

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

24. Kongress
der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

**Meine Sucht – Meine Behandlung
Individualisierte Therapie in der Suchtmedizin**

6. - 8. November 2015 in Berlin

ABSTRACTSAMMLUNG

Ludwig Erhard Haus
Fasanenstraße 85 · 10623 Berlin

Deutsche Gesellschaft
für Suchtmedizin e.V.



ISD

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

Inhaltsverzeichnis

Aktuelles Programm & Raumplan	4-7
Symposien	8-10
50 Jahre Methadon <i>Wolfgang Poser (Göttingen)</i>	8
Determinanten der Knochendichte bei Männern mit Opioidabhängigkeit <i>Frank Gotthardt (Basel)</i>	8
Krank, schwach, schuldig? Das Stigma der Alkoholabhängigkeit und die Folgen <i>Georg Schomerus (Stralsund)</i>	9
Wenn das Stigma die Ärzte trifft! Mechanismen und Folgen <i>Hans Haltmayer (Wien)</i>	9
Aktuelles zu Methamphetamin <i>Katharina Schoett (Mühlhausen)</i>	10
Satellitensymposien	11-14
Differentialdiagnose dementieller Syndrome <i>Martin Schäfer (Essen)</i>	11
Das demenz balance-Modell© <i>Barbara Klee-Reiter (Köln)</i>	11
Management psychiatrischer Symptome <i>Thomas Pöhlke (Münster)</i>	12
Von der Diagnose zu Heilung der Hepatitis C – Ein Leitfaden <i>Dr. Katja Römer (Köln)</i>	13
HCV-assoziierte Fatigue und Depression – Ein Grund mehr zu behandeln <i>Benjamin Maasoumy (Hannover)</i>	14
Arbeitskreise	15-18
Selbstkontrollierter Alkoholkonsum – „Kontrolliertes Trinken“ in der Praxis <i>Christoph Straub (Heidelberg)</i>	15
Double Trouble 1: Bipolare Störungen und Sucht <i>Martin Schäfer (Essen)</i>	15
Traumatisierte Süchtige oder süchtige Traumatisierte? <i>Christel Lüdecke, Francesca Rita Scarpinato-Hirt (Göttingen)</i>	15
Behandlungstechniken aus der Hypnotherapie in der Arbeit mit Suchtkranken <i>Francesca Rita Scarpinato-Hirt (Göttingen)</i>	16
Epidemiologie und Versorgung der Hepatitis C bei Opioidsubstituierten: Erste Ergebnisse der ECHO-Studie <i>Bernd Schulte (Hamburg)</i>	17
Barrieren und <i>missed opportunities</i> bei der HIV- und Hepatitis B/C-Prävention, Testung und Behandlung von i.v. Drogengebrauchenden in Deutschland. Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI <i>Ruth Zimmermann, Stine Nielsen, Martyna Gassowski, Benjamin Wenz, Claudia Santos-Hövenner, Osamah Hamouda, Claus-Thomas Bock, Claudia Kücherer, Norbert Bannert, Uli Marcus, Viviane Bremer</i>	17
Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie (QAAT): S3 – wissenschaftliche Leitlinie und Praxis <i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	18

Freie Vorträge _____ **19-22**

Symptombelastung zu Beginn und Behandlungsabbrüche bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankung <i>Stefan Brokatzky (Münsterlingen)</i> _____	19
Die Entwicklung eines erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientierten Case-Management Modells für ältere Drogenabhängige – Das Projekt Alters-CM³ <i>Klaudia Follmann-Muth (Koblenz)</i> _____	19
Zieloffene Erstberatung bei substanzbezogenen Störungen <i>Andreas Latzel (Berlin)</i> _____	20
Wenn die Entzugsbehandlung nicht abstinent macht, worin liegt dann der Sinn einer Entzugsbehandlung? <i>Ekkehard Madlung-Kratzer (Hall in Tirol)</i> _____	20
Diamorphingestützte Behandlung – besondere Aspekte hinsichtlich Essstörungen <i>Diana Plörer (München)</i> _____	20
Der Heidelberger Drogenbogen (HDB) – Ein modular aufgebautes Verfahren zum Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen <i>Franziska Preis (Göttingen)</i> _____	21
PLUS TEILHABEN + TEILNEHMEN + TEIL SEIN <i>Susanne Schäfer-Walkmann (Stuttgart)</i> _____	21
„ImpulsPunkt!“[®] Ein manualgestütztes (Einzel- und Gruppen-) Training für SubstitutionspatientInnen zum gesünderen Umgang mit aggressiven Impulsen <i>Bernd Westermann (Berlin)</i> _____	22

Freie Vorträge „Update“ _____ **23-25**

Die Vergabe von Naloxon an geschulte medizinische Laien in Deutschland als Prophylaxe tödlicher Drogennotfälle – ein Leitfaden als Implementierungshilfe <i>Anna Dichtl (Frankfurt)</i> _____	23
Umgang mit Aggressionen und Impulsdurchbrüchen als genderspezifische Problematik in der Therapie von Männern mit der Comorbidität Sucht und Traum <i>Isabel Englert (Neuenkirchen)</i> _____	23
Suchttherapie im Home Treatment: Ein Weg zur individualisierten Behandlung? <i>Harald Franz, (Luzern)</i> _____	23
Masterarbeit: Mutterschaft und Substitution – Ein Update <i>Sara Fremmer (Fürstfeldbruck)</i> _____	24
Dialektisch-behavioral basiertes Therapiemanual in der Suchtbehandlung: ein Update <i>Dominika Mandrek-Ewers (Göttingen)</i> _____	24
MethCare als deutschsprachige Datenbank zu Methamphetamin – Was ist daraus geworden? <i>Katharina Schoett (Mühlhausen)</i> _____	25

Posterbeiträge _____ **26-32**

Traumatherapie in der niederschweligen Drogenarbeit durch Somatic Experience <i>Anette Hofmann, (Berlin)</i> _____	26
Das Lotsennetzwerk Brandenburg <i>Friederike Neugebauer (Potsdam)</i> _____	27
Substitutionsgestützte Rehabilitation <i>Johannes Rinnert (Frankfurt)</i> _____	27
PLUS TEILHABEN + TEILNEHMEN + TEIL SEIN <i>Susanne Schäfer-Walkmann, Alessa Peitz (Stuttgart)</i> _____	27

Clomethiazol – niedriges Abhängigkeitspotential, aber Fallbeispiele <i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	28
Erfolgreiche Überwindung massiver Benzodiazepinabhängigkeit bei einem Methadonpatienten mittels Clomethiazol – ein Fallbericht <i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	29
Clomethiazol – wie ausgeprägt sind die nasalen Nebenwirkungen? <i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	29
Eine Befragung zum Thema Drogentod <i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	30
Heruntertrinken unter Baclofen – 3 Fallbeispiele <i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	30
Nikotinabhängigkeitsverläufe bei HIV-Patienten und bei Menschen mit einer zusätzlich bestehenden oder überwundenen Abhängigkeit von Alkohol und/ oder Opioiden <i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	31
„Stoffe missbräuchlich konsumiert“ – Eine missverständliche Steilvorlage für eine schlechte Behandlung <i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	31
Substitutionsbehandlungsverläufe und Vertrauenspotential aus der Kindheit <i>Albrecht Ulmer (Stuttgart)</i>	32
Referentenverzeichnis	33-35

Aktuelles Programm & Raumplan

Freitag, 6. November 2015

- KV** **08.30 – 10.00 Uhr** **Satellitensymposium**
Hepatitis C (Teil 1)
unterstützt von Abbvie Deutschland GmbH & Co. KG
Individuelle Entscheidungen für Ihre HCV-Patienten: Was muss ich beachten?
Vorsitz: K. Isernhagen (Köln)
- State of the Art in der HCV-Therapie von OST-Patienten**
 H. Hinrichsen (Kiel)
- Management von Compliance und Adhärenz bei der HCV-Therapie von OST-Patienten anhand von Praxisfällen**
 U. Naumann (Berlin)
- Natürlicher Verlauf der nicht-therapierten HCV-Infektion inkl. Spätfolgen**
 U. Spengler (Bonn)
- 10.00 – 10.30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung
- GV** **10.30 – 12.00 Uhr** **Symposium**
Kongresseröffnung
M. Backmund (München), U. W. Preuß (Perleberg)
- Individualisierte Therapiekonzepte in der Suchtmedizin**
Vorsitz: K. Behrendt (Hamburg), T. Neumann (Berlin)
- Historie Substitutionsbehandlung: 50 Jahre Methadon**
 W. Poser (Göttingen)
- Differentialindikation Substitutionsmittel**
 K. Isernhagen (Köln)
- Endokrinologische und osteologische Störungen unter Substitution**
 F. Gotthardt (Basel)
- 12.00 – 13.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung
- 13.00 – 14.30 Uhr** **Arbeitskreise und Seminare (Parallel)**
- GV Süd** **Seminar: E-health bei Abhängigkeitserkrankungen**
M. Lucht (Stralsund)
- KV** **Arbeitskreis: Kontrolliertes Trinken in der Praxis**
C. Straub (Heidelberg)
- GV Nord** **Seminar: Double Trouble I: Bipolare Störungen**
M. Schäfer (Essen)
- 2D/09** **Arbeitskreis: Sexual functioning under medical assistant treatment**
S. Walcher (München)
- GV Mitte** **Seminar: Trauma und Sucht (Teil 1)**
C. Lüdecke (Göttingen)
- 14.30 – 15.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

15.00 – 16.30 Uhr Arbeitskreise und Seminare (Parallel)

- GV Süd** **Arbeitskreis: Drogennotfälle I: Was tun bis der Notarzt kommt**
T. Neumann (Berlin)
- GV Nord** **Seminar: Double Trouble II: Borderline Störung**
C. Lüdecke (Göttingen)
- KV** **Seminar: NPS: Therapiekonzepte**
S. Walcher (München)
- GV Mitte** **Seminar: Trauma und Sucht (Teil 2)**
F. R. Scarpinato-Hirt (Göttingen)

16.30 – 17.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

- KV** **17.00 – 18.30 Uhr Satellitensymposium**
unterstützt von Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG
**Das Spektrum von retardiertem Morphin in der täglichen Praxis – Fallbeispiele.
Substitution jenseits von Methadon: Auswahl – Dokumentation – Nachweis**
M. Nowak (Landau), K. Cimander (Hannover), C. Jellinek (Berlin)
- KV** **ab 18.45 Mitgliederversammlung**

Samstag, 7. November 2015

- KV** **08.30 – 10.00 Uhr Satellitensymposium**
Hepatitis C (Teil 2)
unterstützt von Gilead Sciences GmbH
Von der Revolution zur realen Welt – Die neue HCV-Therapie in der Suchtmedizin
Vorsitz: S. Christensen (Münster)
Hepatitis C Behandlung! Wenn nicht jetzt, wann dann?
U. Naumann (Berlin)
Hepatitis C Therapie – Gibt es noch Problempatienten?
G. Teuber (Frankfurt)

10.00 – 10.30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

- GV** **10.30 – 12.00 Uhr Hauptsymposium**
Stigma der Abhängigkeitserkrankungen
Vorsitz: M. Backmund (München) U. W. Preuß (Perleberg)
**Krank, schwach, schuldig? Das Stigma der Alkoholabhängigkeit und seine
Auswirkungen auf die Betroffenen**
G. Schomerus (Greifswald)
Wenn das Stigma die Ärzte trifft! Mechanismen und Folgen
H. Haltmayer (Wien)
Vorstellung von Ast e. V.
M. Backmund (München)

12.00 – 13.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

13.00 – 14.30 Uhr Arbeitskreise und Seminare (Parallel)

- GV Nord** **Seminar: Double Trouble III: Psychiatrische Notfälle**
G. Jungbluth-Strube (Bernburg / Saale)
- GV Süd** **Arbeitskreis: Drogennotfälle II: Somatik**
S. Walcher (München)
- GV Mitte** **Arbeitskreis: Hypnose und Sucht (Teil 1)**
F. R. Scarpinato-Hirt (Göttingen)
- 2D/10** **Seminar: Infektiologie und Versorgung von i.v. Drogengebrauchenden in und außerhalb der Opioidsubstitution: Ergebnisse der DRUCK-Studie und ECHO-Studie**
B. Schulte (Hamburg), R. Zimmermann (Berlin)
- KV** **Seminar: Freie Vorträge 1 Jahr später**
Moderation: T. Neumann (Berlin)
- MDS** **Sucht und Alter**
unterstützt von Hexal AG
Vorsitz: K. Römer
- Differentialdiagnose dementieller Syndrome**
M. Schäfer (Essen)
- Demenzkranke verstehen – Lebensqualität erhalten**
B. Klee-Reiter (Köln)

14.30 – 15.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

15.00 – 16.30 Uhr Arbeitskreise und Freie Vorträge (Parallel)

- GV Mitte** **Arbeitskreis: Hypnose und Sucht (Teil 2)**
F. R. Scarpinato-Hirt (Göttingen)
- GV Nord** **Arbeitskreis: Substitution in Haft**
B. Knorr (Berlin), S. Mauruschat (Wuppertal), M. Riedel (Köln)
- GV Süd** **Arbeitskreis: Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie: S3-Leitlinie und Praxis**
A. Ulmer (Stuttgart)
- KV** **Seminar: Freie Vorträge**
Vorsitz: T. Neumann (Berlin)

16.30 – 17.00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

- KV** **17.00 – 18.30 Uhr Satellitensymposium**
Management psychiatrischer Symptome sowie akuter und chronischer Schmerzen bei Substitutionspatienten in der Praxis
unterstützt von Sanofi Aventis Deutschland GmbH
T. Poehlke (Münster), NN

ab 18.45 Preisverleihung
unterstützt von Sanofi Aventis Deutschland GmbH

Sonntag, 8. November 2015

KV 08.30 – 10.00 Uhr Satellitensymposium

Hepatitis C (Teil 3)

unterstützt von Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

Sex, Drugs & Hepatitis C – HCV-Behandlung im Praxisalltag

Vorsitz: K. Isernhagen (Köln)

Von der Diagnose zur Heilung – Ein Leitfaden

K. Römer (Köln)

Spezielle Aspekte bei substituierten Patienten

C. Zamani (Hannover)

HCV-assoziierte Fatigue und Depression – Ein Grund mehr zu behandeln

B. Maasoumy (Hannover)

10.00 – 10.30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

GV

10.30 – 12.30 Uhr Symposium

Update Sucht

in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS)

Vorsitz: U. W. Preuß (Perleberg)

Aktuelles zu Methamphetaminen

K. Schoett (Mühlhausen/Thür)

Qualitätsindikatoren – Leitlinienbasierte Qualitätsmaße der Behandlung

A. Batra (Tübingen)

Aktuelles zur Psychotherapie von Cannabiskonsumstörungen

E. Hoch (Mannheim)

Was Suchtstörungen mit Familie zu tun haben. Erkenntnisse und Handlungsmöglichkeiten aus Suchtpsychologie und Klinischer Familienpsychologie

M. Klein (Köln)

12.30 Uhr Kongressende

GV	Großer Vortragssaal
GV Nord	Großer Vortragssaal Nord
GV Mitte	Großer Vortragssaal Mitte
GV Süd	Großer Vortragssaal Süd
KV	Kleiner Vortragssaal
MDS	Mendelsohnsaal, 7. Etage
2D-09 / 10	2. Etage

Symposien

50 Jahre Methadon

Wolfgang Poser (Göttingen)

Am Anfang der Methadonentwicklung stand ein Hitlerbefehl von 1936. Er ordnete an, dass die Industrie in 4 Jahren bereit für einen Krieg zu sein habe. Das bedeutete auch, dass synthetische Opiode herzustellen waren, die im Kriegsfall das knappe Importmorphin ersetzen sollten. Dieser Hitlerbefehl führte zu einer lebhaften industriellen Schmerzmittelforschung. Methadon wurde 1937 von Bockmühl und Ehrhardt synthetisiert und 1938 zum Patent angemeldet. Methadon wurde in der Nazizeit praktisch nicht beim Menschen angewendet. Der definitive Nachweis der analgetischen Wirkung erfolgte erst 1945. Das Patent ging nach dem Krieg an die Alliierten. 1947 wurde das Abhängigkeitspotential von Methadon beschrieben (Isbell et al, 1947). 1949 wurde Methadon erstmalig zum Entzug von Heroin in der Drogenklinik Lexington/USA eingesetzt. Es wurde bereits damals als das beste Opioid für den Entzug eingeschätzt.

