Krankheitseinsicht, der Änderungsmotivation und – wenn passend – die Vermittlung in eine Suchtreha. Die Ratsuchenden werden auch bei der Klärung der sozialen Situation unterstützt: Unterhalt für Frau und Kind, Mietzahlung, Schulden, Gerichtsverfahren, wohin mit dem Hund? ... Ein Sozialbericht für den zuständigen Leistungsträger wird erstellt, der auch der zukünftigen Suchtrehabilitationseinrichtung wesentliche Informationen liefert. Nach der Reha gibt es Nachsorge, Selbsthilfe und Krisenunterstützung in der vertrauten Suchtberatungsstelle.

Wertvolle Arbeit – gut vorbereitete Rehabilitanden, aber: die Arbeitskapazität der Suchtberatungsstellen ist begrenzt. Die mitteldeutsche DRV hat daher die Wege für Suchtkranke in die Suchtrehabilitation erweitert: Ohne Sozialbericht aus dem Jobcenter, dem Krankenhaus, der Haft, der Hausarztpraxis. Derzeit wird überlegt, wie das Verfahren deutschlandweit umgesetzt werden kann.

Der Beitrag stellt Entwicklung und Ergebnisse der Erprobung im „Magdeburger Weg“ sowie die aktuelle Umsetzungspraxis vor und beschreibt die veränderten Anforderungen an die Kooperation der Hilfesysteme.

---

### **„Schnittstelle“ Substitution: Suchtmedizin und Drogenhilfe auf dem Weg zur „Silberhochzeit“ Szenen einer Ehe**

C. Jellinek<sup>1</sup>, B. Westermann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>A.I.D. Berlin Neukölln

Unter bestimmten Umständen scheinen Medizin und Drogenhilfe doch zusammenzupassen. Das belegt neben entsprechender Erfahrung nicht zuletzt auch die Entwicklung der letzten Jahre – ganz besonders

in Berlin: Immer mehr multiprofessionelle Allianzen und immer mehr „eheähnliche“, zum Teil sogar symbiotische Verbindungen mit Vertragsgrundlage. Bereits die Hälfte der Berliner Substituierten wird in derartigen Settings behandelt und betreut.

Verbunden durch mehr als zwei Jahrzehnte Substitution sind Suchtmedizin und Drogenhilfe an manchem Ort in Deutschland schon ein gereiftes Paar. Dazu kann ein beträchtliches Maß an Routine gehören, positiv im Sinne von Rollenklarheit, Regeln und verbindenden Ritualen. Andererseits bleibt verlässlich dafür gesorgt, dass es weiter knistert in der Nah-Beziehung zwischen niedergelassenen Ärztinnen und psychosozialem Betreuungspersonal. So gibt es Konstellationen, in denen bei jeder sich bietenden Gelegenheit der „Ehevertrag“ in Frage gestellt wird, da es sich hier um eine „Zwangsheirat“ handele. Pragmatischer veranlagte Diskutanten fragen eher nach der realen Schnittmenge der Interessen zweier so gründlich verschiedener Berufsgruppen, nach der Chance, im Kooperationsalltag gegenseitiges Verständnis und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, nach Möglichkeiten, für den Partner dauerhaft attraktiv zu bleiben. Und manchmal – viel zu selten – geht es auch darum, ob und inwiefern die Substituierten von einem integrierten Behandlungs- und Betreuungsangebot profitieren. Am Exempel ausgewählter „Szenen einer Ehe“ sollen diese Themenfelder überflogen werden - mit deutlich optimistischerer Tendenz als in Bergmanns Beziehungsdrama.

---

## Therapieoptionen in der Heroin-Substitution

G. Mikus

*Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Klinik (Kreihl-Klinik), Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie*

Heroin ist ein klassisches Pro-Drug, das bereits im Blut zu 6-Monoacetylmorphin (6-MAM) umgewandelt wird, welches dann schnell im ZNS anflutet und für alle Akuteffekte nach Heroingabe verantwortlich ist. 6-MAM wird rasch weiter hydrolysiert zu Morphin und gelangt über die Blut-Hirnschranke ins ZNS. Morphin seinerseits wird weiter zu M6G verstoffwechselt, einem weiteren potenten  $\mu$ -Rezeptoragonisten. Da alle 3 Wirksubstanzen unterschiedliche Halbwertszeiten besitzen, ist wahrscheinlich mit einer wechselnden Beteiligung der einzelnen Substanzen an der Wirkung zu rechnen.

Eine Substitution kann prinzipiell mit jedem  $\mu$ -Rezeptor Agonisten durchgeführt werden. Razemisches Methadon ist in Deutschland das etablierte Medikament, Frankreich verwendet häufig Buprenorphin. Auch die kontrollierte Abgabe von Heroin selbst ist natürlich eine Möglichkeit der Substitution.

Methadon ist ein hochpotentes Analgetikum, allerdings ist seine pharmakokinetische Variabilität extrem groß, durch seinen ausgeprägten Metabolismus besitzt es ein hohes Interaktionspotential mit anderen Arzneimitteln. Außerdem zeigen sich QTc-Verlängerungen im EKG unter Methadon-Substitution, die wohl dosisabhängig auftreten. Auch Buprenorphin ist nicht ganz unproblematisch, da viele Stoffwechselprodukte entstehen, die bisher nicht charakterisiert sind. Ein Interaktionspotential ist vorhanden, allerdings schlecht charakterisiert, jedoch sind QTc-Verlängerungen nicht beschrieben. Eine weitere Möglichkeit neben Heroinabgabe selbst ist die Substitution mit Morphin, die bereits in Österreich erfolgreich durchgeführt wird. Morphin ist sehr gut charakterisiert, sein Interaktionspotential ist zu vernachlässigen, QTc-Verlängerungen treten nicht auf – auch nicht bei extrem hohen Dosierungen.

---

## Morphin retard in der Substitutionsbehandlung in Österreich

E. Madlung-Kratzer

*Landeskrankenhaus Hall, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Fachstation für Drogentherapie B*

In Österreich gibt es die Opioid-Substitutionsbehandlung seit den 80er Jahren, wobei zunächst fast ausschließlich Methadon-Racemat zum Einsatz kam. Ende der 90er Jahre wurden etwa zeitgleich Buprenorphin und Morphine in Retardform für die Behandlung zugelassen, vor 3 Jahren schließlich L-Polamidon. Heute werden mehr als die Hälfte aller Substituierten mit Morphin retard behandelt, so dass mittlerweile eine große klinische Erfahrung im Einsatz und Umgang mit diesen Medikamenten gesammelt werden konnte.

Als wahrscheinlich hervorstechendste Eigenschaft der Morphine ist ihre große Akzeptanz unter den PatientInnen zu nennen, die mit der guten Verträglichkeit und subjektiv positiv erlebten Wirkung erklärt wird und sich in einer, im Vergleich zu Methadon und Buprenorphin, deutlich besseren Retentionsrate (längerer Verbleib in der Behandlung) zeigt. Geht man davon aus, dass Erreichbarkeit und Haltequote als wichtige Erfolgskriterien in der Suchttherapie gelten, können die Morphine also einen wichtigen Beitrag dazu leisten. Tatsächlich ist es in Österreich in den letzten Jahren zu einer starken Zunahme der

Substituierten gekommen.

Dennoch ist die Beurteilung der Morphine nicht einheitlich. Kritik bezieht sich v.a. auf die Diversion in den Schwarzmarkt und ihre missbräuchliche Verwendung (intravenöse Applikation). Abgesehen davon, dass Schwarzmarkt und Missbrauch als komplexeres Phänomen gesehen werden müssen und nach internationaler Evidenz bei allen Substanzen vorkommen, hat die in Österreich sehr emotional geführte Diskussion darüber eher den Charakter einer „weltanschaulichen“ Auseinandersetzung unterschiedlicher Vorstellungen über Funktion, Aufgaben und Ablauf der Substitutionsbehandlung, als den einer fachlichen Diskussion um Vor- und Nachteile unterschiedlicher Substanzen.

---

## **Amphetamin und Methamphetamin**

*I. Schäfer<sup>1</sup>, S. Milin<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)

Amphetamin und Methamphetamin blicken auf eine mehr als hundertjährige Geschichte zurück. Beide Substanzen kamen in der Vergangenheit zunächst auch in medizinischen Kontexten zum Einsatz, etwa bei Übergewicht und Depressionen. Während die Zahlen zum Konsum von Amphetamin über die letzten Jahre weitgehend konstant blieben, finden sich in Bezug auf Methamphetamin klare Anhaltspunkte dafür, dass die Droge zumindest in bestimmten Regionen stark an Bedeutung gewonnen hat. So kann anhand verschiedener Indikatoren ein starker Anstieg von Methamphetamin-Konsumenten in den Bundesländern beobachtet werden, die an die Tschechische Republik angrenzen. In der aktuellen Forschung tritt dabei die Frage nach Konsummustern und Konsumententypen zunehmend in den Vordergrund. In Regionen mit hoher Verfügbarkeit wird die Substanz von einem kleineren Teil der Konsumenten offensichtlich auch zur Leistungssteigerung als primärer Motivation genutzt, wobei häufig auch andere Konsummotive eine Rolle zu spielen scheinen. Bei beiden Substanzen muss psychiatrische Komorbidität und eine damit verbundene Funktionalität des Konsums beachtet werden, insbesondere die anfänglich stimmungsaufhellenden, das Selbstwertgefühl steigernden Wirkungen. Im Vortrag wird ein aktueller Überblick zu Pharmakologie, Substanzwirkungen und Epidemiologie von Amphetamin und Methamphetamin gegeben. Weiter werden präventive Ansätze und aktuelle Befunde zu Behandlungsmöglichkeiten diskutiert.

---

## **„Update Cannabis“**

*E. Hoch*

*Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim*

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge weltweit. Seit ihrer Legalisierung in Uruguay und anderen amerikanischen Staaten zum Gebrauch in Medizin und/oder Freizeit, hat sich die Diskussion um die rechtliche Bewertung wie auch ihrer gesundheitlichen Risiken auch in Deutschland intensiviert. In diesem Vortrag wird der neuste wissenschaftliche Kenntnisstand zu möglichen psychischen, somatischen und sozialen Folgeschäden des Cannabiskonsums dargestellt. Abhängig von Dosis, Frequenz, Applikationsform, Situation des Cannabiskonsums sowie individueller Disposition können akut z.B. Panikattacken, psychotische Symptome, Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, Konzentration, motorischen Koordination sowie Übelkeit auftreten. Biografisch früher, hochdosierter, langjähriger und intensiver Cannabiskonsum erhöhen das Risiko für Cannabisabhängigkeit (DSM-5; ICD-10), spezifische Entzugssymptome, kognitive Einbußen, affektive Störungen, Psychosen, Angststörungen, ein vermindertes Bildungsniveau sowie respiratorische und kardiovaskuläre Erkrankungen. Zur Behandlung von Cannabisstörungen liegt die beste Evidenz für die Wirksamkeit von Kombinationen aus Motivationsförderung, kognitiver Verhaltenstherapie und Kontingenzmanagement vor. Für Jugendliche können ebenfalls familientherapeutische Interventionen empfohlen werden. Systematische Reviews belegen, dass die Abstinenzraten unter Therapiebeendern bei maximal 50% liegen. Etwa die Hälfte dieser Patienten wird innerhalb eines Jahres nach der Behandlung wieder rückfällig. Aufgrund unzureichender Forschung können noch keine evidenzbasierten pharmakologischen Behandlungsempfehlungen gegeben werden.

---



## Arbeitskreise

### Double Trouble: Praxis Psychische Störungen und Sucht

K. Behrendt<sup>1</sup>, G. Jungbluth-Strube<sup>2</sup>, C. Lüdecke<sup>3</sup> T. Rütthe<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Asklepios Klinik Nord, Hamburg, <sup>2</sup>Praxis, Bernburg, <sup>3</sup>Asklepios Fachklinikum Göttingen, Allgemeinpsychiatrie, Sucht, <sup>4</sup>Ludwig Maximilians Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Bei der Arbeit mit Suchtkranken spielen komorbide psychiatrische Erkrankungen eine große Rolle. Oft stellt sich für nichtpsychiatrischen Kollegen die Frage nach der Diagnostik, ob sie selbst eine Behandlung beginnen können und wann ein psychiatrischer Kollege zur Mitbehandlung hinzugezogen werden sollte. In dieser neuen Seminarreihe sollen die wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder, ihre Diagnostik sowie die Grundzüge ihrer medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung besprochen werden. Das Seminar wird sehr praxisnah und interaktiv gestaltet werden: erfahrene Psychiaterinnen und Psychiater geben zunächst einen Überblick über die wichtigsten Behandlungsmethoden eines Krankheitsbilds, teilen ihre praktischen Erfahrungen mit Ihnen und beantworten Ihre Fragen. Die Seminarreihe beginnt mit den drei Themen „ADHS – Modediagnose oder unterschätzte Erkrankung?“, „Therapie der Depression – Medikamente und mehr?“, sowie „stabil instabil – die Borderlinestörung“. Es ist geplant die Reihe auf den nächsten Kongressen fortzusetzen.

