

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

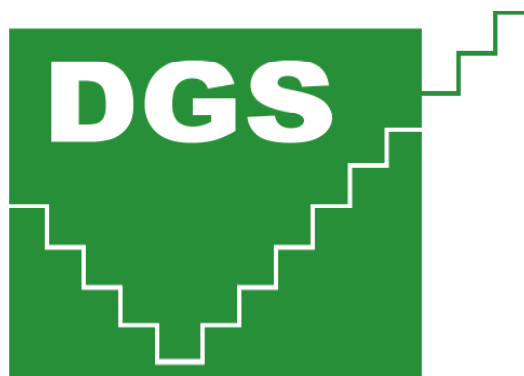
**20 Jahre Deutsche Gesellschaft für Sucht-
medizin – die *Matura* erreicht?**

20. Kongress
der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

4. – 6. November 2011 in Berlin

ABSTRACTSAMMLUNG

Eventpassage
Kantstraße 8 · 10623 Berlin



Begrüßung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor 20 Jahren wurde die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger noch sehr kritisch betrachtet, mittlerweile hat sie ihren festen Platz im therapeutischen Angebot gefunden. Verbunden damit waren vielschichtige Diskussionen u. a. um die Zielsetzungen in der Suchttherapie, die sich auch in den zurückliegenden Kongressen der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin z. B. zur Abstinenz bzw. zum Abstinenzideal spiegelten.

Auch bei anderen substanzgebundenen Störungen wie der Alkoholerkrankung werden mittlerweile Therapieziele jenseits der Abstinenz diskutiert, ohne dass gemeinhin akzeptierte Kriterien formuliert werden könnten. Zumindest darf konstatiert werden, dass Maßnahmen der harm reduction nicht nur der Opiatabhängigkeit reserviert bleiben.

Allein diese kurze Skizze zeigt, dass die Suchtmedizin ein besonderes Feld innerhalb der Medizin darstellt, so würde bei einer Fraktur die Debatte um Therapieziele häufig als befremdlich empfunden. Nichtsdestotrotz sollte sich die Suchtmedizin als ein Teilgebiet im medizinischen Fächerkanon begreifen und sich mit ihren Herausforderungen und Erfolgen im Kontext betrachten.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. hat durch ihre Mitglieder viele erfolgreiche Entwicklungen in der Suchtmedizin aktiv mitgestaltet. In diesem Jahr wird die DGS 20 Jahre alt. Wir meinen dies ist ein Grund zum Feiern. Wir laden Sie herzlich zu unserem Jubiläumskongress ein! Wir haben in diesem Jahr ausnahmsweise ein verändertes Festformat gewählt, um geschichtliche Entwicklungen aufzuzeigen und Anforderungen an die Zukunft zu formulieren.

Wir hoffen, Ihnen ein gelungenes Programm zu präsentieren, feiern Sie mit uns! Insbesondere freuen wir uns auch, Sie auf unserer Festveranstaltung begrüßen zu dürfen. Lassen Sie sich überraschen.

Für den Vorstand der DGS
Jens Reimer

Inhaltsverzeichnis

Symposien

Geschichte der Suchtmedizin und die Rolle der DGS

Suchtmedizin – gibt es eine europäische Perspektive? <i>A. Uchtenhagen</i> _____	5
20 Jahre DGDS/DGS – ein persönlicher Rück- und Ausblick <i>J. Götz</i> _____	6

Die Zukunft der Suchtmedizin

...hilft die Genetik weiter? <i>U. W. Preuss, M. Ridinger, D. Rujescu, I. Giegling, C. Fehr, G. Koller, B. Bondy, N. Wodar, M. Soyka, P. Zill</i> _____	8
...hilft die Epigenetik weiter? <i>T. Hillemacher</i> _____	9