Die Vorarbeiten zu einer längerfristigen Methadontherapie der Heroinabhängigkeit begannen 1963. 1965 publizierten Dole und Nyswander ihre Arbeit über die Methadonsubstitution (Dole u. Nyswander 1965). In den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts konnte nachgewiesen werden, dass Substitution zusammen mit psychosozialer Betreuung Morbidität und Mortalität von Heroinabhängigen vermindert (Grönbladh et al., 1990).

*Dole VP, Nyswander M. (1965); JAMA 193, 646
Grönbladh L. et al. (1990); Acta Psychiatr Scand. 82, 223
Isbell H. et al. (1947); JAMA 135, 888*

Determinanten der Knochendichte bei Männern mit Opioidabhängigkeit

Frank Gotthardt (Basel)

Hintergrund und Ziele: niedrige Knochenmasse wird häufig bei Konsumenten illegaler Drogen beobachtet. Wichtige Risikofaktoren für niedrige Knochenmasse sind Lebensstil und Ernährungsfaktoren. Der Beitrag des opioidinduzierten Hypogonadismus zur Entwicklung von Osteoporose bleibt ungewiss. Unser Ziel war es zu untersuchen, ob ein niedriger Testosteronspiegel mit einer niedrigen Knochenmasse in dieser Population verknüpft ist.

Design: Querschnittsstudie von langjährig opioid-abhängigen/-substituierten Männern, behandelt im Zentrum für Suchtmedizin (ZFS) in Basel, Schweiz.

Setting, Teilnehmer: 144 Männer mit langfristiger Opioid-Erhaltungstherapie im Basler ZFS wurden rekrutiert und mit 120 Nicht-Teilnehmern verglichen. Daten über medizinische, soziale und Medikamenten-Anamnese, tägliche Kalziumzufuhr, Frakturrisiko und Häufigkeit von Stürzen wurden gesammelt. Die Knochenmineraldichte (BMD) wurde durch eine Densitometrie (DXA) bewertet; Serum wurde für die Messung von u. a. Sexualhormonen und Knochenumsatz-Markern gesammelt.

Ergebnisse: Die Studienteilnehmer erhielten eine Substitutionstherapie mit Methadon (69%), Morphin (25%) oder Buprenorphin (6%). Psychiatrische Begleiterkrankungen waren sehr häufig, hauptsächlich Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen und Angststörungen. 23% der Patienten hatten einen Vollzeit- oder Teilzeit-Arbeitsplatz. Basierend auf den WHO-Kriterien und auf Männer älter als 40 Jahre (n = 106) zeigten 29% der Patienten die Diagnose Osteoporose (mittlerer T-Score $-2,98 \pm 0,44$ SD) und 48% eine Osteopenie (Mittelwert T-Score $-1,70 \pm 0,43$ SD); bei jüngeren Männern (n = 38) wurde eine geringere Knochendichte in 65,8% beobachtet; somit hatten beim gesamten untersuchten Kollektiv 75% eine Störung der Knochendichte. Der freie Testosteron-Spiegel war bei 62,5% aller Studienteilnehmer verringert. Die Knochendichte an der Lendenwirbelsäule war negativ mit Alter, Dauer des Kokainkonsums, erhöhtem Sexualhormon bindendem Globulin (SHBG) und positiv mit dem Body-mass-index (BMI) und freiem Testosteron korreliert. In der multivariaten Analyse waren freies Testosteron und BMI signifikant mit niedrigem BMD an der Lendenwirbelsäule korreliert. Nach Quartilen des freien Testosterons analysiert (korrigiert für Alter und BMI) verringerte sich progressiv die Knochendichte der Lendenwirbelsäule mit abnehmenden Konzentrationen von zirkulierendem freiem Testosteron.

Schlussfolgerungen: Langfristige Opioid-Abhängigkeit/-Substitution ist bei Männern mittleren Alters mit niedrigerer Knochendichte verbunden. Abnehmender Spiegel freien Testosterons ist signifikant und unabhängig mit niedrigerer Knochenmasse an der Lendenwirbelsäule verbunden.

Krank, schwach, schuldig? Das Stigma der Alkoholabhängigkeit und die Folgen

Georg Schomerus (Stralsund)

Menschen mit Suchterkrankungen sind im Vergleich zu Menschen mit anderen psychischen Störungen besonders stark stigmatisiert. Dies zeigt sich etwa in einem besonders großen Bedürfnis nach sozialer Distanz, das in vielen Studien sogar größer ist als gegenüber einer Person mit Schizophrenie. Vergleichende Studien zeigen aber auch, dass das Stigma von Suchterkrankungen nicht nur besonders ausgeprägt ist, sondern sich auch qualitativ vom Stigma anderer psychischer Erkrankungen wie Schizophrenie und Depression unterscheidet: Viel stärker als bei diesen Krankheiten werden Suchtprobleme mit persönlicher Schuld assoziiert (Schomerus et al, 2010). Eine Studie in Deutschland, in der Aussagen zur Alkoholabhängigkeit 1990 und 2011 verglichen werden, zeigte dass unverändert nur 30% der Befragten der Aussage widersprechen, dass Alkoholprobleme ‚ein Ausdruck von Charakterschwäche‘ seien (Zustimmung: 45%, unentschieden: 25%). Menschen mit Alkoholabhängigkeit werden im Vergleich zu Menschen mit Depression oder Schizophrenie deutlich seltener als ‚psychisch krank im medizinischen Sinne‘ eingeschätzt. Die amerikanische Sozialpsychologin Jo Phelan sieht deshalb eine spezifische Funktion des Stigma bei Suchterkrankungen: Da es als potentiell kontrollierbares Fehlverhalten angesehen wird, hat die Ablehnung der Betroffenen disziplinarische Funktion: Das Stigma dient der Aufrechterhaltung einer Norm, wer gegen diese Norm verstößt, wird ausgegrenzt.

Wenn das Stigma die Ärzte trifft! Mechanismen und Folgen

Hans Haltmayer (Wien)

Ausgangslage: Dass Suchtkranke und im Speziellen Abhängige von Opioiden einer gesellschaftlichen Stigmatisierung ausgesetzt sind ist hinlänglich bekannt. An diesem Umstand konnte auch die mittlerweile als Therapie der ersten Wahl bei Opioidabhängigkeit etablierte substitions-gestützte Behandlung (SGB) wenig ändern. Viele Patienten durchleben bereits vor dem Eintritt in die SGB eine gesellschaftliche und soziale Marginalisierung aus der heraus sich ein bedeutsamer negativer Verstärkereffekt auf den Krankheitsverlauf ergibt. Die Stigmatisierung fungiert dabei als kontinuierlicher Stressor, der zu einer Beeinträchtigung der psychosozialen Integrität und zur Entwicklung sekundärer psychopathologischer Syndrome führt.

Problemdarstellung: Trotz der Erfolge der SGB und des offensichtlichen Nutzens für das Individuum und die öffentliche Gesundheit, unterliegt die Behandlungsform einer gesellschaftlich ambivalenten Bewertung. Immer wieder werden Bedenken geäußert, dass diese Behandlung die Suchterkrankung verharmlost, ja sogar unterstützt, dass durch sie Substanzen auf den illegalen Schwarzmarkt geschleust werden, die Substitutionsmedikamente neue Konsumenten (insbesondere Jugendliche) rekrutieren und dass die SGB für tödliche Zwischenfälle bei „drogennaiven“ verantwortlich zu machen sei. Häufig wird dabei einem bestimmten Medikament ein besonders hohes Risiko zugeordnet und eine restriktivere Handhabung bis hin zum Verbot gefordert. Verallgemeinernd werden einzelnen Substanzen durch negative Merkmale charakterisiert, negativ bewertet und damit diskriminiert. Bei diesem Vorgang wird das Stigma von den Suchtkranken auf das Substitutionsmedikament übertragen und es überrascht wenig, dass sich diese Stigmatisierung auf die behandelnden Ärzte ausweiten kann. Ärzte geraten unter Generalverdacht leichtfertig Substitutionsmedikamente an Süchtige zu verschreiben, fahrlässig zu handeln und dadurch Todesfälle von „Unschuldigen“ (gemeint sind Nicht-Abhängige) zu verursachen. Begleitet wird diese Stigmatisierung von der Forderung nach einer strengeren Kontrolle durch Behörde und Justiz.

Ergebnisse: Anhand von Ereignissen aus der jüngeren Vergangenheit in Österreich und Deutschland wird dargelegt, mit welchen Mechanismen und Methoden von politischen Interessensgruppen, einem Pharmakonzern und Lobbying-Agenturen versucht wurde, mittels Stigmatisierung und Diskreditierung von Ärzten, Medikamenten und Teilaspekten der substitions-gestützten Behandlung, eigene Interessen durchzusetzen.

Aktuelles zu Methamphetamin

Katharina Schoett (Mühlhausen)

Innerhalb der letzten Jahre hat sich weltweit die Drogenszene dahingehend verändert, dass Neue Psychoaktive Substanzen von immer mehr Menschen konsumiert werden. Methamphetamin ist inzwischen die möglicherweise am meisten gebrauchte und hergestellte synthetische Stimulanz. In vielen Ländern über den Globus hinweg wird es als zweithäufigste genutzte illegale Droge nach Cannabis geführt.

Auch in Deutschland ist diese Veränderung der Drogenszene inzwischen festzustellen, wenn auch noch erhebliche regionale Unterschiede mit einer Konzentration insbesondere im mitteldeutschen Raum bestehen. So waren z. B. im Jahr 2012 in Thüringen 92% der Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen aus dem Bereich (Meth-) Amphetamin. Auch eine Differenzierung hinsichtlich bestimmter Konsumentengruppen und Konsummuster fällt auf.

Gesundheitliche Folgeschäden des Methamphetaminkonsums sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht stellen sich häufig und insbesondere bei regelmäßigem Konsum ein und führen zu einem gesteigerten Behandlungsbedarf. Die Suchthilfestatistik des IFT meldet für Thüringen entsprechend einen kontinuierlichen Anstieg der Behandlungszahlen stationär von 2011 auf 2012 (Stimulantien +57%) sowie in den Beratungsstellen einen Zuwachs bzgl. Crystal um 30%. Diese Entwicklung hält bis heute an.

Dabei handelt es sich bei Methamphetamin-Konsumenten um eine der am schwierigsten zu behandelnden Patientengruppen in allen Feldern der Medizin, was insbesondere aufgrund der hohen Komorbidität, der komplexen Störungsbilder und der oft nicht im Verhältnis dazu stehenden Compliance zu verstehen ist. Das vorhandene Hilfesystem in Deutschland ist vielerorts bisher nur unzureichend auf die spezifischen Bedarfe ausgerichtet. Spezielle Therapieprogramme für Patienten, die von Psychostimulantien abhängig sind, gibt es bislang kaum. Aufklärung, Früherkennung und Behandlung von Folgeschäden gestalten sich entsprechend schwierig. Eine verstärkte Nutzung der internationalen Erfahrungen (insbesondere hinsichtlich der guten Wirksamkeit von Verhaltenstherapie und Kontingenzmanagement) erscheint sinnvoll.

Das Thema „Methamphetamin“ ist inzwischen auch in Deutschland angekommen, viele wollen dabei mitreden, gern auch in den Medien. Gleichzeitig ist unser Wissen darüber unvollständig und teilweise widersprüchlich, Zahlen und Betrachtungsweisen schwanken ebenso wie Prognosen. Der Vortrag will einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion leisten, der gleichzeitig die Komplexität des Problems nicht vorenthält.

Satellitensymposien

Differentialdiagnose dementieller Syndrome

Martin Schäfer (Essen)

Unter den Symptomen einer Demenz versteht man eine Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis (Kurz- und Langzeit), Rechnen, Lernfähigkeit, Denken, Sprache, Orientierung und Urteilsvermögen. Die Symptome sollten mindestens 6 Monate andauern und zu einer Beeinträchtigung in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens führen. Der Verlauf ist meist chronisch fortschreitend. Die Punktprävalenz für eine Demenz beläuft sich aktuell auf ca. 8–13% der Bevölkerung über 65 Jahre in Deutschland (ca. 1 Millionen Betroffene). Die Häufigkeit erhöht sich stark mit zunehmendem Alter. Bis 2020 wird eine erhebliche Zunahme der Häufigkeit von Patienten mit einer Alzheimerdemenz erwartet. Von der Alzheimer Demenz als häufigstem Erkrankungstyp zu unterscheiden ist die Gruppe der vaskulären Demenzen. Bei leichteren Symptomen ist unbedingt nach einer Frühform (MCI), einer Intelligenzminderung oder auch nach anderen vorübergehenden psychischen Erkrankungen mit kognitiven Störungen zu suchen (Delir, Depression). Weiter abzugrenzen sind die Lewy-Körperchen-Demenz, Parkinson-Demenz sowie die Frontotemporale Demenzen. Andere Demenzursachen können eine HIV-Krankheit, ein Normaldruck-Hydrozephalus oder auch andere schwere neurologische Erkrankungen (Huntington-Krankheit) sein. Zu möglichen sekundären dementiellen Syndromen könnte es auch in Folge eines Mangels an Vitamin B12- oder Folsäuremangel oder einer Hyperkalzämie kommen. Häufig sind demenzartige kognitive Störungen bei langjährigem Alkoholmißbrauch. Eindeutige Labortests und klinische Parameter oder Bildgebungsuntersuchungen, die die Demenztypen voneinander trennen können, fehlen.

Das demenz balance-Modell©

Barbara Klee-Reiter (Köln)

Wesentlich für eine angemessene Begleitung von Menschen mit Demenz ist es, zu verstehen, welche Bedeutung die Erkrankung für die Betroffenen hat: Wie fühlt es sich an, von der Demenz betroffen zu sein? Wie ist es, ständig und zunehmend mit Verlusten konfrontiert zu werden? Welche Gefühle sind damit verbunden, wenn das Wissen über und um sich selbst verloren geht?

In der Aus- und Fortbildung von Menschen, die für die Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen zuständig sind, sollten diese Fragen Vorrang vor der Vermittlung von Methodenwissen haben. Wer eine Vorstellung davon hat, was es heißt, die eigene Identität und somit das Wissen um sich selbst zu verlieren, entwickelt ein ganz anderes Verständnis und somit auch eine andere Haltung im Umgang mit Demenzkranken.

Die Methode des demenz balance-Modells© beginnt damit, dass den Teilnehmenden 16 Fragen bezüglich ihrer eigenen Biografie gestellt werden. Die Fragen beziehen sich sowohl auf die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Das heißt es z. B.: „Welche Person hat Sie in Ihrer Kindheit positiv beeindruckt? Was bringt Sie so richtig auf die Palme? Welchen Traum möchten Sie sich in Zukunft gerne erfüllen?“ Dann werden die Teilnehmenden gebeten, ihre Antworten in Stichworten in ein beliebiges Kästchen der Arbeitsmaterialien, die symbolisch eine Person darstellen, einzutragen.