---

### Traumatisierte Süchtige oder süchtige Traumatisierte? Sucht und Traumafolgestörungen – ein Seminar in Theorie und Praxis

C. Lüdecke

Asklepios Fachklinikum Göttingen, Allgemeinpsychiatrie, Sucht

Die hohe Rate an Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Menschen mit Suchterkrankungen ist inzwischen in vielen empirischen Studien nachgewiesen. Jeder fünfte Patient mit Alkoholerkrankung und jeder dritte Patient mit einer Drogenabhängigkeit leidet auch an einer posttraumatischen Belastungsstörung, unter Einbeziehung subsyndromaler Störungen verdoppelt sich die Zahl. Dabei gehen die Traumatisierungen in den meisten Fällen der Suchtentwicklung voraus und Suchtmittel werden als „Selbstmedikation“ eingesetzt. Suchtkranke, die unter den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden, sind häufig schwerer betroffen. Sie betreiben oft exzessiven Substanzkonsum, erleiden häufiger Rückfälle, weisen mehr psychische und körperliche Komorbidität auf und verfügen über geringere interpersonelle Ressourcen. Wir als Behandler müssen uns fragen: Ist die Behandlung, die wir unseren Suchtpatienten anbieten ausreichend oder behandeln wir teilweise an dem Erkrankungsbild vorbei? Ist Suchtbehandlung ohne Mitbehandlung von Traumafolgestörungen noch zeitgemäß?

Diese Erkenntnis stellt Behandler vor neue Herausforderungen. Die Psychotraumatologie gehört zu den erfolgreichsten Verfahren in der Psychotherapie. Dies ist bei traumatisierten Suchtkranken nicht anders. Die Notwendigkeit der Anwendung traumaspezifischer Interventionen in der Suchtbehandlung ist die Konsequenz. In diesem Seminar sollen Zusammenhänge beider Störungen aus neurobiologischer und bindungstheoretischer Sicht vermittelt werden. Diagnostik und Behandlungsstrategien beider Störungen sollen vorgestellt werden. Viele praktische Übungen und Demonstrationen werden die Inhalte verdeutlichen.

#### Literatur

- Lüdecke C., Sachsse, U., Faure, H. (2010). Sucht – Bindung – Trauma. Stuttgart: Schattauer.  
Margraf, J. (2003). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1 und 2. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag  
Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer.  
Sachsse, U. (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.  
Sack, M., Sachsse, U., Schellong, J. (2013). Komplexe Traumafolgestörungen. Schattauer  
Shapiro, F. (1998). EMDR – Grundlagen und Praxis. Junfermann Verlag.  
Thünker, J., Pietrowsky, M. (2010). Alpträumen: ein Therapiemanual. Hochgrefe  
Weiss, H., Harrer, M., Dietz, T. (2010). Das Achtsamkeitsbuch. Stuttgart: Klett-Cotta  
Williams, M., B., Pojula, S. (2013). PTBS-Arbeitsbuch. Lichtenau: G.P. Probst Verlag.

## Langjährig Substituierte: aktuelle Situation, psychiatrische Komorbidität, ADHS und psychosoziale Aspekte

B. Zippel-Schultz<sup>1</sup>, T. Poehlke<sup>2</sup>, M. Nowak<sup>3</sup>, H. Stöver<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Deutsche Stiftung für chronisch Kranke, <sup>2</sup>Psychiater, Münster, <sup>3</sup>Neurologe, Landau, <sup>4</sup>Frankfurt University of Applied Sciences, Sozialwissenschaftliche Suchtforschung

**SubsCare** hat das Ziel, Versorgung und soziale Lebensumstände von langjährig (mindestens 5 Jahre) substituierten Patienten zu beschreiben. Dazu wurden der Therapieverlauf, die vorhandenen Komorbiditäten, soziale Aspekte sowie die Verwendung weiterer psychotroper Substanzen von 160 Patienten in 15 Substitutionspraxen über mindestens ein Jahr erhoben. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass eine langfristige Stabilisierung der Patienten bei einer großen Gruppe von Patienten erreicht werden konnte. Als Indikatoren dienen z.B. häufige Verschreibungen von Take Home Dosen, stabile Wohn- und Beschäftigungsverhältnisse. Studienergebnisse werden auf der Konferenz vorgestellt. Zudem werden drei wichtige Fragestellungen näher beleuchtet.

Die **psychiatrische Komorbidität unter Opioidabhängigen** beträgt zwischen 40-80%. Einige Störungen sind besonders hervorzuheben, da sie zu anhaltenden Belastungen des Therapiesettings führen können und ohne adäquate Therapie eine Stabilisierung des Patienten verhindern können. Diese bedürfen einer spezialisierten Therapie und Medikation, die im Bereich der Opioid-Substitution zu besonderen Überlegungen pharmakologischer Art führen und eventuelle medikamentöse Interaktionen berücksichtigen muss.

Bei der Diskussion von **ADHS und Sucht** werden die Chancen und Risiken von Substitution und Methylphenidat besprochen. Dabei ist zu beachten, dass ca. 30 - 50% der von einer ADHS betroffenen Kinder auch im Erwachsenenalter deutliche Symptome zeigen. Insbesondere ist der Anteil unter Opioidabhängigen als hoch einzustufen.

Im letzten Beitrag werden **psychosoziale Aspekte** von Substitutionspatienten näher beleuchtet. Dazu zählen Beschäftigungs- und Wohnverhältnisse, aber auch Haftbelastungen.

---

## Hypnose in der Suchtbehandlung Behandlungstechniken aus der Hypnotherapie in der Arbeit mit Suchtkranken

F. Scarpinato-Hirt

Asklepios Fachklinikum Göttingen, Allgemeinpsychiatrie, Sucht

Die Behandlung der Suchtmittelabhängigkeit stellt sich aufgrund comorbider psychischer und somatischer Störungen komplex dar. In der klinischen Arbeit wird immer wieder deutlich, dass eine Integration unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren, die die Störungen auf verschiedenen Ebenen betrachten, sehr hilfreich ist. Die klinische Arbeit mit Suchtkranken zeigt, dass hypnotherapeutische Ansätze in der Behandlung Suchtkrankender erfolgreich einsetzbar sind:

1. die Suchterkrankung ist eine Störung des Stressverarbeitungssystems und Hypnotherapie hat einen stark lindernden Einfluss auf physiologische Stressreaktionen.
2. das Langzeitgedächtnis ist unter Hypnose in besonderer Weise zugänglich, so dass Verarbeitungsprozesse vergangener Erfahrungen sowie Ressourcenaktivierungen im Therapieprozess mit dieser Methode gefördert werden können.
3. kognitive Veränderungen lassen sich mit Hypnose, infolge der reduzierten Kritikfähigkeit und damit verringerter Widerstände, gut erzielen.
4. Fluchttendenzen und amotivationale Syndrome können wie sie besonders bei Suchtkranken bekannt sind, aufgrund der besonderen Technik der Hypnose, therapeutisch genutzt werden.
5. bei Suchtkranken ist aufgrund ihrer oft gestörten Selbstwahrnehmung und erhöhter Dissoziationsneigung von einer hohen Suggestibilität auszugehen.

In diesem Seminar werden die Teilnehmer zunächst einen theoretischen Überblick in die klinische Hypnose nach Milton Erickson erhalten: Was ist Hypnose, neurobiologische Veränderungen unter Hypnose und Wirksamkeit, stellen einige der behandelten Themen dar. Eine Tranceinduktion wird die Inhalte verdeutlichen. Weitere hypnotherapeutische Techniken, die sich in der Arbeit mit Suchtkranken gut bewährt haben, wie die Anwendung von Geschichten, Metaphern, und Suggestionen, werden mit praxisorientierten Übungen vorgestellt.

### Literatur:

Bongartz, W., & Bongartz, B. (1998). Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe.

Kossak, H. (2004). Hypnose. Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.



Revenstorf, D., & Peter, B. (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis.* Heidelberg: Springer.

Scarpinato-Hirt, F., Bauer, A., Lüdecke, C., Riebensam, H. (2013) *Hypnotherapeutischer Ansatz in der Behandlung Suchtmittelabhängiger.* Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, Band 8 (1+2).

---

## „Warum einfach, wenn es auch kompliziert geht? Naloxonvergabe an Drogengebraucher/innen“

K. Dettmer<sup>1</sup>, A. von Blanc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fixpunkt e.V., <sup>2</sup>Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Abt. Qualitätssicherung, Substitution

Der Arbeitskreis richtet sich besonders an pädagogische oder medizinische Fachkräfte, die selbst Trainings anbieten möchten sowie an Opiatkonsument/innen und Fachkräfte, die bei Überdosierungen Erste Hilfe leisten müssen.

Nach einer Einführung zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Naloxon-Abgabe an Opiatabhängige in Deutschland und einem Überblick zum aktuellen Wissensstand aus nationaler und internationaler Praxis und Forschung werden praktische Erfahrungen aus dem Berliner Modellprojekt von Fixpunkt e. V. vorgestellt.

Die Arbeitskreis-Teilnehmer/innen absolvieren das Fixpunkt-Drogennotfalltraining mit praktischen Übungen. Sie erhalten die Schulungsmaterialien, die von Fixpunkt entwickelt wurden. Opiatkonsumentierende Arbeitskreis-Teilnehmer/innen können eine Naloxon-Verordnung erhalten.

---

## Schmerzbehandlung bei Opioidabhängigen

S. Walcher

Schwerpunktpraxis "Concept"

Schmerzbehandlung ist ein gewaltiges gesamtgesellschaftliches Problem: Knapp 23 Mio. (28%) der Deutschen leiden unter chronischen Schmerzen, davon über 90% unter nicht-onkologischen Schmerzen. Und bei 2,5 Mio. Deutschen findet sich das Bild einer eigenständigen Schmerzerkrankung. Die Erkennung und Behandlungsbereitschaft chronischer Schmerzen hat sich in den letzten Jahren stark verbessert, aber bisher fühlen sich trotzdem nur 24% der Patienten adäquat behandelt! Gleichzeitig nimmt der Analgetikaabusus weltweit (vor allem in den USA) rasant zu.

Ungleich viel schlechter steht es um unsere Patienten. Über 50% der Substitutionspatienten leiden unter Schmerzzuständen - und das trotz oder oft wegen hoher Opiatdosierungen im Rahmen der Suchtbehandlung. In allen Bereichen der Schmerztherapie gilt es hier, besonders aufmerksam zu sein und angepasst und sorgfältig zu behandeln:

Perioperativ bestehen bei unseren Patienten massive Ängste, die gilt es durch vertrauensbildende Maßnahmen zu reduzieren und adäquat analgetisch (nach Wirkung!) zu behandeln. Reicht die übliche Opiatdosis? Wäre ein (vorübergehender) Wechsel auf einen reinen Mü-Agonisten vorzuziehen? Sind die üblichen Sedativa adäquat? Muss man mit Interaktionen rechnen? Welche interventionellen Möglichkeiten (Schmerzkatheter regional/Systemisch, Stimulationskatheter) gibt es?

Im Bereich chronischer Schmerzen herrscht die irrierte Meinung vor, Substitutionsanalgetika hätten auch eine enorme Schmerzwirkung. Das ist anfangs richtig, nur hält dieser Effekt bei Langzeitbehandlungen nicht an und muss mit (schnellanflutenden, kürzerwirksamen) Opioiden und anderen Substanzen augmentiert werden. Hier bietet sich auch eine Vielzahl an Interventionsmöglichkeiten an, die jenseits der Opioiden Alternativen eröffnen.

Oft können gerade langwirksame Opioiden auch schmerzauslösend wirken, selbst zu eigenständigen Schmerzbildern beitragen.

Ein zunehmendes Problem ist der Missbrauch von verschreibungspflichtigen Analgetika. In München stirbt seit 3 Jahren bereits jeder Dritte Drogentote an Fentanyl-Überdosierungen, aber auch Oxycodon, Tilidin, DHC, Oxymorphon und andere spielen eine zunehmende Rolle. Darüber hinaus ist eine Vielzahl von adjuvanten Schmerzmitteln im Einsatz: Pregabalin, Gabapentin, Bupropion, TCAs, Flupirtin, Mirtazapin, Ketamin, BZDs werden immer häufiger genannt. Wie sind diese Substanzen in Hinblick auf Suchtgefahren und Wirksamkeit zu werten?

Wir werden einen Überblick der Therapie akuter und chronischer Schmerzen mit dem speziellen Gesichtspunkt "Opiatabhängigkeit" erarbeiten. Oliver Pogarell wird im Anschluss die Besonderheiten bei der Behandlung psychiatrischer Schmerz-Patienten in der Suchtmedizin beleuchten.

---

## **Vor welchen Herausforderungen stehen Dritte Welt und Schwellenländer mit Amphetaminen/Methamphetaminen und Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS)? Was hat das mit uns zu tun? Und wie gehen wir damit um?**

*I. I. Michels*

*Bundesministerium für Gesundheit/Federal Ministry of Health*

Amphetaminkonsum spielt in Deutschland eine eher untergeordnete Rolle, er bleibt stabil auf relativ niedrigem Niveau, mit höheren Prävalenzen in Subgruppen (Zusatzkonsum bei Heroinabhängigkeit, Partygruppen, schwule Subkultur). In den letzten Jahren steigt die Prävalenz von Methamphetaminen (Crystal Meth) in einigen Regionen (vor allem im Grenzgebiet zu Tschechien). Der Umgang mit dieser Substanz ist schwierig zu steuern, es kommt zunehmend zu erheblichen Gesundheitsschäden (Psychosen, Verfolgungswahn, Gewichtsverlust etc.). Auch NPS werden zunehmend, wenn auch auf niedrigem Niveau konsumiert, mit zum Teil erheblichen Folgen für die Gesundheit (akute Psychosen, Panikattacken, auch Überdosierungen mit Todesfolgen). Eine große Herausforderung für die Hilfsdienste. In anderen Regionen der Welt ist die Verbreitung des Amphetamin/Methamphetaminkonsums schon länger bekannt (etwa Nordeuropa, Südostasien) und NPS spielen eine zunehmende Rolle. Es gibt noch wenig Erfahrungen in der Frühintervention und Behandlung. Die auf Strafverfolgung ausgerichteten Modelle stoßen an Umsetzungsgrenzen auf Grund der außerordentlichen schnellen Entwicklung neuer Stoffe und Stoffzusammensetzung. Es ist noch nicht absehbar, ob sich der globale Markt zunehmend 'pharmakolisiert', wie es Günter Amendt schon Anfang der 1990er Jahre voraussah.

