

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

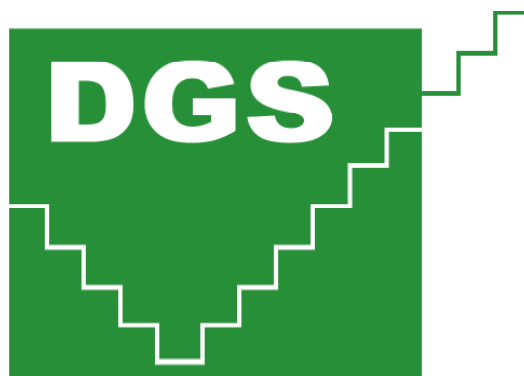
**Volkskrankheit Sucht – Richtig behandeln
und ausreichend finanzieren**

22. Kongress
der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

1. – 3. November 2013 in Berlin

ABSTRACTSAMMLUNG

Ludwig Erhard Haus
Fasanenstraße 85 · 10623 Berlin



Inhaltsverzeichnis

Aktuelles Programm & Raumplan 3

Symposien

20 Jahre legale Substitution Opiatabhängiger in Deutschland – Das Rationale.
M. Gastpar _____ 7

25 Jahre Opiatsubstitution in der BRD
J. Gölz _____ 8

„Das Recht muss der Wissenschaft folgen“
H.-G. Meyer-Thompson _____ 10

Kontrollierter Konsum bei Alkohol und Tabak: Eine wiederkehrende Kontroverse
A. Batra _____ 10

Internetabhängigkeit: Suchterkrankung der Zukunft?
H.-J. Rumpf _____ 11

Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
L. Kraus _____ 11

Sucht als Volkskrankheit – Die Europäische Perspektive
T. Pfeiffer-Gerschel _____ 12

Methodische Vorgaben und ihre Umsetzung bei der Entwicklung der S3-Leitlinien „Alkohol“
A. Batra, E. Hoch, K. Mann _____ 12

Die Umsetzung von Behandlungspfaden in der stationären Alkoholentzugsbehandlung
F. Godemann _____ 13

Kurzinterventionen: Anwendung in Klinik und Praxis
H.-J. Rumpf _____ 13

Arbeitskreise

Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung Teil 1 & 2
T. Kuhlmann _____ 14

Praktischer Kurs: Psychotherapie und Sucht Teil 1 & 2
C. Lüdecke, I. Schäfer _____ 15

Diamorphingestützte Behandlung
K. Bonorden-Kleij, A. Zsolnai _____ 15

Erfahrungsaustausch von Haftärzten
S. Mauruschat _____ 16

Selbstkontrollierter Substanzkonsum
J. Körkel _____ 16

**Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie – QAAT
Wie schaffen wir tragfähige Rahmenbedingungen?**
A. Ulmer _____ 17

Therapie chronischer Wunden – Ulcus cruris	
<i>S. Kanya</i> _____	18
Sucht im Alter aus der Sicht des Gerontopsychiaters	
<i>D. K. Wolter</i> _____	19
Posterbeiträge	
Männer sind anders	
<i>I. Englert, K. Hildebrand</i> _____	20
Genderspezifische stationäre Behandlungsprogramme für Männer mit der Comorbidität Sucht und emotional-instabile Persönlichkeitsstörung	
<i>K. Hildebrand, I. Englert</i> _____	20
MEINE BEHANDLUNG MEINE WAHL, Eine europäische Kampagne für Opiatkonsumenten, Freunde und Angehörige in 16 Sprachen	
<i>M. Jesse, C. Schieren, J. Kessinger, J. Lenz, K. Heinze, M. Häde, D. Schäffer</i> _____	21
Internet(sex-)sucht bei Substanzabhängigkeit – welche Rolle spielt ADHS?	
<i>E. Loncarek, M. Osterheider, S. Landgraf</i> _____	22
Nachweis von missbrauchsrelevanten Drogen in der Substitutionstherapie opiatabhängiger Patienten durch Multi-Targetscreening im Speichel	
<i>G. Martin, M. Böttcher, G. Koller, R. Musselmann, S. Walcher, O. Pogarell</i> _____	23
Nachweis von Pregabalin Beigebruch in der Substitutionstherapie opiatabhängiger Patienten im Rahmen eines Multi-Targetscreenings im Speichel	
<i>G. Martin, M. Böttcher, R. Musselmann, S. Walcher, D. Plörer, M. Canolli, C. Winter, O. Pogarell</i> ___	24
Qualität von Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung auf verschiedenen Zertifizierungslevels und Dauer der Umsetzung internationaler Standards rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen. Ergebnisse einer Mitgliederbefragung.	
<i>S. Mühlig, A. Neumann-Thiele, G. Teumer, E. Bothen, C. Meyer, M. Rustler</i> _____	25
Gesundheitsbezogene Lebensqualität substituierter Opiatabhängiger im Kontext der antiviralen Hepatitis C - Therapie	
<i>B. Schulte, C. S. Schmidt, U. Verthein, M. Backmund, N. Scherbaum, J. Reimer</i> _____	26
Missbrauch – wie wir ihn eindämmen und verhindern können	
<i>A. Ulmer</i> _____	27
Medikamentengestützte Behandlung der Alkoholerkrankung mit Baclofen: Reduktion des „Craving“ als Therapieoption	
<i>C. Weigel, B. Hündersen</i> _____	28
Stimulierende, schlafverbessernde und entzugsmildernde Effekte von Kratom bei Alkoholabhängigkeit und Entwicklung von Kratomabhängigkeit – Ein Fallbericht	
<i>N. Ziebolz, H. Neurath, H. Schröder, V. Höllt, A. Becker, U. Havemann-Reinecke</i> _____	29

Aktuelles Programm & Raumplan

Freitag, 1. November 2013

10:00h – 11:30h Arbeitskreise (Parallelveranstaltungen)

Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung – Teil 1 **GV Nord**
T. Kuhlmann (Bergisch Gladbach)

Psychotherapie und Sucht – Teil 1 **GV Mitte**
C. Lüdecke (Göttingen), I. Schäfer (Hamburg)

Einführung in die psychiatrischen Aspekte der Opiatsubstitution – Teil 1 **GV Süd**
J. Koc (Bremen)

Drogenanalytik **Goldbergersaal**
M. Böttcher (Dessau), C. Jellinek (Berlin), R. Schmid (Wien), S. Walcher (München)

Diamorphingestützte Behandlung **2d 09**
K. Bonorden-Kleij (Hamburg), A. Zsolnai (Stuttgart)

Erfahrungsaustausch von Haftärzten **2d 10**
S. Mauruschat (Wuppertal)

Zukünftige Behandlungsaspekte der Opioid-Abhängigkeit **KV**
unterstützt von Reckitt Benckiser Holding GmbH & Co. KG

11:30h – 11:45h Kaffeepause und Besuch der Industrieausstellung

11:45h – 12:45h Satellitensymposium **KV**

Mehr Handlungsoptionen für Patienten
Neue Wege in der Therapie der Alkoholabhängigkeit
unterstützt von Lundbeck GmbH

12:45h – 14:00h Mittagspause und Besuch der Industrieausstellung

14:00h – 16:00h Symposium **GV**

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

25 Jahre Substitution in Deutschland
Vorsitz: A. Ulmer (Stuttgart)

Rationale der Substitutionsbehandlung damals
M. Gastpar (Berlin)

25 Jahre Substitutionsbehandlung in der BRD
J. Götz (Berlin)

Das Recht muss der Wissenschaft und der Substitutionspraxis folgen – wie verläuft die Diskussion um die Änderung der BtMVV?
H.-G. Meyer-Thompson (Hamburg)

16:00h – 16:30h Kaffeepause und Besuch der Industrieausstellung

16:30h – 18:00h Symposia (Parallelveranstaltungen)

Symposium I: Abstimmung der Leitlinien Substitution

GV Süd

Vorsitz: M. Backmund (München), K. Isernhagen (Köln)

Symposium II: Aktuelles Symposium der DGSucht – Forschung und Suchttherapie

GV Nord

Vorsitz: A. Batra (Tübingen), H.-J. Rumpf (Lübeck)

Neurobiologische Grundlagen der Sucht – was gibt es Neues?

U. Havemann-Reinecke (Göttingen)

Kontrollierter Konsum bei Alkohol und Tabak: eine wiederkehrende Kontroverse

A. Batra (Tübingen)

Internetabhängigkeit: Suchterkrankung der Zukunft?

H.-J. Rumpf (Lübeck)

18:00h – 19:00h Satellitensymposium

KV

Erfolgreiche Hepatitis C-Therapie bei Suchtpatienten: zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Vorsitz: N. Qurishi (Köln)

Erfolgreiche HCV-Therapie: Auch bei Suchtpatienten!

U. Naumann (Berlin)

Behandlung der Hepatitis C bei HIV/HCV Co-Infektion

K. Römer (Köln)

unterstützt von Janssen-Cilag GmbH

19:00h Mitgliederversammlung

GV

Samstag, 2. November 2013

8:30h – 9:30h Satellitensymposium

KV

Läuse und Flöhe oder was läuft da über die Leber?

Vorsitz: U. Naumann (Berlin)

Aktuelle ART Empfehlungen bei Komorbiditäten

U. Naumann (Berlin)

HCV Mythen

B. Möller (Berlin)

Substitution bei HIV- und Hepatitis-Infektion

B. Weber (Kassel)

unterstützt von Gilead Sciences GmbH

9:30h – 10:00h Kaffeepause und Besuch der Industrieausstellung

10:00h – 12:30h Hauptsymposium

GV

Sucht als Volkskrankheit

Vorsitz: M. Backmund (München)

Epidemiologie und Gesundheitsökonomie

L. Kraus (München)

Die Europäische Perspektive

T. Pfeiffer-Gerschel (München)

**Podiumsdiskussion „Sucht als Volkskrankheit –
Richtig behandeln und ausreichend finanzieren“**

Moderation: M. Backmund (München)

u. a. E. Eusterholz (VDEK, Berlin), J. Köhler (DRV, Berlin), A. Koch (BUSS, Kassel),
F. U. Montgomery (BÄK, Hamburg/Berlin)

12:30h – 14:00h Mittagspause und Besuch der Industrieausstellung

14:00h – 15:00h Satellitensymposium

KV

Substitutionstherapie – zwischen regulärem Therapieende und Abstinenzgebot

unterstützt von Sanofi Aventis Deutschland GmbH

15:00h – 15:30h Kaffeepause und Besuch der Industrieausstellung

15:30h – 16:45h Arbeitskreise (Parallelveranstaltungen)

Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung – Teil 2

T. Kuhlmann (Bergisch Gladbach)

GV Nord

Psychotherapie und Sucht – Teil 2

C. Lüdecke (Göttingen), I. Schäfer (Hamburg)

GV Mitte

Einführung in die psychiatrischen Aspekte der Opiatsubstitution – Teil 2

J. Koc (Bremen)

GV Süd

Kindeswohl Falldiskussionen

G. Jungbluth-Strube (Bernburg), R. Schmid (Wien), S. Walcher (München)

2d 10

Kontrollierter Konsum

J. Körkel (Nürnberg)

Goldbergersaal

QAAT-Netzwerk (Qualifizierte Ambulante Alkoholabhängigkeits-Therapie)