In drei Schritten erleben die Teilnehmenden anschließend, wie ihnen immer mehr „Lebens-Abschnitte“ und Kompetenzen aus ihrer „Person“ abhandenkommen und ihr Identitätsgefüge aus der Balance gerät. Schon beim ersten Schritt, wenn drei von 16 Abschnitten fehlen, fühlen sich die meisten „wie aus dem Gleichgewicht geraten“. Bei vielen gibt es noch die Hoffnung, sich mit eigener Kraft wieder in eine Balance bringen zu können. Gefragt nach ihren Bedürfnissen in dieser Situation, wünschen sich die Teilnehmenden „Verständnis“, „eine Person, die mir hilft, mich zu erinnern“, oder „Unterstützung“. Nachdem zehn symbolisierte Lebens-Abschnitte und -Erfahrungen fehlen, gibt es die Hoffnung, sich aus eigener Kraft wieder in ein Gleichgewicht bringen zu können bei den meisten nicht mehr. Einige Teilnehmende äußern starke Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit, Leere oder Unsicherheit. Andere weisen auf die Wichtigkeit der ihnen verbliebenen Abschnitte und haben das Gefühl, damit noch ganz gut zurechtzukommen. Als Bedürfnisse in dieser Phase werden unter anderem „vertraute Personen“, „so sein zu dürfen wie ich bin“, „Respekt“, oder „Wertschätzung“ genannt. Im letzten Schritt verlieren die Teilnehmenden alle Abschnitte aus ihrer „Person“. Bei einigen löst diese Situation große Erleichterung

aus, weil der „Kampf“ jetzt vorbei ist, bei anderen ist die Phase mit starken Gefühlen wie Schmerz und Entsetzen verbunden. Unabhängig davon, wie die Teilnehmenden die einzelnen Phasen der Verluste erlebt haben, wird allen Beteiligten deutlich, dass der Grad der Bedürftigkeit und der Abhängigkeit von anderen existenzielle Ausmaße annimmt.

Durch die Arbeit mit dem demenz balance-Modell© kommt es zu einem vorübergehenden Wechsel der Perspektive. „Durch die Selbsterfahrung habe ich eindrücklich erlebt, wie mit den zunehmenden Verlusten mein inneres Gleichgewicht verloren ging. Ich habe eine Ahnung davon bekommen, mit welchen Gefühlen ich zu kämpfen hätte, aber auch welche Bedürfnisse dann bei mir im Vordergrund stünden“. Diese Erfahrung wirken sich unmittelbar auf die Empathiefähigkeit und die Handlungskompetenz der Teilnehmenden aus.

Bei einer wissenschaftlichen Erhebung unter insgesamt 61 Mitarbeitenden verschiedener Pflegeeinrichtungen hat das demenz balance-Modell© besonders positiv abgeschnitten. In Fragebögen und Gruppengesprächen gaben diese an, sich dadurch kompetenter und gelassener im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen zu fühlen. Das demenz balance-Modell© wurde als ein Teil des Modellprojekts DemOS (Demenz – Organisation – Selbstpflege) evaluiert. Auftraggeber war das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Auf einer ansteigenden Skala von 1 bis 5 erhielt das demenz balance-Modell © beste Bewertungen bei der Sensibilisierung und Reflexion der Haltung sowie bei der Erweiterung des Wissens um Demenz (jeweils 4,4 Punkte).

Ziel der Arbeit mit dem demenz balance-Modell© ist es, zu vermitteln, wie sehr Menschen mit Demenz auf Personen angewiesen sind, die sich in ihre Welt einfühlen können und versuchen, ihre ganz persönliche Art des Erlebens, Denkens und Fühlens zu verstehen. Wenn deutlich wird, dass sich nährenden Beziehungen und der ressourcenorientierte Umgang positiv auf die Lebensqualität der Erkrankten auswirken, dann hat sich die Arbeit mit dem demenz balance-Modell© gelohnt.

Management psychiatrischer Symptome

Thomas Poehlke (Münster)

Opioidabhängige leiden zu einem großen Teil unter weiteren psychischen und somatischen Erkrankungen. Komorbide psychische Störungen führen zu einer Minderung ihrer Lebensqualität und bleiben auch trotz erfolgreicher Behandlung der Opioidabhängigkeit häufig weiter bestehen. Wird die jeweilige Störung nicht erkannt, so kann ein Scheitern der gesamten Behandlung drohen. Als psychische Komorbidität wird dabei das Auftreten von mehr als einer psychischen Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall verstanden. Dabei kann es eine oder mehrere psychische Störung(en) und eine (oder mehrere) Störung(en) durch Substanzkonsum geben. Die Bezeichnung „Doppeldiagnose“ wird verwendet, wenn neben einer substanzbedingten psychischen Störung eine weitere psychische Störung auftritt und beide innerhalb eines Jahres bestehen. Aussagen über ursächliche Zusammenhänge können dabei kaum gemacht werden. Es wird postuliert, dass weit über 50% der Opioidabhängigen von komorbiden psychischen Störungen betroffen sind, wobei affektive und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen am häufigsten zu diagnostizieren sind. Sie können nur zu einem Teil als Begleit- oder Folgeerscheinung der Opioidabhängigkeit erklärt werden. Im Gegensatz zu dieser Überlegung sind vorbestehende psychische Belastungen und sich frühzeitig manifestierende Störungen oft als wesentliche Faktoren bei der Suchtentstehung zu sehen. Hier tritt dann die Entwicklung einer Abhängigkeit im Verlauf einer als Selbstmedikation mit psychotropen Substanzen zu sehenden Handlung auf. Drei Typen von Ursachenmodellen werden postuliert: eine Störung A verursacht eine Störung B (z. B. Angstverminderung durch Drogenkonsum), Störung A und Störung B stehen in einer ursächlichen Wechselwirkung (z. B. während einer depressiven Episode fördert Cannabiskonsum die Antriebsstörung der Depression) oder gemeinsame Faktoren beider Störungen (z. B. eine Impulskontrollstörung als Anteil einer dissozialen Persönlichkeitsstörung und Kokainkonsum). Bisher sind sowohl pharmakologische, als auch psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten und das Setting einer krankheitsmindernden psycho-sozialen Begleitung hinreichend geklärt, so dass die Forschung auf diesem Gebiet unbedingt zu intensivieren ist. Innerhalb der Behandlung Opioidabhängiger in Substitution erfährt die Problematik komorbider Störungen bisher noch zu wenig Aufmerksamkeit, obwohl offenbar viele Compliance-Probleme auf die zugrunde liegenden psychischen Störungen und den damit verbundenen Interaktionen zu erklären sind. Gerade hier muss sich eine um die Bedeutung einer multifaktoriell bedingten Störung wissende Behandlung zeigen, die sich nicht in strafendem und stigmatisierendem

Vorgehen (wie häufig in restriktiven Settings der Substitutionstherapie gefordert) erschöpfen darf. Obwohl erste Erfahrungen und Berichte über komorbide Störungen unter Opioidabhängigen bereits zu Beginn der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts veröffentlicht wurden, hat die weitere Beschäftigung mit diesem Thema lange Zeit gebraucht, um in der Behandlungsroutine gehört zu werden. Eine intensive Auseinandersetzung damit erfolgte anlässlich der Erhebungen durch die COBRA-Studie. Dabei wurden 2 694 opioidabhängige Patienten in Substitutionsbehandlung auch auf komorbide psychische Störungen (ICD-10) hin untersucht. Das Ausmaß begleitender psychischer Störungen zeigte sich dabei als erheblich (erfasst im Interview mit Hilfe des (CID1)). Bei 57% der Patienten fanden sich depressive Störungen, bei 25% Angststörungen, bei 31% Persönlichkeitsstörungen, bei 21% Schlafstörungen, bei 12% eine posttraumatische Belastungsstörung oder akute Belastungsreaktion und bei 5% Psychosen. Auch ergeben sich unter gender - Aspekten Unterschiede in der Klinik: bei Stichproben mit Frauen, die wegen Suchtproblemen behandelt werden, liegt der Anteil derjenigen, die angeben, sexuelle oder körperliche Gewalt erfahren zu haben, bei 80%. Gut belegt ist mittlerweile der Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit oder im Erwachsenenalter und Sucht. Mädchen und Frauen sind sehr häufig mit sexueller Gewalt in der Kindheit, Jugend oder im Erwachsenenleben konfrontiert. Diejenigen Mädchen/Frauen die aufgrund dieser Erfahrungen eine PTSD entwickeln, haben ein erhöhtes Risiko wiederholt Opfer von Gewalt zu werden. Themen aktueller Forschung sind vor allem das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts Syndrom (ADHS), die posttraumatische Belastungsstörung sowie die bipolare affektive Störung. In den meisten Fällen zeigt sich die psychische Störung vor der Substanzstörung und es vergehen oft bis zu zehn Jahre, bevor sich die Substanzstörung manifestiert. In der Opioid-Substitution ist im Sinne einer individuellen Unterstützung der Patienten auf die Eigenschaft des jeweiligen Substitutionspräparats zu achten. So wurde bei Experimenten zur Induktion von Emotionen für Methadonpatienten bei höherer Dosierung eine geringere emotionale Reaktionsfähigkeit festgestellt. Die klinische Beobachtung verweist aber bei Patienten mit Borderline-Störung auf deren Bitte um hohe Dosierung, um eine medikamentöse „Ummantelung“ zu erleben. In einzelnen Arbeiten über den Wirkmechanismus an Rezeptoren wird auf die antidepressiven Eigenschaften von Levome-thadon und Buprenorphin hingewiesen, wobei deren Einsatz sich in den zurückliegenden Jahren anteilig erhöht hat. Eine weitergehende Forschung im gesamten Bereich, vor allem aber bei Psychotherapie, und Pharmakotherapie, ist demnach unbedingt notwendig, um die bisher erzielten Ergebnisse innerhalb der Opioid-Substitutionsbehandlung noch verbessern zu können und diese Erkenntnisse so in den klinischen Alltag zu integrieren. Die psychopharmakologische Behandlung substituierter Patienten folgt den gleichen Gegebenheiten wie in der sonstigen Pharmakotherapie, wenngleich Studien zur Wirksamkeit von Psychopharmaka fehlen und insbesondere mögliche medikamentöse Interaktionen zu beachten sind. Eine sinnvolle psychotherapeutische Behandlung kann die dialektisch-behaviorale Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder die interpersonelle Psychotherapie bei depressiver Störung beinhalten, ohne dass diese etablierten Formen der Psychotherapie explizit bei Opioidabhängigen erprobt wurden. Psychotherapeutische Interventionen, die ausdrücklich an Substitutionspatienten erprobt wurden, betreffen die Behandlung komorbider substanzbezogener Störungen, etwa das sog. „contingency management“ zur Reduktion eines begleitenden Suchtmittelkonsums. Insgesamt ist trotz der nunmehr langjährigen Beschäftigung mit diesem wesentlichen Bereich der Opioidabhängigkeit und dabei durchgeführter Opioid-Substitution noch keine verbindliche und, gemessen an nachprüfbar Ergebnissen, standardisierte Behandlung zu nennen. Weiterer Forschungsbedarf und eine Intensivierung der klinischen Beobachtung sind wesentlich, um eine störungsspezifische Behandlung durchführen zu können.

Von der Diagnose zu Heilung der Hepatitis C - Ein Leitfad

Dr. Katja Römer (Köln)

Die Zulassung der neuen, direkt antiviralen Medikamente hat die Behandlung der chronischen Hepatitis C wesentlich vereinfacht und ermöglicht heute in fast allen Fällen eine Heilung. Unkomplizierte Behandlungsschemata, eine kurze Therapiedauer und eine überschaubare Anzahl an Nebenwirkungen sind weitere Stärken der derzeit verfügbaren Medikamente. Bei der Planung der Therapie müssen trotzdem bestimmte Faktoren beachtet werden. Wichtig für die Festlegung eines Behandlungsschemas sind hierbei in erster Linie der Hepatitis C-Virus-Genotyp, etwaige Vorbehandlungen und das Vorliegen einer Leberzirrhose. Begleiterkrankungen und Begleitmedikation müssen ebenfalls in Betracht gezogen werden; dies gilt insbesondere für suchtmmedizinisch betreute Patienten, die oft somatische und psychiatrische Erkrankungen mit entsprechender Pharmakotherapie aufweisen. So können z. B. Nieren-

funktionseinschränkungen oder relevante Wechselwirkungen die Wirksamkeit der Therapie beeinflussen oder zu schweren Nebenwirkungen führen. Es empfiehlt sich daher, im Vorfeld einer Hepatitis C-Therapie konsequent alle wichtigen Faktoren abzufragen und zu dokumentieren und den Verlauf der Behandlung mit entsprechenden Kontrollterminen vorzuplanen, um so dem Patienten einen reibungslosen Behandlungsablauf mit dem gewünschten Therapieerfolg zu ermöglichen.

HCV-assoziierte Fatigue und Depression – Ein Grund mehr zu behandeln

Benjamin Maasoumy (Hannover)

Bei 64-103 Millionen Menschen weltweit besteht eine chronische Infektion mit dem Hepatitis C Virus. Ein großer Teil dieser Patienten entwickelt im Laufe seines Lebens eine Leberzirrhose und in der Folge ein hepatozelluläres Karzinom. Die gesundheitlichen Auswirkungen einer Hepatitis C Virusinfektion sind aber nicht notwendigerweise auf die Leber beschränkt. Der überwiegende Teil der Patienten klagt über extrahepatische Symptome. Einige Erkrankungen wie z. B. eine Kryoglobulin-vermittelte Vaskulitis oder ein Lichen ruber planus sind sehr eng mit einer Hepatitis C assoziiert. Zu den häufigsten extrahepatischen Manifestationen einer Hepatitis C gehört die kognitive Dysfunktion, welche sich in Müdigkeit, Fatigue-Syndrom und Depression äußern kann. Nicht selten stehen Beschwerden dieser Art klinisch deutlich im Vordergrund und bedingen auch bei Patienten ohne wesentliche Leberschädigung zu einem erheblichen Leidensdruck. Eine erfolgreiche antivirale Therapie führt häufig zu einer signifikanten Verbesserung von Hepatitis-C assoziierten Fatigue und Depression. In der Vergangenheit war hierfür allerdings eine Interferontherapie erforderlich, welche selbst schwere depressive Episoden auslösen kann. Seit Anfang 2014 stehen durch die Zulassung verschiedener direkt antiviraler Substanzen (DAA) nun aber interferonfreie, effektive und nebenwirkungsarme Therapien zur Verfügung. Hierdurch eröffnet sich eine vielversprechende Behandlungsoption für diese Patientenkollektiv.

Arbeitskreise

Selbstkontrollierter Alkoholkonsum – „Kontrolliertes Trinken“ in der Praxis

Christoph Straub (Heidelberg)

Viele Patienten/-innen mit Alkoholproblemen sind veränderungs-, aber nicht abstinenzbereit bzw. abstinentfähig. Hier setzen die ca. seit 40 Jahren entwickelten, evidenzbasierten, verhaltenstherapeutisch strukturierten Behandlungen zum selbstkontrollierten Alkoholkonsum (Kontrolliertes Trinken) an. Die zentralen Elemente dieser Behandlungsprogramme eignen sich auch für ärztliche Kurzinterventionen: Der überschaubare Umfang, die Umsetzungsvariabilität (z. B. Begleitung durch ärztliche Gespräche oder autodidaktische Aneignung) sowie die Möglichkeit, den verhaltensorientierten Ansatz des Kontrollierten Trinkens mit einer medikamentösen Reduktionsbehandlung zu kombinieren, ermöglichen eine Programmadaptation auf die spezifischen Bedingungen der eigenen ärztlichen Tätigkeit.

Im Seminar erfolgt zunächst eine kurze Einführung in den Ansatz des Kontrollierten Trinkens (theoretischer Hintergrund, Inhalte, Umsetzungsvarianten). Hauptteil des Seminars bildet die Vermittlung von „praktischem Handwerkszeug“ zum Kontrollierten Trinken, indem mit den zentralen Programmelementen und Arbeitsmaterialien, die im Rahmen einer Arztpraxis umsetzbar sind, vertraut gemacht wird. Begleitend/anschließend können die Umsetzungsmöglichkeiten (und Umsetzungshürden) im eigenen Arbeitsalltag, Kombinationsmöglichkeiten mit medikamentöser Reduktionsbehandlung sowie – last but not least – die persönliche Haltung zur Zielfrage (Abstinenz/Reduktion) ausgetauscht werden.

Körkel, J. (2014a). *Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. Suchtmedizin*, 16 (5), 211-222.