---

## **Selbstkontrollierter Alkoholkonsum („Kontrolliertes Trinken“)**

*J. Körkel*

*Evangelische Hochschule Nürnberg, Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung*

Viele Patienten/-innen mit Alkoholproblemen sind veränderungs-, aber nicht abstinenzbereit bzw. abstinenzfähig. Hier setzen die ca. seit 40 Jahren entwickelten, evidenzbasierten, verhaltenstherapeutisch strukturierten Behandlungen zum selbstkontrollierten Alkoholkonsum (Kontrolliertes Trinken) an. Die zentralen Elemente dieser Behandlungsprogramme eignen sich auch für ärztliche Kurzinterventionen: Der überschaubare Umfang, die Umsetzungsvariabilität (z.B. Begleitung durch ärztliche Gespräche oder autodidaktische Aneignung) sowie die Möglichkeit, den verhaltensorientierten Ansatz des Kontrollierten Trinkens mit einer medikamentösen Reduktionsbehandlung zu kombinieren, ermöglichen eine Programmadaptation auf die spezifischen Bedingungen der eigenen ärztlichen Tätigkeit. Im Seminar erfolgt zunächst eine kurze Einführung in den Ansatz des Kontrollierten Trinkens (theoretischer Hintergrund, Inhalte, Umsetzungsvarianten). Hauptteil des Seminars bildet die Vermittlung von „praktischem Handwerkszeug“ zum Kontrollierten Trinken, indem mit den zentralen Programmelementen und Arbeitsmaterialien, die im Rahmen einer Arztpraxis umsetzbar sind, vertraut gemacht wird. Begleitend/anschließend können die Umsetzungsmöglichkeiten (und Umsetzungshürden) im eigenen Arbeitsalltag, Kombinationsmöglichkeiten mit medikamentöser Reduktionsbehandlung sowie – last but not least – die persönliche Haltung zur Zielfrage (Abstinenz/Reduktion) ausgetauscht werden.

### **Literatur:**

- Körkel, J. (2014a). Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. *Suchtmedizin*, 16 (5), 211-222.  
Körkel, J. (2014b). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15 (4), 165-173.

---

## **Stabilisierungstechniken in der Behandlung traumatisierter Suchtkranker**

*F. Scarpinato-Hirt*

*Asklepios Fachklinikum Göttingen, Allgemeinpsychiatrie, Sucht*

Die hohe Rate an Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Suchterkrankungen ist inzwischen in vielen empirischen Studien nachgewiesen worden. Suchtkranke, die unter den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden, sind, verglichen mit Personen, die „nur“ an einer Substanzbezogenen Störung leiden, häufig schwerer betroffen. Sie betreiben exzessiveren Konsum, weisen mehr psychische und körperliche Komorbidität auf und verfügen über geringere interpersonelle Ressourcen. Dies stellt für die Behandler sehr häufig eine hohe Anforderung dar. Die Notwendigkeit spezi-

fischer Interventionen wird deutlich. Die Traumabehandlung hat im Laufe der Jahre vielfältige Techniken entwickelt, die sich in der klinischen Arbeit gut bewährt haben. Auf Grund der Suchterkrankung zeigt dennoch diese Patientengruppe ein differenziertes Krankheitsbild (unterschiedliche Regressionsstates, Unterschiede in der Symptomatik am Beispiel von Hyperarousal versus Entzugssymptomatik, Intoxikation versus Dissoziation und selbstverletzendem Verhalten) welches dazu führt, dass die psychotraumatologischen Behandlungsmethoden zur Behandlung der PTBS nicht völlig übernommen werden können, sondern müssen den Besonderheiten des andersartigen Störungsbildes angepasst werden. In diesem Seminar werden praxisnah spezifische Stabilisierungstechniken für traumatisierte Suchtkranke dargestellt. Viele praktische Übungen und Demonstrationen werden die Inhalte verdeutlichen.

#### Literatur

- Lüdecke C., Sachsse, U., Faure, H. (2010). Sucht – Bindung – Trauma. Stuttgart: Schattauer.  
Margraf, J. (2003). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1 und 2. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag  
Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer.  
Sachsse, U. (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.  
Sack, M., Sachsse, U., Schellong, J. (2013). Komplexe Traumafolgestörungen. Schattauer  
Shapiro, F. (1998). EMDR – Grundlagen und Praxis. Junfermann Verlag.  
Thünker, J., Pietrowsky, M. (2010). Alpträumen: ein Therapiemanual. Hochgrefe  
Weiss, H., Harrer, M., Dietz, T. (2010). Das Achtsamkeitsbuch. Stuttgart: Klett-Cotta  
Williams, M., B., Poijula, S. (2013). PTBS-Arbeitsbuch. Lichtenau: G.P. Probst Verlag.

---

## Management der dekompenzierten Leberzirrhose

F. L. Dumoulin,

Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie Gemeinschaftskrankenhaus Bonn

Bei Vorliegen einer dekompenzierten Leberzirrhose sind zunächst Fragen nach *Schweregrad*, *Ätiologie* und etwaiger *Transplantationsnotwendigkeit* und -option zu prüfen. Darüber hinaus steht die *symptomatische Therapie* der häufigen Komplikationen im Vordergrund.

Initial kommt der Frage der Ätiologie und einer möglichen progressionsverzögernden Therapieoption eine große Bedeutung zu: so kann auch bei einer Virushepatitis B oder C eine interferonfreie antivirale Therapie erwogen werden, bei Autoimmunhepatitis durch immunsuppressive Therapie oft eine Besserung der Leberfunktion, durch Alkoholabstinenz eine Rekompensation einer alkoholischen Lebererkrankung oder Alkoholhepatitis erreicht werden. In jedem Falle sollte die Notwendigkeit und/oder Möglichkeit einer Lebertransplantation in Erwägung gezogen und der Patient in einem entsprechenden Zentrum vorgestellt werden. Ansonsten verbleibt die symptomatische Therapie: klinisch symptomatischer Aszites wird initial durch eine Aszitespunktion diagnostisch abgeklärt (Ausschluss spontan bakterielle Peritonitis). Eine diuretische Therapie (initial Spironolacton 100mg/Furosemid 40mg unter Kontrolle des klinischen Befundes, des Körpergewicht und der Laborparameter; ggf. Dosisescalation) soll mit möglichst geringer Dosis eine klinisch stabile Situation erreichen. Bei refraktärem Aszites wird – sofern keine Kontraindikationen vorliegen – der Anlage eines transjugulären portosystemischen Stent Shunts (TIPS) der Vorzug vor repetitiver Aszitesdrainage gegeben. Bei Vorliegen einer spontan bakteriellen Peritonitis wird in unkomplizierten Fällen ambulant oral mit Chinolonen, bei schweren nosokomialen Verläufen parenteral mit Drittgeneration Cephalosporin therapiert. Anschließend erfolgt wegen des hohen Rezidivrisikos die antibiotische Sekundärprophylaxe lebenslang oder bis zur Transplantation. Eine Ösophago-Gastro Duodenoskopie dient der Diagnostik blutungsgefährdeter Läsionen bei portaler Hypertension. Zur Primärprävention einer Varizenblutung werden entweder nicht selektive Betablocker *oder* die endoskopische Ösophagusvarizenligatur eingesetzt. Große Varizen mit Stigmata bei fortgeschrittener Leberzirrhose (allesamt Risikofaktoren für eine Blutung) werden präferentiell endoskopisch ligiert. Nach stattgehabter Varizenblutung erfolgt die Sekundärprophylaxe mit Varizenligatur *und* Betablocker, in Sonderfällen ist eine Reduktion der portalen Hypertension durch Anlage eines TIPS notwendig. Bei hepatischer Enzephalopathie werden zunächst mögliche Auslöser (Exsikkose, gastrointestinale Blutung, Infekt usw.) differentialdiagnostisch abgeklärt. Die Basistherapie besteht aus Lactulose 10-30ml/d und wird ggf. um Rifaximin (2x 550mg/d) erweitert wodurch sich eine signifikante Reduktion der Enzephalopathie Episoden erreichen lässt.

Insgesamt ist das Vorliegen einer dekompenzierten Leberzirrhose mit hoher Komplikationsrate und einer deutlich reduzierten Lebenserwartung assoziiert, so dass die Option einer Therapie der Grunderkrankung oder Lebertransplantation immer wieder kritisch überprüft werden sollte.

#### Literatur:

- Deutsche S 3 Leitlinie Aszites „spontan bakterielle Peritonitis, hepatorenales Syndrom“  
Z Gastroenterol 2011; 49: 749

Baveno V Konsensus (Diagnostik und Therapie der portalen Hypertension)  
J Hepatol 2010; 53: 762  
ASGE Leitlinie Endoskopie bei Varizenblutung  
Gastrointest Endosc 2014; 80: 221  
Joint guideline AASLD, EASL zur hepatischen Enzephalopathie  
Hepatology 2014; 60: 1715

---

## **Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung: Das Tübinger Programm**

*C. Schweizer*

*Privatpraxis für Psychotherapie und Coaching*

Der Workshop bietet eine praxisnahe Einführung ins hypnotherapeutische Arbeiten im Bereich der Raucherentwöhnung. Nach einem kurzen Theorieteil, in dem die Technik der modernen Hypnose nach Milton Erickson vorgestellt wird, werden in Plenum und Kleingruppenarbeit unterschiedliche Methoden vorgeführt bzw. selbst erprobt.

Basis der vorgestellten Interventionen ist ein in mehreren Studien mit 150 Probanden evaluiertes Raucherentwöhnungsprogramm für Gruppen und Einzelpersonen.

Die Besonderheit der Vorgehensweise liegt dabei vor allem in der Fokussierung auf die Ressourcen der Klienten, welche es ermöglicht, ohne aversive Suggestionen zu arbeiten. Wichtig ist außerdem die Kombination und explizite Nutzung unterschiedlicher Therapiekonzepte bei gleichzeitiger Berücksichtigung der physiologischen Suchtkomponente.

Sehr willkommen sind insbesondere Kolleginnen und Kollegen, die die Veranstaltung nutzen möchten, um im Rahmen einer Live-Demonstration selbst das Rauchen zu beenden.

---

## **Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie – QAA Was tut sich 2014?**

*A. Ulmer*

*Praxis, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin*

Die Dinge laufen noch nicht richtig zusammen. Auch die DGS wird ihrer Rolle und Aufgabe noch nicht wirklich gerecht, Behandlungen für Alkoholabhängige kooperativ energisch voranzubringen. Ich zeichne dafür mitverantwortlich.

Dieses Jahr ist erstmals eine Firma, die mit Nalmefen ein Mittel zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit auf den Markt gebracht hat, aktiv geworden, die Dinge etwas aufzumischen. Nalmefen ist, gerade in der damit verbundenen Politik, ein Anfang. Auf die Dauer brauchen wir ein deutlich weiter entwickeltes Medikamentenspektrum. Baclofen braucht eine offizielle Zulassung. Auf die Dauer werden wir nicht darum herumkommen, den sinnvollen Einsatz eindeutig agonistischer Medikamente wie den von Opioiden systematisch einzubeziehen. Die damit zu erzielenden Ergebnisse sind in der Praxis ungleich überzeugender als alles andere. Dieses Jahr haben wir unsere eigenen Dokumentationen mit ambulant verordnetem Clomethiazol evaluiert und zur Publikation eingereicht. Sie zeigen, dass es nicht stimmt, was alle sagen und zu glauben scheinen. Clomethiazol hat im adäquaten Setting KEIN hohes Abhängigkeitspotential und erweist sich auch nicht als überdurchschnittlich gefährlich, ist ambulant hervorragend einsetzbar und sehr effektiv, wenn man ein paar einfache Spielregeln beachtet.

Es wird keinen echten Fortschritt geben, ohne dass deutlich bessere Honorierung und die Festlegung guter Standards Hand in Hand gehen. Und wir versündigen uns an den Patienten, wenn wir nicht eine Behandlungsstruktur entwickeln, die alle Hausärzte aktiv einbezieht.

Vorläufig gilt es, die Vernetzung der wenigen Ärzte zu verbessern, die sich in der gezielten medizinischen Dauerbetreuung von Alkoholabhängigen engagieren.

---

## Freie Vorträge

### BuddyCare – ehrenamtliches Engagement in einem besonderen Projekt!

G. Becker

*Integrative Drogenhilfe e.V.*

Im August 2009 startete in Frankfurt das deutschlandweit einmalige Projekt „BuddyCare – Gemeinsam was erleben“. Die Grundüberlegung von BuddyCare ist, dass zwar durch professionelle Hilfen sich viele drogenabhängige Menschen wieder stabilisieren und neue Lebensperspektiven entwickeln können, sie in dieser Phase jedoch noch eine ganz andere Form der Unterstützung brauchen: die von Mensch zu Mensch. Drogenabhängige brauchen Wegbegleiterinnen und Wegbegleiter ins normale Leben.

Seit dem Projektstart im August 2009 haben sich 98 Personen für die Buddy-Tätigkeit entschieden. Derzeit sind 13 Buddy-Paare aktiv. 57 Buddy-Paare haben ihr gemeinsames Jahr bereits abgeschlossen. Gleichzeitig melden sich mehr und mehr Abhängige, die ein Stück Normalität und soziale Kontakte außerhalb der Szene erleben wollen und sich einen Buddy wünschen.