A. Ulmer (Stuttgart)

2d 09

Alter und Sucht

W. Galetke (Köln), S. Kanya (Krefeld), D. Wolter (DK, Haderslev)
unterstützt von Hexal AG

KV

17:00h – 18:00h Neue Psychotrope Substanzen

GV

Vorsitz: H.-G. Meyer-Thompson (Hamburg)

NPS – Neue Psychotrope Substanzen und was Drugchecking leisten kann

R. Schmid (Wien) (angefragt)

Alte und neue psychotrope Substanzen: aktuelle Konsummuster und Notfälle

G. Rücker (Rostock)

18:15h Posterpreisverleihung

Sonntag, 3. November 2013

08:30h – 09:15h Satellitensymposium

KV

Clomethiazol – Klinische Daten und praktische Erfahrungen*unterstützt von Cheplapharm Arzneimittel GmbH*

09:30h – 12:45h Symposium

GV

Therapie der Tabakabhängigkeit – state-of-the-art und neue Entwicklungen*Vorsitz: S. Mühlig (Chemnitz), T. Rüther (München)***Die S3-Leitlinie Tabakabhängigkeit – Aktueller Bericht aus der S3-Leitlinienkommission***S. Mühlig (Chemnitz)***Viel Rauch um die E-Zigarette***D. Nowak (München)***Die E-Zigarette aus psychiatrischer Sicht***T. Rüther (München)*

11:00h – 11:15h Kaffeepause und Besuch der Industrieausstellung

Leitlinien Alkohol: Umsetzung in die ambulante und stationäre Praxis?*Vorsitz: U. W. Preuß (Perleberg), M. Schäfer (Essen)***Stand der S3 Leitlinien: Alkoholabhängigkeit***A. Batra (Tübingen)***Behandlungspfade bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit***F. Godemann (Berlin)***Alkoholentzug bei Abhängigen von Opiaten und anderen illegalen Substanzen***M. Schäfer (Essen)***Kurzintervention: Anwendung in Klinik und Praxis***H.J. Rumpf (Lübeck)*

GV **Großer Vortragssaal**
GV Nord **Großer Vortragssaal Nord**
GV Mitte **Großer Vortragssaal Mitte**
GV Süd **Großer Vortragssaal Süd**
KV **Kleiner Vortragssaal**
2d 09 / 10 **2. Etage**

Symposien

20 Jahre legale Substitution Opiatabhängiger in Deutschland – Das Rationale.

M. Gastpar

Fliecknerklinik Berlin

Substitution als maintenance to abstinence und als Langzeiterhaltungstherapie waren im ausgehenden 19. Jhd. und bis Anfang 30er Jahre in Deutschland zwar diskutierte, aber akzeptable Behandlungsformen. Es waren vor allem die USA, die u. a. parallel zur Alkoholprohibition versuchten, wieder dem Primat der Abstinenz weltweit Geltung zu verschaffen, ab 1934 auch mit den Zwangsbehandlungen in Lexington und Fort Worth. Aber es waren auch die Amerikaner, die um 1960 nüchtern erkannten, dass diese eher repressive Behandlungsstrategie wenig erfolgreich war. Die Stimulierung der Opiatforschung mit der Entwicklung neuer Opioide und der Methadon-Substitution waren die Folge.

1973 – 1975 wurde in Hannover erstmals ein methadongestütztes Behandlungsprogramm durchgeführt, das aber an den unrealistisch hohen Erfolgserwartungen scheiterte.

So brauchte es den weiteren Anstieg der Zahl der Heroinabhängigen und der sog. Drogentoten, bis die Politik den Ärzten und Drogentherapeuten die legale Möglichkeit einräumte, die MMT mit entsprechenden Qualitätsmaßnahmen einzuführen. Das NRW-Erprobungsvorhaben schuf dazu die grundlegenden Erfahrungswerte.

Rationale waren die Lebenserhaltung, die zeitliche Staffelung von psychologischer und körperlicher Entwöhnung und die Reduktion der drogeninduzierten Kriminalität.

25 Jahre Opiatsubstitution in der BRD

J. Gölz

Praxiszentrum Kaiserdamm, Berlin

In den 1970er Jahren begann in der BRD eine wachsende Anzahl von Jugendlichen Heroin zu injizieren. Das einzige zugelassene Therapieangebot war stationärer Entzug und stationäre Abstinenztherapie. Trotz der sehr hohen Rückfallquoten bei dieser Behandlung wurde diese therapeutische Monokultur nie in Frage gestellt. In den 1960er Jahren hatten Dole und Nyswander in den USA als therapeutische Alternative die Methadonsubstitution von Heroinabhängigen erprobt und damit überraschend gute medizinische und soziale Ergebnisse erzielt. In Rahmen der extremen gesellschaftlichen Diskriminierung und Poenalisierung der Heroinabhängigen gab es keine Initiativen nach therapeutischen Alternativen zu suchen. Eine Substitution mit Opiaten widersprach darüber hinaus dem strengen Drogenkontrollprogramm, das die USA als Siegermacht nach dem zweiten Weltkrieg in den Westzonen eingeführt hatte und das auch nach der Wiedervereinigung kritiklos übernommen wurde.

Dennoch begannen Mitte der 1980er Jahre zunächst niedergelassene Hausärzte in den Problemzonen der großstädtischen Ballungsgebiete Heroinabhängige mit der Verschreibung von Codein zu entkriminalisieren und sozial zu integrieren. Dies fand damals unter dem heftigen Widerstand der Ärzteverbände und der Politiker aller Parteien statt. Die Verordnung von Opiaten an Opiatabhängige war nach der damaligen Rechtsprechung strafbar. Die Situation wurde noch dadurch verschärft, dass ab 1982 immer mehr Heroinabhängige sich mit HIV infiziert hatten und die abstinenzorientierten Kliniken diese Patienten nicht aufnehmen wollten. Damit war eine schwer erkrankte Personengruppe ohne medizinische Versorgung. Immer mehr niedergelassene Ärzte substituierten daraufhin HIV-infizierte IVDU mit Codein oder L-Methadon und verstießen gegen das geltende Betäubungsmittelrecht. Um diesen massenweisen Verstoß der Ärzteschaft nicht zum öffentlichen Skandal werden zu lassen, beschloss am 27.03.1987 eine Sonderkonferenz der Gesundheitsminister der Bundesländer die Zulassung einer einzelfallbezogenen Substitutionsbehandlung bei fünf Indikationen: bei lebensbedrohlichem Entzug, bei Schwangeren, bei opioidpflichtigen Schmerzzuständen, bei schweren konsumierenden Erkrankungen und bei AIDS.

In den folgenden Jahren wurden die Indikationen ständig erweitert bis dann endlich 2003 die Heroinabhängigkeit alleine eine Indikation zur Substitution darstellte. 1987 wurden die ersten Richtlinien zur Substitution durch die Bundesärztekammer veröffentlicht, das Betäubungsmittelrecht wurde um die Substitutionsparagrafen erweitert und am 04.12.1990 wurden die NUB-Richtlinien zur Substitution veröffentlicht, womit die Bezahlung dieser Behandlung durch die Krankenkassen geregelt wurde. Im April 1993 waren schon 4.500 Heroinabhängige bei 1.700 niedergelassenen Ärzten in Substitution. Der überwiegende Teil dieser Ärzte hatte keine suchtmmedizinische Qualifikation und wurde in rasch installierten Fortbildungsveranstaltungen qualifiziert. Wegen der Regelungen durch Ärztekammern, KVen, NUB-Richtlinien und BtM-rechtlichen Vorschriften entstand rund um die Substitutionsbehandlungen für den handelnden Arzt ein ständig wachsender bürokratischer Aufwand und ein ständiges Anwachsen kontrollierender Instanzen. Bei keiner anderen Erkrankung müssen so viele Meldungen und Therapieberichte abgeliefert werden.

Zwar wurde zwischen 1987 und 1990 auf Länderebene in Modellversuchen die Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung bewiesen und die Bundesärztekammer veröffentlichte Richtlinien zur Opiatsubstitution, so dass dies jetzt eine offizielle Therapieform geworden war. Der nationale Rauschgiftbekämpfungsplan von 1990 jedoch setzte weiterhin ausschließlich auf Repression, Prävention und Abstinenztherapie. Diese fortdauernde politische Einmischung in ein medizinisches Sachgebiet zwang die substituierenden Ärzte dann 1991 zu ihrem organisierten Zusammenschluss. Die Deutsche Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin (DGDS)

e.V.) wurde gegründet. 1999 wurde sie in Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.) umbenannt. Sie ist heute der mitgliederstärkste Verband der deutschen Suchtmedizin. Die DGS organisiert jährlich einen suchtmmedizinischen Kongress. Die Vorstandsmitglieder arbeiten in mehreren nationalen und internationalen suchtpolitischen Institutionen mit. Sie geben drei suchtmmedizinische Zeitschriften heraus und entwickeln Richtlinien für den Praxisalltag. Viele Mitglieder der DGS haben die beiden großen deutschen Verlaufsstudien zur Opiatsubstitution (COBRA, PREMOS) mitgestaltet. Ebenso die Erprobung zur Einführung der Heroinsubstitution. Der Vorstand hat daneben dauerhaft Kontakt zu den suchtpolitischen Spezialisten der großen Parteien.

Heute sind etwa 75.000 Drogenabhängige bei 2.700 Ärzten in Substitutionsbehandlung. Diese Therapieform der Heroinabhängigkeit ist damit zum medizinischen Standard geworden. Der Substitutionstherapie sind zwei einschneidende Erfolge zuzuordnen: einmal die Reduktion der jährlichen heroinbedingten Todesfälle von 2.500 auf 900. Daneben ist die Bundesrepublik eines der wenigen Länder auf der Welt, die eine extrem niedrige Neuinfektionsrate mit HIV bei IVDU aufweist: seit 13 Jahren nicht mehr als 150-250 neue HIV-Infektionen bei 150.000 aktiv Heroinabhängigen. Da alle noch lebenden 8.000 HIV-infizierten IVDU in Substitutionsbehandlung sind, können sie niemanden auf der Drogenszene anstecken. Das erfolgreiche deutsche Modell der HIV-Prävention bei IVDU wird zurzeit durch mehrere DGS-Mitglieder in Nepal etabliert. Mehrere asiatische Länder wollen dieser Initiative folgen.

