



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

## **Fit für den Alltag**

21. Kongress  
der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

**2. – 4. November 2012 in Berlin**

**ABSTRACTSAMMLUNG**

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

## Inhaltsverzeichnis

### Symposien

<b>Kindeswohlgefährdung? Alltag in einer Fachambulanz</b> <i>H.-G. Hoffmann, J. Rademann</i>	1
<b>Medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger nach dem Fall Kevin in Bremen</b> <i>M. Adryan</i>	2
<b>Möglichkeiten und Grenzen toxikologischer Analytik bei Kindern aus Suchtfamilien</b> <i>H. Sachs</i>	3
<b>Neurobiologische Grundlagen von Abhängigkeitsentwicklung und Drogenmissbrauch – neue Erkenntnisse aus der Forschung</b> <i>M. Schneider</i>	4
<b>Gehirndoping bei Studierenden</b> <i>E. Middendorf</i>	4
<b>Unsere Patienten fit für den Alltag – was sind hemmende und was fördernde Faktoren?</b> <i>P. Jeschke, A. Ulmer</i>	5
<b>Quo Vadis abstinenzorientierte Suchtrehabilitation?</b> <i>A. Koch</i>	5
<b>Von den Spielarten klinischer Praxis zur Evidenz – Pharmakologische Strategien im Alkoholentzug</b> <i>M. Schäfer</i>	6
<b>Hauptsache trocken! Reicht das? Der „Qualifizierte Entzug“, eine suchtmmedizinische Errungenschaft</b> <i>A. Spauschus</i>	7
<b>Alkoholabhängigkeitsbehandlung – was können wir ambulant?</b> <i>A. Ulmer</i>	7
<b>Cognitive Störungen im Alter bei Drogen-gebrauchenden, HIV-positiven Patienten</b> <i>G. Arendt</i>	8
<b>Arbeitskreise</b>	
<b>Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung Teil 1 &amp; 2</b> <i>T. Kuhlmann</i>	9
<b>Praktischer Kurs Akupunktur in der Suchtmedizin Teil 1 &amp; 2</b> <i>E. Weber-Böse</i>	9
<b>Substitution in Haft</b> <i>K. Keppler, B. Knorr, M. Mauruschat, H. Stöver</i>	10
<b>Tabakabhängigkeit mit Suchtpatienten</b> <i>A. Jähne, T. Rütger</i>	11
<b>Läuse und Flöhe und ... ADHS im Erwachsenenalter und PTBS bei Menschen mit Suchterkrankungen</b> <i>W. Unglaub, C. Lüdecke</i>	11
<b>PTBS und Sucht</b> <i>I. Schäfer</i>	12

## Posterbeiträge

### **Evaluierung einer strukturierten Tabakentwöhnung in der Arztpraxis - Das Konzept Einfach Erfolgreich Rauchfrei (EER)**

*A. Jähne, T. Rütger, H. Deest, H. Gehrig, J. de Zeeuw, K. Mulzer*

### **Medikamentengestützte Behandlung der Alkoholkrankung mit Baclofen. Möglichkeiten und Grenzen einer virtuellen Selbsthilfegruppe im Internet, Erfahrungen über mehr als zwei Jahre.**

*C. Weigel, F. J. Kreuzeder, R. Fischer, R.-H. Bödeker*

### **Risikofaktoren für Behandlungsabbrüche in ambulanter und stationärer Alkoholrehabilitation**

*U. W. Preuss, Zimmermann, G. Schultz, Wong JWM, Schmidt P, Löhnert B, Soyka M*

### **Extreme Reduktion von Alkoholrückfällen durch Dihydrocodein – und doch Vorsicht!**

*A. Ulmer, M. Müller*

### **Regelmäßig motivierendes Ansprechen der Nikotinabhängigkeit in der Praxis**

*A. Ulmer, B. Frietsch*

### **Quantitativer Nachweis von Methoden und Buprenorphin im Speichel substituierter Patienten im Rahmen des „Multi-Target-Drogenscreenings“**

*N. Günther, S. Lierheimer, M. Böttcher*

### **Wenn wir nicht bessere Alternativen entwickeln, müssen wir das „Betäubungsmittel“ recht selbst formulieren**

*A. Ulmer, B. Frietsch*

## Satellitensymposium

### **Wie machen's die Anderen: Substitution in Europa und anderswo (Satellitensymposium)**

*S. Walcher*

## Symposien

### Kindeswohlgefährdung? Alltag in einer Fachambulanz

H.-G. Hoffmann<sup>1</sup>, J. Rademann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachambulanz Kiel

Im Teil I werden kurz die Entstehungsgeschichte und das Angebot der Fachambulanz Kiel dargestellt.

Im Weiteren werden die besonderen Chancen der langjährigen Behandlung für ein nachhaltiges Vertrauensverhältnis zu den substituierten Müttern und Vätern aufgezeigt. Dazu gehören auch Gespräche über die Alltagsbewältigung der Eltern, über ihre Sorgen und Ängste. So können sich Hinweise über problematische Entwicklungen ergeben, und gemeinsam mit der PSB nach Möglichkeiten der Unterstützung für Eltern und Kinder gesucht werden.

Aus dieser Perspektive erscheint eine Beendigung der Behandlung, z.B. bei fortgesetztem Beikonsum, oder eine generelle zeitliche Begrenzung, wie es z.T. von Politikern gefordert wird, fatal. Der damit einhergehende Verlust der Beziehung und des regelmäßigen Austausches hätte aus Sicht der Fachambulanz Kiel vor allem für die Kinder unabsehbare Folgen. Es werden Begründungen dafür geliefert, wie dies zu einer erhöhten Kindeswohlgefährdung führen würde.

Anschließend wird aufgezeigt, dass aufgrund der Erfahrungen der Fachambulanz Kiel eine nur durch die Ämter genehmigte take-home Regelung zu einer deutlich erhöhten Stress- und finanziellen Belastung der Familien führen würde, wobei eine solche Regelung nicht einmal durch die Richtlinien und die BtmVV gedeckt wäre.

Falls noch Zeit bleibt, soll das Fallbeispiel einer Familie die komplexe Problematik veranschaulichen.

In Teil II stellt sich die Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien in und um Kiel vor.

HiKiDra (Hilfen für Kinder Drogenabhängiger) stellt die Kinder in den Mittelpunkt der Arbeit, weil sie zu diversen Risikogruppen zählen, unter schwierigen psychosozialen Bedingungen aufwachsen, kaum auffallen und keine adäquate Hilfe erhalten.

Das Durchbrechen des intergenerativen Suchtkreislaufes ist das Ziel der Beratungsstelle. Dabei spielt die Anbindung an die Fachambulanz Kiel eine gewichtige Rolle, weil die Familien generell nicht den Weg in Hilfesysteme finden, aber einen enormen und sehr differenzierten Bedarf haben.

Erfahrungen im Zusammenhang von suchtbelasteten Familien und beteiligten Institutionen, wie z. B. substituierenden Ärzten, Schulen und Jugendämtern zeigen deutlich, in welchem Spannungsfeld sich die Eltern und Kinder bewegen.

Die eklatanten Folgen von unverbundenen Hilfen und verzögerter Unterstützung seitens öffentlicher Jugend- und Eingliederungshilfe, Sucht- und Sozialberatung sowie medizinischer Betreuung sind für die Kinder und Jugendlichen gefährdende Entwicklungsverzögerungen. Aus ihnen entstehen sozio- emotionale Benachteiligungen, die sie zusätzlich, neben den erheblichen Risikofaktoren, zu bewältigen haben, um nicht die nächste Generation darzustellen, die von öffentlichen Transferleistungen abhängig ist und kein selbst bestimmtes Leben führen kann.

HiKiDra kann einerseits von bedarfsgerechten Kooperationen in Kiel berichten andererseits auf Struktur- und Prozessverbesserungen innerhalb des Hilfesystems hinweisen.

Erfreulich ist die Tatsache, dass es landesweit intensive Bemühungen gibt, säulenübergreifende Unterstützungsangebote einzurichten, die aber zwingend in Regelangebote überführt werden sollten.

### Medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger nach dem Fall Kevin in Bremen

M. Adryan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> AOK Bremen

Im Oktober 2006 sorgte der Fall „Kevin“ in Bremen und auch bundesweit für Entsetzen und für eine starke öffentliche und mediale Aufmerksamkeit. Was war geschehen? Die Leiche des zweijährigen Kevin war nach Zugriff des Jugendamtes und der Polizei im Kühlschrank des drogenabhängigen Ziehvaters gefunden worden; einige Zeit zuvor war die ebenfalls drogenabhängige leibliche Mutter von Kevin unter ungeklärten Umständen zu Tode gekommen. Das Kind hatte unter Amtsvormundschaft gestanden; trotz vielfache Hinweise durch Kinderärzte, die Kinderklinik und ein Kinderheim auf schwere Misshandlungen (u. a. multiple Frakturen) war eine Fremdplatzierung vom Jugendamt abgelehnt worden. Als dann doch eine entsprechende Verfügung des Familiengerichts erging, war das Kind bereits seit Wochen tot. Bei der Aufklärung des Falles wurden sowohl im Parlamentarischen Untersuchungsausschuss als auch vor Gericht vor allem strukturelle Missstände verantwortlich gemacht (u. a. hatte der Amtsvormund

256 Fälle zu betreuen, ein Vielfaches der Richtzahl).

Dieser Vorgang führte u. a. zum Rücktritt der zuständigen Senatorin und zu Maßnahmen zur Verbesserung im Umgang mit drogenabhängigen Eltern und ihren Kindern, z. B. im Hinblick auf Vernetzung der beteiligten Institutionen und verstärkter Tätigkeit von Familienhilfe und sog. „Familienhebammen“. Jedoch fielen in den Jahren 2010 und 2011 in einem Problem-Stadtteil Bremens bei 19 Haaranalysen von Kindern drogenabhängiger bzw. substituierter Eltern in 17 Fällen positive Befunde auf verschiedene Suchtstoffen in unterschiedlichen Kombinationen auf. Diese Meldung platzte in den Bürgerschaftswahlkampf im Frühjahr 2011, geriet in den Blick der Öffentlichkeit und sorgte für erheblichen Druck auf Politik und Verwaltung. Nicht nur die Betreuung der Familien und den Kindern, sondern auch der Umgang mit Drogenabhängigkeit und Substitution gerieten ins Kreuzfeuer der Kritik, bis hin zu Forderungen nach Abschaffung der Substitution insgesamt („Ziel verfehlt...“).