Benzodiazepine – (Bei-)gebrauch oder Komorbidität

Der rechtliche Rahmen <i>J. Schroeder-Printzen</i> _____	10
Benzodiazepine im Regelfall sechs Wochen – wie ist die Realität? <i>R. Holzbach</i> _____	10
Benzodiazepin-Abhängigkeit – wer soll substituiert werden? <i>R. Stohler, M. Liebrecht, L. Boesch, C. Caflisch</i> _____	11
Das Spannungsfeld zwischen Therapiefreiheit und Sorgfaltspflicht - Die des MDK zur Benzodiazepinverschreibung <i>C. J. Tolzin</i> _____	11

Podiumsdiskussion

Anforderungen an eine effektive Suchtmedizin

Die Perspektive des niedergelassenen Mediziners <i>B. Piest</i> _____	13
--	----

Arbeitskreise

Therapeutische Ansätze beim Gebrauch von Methamphetamin und Crystal <i>R. Meinhardt</i> _____	15
Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Praxis <i>A. Ulmer</i> _____	15
Drogenkonsum, Sucht und Haft: eine unvermeidliche Klammer? Übersicht über Prävalenz, und Stand der Interventionen <i>H. Stöver</i> _____	16

Posterbeiträge

Ist die Effektivität der Substitutionstherapie ein Parameter zur Vorhersage des Erfolges einer HAART? <i>N. Qurishi, K. Römer, C. Wyen, G. Fätkenheuer, E. Struck, K. Isernhagen</i>	18
Evaluierung eines wissenschaftlich fundierten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Tabakentwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung <i>A. Berthold, C. Kröger, S. Gradl, V. Schuler, V. Lang, O. Pogarell, T. Rüther</i>	19
Baclofen, ein geeignetes Anti-Craving-Mittel? <i>C. Weigel, F. Kreuzeder</i>	20
Neuro-Elektrische Stimulation (NES) – Ein neuer Weg in der Suchtbehandlung Keith Richard, Meg Patterson und die Black-Box <i>K. Keppler</i>	21
Berliner EvAS – Evaluation von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft <i>M. Nagel, D. Hüseman, J.-P. Siedentopf</i>	22
Substitutionsbehandlung von Frauen <i>M. Nagel, D. Höpner, C. Fry, J.-P. Siedentopf</i>	23
Missbrauch von „Liquid Ecstasy“ (GHB) bei opiatabhängigen Patienten in Substitutionstherapie? <i>A. Preidel, M. Böttcher</i>	24
Kann ein „Multi-Targetscreening“ im Speichel das immunchemische Drogenscreening im Urin ersetzen? <i>S. Lierheimer, M. Böttcher</i>	25
Ausatemluft als neue Matrix in der Drogenanalytik – Beispiel Methadon <i>M. Böttcher, O. Beck</i>	27
Soziale Diagnostik in der Begleitung von Menschen mit chronifizierten Suchterkrankungen <i>P. Lüdtke, K. Lüdtke</i>	28
Qualitätssicherung in der stationären Substitutionsbehandlung – Ein Beispiel aus dem Therapiezentrum für psychosoziale Rehabilitation Maximilianshöhe Bayreuth <i>N. Föttsch, A. Kirchhof-Knoch</i>	29
Der Mensch im Mittelpunkt der Suchtbehandlung <i>C. Petschnig-Rauchenwald</i>	30
Optimierung der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Drugs unter der besonderen Berücksichtigung von der Behandlung von substituierten Opiatabhängigen <i>U. Kirchhof, Dr. M. Hoffmanns-Hohn, S. Hübener, D. Kroll, U. Lauinger, T. Poehlke, A. Heeke</i>	31

Symposien

Suchtmedizin – gibt es eine europäische Perspektive?

A. Uchtenhagen

Ein Blick auf die Realitäten zeigt: es gibt formal keine europäische Suchtmedizin, nicht einmal regionale Zusammenschlüsse zu einer gemeinsamen Entwicklung. Suchtmedizin in Europa ist stark von der Basis her geprägt und damit an den unterschiedlichen nationalen Gegebenheiten orientiert. Aber die Website von EMCDDA enthält eine bemerkenswerte Zusammenstellung aller Wissensbereiche, aus denen Erkenntnisse in die Suchtmedizin einfließen; die Liste umfasst 18 Sparten und reicht von Grundlagenforschung bis zu klinischen Fächern und einen Link zum Best Practice Portal.