Ein Buddy bietet über ein Jahr hinweg ehrenamtlich seine freundschaftliche Begleitung an. Buddy und ProjektteilnehmerInnen treffen sich einmal pro Woche, um gemeinsam etwas zu unternehmen. Gemeinsame Unternehmungen der Buddy-Paare waren beispielweise Einkaufen im Möbelhaus, Lebkuchen backen, die Stadt erkunden, handwerkliche oder sportliche Aktivitäten, ein Ausflug in die Natur und immer wieder: miteinander Gespräche führen. Die Buddy-Paare werden intensiv auf die gemeinsame Zeit vorbereitet und dabei begleitet.

Die Buddys berichten, dass die Einblicke in eine für sie völlig neue Lebenswelt bereichernd sind und die TeilnehmerInnen erleben, dass ein „normaler“ Mensch sich über den Kontakt zu ihnen freut, fühlen sich akzeptiert und gewinnen Selbstvertrauen, weil sie dazu in der Lage sind, soziale Kontakte außerhalb der Szene einzugehen. Und sie erleben gute Zeiten ohne Drogen.

---

### Analyse der Drogennotfallprophylaxe mit der Vergabe von Naloxon bei Opiatabhängigen (DroNoPro)

A. Dichtl<sup>1</sup>, H. Stöver<sup>1</sup>, B. Bretländer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fachhochschule Frankfurt, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit

Das laufende Forschungsprojekt „Analyse der Drogennotfallprophylaxe von Naloxon bei Opiatabhängigen“ begleitet und evaluiert die Implementation eines Praxisprojektes der „Integrativen Drogenhilfe (IDH) Frankfurt“. In diesem werden seit Mai 2014 Trainings für die Anwendung von Naloxon für Opiatkonsumierende angeboten und anschließend Take-Home Kits mit Naloxon-Ampullen von einer Ärztin verschrieben und an die Drogengebrauchenden ausgehändigt. Die Teilnehmenden sollen in Drogennotfällen mit dem durch die Trainings erworbenen Wissen sowie der Vergabe des Notfallmedikaments Naloxon erste Hilfe leisten können. Bisher existierten in Deutschland lediglich in Berlin Erfahrungen mit der Naloxonvergabe als Drogennotfallprophylaxe. In anderen Ländern ist die Praxis der Vergabe von Naloxon an Konsumierende bereits als Standardangebot der Suchtkrankenhilfe implementiert.

Das Erkenntnisinteresse des Forschungsprojektes bezieht sich einerseits auf die konkrete Anwendungspraxis der Konsumierenden und legt andererseits den Blick auf die institutionelle und strukturelle Ebene der deutschen Drogenhilfandschaft. Die Erfahrungen mit der Naloxonvergabe auf Seiten der Konsumierenden sowie der IDH sollen aufgearbeitet und darüber hinaus die Positionierungen weiterer relevanter Institutionen erhoben werden, um Hürden und Widerstände einer flächendeckenden Einführung von Take-Home-Naloxon Programmen zu identifizieren. Die Datenerhebung basiert auf einem Mixed-Methods Design, in dem sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungen mittels Feedbackbögen und Interviews stattfinden. Im Rahmen der Analyse des empirischen Materials sollen Verbesserungsvorschläge für die flächendeckende Einführung von Trainings und Naloxon-Vergabe zur Optimierung der Drogennotfallprophylaxe formuliert werden. Gemeinsam mit der Praxispartnerin IDH und einer Expert\_innenrunde werden Empfehlungen für eine gute Praxis in der Drogennotfallprophylaxe, auch für andere deutsche Städte und Settings, wie z.B. die Drogennotfallprophylaxe mit Naloxon bei drogengebrauchenden Inhaftierten, generiert.



## **Genderspezifische Therapieelemente für Männer mit der Komorbidität Sucht und Traumafolgestörung**

*I. Englert*

*Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge GmbH*

In den letzten Jahren nimmt die Nachfrage nach Therapieplätzen für Männer, die unter der Komorbidität Traumafolgestörungen und Suchterkrankungen leiden deutlich zu. In dem Bereich der stationären Suchttherapie sind Männer schon weitaus überrepräsentiert. Im Bereich der stationären Therapie von Traumafolgestörungen sind allerdings weit mehr weibliche Patienten zu finden. Die schon existierenden Programme beziehen sich auch vorwiegend auf eine weibliche Klientel, sowohl in der Auswahl der Themen, als auch der Formulierung der Materialien in den Manualen.

Der Vortrag stellt Elemente einer genderspezifische Therapie für Männer mit der Komorbidität Sucht und Traumafolgestörung vor. Insbesondere wird auf den Bereich der Impulskontrollproblematik eingegangen.

Es werden Therapieelemente sowohl der Einzel- als auch der Gruppentherapie besprochen, ebenso notwendige Anforderungen an das Setting im stationären Rahmen. Ebenso werden praktische Probleme diskutiert, wie die Vor- und Nachteile Genderspezifischer Einrichtungen, die Dauer der Behandlung bei verschiedenen Kostenträgern, die Herausforderungen einer offenen Gruppengestaltung und der Einpassung in eine Behandlungseinrichtung, die nicht nur einen Traumaschwerpunkt aufweist, also die Mischung mit anderer Klientel.

---

## **Masterarbeit: Mutterschaft und Substitution**

*S. Fremmer*

*Fürstenfeldbruck*

Ein Mangel an Forschungsinteresse an der speziellen Situation von substituierten Müttern war der Auslöser für die vorliegende Abschlussarbeit. Hauptsächlich beschäftigt sich die Forschung mit den pharmakologischen Auswirkungen des Substituts oder konzentriert sich auf das Kindeswohl. Die besondere Situation und Belastung von substituierten Müttern muss mehr in den Fokus gerückt werden und deren Bedürfnisse herausgearbeitet werden.

Qualitative Interviews dienten zur Generierung von Hilfestellungsvorschlägen und der Entwicklung möglicher Konzepte zur Unterstützung von substituierten Müttern. Dabei wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Situation vor der Schwangerschaft
- Schwangerschaft und Geburt
- Die ersten Jahre der Erziehung
- Ängste und Stützpfiler der Mütter
- Hoffnungen und Zukunftswünsche der Mütter

Hohe Bedeutung wird den „Frühen Hilfen“ beigemessen und einer Vernetzung verschiedener Instanzen und Institutionen. Eine lückenlose Betreuung und Zusammenarbeit von Ämtern, Ärzten und Pädagogen muss zum Wohl der Mütter und der Kinder gewährleistet werden.

Auch sollten die Methoden und Zielvorgaben der Zielgruppe angepasst werden. Man sollte nicht auf Defizite aufmerksam machen, sondern positives Verhalten hervorheben und bestärken. Drogensüchtige Frauen haben ein eher negatives Selbstbild und dies überträgt sich auch auf ihre Mutterrolle.

Ein Ziel ist auch der Abbau von Vorurteilen in der Praxis und Gesellschaft. Ebenso müssen auch die Vorurteile der Mütter gegenüber Ämtern abgebaut werden, zum Beispiel durch Kontakte außerhalb von Amtsterminen.

Des Weiteren ist eine weitreichende Qualifikation von Fachpersonal nötig, welche neben Fachwissen auch soziale Kompetenzen, wie konfliktfreie Kommunikation und die Vermeidung von Co-Abhängigkeiten, vermittelt, um auf die besondere Situation substituierten Mütter eingehen zu können.

Weitere Forschung wäre wünschenswert.

## Allokation von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen zu bedarfsgerechten Behandlungen mit Hilfe einer Zuweisungsleitlinie und des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE-LOC)

A. Friedrichs<sup>1</sup>, B. Kah<sup>1</sup>, A. Buchholz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Hintergrund:** In den Niederlanden wurde für die Allokation von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen zu einer bedarfsgerechten Behandlung eine pragmatische Zuweisungsleitlinie implementiert, die Elemente aus stepped-care und bedarfsorientierter Hilfeplanung kombiniert. Hierbei werden Patienten anhand der Anzahl bereits erfolgter Suchtbehandlungen, des Schweregrads der Abhängigkeit, der psychiatrischen Komorbidität sowie der sozialen Integration zu verschiedenen Levels of Care (LOC) zugeordnet. Zur Erfassung der notwendigen Patientencharakteristika wurde der Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) entwickelt. Auch in Deutschland wird eine systematische Zuweisungssteuerung in der Suchthilfe diskutiert. Ziel dieser Studie war die Adaption der niederländischen Zuweisungsleitlinie an das deutsche Suchthilfesystem und anschließend deren empirische Überprüfung.

**Methode:** Die Adaption der Zuweisungsleitlinie wurde in einem mehrstufigen Delphiverfahren mit Experten der Suchthilfe konsentiert. Die Überprüfung der Effektivität und Machbarkeit erfolgt in vier kooperierenden qualifizierten Entzugsstationen im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie. Die Interventionsgruppe enthält hierbei nach einem initialen Assessment mit dem MATE eine zusätzliche Empfehlung zu einer weiterführenden Behandlung im Rahmen eines Entscheidungsgespräches. Nach sechs Monaten werden die Patienten telefonisch zu ihrem Konsumverhalten und beanspruchten Hilfeleistungen befragt.

**Ergebnisse:** Derzeit ist der erste Messzeitpunkt der Studie abgeschlossen. Insgesamt wurden N = 253 Patienten eingeschlossen, wovon n = 125 Patienten der Interventions- und n = 128 Patienten der Kontrollgruppe zugeteilt wurden. Der überwiegende Teil der Patienten war männlich (n = 169, 66,8%). Am häufigsten wurde bei Entlassung LOC 2, ambulante Behandlungen (n = 54, 48%) eingeleitet oder empfohlen.

**Diskussion:** Die Verfügbarkeit einer leicht einsetzbaren Zuweisungsleitlinie ist für die effiziente Versorgung von Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung von Bedeutung. Eine systematische und bedarfsgerechte Behandlungsempfehlung kann längerfristig Über- und Unterversorgung sowie Kosten im Gesundheitssystem reduzieren.

---

## Erfahrungen zur Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen im Rahmen eines akutpsychiatrischen Home Treatment-Angebots (Gemeindeintegrierte Akutbehandlung Luzern Stadt)

K. Kraan<sup>1</sup>, J. Kurmann<sup>2</sup>, H. Franz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ambulante Dienste Luzerner Psychiatrie, <sup>2</sup>Stationäre Dienste Luzerner Psychiatrie

**Einleitung:** Von 8/2007 bis 12/2009 führte die Luzerner Psychiatrie ein Pilotprojekt durch, das auf der Basis randomisierter Zuweisung die Ergebnisse eines integrierten Home Treatment-Ansatzes mit der stationären Standardbehandlung verglich. 1/2010 wurde dieses Angebot in die Regelversorgung etabliert. Wir zeigen die Entwicklung der Inanspruchnahme dieses Akutbehandlungsangebots durch Menschen mit Suchtproblemen und stellen unsere klinischen Erfahrungen in verschiedenen Settings dar, die sich im Home Treatment bei Suchtpatientinnen und -patienten entwickelt und bewährt haben.

**Methode:** Deskriptive Auswertung der Basisdokumentation Gemeindeintegrierte Akutbehandlung der Jahre 2010 - 2013 (n=706) und der Daten der Pilotphase 2008 - 2009 (n=334)

**Diskussion/Ergebnisse:** Während der randomisierten Pilotphase betrug der Anteil der Hauptdiagnosen der Kategorie F1 21.9%, als Angebot der Regelversorgung noch 14.7%. Unter Berücksichtigung der ersten Nebendiagnosen weisen 23.0% der Patientinnen und Patienten ein behandlungsrelevantes Suchtproblem auf. Menschen mit Alkoholproblemen sind mit 61.7% die größte Gruppe (F11 6.2%, F12 7.4%, F13 9.3%, F14 1.2%, F15 0.6%, F19 9.9% F50 4.3%).

Der qualifizierte Alkoholentzug Zuhause (mit der Möglichkeit kurzfristig in "eigenen Betten" unter stationären Bedingungen behandeln zu können) hat sich als wichtiges Behandlungsangebot etabliert. Die Behandlung von Frauen mit versorgungspflichtigen Kindern im Haushalt ermöglicht jenen nicht selten überhaupt den Zugang zur Akutversorgung in diesem Bereich (Anteil Frauen 63.1%). Nicht abstinentzbereite oder -fähige Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen können ohne die damit verbundenen Schwierigkeiten stationärer Behandlungen (Verstöße gegen das Klinikreglement etc.) gleichwohl akutpsychiatrisch behandelt werden.

## Dialektisch-behavioral basiertes Therapiemanual in der Suchtbehandlung

D. Mandrek-Ewers

Asklepios Fachklinikum Göttingen, Funktionsbereich II – Allgemeinpsychiatrie/Sucht

**Hintergrund:** Suchterkrankungen treten häufig komorbide mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen sowie Traumafolgestörungen auf. Für alle drei sind „übersteuerte Emotionen“, d.h. unzulängliche Affektregulation und impulsive Reaktionen typisch. Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan eignet sich bevorzugt für „emotional übersteuerte“ Störungen. Eine Suchterkrankung überformt jedoch die Persönlichkeitsstörung erheblich, so dass sich das DBT-Manual nur ungenügend zur Behandlung Suchtkranker eignet. Dort werden Sucht und Suchtbewältigungsstrategien marginal erwähnt.