Aus anfänglicher Aufregung, gegenseitigen Vorwürfen und mangelndem Vertrauen entstand dann doch binnen einiger Wochen funktionsfähig eine Arbeitsgruppe aus allen beteiligten Institutionen

(Drogenhilfe, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Gynäkologen, Kinderärzte, Apothekerkammer, Institut für Pharmakologie, Mitglieder der Qualitätssicherungskommission, Amt für Soziale Dienste, Jugendhilfe, Senatorische Dienststelle), der sog. „Bremer Runde Tisch“. In verschiedenen Unter-Arbeitsgruppen entstanden Vorschläge zur Verbesserung der Substitution Opiatabhängiger insgesamt unter besonderer Berücksichtigung der Sicherung des Kindeswohls. Die Notwendigkeit dieser „Beschlussempfehlungen“ wurde durch die Ergebnisse weiterer Haaranalysen bestätigt: In Bremen wurden bei 118 Kindern drogenabhängiger Eltern in 85 Fällen positive Befunde auf Suchtstoffe gefunden, in Bremerhaven wurden in 25 Fällen 20 positive Fälle entdeckt.

Die wichtigsten Empfehlungen waren:

- Psychosoziale Betreuung (100% Regelung)
- Alkohol-Beigebrauch (0,00 Promille bei Substitutvergabe)
- Take-home-Vergabe (keine Kinder im Haushalt; Ausnahme: Positive Bestätigung der Jugendhilfe)
- Dokumentation der Take-home-Vergabe (z. B. 01950 T 7)
- Eine „Substitution“ mit Benzodiazepinen gibt es nicht!
- Keine Verordnung von Benzodiazepinen auf Privatrezept, insbesondere dann nicht, wenn es sich um einen Kassenpatienten handelt!
- Die Beigebrauchskontrollen werden qualitativ verbessert und künftig von den Krankenkassen bezahlt

- Vertreter der Jugendhilfe als Sachverständiger in die QSK
- Kooperationsvereinbarung zwischen allen Beteiligten (Bremer Rahmenvereinbarung zum Schutz von Kindern drogenabhängiger und substituierter Mütter/Väter/Eltern)
- Entlassungsmanagement bei Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
- Leitfaden für Apotheken, um Arzneimittelmisbrauch bei Substitutionspatienten zu erkennen

Derzeit erfolgt bereits die Umsetzung dieser Empfehlungen. Die Ergebnisse werden gesammelt und geprüft. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse fließen in die zukünftigen Sitzungen der einzelnen Arbeitsgruppen sowie des gesamten „Runden Tisches“ ein und werden entsprechend berücksichtigt.

Eine abschließende Bewertung dieses Projektes ist derzeit naturgemäß noch nicht möglich; die Zwischenergebnisse sind jedoch erfolgversprechend und lassen sowohl Verbesserungen der Substitutionsqualität als auch der Sicherung des Kindeswohls erwarten. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sowohl die bisherigen Beobachtungen als auch die entsprechenden Konsequenzen sich explizit auf das Bundesland Bremen beziehen.

Andere Städte und Regionen können sich daran orientieren, werden jedoch für ihre spezifischen Probleme möglicherweise auch andere Lösungen suchen müssen, z. B. im Hinblick auf Arztdichte und Sicherstellung der Vergabe der Substitution.

#### Möglichkeiten und Grenzen toxikologischer Analytik bei Kindern aus Suchtfamilien

H. Sachs<sup>1</sup>

<sup>1</sup> FTC München GmbH, Forensisch Toxikologisches Centrum, München

Für die Kontrolle von Kindern in Suchtfamilien bieten sich, wie bei den Bewährungskontrollen und in der Fahreignungsdiagnostik grundsätzlich zwei Strategien, ein Urinkontrollprogramm über einen definierten Zeitraum und nach plötzlicher und kurzfristig angesetzter Kontrolle oder alternativ eine Haaranalyse über eine bestimmte Haarlänge, durch die der Kontrollzeitraum festgelegt ist.

In den Diskussionen zu diesen Kontrollen wird immer als zentrales Problem gesehen, zu unterscheiden, ob die Kinder den Drogen nur ausgesetzt waren, weil die Eltern konsumieren oder ob die Eltern den Kindern Drogen gegeben haben, um sie ruhigzustellen.

Urinkontrollen haben den Vorteil, dass zumindest gewährleistet ist, dass bei einem positiven Befund die Körperpassage der Droge nachgewiesen ist. Sie haben aber den Nachteil, dass nur Vorfälle in den letzten 2 Tagen vor der Probennahme aufgedeckt werden können.

Haaranalysen überprüfen Vorfälle, die innerhalb eines langen Zeitraums stattgefunden haben. Allerdings wird im Gegensatz zu den Urinkontrollen in der Regel die Muttersubstanz nachgewiesen und nicht ein Metabolit, der die Körperpassage beweisen würde. Es kann somit nicht immer eindeutig unterschieden werden, ob ein positiver Befund in den Kinderhaaren nicht durch den Konsum der Eltern, u.U. auch durch Verunreinigungen in Wohnung entstanden sein kann, ohne dass dadurch die Gesundheit des Kindes gefährdet wurde.

In dem Vortrag soll dargestellt werden, wie effektiv Drogenkontrollprogramme - Urin oder Haare - sein können und welche Aussagen tatsächlich gemacht werden können. Einstieg sollte aber immer eine Untersuchung der Haare von Kind und Eltern sein, um den Status festzuhalten und danach mit einem Abstinenzprogramm zu beginnen, das aus Haar- oder Urinalysen oder beidem bestehen kann.

#### Neurobiologische Grundlagen von Abhängigkeitsentwicklung und Drogenmissbrauch – neue Erkenntnisse aus der Forschung

M. Schneider<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

Eine Substanz kann zum Mißbrauch verleiten, wenn sie hirneigene Mechanismen aktiviert, welche die Einnahme dieser Substanz mit Belohnungsgefühlen verknüpfen und damit eine Wiederholung dieses Verhaltens fördern (positive Verhaltensverstärkung). Diese neuronalen Mechanismen spielen eine wichtige Rolle beim Übergang vom kontrollierten Substanzkonsum zum Kontrollverlust über die Substanzeinnahme, bis hin zur Abhängigkeitsentwicklung. Beteiligte Neurotransmittersysteme sind das dopaminerge, das endogene opioide, das glutamaterge und das endocannabinoide System welche die positive Verhaltensverstärkung in definierten neuronalen Schaltkreisen des Gehirns, dem sogenannten Belohnungssystem, fördern. Insbesondere Jugendliche zeigen eine starke Anfälligkeit für die Entwicklung von Substanzmißbrauch. Die Pubertät stellt eine äußerst sensible Entwicklungsphase dar und ist neben einer Vielzahl von drastischen neurobiologischen und hormonellen Veränderungen gekennzeichnet durch höchst impulsives und risikoreiches Verhalten. Sowohl die neurophysiologischen Veränderungen als auch die Verhaltenscharakteristika der Teenager-Zeit führen zu einer erhöhten Vulnerabilität von Jugendlichen für die Initiierung von Substanzgebrauch-/mißbrauch und dadurch erhöht sich das Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung während dieser kritischen Entwicklungsphase.

Im Beitrag werden neurobiologische Grundlagen der Vermittlung des Belohnungsempfindens dargelegt, unter besonderer Berücksichtigung der Verarbeitung von Belohnungsprozessen in einem pubertären Gehirn. Ziel ist es dabei vor allem Risiken und mögliche Gefahren dieser kritischen Entwicklungsphase anhand von Humanstudien aber auch neuer tierexperimenteller Daten herauszustellen. Ein zentraler Aspekt wird dabei die Klärung der Frage sein warum speziell Jugendliche so anfällig für die Initiierung von Substanzgebrauch-/mißbrauch sind und welche neuronalen Mechanismen maßgeblich beteiligt sind.

#### Gehirndoping bei Studierenden

E. Middendorf<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIS – Institut für Hochschulforschung, Hannover

Seit einigen Jahren häufen sich Medienberichte, wonach immer mehr Studierende zu Pillen greifen, um ihre Leistung zu steigern oder um Leistungsdruck und Prüfungsstress besser standhalten zu können. Belastbare Daten über die Verbreitung von und die Motivation für Hirndoping unter Studierenden lagen bislang für Deutschland jedoch nicht vor. Entsprechende Berichte beruhen daher in der Regel auf Fallbeispielen oder Beobachtungen von Lehrenden. Laut einer Befragung des HISBUS-Panels „Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden“ hat die große Mehrheit der Studierenden keine Erfahrung mit dem Hirndoping. Für die Untersuchung wurden die Angaben von knapp 8.000 Studierenden ausgewertet, die im Wintersemester 2010/11 an dem Online-Survey teilgenommen hatten. Etwa fünf Prozent der Studierenden betreiben nach Definition der Studie Hirndoping, d. h. sie nehmen verschreibungspflichtige Medikamente, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Psychostimulanzien oder Aufputzmittel ein, um die Studienanforderungen besser bewältigen zu können. Weitere fünf Prozent der Studierenden zählt die Studie zur Gruppe der „Soft-Enhancenden“. Dies sind Studierende, die „weiche“ Mittel wie Vitaminpräparate, homöopathische und pflanzliche Substanzen, Koffein o. Ä. konsumieren, um ihre Leistungen zu steigern.

Männer und Frauen greifen zu ähnlich hohen Anteilen auf Hirndoping zurück, um das Studium

besser zu bewältigen. Unter den „Soft-Enhancenden“ ist der Anteil der Studentinnen jedoch deutlich größer. Die Bereitschaft zur Einnahme leistungssteigernder Mittel steht erwartungsgemäß in Zusammenhang mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen. Es gibt typische Motive für die Einnahme von leistungssteigernden Mitteln und klassische Situationen, in denen sie erfolgt.

### Unsere Patienten fit für den Alltag – was sind hemmende und was fördernde Faktoren?

P. Jeschke<sup>1</sup>, A. Ulmer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gemeinschaftspraxis, Halle  
<sup>2</sup>Stuttgart

Fit für den Alltag, heißt:

- Sowohl von der Krankheit als auch
- von ihrer Therapie

so wenig wie möglich beeinträchtigt zu sein. Das ist das Ziel bei der Behandlung jeder Krankheit. Es gilt umso mehr, je länger jemand mit dieser Krankheit leben muss.

Sehen wir heute z. B. Patienten mit HIV-Infektion oder Diabetes (beides schwere, lebensbedrohliche, chronische Krankheiten), so betritt heute das Gros dieser Patienten unser Sprechzimmer wie gesund, also

- sowohl von der Krankheit als auch von ihrer Therapie
- sehr weitgehend unbeeinträchtigt.