Suchtmedizin in Europa ist wissens- und evidenzorientiert und hatte kaum je die Selbsthilfe ihrer Vertreter im Auge wie in USA. Ebenfalls charakteristisch ist der integrative Charakter; es gibt keine generelle Abspaltung einer Suchtpsychiatrie wie in USA, wiewohl Sucht ins psychiatrische Diagnostiksystem gehört. Suchtmedizin ist fächerübergreifend, insbesondere wo sie als mögliche Zusatzqualifikation zu einer medizinischen Spezialität angestrebt wird. Mehr noch: sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie in allen Phasen der Hilfestellung mit Nicht-Suchtspezialisten kooperiert, von der Notfallmedizin bis zur Langzeittherapie chronischer Multimorbidität und Palliativmedizin. Schadensmindernde Massnahmen gehören zu ihr ebenso wie niederschwellige Angebote und strukturierte Um- und Ausstiegshilfen. Ein besonderes Augenmerk gilt den suchtmmedizinischen Belangen im Straf- und Massnahmenvollzug, sowie in besonders marginalisierten Bevölkerungsgruppen.

Ist ein weitergehender integrativer Prozess auf europäischer Ebene wünschbar? Im Bereich der Aus- und Weiterbildung, im Bereich der Richtlinienentwicklung, im Bereich gemeinsamer Forschungsprojekte, transdisziplinärer Arbeitskonzepte und der Verankerung in der Zivilgesellschaft könnte mehr getan werden; manche Initiativen der Europäischen Kommission bieten dafür einen günstigen Rahmen. Es dürfte allerdings kein formalistisches Projekt sein; die Entwicklungsdynamik muss sich aus den Herausforderungen gegenwärtiger und künftiger Erfahrungen ergeben.

*Prof. Dr. Dr. Ambros Uchtenhagen
Institut für Suchtforschung
Konradstr. 32, CH-8005 Zürich
E-Mail: ambros.uchtenhagen@isgf.unizh.ch*

20 Jahre DGDS/DGS – ein persönlicher Rück- und Ausblick

J. Gölz

1991 wurden in der BRD zwei medizinische Gesellschaften von niedergelassenen Ärzten gegründet: Die DGDS als Vereinigung der substituierenden Ärzte und die DAGNÄ als Vereinigung der HIV-Behandler. Opiatsubstitution bei Heroinabhängigen galt damals noch als eine Art ärztlicher Kunstfehler. Gesetzgeber und Repräsentanten der Ärzteschaft und der Abstinenztherapie wollten diese Therapie mit aller Gewalt eindämmen. Die gleichzeitige gesellschaftliche Angst vor der Ausbreitung der HIV-Epidemie bildete das Gegengewicht, ohne das die Opiatsubstitution sich kaum hätte ausbreiten können. Nicht zufällig war das Thema des ersten suchtmmedizinischen Symposiums der DGDS 1992 „Suchterkrankungen und AIDS“.

Die Gründungsmitglieder in Frankfurt waren die Kollegen Ulmer, Grimm (†), Ewig, Zerdick (†), Ullmann, Wetzig, Hellenbrecht (†) und Köhler. Mit jährlichen Kongressen und öffentlichen Stellungnahmen im politischen und gesundheitspolitischen Bereich verlieh die DGDS der heftig umstrittenen und angefeindeten Therapieform eine Stimme. Nach innen bildete die DGDS einen Schutzraum für die isolierten Kollegen jenseits der großstädtischen Ballungsräume, die oft als Einzelkämpfer in überlaufenden Praxen ganze Regionen mit Substitutionstherapie versorgten und dabei ständig Angriffen und Übergriffen von Ärztekammern, KVen und Staatsanwaltschaften ausgesetzt waren. Das Treffen auf den jährlichen Kongressen der DGDS/DGS bot ihnen Unterstützung und Selbstvergewisserung.