Der Geburtsfehler der Substitutionsbehandlung ist bis heute nicht beseitigt. Die therapeutische Praxis wird in hohem Maße von den prohibitiven Kontrollbedürfnissen gestaltet und nicht von den Erfordernissen eines meist langjährigen Arzt-Patientenverhältnisses. Alle Versuche, die strenge Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs zu lockern sind bis auf wenige kleine Ausnahmen bisher im Bundesrat gescheitert. Das Verhältnis von Arzt und Patient ist durch groteske Strafandrohungen und Bevormundungen pervertiert. So kann z. B. ein Arzt auch nach 20-jähriger Behandlung eines Substituierten nicht selbst entscheiden für welchen Zeitraum er dem Patienten das Substitut aushändigt. Dieser Übergriff der Prohibition in den Behandlungsalltag führt dazu, dass immer weniger junge Kollegen bereit sind, diese Therapie durchzuführen. Immer mehr Praxisinhaber müssen beim Verkauf ihrer Praxis zuerst die Substitutionspatienten abgeben, damit ihre Praxis überhaupt von einem Nachfolger übernommen wird. Die DGS arbeitet ständig an politischen Initiativen zur Vereinfachung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften und gegen die gut organisierte Apothekerlobby, die das Dispensierrecht für Medikamente alleine für sich beansprucht und dadurch einen grotesken Aufwand bei der Vergabe des Methadons verursacht.

Es bleibt zu hoffen, dass mit dem internationalen Umdenken in Bezug auf die gescheiterten Prohibitionsbemühungen auch der therapiestörende Kontrollapparat bei der Substitutionsbehandlung langsam wieder abgebaut wird.

"Das Recht muss der Wissenschaft folgen"

H.-G. Meyer-Thompson

Asklepios Klinik Nord, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Hamburg

Seit der Legalisierung der Substitutionsbehandlung in Deutschland werden in der BtMVV - Betäubungsmittelverschreibungsverordnung Indikationen, ärztliche Tätigkeiten und Therapieziele aufgeführt, die entweder nicht mehr dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen, oder weit entfernt sind von jeder evidence-based Medizin oder aber dort prinzipiell nichts zu suchen haben.

Diese Verordnung, eng verbunden mit dem BtMG - Betäubungsmittelgesetz, ist Grundlage für eine Vielzahl von Prozessen gegen substituierende Kolleginnen und Kollegen, die in voller ärztlicher Verantwortung und auf der Grundlage der BÄK-Richtlinien substituieren, sich aber – je nach örtlicher Rechtsauffassung – vor dem Gesetz strafbar machen.

Die DGS hat im Sommer 2012 eine BtMVV-Änderungsinitiative gestartet und nach internen Diskussionen und Umfragen in der Mitgliedschaft einen Änderungskatalog vorgelegt. Nicht einmal ein Jahr später hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder einstimmig beschlossen, das Bundesgesundheitsministerium um eine Überprüfung der Substitutionsvorschriften in der BtMVV zu bitten.

Unterstützung erhalten die Vorschläge der DGS auch von der BÄK, vom Deutschen Ärztetag, von der KBV u. a.

Das Referat wird über den Stand der Debatte berichten, verschiedene Optionen für die weitere Initiative aufzeigen und sich mit der Frage beschäftigen, wie das Abstinenzgebot in die BtMVV gelangen konnte.

Kontrollierter Konsum bei Alkohol und Tabak: Eine wiederkehrende Kontroverse

A. Batra

Universitätsklinik Tübingen

Analysen älterer Studien bis 1987 ergeben keine hinreichenden Belege dafür, dass es Alkoholkranken möglich sein könnte, für einen längeren Zeitraum ein kontrolliertes Trinken aufrecht zu erhalten. Dagegen lassen sich mehr Evidenzen dafür finden, dass alternativ zum kontrollierten Konsum oder reduziertem Konsum eine anhaltende Abstinenz erreicht werden kann. Die Kontroverse war Inhalt der Auseinandersetzung von Alkoholselbsthilfverbänden mit Anbietern in diesem Bereich.

Immer wieder wird alternativ ein Reduktionsansatz formuliert, der in den letzten Jahren zunehmend weniger aus dem Ziel, Kontrolle über das Suchtverhalten zu erlangen, entstanden ist, als aus dem Bemühen, eine Form von Schadensbegrenzung zu finden. Dies hat sich aus der Drogenbehandlung effektiv umsetzen lassen, für den Tabakkonsum wird dies sehr kontrovers diskutiert, nicht zuletzt auch aufgrund der nachgewiesenen Schädlichkeit einer jeden einzelnen Zigarette. Für den Alkoholkonsum gewinnt dieser Zugang angesichts der Veränderung des diagnostischen Herangehens und der Ablösung des bisherigen dichotomen Ansatzes zur Alkohol- bzw. Suchtdiagnostik an Bedeutung. Reduktionsansätze könnten den Erreichungsgrad von Interventionen erhöhen und zur Schadensbegrenzung beitragen. Inwieweit hier medikamentöse und psychotherapeutische Konzepte Sinn machen und inwieweit zunächst Fragen zur Klärung der Zielgruppen, der Zielvariablen, des Interventionsstils und der differentiellen Indikationskriterien formuliert werden müssen, verbleibt Gegenstand der Forschung und Diskussion.

Internetabhängigkeit: Suchterkrankung der Zukunft?

H.-J. Rumpf

Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsgruppe S:TEP

Internetabhängigkeit ist eine noch junge Störung, für die es wenig wissenschaftlich gesicherte Daten gibt, wie sie zu diagnostizieren ist und welche Risikomerkmale bestehen. Insbesondere Daten aus der Allgemeinbevölkerung fehlen in der Regel. Die meisten Studien haben Risikogruppen oder Personen, die für die Störung Behandlung in Anspruch nehmen, untersucht. Vorgestellt werden neue Befunde aus der PINTA-DIARI Studie, welche Hinweise darauf geben, dass es sich um eine Störung mit klinischer Bedeutung handelt. Dabei wird der Vorschlag des gerade erschienenen Klassifikationssystems DSM-5 zur Diagnose der Störung genutzt. Insgesamt ist derzeit in Deutschland von einer Prävalenz von 1% auszugehen mit höheren Raten in jüngeren Altersgruppen. Es finden sich kaum geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit, abhängige Männer nutzen aber häufiger Onlinespiele und abhängige Frauen Soziale Netzwerke.

Neben Prävalenzdaten und Risikomerkmale werden verschiedene Internetaktivitäten (Spiele, Soziale Netzwerk und anderes) hinsichtlich der Kriterien der Abhängigkeit und Beeinträchtigung von Lebensbereichen beleuchtet sowie ein Ausblick auf die zukünftige Bedeutung der Störung gegeben.

Epidemiologie und Gesundheitsökonomie

L. Kraus^{1,2}

¹ *IFT Institut für Therapieforschung, München, Germany*

² *Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, SoRAD, Stockholm, Sweden*

Gemäß der Global Burden of Disease Studie ist Substanzgebrauch und insbesondere der Konsum von Alkohol und Tabak einer der bedeutsamsten Faktoren für Krankheit und frühzeitliche Sterblichkeit. Tabakkonsum belegt weltweit Rang zwei der DALYs (disability adjusted life years) und Alkoholgebrauch Rang fünf (Lim et al., 2012). Schätzungen der durch Substanzkonsum verursachten direkten (z.B. Behandlungskosten) und indirekten Kosten (z.B. Mortalität, Frühberentung) belaufen sich in die Milliarden. Schätzungen der gesellschaftlichen Kosten im Sinne der Kosten einer bestimmten Krankheit per se haben in jüngster Zeit deutliche Kritik erfahren (Mäkelä, 2012; Uhl, 2004). Kosten-Effektivitäts-Analysen zur Untersuchung vermeidbarer Kosten (Chisholm et al., 2004; Collins et al., 2006) haben dagegen praktische Relevanz, indem sie unterschiedliche Maßnahmen (z.B. eine Intervention) miteinander oder mit einer Kontrollbedingung (z.B. keine Maßnahme) vergleichen. Am Beispiel Alkohol werden Interventionen diskutiert, die zur Reduktion der Mortalität und damit letztendlich zur Reduktion von Kosten beitragen können.

Sucht als Volkskrankheit – Die Europäische Perspektive

T. Pfeiffer-Gerschel

Institut für Therapieforchung, München

Unsere gewohnte Betrachtung von „Sucht“ führt meist dazu, dass gesundheitliche und soziale Aspekte, die mit einem riskanten, schädlichen oder abhängigen Gebrauch psychotroper Substanzen verbundenen sind, in den Vordergrund rücken. Ergänzt man den Aspekt der Prävention, richtet dies ergänzend den Blick auf die Stärkung vorhandener Ressourcen und protektiver individueller und gesellschaftlicher Faktoren. Trotz der sichtbaren Relevanz gesetzlicher Rahmenbedingungen (Werbung, Betäubungsmittelgesetz, Strafverfolgung, ...) und dem Wissen um die in diesem Kontext investierten Ressourcen, dominiert unsere Wahrnehmung von „Sucht“ als einem primären „Public Health“-Thema, das vor allem auf der Dimension „krank – gesund“ beschrieben wird. Anders auf europäischer Ebene. Eine integrierte Drogen- und Suchtpolitik, die nicht primär zwischen „legalen“ und „illegalen“ Substanzen unterscheidet, existiert längst noch nicht in allen Ländern, die Generaldirektionen der Europäischen Kommission unterscheiden sehr deutlich zwischen „Drogen“ und „anderen Substanzen“ und ein systematisches Monitoring, die Sammlung von Routinedaten und die Erarbeitung von Empfehlungen erfolgt europäisch nur durch eine auf illegale Drogen fokussierte Agentur. Durch die gemeinsame Befassung der Mitgliedsstaaten der europäischen Union mit „Sucht“ zieht sich die Frage nach dem legalen Status wie ein Graben, der definiert, welches gemeinsame Interesse die Handlungen definiert: Fragen der Strafverfolgung und justizielle Aspekte auf der einen – der „illegalen“ – Seite, große Linien einer mit „Gesundheit“ überschriebenen Politik, die sich in wirtschaftlich geprägte Wachstumsprogramme einzubetten hat, auf der anderen – der „legalen“ Seite. Diese Trennung ist aus fachlicher Sicht artifiziell und nicht geeignet, den Herausforderungen der Zukunft angemessen zu begegnen.

Methodische Vorgaben und ihre Umsetzung bei der Entwicklung der S3-Leitlinien „Alkohol“

A. Batra¹, E. Hoch², K. Mann²

¹ *Universitätsklinik Tübingen*

² *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim*

Nach Auslaufen der S2-Leitlinien zu Diagnostik, Screening und Behandlung substanzbezogener Störungen unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in den Jahren 2005-2007 wurde 2010 beschlossen, ein Update und Upgrade der Leitlinien im Bereich der substanzbezogenen Störungen vorzunehmen.

Drei Alkoholleitlinien sollten in eine Gesamtleitlinie überführt und die Behandlungsempfehlungen für die alkoholbezogenen Störungen aktualisiert werden. Wesentliche Merkmale des S3-Leitlinienprozesses sind neben der Evidenzbasierung eine für den Anwenderkreis repräsentative Entwicklergruppe, eine systematische Recherche und Bewertung der Literatur nach einer vorgegebenen Stufenklassifikation der AWMF sowie eine Abstimmung der Leitlinienempfehlungen im Konsensusprozess auf Arbeitsgruppenebene, Steuergruppenebene und im Rahmen einer Konsensusfindung unter Beteiligung aller Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen, die mitwirken.