**Methode:** Es wurde ein DBT-basiertes Therapiemanual zur Behandlung Suchtkranker entwickelt. Fünf halbstandardisierte Module umfassen Fertigkeiten (Skills) zur Verbesserung emotionaler und rationaler Akzeptanz der Suchterkrankung, Veränderung von Wahrnehmungsprozessen in der Sucht, zum Umgang mit der Sucht unter Berücksichtigung neurobiologischer Erkenntnisse, Erarbeitung von Zusammenhängen zwischen Stress und Suchtverlangen sowie differenzierter Gefühlswahrnehmung.

**Resultate:** Die Motivation zur Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung in Form eines Skilltrainings ist hoch. Sucht wird als behandlungsbedürftige Erkrankung ernst genommen und deren wichtige Problembereiche reflektiert. Patienten erlernen realistische Handlungsalternativen zu automatisiertem Suchtverhalten und erzielen kurzfristig Erfolgserlebnisse.

**Schlussfolgerungen:** Klinische Erfahrung im stationären und ambulanten Setting zeigt, dass Patienten die Suchterkrankung durch suchtspezifische dialektisch-behaviorale Techniken besser verstehen, akzeptieren und bewältigen. Das Erlernen von Fertigkeiten stärkt Handlungsmotivation, Ressourcen und Selbstwirksamkeit. Eine wissenschaftliche Evaluation zur Verbesserung der Behandlungschancen Suchtkranker ist geplant.

### Literatur:

Lüdecke C, Sachsse U, Faure H (2010) (Hrsg): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext.

Bohus M, Berger M (1996): Die dialektisch-behaviorale Therapie nach M. Linehan Nervenarzt; 67: 911-23.

Linehan MM (1996): Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

---

## MethCare – Eine deutschsprachige Datenbank zu Methamphetamin

K. Schoett

SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie i.G.

**Hintergrund:** Innerhalb der letzten Jahre hat sich in Teilen Deutschlands aufgrund der Ausbreitung von Methamphetamin die Drogenszene grundlegend verändert, wobei dieses Phänomen aktuell besonders in Mitteldeutschland zu verzeichnen ist. So waren z.B. im Jahr 2012 in Thüringen 92% der Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen aus dem Bereich (Meth-) Amphetamine.

Dieser vielfältigen Szene neuer Konsumenten gegenüber steht ein Hilfesystem, welches nur unzureichend auf die spezifischen Bedarfe ausgerichtet ist und die internationale (fast ausschließlich in englisch vorliegende) Forschungsliteratur der letzten Jahre mangels Bedarf kaum zur Kenntnis genommen hat.

**Ziel und Umsetzung:** Die Idee von MethCare ist, eine möglichst umfassende Datenbank zur Verfügung zu stellen, die spezifisch die vorhandene Literatur zu Methamphetamin enthält. Diese wird dabei (im jeweils vom Autor erlaubten Umfang) in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Da viele im hiesigen Hilfesystem Tätige nicht ausreichend in der Lage sind, die englischsprachigen Originaltexte zu lesen, ergibt sich durch MethCare die Möglichkeit, die international bereits evaluierten Forschungs- und Behandlungsansätze für den deutschsprachigen Raum leichter einzubeziehen.

**Schlussfolgerungen:** Rawson schrieb 2002 „Will the methamphetamine problem go away?“ für die USA (wo es damals ein ähnlich regionales Phänomen war) und konstatierte, dass dem wohl nicht so ist – inzwischen haben wir es mit der (nach Cannabis) weltweit am zweithäufigsten konsumierten Droge zu tun. Der Bedarf an Therapieangeboten dürfte auch in Deutschland in den nächsten Jahren eher steigen. MethCare könnte helfen, dass internationale Erkenntnisse zügig in unserer eigenen Arbeit genutzt werden können, ohne Zeit und Kapazitäten für deren Wiederholung zu verbrauchen.



## UK-Beikonsumkontrollen unter Sicht und Menschenwürde Änderung des Standardverfahrens zur Kontrolle auf Beikonsum

A. Stein

*Dr. med., Gemeinschaftspraxis, Hausärztliche Versorgung, Suchtmedizin*

Standardverfahren zur Kontrolle auf Beikonsum unserer substituierten Patienten ist die Urinkontrolle mittels Streifenschnelltests. Wegen der hohen Fälschungsanfälligkeit (siehe Internetforen) ist es gang und gäbe bei entsprechendem Verdacht die Urinkontrollen unter Sicht stattfinden zu lassen. Dies ist sowohl für Patienten als auch für Ärzte und Personal ein unwürdiges Verfahren und verstößt de facto gegen Artikel 1 unseres Grundgesetzes.

Wohlweislich fehlt aus diesem Grund in allen vorhandenen Leitlinien zur Substitutionsbehandlung die Forderung nach Urinkontrollen unter Sicht, was an der gängigen Praxis jedoch nichts ändert.

Andere bedeutend zuverlässigere Methoden zur Kontrolle auf Beikonsum stehen zur Verfügung. Wir praktizieren seit ca. einem Jahr in begründeten Verdachtsfällen die Durchführung von Speicheltests, was eine zuverlässigere und zudem deutlich differenziertere Drogenanalyse ermöglicht und ein würdiges Verfahren darstellt.

Ich habe eine wissenschaftliche Studie zu diesem Thema initiiert, die seit 01.09.2014 in 4 großen Wuppertaler Substitutionspraxen angelaufen ist.

„Beikonsum-Erfassung in der Substitutionstherapie von opiatabhängigen Patienten in der Routineversorgung - Speichelproben im Vergleich zum Urinscreening“

Speichelprobenanalytik ist ca. 4mal teurer als die Testung mittels Streifenschnelltests.

Die flächendeckende Einführung dieser Methode würde jedoch sicher die Preise in Zukunft fallen lassen. Die Studie wird im Ergebnis die Forderung nach einer Änderung der gängigen Praxis hoffentlich stützen.

---

## Schlafstörungen bei substanzabhängigen Patienten in Opiatsubstitutionstherapie und in Rehabilitationsbehandlung

C. Winter<sup>1</sup>, D. Plörer<sup>1</sup>, G. Martin<sup>1</sup>, M. Conolli<sup>1</sup>, G. Koller<sup>1</sup>, M. Haag<sup>1</sup>, M. Breuer<sup>1</sup>, O. Pogarell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München, Therapiezentrum Grafrath

**Hintergrund:** Schlaflosigkeit ist ein häufiges medizinisches Problem, das aber in 70 % der Fälle in Europa unbehandelt bleibt. Nur 5 % der Betroffenen erhalten die Diagnose einer Schlafstörung; adäquat behandelt wird ein noch geringerer Anteil. Auch bei psychischen Störungen wie Psychosen, affektiven Störungen, Angststörungen und Substanzabhängigkeit zählen Schlafprobleme zu den am häufigsten beklagten Beschwerden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere unter Patienten mit Substanzabhängigkeit die Selbstmedikation weit verbreitet. Zum Einsatz kommen dabei neben Alkohol häufig rezeptfreie (z.B. Antihistamine) oder verschreibungspflichtige Medikamente (meist Benzodiazepine, Z-Substanzen oder Antidepressiva). Insbesondere bei der Erfragung zu Motiven des Benzodiazepinkonsums sind Schlafprobleme ein häufig genannter Grund.

**Ziel:** Ziel der Studie war es, Patienten einer psychiatrischen Substitutionsambulanz sowie in einer Rehabilitationseinrichtung hinsichtlich des Vorliegens einer Insomnie zu untersuchen, um eine quantitative Einschätzung des Problems zu ermöglichen. Weitere Untersuchungen sollen eine Einschätzung der Interventionsmöglichkeiten aufzeigen.

**Methoden:** Anonyme Untersuchung von 137 Substitutionspatienten der psychiatrischen Substitutionsambulanz der LMU im Alter zwischen 19 und 54 Jahren sowie 24 Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung mit der Regensburger Insomnie Skala (RIS) und dem Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

**Resultate:** Demnach hatten 71 % der substituierten Patienten einen RIS-Wert, der über dem Cut-off-Wert von 12 lag. Abstinente Patienten wiesen signifikant niedrigere RIS-Werte auf als substituierte Patienten. Hinsichtlich des Substituts fanden sich folgende Unterschiede:

Unter Diamorphin zeigten die Patienten signifikant niedrigere RIS-Werte als mit Polamidon ( $p < 0.05$ ) und Buprenorphin ( $p < 0.05$ ). Zwischen Polamidon und Buprenorphin gab es keine Unterschiede. Demnach hatten 71 % einen RIS-Wert, der über dem Cut-off-Wert von 12 lag. Die abstinenten Patienten wiesen signifikant niedrigere RIS-Werte auf als die substituierten Patienten. Gemessen mit dem PSQI waren (übereinstimmend mit der Literatur) über 80 % der substituierten Patienten schlechte Schläfer. Frauen wiesen, unabhängig vom Substitutionsmittel, tendenziell höhere Skalenwerte auf als die männlichen Patienten ( $p < 0.05$ ). Hinsichtlich des Substituts fanden sich folgende Unterschiede: Unter Diamorphin

zeigten die Patienten signifikant niedrigere RIS-Werte als mit Polamidon ( $p < 0.05$ ) und Buprenorphin ( $p < 0.05$ ). Zwischen Polamidon und Buprenorphin gab es keine Unterschiede.

**Schlussfolgerung:** Es muss von einem relevanten Vorliegen von Schlafstörungen bei Patienten in Substitutionstherapie ausgegangen werden. Dabei scheint es Unterschiede hinsichtlich des Substituts zu geben. Abstinente Patienten scheinen deutlich seltener unter Schlafstörungen zu leiden. Zur Reduktion von Medikamentenmissbrauch sollten in der Behandlung erst Methoden der Schlafhygiene und der Verhaltensmodifikation zum Einsatz kommen, bevor Medikamente für kurze Perioden und in der geringst möglichen Dosis Anwendung finden. Gerade für Patienten in Substitutionstherapie ist die Studienlage dabei unzureichend, so dass aktuell keine eindeutige Empfehlung für eine bestimmte Maßnahme oder ein Medikament ausgesprochen werden kann.

## Posterbeiträge

### Das Lotsennetzwerk Brandenburg – Eine Ergänzung des Suchthilfesystems

A. Hardeling<sup>1</sup>, J. Weinhold<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Brandenburgische Landestelle für Suchtfragen e.V.

Trotz des differenziert ausgebauten deutschen Suchthilfesystems existiert in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit eine Lücke beim Übergang von stationärer Entzugsbehandlung („Entgiftung“) zu weiterführenden Maßnahmen (ambulante/stationäre Rehabilitation, Selbsthilfegruppen). Dies kann als struktureller Risikofaktor für ein Krankheitsrezidiv bewertet werden. Um diese Lücke – besonders für sogenannte „Drehtürpatienten“ – zu schließen und eine möglichst frühzeitige Anschlussversorgung nach dem Klinikaufenthalt zu gewährleisten, wurde 2010 das Lotsennetzwerk Brandenburg initiiert.

Im Kern des Projekts, das sich Peer-Counseling- und Selbsthilfe-Ansätzen zuordnen lässt, steht eine zeitlich begrenzte, standardisierte und individuelle Peer-to-Peer Begleitung eines Betroffenen durch einen Lotsen. Als ehrenamtlich tätige Lotsen qualifizieren sich seit mindestens zwei Jahren abstinent lebende und in einer Selbsthilfegruppe tätige ehemalige Abhängige oder Angehörige. Die Kontaktgestaltung (per Telefon und/oder persönlich) und die Kontaktfrequenz werden bei einer gegenseitigen Vorstellung möglichst noch während des Klinikaufenthaltes vereinbart. Die Sicherstellung der Rahmenbedingungen und die Koordination des Projektes leistet die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen.

Die Lotsenbegleitung soll zur schnelleren Vermittlung in weiterführende Angebote (Selbsthilfegruppe, Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen), zur Unterstützung längerer Abstinenzphasen und zur Stärkung der Resilienz von Betroffenen beitragen. Strukturell fördert das Lotsennetzwerk die Vernetzung von Selbsthilfe- und Suchtkrankenhilfeeinrichtungen. In der Präsentation werden Strukturen und Prozesse des Projekts vorgestellt. Ergänzt wird dies durch deskriptive Ergebnisse zur Wirksamkeit der Lotsentätigkeit.

---

### Helper-Helpline

J. Hartl

*SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie i.G.*

**Hintergrund:** Crystal-Meth-(Methamphetamin-)Konsum hat in den letzten Jahren innerhalb der Gesellschaft eine hohe Verbreitung gefunden. Erste empirische Erhebungen zeigen den Konsum unterschiedlicher Zielgruppen mit verschiedenen Konsummustern und Problemstellungen. Durch die mediale Aufmerksamkeit des Crystal-Meth-Konsums als „neue Drogengefahr“ und die hierbei verwendeten Bilder erleben wir, dass dies auch bei professionellen Helfern Ängste und Unsicherheiten auslöst. Die eigene Handlungskompetenz wird im Zusammenhang mit Patienten/Klienten mit Crystal-Meth-Konsum in Frage gestellt und von einer starken Verunsicherung begleitet, viele erleben sich in Begegnungen mit den Konsumenten als rat- und hilflos.

**Ziel:** Wir wollen mit der Einrichtung der „Helper-Helpline“ ein telefonisches Beratungsangebot im Sinne einer kollegialen Beratung für unterschiedliche Fachdisziplinen anbieten, die in ihrem beruflichen Alltag mit den besonderen Anforderungen im Umgang mit Crystal-Meth-Konsumenten an ihre Grenzen stoßen. Mit der Unterstützung einer situationsbedingten kollegialen Beratung wollen wir die Handlungskompetenzen der Hotline-Nutzer stärken und ihnen Anregungen für den beruflichen Alltag bieten. Dabei bieten wir unser Gesprächsangebot im Sinne kooperativen Lernens an, um gemeinsam Lösungsoptionen zu entwickeln.