Suchtkranken gegenüber sind wir längst nicht so weit. Wir bleiben Ihnen noch Wesentliches schuldig. Obwohl sich seit Jahren abzeichnet, dass agonistische Substanzen den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit dramatisch verbessern können, wird ihre Erforschung nicht vorangetrieben. Stattdessen sehen wir bei tausenden von Entzugsbehandlungen und „Therapien“ pro Jahr zu, wie Patienten völlig von dieser schweren Krankheit geprägt und zerbrochen werden – weil wir sie nicht adäquat behandeln. Opiatabhängige haben einen hohen Bedarf und ein Anrecht darauf, im Rahmen einer Behandlung wieder Teil der normalen Gesellschaft zu werden und dealenden Kreisen mit ganz anderen Orientierungen entzogen zu werden. Aber gegenläufige gesetzliche und finanzielle Regelungen zwingen sie, Teil von Sonderszenen mit eingeschränkten Rechten zu bleiben. Dieselben Regelungen zwingen sie, Substanzen einmal täglich zu nehmen, obwohl es besser wäre, sie auf zwei- bis viermal täglich zu verteilen. Suchtkrankheiten sind Misstrauenskrankheiten. Kein Weg der Heilung oder eines wirklich gelingenden Lebens, ohne dass dies klar und eindeutig überwunden wird. Das ist fraglos im Gros der Behandlungen möglich, aber nicht so, wie Suchtmedizin bisher angeboten wird. Suchtmedizin hat die meisten Aufgaben noch vor sich. Die Tore zu ganz anderen Möglichkeiten stehen weit offen.

### Quo Vadis abstinenzorientierte Suchtrehabilitation?

A. Koch<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Kassel

Die Entwöhnungsbehandlung als Indikationsbereich der medizinischen Rehabilitation ist Teil eines außerordentlich leistungsfähigen Versorgungssystems für Suchtkranke, das allerdings durch die starke leistungsrechtliche Segmentierung mit erheblichen Schnittstellenproblemen zu kämpfen hat. Auch innerhalb der Suchtrehabilitation hat in den letzten Jahren eine sehr weitgehende Differenzierung der Leistungsangebote stattgefunden (bspw. im Bereich ganztägig ambulante Rehabilitation oder Kombinationsbehandlung), was zwar für einzelne Rehabilitanden passgenauere Therapieverläufe ermöglicht, aber das Management der Behandlung und die kostendeckende Organisation der Leistungserbringung nicht unbedingt einfacher macht. Die Einrichtungen haben sich zusätzlich mit einem immer extremer werdenden Spannungsfeld zwischen hohen qualitativen Anforderungen der Leistungsträger einerseits und begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen andererseits auseinanderzusetzen. Verschiedene Trends sind kennzeichnend für diese aktuell sehr schwierige Entwicklung: Demografischer Wandel, Fachkräftemangel, Technisierung, Standardisierung, Flexibilisierung und Ökonomisierung. Im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, also der deutlichen Verschiebung der Altersstruktur in der deutschen Bevölkerung, ist insbesondere der in den kommenden Jahren steigende Rehabedarf in allen medizinischen Indikationsbereichen (die geburtenstarken 1960er Jahrgänge kommen in typische ‚Reha-Alter‘ ab 45 Jahre) zu sehen. Diesem steigenden Bedarf steht ein gesetzlich gedeckeltes Rehabudget der Rentenversicherung (dem dominierenden Leistungsträger in der Suchtreha) gegenüber, das schon jetzt kaum noch ausreicht, um alle erforderlichen Maßnahmen zu finanzieren. Ebenfalls im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel steht der zunehmende Fachkräftemangel, der bereits viele Bereiche der Wirtschaft erfasst hat. Die meisten Reha-Einrichtungen haben aktuell (wie viele andere Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen auch) erhebliche Probleme, ausreichend qualifiziertes medizinisches und therapeutisches Personal auf dem Arbeitsmarkt zu finden.

Allerdings hat das Suchthilfesystem und speziell die Suchtreha schon immer flexibel auf teilweise dramatische Veränderungen reagieren müssen – nicht zuletzt ist die tägliche Arbeit mit Abhängigkeitskranken ein gutes Training dafür. Es existieren also auch Perspektiven, wie mit den genannten Herausforderungen umgegangen werden kann.

### Von den Spielarten klinischer Praxis zur Evidenz – Pharmakologische Strategien im Alkoholentzug

M. Schäfer<sup>1</sup>, U. Bonnet, D. Herrmann, E. Hoch, W. Schröder, G. Reymann, C. Veltrup, B. Wessel, A. Wiczorek, N. Wodarz

<sup>1</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin, Kliniken-Essen-Mitte, Essen

Die Alkoholabhängigkeit ist u.a. charakterisiert durch die Entwicklung eines körperlichen Entzugssyndroms bei Abbruch des Konsums. Aufgrund möglicher gefährlicher Komplikationen stellt die akute medikamentös gestützte Entgiftung einen essentiellen Behandlungsbaustein dar. Die körperliche Entgiftung fokussiert allerdings in der Regel auf die Behandlung und Verhinderung von Komplikationen im Rahmen des Entzugssyndroms bei bestehender Abhängigkeitserkrankung. Interventionen zur Förderung und Erhaltung der Abstinenz können in dieser kurzen Intervention, die häufig auch außerhalb suchtmedizinischer oder psychiatrischer Einrichtungen durchgeführt wird, nicht enthalten sein. Beim qualifizierten Entzug werden dagegen wichtige weitere Behandlungsbausteine zur Behandlung der eigentlich bestehenden Grunderkrankung, nämlich der „Abhängigkeit“ angeboten. In beiden Settings ist jedoch eine evidenzbasierte Pharmakotherapie ein grundlegender Behandlungsbaustein.

Aktuelle Strategien zur Pharmakotherapie enthalten die bekannten Benzodiazepine und Clomethiazol, sowie Antiepileptika bis hin zu experimentelleren Ansätzen mit Baclofen oder Gamma-hydroxybutyrat (GHB). Dabei gibt es allerdings nicht für alle im klinischen Alltag verwendeten Behandlungsoptionen eine klare Datenlage. Für die Wirksamkeit von Benzodiazepinen im akuten Alkoholzug sowie Clomethiazol finden sich in internationalen Leitlinien und aktuellen systematischen Reviews und Metaanalysen eine gute Evidenz. Schwieriger ist dann schon die Beurteilung der Wirksamkeit von Antiepileptika oder anderen im Entzug eingesetzten Substanzen. Für den Nutzen in der klinischen Praxis könnte für viele Substanzen allerdings ein differenzierter Einsatz für bestimmte Zielsymptome oder mögliche Komplikationen sowie in unterschiedlichen Settings (ambulant, teilstationär oder stationär) eine erhebliche Rolle spielen.

Derzeit werden S3-Leitlinien zur Behandlung der Alkoholerkrankung entwickelt (1). In diesem Rahmen hat sich eine Arbeitsgruppe („Entgiftung, qualifizierte Entzugsbehandlung und Pharmakotherapie“) konstituiert, die nach den Maßgaben der aufwendigen AWMF-Methodik für S3-Leitlinien, Quellleitlinien sowie Metaanalysen und systematische Reviewarbeiten sichtet sowie bei Bedarf ergänzende Recherchen durchführt. Ziel der Arbeitsgruppe ist die umfassende Bewertung der Wirksamkeit einer Alkoholzugsbehandlung und differenzierter Aspekte der Pharmakotherapie. Evidenzen und Empfehlungsgerade aus Literatur und internationalen Leitlinien werden aktuell erarbeitet. Auf den Nutzen für die klinische Praxis soll geachtet werden. Eine Fertigstellung der Leitlinien ist für 2013 geplant.

Lit: (1) Hoch et al.: S3-Leitlinien für substanzbezogene Störungen SUCHT, 58 (2), 2012, 97 – 107

### Hauptsache trocken! Reicht das? Der „Qualifizierte Entzug“, eine suchtmmedizinische Errungenschaft

A. Spauschus<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Schön Klinik, Hamburg Eilbek, Dehnhaid 120, 22081 Hamburg

Alkoholbezogene Störungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Alkoholkonsum verursacht hohe direkte und indirekte Kosten für die Volkswirtschaft und führt bei den Betroffenen zu einem Verlust an Lebensqualität und vorzeitigem Versterben.

Der Qualifizierte Entzug (QE) in psychiatrischen und internistischen Abteilungen hat sich als Behandlungskonzept nach anfänglichen Schwierigkeiten in der Etablierung bewährt. Er beinhaltet nicht nur die körperliche Entgiftung und Behandlung von Folgeerkrankungen des Konsums. Der QE soll vielmehr dazu motivieren, die Grundstörung der Abhängigkeit weiter behandeln zu lassen. Das Hauptziel, den alkoholkranken Menschen nach erfolgter körperlicher Entgiftung und Stabilisierung Krankheitseinsicht und Kontakte zu suchtspezifischen Einrichtungen zu vermitteln, wird erreicht durch psychoedukative, psycho- und soziotherapeutische Angebote. Dem Therapieziel entsprechend wird der Erfolg des QE nicht nur auf Basis der Abstinenzraten, sondern auch anhand der Vermittlungsraten in Entwöhnungstherapien oder Selbsthilfegruppen beurteilt.

Der QE selbst ist zwar teurer als eine rein körperliche Entgiftung, es konnte aber für die Psychiatrie gezeigt werden, dass sich die Gesamtkosten für die Krankenkassen über mehrere Jahre hinweg deutlich reduzieren. Vor dem Hintergrund der anstehenden Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie bleibt zu hoffen, dass zukünftig eine Finanzierung bereitgestellt wird, die den sowohl aus medizinischen, als auch aus sozialen und ökonomischen Gründen sinnvollen Fortbestand des QE sicherstellt.

### Alkoholabhängigkeitsbehandlung – was können wir ambulant?

A. Ulmer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Stuttgart

Die Regelbehandlung chronischer Krankheiten muss die ambulante sein. Für Alkoholabhängige besteht sie vor allem aus

- einem Entzugsangebot und
- einer adäquaten Dauerbehandlung.

Wenn Entzugsbehandlungen mit einem gewissenhaften, standardisierten setting durchgeführt werden, ist die weit überwiegende Mehrheit ambulant möglich. Schon hier beginnt das Problem: Es ist unglaublich, wie viele Patienten berichten, dazu schon mal 100er-Schachteln Distranneurin ohne genaue Dosisanleitung verschrieben bekommen zu haben. Längst ist hinlänglich bekannt, dass Distranneurin auf solche Weise immer wieder mit schwersten, selbst intensivmedizinisch schwer behandelbaren Entgleisungen einhergeht. So hat die Substanz Clomethiazol, eigentlich eine wichtige Substanz zum Mildern von Entzugssymptomen, ihre Zulassung für ambulante Verschreibungen bei Alkoholabhängigkeit verloren. Wenn man sich auf ein gutes, standardisiert vorsichtiges Vorgehen von Ärzten verlassen könnte, wäre solch eine einschneidende Einschränkung nicht nötig.

Dasselbe Problem gilt noch mehr für die medikamentöse Basisbehandlung nach einem Entzug. Längst zeichnet sich die Notwendigkeit ab, auch hier agonistische Substanzen mit Abhängigkeitspotential und, im Fall von Missbrauch, geringer therapeutischer Breite einzusetzen. Den zu erwartenden Vorteilen stehen auch hier erhebliche Sorgen gegenüber, dass weder Ärzte noch Patienten damit in ausreichender Verlässlichkeit umgehen können. Das blockiert die Entwicklung. Wir müssen deshalb einen Weg entwickeln, wie wir vertrauenswürdige Strukturen garantieren können, die sicher ohne betäubungsmittelrechtlichen Regelwerk funktionieren und helfen, die Blockade zu überwinden. Im gemeinsamen Symposium diskutieren wir dazu eine Vorlage.