7 Arbeitsgruppen bearbeiten die Themen Screening und Diagnostik, Kurzintervention, Entgiftung, Komorbiditätsaspekte, spezifische Populationen, Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung sowie die Schnittstellen und Versorgungssituation.

Seit Oktober 2010 ist mit der Definition des Leitlinienthemas ein aufwendiger Leitlinien-Ablauf im Gange, mit der Dissimination, Implementierung und Evaluierung der Leitlinientexte wird im Sommer 2014 gerechnet.

Die Umsetzung von Behandlungspfaden in der stationären Alkoholentzugsbehandlung

F. Godemann

St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Fast 30% der stationären Aufnahmen in der Psychiatrie sind Patienten mit alkoholbezogenen Störungen. Die diagnostischen Anforderungen und die Behandlung haben dabei meist einen Routineanteil.

In einer naturalistischen Studie wurde bei 145 Patienten untersucht, ob die Implementierung von Behandlungspfaden den diagnostischen und therapeutischen Prozess unterstützen kann. Es wurden verschiedene Prozess- und Ergebnisvariablen untersucht, um die Qualität der Diagnostik und Behandlung abzubilden. So wurde betrachtet, ob Routineuntersuchungen wie EKG und Blutentnahme zeitnah erfolgten, in sinnvoller Weise Verlaufsuntersuchungen stattfanden und es vermehrt gelingt, Kontakte zum ambulanten Hilffsystem herzustellen.

Es zeigte sich, dass diese Prozess- und Ergebnisvariablen durch die Implementierung des Behandlungspfades günstig beeinflusst werden können. Entscheidender aber ist, ob ausreichend Zeit für die Behandlung verbleibt (i.S. eines qualifizierten Entzuges).

Die erzielten Verbesserungen waren ausreichend, um den Einsatz der Pfade im Routinebetrieb fortzusetzen.

Kurzinterventionen: Anwendung in Klinik und Praxis

H.-J. Rumpf

Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsgruppe S:TEP

Hintergrund: Kurzinterventionen sind insbesondere unter dem Gesichtspunkt eines bevölkerungsbasierten Ansatzes zur Versorgung von Menschen mit schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch ein zentrales Mittel. Sie lassen sich in vielen Settings durchführen und sind für pro-aktive Interventionen geeignet. Im Rahmen der Entwicklung der S3-Leitlinien wurden für den Bereich der Kurzinterventionen Empfehlungen erarbeitet und konsentiert.

Methode: Die Arbeitsgruppe hat im ersten Schritt Quelleitlinien hinsichtlich der zu beantwortenden klinischen Fragestellungen gesichtet. Weiterhin wurden Metaanalysen herangezogen. In zwei Fällen wurden eigene systematische Recherchen durchgeführt. In den übrigen Fragestellungen wurden auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Literatur Klinische Konsenspunkte (KKP) bestimmt.

Ergebnisse: Die Allgemeine Wirksamkeit von Kurzinterventionen konnte auf Basis von Quelleitlinien bestätigt werden, ebenso die Wirksamkeit bei der Zielgruppe der riskanten Konsumenten; es handelt sich um Soll-Empfehlungen (A). Bei Rauschtrinkern wurde eine B-Empfehlung (Sollte-Empfehlung) ausgesprochen und bei Abhängigkeit auf Grund der unklaren Evidenz eine Kann-Empfehlung (O). Weitere A-Empfehlungen konnten für die Wirksamkeit in der primärmedizinischen Versorgung sowie bei beiden Geschlechtern ermittelt werden. Auf Basis Klinischer Konsenspunkte (KKP) gilt die Wirksamkeit auch bei älteren Menschen als belegt, hingegen nicht für das Setting Arbeitsplatz. Für Personen mit gleichzeitig vorliegender komorbider psychischer Störung ist die Datenlage schwach, es resultiert eine Sollte-Empfehlung im Rahmen eines KKP.

Schlussfolgerung: Die Leitlinie liefert klare Anhaltspunkte und Empfehlungen für den Einsatz von Kurzinterventionen, deren Umsetzung noch aussteht.

Arbeitskreise

Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung Teil 1 & 2

T. Kuhlmann

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Das Konzept des „Motivational Interviewing“ (MI) bzw. der Motivierenden Gesprächsführung ist seit den 1980er 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.

Praktischer Kurs: Psychotherapie und Sucht Teil 1 & 2

C. Lüdecke¹, I. Schäfer²

¹ Asklepios Fachklinikum Göttingen, Allgemeinpsychiatrie, Suchtbehandlung

² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)

Psychotherapeutische Verfahren nehmen in der Behandlung der komorbiden psychischen Störungen bei Suchterkrankungen, aber auch in der Behandlung der Suchterkrankungen selbst, einen immer größeren Stellenwert ein. Im ersten Teil des Arbeitskreises soll ein Überblick über psychotherapeutische Verfahren, die sich in der Behandlung der Suchterkrankung bewährt haben, gegeben werden. Einige ausgewählte Techniken werden praxisbezogen vorgestellt. Dabei werden auch Besonderheiten der therapeutischen Beziehung als Grundlage einer gelungenen Suchtbehandlung vorgetragen und zur Diskussion gestellt.

Zudem ist bei suchtkranken Klientinnen und Klienten mit komorbiden Störungen der Einsatz störungsspezifischer psychotherapeutischer Ansätze die Voraussetzung für eine langfristige Stabilisierung. Im zweiten Teil des Arbeitskreises wird dies am Beispiel von Suchtkranken mit komorbiden posttraumatischen Störungen diskutiert. Alle evidenzbasierten Interventionen aus dem Bereich der Traumatherapie haben sich auch bei dieser Gruppe von Klienten bewährt und wurden inzwischen vielerorts in die Suchtbehandlung integriert. Dies betrifft sowohl den Einsatz stabilisierender Interventionen, als auch die Behandlung mit verschiedenen Expositionsverfahren. Dabei wurde gezeigt, dass auch eine expositionsbasierte Therapie sicher und effektiv durchgeführt werden kann, wenn der Konsum sich stabilisiert hat und bis zu einem gewissen Grad alternative Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen. Im Arbeitskreis soll ein Überblick über die entsprechenden psychotherapeutischen Ansätze gegeben und ihr differenzieller Einsatz diskutiert werden.

Diamorphingestützte Behandlung

K. Bonorden-Kleij¹, Andreas Zsolnai²

¹ Asklepios Klinik Nord, Hamburg

² Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin, Stuttgart

Seit 2010 ist die diamorphingestützte Behandlung in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen und die entsprechende Richtlinie zur Substitutionsbehandlung angepasst worden. Die diamorphingestützte Behandlung ist eine Behandlungsmöglichkeit für Opiatabhängige, die bisher in andere Therapiemöglichkeiten unzureichend eingebunden werden oder sich unter Substitutionsbehandlung nicht ausreichend stabilisieren konnten.

Aus der alltäglichen Behandlungspraxis haben sich Mängel in der Durchführung der Behandlung ergeben, die einerseits Änderungen der BtMVV und RMvV zur Substitutionsbehandlung erforderlich machen, damit sich mehr niedergelassene Kollegen oder Ambulanzen für diese Behandlungsmethode gewinnen lassen. Andererseits muss für eine verbesserte und kostendeckende Honorierung dieser Behandlungsmethode gesorgt werden muss.

Der Workshop will sich mit den aktuellen Bedingungen der Neugründung einer Diamorphinambulanz in Stuttgart im Vergleich zur Implementierung der ersten Ambulanzen am Beispiel Hamburg Anfang 2002 im Rahmen der Modellstudie beschäftigen.

Weiter soll an Fallbeispielen gezeigt werden, für welche Patienten diese Behandlung möglich sein muss und oft die letzte Rettung ist bzw. welche Regularien in BtMVV und RMvV unnötige Hürden vor den Behandlungsbeginn setzen und im weiteren Behandlungsverlauf hinderlich sind.

Erfahrungsaustausch von Haftärzten

S. Maurushat

Praxis, Wuppertal

Bärbel Knorr DAH

Zusammenfassung: Substitution in den Haftanstalten in der Bundesrepublik

Statistische Erfassung der Behandlungsrealität in den verschiedenen Bundesländern. Besondere Aspekte wie prozentualer Anteil Männer/Frauen, Substitut, Haftzeit werden erläutert.

NN

Ein ärztlicher Kollege aus einer Haftanstalt in NRW berichtet aus seinem Alltag im Sinne eines Initiativvortrages.

Es ist davon auszugehen, dass regionale/bundesweite Unterschiede bestehen. Ziel ist, diese zu benennen und einen Konsens (Leitlinie?) für die DGS zu formulieren.

Karl Heinz Keppler

Medizinische Versorgung in Haft, Qualität und Netzwerk

Ausblick: Erstellung bundesweiter Papiere für Aufnahme und Entlassung in die JVA, bei Interesse Forum auf der DGS web Seite

Selbstkontrollierter Substanzkonsum

J. Körkel

Ev. Hochschule Nürnberg, Fakultät für Sozialwissenschaften

Bei eher wenigen Patienten/-innen ist die „Dauertotalabstinenz“ ein realistisches oder (von den Patienten/-innen) gewünschtes Behandlungsziel (vgl. etwa die „Beikonsumproblematik“). Aus diesem Grund gebietet es sich aus ethischen und Wirksamkeitsüberlegungen, Behandlungen mit dem Ziel eines reduzierten/selbstkontrollierten Substanzkonsums anzubieten. Seit ca. 40 Jahren gibt es dafür eine Palette evidenzbasierter, verhaltenstherapeutisch strukturierter Programme zum selbstkontrollierten Alkoholkonsum (kontrolliertes Trinken) bzw. zur gezielten Reduktion des Konsums von illegalen Drogen und/oder Zigaretten. Die Programme eignen sich auch für den Einsatz in Arztpraxen im Rahmen einer Kurzintervention: Der überschaubare Umfang der Programme, die Möglichkeit, sie mit einer medikamentösen Behandlung zu kombinieren und sie durch ärztlich-therapeutisch Gespräche anzuleiten oder autodidaktisch umsetzen zu lassen, ermöglicht eine hohe Variabilität in der Anwendung.

In diesem Arbeitskreis wird nach einer Präsentation des aktuellen State of the Art zum reduzierten/selbstkontrollierten Substanzkonsum ein Überblick über die einschlägigen autodidaktischen bzw. einzel- und gruppentherapeutischen Konsumreduktionsprogramme (z.B. „10-Schritte-Programm zum kontrollierten Trinken“, „KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“, Programm zum selbstkontrollierten Rauchen) und ihre Anwendbarkeit in der Arztpraxis gegeben. Anhand von Materialien wird mit ausgewählten Elementen der praktischen Programmumsetzung vertraut gemacht.

Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie – QAAT Wie schaffen wir tragfähige Rahmenbedingungen?

A. Ulmer

Praxis, Stuttgart

Alkoholabhängigkeit ist eine der häufigsten und schwersten chronischen Krankheiten. Dass Patienten darin auch eine qualifizierte ärztliche Betreuung wie bei Diabetes, Asthma oder Depression brauchen, wird noch zu wenig gesehen. Es fehlen alle Rahmenbedingungen.

Es bedarf einer Honorierung, die dem deutlich überdurchschnittlichen Aufwand gerecht wird. Für diese Honorierung braucht es umgekehrt eine sich bewährende Vertrauensbasis, dass dieser Aufwand wirklich qualifiziert geleistet wird.

Angesichts zunehmender Möglichkeiten, Entzugsbehandlungen ambulant durchzuführen und Verläufe mit Hilfe von Medikamenten zu verbessern, liegen enorme Einsparpotentiale für das Gesundheitswesen und wesentliche Vorteile für die Betroffenen auf der Hand.

Nadelöhr ist das Vertrauen. Zu viel Misstrauen rührt von Katastrophen bis zu Todesfällen durch unakzeptable ärztliche Schlampigkeit, und vom Verdacht, dass aufwendige Leistungen nur abgerechnet, aber gar nicht erbracht werden.

Wie kann dieses Misstrauen überwunden werden? Bei der Phenprocoumontherapie ist es doch auch gelungen und selbstverständlich geworden. Daran muss sich jegliche Suchtmedizin orientieren. Keine besondere Spezialisierung, nur besondere Gewissenhaftigkeit!

Konzentrierte Suchtmedizin nur an spezialisierten Zentren ist eine Sackgassen-Entwicklung! Die ambulante Behandlung von Alkoholabhängigen braucht von Anfang an eine sehr andere Entwicklung als bei der Substitution Opioidabhängiger.

Dafür braucht es gemeinsame Standards, zu denen sich Ärzte, die spezielle Honorierungen einfordern, verlässlich bekennen müssen. Das zu kontrollieren geht besser als bei den bedrückenden Qualitätsprüfungen in der Opioidsubstitution. Regionale Gremien, die sich um Vernetzung und das Vermindern von Mängeln kümmern, können ganze Regionen viel positiver gestalten.

Therapie chronischer Wunden Ulcus cruris

S. Kanya

MVZ KfH Gesundheitszentrum Krefeld

In der Behandlung von Wunden hat sich die feuchte Wundbehandlung inzwischen durchgesetzt, wenn die Durchblutungssituation eine Heilung zulässt. Wichtig ist jedoch, sich nicht allein auf die Wundaufgabe zu fokussieren, sondern mit einem kausalen Ansatz an die Therapie heranzugehen und auch systemische Faktoren, die die Wundheilung beeinflussen, im Auge zu behalten. Die chronische Wunde ist oft ein Ausdruck einer dekompenzierten körperlich-psychischen Gesamtsituation, die Patienten sind oftmals multimorbide und eine reine Lokalthherapie führt deshalb oft nicht zu dem gewünschten Erfolg.

Lokal betrachtet, verläuft die Wundheilung in Phasen, die unterschiedlicher Vorgehensweisen bedürfen. Die Rolle des Wundtherapeuten ist in der katabolen Phase eine andere, als in der anabolen Phase. Generell von zentraler Bedeutung ist das richtige Feuchtigkeitsmanagement (Sekret-/Exsudatmanagement). Die Wunde soll feucht, jedoch nicht nass sein, die Umgebung trocken. Wenn man hier die Materialien so auswählt, dass dies gewährleistet ist, ist man auf einem guten Weg zum Ziel. Generell wichtig ist der direkte Kontakt zwischen Wundaufgabe und Wunde. Bei tieferen Wunden ist ggf. ein Wundfüller und eine Wundabdeckung notwendig, jedoch sollte ein mehrfaches Übereinanderlegen von Wundaufgaben aus Kostengründen vermieden oder speziell begründet werden. Da die Wunde bei jedem Verbandwechsel auskühlt, sollte eine möglichst lange Tragedauer des Verbandes angestrebt werden. Bei der Fülle der auf dem Markt verfügbaren Materialien fällt es schwer, die Übersicht zu behalten. Als Leitfaden hilfreich ist hier die „Wunduhr“ (www.wunduhr.de).

Auch chronische Wunden sollten nur mit sterilen Materialien verbunden werden. Hierzu gibt es Empfehlungen vom RKI. Im Falle von Infektionszeichen sind inzwischen gut wirksame Antiseptika und antiseptische Wundaufgaben auf dem Markt. Als generelle Regel gilt: Lokale Infektionen lokal behandeln, systemische Infektionen systemisch. Die lokale Anwendung von Antibiotika ist unbedingt zu vermeiden.

Auch beim Ulcus cruris ist ein kausaler Therapieansatz anzustreben. Fast alle Ulcera cruris profitieren von einer Kompressionstherapie, insbesondere dann, wenn ein Ödem die Diffusionsstrecke verlängert. Zuvor sollte jedoch eine pAVK ausgeschlossen werden. Auch bei der Entstauungstherapie sind die Möglichkeiten vielfältig geworden, die Grundregeln haben sich jedoch kaum verändert.

Durch globales Denken, das richtige Feuchtigkeitsmanagement und die Mitarbeit des Patienten lassen heute die meisten Wunden zur Abheilung bringen.

Sucht im Alter aus der Sicht des Gerontopsychiaters

D. K. Wolter

Psychiatrien i Region Syddanmark, Gerontopsykiatrisk Afdeling Haderslev, Haderslev (DK)

Nachdem Suchtprobleme im Alter lange Zeit kaum Beachtung gefunden haben, werden sie allmählich auch für die Forschung interessant. An der vordersten Front der praktischen Suchtarbeit und Altersmedizin verspürt man schon länger den Druck, sich mit geeigneten Konzepten dieser wachsenden Klientel zu stellen. Auch die offizielle Drogenpolitik hat die Bedeutung erkannt und zahlreiche Projekte auf den Weg gebracht.

Angesichts der steigenden Lebenserwartung, der Entwicklung von Konsumgewohnheiten und kultureller Umwälzungen nehmen Suchtprobleme im Alter zu. Neben Alkohol und dem wie oft vernachlässigten Tabakkonsum spielen dabei Medikamente eine besondere Rolle. Die Abwägung von Schaden und Nutzen im Kontext von Multimorbidität und Polypharmazie ist dabei oft wichtiger als die Frage einer abstrakten Suchterkrankung. Opiatanalgetika erfahren eine kritische Neubewertung, weil einerseits die Wirksamkeit bei Nichttumorschmerzen zweifelhaft ist und andererseits die Risiken größer sind als lange Zeit angenommen. Neben erheblichen organmedizinischen Nebenwirkungen gehört zu den Risiken einerseits die Suchtentwicklung (in einer aktuellen Übersichtsarbeit geht man von „opioid use disorders“ bei einem Drittel der Patienten aus), andererseits wirken Opiatanalgetika wie ein Bindeglied zwischen der legalen Welt der medizinischen Versorgung und der illegalen Drogenwelt: zwar werden sie überwiegend älteren Menschen verschrieben, wandern aber nicht selten von den Rezeptempfängern zu jüngeren Suchtkranken, sei es durch offenen gemeinsamen Gebrauch oder durch heimliches „Abzweigen“ innerhalb der Familie, durch Verkauf auf dem Schwarzmarkt oder durch das „Recycling“ verbrauchter Opiatpflaster, die Drogenabhängige aus dem Müll von Krankenhäusern und Altenheimen sammeln. Besorgniserregend erscheint dabei, dass diese verschreibungspflichtigen Medikamente den Einstieg in den illegalen und i.v.-Konsum bedeuten können.

Suchtprobleme im Alter werden häufig nicht bzw. fehldiagnostiziert. Suchtmittelkonsum ist von großer Bedeutung für die Demenzentstehung. Mit dem Altern der Konsumenten illegaler Drogen wächst eine neue Zielgruppe heran, die besondere Konzepte und eine Kooperation von Suchthilfe, Allgemeinmedizin, Altersmedizin und Gerontopsychiatrie erfordert.

Literatur:

RCP (Royal College of Psychiatrists) (2011): Our invisible addicts. First Report of the Older Persons' Substance Misuse Working Group of the Royal College of Psychiatrists. College Report CR165. London. June 2011. <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR165.pdf> Zugriff 11.9.2013

Sucht im Alter. Nr. 2/2012 der Zeitschrift Psychotherapie im Alter. Gießen: Psychosozial-Verlag

Vogt I (Hrsg.) (2011): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag.

Wolter DK (2011): Sucht im Alter – Altern und Sucht. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag

Posterbeiträge

Männer sind anders

I. Englert, K. Hildebrand

Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge, Neuenkirchen

Genderspezifische Anpassung einer DBT basierten Therapie für männliche Suchtpatienten mit der Comorbidität einer Traumafolgestörung.

Nachdem die Diskussion, ob Sucht und Traumafolgestörungen gleichzeitig behandelbar sind klar entschieden ist, stellen sich nun weitere Fragen: Sind die bisher bei Traumapatienten eingesetzten Therapien auch für comorbide Patienten sinnbringend anwendbar? Wenn ja, reichen sie aus oder benötigen sie noch Ergänzungen?

Die meisten der Programme sind an einer vorwiegend weiblichen Klientel untersucht, die auch im stationären Bereich der Behandlung der Traumafolgestörungen bei weitem überrepräsentiert sind. Sind die Methoden und Materialien ohne Weiteres weiter anwendbar?

Mit diesen Fragen befasst sich das Poster und stellt genderspezifische Anpassungsmöglichkeiten dieser Therapien für eine rein männliche Klientel vor.

Genderspezifische stationäre Behandlungsprogramme für Männer mit der Comorbidität Sucht und emotional-instabile Persönlichkeitsstörung

K. Hildebrand, I. Englert

Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge, Neuenkirchen

„Weibliche Emotional-instabile befinden sich in Therapie – männliche in der Haftanstalt...“ – egal, ob man dieses Vorurteil teilen mag oder nicht, was ist aber, wenn sie danach (oder davor) wegen einer Abhängigkeitserkrankung in Therapie kommen?

Was brauchen diese Männer in der Therapie? Gibt es Unterschiede zur Therapie der weiblichen Borderline-Störung und wenn welche? Wie werden Impulskontrollstörungen behandelt, wie aggressives Verhalten?

Dieses Poster stellt Erfahrungen, wie die Therapie der Comorbidität von Abhängigkeitserkrankung und emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung beim Mann gestaltet werden kann, dar, welche Besonderheiten der Ätiopathogenese und dann in der Therapie zu beachten sind, wie die Therapie strukturell gestaltet werden kann.