Körkel, J. (2014b). *Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. Suchttherapie*, 15 (4), 165-173.

Double Trouble 1: Bipolare Störungen und Sucht

Martin Schäfer (Essen)

2-3% der Bevölkerung leiden an einer Bipolaren Störung, bis zu 5% zeigen Zeichen von vermehrten Stimmungsschwankungen aus dem Bipolaren Spektrum. Suchterkrankungen stellen dabei eine der häufigsten Komorbiditäten da. Bipolare Patienten haben ein 10-20faches Risiko für einen Substanzmissbrauch gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Die Häufigkeit von begleitenden Suchterkrankungen bezogen auf Alkohol oder Drogen wird mit 30-60% angegeben. Suchterkrankungen führen zu einer Destabilisierung, zu einem schlechteren Verlauf, zu erhöhter Gewalttätigkeit, zu erhöhter Suizidalität und zu einem schlechteren Therapieansprechen. Die Manie an sich hat aber ebenfalls Aspekte, die bipolare Patienten geradezu nach diesem Zustand süchtig machen kann. Das Seminar möchte die verschiedenen Aspekte der Komorbidität Sucht und Bipolarität erörtern. In einem Exkurs wird die Sucht nach Manie und Ähnlichkeiten zwischen Manie und Suchtverhalten diskutiert. Therapeutisch gilt es, die Bipolare Störung möglichst effektiv zu behandeln und Manien und Depressionen als weiterer Grund für Alkohol- und Tablettenmissbrauch zu verringern. Einen direkten oder zusätzlichen Einfluss auf eine Alkoholabhängigkeit wurde bisher nur für Valproinsäure als Phasenprophylaxe gezeigt. Weitere therapeutische Optionen werden diskutiert.

Traumatisierte Süchtige oder süchtige Traumatisierte?

Christel Lüdecke, Francesca Rita Scarpinato-Hirt (Göttingen)

Sucht und Traumafolgestörungen – ein Seminar in Theorie und Praxis

Die hohe Rate an Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Menschen mit Suchterkrankungen ist inzwischen in vielen empirischen Studien nachgewiesen. Jeder fünfte Patient mit Alkoholkrankung und jeder dritte Patient mit einer Drogenabhängigkeit leidet auch an einer posttraumatischen Belastungsstörung, unter Einbeziehung subsyndromaler Störungen verdoppelt sich die Zahl. Dabei gehen die Traumatisierungen in den meisten Fällen der Suchtentwicklung voraus und Suchtmittel werden als „Selbstmedikation“ eingesetzt. Suchtkranke, die unter den Folgen traumatischer

Erfahrungen leiden, sind häufig schwerer betroffen. Sie betreiben oft exzessiven Substanzkonsum, erleiden häufiger Rückfälle, weisen mehr psychische und körperliche Komorbidität auf und verfügen über geringere interpersonelle Ressourcen. Wir als Behandler müssen uns fragen: Ist die Behandlung, die wir unseren Suchtpatienten anbieten ausreichend oder behandeln wir teilweise an dem Erkrankungsbild vorbei? Ist Suchtbehandlung ohne Mitbehandlung von Traumafolgestörungen noch zeitgemäß?

Diese Erkenntnis stellt Behandler vor neue Herausforderungen. Die Psychotraumatologie gehört zu den erfolgreichsten Verfahren in der Psychotherapie. Dies ist bei traumatisierten Suchtkranken nicht anders. Die Notwendigkeit der Anwendung traumaspezifischer Interventionen in der Suchtbehandlung ist die Konsequenz. Auf Grund der Suchterkrankung zeigen sich die Symptome der Traumafolgestörungen oft überdeckt, dies macht die Diagnostik – unterschiedliche Regressionsstates, Überschneidung von Symptomen wie Hyperarousal und Entzugssymptomatik, Intoxikations- und dissoziative Zustände sowie andere selbstverletzende Verhaltensweisen – schwierig. In diesem Seminar sollen Zusammenhänge beider Störungen aus neurobiologischer und bindungstheoretischer Sicht vermittelt werden. Diagnostik und Behandlungsstrategien beider Störungen sollen vorgestellt werden. Viele praktische Übungen und Demonstrationen werden die Inhalte verdeutlichen.

Lüdecke C., Sachsse, U., Faure, H. (2010). *Sucht – Bindung – Trauma*. Stuttgart: Schattauer.

Margraf, J. (2003). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1 und 2*. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag

Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Pfeiffer.

Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Sack, M., Sachsse, U., Schellong, J. (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen*. Schattauer

Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis*. Junfermann Verlag.

Thünker, J., Pietrowsky, M. (2010). *Alpträumen: ein Therapiemanual*. Hogrefe

Weiss, H., Harrer, M., Dietz, T. (2010). *Das Achtsamkeitsbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta

Williams, M., B., Pojula, S. (2013). *PTBS-Arbeitsbuch*. Lichtenau: G.P. Probst Verlag.

Behandlungstechniken aus der Hypnotherapie in der Arbeit mit Suchtkranken

Francesca Rita Scarpinato-Hirt (Göttingen)

Die Behandlung der Suchtmittelabhängigkeit stellt sich aufgrund komorbider psychischer und somatischer Störungen komplex dar. In der klinischen Arbeit wird immer wieder deutlich, dass eine Integration unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren, die die Störungen auf verschiedenen Ebenen betrachten, sehr hilfreich ist. Die klinische Arbeit mit Suchtkranken zeigt, dass hypnotherapeutische Ansätze in der Behandlung Suchtkranker erfolgreich einsetzbar sind: 1. die Suchterkrankung ist eine Störung des Stressverarbeitungssystems und Hypnotherapie hat einen stark lindernden Einfluss auf physiologische Stressreaktionen; 2. das Langzeitgedächtnis ist unter Hypnose in besonderer Weise zugänglich, so dass Verarbeitungsprozesse vergangener Erfahrungen sowie Ressourcenaktivierungen im Therapieprozess mit dieser Methode gefördert werden können; 3. kognitive Veränderungen lassen sich mit Hypnose, infolge der reduzierten Kritikfähigkeit und damit verringerter Widerstände, gut erzielen; 4. Fluchtendenzen und amotivationale Syndrome, wie sie besonders bei Suchtkranken bekannt sind, können aufgrund der besonderen Technik der Hypnose therapeutisch genutzt werden; 5. bei Suchtkranken ist aufgrund ihrer oft gestörten Selbstwahrnehmung und erhöhter Dissoziationsneigung von einer hohen Suggestibilität auszugehen.

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

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

Bongartz, W., Flammer, E., & Schwonke, R. (2002). *Die Effektivität der Hypnose*. *Psychotherapeut*, 47, 67-76.

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

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

Revenstorf, D. (2006). *Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie*. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 7-164.

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

Scarpinato-Hirt, A., Lüdecke (2015). *Hypnotherapie in der Suchtbehandlung*. *Der Neurologe und Psychiater*, 16 (3): 31-34.

Epidemiologie und Versorgung der Hepatitis C bei Opioidsubstituierten: Erste Ergebnisse der ECHO-Studie

Bernd Schulte (Hamburg)

Hintergrund: Die Opioidsubstitution bietet aufgrund des engmaschigen Kontaktes zwischen Arzt und Patient exzellente Möglichkeiten zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV) Infektion. Ziel der aktuell laufenden ECHO-Studie (Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus Infektion bei Opioidsubstituierten) ist es, anhand einer repräsentativen Stichprobe von ambulanten Substitutionseinrichtungen die aktuelle HCV-Prävalenz und Inzidenz in der Opioidsubstitution personenbezogen zu erfassen sowie patienten- und arztseitige Einflussfaktoren auf die Initiierung der antiviralen HCV-Therapie und HCV-Serokonversion zu beschreiben. Ergänzend werden die Patienten zu ihrer Lebensqualität, psychischen und somatischen Belastung, ihrer Präferenz bezüglich der Beteiligung bei medizinischen Entscheidungsprozessen sowie zur ihrer Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung befragt.

Methoden: Im Rahmen der multizentrischen, nicht-interventionellen ECHO-Studie werden an einer repräsentativen Stichprobe von 2500 Patienten aus rund 90 ambulanten Substitutionseinrichtungen patientenbezogene Daten aus der Regelversorgung erhoben, sowie Arzt- und Patientenfragebögen ausgewertet.

Ergebnisse und Diskussion: Zum Zeitpunkt der Beitragseinreichung ist die Rekrutierung der Patienten und Praxen der ECHO-Studie nicht vollständig abgeschlossen. Erste Ergebnisse zur Epidemiologie der HCV bei Opioidsubstitution sowie zur Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Beteiligungspräferenzen und gesundheitlichen Belastung von Opioidsubstituierten werden anhand einer Teilstichprobe vorgestellt und diskutiert.

Barrieren und *missed opportunities* bei der HIV- und Hepatitis B/C-Prävention, Testung und Behandlung von i.v. Drogengebrauchenden in Deutschland. Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI

Ruth Zimmermann, Stine Nielsen, Martyna Gassowski, Benjamin Wenz, Claudia Santos-Hövenner, Osamah Hamouda, Claus-Thomas Bock, Claudia Kücherer, Norbert Bannert, Uli Marcus, Viviane Bremer (Berlin)

Hintergrund: Bei injizierenden Drogengebraucher/innen (IVD) sind Infektionen mit HIV, Hepatitis B (HBV) und C (HCV) stark verbreitet. Um Seroprävalenzdaten sowie Daten zu Wissen, Risiko- und Präventionsverhalten zu erfassen und Präventionsempfehlungen abzuleiten, wurde die DRUCK-Studie initiiert.

Methoden: Zwischen 2011-2014 wurden in acht deutschen Großstädten Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate Drogen injiziert hatten, durch Respondent driven sampling rekrutiert und in Drogenhilfe-Einrichtungen untersucht. Soziodemographische und Verhaltens-Daten wurden mittels fragebogengestützten Interviews erhoben und auf Filterpapier getropfte Kapillarblutproben wurden auf HBV, HCV und HIV getestet.

Ergebnisse: Unter den 2.077 untersuchten IVD (medianes Alter je nach Studienstadt 29-41 Jahre, 18,5-35,2% Frauen, 9,2-30,6% im Ausland geboren) hatten 76,0-88,4% innerhalb der letzten 30Tage Drogen injiziert, 54,6-88,1% hatten Opioidsubstitutionstherapie(OST)-Erfahrung. Die HIV-Seroprävalenz betrug 0-9,1%, die HCV-Seroprävalenz 42,3-75,0%. Bei 23,1-54,0% der IVD lag eine virämische HCV-Infektion vor. Die HBV-Prävalenz (AntiHBc und/oder HBsAg/HBV-DNA) betrug 4,6-33,0%, die HBV-Impfprävalenz (AntiHBs) 15,1-52,4%. 76,6-97,5% wurden jemals auf HIV und 70,3-95,9% auf HCV getestet. Null bis 31,8% der HIV-Infektionen und 4,7-20,0% virämischer HCV-Infektionen wurden neu diagnostiziert. 37-49% berichteten, in den letzten 30 Tagen Material beim Drogenkonsum getauscht zu haben. In allen Städten zeigten sich Wissensdefizite bei spezifischen HCV-Übertragungswegen, HBV-Impfung und Behandlung (HIV und HCV). Multivariate logistische Regressionen zum Einfluss der OST-Erfahrung auf HBV-Impfung, HIV-/HCV-Testung, Kenntnis des Infektionsstatus laufen derzeit.

Schlussfolgerungen: Hohe HIV-/HCV-Prävalenzen und die niedrige HBV-Impfprävalenz zeigen die Notwendigkeit intensiver Präventionsstrategien (Vermittlung von infektionsrelevantem Wissen/ Zugang zu sterilem Material/ verstärkte Impfangebote). Trotz hoher Testraten und häufiger

OST-Erfahrung wurden Infektionen neu entdeckt. Weitere Analysen werden zeigen, wie OST für Prävention, Testung, Beratung und Überweisung zur Behandlung genutzt wird.

Qualifizierte ambulante Alkoholabhängigkeitstherapie (QAAT): S3 – wissenschaftliche Leitlinie und Praxis

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

Die 2015 publizierte S3-Leitlinie ist eine wichtige Wegmarke für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit, haben sich doch viele Fachgesellschaften und wichtigste Experten an ihrer Formulierung beteiligt. Auch die DGS, einmal gegründet, der Praxis mindestens so nahe zu sein wie der Wissenschaft, hat sie mitzuverantworten. Die Leitlinie liefert „wissenschaftlich höchste Evidenz“. Wissenschaft alleine garantiert keine gute Medizin. Zusätzlich braucht es Haltung und Praxisnähe. Angesichts des chronischen, oft lebenslangen Charakters der Alkoholabhängigkeit muss das Gros der Behandlungen, wie bei allen chronischen Krankheiten, ambulant stattfinden.

Vor diesem Hintergrund verwundert die Leitlinie. Während mehrfach die besondere Differenziertheit des deutschen Behandlungsangebotes hervorgehoben wird, wird nicht registriert, dass Alkoholabhängigkeit die einzige chronische Volkskrankheit ist, für die es kein flächendeckendes Angebot kompetenter Ärzte gibt. In der Praxis sehen wir eine katastrophale Versorgungsstruktur: Jährlich weit über 100.000 stationäre Intoxikationsentzüge, von denen eine große Mehrheit anschließend effektiv in der Nichtbehandlung landet. Diese chronisch Kranken brauchen eine differenzierte Basis-Langfristbehandlung, neben einem qualifizierten interdisziplinär-medizinischen Angebot, um Exazerbationen auch ambulant abzufangen. Die Leitlinien befassen sich damit überhaupt nicht. Ihre Beschäftigung mit Postakutbehandlung geht an diesem Bedarf weit vorbei.

Zunehmende Hinweise, dass agonistische Substanzen viel besser wirken, wie gegenüber der Opiatabhängigkeit jahrzehntelang etabliert, werden völlig ignoriert. Baclofen, in Frankreich seit 2014 zur Alkoholabhängigkeitsbehandlung zugelassen und in Deutschland zunehmend verzweifelt nachgefragt, scheint den Experten hier keiner wissenschaftlichen Beschäftigung wert.

So wirft die gesamte Haltung hinter dieser S3-Leitlinie vielfältige Fragen auf. Seitens der DGS rächt sich, dass das DGS-eigene Netzwerk der Ärzte, die sich in der Praxis um eine qualifizierte Alkoholabhängigkeitsbehandlung bemühen, nicht involviert war.

Freie Vorträge

Symptombelastung zu Beginn und Behandlungsabbrüche bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankung

Stefan Brokatzky (Münsterlingen)

Die Rückfälligkeit während einer stationären Behandlung und der daraus drohende Therapieabbruch stellen weiterhin ein großes Problem dar und sind auch durch einen liberaleren Umgang mit Rückfällen zunächst nur wenig zu beeinflussen (in der vorliegenden Untersuchung Abbruchquote 49 %). In der vorliegenden, retrospektiven Untersuchung von 203 Patienten einer Drogenentzugs- und Entwöhnungsstation ging es darum, Risikofaktoren für einen Behandlungsabbruch herauszuarbeiten und mögliche therapeutische Interventionen daraus abzuleiten. Hierfür wurden die Basisdokumentation und eine Brief-Symptom-Checkliste angewendet. Die statistische Auswertung erfolgte anonymisiert und wurde von einem Mitarbeiter der Klinik vorgenommen, der nicht auf der hiesigen Station tätig war. Die Befunde zeigen, dass der subjektive Leidensdruck und die Austrittsart miteinander korrelieren ($F(1,60)=10.542$, $p<.002$). Außerdem korreliert die subjektive Verbesserung während der Behandlung und die Austrittsart miteinander ($F(11,50)=2.027$, $p<.045$). Besonders hohe Abbruchquoten fanden sich bei den Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung und Patienten mit einer polyvalenten Abhängigkeit wurden vermehrt durch die Institution entlassen ($\text{Chi-Quadrat}(4, N = 203) = 11.98$, $p = 0.017$)).