### Cognitive Störungen im Alter bei Drogen-gebrauchenden, HIV-positiven Patienten

G. Arendt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Neurologische Klinik der Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Düsseldorf

**Einleitung:** Alter > 50 Jahre und Drogengebrauch sind unabhängige Risikofaktoren für die Entwicklung Virus-assoziiertes cognitiver Defizite bei HIV-positiven Patienten. Diese werden gemäß einer internationalen Konvention in drei Grade unterteilt: in das asymptotische neuropsychologische (1) und das milde neurocognitive (2) Defizit sowie in die HIV-assoziierte Demenz (3). Grundsätzlich sind im Bereich der Cognition verbale und Abstraktions-Fähigkeiten, Perzeption, Aufmerksamkeit, Lernen, Gedächtnis sowie motorische und sensorische Funktionen besonders betroffen. Außerdem kann das tägliche Leben hinsichtlich der Kommunikation mit Anderen, der Mobilität und der Regelung finanzieller Angelegenheiten eingeschränkt sein.

**Hauptteil:** Die am häufigsten von HIV-positiven Patienten benutzten Drogen (Alkohol, Cannabis, Amphetamine und seine Derivate sowie Heroin) beeinflussen nicht nur selbst die Cognition negativ, sondern verstärken über unterschiedliche Mechanismen (Stimulation der Virus-Replikation in bereits infizierten Zellen, direkt toxische Wirkung auf Neurone, Sensibilisierung der von dem HI-Virus benutzten Rezeptoren auf Zellen dendritischen Ursprungs) die schädigende Viruswirkung auf das Gehirn. Diese ist durch die antiretrovirale Kombinationstherapie (cART) mittel- und langfristig nicht zu verhindern, sondern nur in ihren Auswirkungen zu mildern, wird aber durch die natürliche Alterung des Gehirns und ggf. durch eine

HCV-Ko-Infektion in dieser Patientengruppe verstärkt. Dies ist von besonderer Relevanz, da in den kommenden Jahren mehr als die Hälfte aller HIV-Infizierten älter als 50 Jahre sein wird. Vaskuläre Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie und Diabetes) mit konsekutiver cerebro-vaskulärer Demenz werden in diesem Alter ebenfalls für cognitive Störungen relevant, zumal bei HIV-Patienten nicht selten metabolische Syndrome als Folge der antiretroviralen Therapie bestehen.

**Schlussfolgerung:** Der Drogen-gebrauchende, HIV-positive Patient oberhalb der Fünfzig ist aus unterschiedlichen Gründen besonders hinsichtlich Alltags-relevanter kognitiver Einschränkungen und einer dementiven Entwicklung gefährdet, was besondere Betreuungs- und Versorgungsstrukturen erfordert.

## Arbeitskreise

### Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung Teil 1 & 2

T. Kuhlmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Das Konzept des „Motivational Interviewing“ (MI) bzw. der Motivierenden Gesprächsführung ist seit den 80er Jahren von Miller & Rollnick entwickelt und publiziert worden (1991 Motivational Interviewing – Preparing people to change addictive behavior 1; 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 Umgangs mit Widerstand.

### Praktischer Kurs Akupunktur in der Suchtmedizin Teil 1 & 2

E. Weber-Böse<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Asklepios Klinik Nord, Hamburg

Seit nun über 15 Jahren setzen wir in der Alkohol- und Drogenentzugsbehandlung auf allen Stationen und im teilstationären Bereich sowie in der Ambulanz der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll und den externen Substitutionsambulanzen der Klinik für Abhängigkeitserkran-



kungen der Asklepios Klinik Nord in Hamburg die Suchtakupunktur als zusätzliche Methode neben der auch weiterhin notwendigen medikamentösen Entzugsbehandlung ein. Vor allem das Krankenpflegepersonal wendet die Suchtakupunktur am Patienten an. Die Patienten müssen vor der Anwendung der Akupunktur einen Aufklärungsbogen unterschreiben, in dem sie über mögliche Nebenwirkungen, die jedoch äußerst gering sind, aufgeklärt und darauf hingewiesen werden, dass es sich dabei um keine schulmedizinische Behandlung handelt.

Insgesamt beteiligen sich an unserem Akupunkturangebot ca. 60% der Patienten, die alkohol- oder drogenabhängig sind, von den über 5000 jährlich, stationär, teilstationär oder ambulant behandelten Patienten.

Bei den Patienten kommen 5 Ohrakupunkturpunkte, die jeweils an beiden Ohren genadelt werden, zur Anwendung sowie 3 Körperakupunkturpunkte:

In dem angebotenen Kurs liegt der **Schwerpunkt auf der Praxis**. Die aufgeführten Akupunkturpunkte werden soweit vermittelt bzw. gegenseitig ausgeführt, dass jeder/e nach dem Kurs die entsprechenden Punkte am Patienten anwenden und weitere Erfahrungen sammeln kann. Vorab wird in dem Kurs die Theorie der Traditionellen Chinesischen Medizin auschnittsweise punktuell vermittelt und dabei die Akupunktur in dieses Gesamtkonzept eingeordnet.

**Der Kurs richtet sich an einen Personenkreis, der die Grundlagen der Suchtakupunktur erlernen möchte und ist nicht geeignet für Kolleginnen und Kollegen, die fortgeschrittene Akupunkturkenntnisse vermittelt bekommen wollen.**

Zusammenfassend kann der Einsatz der Akupunktur in der Entzugsbehandlung als eine zusätzliche effektive und auch kostengünstige Methode weiterempfohlen werden.

### Substitution in Haft

K. Keppler<sup>1</sup>, B. Knorr<sup>2</sup>, S. Mauruschat<sup>3</sup>, H. Stöver<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Justizvollzugsanstalt für Frauen, Vechta

<sup>2</sup>Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin

<sup>3</sup>Wuppertal

<sup>4</sup>Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich soziale Arbeit und Gesundheit, Frankfurt am Main

Die Behandlung der Hepatitis C hat sich in den letzten Jahren stetig weiter entwickelt mit immer besseren Heilungschancen. Auch die früher stark eingeschränkte Indikationsstellung (keine Therapie für Drogenkonsumenten, Gefängnisinsassen, Substituierte) hat sich verändert. Heute gilt eher: jede chronische Hepatitis C sollte behandelt werden.

Warum aber eignet sich Justizvollzug besonders gut zur Behandlung der HCV-Infektion?

1. Unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten gesehen ist eine unbehandelte Hep. C teurer als eine behandelte. Unterstellt man Szenarien wie: Familienvater infiziert sich auf dem Drogenstrich infiziert seine Ehefrau und die ihr ungeborenes Kind, so ist die unbehandelte HCV-Infektion sogar wesentlich teurer.
2. HCV-Behandlung um Folgekosten und Übertragungen zu vermeiden ist also nicht nur im Sinne des Patienten sondern auch im Sinne der Allgemeinheit.
3. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass bei der Behandlung einer Hep. C unter Bedingungen, die die Compliance per se sicherstellen (z. B. Abgabe der Medikamente im Zusammenhang mit der Abgabe des Substitutionsmittels), die Heilungschancen auf nahezu 100% steigen.
4. Hochgerechnet ca. 25.000 behandlungsbedürftige HCV-Patienten befinden sich in Haft.

Justizvollzug sollte daher unter den Aspekten

- eines die Compliance sicherstellenden und damit erfolgreichen Therapieregimes
- der Reduzierung von Kosten für die Allgemeinheit

die Therapie der HCV-Infektion auch als öffentliche Gesundheitsaufgabe betrachten und insofern gerade die Inhaftierungszeit nutzen, um möglichst viele Patienten zu behandeln.

### Tabakabhängigkeit mit Suchtpatienten

A. Jähne<sup>1</sup>, T. Rütter<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer - Comprehensive Cancer Center Freiburg (CCCF) und Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie

<sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU, München

Über 75 % aller Patienten mit einer Suchterkrankung weisen eine komorbide Tabakabhängigkeit auf. Die gesundheitlichen Folgen des kombinierten Tabakkonsums bei zusätzlicher Substanzabhängigkeit sind dabei synergistisch und werden ca. 50 % größer geschätzt als die Summe der einzelnen Risiken. So ist z.B. Rauchen – nicht Alkohol – die führende Todesursache für Patienten, die eine Entzugsbehandlung durchgeführt haben, und ist für mehr als 50 % aller Todesfälle dieser Patientengruppe verantwortlich. Anders als weitläufig angenommen weisen Suchtpatienten dabei eine mit der Normalbevölkerung vergleichbare Motivation zur Durchführung eines Rauchstopps auf. Neurobiologische Untersuchungen deuten auf synergistische Effekte von Tabakkonsum auf die Alkohol-, Opiat- und Kokainwirkung hin. Durch ihre vom Substanzkonsum geprägten Verhaltensstrukturen stellen Suchtpatienten besondere Anforderungen an die Raucherentwöhnungstherapie. Gemäß den Therapieleitlinien sollte zur Raucherentwöhnung eine Kombination aus biologischen und psychologischen Elementen eingesetzt werden. Neben motivierenden Kurzinterventionen können Selbsthilfemanuale und die Vermittlung an telefonische Beratungen zur psychologischen Unterstützung des Rauchstopps eingesetzt werden. Intensiver sind strukturierte Therapieprogramme, die meist im Gruppensetting verhaltenstherapeutische Elemente mit medikamentöser Unterstützung kombinieren. Einzeltherapie ist hierbei der Gruppentherapie nicht überlegen. Die Krankenkassen erstatten im ambulanten Setting bisher nur Gruppentherapien. Alle in der Effizienz gesicherten Programme arbeiten nach dem Prinzip des Rauchstopps und dem Erlernen alternativer Bewältigungsstrategien für Entzugssymptome und Konsumreize. Kann Abstinenz nicht erreicht werden, können Modelle zur Harm reduction eine Alternative darstellen. Zur medikamentösen Unterstützung stehen Nikotinpräparate in unterschiedlicher Darreichungsform, Vareniclin und Bupropion zur Verfügung.

Im Workshop werden nach einer kurzen theoretischen Übersicht praktische Fertigkeiten zur Planung und Durchführung einer Beratung zur Tabakentwöhnung bei Suchtpatienten vermittelt und die Anwendung der pharmakologischen Therapie besprochen.