MEINE BEHANDLUNG MEINE WAHL, Eine europäische Kampagne für Opiatkonsumenten, Freunde und Angehörige in 16 Sprachen

M. Jesse¹, C. Schieren¹, J. Kessinger¹, J. Lenz¹, K. Heinze¹, M. Häde¹, D. Schäffer²

¹ JES Bundesverband

² Deutsche AIDS-Hilfe

Einleitung: Neutrale und wertfreie Informationen sind oftmals die Voraussetzung, um über die eigene Situation als Opiatkonsument, Partner oder Angehöriger nachdenken und ggf. Veränderungen anstreben zu können. Aus diesem Grund hat der JES BUNDESVERBAND in Kooperation mit Drogenselbsthilfe-Organisationen aus verschiedenen europäischen Ländern wie z.B. Norwegen, Spanien, England und Frankreich die erste europäische Kampagne rund um das Thema „Opiate“ erstellt.

Ziel: Die Kampagne hat das Ziel, hochwertige Informationen zur Opioidabhängigkeit und den in Europa zu ihrer Behandlung zur Verfügung stehenden Optionen bereitzustellen. Ziel ist es, Opiatgebraucher, Partner und Angehörige zu informieren und Optionen zum Opiatkonsum oder der Opiatabhängigkeit vorzustellen. Zentrale Zielsetzung der Kampagne ist, die Entscheidungskompetenzen von Betroffenen zu erhöhen und sie in der Kommunikation mit dem Arzt, dem Drogenberater oder anderen Akteuren in der Drogenhilfe zu stärken.

Inhalte: Webseite: Im Zentrum der Kampagne „MEINE BEHANDLUNG MEINE WAHL“ steht eine Internetseite in 16 Sprachen www.meinebehandlungmeinewahl.eu. Dort wird über mögliche Zeichen einer Opiatabhängigkeit informiert. Im Bereich „medikamentengestützte Behandlung“ wird von der Entgiftung bis zur Substitution-Erhaltungsbehandlung die Palette der in Deutschland zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen vorgestellt

Medien: Darüber hinaus bietet die Kampagne ein breitgefächertes, modernes Medienangebot, das mittels Broschüren, Wallet Cards, Poster, Postkarten und unter Verwendung von QR Codes, auf unterschiedliche Weise die Ziele und Inhalte der Kampagne aufgreift.

Videospots: sowohl in fachlicher als auch in emotionaler Hinsicht sind die Videos, im Rahmen derer Opiatkonsumenten aus ganz Europa aus ihren Leben berichten und ihren Weg zur Substitution sowie die individuell unterschiedlichen Effekte darlegen, sicherlich die Basis und gleichsam das Highlight der Kampagne.

Ergebnisse: Im November 2013 besteht die Kampagne seit 16 Monaten. Die Rückmeldungen von Opiatkonsumenten und Mitarbeitern aus Drogenhilfen sind sehr positiv. Als Gründe werden sowohl die Authentizität, die passende Sprache und somit die zielgruppennahen Informationen genannt. Unterstrichen werden diese Einschätzungen durch die quantitative Evaluation: **Etwa 25.000 Aufrufe der Videospots auf youtube. In den ersten 6 Monaten 2013 wurden in Deutschland mehr als 10.000 Kampagnenmedien versandt. Die Kampagne wurde bisher auf mehr als 100 Internetseiten verlinkt.**

Die Kampagne ist ein gelungenes Beispiel für das länderübergreifende Engagement von Drogenselbsthilfen und Peers. Sie hat wegweisenden Charakter und kann als Grundlage für weitere internationale Projekte unter Einbeziehung oder Federführung von Drogenselbsthilfen dienen.

Internet(sex-)sucht bei Substanzabhängigkeit – welche Rolle spielt ADHS?

E. Loncarek¹, M. Osterheider², S. Landgraf²

¹ Zentrum für Suchtmedizin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg

² Universität Regensburg, Bezirksklinikum, Abteilung für forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Einleitung: Substanzabhängige zeigen eine exzessivere Mediennutzung, wobei Internetsexsucht (ISS) bisher nicht untersucht wurde. ADHS gilt als Risikofaktor für pathologische Internetnutzung (PIN). Unklar ist, welche Rolle ADHS bei der Assoziation von Substanzabhängigkeit (SA), PIN und ISS spielt.

Methoden: 104 Substanzabhängige und 85 Kontrollpersonen wurden mittels der Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen (OSV-e) auf PIN und mittels Online Sex Addiction-Questionnaire (OSA-Q) auf ISS untersucht. ADHS wurde mit dem ADHS-SB erfasst.

Ergebnisse: Substanzabhängige (8,2%) unterschieden sich in der PIN-Prävalenz nicht von Kontrollpersonen (5,1%). ISS hingegen trat häufiger bei SA auf (22,8% versus 8,6%). 66% der ISS zeigten keine PIN. Risikofaktoren für ISS waren ADHS, SA, männliches Geschlecht, sexuelle Versagensängste und die bevorzugte Stimmungsregulation via Internet. Unter 35-Jährige waren vulnerabler für PIN, Bildungsferne und Singles für PIN und ISS.

Diskussion: Erstmals wurde die Komorbidität zwischen SA und ADHS mit PIN / ISS untersucht. ADHS, SA und ISS könnten durch die höhere sexuelle Impulsivität bei ADHS, die „Copingstrategie Internet“ bei sexueller Beeinträchtigung und gemeinsame neurobiologische Faktoren zusammenhängen. Jüngere könnten durch die unreife frontale Impulskontrolle für PIN, Singles mit SA durch die Option zur Freizeitstrukturierung und Partnersuche via Internet ISS-gefährdet sein. Weitere Studien sollten die hohe ISS-Prävalenz bei SA verifizieren.

Nachweis von missbrauchsrelevanten Drogen in der Substitutionstherapie opiatabhängiger Patienten durch Multi-Targetscreening im Speichel

G. Martin¹, M. Böttcher², G. Koller¹, R. Musselmann³, S. Walcher³, O. Pogarell¹

¹ Substitutionsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München

² MVZ Labor Dessau GmbH, Dessau-Roßlau

³ Schwerpunktpraxis Concept, München

Hintergrund: Die Überprüfung eines kürzlichen Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs im Rahmen einer suchtmmedizinischen Therapie ist für eine erfolgreiche Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger von zentraler Bedeutung. Mit den derzeit hauptsächlich eingesetzten immunchemischen Drogenscreenings aus Urinproben werden routinemäßig meist nur die wichtigsten Parameter (z.B.: Opiate, BZD, Kokain, Amphetamine, EDDP) bestimmt. Es besteht der Verdacht, dass viele missbrauchsrelevante Substanzen oder Substanzgruppen unentdeckt bleiben. Zudem ist eine authentische und nicht manipulierte Urinprobe nur gewährleistet, wenn sie unter Sichtkontrolle gewonnen wurde, was in der Praxisroutine jedoch oftmals mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden ist. Im Rahmen einer Studie wurde in zwei Münchner Suchteinrichtungen¹⁺³ ein Multi-Target-Screening aus dem Speichel durchgeführt und der Konsum von 55 missbrauchsrelevanten Einzelsubstanzen analysiert.

Methoden: Die Probengewinnung erfolgte mit dem flüssigkeitsbasierten Entnahmesystem SCS pH 4.2 von Greiner Bio-One gemäß den Vorgaben des Herstellers. Die Proben wurden mit Tandem-Massenspektrometrie (UPLC-MS/MS) auf 55 missbrauchsrelevante Drogen und Medikamente incl. der Substitute untersucht. Der Cutoff lag für 53 Analyten bei 1 ng/mL bezogen auf den nativen Speichel. Für EDDP und Norbuprenorphin lag der Cutoff bei 0.1 ng/mL. Die Proben wurden zur Quantifizierung mit dem jeweiligen korrespondierenden deuterierten Standard versetzt (0.5 ng/mL).

Es wurde bei allen Patienten (n=388), unter Voraussetzung einer abgeschlossenen Dosisfindung, innerhalb eines Zeitraumes von 5 Wochen insgesamt 786 Speichel-Screenings durchgeführt. (Alter 22- 67J (40,1 +/- 8,1); w 32,0%, m 68,0%). Die Patienten waren substituiert mit Polamidon/Methadon (56 %), Buprenorphin (34,5 %) und Diamorphin (9,3%). 193 Patienten (49,7%) bekamen regelmäßig Take-Home-Verschreibung > 2 Tage. Bei 26% der Patienten bestand regelmäßiger Kontakt zu minderjährigen Kindern.

Ergebnis: Bei 419 (n=419/786; 53,3 %) ausgewerteten Proben von 219 Patienten wurde mindestens eine nichtverordnete Substanz positiv festgestellt, völlig frei von Beigebrauch waren 367 (46,7 %) Proben. In den Substanz-Hauptklassen lagen hierbei positive Testungen wie folgt vor: Amphetamine (n=39/786; 5,0%) mit meist MDPV (n=23/786; 2,9%), BZD (n=177/786; 22,5%), Kokain (n=31/786; 3,9%) und THC in 182 Proben (23,2%). 50 Proben (n=50/786; 6,4 %) von 35 nicht DAM-substituierten Patienten waren Opiat positiv.

Hinsichtlich der nicht routinemäßig erfassten Parameter fielen die folgenden Substanzen besonders auf: Pregabalin (n=162/786; 20,6 %), Methylphenidat (n=14/786; 1,8 %), Z-Substanzen (n=20/786; 2,5%). 42 Proben (5,3 %) waren Opiode positiv. Hier lag der größte Anteil bei Fentanyl (n=25/786; 3,2 %).

Diskussion: Es gibt eine erhebliche Anzahl von missbrauchsrelevanten Substanzen, die mit herkömmlichen Tests routinemäßig nicht erfasst werden. Besonders auffällig erscheint vor allem der Konsum von Pregabalin, aber auch Fentanyl und MDPV. Aufgrund unserer Daten stellt das Multi-Targetscreening Speichel eine wichtige Option in der Substitutionstherapie dar.

Nachweis von Pregabalin Beigebrauch in der Substitutionstherapie opiatabhängiger Patienten im Rahmen eines Multi-Targetscreenings im Speichel

G. Martin¹, M. Böttcher², R. Musselmann³, S. Walcher³, D. Plörer¹, M. Canolli¹,
C. Winter¹, O. Pogarell¹

¹ Substitutionsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München

² MVZ Labor Dessau GmbH, Dessau-Roßlau

³ Schwerpunktpraxis Concept, München

Hintergrund: Für eine erfolgreiche Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger ist es wichtig, Beigebrauch von zusätzlich konsumierten Substanzen zu erkennen. Mit den derzeit hauptsächlich eingesetzten immunchemischen Drogenscreenings aus Urinproben werden nicht alle missbrauchsrelevanten Substanzen oder Substanzgruppen bestimmt. Oft werden routinemäßig nur die wichtigsten Parameter (z.B.: Opiate, Benzodiazepine, Kokain, Amphetamine, EDDP) getestet. Im März/April 2013 wurde mit einem Multi-Targetscreening aus dem Speichel substituierter Patienten der Konsum von 55 missbrauchsrelevanten Einzelsubstanzen analysiert. Ein wichtiger, im Screening bestimmter Parameter ist Pregabalin, da in den letzten Jahren vermehrt Missbrauch und Abhängigkeit (1) sowie Todesfälle (2) in Zusammenhang mit dieser Substanz bei Opiatabhängigen berichtet wurden.