**Zielgruppe und Umsetzung:** Das Angebot richtet sich insbesondere an Ärzte und Therapeuten sowie an Sozialarbeiter, Pädagogen und Pflegekräfte – vorrangig an jene Helfer, die unsicher im Umgang mit Crystal-Meth-Konsumenten sind und nach konkreten Handlungsempfehlungen suchen. Die Helfer können ihre Fragen zu festgelegten Hotline-Zeiten telefonisch an uns richten, um mit uns im kollegialen Austausch gemeinsam Lösungsmöglichkeiten und Handlungsoptionen zu finden. Dabei stehen über unseren Verein verschiedene Berufsgruppen aus dem Bereich der Suchthilfe am Telefon zur Verfügung.

---

## Unterschiede der Entlassungsmodi von Suchtpatienten mit und ohne Traumafolgestörung

K. Hildebrand

Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge GmbH

Die Nachfrage nach stationären Behandlungsplätzen für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und begleitenden Traumafolgestörungen nimmt zu. Diese Patienten gelten aufgrund der begleitenden Auffälligkeiten des Verhaltens und Persönlichkeitsakzentuierungen/ Störungen als besonders schwierig zu behandeln.

In diesem Poster werden die unterschiedlichen Abschlussmodi, getrennt in reguläre Entlassung, disziplinarische und Entlassung gegen ärztlichen Rat aufgeteilt. Es findet sich insofern eine interessante Konstellation, als zwar die Therapieabbrüche in der Gruppe mit Komorbidität etwas häufiger vorkommen, nicht aber disziplinarische Entlassungen. Insgesamt differieren die Raten im Gegensatz zur Erwartung relativ wenig.

---

## Entwicklung der Substitution in Deutschland – nun die (Er-)Lösung?

E. Hungerland<sup>1</sup>, C. Konrad<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Fakultät Sozialwesen

Seit 1992 ist die Abhängigkeit von der Substanz Heroin in Deutschland als zu therapierende und durch Krankenkassen zu bezahlende Sucht anerkannt. Anfänglich war in der Therapie dieser Sucht die Abstinenz des Drogenabhängigen das erklärte Ziel. Inzwischen hat ein Paradigmenwechsel zur Akzeptanzorientierung stattgefunden. Dies bedeutet u.a. eine weitere Abhängigkeit von einer Ersatzsubstanz und die Änderung der praktischen Arbeit in der Suchthilfe. Die Substitution wird aktuell von Verantwortlichen in Politik und Medizin oft als „Erlösung“ für die Opiatabhängigen gesehen und nimmt entsprechend zu. Die Soziale Arbeit in der Suchthilfe stellt sie allerdings im Zuge des Paradigmenwechsels vor neue Probleme und Herausforderungen.

Auf Basis von Literatur und Datenanalyse werden die Vorteile der Substitution dargestellt. Dies mündet in zwei Hypothesen, die Qualität, Ausmaß und Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs untersuchen. Die Überprüfung der Zielerreichung „Schadensminderung“ anhand von konkreten Merkmalen führt zur Schlussfolgerung, dass der „einfachste Weg“ - die weitere Abhängigkeit von Substitutionsmitteln- den Schaden unzureichend reduziert. Gleichzeitig geht die Abstinenzorientierung zunehmend verloren. Die Soziale Arbeit ist dadurch in ihrer Praxis mit zusätzlichen Aufgaben konfrontiert, die wissenschaftliche Forschung sieht sich dahingehend vor neue Themenfelder gestellt.

Literatur:

Bundeministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte 2014: Berichte zum Substitutionsregister. Januar 2014

Wittchen, H.-U., et al.: Ziele und Methodik der PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments). In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis. Bd. 13, Heft 5, 2011, S. 213-227

Stöver, H. et al.: Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. IMPROVE. Eine Befragung unter Drogenkonsumenten, Patienten und Ärzten-Ansätze zur Verbesserung einer erfolgreichen Therapieform. Akzept e.V. (Hrsg.), Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, 2009

Bundesärztekammer(Hrsg.): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung opiatabhängiger, 2010. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloas/RiliSubstSynapse.pdf>, 16.02.2014

Schay, P.: Psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger – Leitlinien und Finanzierungsmodelle. In: Schay, P. (Hrsg.): Innovationen der Drogenhilfe. 2011

Unterkofler, U.: Wandel der Vorstellung von Hilfe in der Sozialen Arbeit. Auswirkungen auf die Problemarbeit im Feld der Drogenhilfe. In Gronemeyer, A. (Hrsg.): Doing Social Problems. 2010

---

## Schnittstelle Arbeitsmedizin: Die Suchtprävention als betriebsärztliches Handlungsfeld

K. Hupfer

BASF – The Chemical Company

Bei übermäßigem oder gar abhängigem Konsum legaler bzw. illegaler Drogen entstehen neben den gesundheitlichen Auswirkungen für den Betroffenen betrieblicherseits auch eine reduzierte Produktivität, Fehlerhäufungen, eine erhöhte Unfallgefahr sowie die Verschlechterung des Arbeitsklimas. Gerade in der Phase der Berufstätigkeit zwischen 35 und 64 Jahren ist ein übermäßiger Alkoholkonsum mit 25% aller Todesfälle bei Männern die häufigste Todesursache. Der Arbeitsplatz ist aber gut geeignet,

Menschen mit gefährlichen Konsummustern zu erkennen und ihnen die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung zu verdeutlichen- 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. Durch ein abgestimmtes frühzeitiges und entschiedenes Handeln aller zuständigen betrieblichen Akteure und durch klare, verlässliche Regelungen im Betrieb können Chronifizierungen vermieden werden. Oft ist für das Erreichen einer stabilen Veränderung des Suchtmittelkonsums die Kooperation mit externen Ärzten, Suchtberatungsstellen und/oder Angehörigen und Freunden sehr hilfreich. Bei guter regionaler Vernetzung können Mitarbeiter zügig in geeignete Behandlungseinrichtungen vermittelt werden.

Betriebsärzte haben sowohl bei der Erstellung einer Betriebsvereinbarung zum Suchtmittelkonsum als auch in der Einzelfallberatung, in der Motivierung betroffener Mitarbeiter und in der Therapievermittlung eine wichtige Funktion. Gesundheitsaktionen und betriebliche Schulungen können außerdem dazu beitragen, dass Suchtprobleme in den Betrieben frühzeitig erkannt und professionell gemanagt werden. Ziel ist stets, Veränderungsbereitschaft Betroffener zu wecken, bevor irreversible Folgeprobleme bzw. der Arbeitsplatzverlust resultieren.

---

### „Check-Point-C“ – anonyme Sprechstunden für Crystal Konsumenten

*P. Jeschke*

*Nervenfacharzt, Suchtmediziner, Halle (Saale)*

**Projekträger:** Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin/Fachhochschule Merseburg/Sektion Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle

**Ansprechpartner:** DM Peter Jeschke, Halle (Saale), Prof. Gundula Barsch (Merseburg)

**Projekthintergrund:** Crystal-Konsumenten konfrontieren mit sehr spezifischen Problemlagen das gesamte psychosoziale Hilfesystem, das mit seinen bisherigen Routinen nicht angemessen auf diese neuen Bedarfe reagieren kann. Unter Crystal-Konsumenten lassen sich sehr unterschiedliche Konsumentengruppen ausfindig machen: Unter diesen auch eine große Gruppe, die lange Zeit sozial unauffällig bleibt, sich mit dem Konsum jedoch einem hohen Risiko von Schäden an ihrer physischen und psychischen Gesundheit aussetzt. Diese gilt es rechtzeitig zu erreichen, zu Änderungen zu motivieren und ggf. zu behandeln.

**Zielsetzung:** Entwickeln einer Crystal-Sprechstunde, die von einer überwiegend jungen Zielgruppe mit illegalem Drogenkonsum tatsächlich angenommen wird. Akteure sind deshalb insbesondere junge Menschen, die als Peers akzeptiert werden: Studenten der Medizin und Sozialarbeit, die unter Experten-Anleitung arbeiten.

**Nutzer:** Crystal-Konsumenten, die gesundheitliche Probleme vermeiden wollen.

**Projektbeschreibung:** Medizinstudenten bieten eine anonyme Crystal-Sprechstunde an, die mit spezifischen Diagnoseverfahren eine Rückmeldung an die Konsumenten gibt, ob und in welcher Form der Konsum ihre Gesundheit bereits geschädigt hat und welche Risiken es für sie gibt – außerdem werden sie über medizinische und psychosoziale Angebote informiert. Die angehenden Mediziner (Studenten des 3. und 4. Studienjahres) werden von „Senior-Docs“ angeleitet und „im Hintergrund“ begleitet. Side-effect ist, junge Mediziner für die Suchtmedizin zu gewinnen, die ärztliche Aus- und Weiterbildung mit suchtmmedizinischen Themen zu bereichern und andere Ärzte für die Arbeit in Netzwerken der suchtkrankenhilfe zu motivieren.

**Praktische Umsetzung:** 15 Medizinstudenten aus Halle und 10 Studenten der Sozialarbeit aus Merseburg, 5 Senior-Docs (erfahrene Allgemeinmediziner aus Halle und Umgebung) und 4 Experten aus der Praxis der Sozialarbeit wurden bisher für die aktive Mitarbeit am Projekt gewonnen - für die Studenten Seminare, praktische Übungskurse zur Untersuchungstechnik und zur Gesprächsführung durchgeführt, Räume im Reformhaus Halle (Haus der Bürgerbewegungen im Stadtzentrum) gefunden und die medizinische Ausstattung angeschafft. Die forcierte Öffentlichkeitsarbeit beginnt unmittelbar vor dem Start von „Check-Point-C“ am 16.10.2014. Wissenschaftlich wird „Check-Point-C“ durch die Sektion Allgemeinmedizin der Universität begleitet (Vergabe einer Promotion). Eine Zustimmung der Ethikkommission liegt vor. Im Vorfeld des Projektes fanden Untersuchungen (standardisierte Interviews mit Crystal-Konsumenten der Region) an der Fachhochschule Merseburg (Sektion Sozialwissenschaften, Frau Prof. Gundula Barsch) statt. Auch von dieser Seite wird das Projekt in seiner Durchführung weiter evaluiert. Die OAGS (Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin) organisiert das Projekt und übernimmt die Aufgaben der praktischen suchtmmedizinischen Ausbildung und Begleitung.



**Finanzierung:** Weitgehend ehrenamtliche Arbeit, keine öffentlichen Mittel, unabhängig von medizinischen Versorgungssystem und vom etablierten psychosozialen Beratungswesen

---

## Angebote für Trauma und Sucht

V. Kerschl<sup>1</sup>, C. Kylau-Braasch<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fachklinik Do it!, Externe Adaption Do it!, Therapiehilfe e.V., <sup>2</sup>Do it!, Therapiehilfe e.V.

Mit dem Einsatz des kognitiv-behavioralen Therapieprogramms "Sicherheit finden" (Najarvits, 2002) in der stationären Behandlung von Substanzmittelabhängigkeit etablierte sich ein zusätzliches indikatives Gruppenangebot in der Fachklinik für Rehabilitation Do it!. Die Autoren evaluierten Wirksamkeit des Programmes im Vergleich mit anderen indikativen Gruppen im selben Behandlungsrahmen.

Wechselwirkungen zwischen Traumafolgen und Sucht wurden durch den integrativen Behandlungsansatz berücksichtigt und im stationären Rahmen durch die multiplen Behandlungsangebote sichergestellt, um so einen bestmöglichen Behandlungserfolg erzielen.

Unter den 45 Rehabilitanden erfolgte die Zuweisung zum Kurs mit kleiner Gruppengröße (6) nach festgelegten Indikationskriterien über den Bezugstherapeuten, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Behandlern fand statt, die Abstinenz war durch die Kontrollen im stationären Kontext sichergestellt. Modifikationen erfolgten nur in der inhaltlichen Auswahl der Themen des Programmes, nicht hinsichtlich des Ablaufes.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit füllten alle Teilnehmer des Kurses (n=18) über einen Zeitraum von 12 Monaten einen Evaluationsbogen aus mit Verbesserungsvorschlägen, Angaben zur Zufriedenheit sowie einer Einschätzung wie hilfreich der Kurs erlebt wurde, geratet von 0 (nicht hilfreich) bis 3 (sehr hilfreich). Die Ergebnisse legen bei den Teilnehmern eine hohe subjektive Zufriedenheit nahe, sowie die Einschätzung, dass der Kurs hilfreich erlebt wurde (Durchschnitt 2,8).

Zu überprüfen bleibt, ob die Ergebnisse stabil über die Zeit mit einer höheren Anzahl von Teilnehmern bleiben.