### Läuse und Flöhe und ...

#### ADHS im Erwachsenenalter und PTBS bei Menschen mit Suchterkrankungen

W. Unglaub<sup>1</sup>, C. Lüdecke<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bezirksklinikum Regensburg, Klinikum für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

<sup>2</sup>Asklepios Fachklinikum Göttingen

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen leiden häufig an psychischen Begleiterkrankungen. Dies macht unsere Arbeit spannend, stellt uns aber auch ständig vor neue Herausforderungen. Wir haben es dabei immer mit der Frage zu tun: Wie können wir ein Behandlungssetting gestalten, damit sich Suchterkrankung und komorbide Störungen gleichermaßen bessern. Diese Überlegungen stellen sich in der Suchttherapie besonders bei der Behandlung der Traumafolgestörungen und des ADHS im Erwachsenenalter. Während die negativen Auswirkungen von Traumafolgestörungen auf den Verlauf von Suchterkrankungen bekannt sind, wird die Diagnose eines ADHS bei Suchtkranken noch wenig gestellt.

Eine gemeinsame und koordinierte Behandlung von Sucht, ADHS und Traumafolgestörungen findet trotz des nicht so seltenen Zusammentreffens bisher nicht statt.

Im Seminar soll die praxisnahe klinische und testpsychologische Diagnostik des ADHS i.

Erwachsenenalter bei Sucht vermittelt und dabei die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu Traumafolgestörungen und Sucht einbezogen werden, die bei diesen Erkrankungen durch die Überschneidung der Symptomatik komplex sein kann.

Methylphenidat selbst besitzt ein nicht unerhebliches Abhängigkeitsrisiko. Deshalb ist eine sichere Diagnostik des adulten ADHS unbedingte Behandlungsvoraussetzung. Danach müssen im Einzelfall die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten mit dem Patienten besprochen und abgewogen werden.

Anhand von Fallbeispielen sollen Lösungsansätze und Schwierigkeiten in Differenzialdiagnostik, pharmakologischer Therapie und psychotherapeutischer Behandlung diskutiert werden.

## PTBS und Sucht

### I. Schäfer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Ein großer Teil der Personen mit Suchtproblemen waren bereits in frühen Lebensphasen sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung oder anderen belastenden Erfahrungen ausgesetzt. Dementsprechend sind Traumafolgen, wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sind bei Personen mit Suchtproblemen ausgesprochen häufig, werden in der Praxis nur zum Teil diagnostiziert und in Beratung bzw. Therapie angemessen berücksichtigt. Inzwischen wurden verschiedene Ansätze entwickelt, die Erkenntnisse aus der Behandlung traumatisierter Menschen in die Suchttherapie integrieren und so einen Beitrag zu einer indikationsorientierten Beratung und Behandlung leisten. Im Arbeitskreis werden Aspekte einer angemessenen Versorgung Betroffener diskutiert. Dazu werden zunächst verschiedene Ansätze zur Behandlung der PTBS bei Suchtkranken vorgestellt, sowie ein aktuell durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertes Netzwerk zur Versorgung Betroffener („CANSAS“).

## Posterbeiträge

### Evaluierung einer strukturierten Tabakentwöhnung in der Arztpraxis - Das Konzept Einfach Erfolgreich Rauchfrei (EER)

A. Jähne<sup>1</sup>, T. Rütger<sup>2</sup>, H. Deest<sup>3</sup>, H. Gehrig<sup>4</sup>, J. de Zeeuw<sup>5</sup>, K. Mulzer<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Freiburg Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer - Comprehensive Cancer Center Freiburg (CCCF) und Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie

<sup>2</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität, München

<sup>3</sup> Praxis für Allgemein- und Arbeitsmedizin, Hamburg

<sup>4</sup> Praxis für Zahnmedizin, Kandel

<sup>5</sup> Medizinische Klinik 1, Petrus-Krankenhaus, Wuppertal

<sup>6</sup> Medical Affairs OTC, Johnson & Johnson GmbH, Neuss

Korrespondenzautor: Dr. Andreas Jähne; E-Mail: andreas.jaehne@uniklinik-freiburg.de

**Hintergrund:** Obwohl ein großer Teil von Patienten in ärztlichen Praxen den Tabakkonsum beenden möchte und von den Ärzten die Raucherentwöhnung als wichtig angesehen wird, werden Raucherentwöhnungstherapien im Praxisalltag kaum durchgeführt. Ziel war, eine einfache, strukturierte und rasch erlernbare Basistherapie zur Tabakentwöhnung (EINFACH ERFOLGREICH RAUCHFREI, EER), zu entwickeln, die es niedergelassenen Ärzten ermöglicht, mit einem relativ geringen Zeitaufwand bei aufhörwilligen Rauchern eine Tabakentwöhnung durchzuführen. In ihrer Wirksamkeit geprüfte, leitlinienbasierte Therapieelemente wurden für das Konzept in neuer Form kombiniert und ihre Anwendung mittels eines Gesprächsleitfadens vereinfacht. Wesentliche Therapieinhalte waren dabei die Identifikation aufhörtbereiter Raucher, die Stärkung der Änderungsmotivation, an den Abhängigkeitsgrad adaptierte Nikotinsubstitution, die Bewältigung von Entzugssymptomen und eine Rückfallprophylaxe. Patienten wurden hierfür in fünf Gesprächen bis zu drei Monaten begleitet.

**Ziel:** In einer nichtinterventionellen Studie sollte die Akzeptanz des Therapiekonzeptes EINFACH ERFOLGREICH RAUCHFREI in der niedergelassenen ärztlichen Praxis untersucht und die Anwendbarkeit des Konzeptes durch den Arzt/die Ärztin beurteilt werden.

**Methode:** Das Konzept EER ist seit Oktober 2010 verfügbar. Über Anzeigen in Fachzeitschriften wurden Ärzte aus dem hausärztlich tätigen Bereich rekrutiert, die Tabakentwöhnung nach EER bereits durchführen oder durchführen möchten. Die Ärzte wurden über einen web-basierten Fragebogen zu ihren Erfahrungen bei der Anwendung des Konzeptes und deren Effektivität befragt.

**Ergebnisse:** 177 Ärzte bekundeten Interesse an der Studie. In der vorläufigen Analyse der laufenden Studie liegen bisher Daten von 43 Ärzten und 147 Patienten vor. Die Basisdaten der Patienten zeigten ein medianes Alter von 49 Jahren, einen Rauchkonsum von 20 Zigaretten/Tag und einen Fagerström-Wert von 5.2. Aufgrund einer hohen Prävalenz von chronischen und sonstigen Erkrankungen (pulmonal 34%, kardiologisch 22%) wurde mehr als die Hälfte der Patienten von ihrem Arzt als leicht bis deutlich krank eingestuft. In einer ersten Analyse war die Abbruchquote im 3-monatigen Untersuchungszeitraum mit 33% moderat, wobei hiervon die Hälfte der Patienten keine weitere Unterstützung bei Tabakabstinenz wünschte. Als Medikation setzten die Patienten überwiegend Pflaster ein. Die Beobachtungszeit lag im Median bei 89 Tagen, die Dauer der Beratungsgespräche betrug im Mittel 10 Minuten. Die Ärzte bewerteten die Anwendbarkeit des Programms, die Compliance bei und den Therapienutzen für die Patienten als gut ein. Die ersten Zahlen zur Effektivität zeigten eine Abstinenzquote zu Behandlungsende von 56%.

**Zusammenfassung:** Die Kombination aus strukturierter Beratung und Nikotinsubstitution im Programm EINFACH ERFOLGREICH RAUCHFREI zeigte eine gute Integration im ärztlichen Praxisalltag, eine gute Haltequote der Patienten und hohe Anwendungszufriedenheit bei den Ärzten. Gemäß der vorläufigen Ergebnisse stellt sich das Konzept als alltagstauglich und zeiteffektiv dar.

### Medikamentengestützte Behandlung der Alkoholerkrankung mit Baclofen. Möglichkeiten und Grenzen einer virtuellen Selbsthilfegruppe im Internet, Erfahrungen über mehr als zwei Jahre.

C. Weigel<sup>1</sup>, F. J. Kreuzeder<sup>2</sup>, R. Fischer<sup>3</sup>, R.-H. Bödeker<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Suchtthilfezentrum Giessen

<sup>2</sup>Alkohol-und-Baclofen-Forum München

<sup>3</sup>Wien

<sup>4</sup>AG Medizinische Statistik der JLU Giessen

**Hintergrund:** Hinweise auf die Wirksamkeit von Baclofen liegen bisher nur aus Fallstudien oder aus methodisch unzureichenden klinischen Studien vor (1, 2). Dennoch wird Baclofen in der Praxis zunehmend häufiger angewandt (3). Mit Hilfe eines Surveys (surveymonkey®) sollten Erfahrungen von Patienten, die einer webbasierten Selbsthilfegruppe (www.baclofen-forum.de) angehören, gesammelt werden.

**Methoden:** Webbasierte Mitgliederbefragung mit Eigenerfahrung in der Therapie mit Baclofen über 3 und mehr Monate (N=65). Erfragt wurde der Alkoholkonsum in Abhängigkeit von der Dosierung des Medikaments, ebenso wie unerwünschte Wirkungen, Vor- und Rückfälle. Im Fokus der Befragung standen zudem Angst und Depression sowie Lebensqualität (PHQ-2, WHO-5).

**Ergebnisse:** Die vorliegenden Daten lassen den Schluss zu, dass das Ziel vollständige Abstinenz oder maßvoller Alkoholkonsum in der Mehrheit der Fälle erreicht wurde. Die Ergebnisse stimmen mit katamnestic Erhebungen größerer Kollektive überein (4, 5). Über die Hälfte der Teilnehmer haben weder Craving noch Vor- oder Rückfälle. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen treten selten auf, und zumeist in einem erträglichen Ausmaß, das nicht zu einem Therapieabbruch führt. Die bei Alkoholkranken häufig als Komorbidität assoziierte Angst und Depression (5) wird deutlich positiv beeinflusst. Die Patienten weisen gute Scorewerte für Lebensqualität bezogen auf die Gesamtstichprobe auf, jedoch finden sich bei fast einem Drittel Hinweise für das Vorliegen einer gesondert zu erhebenden psychischen Erkrankung. Unsere Daten stützen die Hypothese der individuellen Wirkungs- und Erhaltungsdosis, da sich keine Hinweise auf eine Auswirkung der Einnahmedauer feststellen lassen.

**Schlussfolgerung:** Es liegen hinreichend Daten vor, die die Wirksamkeit von Baclofen in der Behandlung der Alkoholerkrankung belegen. Baclofen soll als optionale Therapie allgemein zugänglich gemacht werden. Dafür ist einerseits eine Schulung der Ärzte dringend erforderlich, andererseits ist für eine therapeutische Begleitung der Patienten Sorge zu tragen.