Von Beginn an war die DGDS mit einer Flut neuer Richtlinien und betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften konfrontiert, die die umstrittene Behandlungsform kanalisieren sollten. Seit 1991 war neben L-Methadon das D-L- Methadon in der BRD verfügbar und wurde vom Gesetzgeber als das einzig zulässige Opiat zur Substitution bestimmt. Die Ärzte hatten jedoch seit 1980 vor allem mit Codein substituiert. Das Codein sollte jetzt nur noch in begründeten Ausnahmefällen eingesetzt werden. Der Kampf gegen diese Bestimmung dominierte und charakterisierte die Aktivitäten der DGDS in den ersten Jahren ihres Bestehens. 1998 hatte sich der Gesetzgeber durchgesetzt. 20 000 codeinsubstituierte Drogenabhängige mussten von Codein auf Methadon umgestellt werden.

Nach dem Ende dieser Auseinandersetzung begann der damalige Vorsitzende Rainer Ullmann eine personelle und thematische Erweiterung der Gesellschaft einzuleiten. Klinische Suchtmiziner und Suchtforscher sollten integriert werden und das Aufgabengebiet der DGDS sollte auch andere Suchtformen umfassen.

1998 war ich Vorsitzender der Methadonkommission und der AIDS-Kommission der KV Berlin. Rainer Ullmann bat mich für den Vorstand der DGDS zu kandidieren. Außerdem holte er mit Klaus Behrendt einen renommierten klinischen Repräsentanten in den Vorstand der DGDS. Mit Michael Krausz begleitete ein renommierter Suchtforscher die Umwandlung der DGDS zur DGS. Nach mehreren Mitgliederversammlungen mit heftigen Diskussionen (Befürchtung der Niedergelassenen ihr Gewicht neben den Klinikern und den Forschern zu verlieren) wurde dann der Erweiterung zugestimmt und die DGDS e.V. in DGS e.V. umbenannt. Berlin wurde zum festen Ort des jährlichen Kongresses bestimmt und Michael Krausz initiierte die Herausgabe der Zeitschrift „Suchtherapie“ im Gegenzug zu Buehringers „Sucht“. Sie wurde dann zur Mitgliederzeitschrift der DGS. In der Zeit dieses Umbruchs ereigneten sich auch drogenpolitisch günstige Personalentscheidungen. Während sich die ersten drei Vorsitzenden Albrecht Ulmer, Herbert Elias und Rainer Ullmann mit dem drogenpolitischen Hardliner Eduard Lintner (CSU) als Drogenbeauftragten der Bundesregierung herumschlagen mussten, folgten jetzt mit der rot-grünen Koalition drei Frauen als Drogenbeauftragte, die unseren Forderungen gegenüber offen waren und sie soweit machbar im politischen Rahmen unterstützten: Christa Nickels (Grüne), Marion Caspers-Merk (SPD) und Sabine Bätzing (SPD). Endlich fand die DGS bei den politisch Verantwortlichen ein offenes Ohr.

Das Gewicht der Gesellschaft im Bereich der Suchtforschung wurde prägnanter: einmal durch die starke Beteiligung der DGS-Mitglieder in den beiden Forschungsprojekten COBRA und PREMOS von Prof. Wittchen, die die Effekte und Mängel der Substitutionstherapie untersuchten, zum zweiten durch die Heroinstudie von Michael Krausz, die nachwies, dass die Substitution mit

Heroin machbar und erfolgreich ist und zum dritten durch die evidenzbasierten Leitlinien der DGS zur HCV- und zur HIV-Behandlung bei Drogenabhängigen, die beide von Markus Backmund organisiert wurden.

Dennoch gelang es der DGS bisher nicht in die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) aufgenommen zu werden. Im Ablehnungsschreiben wurde darauf verwiesen, dass die DGSucht (eine rein abstinenzbasierte Gesellschaft) die Interessen des Fachgebietes in der AWMF vertrete!

Gesundheitspolitisch ist der größte Erfolg, dass durch die flächenhaften Ausbreitung der Substitutionstherapie Deutschland heute eine der weltweit niedrigsten Neuinfektionsrate mit HIV bei Drogenkonsumenten aufzuweisen hat, da fast alle 8 000 HIV-infizierten IDU substituiert werden oder nach Substitution abstinent leben. Unter den verbleibenden 150 000 aktiven Drogenkonsumenten infizieren sich jährlich nur 100 – 150 neu mit HIV.