Die Station K2 bietet ein recovery-orientiertes Behandlungsangebot an und auch unsere Haltung im Umgang mit Suchtpatienten hat sich Recovery auf die Fahnen geschrieben!

Ferner zeigte sich in unserer Untersuchung, dass Patienten mit hohem Leidensdruck zu Beginn der Behandlung, die Behandlung regulär abschließen konnten.

Insgesamt zeigte sich, dass mit dem BscI relativ einfach und schnell Spannungsverläufe erkannt werden können und so schneller reagiert werden kann.

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

Martin Schmid, Klaudia Follmann-Muth (Koblenz)

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

Neben einer erhöhten Gefahr für chronische Infektionskrankheiten spielt das Thema soziale Exklusion und Vereinsamung eine große Rolle. In den nächsten Jahren wird die Zahl der älteren Drogenabhängigen mit Pflegebedarf und alterskorrelierten Erkrankungen erheblich ansteigen. Eine angemessene Versorgung ist aus Sicht der Drogenhilfe ebenso wie aus Sicht der Alten- und Pflegehilfe herausfordernd. Eine Optimierung der Versorgungsstrukturen soll mit Hilfe von drei Arbeitsschritten in 3 Modellregionen erfolgen, aus denen im Beitrag erste Ergebnisse vorgestellt werden sollen: 1) KlientInnenbefragung u. a. zu Versorgungsbedarfen, 2) Analyse und Optimierung der kommunalen und lokalen Vernetzung zwischen Drogen- und Suchthilfe, Altenhilfe und Pflege und 3) Entwicklung eines fallbezogenen Case Management Modells, welches in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie erprobt und evaluiert wird.

Vorgestellt werden erste Ergebnisse der Bedarfsanalyse und der Netzwerkanalyse sowie Grundzüge des Manuals „Case Management für ältere Drogenabhängige“.

Zieloffene Erstberatung bei substanzbezogenen Störungen

Andreas Latzel (Berlin)

Im Zuge der Verbreitung von Frühinterventions- und Reduktionsansätzen werden die Anforderungen und Möglichkeiten der Beratung von Menschen mit Suchtproblemen immer vielfältiger. Insbesondere stellt sich hier die Frage, wie diese neuen Ansätze in die klassischen Settings der abstinentorientierten Suchthilfe eingebettet werden können und wie ein sinnvolles Zusammenwirken individueller Zielsetzungen im Rahmen einer Suchtberatungsstelle aussehen kann.

In diesem Kurzvortrag sollen Grundhaltungen, Methoden und Hilfsangebote, die dies berücksichtigen, kurz umrissen und diskutiert werden.

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

Ekkehard Madlung-Kratzer (Hall in Tirol)

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

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

Diamorphingestützte Behandlung – besondere Aspekte hinsichtlich Essstörungen

Diana Plörer (München)

Die diamorphingestützte Therapie stellt für eine kleine Gruppe opiatabhängiger Patienten eine Behandlungsoption im Rahmen der Opiat-Substitutionsbehandlung dar. Seit Beginn der „Heroinstudie“ im Jahr 2002 wurden in München insgesamt 123 Patienten mit Diamorphin behandelt, davon waren 29 Frauen.

Aktuell sind 48 Patienten in Behandlung, davon 14 Frauen. Bei einer retrospektiven Datenanalyse wurde festgestellt, dass ca. bei 30 % der aktuell in Behandlung befindlichen Patientinnen eine bereits vordiagnostizierte schwere Essstörung in Form einer Anorexia nervosa oder einer Bulimie vorliegt. In etwa der gleiche Anteil an Essstörungen wurde bei den nicht mehr in Behandlung befindlichen Patientinnen festgestellt. Es deutet sich an, dass der Anteil der betroffenen Patientinnen in der Polamidon- und Buprenorphin-gestützten Behandlung geringer ist.

Im Rahmen von ärztlich-therapeutischen Gesprächen gaben die Patientinnen an, dass die Symptome der Essstörungen während der Behandlung mit Diamorphin rückläufig waren und bei Dosisreduktionen oder Entgiftungsversuchen vermehrt wieder auflebten. Der Effekt wurde als deutlich stärker merkbar als bei anderen Substitutionsmedikamenten beschrieben. Ein Teil der Patientinnen hatte bereits eine spezifische Therapie gegen Essstörungen vor Beginn der diamorphingestützten Behandlung abge-

schlossen. Eine stationäre Therapie, die beide Störungen gleichzeitig behandelt, steht den PatientInnen derzeit nicht zur Verfügung.

Die Mehrzahl der Patienten reagiert hinsichtlich der Opiatabhängigkeit positiv auf die Diamorphinsubstitution. Zusätzlich zeigen vorliegende Daten, dass auch komorbide Störungen positiv beeinflusst werden. Da die Patientinnen zweimal täglich in der Ambulanz gesehen werden ist eine zu diskutierende Überlegung, eine gezielte psychiatrische Mitbehandlung der Essstörung anzubieten und mit ambulanten Therapieeinrichtungen vor Ort zu kooperieren.

Der Heidelberger Drogenbogen (HDB) – Ein modular aufgebautes Verfahren zum Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen

Franziska Preis (Göttingen), Corina Aguilar-Raab, Jan Weinhold, Rolf Verres (Heidelberg)

Um die Lücken der Testdiagnostik im Bereich der Suchtprävention abzudecken, wurde der Heidelberger Drogenbogen (HDB) entwickelt und an Erwachsenen validiert. Der HDB stellt ein modular aufgebautes Inventar zur Erfassung von Konsummustern illegaler psychoaktiver Substanzen und von drogenbezogenem Wissen dar. Das Inventar umfasst Wissens- (WM; je 15 Items) und Verhaltensmodule (VM; je 16 Items) für fünf Substanzgruppen (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Kokain und Halluzinogene), die sowohl einzeln als auch in Kombination verwendet werden können. Die WM erfassen substanzspezifisch den Wissens- bzw. Kenntnisstand, um darauf aufbauend Präventionsmaßnahmen zu planen bzw. zu beurteilen. Die VM bestimmen dagegen das individuelle Konsummuster und das quantitative Risikoniveau.

Die interne Konsistenz der WM variiert zwischen $.62$ (Cannabis) $\geq \alpha \leq .90$ (Amphetamine). Die VM zeigen einen Range der Reliabilitätskoeffizienten zwischen $.77$ (Halluzinogene) $\geq \alpha \leq .90$ (Cannabis). Hinsichtlich der Validität zeigten Diskriminanzanalysen, dass anhand der VM eine gute Trennung zwischen ambulanten, stationär klinischen und klinischen Gesamtstichproben jeweils im Vergleich zu einer Kontrollgruppe möglich ist. Darüber hinaus wiesen die nicht klinischen Konsumenten im Vergleich zu klinisch auffälligen Konsumenten bei allen WM ein höheres Wissensniveau auf. Neben Normwerten zu den WM (N = 568 bis N = 2154) liegen ebenso Normwerte für die VM (N = 569 bis N = 2154) vor. Der HDB stellt somit ein reliables und valides Instrument zur Erfassung von Konsummustern illegaler psychoaktiver Substanzen und von drogenbezogenem Wissen im deutschsprachigen Raum dar.

Aguilar-Raab, C., Weinhold, J. & Verres, R. (2014). Heidelberger Drogenbögen (HDB). Modulares Inventar zur Erfassung von Konsummustern illegaler psychoaktiver Substanzen und von drogenbezogenen Wissen. Göttingen: Hogrefe.

PLUS TEILHABEN + TEILNEHMEN + TEIL SEIN

Susanne Schäfer-Walkmann (Stuttgart)

PLUS ist ein gemeinsames Projekt von AbbVie Deutschland, dem Caritasverband für Stuttgart e. V. und der Deutschen Leberhilfe e. V., welches die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit einer Suchterkrankung zum Ziel hat. Als zusätzliches „PLUS“ zur Basisversorgung in der Suchthilfe wird eine ganzheitliche und alltagsintegrierte Unterstützung zu allen relevanten Problemlagen angeboten, um ein „Mehr“ an Teilnahme, Teilhabe und Teil sein zu erreichen. Im Rahmen des Projekts PLUS werden Angebotsbausteine entwickelt, die am Bedarf der Zielgruppe ansetzen und den Betroffenen Möglichkeiten zur gesundheitsbewussten Stabilisierung, persönlichen Entfaltung und gesellschaftlichen Partizipation aufzeigen. Zudem werden Betroffene auf ihr Hepatitis-C-Risiko aufmerksam gemacht und erhalten im Bedarfsfall konkrete Hilfe.

Mithilfe des partizipativen Ansatzes im Projekt PLUS erfahren Sucht- bzw. Substitutionspatienten *Selbstwirksamkeit*. Die unterschiedlichen Bausteine sind darauf ausgerichtet, einen „gelingenderen Alltag“ (Thiersch) zu ermöglichen und die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern.

Grundvoraussetzung zur Realisierung der Projektziele ist es, die Motivation und Bereitschaft zur Beteiligung zu wecken, zu steigern und aufrecht zu erhalten. Die professionellen Helferinnen und Helfer stehen den Klientinnen und Klienten in diesem Prozess als starker Partner zur Seite und befähigen diese im günstigsten Fall, andere Betroffene im Sinne der Selbsthilfe zu unterstützen (Peer to Peer).

Die wissenschaftliche Begleitstudie durch das Stuttgarter Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) basiert auf einem *multiperspektivischen, interdisziplinären Forschungsdesign*, welches quantitative und qualitative Inhalte miteinander verbindet. Die Ergebnisse sollen Aussagen zu Wirkungen bzw. Effekten machen und nach Abschluss der Modellerprobung Entscheidungshilfen, u. a. für einen landes- bzw. bundesweiten Rollout, an die Hand geben.

„ImpulsPunkt!“® Ein manualgestütztes (Einzel- und Gruppen-) Training für SubstitutionspatientInnen zum gesünderen Umgang mit aggressiven Impulsen

Bernd Westermann (Berlin)

Für Suchtkranke hat das Thema „Kontrollverlust“ bei häufig vorliegender „Gewaltaffinität“ noch eine zusätzliche Dimension. Steuerungsprobleme können mit unmittelbarem Substanzbezug entstehen, ebenso aber treten sie als eigenständiges Störungsbild oder als hochgradig dysfunktionales Ergebnis von langjähriger Fehlsozialisation auf. Obwohl die Konfrontation mit Fremd- (und Selbst-)Verletzungen in der Sucht- und Drogenhilfe praktisch kaum zu vermeiden ist, wird damit in der Regel eher im Ausschluss- oder Delegationsverfahren umgegangen – mit begrenztem Erfolg. Beim Umgang mit psychiatrisch auffälligen oder fehlsozialisierten Substituierten ist zunächst ein „Ausnahme-Ort“ zu sichern, an dem Gewalt auf dem Wege der konsequenten Frühintervention verhindert wird. Das heißt „Verhältnisprävention“. Nach und neben dieser Grundlage wird allerdings Verhaltensprävention nicht nur möglich, sondern notwendig! Das kann heißen: Training, Verlernen alter und Erlernen neuer Umgangsweisen mit aggressiven Impulsen. In Kölnisch-Berliner-Heidelberger Koproduktion ist ein anwenderfreundliches Arbeitsinstrument entstanden, mit dem dazu beigetragen werden kann, das Teilhabe-Hindernis „gestörte Impulskontrolle“ erfolgreich zu reduzieren. Sich auch mit diesem Thema offensiv zu befassen bleibt letztlich keinem Suchthilfe-Setting erspart.

Freie Vorträge „Update“

Die Vergabe von Naloxon an geschulte medizinische Laien in Deutschland als Prophylaxe tödlicher Drogenotfälle – ein Leitfaden als Implementierungshilfe

Anna Dichtl (Frankfurt)

Die Drogentodeszahlen in Deutschland beliefen sich im Jahr 2013 auf 1002 Personen, etwa Zwei Drittel dieser Todesfälle standen im Zusammenhang mit einer Intoxikation mit Opiaten (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung/BKA 2014: 6). In den letzten zwanzig Jahren hat die Implementierung schadensminimierender Strategien bereits zu einer Halbierung der Drogentodeszahlen geführt, es könnten jedoch mehr Leben gerettet werden, wenn die vorhandene und erprobte Strategie der Naloxonabgabe an geschulte medizinische Laien in Deutschland breiter genutzt würde. In vielen Ländern werden Take-Home-Naloxon Programme bereits flächendeckend angeboten und teilweise staatlich finanziert. In Deutschland wird dies bisher nur in sehr kleinen Projekten in Eigenfinanzierung umgesetzt und Naloxon steht so nur einem marginalen Teil der Zielgruppe der Opiatgebrauchenden zur Verfügung. Aus diesem Grund wurde von einer Expert_innengruppe aus Forschung und Praxis ein Leitfaden zur Implementierung von Take-Home Naloxon-Programmen entwickelt, der sich an Ärztinnen und Ärzte sowie Suchthilfeeinrichtungen richtet. Dieser Leitfaden soll über die Möglichkeiten der Naloxonabgabe informieren und die Implementierung von Take-Home-Naloxon Programmen erleichtern. Im Rahmen des Kurzvortrags wird der Leitfaden vorgestellt.

Umgang mit Aggressionen und Impulsdurchbrüchen als genderspezifische Problematik in der Therapie von Männern mit der Comorbidität Sucht und Traum

Isabel Englert (Neuenkirchen)

In der Therapie von Männern mit der Comorbidität Sucht und Traumafolgestörung ergeben sich eine Vielzahl genderspezifischer Probleme und Fragestellungen: einerseits ist die Art der Traumatisierung von der bei Frauen gängigen unterschiedlich: schon in der Kindheit werden Männer etwas mehr Opfer körperlicher Gewalt, was sich auch über die Jahre fortsetzt. Seltener als bei Mädchen findet sich sexueller Missbrauch. Im Erwachsenenalter finden sich häufiger Berufstraumatisierungen in eher männerlastigen Berufen wie in der Baubranche oder auch im Rettungsdienst. Ein spezifisches Problem stellt die Kriegstraumatisierung von Männern dar, mit der das deutsche Suchthilfesystem durch Migranten aus Krisenregionen in zunehmendem Maße belastet wird.

Aber auch die Reaktionen auf die Traumatisierung sind genderspezifisch unterschiedlich: während Frauen eher zu depressiver Symptomatik und zu Selbstschädigungen leiden, neigen Männer eher zu aggressivem, impulsdurchbrüchigem, fremdschädigendem Verhalten. Nicht selten hat dies im Vorfeld eines stationären Aufenthalts auch schon zu erheblichen juristischen Konsequenzen geführt. Soll überhaupt Integration in den Rahmen einer Therapie, insbesondere in Gruppen gelingen, stellt das Erlernen des Umgangs mit diesen Symptomen eine wichtige Voraussetzung für Erfolg dar, da so vorzeitige Entlassungen aufgrund von Fremdgaggression vorgebeugt werden kann. Es werden Erscheinungsformen der Symptomatik und sinnvolle Interventionen dargestellt.

Suchttherapie im Home Treatment: Ein Weg zur individualisierten Behandlung?

Harald Franz, Deborah Wyss, Karel Kraan (Luzern)

Einleitung: Nachdem 2014 Angebotsentwicklung und Inanspruchnahme dieses alltagspsychiatrischen Akutbehandlungsangebots durch Menschen mit Suchtproblemen im Vordergrund stand, konzentrieren wir uns in diesem Jahr auf unsere klinischen Erfahrungen in verschiedenen Behandlungssituationen, die sich im Home Treatment bei Suchtpatientinnen und -patienten entwickelt und bewährt haben.

Methode: Deskriptive Auswertung der Basisdokumentation GiA der Jahre 2010 - 2014 (n=873)

Kasuistische Darstellung prototypischer Behandlungssituationen:

- Qualifizierter Alkoholentzug bei Polytoxikomanie
- Cannabis und Schizophrenie
- Polytoxikomanie und versorgungspflichtige Kinder

Ergebnisse/Diskussion: Fünf Jahre nach Etablierung in die Regelversorgung beträgt der Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose der Kategorie F1 13%. Unter Berücksichtigung der ersten Nebendiagnosen weisen ein Viertel der Patientinnen und Patienten ein behandlungsrelevantes Suchtproblem auf. Menschen mit Alkoholproblemen sind mit 76.2% die größte Gruppe.