#### Literatur:

1. Pastor A, Jones DM, Currie J (2012): High-Dose Baclofen for Treatment-Resistant. *J Clin Psychopharmacology* 32, 2,266-268
2. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Bedogni G, Caputo F, Gasbarrini G, Landolfi R (2011): Dose-Response Effect of Baclofen in Reducing Daily Alcohol Intake in Alcohol Dependence: Secondary Analysis of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Alcohol and Alcoholism* 46, 3,312-317
3. Benkert O, Hippus H (2011): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 8. Auflage Springer, 457
4. Rigal L, Alexandre-Dubroeuq C, De Beaurepaire R, Le Jeunne C, Jaury P (2012): Abstinence and 'Low-Risk' Consumption 1 Year after the Initiation of High-Dose Baclofen: A Retrospective Study among 'High-Risk' Drinkers. *Alcohol and Alcoholism*, doi: 10.1093/alcalc/ags028
5. Krupitsky EM, Burakov AM, Ivanov VB, Krandashova GF, Lapin IP, Grinenko AJ, Borodkin Y (1993): Baclofen administration for the treatment of affective disorders in alcoholic patients. *Drug Alcohol Depend*, 33, 2,157-63

### Risikofaktoren für Behandlungsabbrüche in ambulanter und stationärer Alkoholrehabilitation

U. W. Preuss<sup>1</sup>, J. Zimmermann, G. Schultz, Wong JWM, Schmidt P, Löhnert B, Soyka M

<sup>1</sup>Kreis Krankenhaus Prignitz gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

**Einführung:** Zahlreiche Studien weisen auf die günstigere Prognose der Alkoholabhängigkeit hin, wenn die Betroffenen sich nach der Entzugsbehandlung zu einer Rehabilitation entschließen. Allerdings gelten Therapieabbrüche als Risikofaktor für eine spätere Rückfälligkeit. Diese Auswertung von Daten einer ambulanten und zwei stationären Rehabilitationseinrichtungen identifiziert soziale, psychische und somatische Risikofaktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung bei Alkoholabhängigen.

**Methoden:** 92 Alkoholabhängige wurden in eine 12monatige ambulante und 303 Patienten in eine 8-12wöchige stationäre Rehabilitationsbehandlung eingeschlossen. Alle Personen wurden zu Beginn und Ende der Rehabilitation und nach 12 Monaten mittels standardisierter Interviews (Dokumentationsstandard Sucht III) und Fragebögen (SKID II, BDI, BIS11) evaluiert. Die beiden Stichproben wurden hinsichtlich regulärer und vorzeitiger Therapieabbrücker unterteilt. Die erhobenen Variablen wurden mittels univariater und multivariater Statistik über die Untergruppen miteinander verglichen.

**Ergebnisse:** 11.3% der stationären (IP) und 16.3% der ambulanten Patienten (OP) beendeten die Behandlung vorzeitig. In univariaten Vergleichen und der logistischen Regression zeigten sich für die Abbrecher eine niedrigere Rate der Abstinenz nach 12 Monaten, mehr Alkoholkonsum vor dem Beginn der Rehabilitation und eine höhere Rate an Borderline Persönlichkeitsstörungen. Bei IP Patienten zeigte sich für die Abbrecher eine höhere Rate an psychischen Störungen und Suizidversuchen, während OP Abbrecher öfter getrennt lebten.

**Diskussion:** Die Raten von IP und OP Abbrechern in der Rehabilitationsbehandlung entsprechen denen vorangegangener Studien. Diese Studie belegt erneut die ungünstige Prognose von Therapieabbrechern, da die Rate von Rückfällen innerhalb der ersten 12 Monate signifikant erhöht ist. Zudem ist dieser Personenkreis durch eine hohe Komorbidität von psychischen Störungen und vermehrt suizidalen Verhaltensweisen gekennzeichnet.

### Extreme Reduktion von Alkoholrückfällen durch Dihydrocodein – und doch Vorsicht!

A. Ulmer<sup>1</sup>, M. Müller

<sup>1</sup>Stuttgart

Auf der Suche, mit welchen Parametern sich der völlig andere Eindruck erfassen lässt, den Alkoholabhängige unter Dihydrocodein-(DHC-)Behandlung im Vergleich zu Alkoholabhängigen machen, wo diese oder eine vergleichbare Behandlung nicht gelingt, haben wir alle Patienten ausgewertet, die bei uns länger als 8 Jahre wegen Alkoholabhängigkeit in Betreuung waren. Mit kontinuierlicher oder dauerhaft erfolgreich abgeschlossener DHC-Behandlung waren das bei uns bisher 9 Patienten in durchschnittlich 11,2 jähriger Betreuung (D-P) (M/F = 5/4). Ohne waren es 32 Vergleichs-Patienten mit einer durchschnittlichen Betreuungszeit von 12,4 Jahren (V-P) (M/F = 22/10). Die Anzahl zuvor pro Patient durchgeführter ambulanter und stationärer Entzugsbehandlungen sowie Entwöhnungstherapien war bei den D-P 4,6, 4,8 und 1,6, bei den V-P 0,16, 3,7 und 0,7. Während unserer Betreuungszeit mussten bei den D-P 6 ambulante und eine stationäre Entzugsbehandlung durchgeführt werden. Einer dieser Patienten unterzog sich parallel einer „ambulanten Therapie“. Bei den V-P kam es zu 105 ambulanten und 331 stationären Entzugsbehandlungen sowie 41 Entwöhnungstherapien! Die Zahl ambulanter Entzugsbehandlungen pro Patient und Jahr war also unter DHC 4,4 fach reduziert, die stationärer um das 84 fache.

So enorm diese retrospektiven Zahlen sind, auch, was die Zahlen bei nicht agonistisch behandelte Alkoholabhängigkeit betrifft - es muss immer daran erinnert werden, dass die DHC-Behandlung bisher in keiner prospektiven Studie untersucht worden ist und DHC bei Verordnungen an Suchtkranke ohne eingehende, sorgfältige Struktur mit einer Reihe von Todesfällen einhergegangen ist. DHC gehört deshalb, ähnlich wie Clomethiazol, noch zu den umstrittenen Substanzen in der Suchtmedizin. Seine hervorragende Potenz ist an besondere Behandlungskonzepte mit guter Behandlungsordnung gebunden.

### Regelmäßig motivierendes Ansprechen der Nikotinabhängigkeit in der Praxis

A. Ulmer<sup>1</sup>, B. Frietsch<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Stuttgart

Seit zwei Jahren haben wir begonnen, Patienten, die regelmäßig zu uns kommen, etwa alle 3 – 4 Monate nach den Prinzipien des motivational interviewings auf ihre Nikotinabhängigkeit anzusprechen und einfach zu notieren, wie viele Zigaretten zu rauchen sie angeben.

Von 184 erstmals Angesprochenen konnten 93 bisher auch ein viertes Mal befragt werden, durchschnittlich nach 360 Tagen. Weil wir eine Spezialpraxis für HIV-Patienten und Substanzabhängige sind, handelt es sich um eine spezielle Patientenauswahl. Von den 93 waren 76 HIV-positiv, 17 opiatabhängig in Substitutionsbehandlung und 10 alkoholabhängig. Zu Beginn gaben 18,3% an, <10/d zu rauchen, 36,6% 10-19/d, 32,3% 20-29/d, 9,7% 30-39/d, 3,2% >40/d. Nach einem Jahr gaben 10,8% an, nicht mehr zu rauchen, 22,6% <10/d, 32,3% 10-19/d, 26,9% 20-29/d, 6,5% 30-39/d, 1,1% >40/d. Die Zahl derer, die eine Zigarettenzahl von 30 und mehr angaben, ging demnach von 12,9 auf 7,6% zurück, aber insgesamt änderten sich die Zigaretten/Raucher nur wenig: Von 16,9 auf 15,6 (- 7,8%). Von den 25 Patienten in Abhängigkeitsbehandlung wegen Alkohol und/oder Opiatabhängigkeit wurde keiner Nicht-raucher, was den Nichtraucheranteil unter den HIV-Patienten ohne Alkohol- und Opiatabhängigkeit nach einem Jahr auf 14,7% erhöht. Die Zahl der Zigaretten/Raucher verringerte sich nach Angaben der Patienten von 20,1 auf 17,6 (-12,7%).

Schlussfolgerung: Regelmäßiges, motivierendes Ansprechen des Rauchens ging bei unseren HIV-Patienten ohne Opiat- und Alkoholabhängigkeit mit einem Anstieg der Nichtraucherzahl auf 14,7% einher. Die Zahl der Zigaretten/Raucher scheint sich auch bei Opiat- und Alkoholabhängigen leicht zu verringern. Diesen Patienten fällt es schwerer, Nichtraucher zu werden (0%).

### Quantitativer Nachweis von Methoden und Buprenorphin im Speichel substituierter Patienten im Rahmen des „Multi-Target-Drogenscreenings“

N. Günther<sup>1</sup>, S. Lierheimer<sup>1</sup>, M. Böttcher<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MVZ Labor Dessau GmbH, Dessau

**Problemstellung:** Der Nachweis eines kürzlichen Drogen-/Medikamentenmissbrauchs erfolgt im Rahmen einer suchtmedizinischen Therapie zunehmend auch aus Speichelproben und mit chromatographischen Verfahren. Bei niedrigen Entscheidungsgrenzen in der Speichelanalytik (Cutoffs ca. 1 ng/mL) sind die Positivraten für die einzelnen missbrauchsrelevanten Substanzen mit denen des immunchemischen Urinscreenings vergleichbar und z. T. sogar deutlich höher (Amphetamine). Speichelproben können problemlos unter Sichtkontrolle gewonnen werden, so dass die Abgabe einer „Freundprobe“ leicht auszuschließen ist. Ein negativer Nachweis des entsprechenden Substituts belegt somit die Nichteinnahme des Medikaments

durch den Patienten. Analytisch bedingt falsch negative Befunde müssen vom Labor daher unbedingt durch die Wahl eines adäquat niedrigen Cutoffs ausgeschlossen werden. In der vorliegenden Arbeit soll anhand der Proben von Substitutionspatienten mit bekannter Dosierung von Methadon, Polamidon oder Buprenorphin unser momentaner Cutoff von 1 ng/mL retrospektiv validiert werden. Ferner wird die Korrelation zwischen Substitutdosierung und Speichelkonzentration untersucht, um ggf. Abweichungen vom „steady-state“ (z.B. „Buprenorphinpausen“, Abdosieren etc.) erkennen zu können.

**Methoden:** Für den semi-quantitativen Nachweis von 48 Drogen und Medikamenten aus Speichelproben wurde eine UPLC-MS/MS-Methode nach alkalischer Flüssigextraktion entwickelt, die zusätzlich auch die quantitative Bestimmung von Buprenorphin und Methadon ermöglicht. Der Cutoff für jede Substanz wurde auf 1 ng pro mL Speichel gesetzt. Für Methadon erfolgte die Kalibration von 0.5 bis 500 ng/mL und für Buprenorphin von 0.5 bis 20 ng/mL.

Die Speichelproben wurden mit dem Sammelsystem SCS pH 4.2 (Greiner Bio-One) gewonnen.