---

## „Aus dem Labyrinth“

### Drogen, Drogengebrauch und Drogenpolitik als gesellschaftliche und kulturhistorische Konstanten

U. Köthner, A. Hoffmann

„Aus dem Labyrinth“ ist ein Ausstellungsprojekt, mit dem der kontrovers diskutierte Themenkomplex „Drogen, Drogengebrauch, Drogenpolitik“ im öffentlichen Raum neu positioniert werden soll. Überraschenderweise gibt es in Deutschland bis heute keinen dauerhaften Ausstellungsort, der die Problematik medial inszeniert; auch Wanderausstellungen zum Thema sind eher die Ausnahme. Dabei wäre eine Dauerausstellung ein hervorragendes Instrument zu kritischer Aufklärung und öffentlicher Diskursbildung, so dass die gesellschaftliche Relevanz der Problematik wieder stärker zur Geltung käme. Denn sie betrifft alle Mitglieder der Gesellschaft. Sei es z.B. der Unterschied von legalen oder illegalen Drogen, sei es die Gefährdung von Jugendlichen durch Alkohol, Marihuana oder populäre chemische Substanzen; oder sei es schließlich der Streit zwischen abstinenz- und akzeptanzorientierten Weltbildern gegenüber Drogengebrauch und -missbrauch – das Thema lässt die Individuen nicht los und hat die moderne Gesellschaft fest im Griff. Man mag meinen, dass „Drogen“ nur mit prekären Existenzen am Rande der Gesellschaft zu tun haben, bei denen der Staat sich mit Polizei, Therapeuten und Sozialarbeitern in Schadensbegrenzung übt. Doch das Bild trügt: Gerade Alkohol, Nikotin, Psychopharmaka, leistungssteigernde Medikamente und illegalisierte Substanzen sind aus dem Alltag vieler Menschen nicht wegzudenken. Die aktuelle Situation ist augenscheinlich komplex und verworren. Wo sind die Auswege?

Mit der Präsentation unseres Projektes zielen wir auf Kooperationsmöglichkeiten mit der Fachwelt aus Medizin und Pharmakologie. Wir glauben, dass wir erfahrenen Fachleuten eine Bühne bieten können, auf der ihr praxisbezogenes Spezialwissen anschaulich vermittelt werden kann. Andersherum suchen wir wissenschaftlichen Input und Unterstützung von Spezialisten, denn es gilt: Spezialwissen ohne Anschauung ist leer, bloße Anschauung ohne begriffliche Klarheit bleibt blind.

## Fit im Diaphinprogramm

M. Meier

*Psychiatrische Dienste Graubünden, Ambulatorium Neumühlen*

In der opiatgestützten Behandlung Ambulatorium Neumühle in Chur (Bergkanton, Schweiz) gehen täglich 40-45 schwerstabhängige Menschen ein und aus. Es handelt sich um Patienten, die seit vielen Jahren von Opiaten abhängig sind und verschiedene Behandlungsmethoden insbesondere im abstinenzorientierten Bereich nicht zum Erfolg führten. Die Patienten werden mit Dipahin (Heroin), Methadon, Subutex oder Sevre Long substituiert.

Nebst der eigentlichen Behandlung mit einem der Opioide, werden im Ambulatorium Neumühle zur Verbesserung der Lebensqualität verschiedene erweiterte Angebote für die Patienten zugänglich gemacht.

- Akupunktur nach dem NADA Protokoll (3xwöchentlich)
- Kochgruppen (2x monatlich)
- Backgruppen (1xmonatlich)
- Ernährungsgruppen (2xmonatlich)
- Kreativ Nachmittage (1x wöchentlich)
- Sport/Bewegungsgruppen (1x monatlich)
- Grillabende (ca. 3x im Sommer)
- Weihnachtsessen (jährlich)

Diese Art von Betreuung fördert den Beziehungsaufbau und schafft ein Vertrauensverhältnis. Oft begleiten wir die Patienten bis an ihr Lebensende, da keine Angehörigen mehr da sind, wo noch eine Beziehung besteht. Wir sind Arzt, Krankenschwester, Seelsorger, Familienersatz und Vertraute in einem. Da die Ausgewogenheit und auch die Professionalität zu behalten ist eine Herausforderung.

Finanziell lohnt sich das Angebot auf den ersten Blick nicht. Gesellschaftspolitisch gesehen hat es aber sehr wohl einen hohen Nutzen. Die Menschen sind in dieser Zeit weg von den Straßen und sind vom Suchtdruck abgelenkt. Für ihren Alltag nehmen sie ein besseres Gefühl mit oder sie können für jemanden etwas backen oder kochen. Wir stellen fest, dass ein hoher Anteil unserer Patienten (33%) noch im ersten Arbeitsmarkt tätig ist. Dies ist nicht allein der Vergabe von den Opiaten zu verdanken, sondern auch dem Training bei den erweiterten Angeboten.

---

## Ziele suchen – Wege finden

### Gruppentherapie zur Verbesserung der Krankheitsakzeptanz im niederschweligen Drogenentzug

D. Pletke

*Asklepios Fachklinikum Göttingen, Funktionsbereich II Allgemeinpsychiatrie-Sucht*

**Hintergrund:** Behandlungsabbrüche stellen ein häufiges und kritisches Ereignis in der Behandlung drogenabhängiger Patienten dar. Mit der Etablierung neuer Behandlungsmethoden bei Patienten mit Opiatabhängigkeit konnten sich neue Zielsetzungen jenseits des Abstinenzparadigmas entwickeln. Dabei ist es für Behandler und Patienten nicht immer einfach, einen Konsens über realistische Zielhierarchisierungen in der Suchtbehandlung zu finden.

**Methode:** Vorgestellt wird eine Gruppentherapie, die im stationären Setting durchgeführt wird. Es werden typische Fallvignetten vorgestellt, die inhaltlich die Krankheitsverläufe und -Problematiken der Patienten aufgreifen. Patienten werden als Spezialisten ihrer Suchterkrankungen ermuntert, Lösungswege und Behandlungsstrategien aufzuzeigen. Über die Arbeit an den Fallvignetten und Austausch untereinander wird sich Korrektur gegeben und der Behandlungswiderstand gering gehalten. Patienten haben die Möglichkeit, über die Methode „Fallvignette“ zu regulieren, inwieweit sie sich von diesem Modell distanzieren oder emotional erreichen lassen wollen.

**Resultate:** Die Motivation zur Teilnahme ist im Vergleich zu anderen Therapieverfahren mit dieser Klientel sehr hoch. Sie wird als kurzweilig und interessant erlebt. Sie stärkt das Arbeitsbündnis, fördert die Behandlungsmotivation und realistische Zielplanungen im stationären Drogenentzug. Auf diese Weise werden Abbrüche und Frustrationen auf dem Boden unrealistischer Perspektiven vermindert. Die Akzeptanz der Schwere der Erkrankung wird gefördert und Verleugnungstendenzen werden abgebaut.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der klinischen Erfahrung zeigen, dass in einer Gruppentherapie, die mit Fallvignetten arbeitet, welche die eigene Erkrankung spiegeln, produktive therapeutische Prozesse angeregt werden. Diese unterstützen eine realistische Behandlungsplanung, die weniger von

Über- oder Unterschätzung eigener Kompetenzen geprägt ist und Behandlungsabbrüchen im stationären Drogenentzug vorbeugt.

**Literatur:**

Basdekis-Jozsa R, Krausz M (2006): Gruppentherapie in der Suchtbehandlung, Konzepte und praktisches Vorgehen. Klett-Cotta, Stuttgart

Göbbling HW, Gunkel S, Schneider U, Melles W (2001): Häufigkeit und Bedingungsfaktoren des Behandlungsabbruchs im stationären Drogenentzug. Fortschr Neurol Psychiatr 69 (10), 474-481

Meili D, Dober S, Eyal E (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie. Suchttherapie 5, 2-9

Subkowski P (200): Die psychoanalytische Sicht der Abhängigkeitserkrankungen. Psychotherapeut 45, 253-266

---

**Baclofen: RTU in Frankreich – Schweigen in Deutschland**

C. Weigel<sup>1</sup>, F. Kreuzeder<sup>2</sup>, U. Hammerla<sup>3</sup>, B. Hündersen<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Gießen, <sup>2</sup>München, <sup>3</sup>Oberhausen, <sup>4</sup>Gießen

Während die französische Agentur für Arzneimittelsicherheit (ANSM) im März diesen Jahres Baclofen die „Recommandation Temporaire d'Utilisation“ (RTU) erteilt hat, vernimmt man in Deutschland nur „ohrenbetäubende Stille“. Es gibt hier fast keine Medienpräsenz. Die Ergebnisse zweier klinischer Phase-3-Studien (Bacloville, Alpadir) mit je 320 Probanden werden Ende 2014 veröffentlicht. Vor dem Hintergrund einer zu erwartenden Zulassungserweiterung von Baclofen (XYLKA®, Ethypharm) für die Behandlung der Alkoholerkrankung kann ein Blick über die Grenze neue Einsichten vermitteln:

Die Behandlung der Alkoholerkrankung mit Baclofen kann in Frankreich – zumindest teilweise – nach etablierten Standards erfolgen. Baclofen darf *lege artis zur Aufrechterhaltung der Abstinenz und zur Trinkmengenreduktion* verschrieben werden. Die Bedeutung der individuellen Dosisfindung bei der Behandlung bleibt bestehen. Wichtig ist ein langsames Eindosieren unter Beachtung der Verträglichkeit. Die Erfolgsraten verschiedener Untersuchungen zeigen ähnlich positive Ergebnisse. Komorbiditäten oder Demaskierung psychischer Erkrankungen (Beispiel: bipolare Störung) erschweren die Behandlung und erfordern eine verbesserte Kommunikation/Schulung der verschreibenden KollegInnen.

Die Bedeutung des GABA-B-Rezeptors bzw. des GABAergen Systems im Kontext der Alkoholstörung wird derzeit noch unterschätzt. Baclofen ist eine wirksame und kostengünstige Möglichkeit zur Behandlung der Alkoholerkrankung, deren klinisch-praktische Erfolgsergebnisse in Deutschland ignoriert werden. Das Medikament ist sicher und in der Praxis nebenwirkungsarm. Die off-label-Verschreibung, sollte in Anbetracht der hohen erzielbaren Erfolgsraten (NNT = 2) kein Hindernis sein.



## Beiträge ArzthelferInnenseminar

### Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung

*T. Kuhlmann*

*Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach, Klinikum Oberberg*

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; Motivational Interviewing - Preparing people for change (2) 2002; dritte Fassung in Vorbereitung). 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 national und international anerkannt und wird zunehmend 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 Umgehens mit Widerstand.

## Referentenverzeichnis

|   |  |
|---|--|
| <b>Backmund, Markus</b> (München)<br>markus.backmund@p-i-t.info                       | Prof. Dr. med., Praxiszentrum im Tal (pit), Erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin  |
| <b>Becker, Gabi</b> (Frankfurt)<br>g.becker@idh-frankfurt.de                          | Geschäftsführerin Integrative Drogenhilfe e.V.   |
| <b>Behrendt, Klaus</b> (Hamburg)<br>k.behrendt@asklepios.com                          | Dr. med., Asklepios Klinik Nord, Chefarzt der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, forensische Gutachtertätigkeit, Schwerpunkte: Entgiftung, Kriseninterventionen sowie Schwerkrankenbehandlung bei somatischer und psychiatrischer Komorbidität und Schwerstabhängigkeit |
| <b>Böllinger, Lorenz</b> (Bremen)<br>boe@uni-bremen.de                                | Prof. em. Dr., Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft, Kriminalwissenschaften  |
| <b>Böttcher, Michael</b> (Dessau)<br>michael.boettcher@laborpraxis-dessau.de          | Dr. rer. medic., MVZ für Mikrobiologie, Labordiagnostik und Hygiene Dessau GmbH  |
| <b>Braun, Patrick</b> (Aachen)<br>pab@pzb.de  | Dipl.-Biol., PZB Aachen  |
| <b>Dettmer, Kerstin</b> (Berlin)<br>k.dettmer@fixpunkt.org                            | Fixpunkt e.V.  |
| <b>Dichtl, Anna</b> (Frankfurt/Main)<br>annadichtl@fb4.fh-frankfurt.de                | Fachhochschule Frankfurt, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit   |
| <b>Dumoulin, Franz Ludwig</b> (Bonn)<br>inneremedizin@gk-bonn.de                      | Prof. Dr. med., Gemeinschaftskrankenhaus Bonn / St. Elisabeth, Chefarzt Abteilung für Innere Medizin   |
| <b>Englert, Isabel</b> (Neuenkirchen)<br>isabel.englert@sucht-fachkliniken.de         | Dr. med., Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge GmbH   |
| <b>Fremmer, Sara</b> (Fürstenfeldbruck)<br>sarafremmer@yahoo.com                      | Masterarbeit   |
| <b>Friedrichs, Anke</b> (Fürstenfeldbruck)<br>an.friedrichs@uke.de                    | M. Sc. Rehabilitationspsychologie, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf   |
| <b>Gantner, Andreas</b> (Berlin)<br>a.gantner@therapieladen.de                        | Dipl.-Psych., Therapieladen e.V., Leiter, Psychologischer Psychotherapeut, MDFT Therapeut/Trainer, Fachgruppensprecher Sucht in der DGSGF, Aufbau und Entwicklung der ambulanten jugendsuchtspezifischen Therapie, Umsetzung der internationalen INCANT Studie             |
| <b>Handke, Analena</b> (Bochum)<br>Analena.handke@gmx.de                              |  |
| <b>Hardeling, Andrea</b> (Potsdam)<br>lotsennetzwerk@blsev.de                         | Brandenburgische Landestelle für Suchtfragen   |
| <b>Hartl, Jana</b>  | SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie i.G.  |
| <b>Hartmann, Heinz</b> (Herne)<br>hartmann@gastro-praxis-herne.de                     | Prof. Dr. med., Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis im Ärztehaus am Evangelischen Krankenhaus, Internist, Gastroenterologe, Endokrinologe, Proktologe, AIDS-Forschung, Professur an der Georg-August-Universität, Göttingen   |
| <b>Hildebrand, Kathrin</b> (Neuenkirchen)<br>kathrin.hildebrand@sucht-fachkliniken.de | Dipl.-Psych., Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge GmbH   |
| <b>Hungerlandt, Eva</b> (Stuttgart)<br>eva.hungerlandt@dhbw-stuttgart.de              | Prof. Dr. med., Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Fakultät Sozialwesen   |
| <b>Hupfer, Kristin</b> (Ludwigshafen)<br>kristin.hupfer@basf.com                      | Dr. med., Ärztin für Arbeitsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, BASF – The Chemical Company   |