Akutpsychiatrisches Home Treatment hat sich auch in der Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen bewährt und ermöglicht, individuelle Behandlung im häuslichen Umfeld anzubieten.

Masterarbeit: Mutterschaft und Substitution – Ein Update

Sara Fremmer (Fürstfeldbruck)

Aufgrund der Ergebnisse der Masterarbeit „Mutterschaft und Substitution“ wurde gezielt versucht, Alternativen und Lösungen für substituierte Mütter im Raum Fürstfeldbruck zu finden. Zu diesem Zweck wurde bei der örtlichen Substitutionsstelle eine Frauen-Mutter-Gesprächsgruppe implementiert. Eine formative Evaluation soll einen kurzen Einblick in den Erfolgs- und Verbesserungsprozess dieser Hilfestellung geben.

Des Weiteren wurden Gespräche mit Fachkräften geführt und deren Ideen und Wünsche zusammengetragen. Aufgrund ihrer Nähe zur Klientel und der tagtäglichen Konfrontation mit den Bedürfnissen der Mütter muss ihre Sicht hervorgehoben und ihnen Gehör verschafft werden. Als Ergebnis der Masterarbeit wurde festgehalten, dass viele substituierte Mütter nicht die Fähigkeit besitzen, ihre Bedürfnisse und Ängste klar und verständlich zu formulieren. Oft werden diese erst im Gespräch deutlich. Ergebnisse dieses Updates sind eine Bestätigung der Thesen aus der Masterarbeit. Vor allem sollen folgende Punkte hervorgehoben werden:

- Substituierte Mütter sehen sich einer Doppelbelastung ausgesetzt
- Ihnen fehlt eine eigene Anlaufstelle, die sich ausschließlich mit ihren Belangen befasst
- Sie sehen sich vielen Vorurteilen aus der Gesellschaft und vor allem von Behörden ausgesetzt
- Gäbe es mehr Hilfsangebote, würden sie diese auch nutzen
- Aktives Nachfragen nach Hilfe kommt einem Gefühl der Hilflosigkeit gleich

Die Kombination aus Gesprächen mit dem Fachpersonal, sowie einer Evaluation der neuen Gesprächsgruppe, sollen zukünftig den Grundstein für weitere Aktivitäten und Förderungen für diese spezielle Zielgruppe ermöglichen.

Die Prozesse finden vorerst in kleinem Rahmen statt, doch wird durch eine erfolgreiche Implementierung in Fürstfeldbruck eine Erweiterung dieses Konzepts in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen angestrebt.

Eine wirtschaftliche Effizienzüberprüfung steht noch aus.

Dialektisch-behavioral basiertes Therapiemanual in der Suchtbehandlung: ein Update

Dominika Mandrek-Ewers (Göttingen)

Hintergrund: Suchterkrankungen gelten als „übersteuerte“ Störungen mit unzulänglicher Affektregulation und impulsiven Verhaltensweisen. Sie sind hoch komorbide mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen, die ebenfalls diese Charakteristika aufweisen. Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), (Linehan, 1996) zur Behandlung von Borderline-Störungen entwickelt, empfiehlt sich zur Therapie solcher Störungen. Bei Suchterkrankungen sind führende Symptome Suchtmittelkonsum, Craving und Rückfall. Entsprechend werden im ursprünglichen Manual Suchtentstehung und suchtspezifische Symptome nicht behandelt, Suchtmittelkonsum lediglich als dysfunktionale Methode zur Spannungsabfuhr erwähnt.

Methode: Es wurde ein DBT-basiertes Therapiemanual zur Behandlung Suchtkrankter entwickelt. Fünf halbstandardisierte Module umfassen Fertigkeiten (Skills) zum Aufbau emotionaler und rationaler Akzeptanz der Suchterkrankung, Umgang mit veränderten Wahrnehmungsprozessen in der Sucht sowie

den Suchtsymptomen auf neurobiologischer Basis, von Zusammenhängen zwischen Stress und Suchtverlangen sowie zur differenzierten Gefühlswahrnehmung.

Resultate: Die Akzeptanz der Methode ist hoch. Patienten sind motiviert, sich mit der Suchterkrankung in Form eines differenzierten Skilltrainings auseinanderzusetzen. Sucht wird als behandlungsbedürftige Erkrankung festgestellt, ernst genommen und deren wichtige Problembereiche reflektiert. Patienten erlernen realistische Handlungsalternativen zu automatisiertem Suchtverhalten, erreichen kurzfristige Erfolgserlebnisse und langfristige Bewältigungsstrategien.

Schlussfolgerungen: Das Therapiemanual wird seit 2010 stationär (Drogen- und Alkoholentgiftung, Trauma und Sucht, junge Erwachsene), tagesklinisch und ambulant, in Gruppen- und Einzelsetting angewendet. Klinische Erfahrung sowie erste qualitative Daten zeigen, dass Patienten die Suchterkrankung durch die angewendeten Techniken besser verstehen, akzeptieren und bewältigen. Konkrete Fertigkeiten stärken Handlungsmotivation, Ressourcen und Selbstwirksamkeit.

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

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

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

MethCare als deutschsprachige Datenbank zu Methamphetamin – Was ist daraus geworden?

Katharina Schoett (Mühlhausen)

Hintergrund: Innerhalb der letzten Monate hat sich in Deutschland die Ausbreitung von Methamphetamin fortgesetzt, immer mehr Konsumenten entwickeln inzwischen auch einen suchtmmedizinischen und therapeutischen Hilfebedarf. Die Notwendigkeit, hierauf rasch und kompetent zu reagieren, besteht zweifelsohne, kann aber teilweise in Ermangelung spezifischer Kenntnisse seitens der Helfer nur begrenzt erfüllt werden. Um diese Situation zumindest partiell zu verbessern, wurde durch den Verein SuPraT die deutschsprachige Datenbank MethCare ins Leben gerufen.

Ziel und Umsetzung: Die Idee von MethCare ist, eine möglichst umfassende Datenbank zur Verfügung zu stellen, die spezifisch die international vorhandene Literatur zu Methamphetamin enthält. Diese wird zusätzlich (im jeweils von Autor/Verlag erlaubten Umfang) in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Dies eröffnet für deutsche Nutzer die Möglichkeit, die international bereits evaluierten Forschungs- und Behandlungsansätze leichter einzubeziehen und die eigene in der Regel knappe Zeit nicht noch für aufwendige Literaturrecherchen und Übersetzungen zu benötigen.

Realisiert werden kann MethCare durch umfassendes ehrenamtliches Engagement von Vereinsmitgliedern und mit Hilfe einer BMG-Förderung seit 03/15. Die Datenbank befindet sich weiterhin in ständiger Erweiterung. Der erste Online-Auftritt erfolgte planmäßig und erfolgreich zu den Interdisziplinären Suchttagen in München 07/15 und wurde dort auch prämiert.

Schlussfolgerungen: Die Tatsache, dass aus der Idee eines kleinen Suchthilfe-Vereins ein funktionierendes umfassendes online-Portal geworden ist, erscheint keineswegs selbstverständlich. Die Nachfrage nach MethCare war in den letzten Monaten stetig, was auf Interesse und Bedarf seitens des Hilfesystems schließen lässt. Problematisch sind am ehesten die Verhandlungen mit den Verlagen, Publikationen über die Seite zur Verfügung zu stellen, ohne dafür viel Geld zu verlangen. Somit können bis dato nur ein Teil der uns vorliegenden und übersetzten Artikel in der Datenbank eingestellt werden, was angesichts des dringend benötigten einfachen Zugangs zu Wissen noch nicht ausreichend befriedigend ist. An einer Verbesserung dieser Situation wird unsererseits gearbeitet.

Posterbeiträge

Traumatherapie in der niederschweligen Drogenarbeit durch Somatic Experience

Anette Hofmann, Astrid Leicht (Berlin)

Hintergrund: Die Biographie suchtkranker Menschen ist oft von traumatisierenden Erlebnissen geprägt. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Sucht und Trauma. Sucht wird als Überlebensstrategie oder Bewältigungsstrategie verstanden. Dennoch erhalten Suchtkranke oftmals nicht die Unterstützung, um aus der Spirale von Sucht und Trauma auszusteigen.

Traumata wirken auf das Nervensystem. Entweder ist das Nervensystem in einer Übererregung gefangen, oder es kann nicht herunterfahren. (Dissoziation, Erstarrung).

Traumata werden unterschieden in ein einmaliges Trauma, oder in wiederholende, fortsetzende Traumata.

Somatic Experience (SE) ist eine besonders geeignete Methode der Traumatherapie, die in allen Fällen angewandt werden kann. Auch nur kurze Sequenzen von SE machen das Nervensystem wieder beweglicher, die Betroffenen lernen, wieder auf ihren Körper zu hören und sich selbst unter Anleitung zu beruhigen. Bei SE geht es um Stabilisierung und Ressourcenaufbau, ebenso spielt die Beziehungsebene eine große Rolle, der Betroffene muss wieder Vertrauen fassen.

Meist jedoch stehen aktiv Süchtige vor verschlossenen Türen, da die meisten Therapeuten eine Abstinenz voraussetzen.

Hinzu kommt, dass Traumata häufig erst im Laufe einer Therapie zur Sprache kommen, und zwar in Einzelstunden, bei der Akupunktur, oder ganz schlicht bei der Besprechung von Alltagsproblemen.

Ziele: Traumatisierte Süchtige sollen den Zugang zur therapeutischen Behandlung auch ohne Abstinenz erhalten.

Süchtige sollten die Möglichkeit haben, SE in Anspruch zu nehmen.

SE müsste über die Krankenkasse finanziert werden, und es braucht mehr Therapeuten, welche mit Süchtigen und Traumatisierung arbeiten.

Erprobt werden soll zudem, ob wesentliche Elemente von SE im niederschweligen Setting einer Kontaktstelle als therapeutische Intervention zu realisieren sind.

Methode: In der Fixpunkt-Kontaktstelle „Druckausgleich“ wird von einer ausgebildeten Traumatherapeutin die Kurzintervention durchgeführt. Auch körperliche Übungen unterstützen den Prozess.

Ergebnisse: In die Kontaktstelle kommen Heroinabhängige, aber auch Menschen aus der Partyszene, welche ein Problem mit Partydrogen haben, oder vom Heroin auf Partydrogen umgestiegen sind. Meist führen massive Einschnitte im Leben in die Beratung, in welcher dann SE angewendet werden kann. Es geht hier z. B. um den Tod eines geliebten Menschen, Beziehungsprobleme, Machtlosigkeit gegenüber Ämtern oder Strafverfahren.

Aufgrund langjähriger Bekanntheit von Fixpunkt in der Drogen- und Partyszene herrscht ein Vertrauensverhältnis und die Zuversicht bei den Hilfesuchenden, dass ihr aktueller Drogenkonsum nicht negativ bewertet wird. Dies ist die Grundlage für die notwendige Vermittlung von Sicherheit und die therapeutische Intervention.

Wichtig ist es, langsam voranzugehen, um keinen Traumastrudel zu erzeugen.

Es ist Aufgabe des/der Therapeuten/in, auf den sogenannten „Heilungsstrudel“ hinzuarbeiten und die Ressourcen des Einzelnen aufzudecken. Dies dient der Stabilisierung.

Schwierig gestaltet sich oft das Einhalten von Terminen.

Schlussfolgerung: Auch im niederschweligen Setting ist es möglich, traumatherapeutische Methoden einzusetzen. Notwendig sind therapeutisch ausgebildete Fachkräfte und ein Grundwissen aller anderen Kontaktstellen-Fachkräfte zu Trauma und den therapeutischen Behandlungsmaßnahmen.

Das Lotsennetzwerk Brandenburg

Andrea Hardeling, Friederike Neugebauer (Potsdam)

Vielen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen fällt es nach einer stationären Behandlung (Entzug/Entgiftung) schwer, in weiteren Behandlungsmaßnahmen anzukommen, um langfristig ein Leben ohne Suchtmittel führen zu können. Auch beim Pathologischen Glücksspiel gelingt der dauerhafte Ausstieg häufig erst sehr spät. Infolge dessen kehrt ein Teil der Abhängigkeitserkrankten schnell in den gesundheitsschädigenden Suchtkreislauf zurück und es bedarf einer erneuten (kostenintensiven) stationären Behandlung.

Das Lotsennetzwerk Brandenburg kann durch eine enge partnerschaftliche Zusammenarbeit von Vertretern der Selbsthilfe (Lotsen), Kliniken und anderen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, frühzeitig zur Verbesserung der Versorgung Suchtkranker im Land Brandenburg beitragen. Abgestimmte Unterstützungsleistungen, insbesondere an den Übergängen zwischen Entgiftung und weiteren Behandlungen, sollen Abbrüche verhindern, Zahl und Umfang von Rückfällen und die damit einhergehenden schweren Folgen mindern.

Die ehrenamtliche, zeitlich befristete, standardisierte und individuelle Lotsenbegleitung erzielt ebenfalls eine schnellere Vermittlung in weiterführende Angebote (Selbsthilfegruppe, Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen), längere Abstinenzphasen und die Förderung der Resilienz der Betroffenen. Die Sicherstellung der Rahmenbedingungen und die Koordination des Lotsennetzwerkes leistet die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (BLS).

2007 wurde das Lotsennetzwerk von der BLS zunächst als Modellprojekt entwickelt, seit 2012 kontinuierlich umgesetzt, evaluiert und bereits in andere Bundesländer adaptiert.

In der Poster-Präsentation werden sowohl ein individueller Verlauf einer Lotsenbegleitung vorgestellt, als auch die Chancen für alle Beteiligten am Netzwerk aufgezeigt.

Substitutionsgestützte Rehabilitation

Johannes Rinnert (Frankfurt)

Thema ist die substitutionsgestützte Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Villa u. d. Linden in Frankfurt /M.

Die Klinik hat 32 Behandlungsplätze und in der Regel sind davon 6-8 substituierte Patienten. Die Behandlungsdauer liegt zwischen 6-8 Monaten.

Insgesamt sind seit 2009 126 Patienten mit Buprenorphin/Naloxon behandelt worden. Es wird kurz das Konzept der Substitutionsbehandlung beschrieben (Aufnahmeprotokoll, Aufnahme-dosis max., integrierte Behandlung Substituierter in Gruppen- und Einzeltherapie). Es werden die Behandlungsziele formuliert (Ausdosierung, Stabilisierung der Beikonsumfreiheit mit Fortführung der Substitutionsbehandlung).

Im Poster soll gezeigt werden wie groß der Anteil der substituierten Patienten ist und es werden verschiedene Parameter wie Geschlecht, Schulbildung, Berufstätigkeit, Infektionskrankheiten (Hep C, HIV), Aufnahme nach § 35 BtmG und Komorbidität in Form von Diagrammen dargestellt.

Auch werden die Entlassungsmodi (regulär, mit/ohne Substitut, Abbruch, Disziplinarisch), auch im Vergleich zu den Nichtsubstituierten, aufgezeigt.

PLUS TEILHABEN + TEILNEHMEN + TEIL SEIN

Susanne Schäfer-Walkmann, Alessa Peitz (Stuttgart)

PLUS ist ein gemeinsames Projekt von AbbVie Deutschland, dem Caritasverband für Stuttgart e. V. und der Deutschen Leberhilfe e. V., welches die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit einer Suchterkrankung zum Ziel hat. Als zusätzliches „PLUS“ zur Basisversorgung in der Suchthilfe wird eine ganzheitliche und alltagsintegrierte Unterstützung zu allen relevanten Problemlagen angeboten, um ein „Mehr“ an Teilnahme, Teilhabe und Teil sein zu erreichen. Im Rahmen des Projekts

PLUS werden Angebotsbausteine entwickelt, die am Bedarf der Zielgruppe ansetzen und den Betroffenen Möglichkeiten zur gesundheitsbewussten Stabilisierung, persönlichen Entfaltung und gesellschaftlichen Partizipation aufzeigen.