**Patienten:** Es wurden insgesamt 3637 Speichelproben von 1264 Substitutionspatienten (922 m, 342 w) mit bekannter Dosierung aus einem Zeitraum von 3 Monaten ausgewertet. Hiervon waren substituiert mit:

Buprenorphin: 276 Patienten (638 Proben), Dosierungsbereich 0.2-0.8 mg/d: 8 Pat., 1.0-3.0 mg/d: 29 Pat., 4.0-4.8 mg/d: 20 Pat., 5.0-6.0 mg/d: 41 Pat., 7.0-9.0 mg/d: 69 Pat., 10-12 mg/d: 39 Pat., 14-18 mg/d: 56 Pat., 20-24 mg/d: 14 Pat.

Methadon: 487 Patienten (1374 Proben), Dosierungsbereich 1-10 mg/d: 90 Pat., 11-30 mg/d: 58 Pat., 31-75 mg/d: 104 Pat., 80-100 mg/d: 96 Pat., 105-150 mg/d: 104 Pat., 160-325 mg/d: 35 Pat.

Polamidon: 501 Patienten (1625 Proben); Dosierungsbereich 1-6 mg/d: 90 Pat., 6.5-13.5 mg/d: 112 Pat., 14-50 mg/d: 156 Pat., 52-75 mg/d: 81 Pat., 80-90 mg/d: 41 Pat., 95-140 mg/d: 21 Pat.

**Ergebnisse:** Bei den Buprenorphin-Patienten waren 12 Proben (1.9%) unterhalb des Cutoffs von 1 ng/mL. Diese kamen von 9 Patienten aus 7 Dosierungsbereichen, so dass zumindest bei einigen Patienten von einer mangelhaften Compliance auszugehen war. Ausserhalb des Messbereichs waren 286 Proben (44.9%). Die Buprenorphin-konzentration innerhalb des Messbereichs von 1-20 ng/mL zeigte keine verwertbare Korrelation zur Dosis ( $r = 0.18$ ). Bei den Methadon- und Polamidon-Patienten war jeweils nur 1 Probe unterhalb des Cutoffs von 1 ng/mL. Ausserhalb des Messbereichs waren 885 Proben (64.4%) bzw. 811 Proben (49.9%). Die Methadonkonzentration innerhalb des Messbereichs von 1-500 ng/mL zeigte keine verwertbare Korrelation zur Dosis ( $r = 0.25$  bzw.  $0.22$ ).

**Schlussfolgerung:** Der Cutoff von 1 ng/mL scheint für die Bestimmung von Methadon im Speichel hinreichend sensitiv. Für den Nachweis von Buprenorphin muss der Cutoff möglicherweise auf 0.1 ng/mL abgesenkt werden. Die quantitative Bestimmung von Buprenorphin und Methadon im Speichel lässt keine Rückschlüsse auf ein etwaiges Abdosieren des Substituts durch den Patienten zu. Für die Unterscheidung von oraler Kontamination von physiologischen Wirkspiegeln, muss für beide Substitute der Messbereich vergrössert werden.

### Wenn wir nicht bessere Alternativen entwickeln, müssen wir das „Betäubungsmittel“ recht selbst formulieren

A. Ulmer<sup>1</sup>, B. Frietsch<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Stuttgart

BtMG und BtMVV sind zu wesentlichen Teilen noch von Anschauungen und Formulierungen geprägt, die nicht mehr zeitgemäß sind. Während es heute unstrittig ist, dass Opiatabhängige so viel und gut wie möglich mit einer agonistischen Medikation behandelt werden sollen, schreibt das BtMG immer noch (§13,1): „nur.., wenn ihre Anwendung am oder im menschl-

chen ... Körper begründet ist.“ Wo gibt es Vergleichbares in der Medizin? Die Formulierung „...nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann.“ verkennt den Stand des Wissens: Es zwingt Ärzte, eine notwendige Standardbehandlung als Behandlung letzter Wahl einzusetzen.

Der Tenor, z. B. im § 29: „Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer Betäubungsmittel ... abgibt, sonst in den Verkehr bringt ....“ Und: „In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter... durch eine der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 6 oder 7 bezeichneten Handlungen die Gesundheit mehrerer Menschen gefährdet.“, der versäumt, klarzustellen, dass Ärzte, die sich engagiert um ihre Patienten bemühen, damit KEINESFALLS gemeint sind, passt nicht als Regelungsgrundlage für eine gute Medizin. Der ganze Tenor ist falsch. Auch die Bundesärztekammer hat das erkannt und fordert Änderung. Die ständigen Zirkelschlüsse wie hier „in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 6 oder 7 bezeichneten Handlungen“ sind eine Zumutung an Benutzerunfreundlichkeit. Damit mögen Juristen umgehen können, weil es ihr täglich Brot zu sein scheint, zu blättern, aber medizinische Behandlungen kann man so nicht regeln. Kein Wunder, dass der Substitution die Ärzte ausgehen und das Gegenteil einer guten Regelung erreicht wird. Es wird Zeit, dass wir selbst Hand anlegen. Nach der kleinen, nur einige Punkte revidierenden Lösung, die aktuell angestrebt wird, muss eine große kommen. Ein erster Entwurf wird über die website der DGS und auf einem Poster zur Diskussion gestellt.

#### Therapie veranlasst durch Strafe gemäß §35 BtMG: Trends und Wirksamkeit

H. Zurhold<sup>1</sup>, U. Vertheim<sup>1</sup>, A. Savinsky<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg  
<sup>2</sup>Universität Hamburg, Fakultät für Rechtswissenschaften

#### Hintergrund der vom BMG geförderten Studie:

Seit Einführung des § 35 BtMG haben sich stationäre Einrichtungen der Drogenrehabilitation darauf eingerichtet, durch die Justiz zugeführte Patienten und Patientinnen aufzunehmen und dazu teilweise ihre Anzahl an Therapieplätzen erhöht. Im Februar 2011 problematisierten Suchthilfeverbände, dass es aufgrund zunehmender Zweifel an dem für die Anwendung des § 35 BtMG notwendigen „Kausalzusammenhang“ zwischen Straftat und Betäubungsmittelabhängigkeit zu einem Rückgang an Therapieantritten gemäß § 35 BtMG gekommen sei.

#### Fragestellungen der Studie:

Im Rahmen der Studie wird zwei zentralen Fragestellungen nachgegangen:

1. Ist in den letzten 10 Jahren ein rückläufiger Trend in der Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ nach § 35 BtMG zu beobachten?
2. Gibt es einen Unterschied in der Art der Therapiebeendigung zwischen Patienten und Patientinnen mit und ohne justizieller Auflage nach § 35 BtMG?

Diesen Fragen wird auf Basis verschiedener Daten aus der Rechtspflege und der stationären wie ambulanten Suchthilfe nachgegangen. Zudem wurden in drei Bundesländern Interviews mit stationären Rehabilitationseinrichtungen und mit Rechtspflegern und Rechtspflegerinnen der Staatsanwaltschaften geführt.

#### Erste Ergebnisse:

Bundesweite Daten zur Anzahl an Personen, die zur Therapieaufnahme gemäß § 35 BtMG aus dem Strafvollzug entlassen wurden, unterliegen in dem Zeitraum von 2003 bis 2012 Schwankungen. Seit 2010 ist zwar ein Rückgang an solchen Entlassungen zu beobachten, ein Trend lässt sich hieraus jedoch nicht ableiten. Auch die Hamburger Daten zum Therapieantritt gemäß § 35 BtMG zeigen keinen eindeutigen Trend. Zwischen 2001 und 2011 bewegt sich der Anteil an Patienten und Patientinnen mit einer Therapieauflage nach § 35 BtMG zwischen 27% und 46%. Allerdings verringert sich der Anteil an Therapiebeginnern ohne justizielle Auflagen. Patienten und Patientinnen mit einer Auflage nach § 35 BtMG beenden die Therapie häufiger regulär als diejenigen ohne diese Auflage.

Nach erfolgreicher Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme gemäß § 35 BtMG wird bei der Entscheidung über die Strafrestauesetzung nach § 36 BtMG zunehmend ein Bewährungshelfer oder eine Bewährungshelferin bestellt. Der Anteil an solchen Bewährungsunterstellungen hat sich im Laufe von 10 Jahren mehr als verfünffacht.

#### Erste Schlussfolgerungen:

Der von den Suchthilfeverbänden kritisierte Rückgang an Therapieantritten gemäß § 35 BtMG lässt sich auf Grundlage der Daten nicht bestätigen. Wenngleich in den letzten zwei Jahren Rückgang an Haftentlassungen zum Therapieantritt zu verzeichnen ist, gab es Zeitverlauf zuvor bereits solche Rückgänge. Eine Drogenbehandlung, die durch die Justiz veranlasst wurde, wird häufiger regulär beendet als eine „freiwillige“ Therapie. Aufgrund der verkürzten Therapiedauer von derzeit etwa 26 Wochen, werden Patienten und Patientinnen mit einer Auflage nach § 35 BtMG nach erfolgreicher Therapiebeendigung zunehmend häufiger einer Bewährungshilfe unterstellt.

Auch wenn gemäß § 35 BtMG auch ambulante Maßnahmen in Betracht kämen, werden primär stationäre Behandlungen seitens der Justiz bewilligt. Des Weiteren spielt die eigentliche „Therapie statt Strafe“ nach § 37 BtMG (Absehen von der Anklage) in der Praxis bislang kaum eine Rolle.

#### Chronische Begleiterkrankungen bei substituierten Opiatabhängigen in Abhängigkeit vom Lebensalter.

K. Isernhagen<sup>1</sup>, N. Qurishi<sup>1</sup>, K. Römer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gemeinschaftspraxis Göttenring, Köln

**Hintergrund:** Die Lebenserwartung Opiatabhängiger ist in den letzten Jahren unter Substitutionstherapie deutlich gestiegen. In einer Umfrage an Methadonkliniken in den USA waren fast 24 % aller Patienten älter als 50 Jahre (AT-forum 2003). Ältere Substituierte haben einen schlechteren Gesundheitszustand, hieraus werden sich in Zukunft zunehmend Probleme mit den Versorgungsstrukturen ergeben (Lofwall et al. 2005).

**Ziele:** Die Altersstruktur der Patienten einer Schwerpunktpraxis und die Komorbiditäten (ohne psychiatrische Begleiterkrankungen) sollen in Abhängigkeit vom Alter dargestellt werden.

**Methodik:** Zum Stichtag 01.10.2012 wird die Altersstruktur der Patienten der Gemeinschaftspraxis Göttenring analysiert, zum Vergleich wird dieselbe Analyse retrospektiv zum Stichtag 01.10.2002 durchgeführt. Bei allen aktuell substituierten Patienten werden die im Krankenblatt dokumentierten Dauerdiagnosen ermittelt und deren Anteil in den Gruppen >50 Jahre und < 50 dargestellt. Psychiatrische Diagnosen werden nicht analysiert, ebenso wenig wird der Anteil der HIV – Infektionen dargestellt, da diese Analyse in einer HIV – Schwerpunktpraxis zu einem Selektionsbias führen könnte. Der Anteil an HCV – Infektionen wird gesondert dargestellt.