---

|  |  |
|--|--|
| <b>Isernhagen, Konrad</b> (Köln)<br>isernhagen@pfa-koeln.de                        | Dr. med., Gemeinschaftspraxis Gotenring, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin  |
| <b>Jellinek, Chaim</b> (Berlin)<br>c.jellinek@aid-neukoelln.de                     | Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe Neukölln, Facharzt für Allgemeinmedizin, Hausärztliche Versorgung, Suchtmedizinische Grundversorgung  |
| <b>Jeschke, Peter</b> (Halle)<br>peter.jeschke@t-online.de                         | Dr. med., Nervenarztpraxis   |
| <b>Jungbluth-Strube, Gabriele</b> (Bernburg / Saale)<br>g.jungbluth@t-online.de    | Dr. med., Praxis, Fachärztin für Psychiatrie/Suchtmedizin, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin  |
| <b>Keppler, Karlheinz</b> (Vechta)<br>Karlheinz.Keppler@justiz.niedersachsen.de    | Dr. med., Medizinaloberrat, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Betreuung drogenabhängiger inhaftierter Frauen, Mitglied in der Expertenkommission "AIDS- und Hepatitisprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug, Spritzenvergabeprojektes in einer Justizvollzugsanstalt.  |
| <b>Kerschl, Victoria</b> (Lübeck)<br>victoria-kerschl@therapiehilfe.de             | Dipl.-Psych., Fachklinik Do it!, Externe Adaption Do it!, Therapiehilfe e.V.   |
| <b>Kessler, Thomas</b> (Basel)<br>thomas.kessler@bs.ch                             | Basel Stadt, Leiter der Kantons- und Stadtentwicklung, Agronom, Drogendelegierter Basel 1991-1998, Mitglied der Eidgenössischen Drogenkommission 1996-2014   |
| <b>Knechten, Heribert</b> (Aachen)<br>info@drknechten.de                           | Dr., PZB Aachen  |
| <b>Knorr, Bärbel</b> (Berlin)<br>baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de                    | Deutsche AIDS-Hilfe e.V.   |
| <b>Koenigs, Tom</b> (Berlin)<br>tom.koenigs@bundestag.de                           | MdB, Deutscher Bundestag, Bündnis 90/Die Grünen, Sprecher für Menschenrechtspolitik, ehemaliger stellvertretender Oberbürgermeister von Frankfurt, ehemaliger Leiter der UN-Friedensmission in Afghanistan   |
| <b>Körkel, Joachim</b> (Nürnberg)<br>joachim.koerkel@evhn.de                       | Prof. Dr., Evangelische Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen   |
| <b>Kraan, Karel</b> (Luzern)<br>karel.kraan@lups.ch                                | Dr. med., Chefarzt, Ambulante Dienste Luzerner Psychiatrie   |
| <b>Kuhlmann, Thomas</b> (Bergisch Gladbach)<br>thkuhlmann@psk-bg.de                | Dr. med., Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach, Weiterentwicklung gemeindenaher Sucht- und Drogenhilfe, Integration comorbider und multimorbider Suchtkranker, Veränderung in der Drogenszene und Entwicklung neuer Subkulturen (z.B. Party-Drogen), Motivational Interviewing (MINT) |
| <b>Lehmann, Marc</b> (Berlin)<br>marc.lehmann@jvaps.berlin.de                      | Dr. med., Justizvollzugskrankenhaus Berlin, Ärztlicher Direktor  |
| <b>Lüdecke, Christel</b> (Göttingen)<br>c.luedecke@asklepios.com                   | Asklepios Fachklinikum Göttingen, Chefärztin Allgemeinpsychiatrie, Suchtbehandlung, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin   |
| <b>Madlung-Kratzer, Ekkehard</b> (Hall i. T.)<br>ekkehard.madlung-kratzer@tilak.at | Dr., Landeskrankenhaus Hall, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Fachstation für Drogentherapie B, Oberarzt  |
| <b>Mandrek-Ewers, Dominika</b> (Göttingen)<br>d.mandrek@asklepios.com              | Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Asklepios Fachklinikum Göttingen, Funktionsbereich II – Allgemeinpsychiatrie/Sucht  |
| <b>Mauruschat, Sabine</b> (Wuppertal)<br>sabine.mauruschat@t-online.de             | Ärztin für Allgemeinmedizin  |
| <b>Meeßen-Hühne, Helga</b> (Magdeburg)<br>info@ls-suchtfragen-lsa.de               | Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt  |
| <b>Meier-Kessler, Margrith</b> (Chur)<br>margrith.meier@pdgr.ch                    | Psychiatrische Dienste Graubünden, Ambulatorium Neumühlen  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Meyer-Thompson, Hans-Günter</b> (Hamburg)<br>meyerthompson@aol.com     | Asklepios Klinik Nord, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Arzt, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin   |
| <b>Michels, Ingo Ilja</b> (Berlin)<br>ingo.michels@bmg.bund.de            | Dr., Referatsleiter des Arbeitsstabs der Drogenbeauftragten / Head of Division, Office of the Federal Drug Commissioner, Koordinator des / Coordinator of the Central Asia Drug Action Programme (CADAP), Bundesministerium für Gesundheit/ Federal Ministry of Health  |
| <b>Mikus, Gerd</b> (Heidelberg)<br>gerd.mikus@med.uni-heidelberg.de       | Prof. Dr. med., Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Klinik (Krehl-Klinik), Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Facharzt für Klinische Pharmakologie, Diplom-Physiker, Leitender Oberarzt, Leiter des Klinisch-Pharmakologischen Studienzentrums, Arzneimittel-Wechselwirkungen, Klinische Pharmakologie der Opiode, Pharmakogenetik, FIM-Studien |
| <b>Milin, Sascha</b> (Hamburg)<br>s.milin@uke.de                          | Mag., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für psychosoziale Medizin, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Medizinanthropologe  |
| <b>Mundle, Goetz</b> (Wendisch Rietz)<br>goetz.mundle@oberbergkliniken.de | Dr. med., Oberberg Klinik Berlin/ Brandenburg   |
| <b>Naumann, Uwe</b> (Berlin)<br>info@praxiszentrum-kaiserdamm.de          | Dr. med., Praxiszentrum Kaiserdamm  |
| <b>Neumann, Tim</b> (Berlin)<br>tim.neumann@charite.de                    | PD Dr. med., Charité Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Anästhesiologie m.S. operative Intensivmedizin, Campus Mitte, FA Anästhesiologie, Schwerpunkte Notfall- & operative Medizin, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin   |
| <b>Nierhoff, Dirk</b> (Köln)<br>dirk.nierhoff@uk-koeln.de                 | PD Dr. med., Uniklinik Köln, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie  |
| <b>Nowak, Manfred</b> (Landau)  | Dr. med., Praxis  |
| <b>Pfeiffer-Gerschel</b> (München)<br>pfeiffer-gerschel@ift.de            | Dr. Dipl.-Psych., Institut für Therapieforschung (IFT), Leiter der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)   |
| <b>Pletke, Dorothee</b> (Göttingen)                                       | Leitende Oberärztin, Asklepios Fachklinikum Göttingen, Funktionsbereich II Allgemeinpsychiatrie-Sucht   |
| <b>Poehlke, Thomas</b> (Münster)<br>praxis.poehlke@web.de                 | Dr. med., Facharzt für Psychiatrie  |
| <b>Pogarell, Oliver</b> (München)<br>oliver.pogarell@med.uni-muenchen.de  | PD Dr. med., Oberarzt   |
| <b>Preuß, Ulrich W.</b> (Perleberg)<br>u.preuss@krankenhaus-prignitz.de   | Prof. (apl). Dr. med. habil., Kreiskrankenhaus Prignitz gemeinnützige GmbH Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Chefarzt, Suchtmedizin, Liaison- und Konsiliarpsychiatrie, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin  |
| <b>Püschl, Monika</b> (Hamburg)<br>monika.pueschl@bgv.hamburg.de          | Pädagogin M.A., seit 1988 in Berlin und Hamburg in verschiedenen Feldern der Koordination und Planung der Suchthilfe und Suchtprävention bei Behörden und freien Trägern tätig. Seit 2001 in der Fachabteilung Drogen und Sucht, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg   |
| <b>Qurishi, Nazifa</b> (Köln)<br>qurishi@gpg-koeln.de                     | Dr. med., Gemeinschaftspraxis Gotenring, Internistin, Infektiologie, Suchtmedizin   |
| <b>Römer, Katja</b> (Köln)<br>roemer@gpg-koeln.de                         | Dr., Gemeinschaftspraxis Gotenring, Ärztin für Allgemeinmedizin - Infektiologie   |
| <b>Rüther, Tobias</b> (München)<br>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   |

---

|   |   |
|---|---|
| <b>Rumpf, Hans-Jürgen</b> (Lübeck)<br>hans-juergen.rumpf@psychiatrie.uk-sh.de | PD Dr. phil., Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ltd. Psychologe, Leiter der Forschungsgruppe S:TEP, Trainer für Motivational Interviewing, Mitglied des MINT, Substanzbezogene und verwandte Störungen: Therapie, Epidemiologie und Prävention (Substanzmissbrauch:Therapie, Epidemiologie und Prävention) |
| <b>Scarpinato-Hirt, F. R.</b> (Göttingen)<br>f.scarpinato@asklepios.com       | Dr., Asklepios Fachklinikum Göttingen, Leitende Psychologische Psychotherapeutin  |
| <b>Schäfer, Ingo</b> (Hamburg)<br>i.schaefer@uke.de                           | PD Dr. med., MPH, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Geschäftsführer des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)  |
| <b>Schäfer, Martin</b> (Essen)<br>m.schaefer@kliniken-essen-mitte.de          | Prof. Dr. med., Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin, Direktor, Wissenschaftlicher Arbeitsgruppenleiter  |
| <b>Scherbaum, Norbert</b> (Essen)<br>norbert.scherbaum@lvr.de                 | Prof. Dr. med., Klinik der Universität Duisburg-Essen, LVR-Klinikum Essen, Klinik f. abhängiges Verhalten u. Suchtmedizin, Direktor, Professor für klinische Suchtforschung an der medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Alkoholabhängigkeit, Internetsucht, Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger                   |
| <b>Schneider, Barbara</b> (Köln)<br>b.schneider@lvr.de                        | Prof. Dr. med., M.Sc., LVR-Klinik Köln, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Chefarztin   |
| <b>Schoett, Katharina</b> (Mühlhausen/Thür)<br>k.schoett@oehk.de              | Dr. med., Chefarztin, Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie, Suchtmedizinische Grundversorgung, Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH  |
| <b>Schweizer, Cornelia C.</b> (Tübingen)<br>c.c.schweizer@web.de              | Dr. rer. nat., Privatpraxis für Psychotherapie und Coaching, Diplom-Psychologin, Lehrtherapeutin, Supervisorin, Systemische Familien- und Hypnotherapeutin  |
| <b>Steffen, Ulrich</b> (Hamburg)<br>steffen@medizinrecht-steffen.de           | Dr., Fachanwalt für Medizinrecht  |
| <b>Stein, Achim</b> (Wuppertal)<br>info@oelbergpraxis.de                      | Dr. med., Gemeinschaftspraxis, Hausärztliche Versorgung, Suchtmedizin   |
| <b>Stöver, Heino</b> (Frankfurt)<br>h.stoever@fv4.fh-frankfurt.de             | Prof. Dr. rer. Pol., Forschung im Bereich Gesundheitswissenschaften, Fachhochschule Frankfurt Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit   |
| <b>Theilacker, Christian</b> (Zürich)<br>c.theilacker@arud.ch                 | PD Dr. med., ARUD Zentrum Aussersihl, Oberarzt Innere Medizin   |
| <b>Ulmer, Albrecht</b> (Stuttgart)<br>albrecht.ulmer@gmx.de                   | Dr., Praxis, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin   |
| <b>von Blanc, Andreas</b> (Berlin)<br>andreas.vonblanc@kvberlin.de            | Dipl.-Soz.-Arb./-Päd., Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Abt. Qualitätssicherung, Substitution  |
| <b>Walcher, Stephan</b> (München)<br>kontakt@moviemed.de                      | Schwerpunktpraxis "Concept", Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, praktischer Arzt, Leiter einer Schwerpunktpraxis, narkosegestützter Opiatentzug, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin   |
| <b>Weigel, Cornelia</b> (Gießen)<br>cdr.weigel@web.de                         | Dr. med.  |
| <b>Westermann, Bernd</b> (Berlin)<br>bwestermann@notdienstberlin.de           | Dr. phil., Notdienst Berlin e.V. über A.I.D. Kreuzberg, Regionalleitung Kreuzberg   |
| <b>Winter, Catja</b> (München)<br>catja.winter@med.uni-muenchen.de            | Dr. med., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München, Therapiezentrum Grafrath   |
| <b>Zippel-Schultz, Bettina</b> (Berlin)<br>zippel-schultz@dsck.de             | Dr., Deutsche Stiftung für chronisch Kranke, Leitung Innovationsmanagement  |