Außerdem werden Betroffene auf ihr Hepatitis-C-Risiko aufmerksam gemacht und erhalten im Bedarfsfall konkrete Hilfe. Zusammen mit Mitarbeitenden der Caritas-Suchthilfe und Betroffenen werden u. a. zielgruppengerechte Informationsmaterialien entwickelt und verbreitet. Veranstaltungen und Schulungen zu HCV verbessern zudem das Gesundheitswissen von Betroffenen und Professionellen und erleichtern Zugänge zur Versorgung.

Die wissenschaftliche Begleitstudie durch das Stuttgarter Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) basiert auf einem *multiperspektivischen, interdisziplinären Forschungsdesign*, welches quantitative und qualitative Inhalte miteinander verbindet (Methodentriangulation). Effekte werden aus der Perspektive der Klient/innen, Mitarbeitenden und weiterer Bezugsgruppen gemessen.

Die **forschungsleitenden Fragestellungen** fokussieren auf die Lebensqualität der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer ebenso wie auf den gesellschaftlichen Mehrwert. **Studienzeitraum** ist 01. Mai 2015 bis 31. Dezember 2016.

Der Ansatz der Begleitstudie ist ein *wirkungsorientiertes Controllingmodell* für Non-Profit-Organisationen. Wirkung und Wertschöpfung des Projekts PLUS vollziehen sich auf vier unterschiedlichen Ebenen:

Output: Im Projekt PLUS werden z. B. sowohl der Umfang der Inanspruchnahme der zusätzlichen Angebote durch die Suchtbetroffenen, als auch die zusätzlich geleisteten Beratungs- und Unterstützungsstunden in den verschiedenen Diensten der Caritas erfasst, im Zeitverlauf abgebildet und monetär bewertet.

Outcome: Die im Projekt PLUS erbrachten Leistungen wirken sich auf verschiedene Adressatengruppen aus: Suchtbetroffene/Klient/innen; Professionelle und Personen im sozialen Nahraum (z. B. Akteure im Suchthilfeverbund der Stadt Stuttgart, Angehörige, Arbeitgeber). Outcomemessungen beziehen sich auf die „wider effects“ bei den verschiedenen Adressatengruppen.

Effects: Im Projekt PLUS werden mit dem Fokus auf die studienbestimmenden Parameter „Teilhaben“, „Teilnehmen“ und „Teil sein“ *Gesundheitsvorstellungen, Motivation, Health literacy (v. a. Hepatitis C), Selbstwirksamkeit* und *Inklusionsgrad* im Zeitverlauf gemessen (base line und follow up).

Impacts als subjektive Reaktionen sind *Einstellungen, Urteile, Zufriedenheitsäußerungen*, aber auch die *Änderung bzw. Stabilisierung von Verhaltensweisen*, etwa Abstinenz.

Kontrollgruppen setzen sich aus denjenigen Klientinnen und Klienten bzw. Caritas-Mitarbeitenden zusammen, die nicht am Projekt PLUS teilnehmen.

Die Ergebnisse sollen Aussagen zu Wirkungen bzw. Effekten machen und nach Abschluss der Modellerprobung Entscheidungshilfen, u. a. für einen landes- bzw. bundesweiten Rollout, an die Hand geben.

Clomethiazol – niedriges Abhängigkeitspotential, aber Fallbeispiele

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

Clomethiazol wird ein hohes Abhängigkeitspotential nachgesagt. 2005 wurde deshalb die ambulante Zulassung entzogen.

Wegen jahrzehntelang abweichender Erfahrung wurde es in unserer Praxis weiterhin mit durchstrukturiertem Konzept eingesetzt, darunter bei 54 Patienten mit schwerer Abhängigkeitsanamnese >6 Wochen, bis zu >9 Jahre, durchschnittlich 1.7 Jahre, bei 22 Patienten wiederholt.

Von 87 Beendigungen waren 84 (97%) problemlos und festigten unsere Erfahrung eines niedrigen Abhängigkeitspotentials.

Nur drei einzelne Patienten, alle jahrelang mit exzellenter Entwicklung, berichteten nach >4, >8, >9 Jahren plötzlich über gesteigerte innere Unruhe, fragten nach Dosiserhöhung und verspürten Suizidimpulse, den eine 75jährige auch umsetzte. Der zweite Patient, geb. 1969, konsumierte plötzlich Cocain und zusätzliches Clomethiazol aus anderen Quellen. Er verpflichtete sich zu umfassenden Umkehrschritten, musste aber wenige Wochen später wegen Suizidalität noteingewiesen werden und brach danach die Behandlung ab. Auch der dritte Patient, geb. 1980, dekompenzierte erst nach jahrelang stabilem Verlauf, vielleicht aufgrund einer Levomethadondosisreduktion von 85 auf 41mg in den letzten 5 Jahren. Ein einziger Rückfall mit Cocain, Alkohol und Benzos erzeugte eine Fast-Psychose und starke Angst. Alles ließ sich innerhalb von Wochen mittels kurzfristiger Anhebung der Clomethiazoldosis u. vor allem einer Wiederanhebung der Levomethadondosis auf 70 mg stabilisieren. Aber weil

angesichts der anderen Fälle ein Zusammenhang mit der jahrelangen Clomethiazolbehandlung nicht auszuschließen ist, arbeiten wir jetzt – mit Mühe - an deren ausschleichender Beendigung. Diskussion: Auch wenn hier 3 Fälle mit Dekompensationen nach jahrelang stabiler Clomethiazolbehandlung beschrieben werden, erscheint eine Neubewertung des Abhängigkeitspotentials von Clomethiazol notwendig. Beim Gros der Patienten ist es unter gut geordneter Therapie praktisch nicht zu beobachten.

Erfolgreiche Überwindung massiver Benzodiazepinabhängigkeit bei einem Methadonpatienten mittels Clomethiazol – ein Fallbericht

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

Eine parallele Benzodiazepinabhängigkeit ist bei Opioidabhängigen oft schwierig zu behandeln. Ein leitender Mitarbeiter einer Überwachungsbehörde wandte sich wegen eines solchen Patienten aus seinem Bekanntenkreis an uns. Mit der bisherigen Substitutionsbehandlung (120mg Methadon/d, ausnahmslos Sichtbezug, wohl keine nennenswerten Arztgespräche) gehe es immer weiter bergab. An Arbeit sei lange nicht mehr zu denken. Ein Jahr zuvor war eine „Therapie“ nach einem Monat gescheitert. 5 stationäre Teil- oder Komplettentzüge waren alle ohne nachhaltigen Erfolg geblieben. 9/07 kam der Patient, geb. 83, trotz der 120mg mit starken Entzugserscheinungen. Methadon reiche hinten und vorne nicht. Er habe am Vortag 50mg + Heroin hinzugekauft, außerdem noch 50mg Oxazepam, die Tage davor seien es meist 100mg täglich gewesen. Einstiche an bd. Ellebeugen.

Wir besprachen einen umfassenden Neuanfang mit neuer Vertrauenswürdigkeit und Buchführung. Eine Umstellung auf 1200mg Dihydrocodein und die Zuteilung von tgl. 2 Kapseln Clomethiazol (a 192mg) begeisterten ihn. Er beeindruckte mit gewissenhafter Buchführung und sagte seit dem ersten Tag, er spüre keinen Suchtdruck und brauche keine Substanzen mehr zusätzlich.

Nach einer Woche wurde Clomethiazol für 14 Tage auf 3 Kps gesteigert, dann war er wieder mit 2, nach 2 Monaten mit 1 Kps stabil. Die wurde nach 15 Monaten problemlos abgesetzt. 2/12 wurde auf Levomethadon umgestellt und bis 77mg gesteigert. Aktuell sind wir noch bei 57mg. Er brauchte nie wieder Benzodiazepine, fing bald mit Arbeit u. Ausbildung an. Heute ist er seit Jahren in fester, längst leitender Stellung, in der auch zum Ausdruck kommt, dass er sich stabiles Vertrauen erworben hat.

Clomethiazol – wie ausgeprägt sind die nasalen Nebenwirkungen?

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

Die Einnahme von Clomethiazol kann mit nasalen Nebenwirkungen einhergehen, beschrieben als unangenehme Irritation der Schleimhaut, Blutfülle, manchmal auch Niesreiz.

38 Patienten (f/m = 17/21, Alter 48,6 ± 12,3 Jahre) wurden zu ihren Erfahrungen mit dieser Nebenwirkung befragt.

12 (31,6%) gaben an, diese Nebenwirkung nicht zu kennen. 20 (52,6%) verspürten sie als gering bis erträglich, 4 (10,5%) fanden sie "sehr störend", und 2 (5,3%) so störend, dass sie Clomethiazol nicht weiter nehmen konnten. Von den 26, die die Nebenwirkung verspürt hatten, gaben 12 (46,2%) an, sie trete zwischen 11 und 30 Minuten nach der Einnahme auf, 7 sagten, innerhalb von 31-60 Minuten, 4 innerhalb der ersten 10 Minuten. Eine Patientin verspürte es erst später als nach einer Stunde, und zwei Patienten gaben an, es erst am 3. Tag gespürt zu haben. Die Dauer wurde von 22 (84,6%) als <2 Stunden angegeben, davon von 12 sogar nur <30 Minuten. Dass es 3-4 Stunden zu spüren sei, sagten 3 Patienten, und dass es länger als 6 Stunden anhalte, sagte nur die eine Patientin, die auch angab, der Beginn sei erst nach >1 Stunde. 22 (84,6%) gaben an, dass die Nebenwirkung schnell vollkommen nachlasse, oft schon mit der zweiten Dosis, spätestens nach 1 – 5 Tagen.

Schlussfolgerung: Nasale Nebenwirkungen können in Einzelfällen (hier 2 Patienten, 5,3%) so ausgeprägt sein, dass eine weitere Clomethiazoleinnahme unmöglich erscheint. Bei der überwiegenden Mehrheit sind sie aber so gering und insbesondere schnell vorübergehend, dass sie gut toleriert werden. Etwa ein Drittel der Befragten hatte überhaupt keine nasalen Nebenwirkungen.

Eine Befragung zum Thema Drogentod

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

72 Substitutionspatienten (f/m = 32/40) wurden nach ihren Erlebnissen mit Todes- oder Fasttodesfällen befragt.

43 (59,7%) gaben an, schon selbst einen Fasttodesfall erlebt zu haben, durchschnittlich 2,4 mal (105 Ereignisse). Auf die Frage, wie es ihrer Meinung nach dazu kam, wurde am häufigsten (48x) die wechselnde, nicht berechenbare Qualität genannt, Wirkstoffkonzentration und Zusätze. 19x war fehlende Toleranz in Erinnerung, insbesondere nach „Zwangsentzug“, 18x wurde ein Zusammenhang mit Verzweiflung genannt. Weiteres: „Geil auf alles“, Mischintoxikationen, Unkonzentriertheit, Vergewaltigung, unübersichtliche Verhältnisse im Gefängnis, Straßenverwahrlosung, Zusammenhang mit epileptischen Anfällen.

61 (84,7%) gaben an, schon mindestens einen Fasttodes- bzw. Reanimationsfall bei jemand anderem erlebt zu haben, durchschnittlich 5,3x (325 Ereignisse). Hier wurden genannt: 190x wechselnde Qualität, 108x fehlende Toleranz (68x nach Entzug, 40x nach Haftentlassung), 34x Verzweiflung, 27x Bedrängnissituation, 15 x „Gier“, und die weiteren, oben schon genannten Zusammenhänge.

Beim Überleben wurde mehrfach auf bleibende Schäden wie nach Apoplex (Paresen, Persönlichkeitsveränderungen) hingewiesen. Ohne dass systematisch danach gefragt wurde und es exakt erinnerlich war, wurde bei mindestens 250 erlebten Ereignissen (58,1%) aus Angst vor der Polizei kein Notarzt gerufen, häufig liefen die anderen davon. Mehrere, die geholfen und Hilfe gerufen hatten, berichteten, dass daraufhin gegen sie ermittelt und sie mit einer Strafe belegt wurden. Naloxon in der Selbsthilfe verfügbar gehabt zu haben, hätte nach Einschätzung der Befragten in über 80% geholfen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen erschreckend deutlich, dass die Mehrzahl der „Drogentoten“ nicht eigentlich den „Drogen“, sondern der Drogenprohibition zum Opfer gefallen sind (wechselnde Qualität, aus Angst vor Polizei keinen Arzt gerufen).

Heruntertrinken unter Baclofen – 3 Fallbeispiele

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

In eine Alkoholabhängigkeitsdauerbehandlung ohne vorherigen Entzug einzusteigen, ist ein neues, vielversprechendes Behandlungselement. Vorgeschaltete, medizinisch gestützte Entzüge sind stationär teuer und mit Hemmschwelle verbunden. Ambulant sind sie zeitaufwendig, nur limitiert durchführbar. Auf einen Entzug verzichten zu können, senkt daher die Schwelle für einen Behandlungseinstieg erheblich. Die hier präsentierte Methode wurde von C. Weigel, Gießen, in Deutschland eingeführt. Hier werden drei Fallbeispiele präsentiert, die ihr „Heruntertrinken“ unter Baclofen mit anschaulicher Buchführung dokumentiert haben.

Pat 1, 59J, m, berichtete 4/14, seit 10 Jahren abends 1 – >2l Wein zu trinken. Seit Jahren versuche er erfolglos, das zu ändern. Er bat um einen Behandlungsversuch mit Baclofen. Seine tägliche Dokumentation von Baclofendosis, Trinkmengen und Suchtdruck zeigt, wie die alkoholfreien Tage allmählich zunahm und der Suchtdruck nachließ, bis die Trinktage nach 5 Monaten ganz aufhörten. Seit 9/14 lebt er zufrieden völlig abstinent und hat die Baclofendosis von 125 wieder auf 50mg reduziert.

Pat. 2, 48J, f, hatte 1/15 schon 5 stationäre Entzüge und zwei „Therapien“ hinter sich. Ihr Ausgangs-GGT-Wert war 3419 U/l. Bei ihrer Dokumentation wurde zunächst Wert darauf gelegt, den Alkohol aus dem Vormittag zu verbannen. Unter ansteigender Baclofendosis dokumentierte sie rasch abnehmende Trinkmengen und ab Tag 8 erste trinkfreie Tage. Seit 3/15 Alkoholabstinenz. 4/15 GGT 27 U/l.

Ein 34j. Russe brachte nach 6 Wo erst eine Reduktionsdokumentation von >3l Bier/d auf 2,2l/d, noch ohne trinkfreie Tage, gab aber an, unter 175mg Baclofen sei der ganze Druck weg, das Trinken völlig anders. Erstmals seit Jahren könne er sich ein Leben ohne täglichen Alkohol vorstellen.

Nikotinabhängigkeitsverläufe bei HIV-Patienten und bei Menschen mit einer zusätzlich bestehenden oder überwundenen Abhängigkeit von Alkohol und/oder Opioiden

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

In den letzten 4,5 Jahren wurden in einer auf HIV und Suchtmedizin spezialisierten Sprechstunde 275 Zigarettenraucher immer wieder mittels kurzer Dokumentation und eines motivierenden Gesprächs animiert, sich mit dem Rauchen auseinanderzusetzen.

Zu Beginn wurden die durchschnittliche tägl. Zigarettenzahl und die Minuten bis zur ersten Morgenzigarette erfragt. Dann wurde die tägl. Zigarettenzahl alle 4 Monate erfragt.