Mit insgesamt 76 000 substituierten Patienten hat sich die Opiatsubstitution inzwischen neben der Abstinenztherapie als gleichwertige Therapieoption etabliert.

Nicht nur die Vorstandsmitglieder sondern viele andere Mitglieder DGS haben sich mit großem Arbeitsaufwand speziellen Aufgaben und Fragen gewidmet. Unter den vielen sollen fünf stellvertretend erwähnt werden:

Joachim Zerdick hat jahrelang die Kongresse der DGDS/DGS organisiert und den Kongressband zusammengestellt und redigiert.

Inge Hoenekopp hat sich viele Jahre um alle rechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der Substitution gekümmert und die Mitglieder informiert.

Michael Krausz hat die Öffnung zur Suchtforschung begleitet und für die Gesellschaft die Zeitschrift „Suchttherapie“ gegründet und die ersten Berliner Kongresse organisiert.

Hans-Günther Meyer-Thomson gibt seit Jahren den internetgestützten Rundbrief der DGS heraus. Eine hochinformativ Quellensammlung, um die uns andere Gesellschaften beneiden.

Markus Backmund hat den DGS-Leitlinien-Prozess zu HIV und HCV organisiert und hat durch seine langjährige Sparpolitik, die Gesellschaft von einer erheblichen Steuerschuld befreit.

Die DGS hat die Matura erreicht: Sie ist im Ensemble der anderen suchtmmedizinischen Gesellschaften der mitgliederstärkste Verband mit einzigartiger Kompetenz auf dem Gebiet der Therapie von Konsumenten illegaler Drogen. Als einzige suchtmmedizinische Gesellschaft hat sie niedergelassene Praxis, Klinik und Forschung integriert. Der größte medizinische Erfolg der praktischen Arbeit ihrer Mitglieder ist eine der niedrigsten Neuinfektionsraten mit HIV bei IDU weltweit.

Was bleibt zu tun? Im Bereich der Substitutionsbehandlung ist wieder mehr Verantwortung und Entscheidungsfreiheit bei den behandelnden Ärzten anzusiedeln und nicht bei immer mehr bürokratischen Auflagen und betäubungsmittelrechtlichen Bestimmungen. Die DGS muss eine Brücke bilden zwischen spezialisierter Suchtmmedizin und der Primärmedizin. Im Bereich der Primärmedizin muss eine bessere Vernetzung mit Institutionen zur Versorgung der psychiatrischen Komorbidität und der HIV- und HCV-Infektion hergestellt werden. Damit sind Anstrengungen in der Suchtforschung und bei der innovativen Krankenversorgung gefordert. Die DGS sollte weiterhin eine hörbare Stimme bei der Interessenvertretung und der Entstigmatisierung abhängiger Patienten bleiben. Dazu gehört vor allem auf nationaler Ebene die jetzt von den Vereinten Nationen begonnene Deeskalierung des „war on drugs“ zu unterstützen. Viel Arbeit liegt noch vor uns. Stellen wir uns in den nächsten 20 Jahren diesen Herausforderungen.

*Dr. med. Jörg Götz
Praxiszentrum Kaiserdamm
Kaiserdamm 24, D-14057 Berlin
E-Mail: goelz@snafu.de*

Die Zukunft der Suchtmedizin –...hilft die Genetik weiter?

U. W. Preuss¹, M. Ridinger², D. Rujescu³, I. Giegling³, C. Fehr⁴, G. Koller³, B. Bondy³,
N. Wodarz², M. Soyka⁵ und P. Zill³

¹Department of Psychiatry, Psychotherapy, Psychosomatics, Martin-Luther-University, Halle, ²Department of Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy, University Medical Center, Regensburg, ³Department of Psychiatry and Psychotherapy, Ludwig-Maximilians University, Munich, ⁴Johannes-Gutenberg University, Mainz, ⁵Privatklinik Meiringen, Meiringen, Switzerland

Während seit mehreren Jahrzehnten die genetischen Grundlagen der Alkoholabhängigkeit (AD) beforscht werden, spielen Varianten von Kandidatengenen für die klinische Praxis eine völlig untergeordnete Rolle. Ziel dieses Beitrages ist es, mögliche Zusammenhänge zwischen Sensitivität und Spezifität verschiedener Varianten von Kandidatengenen und der Diagnostik sowie Therapie der AD aufzuzeigen.