Methoden: Die Probengewinnung erfolgte mit dem flüssigkeitsbasierten Entnahmesystem SCS pH 4.2 von Greiner Bio-One gemäß den Vorgaben des Herstellers. Zur Überprüfung der Authentizität der Probe wurde photometrisch die Speichelkonzentration (Olympus AU 680), chromatographisch die Cortisolkonzentration (UPLC-MS/MS) sowie enzymatisch die Amylasekonzentration (Roche Diagnostics, Olympus AU680) bestimmt. Die Proben wurden mit Tandem-Massenspektrometrie (UPLC-MS/MS) auf 55 missbrauchsrelevante Drogen und Medikamente incl. Pregabalin (Messbereich 0.25 – 20 ng/mL) sowie die Substitute untersucht. Der Cutoff lag für 53 Analyte bei 1 ng/mL bezogen auf den nativen Speichel. Für EDDP und Norbuprenorphin lag der Cutoff bei 0.1 ng/mL. Die Proben wurden zur Quantifizierung mit dem jeweiligen korrespondierenden deuterierten Standard versetzt (0.5 ng/mL). Das Speichelscreening wurde bei 134 Patienten 4 Mal in wöchentlichem Abstand unangekündigt und unter Sicht durchgeführt. Getestet wurden alle stabil auf Substitutionsmittel eingestellte Patienten bei denen die Dosisfindung abgeschlossen war. Das Durchschnittsalter der Patienten (m 69 % m, w 31 %) lag bei 40,5 Jahren. Die Patienten waren substituiert mit: Polamidon (57 %), Buprenorphin (16 %) und Diamorphin (27 %).

Ergebnis: Von 134 Patienten wurde bei 44 Patienten (33 %) ein Beigebrauch von Pregabalin festgestellt. Bei 17 Patienten (13 %) waren ein oder zwei der durchgeführten Speicheltests Pregabalin positiv. Hier existiert ein zumindest gelegentlicher Konsum. 27 der Pregabalin konsumierenden Patienten (61 %) waren bei drei (n=8) oder vier (n=19) Speicheltests positiv. Hier ist von einem regelmäßigen Konsum auszugehen und es besteht der Verdacht einer zusätzlichen Abhängigkeit, zumal Benzodiazepine seltener (28 %) positiv gemessen wurden.

Diskussion: Es ist von einem relevanten Beigebrauch von Substanzen auszugehen, die mit herkömmlichen Tests nicht erfasst werden. Besonders auffällig erscheint der Konsum von Pregabalin. Hier besteht der Verdacht, dass substituierte Patienten zunehmend Pregabalin anstelle von Benzodiazepinen einnehmen, möglicherweise da Pregabalin durch herkömmliche Drogentests bisher nicht routinemäßig erfasst wird. Ein nachgewiesener Beigebrauch potenziell gefährdender Substanzen wäre mit Konsequenzen für die Patienten verbunden (z.B. Verlust von Take-Home-Privilegien oder Meldung von Beigebrauch beim Jugendamt etc.). Aufgrund unserer Daten sollte Pregabalin deutlich häufiger als bisher getestet werden, um Sicherheit für Patienten, aber auch Ärzte zu gewährleisten.

Literatur: (1) Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Abhängigkeitspotential vom Pregabalin (Lyrica), Deutsches Ärzteblatt 28.01.2011; (2) Lottner-Nau S, Roeder G: Abuse of Pregabalin - Results of the Postmortem Toxicology from 2010 to 2012, LMU München

Qualität von Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung auf verschiedenen Zertifizierungslevels und Dauer der Umsetzung internationaler Standards Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen. Ergebnisse einer Mitgliederbefragung.

S. Mühlig¹, A. Neumann-Thiele¹, G. Teumer¹, E. Bothen¹, C. Meyer², M. Rustler²

¹ Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Institut für Psychologie, Technische Universität Chemnitz

² Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) e.V., Berlin

Hintergrund: Mitglieder im DNRfK verpflichten sich nach dem Kodex des ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services, aktiv zur Reduzierung des Tabakkonsums beizutragen. Der ENSH Standard umfasst 46 verhaltens- und verhältnisorientierte Anforderungen und das Konzept wurde im Rahmen von Modellprojekten des BMG in Deutschland implementiert. Zur Identifizierung von „Guter Praxis“ und Qualitätsüberprüfung wurde ein Peer-Reviewverfahren entwickelt, das seit 2006 fortlaufend weiterentwickelt und international im ENSH Gold Process angewandt wird.

Ziel: Die Studie zielte darauf ab, eine wissenschaftliche Evaluation des Modellprojektes „Rauchfrei plus“ auf Basis aller Mitgliedseinrichtungen (*Totalerhebung*) durchzuführen und die Ergebnisse der Implementierung und Peer-Review darzustellen.

Methode: Daten der Selbsteinschätzungen nach einem internationalen 10-Punkte Standard werden mit standardisierten Berichten, Peer-Review und Vor-Ort-Besuchen validiert. Die Mitgliederbefragung in 2010 überprüfte die Akzeptanz des Konzeptes und die Qualitätsunterschiede in der Umsetzung nach Zertifizierungslevel und Dauer der Mitgliedschaft.

Ergebnisse: Von N=181 Mitgliedseinrichtungen beteiligten sich n=121 an der Studie (Ausschöpfungsquote: 67,4%). Es waren 17% der Kliniken mit Silber zertifiziert, 43% haben das Bronze Zertifikat erworben, 40% waren noch nicht zertifiziert. Auf dem Gold Level sind 2 Kliniken anerkannt. Die Mitgliedschaft wird weit überwiegend als nützlich angesehen (Informationsgewinnung: 86%; Öffentlichkeitswirkung: 70%). Es werden unterschiedliche Entwöhnungsmaßnahmen angeboten (Motivierende Gesprächsführung: 47%; Kurzintervention: 45%; individuelle Therapiegespräche: 45%), in 63% der Kliniken mit medikamentöser Unterstützung. Die Durchführung der Entwöhnungsinterventionen obliegt primär Ärzten (63%), Pflegepersonal (51%) und Psychologen (51%). Leitlinienorientierte Angebote werden ab dem Silber Level bei 68,8% gegenüber 32,7 auf dem Bronze Level und 31,9 bei Mitgliedern ohne Zertifikat angegeben.

Diskussion + Schlussfolgerungen: Der Kodex wird weitestgehend akzeptiert und konsequent umgesetzt. Die Zertifizierung und zunehmende Dauer der Mitgliedschaft zeigt deutliche Qualitätsverbesserungen bzgl. der Evidenzbasierung. Defizite bestehen bei Train-the-Trainer-Qualifikationen und Nachkontrollen. Die konsequente Umsetzung wird in erster Linie durch fehlende finanzielle und personelle Ressourcen erschwert.

Mühlig S, et al. (2013): Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK). Ergebnisse einer Totalerhebung zur Umsetzung der Standards zur Tabakkontrolle und -entwöhnung. Das Gesundheitswesen. Online: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1333221>

Gesundheitsbezogene Lebensqualität substituierter Opiatabhängiger im Kontext der antiviralen Hepatitis C-Therapie

B. Schulte¹, C. S. Schmidt¹, U. Verthein¹, M. Backmund², N. Scherbaum³, J. Reimer¹

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung

² Praxiszentrum im Tal, München

³ LVR Klinikum Essen

Hintergrund: Patienten mit einer chronischen Hepatitis C-Infektion (HCV) berichten über eine eingeschränkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, die im Kontext einer interferon-basierten Dualtherapie abnimmt, aber innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der antiviralen Therapie regelhaft über das Ausgangsniveau ansteigt. Über den Verlauf der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei substituierten Opiatabhängigen in einer antiviralen HCV-Therapie liegen bislang keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor. Die Daten der PERMIT-Studie ermöglichen erstmalig, den Einfluss der antiviralen HCV-Therapie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei substituierten Opiatabhängigen zu beschreiben.

Methodik: Mittelwertsvergleiche der körperlichen/psychischen SF-36-Summenskalen zu Behandlungsbeginn mit einer altersäquivalenten, gepoolten Normstichprobe der bundesdeutschen Allgemeinbevölkerung (21 - 50 Jahre). Verlaufsanalyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei 99 Patienten mit protokollkonformer Beendigung der antiviralen HCV-Behandlung sowie vollständigen SF-36-Daten zu Behandlungsbeginn, Behandlungsende sowie 6 Monate nach Behandlungsende (ANOVA mit Messwiederholung, T-Tests für abhängige Stichproben).

Ergebnisse: Gegenüber der altersäquivalenten bundesdeutschen Normstichprobe weisen chronisch HCV-infizierte Opiatsubstituierte zu Behandlungsbeginn eine starke Beeinträchtigung der mentalen Lebensqualität auf (MCS = $43,7 \pm 9,7$ vs. $50,3 \pm 8,6$; $p < .001$), während die körperliche Summenskala (PCS = $49,7$ vs. $50,9 \pm 7,3$; n.s.) mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbar ist, mit Ausnahme einer geringeren allgemeinen Gesundheitswahrnehmung. Unter der antiviralen HCV-Therapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin reduziert sich die Lebensqualität der Patienten signifikant, nimmt innerhalb von 6 Monaten nach Behandlungsende wieder zu (Zeiteffekt PCS: $F=11,3$; $p < .001$; MCS: $F=29,3$; $p < .001$) und liegt für die körperliche Summenskala oberhalb des Ausgangsniveaus ($p = .040$). Die allgemeine Gesundheitswahrnehmung verbessert sich im Unterschied zu den übrigen Subskalen kontinuierlich.

Schlussfolgerungen: Opiatsubstituierte mit einer chronischen Hepatitis C-Infektion weisen gegenüber der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der mentalen gesundheitsbezogenen Lebensqualität starke Beeinträchtigungen auf. Die starke psychische Belastung dieser komorbiden Patientengruppe spiegelt sich somit in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wider. Die Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität ist gering, zeigt sich jedoch in einer schlechteren allgemeinen Gesundheitswahrnehmung. Deren Zunahme im Behandlungsverlauf steht u. U. im Zusammenhang mit der Aussicht auf Behandlungserfolg. Bei der Beurteilung der geringen Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität sollte das relativ niedrige Durchschnittsalter der Stichprobe sowie die inhaltliche Konstruktion der SF-36 (möglicherweise nicht ausreichende Trennschärfe bei Patientengruppen mit geringer körperlicher Belastung) diskutiert werden.

Die Herstellung bzw. Wiederherstellung der gesundheitsbezogenen, insbesondere der psychischen Lebensqualität sollte als ein generelles Behandlungsziel in der Opiatsubstitution und in der Therapie von somatischen und psychischen Begleiterkrankungen Berücksichtigung finden.