226 Patienten haben die Dokumentation für 1 Jahr erreicht, davon 181 (65,8%) auch die für 2 Jahre, 111 (40,4%) die für 3 Jahre, und 50 (18,2%) die für 4 Jahre. Bei der Dreijahresdokumentation waren von denen, die zu Beginn <10 Zig/d angaben, 42,9% Nichtraucher, ebenso in einer 2 Jahres-Auswertung schon 8 der 17 (47%), die morgens mind. 2 Stunden mit der ersten Zigarette warten konnten. 119 (f/m = 20/99) waren HIV-Patienten, bei denen es keine weitere Suchtanamnese gab (never addict = N), darunter 85 MSM-Patienten. Bei 98 Patienten bestand aktuell oder anamnestisch eine Alkohol- oder / und Opioidabhängigkeit (=A) (f/m= 43/55). Bei den N-Patienten lag die jährliche Nichtraucherquote ab dem Jahr 1 bei 17,5%, 18,3%, 25% und 19,2%. In 81% wurde das mit Schlusspunktmethode erreicht. Menschen der A-Gruppe erreichten den Nichtraucherstatus seltener: 1%, 7,4%, 7,3% und 11,1%, in 56% über die E-Zigarette. Unter den weiterrauchenden N-Patienten blieb die tägliche Zigarettenzahl über 4 Jahre um 14,5 konstant, während sie bei der Abhängigkeitsgruppe von 19,5 auf 13,3 sank.

Diskussion: Zwischen rauchenden HIV-Patienten ohne sonstige Abhängigkeitsanamnese und Rauchern mit weiterer Abhängigkeitsanamnese bestehen relevante Unterschiede im Rauchverhalten und in der Art der Zigarettenabhängigkeitsüberwindung. Die Ergebnisse legen therapeutische Konsequenzen nahe.

„Stoffe missbräuchlich konsumiert“ – Eine missverständliche Steilvorlage für eine schlechte Behandlung

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

Die BtMVV formuliert:

Eine Aushändigung einer Verschreibung nach Satz 4 (Anm. sog. take-home-Verordnung) ist insbesondere dann nicht zulässig, wenn ... der Patient ... Stoffe missbräuchlich konsumiert.

Das führt zu Debatten über die Legalität von take home-Verschreibungen.

Bundesweit besteht eine ausgeprägte Tendenz zu: „Beigebrauch = kein take home“, angesichts unglaublicher, BtMVV-basierter Verfahren gegen substituierende Ärzte eine Art Dienst nach Vorschrift - juristisch auf der sicheren Seite. Diese Haltung wurde obendrein bis in dieses Jahr durch Abrechnungsmodalitäten finanziell unterstützt. Im Juni schlug ein Rundschreiben unserer regionalen suchtmmedizinischen AG vor, das neue orale retardierte Morphin wegen Missbrauchsgefahr ausschließlich zum Sichtbezug zu verordnen.

Was für eine Medizin! Eine ganze Patientengruppe unter Generalverdacht? Ein Widerspruch zu einem wirklich therapeutischen Verhältnis! Ob diese Diskriminierung im Falle, dass jemand die Kraft hätte, dagegen zu klagen, wirklich als mit dem Grundgesetz vereinbar Bestand hätte?

Was ist besser, wenn uns ein Patient im Vertrauen, dass wir es behutsam therapeutisch aufnehmen, anvertraut, dass er noch diese oder jene Substanz konsumiert, oder wenn wir es detektivisch herauskriegen und dann mit den gesetzlichen Restriktionen reagieren? Bei vertrauensbasierter Behandlung vertrauen uns Patienten hunderte Male im Jahr an, dass sie Probleme mit dem Konsum weiterer Substanzen haben, und ermöglichen so eine pragmatisch-verständnisvolle, therapeutische Reaktion. Z. B. der stabile Substitutionspatient gestern, der mir von sich aus sagte: „Ich trink zu viel“, oder die Patienten, die noch längere Zeit THC brauchen.

Das alles mit der Restriktion des take-home-Verbots wegzuwischen, hat auch der Gesetzgeber nicht gewollt. Untherapeutische Starre ist in niemandes Interesse, sondern dass wir bestmöglich behandeln.

Substitutionsbehandlungsverläufe und Vertrauenspotential aus der Kindheit

Albrecht Ulmer (Stuttgart)

Vertrauen ist in der Behandlung einer Suchtkrankheit eine zentrale, aber in Studien wenig beachtete Größe.

In einer ersten Annäherung ans Thema wurden 127 Opioidabhängige im Rahmen einer besonders umfassenden Anamneseerhebung bei der Einleitung einer Substitutionsbehandlung danach gefragt, wie sehr sie in der Kindheit mit der Erfahrung ausgestattet wurden, dass man Menschen vertrauen kann. Sie konnten mit einer Schulnote antworten. 3 gaben keine Antwort, aber unter den anderen antworteten 38% mit den negativen Noten 4 – 6, gaben also ein Vertrauensdefizit seit der Kindheit an. Die dabei gegebenen Antworten wurden jetzt bei 109 Patienten mit den klinischen Eindrücken über den individuellen Krankheitsverlauf, die wir jahrzehntelang mittels unserer 15 stufigen Skala dokumentiert haben, in Bezug gesetzt. In 107 Fällen (f/m = 36/107) konnte auch untersucht werden, ob es eine Korrelation zur Besserung zwischen der ersten und zweiten Behandlungshälfte gibt.

Die Ergebnisse lassen sich schnell zusammenfassen: In dieser Untersuchung fand sich keinerlei Korrelation, weder zum Gesamtverlauf, noch zur Besserung während des Verlaufs, weder bei Männern noch bei Frauen.

Diskussion: Fürs erste scheint sich die Hypothese, dass eine gute Vertrauensbasis aus der Kindheit einen besseren Substitutionsverlauf ergeben könnte, nicht zu bestätigen. Es muss aber wohl gezielter geforscht werden. Bei der Beantwortung der Frage nach den Vertrauenserfahrungen aus der Kindheit entstand häufiger der Eindruck, dass die Patienten die Frage schwer verstanden oder nicht wussten, was sie dem für sie neuen Arzt anvertrauen können. Oft haben sich in der Kindheit auch positive und negative Erfahrungen gemischt. So bedarf das Thema für Substitutionspatienten weiterer, differenzierterer Forschung.

Referentenverzeichnis

Backmund, Markus (München) markus.backmund@p-i-t.info	Prof. Dr. med., Praxiszentrum im Tal (pit), Erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Batra, Anil (Tübingen) anil.batra@med.uni-tuebingen.de	Prof. Dr. med., Universitätsklinik Tübingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellv. Ärztlicher Direktor, Leiter der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung
Behrendt, Klaus (Hamburg) k.behrendt@aol.com	Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Forensische Psychiatrie
Brokatzky, Stefan (Münsterlingen) stefan.brokatzky@stgag.ch	Med. Pract., Oberarzt / Therapeutischer Leiter, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, TFP-Therapeut für schwere Persönlichkeitsstörungen
Buchholz, Angela (Hamburg) a.buchholz@uke.de	Dr. phil., Dipl.-Psych., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für medizinische Psychologie, Leitung der AG Sucht & REHA sowie psychotherapeutische Tätigkeit
Christensen, Stefan (Münster)	Dr. med.
Cimander, Konrad F. (Hannover) konrad.f.cimander@arcor.de	Dr. med. Dipl.-Chem., FA für Allgemeinmedizin, Suchtmedizin
Dichtl, Anna (Frankfurt am Main) annadichtl@fb4.fh-frankfurt.de	Institut für Suchtforschung Frankfurt University of Applied Sciences
Englert, Isabel (Neuenkirchen) isabel.englert@sucht-fachkliniken.de	Dr. med., Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge GmbH, Chefärztin, Schwerpunkte Komorbidität Abhängigkeitserkrankungen und Traumafolgestörungen/ schwere Persönlichkeitsstörungen
Follmann-Muth, Klaudia (Koblenz) Follmann@hs-koblenz.de	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Hochschule Koblenz
Franz, Harald (Luzern) harald.franz@medicum-wesemlin.ch	Dr. med., Leitender Arzt Ambulante Dienste Luzerner Psychiatrie
Fremmer, Sara (Lübeck) sarafremmer@yahoo.com	
Gotthardt, Frank (Basel) f.gotthardt@suchtmedizin.ch	Pract. med., Zentrum für Suchtmedizin
Haltmayer, Hans (Wien) hans.haltmayer@suchthilfe.at	Dr., Suchthilfe Wien gGmbH, Beauftragter der Stadt Wien für Sucht- und Drogenfragen
Hinrichsen, Holger (Kiel) holger.hinrichsen@gastroenterologie-kiel.de	PD Dr. med.
Hoch, Eva (Mannheim) eva.hoch@zi-mannheim.de	Dr. rer. nat. Dipl.-Psych., Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Substanzstörungen (Cannabisstörungen, Nikotinabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit), Koordination des S3-Leitlinienprogrammes „Substanzbezogene Störungen“ im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)
Hofmann, Anette (Berlin) a.hofmann@fixpunkt.org	Dipl.-Soz.-Päd., Fixpunkt e. V., HP für Psychotherapie / Suchttherapeutin VT-orientiert / Fachberaterin für Psychotraumatologie)
Isernhagen, Konrad (Köln) isernhagen@pfa-koeln.de	Dr. med., Gemeinschaftspraxis Gotenring, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Jellinek, Chaim (Berlin) c.jellinek@aid-neukoelln.de	Ambulanz f. Integrierte Drogenhilfe Neukölln, Facharzt für Allgemeinmedizin, Hausärztliche Versorgung, Suchtmedizinische Grundversorgung
Jungbluth-Strube, Gabriele (Bernburg / Saale) g.jungbluth@t-online.de	Dr. med., Praxis, Fachärztin für Psychiatrie/Suchtmedizin, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Klee-Reiter, Barbara (Köln) mail@perspektive-demenz.de	Beratung - Coaching - Training, Mitglied in der Deutschen Expertengruppe Demenz (DED)

Klein, Michael (Köln) mikle@katho-nrw.de	Prof. Dr. rer. nat., Kath. Hochschule NRW, Abteilung Köln, Leiter Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DiSuP), zuvor 15 Jahre leitender Psychologe zweier Fachkliniken für Alkohol- bzw. Drogenentwöhnung, nebenberuflich als Supervisor und und Coach tätig
Knorr, Bärbel (Berlin) baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de	Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Latzel, Andreas (Berlin) andreas.latzel@vistaberlin.de	vista gGmbH Berlin
Lucht, Michael (Stralsund) lucht@uni-greifswald.de	Prof. Dr. med., Universität Greifswald, Klinik u. Poliklinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Leitender Oberarzt
Lüdecke, Christel (Göttingen) c.luedecke@asklepios.com	Asklepios Fachklinikum Göttingen, Chefärztin Allgemeinpsychiatrie, Suchtbehandlung, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Maasoumy, Benjamin (Hannover) Maasoumy.Benjamin@mh-hannover.de	Dr. med., Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum Innere Medizin, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie
Madlung-Kratzer, Ekkehard (Hall i. T.) ekkehard.madlung-kratzer@tirol-kliniken.at	Dr., Landeskrankenhaus Hall, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Fachstation für Drogentherapie B, Oberarzt
Mandrek-Ewers, Dominika (Göttingen) d.mandrek@asklepios.com	Dipl.-Psych., Asklepios Fachklinik Göttingen, Psychologische Psychotherapeutin
Mauruschat, Sabine (Wuppertal) sabine.mauruschat@t-online.de	Ärztin für Allgemeinmedizin
Naumann, Uwe (Berlin) info@praxiszentrum-kaiserdamm.de	Dr. med., Praxiszentrum Kaiserdamm
Neugebauer, Friederike (Potsdam) Friederike.Neugebauer@blsev.de	Dipl.-Päd., Koordinatorin Lotsennetzwerk, Referentin für Suchtselbsthilfe, Brandenburgische Landestelle für Suchtfragen e.V.
Neumann, Tim (Berlin) tim.neumann@charite.de	PD Dr. med., Charité Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Anästhesiologie m.S. operative Intensivmedizin, Campus Mitte, FA Anästhesiologie, Schwerpunkte Notfall- & operative Medizin, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Nowak, Manfred (Landau) suchtambulanz@t-online.de	Dr. med., Praxis
Plörer, Diana (München) diana.ploerer@med.uni-muenchen.de	Dr. med., Ärztin, Substitutionsambulanz N5 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München
Poehlke, Thomas (Münster) poehlke@osnanet.de	Dr. med., Praxis, Facharzt für Psychiatrie
Poser, Wolfgang (Göttingen) wposer@gwdg.de	Prof. Dr. med., Universität Göttingen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Preis, Franziska (Göttingen) franziska.preis@hogrefe.de	Dr., M.A. Sportwissenschaft, Psychologie & Erziehungswissenschaft
Preuß, Ulrich W. (Perleberg) ulrich.preuss@medizin.uni-halle.de	Prof. Dr. med., Kreiskrankenhaus Prignitz gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Chefarzt, Suchtmedizin, Liaison- und Konsiliarpsychiatrie, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Riedel, Michael (Köln) michael.riedel@jva-koeln.nrw.de	Dr. med., Ärztlicher Dienst JVA Köln
Rinnert, Johannes (Frankfurt a.M.) johannes.rinnert@deutscher-orden.de	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sucht und Notfallmedizin, Fachklinik Villa unter den Linden, Leiter der Klinik, Deutscher Orden, Or- denswerke
Römer, Katja (Köln) roemer@gpg-koeln.de	Dr. med., Gemeinschaftspraxis Gotenring, Ärztin für Allgemeinmedizin - Infektiologie
Rüther, Tobias (München) tobias.ruether@med.uni-muenchen.de	Dr. med., Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der Tabakambulanz, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludwig Maximilians Universität München, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

Scarpinato-Hirt, Francesca Rita (Göttingen) f.scarpinato@asklepios.com	Dr., Asklepios Fachklinikum Göttingen, Leitende Psychologische Psychotherapeutin
Schäfer-Walkmann, Susanne (Stuttgart) s.schaefer-walkmann@ifas-stuttgart.de	Prof. Dr., Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS), Zentrum für kooperative Forschung, DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen
Schäfer, Martin (Essen) m.schaefer@kliniken-essen-mitte.de	Prof. Dr. med., Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin, Chefarzt, Erforschung psychopharmakologischer Strategien im Bereich Sucht, Depression, bipolarer und schizophrener Störungen, außerplanmäßige Professur an der Charité Berlin
Schoett, Katharina (Mühlhausen/Thür) k.schoett@oehk.de	Dr. med., Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH, Chefarztin, Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie, Suchtmedizinische Grundversorgung
Schomerus, Georg (Stralsund) georg.schomerus@uni-greifswald.de	PD Dr., Universitätsmedizin Greifswald am HELIOS Hanseklinikum Stralsund / Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt
Schulte, Bernd (Hamburg) b.schulte@uke.de	Dipl.-Public Health, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), wissenschaftlicher Mitarbeiter
Spengler, Ulrich (Bonn) ulrich.spengler@ukb.uni-bonn.de	Prof. Dr., Universitätsklinikum Bonn (AöR), Medizinische Klinik und Poliklinik I, Leiter des immunologischen Forschungslabors, Schwerpunkt HCV, HIV, akutes Leberversagen und autoimmune Lebererkrankungen
Straub, Christoph (Heidelberg) straub@gk-quest.de	Dipl.-Soz.-Päd., GK Quest Akademie, Trainer für Motivational Interviewing und Konsumreduktionsprogramme legaler und illegaler Drogen
Teuber, Gerlinde (Frankfurt am Main) info@ifs-frankfurt.de	PD Dr. med., IFS Interdisziplinäres Facharztzentrum Sachsenhausen
Ulmer, Albrecht (Stuttgart) albrecht.ulmer@gmx.de	Dr., Praxis, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Walcher, Stephan (München) kontakt@moviemed.de	Schwerpunktpraxis "Concept", Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, praktischer Arzt, Leiter einer Schwerpunktpraxis, narkosegestützter Opiatentzug, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Westermann, Bernd (Berlin) bwestermann@notdienstberlin.de	Dr. phil., Notdienst Berlin e. V. (A.I.D. Kreuzberg), Bereichsleiter Kreuzberg
Zimmermann, Ruth (Berlin) ZimmermannR@rki.de	Dr., Robert Koch Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Epidemiologin, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Epidemiologie von Hepatitis B, C, HIV