**Ergebnisse:** Das Durchschnittsalter ist von 2002 (n = 76) bis 2012 (n = 198) von 37,1 auf 44,4 Jahre angestiegen, der Anteil der über Fünfzigjährigen von 5,3 % auf 22,2 %. Der Anteil an Patienten ohne dokumentierte Begleiterkrankung betrug in der Gruppe < 50 31,2 % in der Gruppe > 50 6,8 %. Atemwegserkrankungen sind die häufigsten Begleiterkrankungen (18,8 % <50 v. 38,6 % >50), gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates (13,6 % <50 v. 36,4 % >50). Herz/Kreislauf und Lebererkrankungen (ohne HCV) sind in der Gruppe >50 ebenfalls häufiger. Der Anteil HCV neg. Patienten ist in beiden Gruppen gleich (ca. 16 %).

**Diskussion:** Diese Studie bestätigt, dass der Anteil älterer Substituierter steigt, gleichzeitig nimmt erwartungsgemäß der Anteil an chronischen Begleiterkrankungen zu. Ein relevanter Anteil älterer Patienten hat mehrere Begleiterkrankungen, maximal bis zu fünf Diagnosen. Besorgniserregend ist der hohe Anteil an Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates bei älteren Patienten, verstärkte Präventionsanstrengungen erscheinen notwendig. Es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren verstärken wird, hierauf müssen die Anbieter im Gesundheitswesen incl. der Pflegeeinrichtungen vorbereitet

sein, entsprechende Strukturen für diese Patientengruppe müssen entwickelt werden.

### Komorbiditäten bei Glücksspielabhängigen Patienten in einer Suchtfachklinik für Männer

I. Englert<sup>1</sup>, K. Hildebrand<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge GmbH, Neuenkirchen

#### Zusammenfassung

Zunehmend suchen Männer mit Glücksspielproblematik Hilfe in stationären Entwöhnungseinrichtungen. Verhaltenssuchte wie Glücksspielabhängigkeit zeigen bekanntermaßen eine erhebliche Koinzidenz mit anderen psychischen Erkrankungen. Über ein Jahr wurde an einer Klinik mit genderspezifischer Behandlung für abhängige Männer vorwiegend von Alkohol, aber auch von Glücksspiel, die Häufigkeit des Auftretens psychischer Begleitstörungen zum Glücksspiel erfasst. Ziel war eine Verbesserung und Spezifizierung des Angebots für diese Störung. Dabei zeigte sich auch eine erhebliche Häufung der Diagnosen der Posttraumatischen Belastungsstörung. Gezeigt werden die gefundenen Häufigkeiten, die Konsequenzen für vorzuhaltende Therapien und Strukturen diskutiert.

#### Methodik

Im Rahmen der Qualitätssicherung wurden für das Jahr 2011 Diagnosen und Abschlussmodalitäten der stationären Patienten erfasst und spezifisch nochmal die Menge der Glücksspieler betrachtet.

#### Ergebnisse

Insgesamt wurden in dem genannten Zeitraum 459 Patienten behandelt, davon 77 mit der Diagnose einer Glücksspielabhängigkeit. In dieser Diagnosegruppe fanden sich an Abschlussraten (Rate Gesamtklinik): 80,5% reguläre Entlassungen (66,6%), 6,5% Wechsel in ambulante Behandlung im Rahmen einer Kombi-Behandlung (20,2%), 2,6% vorzeitige Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis (4,6%), 9,1% Entlassungen vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis (5,7%), 0% disziplinarische Entlassung (1,5%). An Komorbidität fanden sich 25,9% mit depressiven Störungen (F31.x-F33.x) (16,9%), 38,9% mit Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B (vorwiegend emotional-instabile Akzentuierungen) sowie kombinierte Persönlichkeitsstörungen überwiegend aus Cluster B (24,1%) und 14,3% mit Posttraumatischer Belastungsstörung (12,4%).

#### Diskussion

In der Summe finden sich also deutlich mehr (fast doppelt so viele) Therapieabbrüche und deutlich weniger ambulante Anschlussbehandlungen als bei den Patienten der gesamten Klinik. Ebenso zeigt sich eine Häufung vorwiegend emotional-instabiler Persönlichkeitsstörungen sowie eine leichte Häufung posttraumatischer Belastungsstörungen. Auch depressive Symptome spielen eine größere Rolle. Insofern ist es durchaus zu erwägen, für die Symptomatik dieser Störungen im Glücksspielbereich dezidiert Angebote insbesondere im Bereich des Umgangs mit Stress und Anspannung zu machen, da eine Verknüpfung der Störung der Impulskontrolle und den nicht so positiven Abschlussraten nahe liegt. In Folge dieser Ergebnisse wurden spezielle Indikationsgruppen wie Glücksspiel und Achtsamkeit zusätzlich zum üblichen Programm aus Gruppen- und Einzeltherapie eingerichtet, um diesen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

### Was soll bei Befragungen zu Neuro Enhancer Substanzen in der Schweiz beachtet werden? Eine Machbarkeitsstudie

L. Maier<sup>1</sup>, M. Schaub<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich

Neuro Enhancement bezeichnet die Einnahme von Medikamenten oder (psychoaktiven) Substanzen zur kognitiven Leistungssteigerung oder Stimmungsaufhellung. Bisher sind in der Schweiz nur wenige Studien zu dieser Thematik durchgeführt worden, die keine objektiven Daten liefern und keine Generalisierung der Resultate erlauben. Das Ziel der Machbarkeitsstudie ist, herauszufinden welche Forschungsinstrumente sich für Feldstudien zu Neuro Enhancer Substanzen eignen. Ausserdem soll aufgezeigt werden, wie ein Monitoringsystem zu Neuro Enhancement für die Schweiz, auf Grund der vorhandenen Feldstudien und bis dato gemachten Erfahrungen, aussehen könnte. Potentielle Risikogruppen für die missbräuchliche Verwendung von Stimulanzien sind Schülerinnen und Schüler, Studierende, aber auch Personen mit Substanzmissbrauch in der Vorgeschichte und Partygänger. Eine weitere wichtige Gruppe von Neuro Enhancement Praktizierenden findet sich unter den gestressten Erwerbstätigen, die Medikamente oder psychoaktive Substanzen zur kognitiven Leistungssteigerung einnehmen. Bisher fehlen jedoch Vergleichszahlen aus der Allgemeinbevölkerung, daher sind die Risikogruppen noch nicht endgültig identifiziert. Besondere Vorsicht ist bei der Differenzierung zwischen Gesunden und Personen mit einer ADS- bzw. ADHS-Erkrankung geboten. Normalerweise versteht der Begriff Neuro Enhancement die Verbesserung des Leistungs- und Funktionsniveaus bei Gesunden, selbstverständlich verbessern aber auch Patientinnen und Patienten mit ADS bzw. ADHS ihre kognitive Leistung durch missbräuchliche Einnahme der verordneten Medikation. Spezifischere Frageformulierungen oder allenfalls neu entwickelte Instrumente sollen helfen, Aussagen über die tatsächliche Prävalenz von Neuro Enhancement in der Schweiz zu machen.

## ArzthelferInnenseminar

Mittlerweile ist das Arzthelferinnenseminar in Berlin beim Kongress der DGS ein fester Bestandteil geworden. In immer wieder angenehmer Ausbildungsatmosphäre wollen wir auch in diesem Jahr wieder das Arzthelferinnenseminar durchführen. Dabei versuchen die Ausbilder ohne frontale Lehrmethoden wichtige Bestandteile der Suchtmedizin näherzubringen, einen fachlichen Austausch zu fördern. So sind in diesem Jahr neben der Alkoholkrankheit & comorbiden Störungen von Suchtkranken auch wieder schwierige Situationen im Arbeitsalltag auf der Tagesordnung.

Da die Seminare auch in kleinen Gruppen durchgeführt werden und vor allem um ein effektives Arbeiten zu sichern, wird die maximale Teilnehmerzahl des Kurses auf 25 Personen begrenzt sein.

Bitte beachten Sie, dass das Arzthelferinnenseminar eine Parallelveranstaltung des Kongresses darstellt, und somit mit der Teilnahmegebühr zum Kongress nicht besucht werden kann. Eine individuelle Anmeldung und getrennte Finanzierung ist Voraussetzung für die Teilnahme. Die Anmeldebestätigung wird Ihnen zugehen, es können auch nur 25 Teilnehmer berücksichtigt werden. Bei Überbuchung des Seminars werden Sie ebenso benachrichtigt.

## Satellitensymposium

### Wie machen's die Anderen: Substitution in Europa und anderswo (Satellitensymposium)

S. Walcher<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Concept Substitutionspraxis, München

Immer wieder kommt es zu langwierigen und in der Folge oft dramatischen Verfahren gegen Suchtmediziner in unserem Land. Die meisten sind nicht etwa Kunstfehlern geschuldet, sondern entspringen einer bewußten oder unwissentlichen Fehlinterpretation des überalterten deutschen Btm-Rechts. Verstöße gegen aktuelle Behandlungsstandards oder Leitlinien sind dabei oft nicht erkennbar. In der Konsequenz ziehen sich – wie aktuell in Niederbayern – immer mehr Ärzte aus der Substitution zurück oder schlimmer: sie fangen wegen der abschreckenden Rechtspraxis erst gar nicht an. In wenigen Jahren wird das Gros der aktuellen Suchtmediziner die Altersgrenze erreichen oder einfach mit der Substitutionsbehandlung aufhören. Was soll dann aus den steigenden Patientenzahlen werden, wer wird dann den mühsamen Kampf gegen rechtliche, moralische und medizinische Windmühlen weitertragen? Wir sind nicht die Einzigen, nichtmal die Ersten in Europa, die vor solchen Problemen stehen, das Rad müssen wir also nicht neu erfinden.

Tim Pfeiffer-Gerschel, Jens Reimer und ich werden einen Blick auf erfolgreiche Modelle, aber auch Probleme im europäischen und fernerem Ausland werfen. Mit durchaus schlankeren Rechtsnormen und pragmatischen Regeln werden dort keine Schleusen zur Massenabhängigkeit geöffnet, sterben dort nicht mehr Menschen als bei uns und gelingt doch eine patientengerechtere Versorgung mit Schmerz- und Substitutionsmitteln. Die Kriminalität geht zurück, damit auch die Belastung von Ermittlungsbehörden, Gerichten und Haftanstalten. Wir denken, aus diesen (europäischen) Erfahrungen sollte auch die Politik in unserem Land lernen, den Umgang mit Medikamenten in die Hand der ärztlichen Selbstverwaltung zu geben und geringe Mengen (Eigenbedarf) aller Suchtmittel für die Konsumenten straffrei zu stellen.