Missbrauch – wie wir ihn eindämmen und verhindern können

A. Ulmer

Praxis, Stuttgart

Mindestens so wie wissenschaftliche Daten brauchen Mediziner Reflexionen. Stimmt, was wir tun? Sind wir voreingenommen? Hat die Achtung vor dem Menschen wirklich einen zentralen Platz? In der Suchtmedizin?

Auch Begriffe wie „Missbrauch“ sind so zu reflektieren. Die Reaktionen auf Missbrauch unterbinden viel Gutes, vor allem, weil sie meist davon ausgehen, dass er nur eine abzuwehrende, aber wenig positiv zu beeinflussende Realität sei. Aus Angst vor Missbrauch fehlen der Suchtmedizin wichtige Gestaltungsmöglichkeiten und die Möglichkeit, wertvolle Substanzen angemessen einsetzen zu können.

Clomethiazol ist eine davon betroffene Substanz. Missbrauch – der allgegenwärtige, reflexartige Einwand. Aber unsere Praxis hat bei über 1000 Clomethiazol-Einsätzen in über 20 Jahren Missbrauch nie erlebt. Was bedingt und lehrt diese Diskrepanz?

Erste Einflussebene ist Information, ausreichend aktiv und wiederholt, an Ärzte, Patienten, alle, mit einem effektiven Kontrollsystem, ob das Wichtigste fortlaufend Beachtung findet. Verantwortung von Industrie, Kammern, Ärztestrukturen. Kommunikationsnetze / Qualitätszirkel, andere Disziplinen einschließend. Zu allem gehören Beziehung, Vertrauen und echtes menschlich – professionelles Engagement. Das wächst nur auf dem Boden stimmiger Bedingungen. Ein gutes System setzt sich systematisch damit auseinander, was Engagement hindert oder fördert.

Einfache Elemente strukturierter Behandlungsführung sind leicht zu lernen. Schriftliche Dosisanleitung, Plan statt nach Bedarf, anfangs kurzfristige Wiedereinbestellungen nach ein bis drei Tagen und Zur-Verfügung-Stellung nur des Bedarfs bis zum nächsten Termin (z. B. über Apotheke). Signalisieren wir dem Patienten: „Zeigen Sie mir, dass ich Ihnen vertrauen kann“, ist beim nächsten Mal fast immer ein Lob möglich: „Prima, ich kann mich auf Sie verlassen.“

Das alles bedarf pragmatisch erarbeiteter, stimmiger Verhältnisse. Kein Zufall, dass sexueller Missbrauch gerade da zum Problem wird, wo die Verhältnisse nicht stimmen: sexueller Enthaltsamkeit ein besonderer Wert beigemessen wird, es starre Hierarchieverhältnisse mit einer Überhöhung des männlichen Geschlechts und viel zu wenig offene Gesprächskultur darüber gibt. Ein Grundmuster von Missbrauchszüchtung? Umgekehrt, mit dem pragmatisch offenen Weg, bedeutet das eine riesige Chance, der wir uns auch in der Suchtmedizin noch stellen müssen.

Medikamentengestützte Behandlung der Alkoholkrankung mit Baclofen: Reduktion des „Craving“ als Therapieoption

C. Weigel, B. Hündersen

SHZ Gießen

Hintergrund: Die Bedeutung des Craving (Suchtdruck) ist schwer quantifizierbar, die Reduktion für einen Therapieerfolg mit nachhaltiger Abstinenz bzw. Problemreduktion im Sinne eines sozial- und gesundheitsverträglichen Konsums aber unabdingbar. Das Therapieprinzip wird bislang nur defizitär genutzt. Von Baclofen, einem GABA-B-Rezeptor Agonisten der seit über 40 Jahren in der Neurologie verwendet wird, ist lange bekannt, dass diese Substanz auch eine craving-reduzierende Wirkung hat (Krupitsky et al. 1993). Die wissenschaftliche Evidenz für Baclofen in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit erscheint hinreichend um einen individuellen Heilversuch in off-label Verschreibung zu rechtfertigen (Rigal et al. 2012; Weigel et al. 2012). Das SHZ Gießen hat seit November 2011 eine Sprechstunde eingerichtet um Baclofen als optionale Therapiemöglichkeit zusammen mit einer individualisierten Psychotherapie anzubieten.

Methode: Fallbeispiele und summarische Auswertung der Patientendokumentationen nach „Intention to Treat“ mit „last known value“.

Resultate: Bisher (Frühjahr 2013) wurden 58 Patienten behandelt, 28 (48,3%) Frauen und 30 (51,7%) Männer im Alter zwischen 32 und 73 Jahren (Median 48 a). Die Behandlungsdauer betrug 1 bis 25 Monate (Median 6 Monate).

Die Dosierung lag zwischen 20 und 175mg/d (Mittelwert und Median 75mg).

34 Patienten (58,6%) absolvierten eine ambulante Reha, 24 (41,4%) keine. Ein Therapieabbruch erfolgte in 27 Fällen (46,6%), 31 Patienten (53,4%) setzten die Therapie fort. Die Gründe für den Therapieabbruch zeigt Tabelle 2. Beachtenswert ist, dass nur in 4 Fällen (soweit bekannt) ein Therapieabbruch wegen UAW erfolgte, was für die gute Verträglichkeit von Baclofen spricht.

51,7% erreichten eine Abstinenz, 24,15% gelang ein moderater Konsum nach WHO-Kriterien und in 24,15% blieb ein Therapieerfolg versagt. Diese Ergebnisse stimmen mit denen anderer Erhebungen (Rigal et al. 2012; Weigel et al. 2012) überein. Baclofen erweist sich als sehr effizient in der Reduktion von Craving und eröffnet damit den Weg für die psychotherapeutische Behandlung.

Schlussfolgerung: Baclofen ist eine bislang zu wenig beachtete, aber vielversprechende und wirkungsvolle Therapieoption zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit, nicht nur bei Versagen konventioneller Therapien.

Literatur:

Cryan JF, Kaupmann K (2005): Don't worry ‚B‘ happy!: a role for GABAB receptors in anxiety and depression. Trends in Pharmacological Sciences 26, 36-43

Krupitsky EM, Burakov AM, Ivanov VB, Krandashova GF, Lapin IP, Grinenko JA, Borodkin YS (1993): Baclofen administration for the treatment of affective disorders in alcoholics patients. Drug Alcohol Depend., 33, 157-163

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 Alcohol., 47, 4, 439-444

Weigel C, Kreuzeder FJ., Fischer, R., Bödeker, RH (2012): Medikamentengestützte Behandlung der Alkoholkrankung mit Baclofen. Möglichkeiten und Grenzen einer virtuellen Selbsthilfegruppe im Internet, Erfahrungen über mehr als zwei Jahre. Suchtmed 14, 137-138

Stimulierende, schlafverbessernde und entzugsmildernde Effekte von Kratom bei Alkoholabhängigkeit und Entwicklung von Kratomabhängigkeit – Ein Fallbericht

N. Ziebolz¹, H. Neurath², H. Schröder³, V. Höllt³, A. Becker³, U. Havemann-Reinecke¹

¹ Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

² Universitätsmedizin Göttingen, Zentrum Pharmakologie und Toxikologie

³ Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Pharmakologie und Toxikologie

Kratom ist ein Extrakt der thailändischen Arzneipflanze *Mitragyna speciosa*, dessen aktive Alkaloide in erster Linie Mitragynin und Paynanthin sind. Aufgrund seiner Affinität zu Opiat-Rezeptoren und den damit verbundenden stimulierenden und euphorisierenden Effekten wird es heutzutage als pflanzliche Droge missbraucht.

Im Rahmen eines Fallberichtes soll die Selbstmedikation einschließlich alkoholbedingter Entzugssymptome mit Kratom sowie dessen Wirksamkeit an Opiat-Rezeptoren präsentiert werden.

Ein 47-jähriger Patient mit schwerer Alkoholabhängigkeit (ca. 350g/d) wurde zur Entzugsbehandlung in unserer Klinik stationär aufgenommen. Er konsumierte Kratom einerseits um alkoholbedingte Entzugssymptome zu lindern, darüberhinaus als Stimulans am Morgen (5g) und als Schlafmittel (10g). Eine Entwicklung von Abhängigkeit von Kratom wird berichtet. Mittels GC/MS und GC/MS Sonografie wurden die Urin- bzw. Kratomproben analysiert, die Affinität von Kratom zum μ -Opiat-Rezeptor (MOR) mit Hilfe eines 3H-DAMGO-Radioliganden-Bindungsassays mit MOR transfizierten HEK 293-Zellen. Entzugssymptome wurden in der Opioid-Withdrawal-Scale (OWS), Schlafqualität im Pittsburgh sleep quality index (PSQI) und Stimmungslage in der Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) erfasst. Der Patient wurde mit einmalig 10 mg Diazepam und bis zur Entlassung tgl. mit 75-100mg Doxepin behandelt.

Nach ICD-10 bestanden bei dem Patienten eine Kratom- und Alkoholabhängigkeit sowie ein schädlicher Gebrauch von Xylometazolin. Die Urin-Analyse des Pat. an Tag 1 ergab: Mitragynin, Paynanthin, Xylometazolin; an Tag 3: Monochlorbenzodiazepin, Doxepin, Xylometazolin. Die Analyse des Kratom-Pulver ergab: fünf Indolalkaloide - Mitragynin, 7-Hydroxymitragynin, Paynanthin, Speciogynin, Speciofolin, und unspezifische Pflanzeninhalte. Das 3H-DAMGO-Radioliganden-Bindungsassay des Kratom-Pulver des Patienten zeigte eine 350-fach geringere Affinität zum μ -Opiat-Rezeptor (MOR) als Morphin. Der OWS-Score fiel von 17 (Tag 1) auf 2 (Tag 14). Der Patient profitierte hinsichtlich Schlafqualität [PSQI 12 (Tag 6), 6 (Tag 20)] und Stimmungslage [MADRS 18 (Tag 6), 5 (Tag 20)]. Der Blutdruck und die Herzfrequenz sanken von 150/90mmHg und 100/min (Tag 1) auf 100/70mmHg und 64/min (Tag 14).

Kratom besitzt eine 350-fach niedrigere Affinität zum μ -Opiat-Rezeptor als Morphin. 15g Kratom entsprechen ca. 45mg Morphin. Neben stimulierenden sowie schlaffördernden Effekten konnte die vom Patienten erfolgte Selbstmedikation mit Kratom das Auftreten alkoholbedingter Entzugssymptome am ehesten über eine Wirkung an den μ -, δ -, and κ - Opiat-Rezeptoren und Dopamine D1 Rezeptoren verhindern, wie aktuelle Ergebnisse zeigen (Stolt et al 2013).

Literatur:

Stolt A-C, Schröder H, Neurath H, Grecksch G, Höllt V, Meyer M R, Maurer H H, Ziebolz N, Havemann-Reinecke U, Becker A: Behavioral and neurochemical characterization of kratom (*Mitragyna speciosa*) extract. *Psychopharmacology* (2013)