Mehr als 1500 klinisch behandelte Alkoholabhängige (nach DSM-IV, 1250 ♂) und eine ebenso große Anzahl Kontrollen (789 ♂) wurden für eine Reihe von Kandidatengenen genotypisiert, die in früheren Studien mit AD Risiko oder der AD Pharmakotherapie in Zusammenhang gebracht wurden (z.B. OPRM, ADH4, GABRA2, NR2A). Neben dem Risiko für die AD wurden die Sensitivität und Spezifität für jede Variante berechnet und Zusammenhänge zum Schweregrad der AD bestimmt. Darüber hinaus wurde das „Deviance-Prone Model“ für die Entstehung der AD verwendet, um Gen-Umwelt-Interaktionen zu prüfen.

Die Varianten von Kandidatengenen waren entweder mit verschiedenen Phänotypen extravertierten Verhaltens oder Konsummustern assoziiert, die eine gemeinsame genetische Grundlage extravertierten Verhaltens und von Alkoholkonsumstörungen nahelegen.

Die genetischen Marker zeigen allerdings hinsichtlich der AD entweder eine hohe Sensitivität und niedrige Spezifität oder umgekehrt. Zusammenhänge Schweregrad und diesen Markern lässt sich nur indirekt herstellen.

Genetische Marker weisen zwar auf gemeinsame genetische Grundlagen von Verhaltensdispositionen und der AD hin, haben aber einen begrenzten Wert in der Prädiktion einer AD oder dessen Schweregrad.

PD. Dr. Ulrich W. Preuss

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität Halle

Julius-Kühn-Straße 7, D-06097 Halle/Saale

E-Mail: ulrich.preuss@medizin.uni-halle.de

Die Zukunft der Suchtmedizin – ...hilft die Epigenetik weiter?

T. Hillemacher

Die epigenetische Regulation der Genexpression durch verschiedene Mechanismen wie DNA-Methylierung oder Histon-Acetylierung hat in der neurobiologischen Forschung auch im Bereich der Suchterkrankungen zunehmendes Interesse auf sich gezogen. Im Fokus bisheriger Studien stand dabei die Alkoholabhängigkeit, bei der das toxische Agens Ethanol nachgewiesenermaßen insbesondere zu Veränderungen des Methylierungsstatus spezifischer Kandidatengene führt. Unsere Arbeitsgruppe konnte beispielsweise Veränderungen der DNA-Methylierung in der Sequenz des Dopamin-Transporter-Gens (DAT) und des Pro-Opiomelanocortin-Gens (POMC) bei alkoholabhängigen Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollen nachweisen (1). Aber auch andere Einflüsse auf die Genexpression wie die Rolle von Transkriptionsfaktoren könnten in der Neurobiologie süchtigen Verhaltens eine Rolle spielen, als Beispiel sei hier der Androgenrezeptor genannt, welcher bei der Transkription verschiedener Gene als wichtiger Einflussfaktor fungiert (2).

Die Erforschung möglicher Veränderungen der Genexpression könnte eine Lücke zwischen klinischer und genetischer Forschung schließen, da sich über die Beeinflussung verschiedener epigenetischer Mechanismen die Möglichkeit einer Veränderung der Genexpression spezifischer Gene bietet.

Literatur:

- (1) Hillemacher T, Frieling H, Hartl T, Wilhelm J, Kornhuber J, Bleich S. Promoter specific methylation of the dopamine transporter gene is altered in alcohol dependence and associated with craving. *J Psychiatr Res* 2009 Jan;43(4):388-92.
- (2) Lenz B, Frieling H, Jacob C, Heberlein A, Kornhuber J, Bleich S, Hillemacher T. The modulating effect of the androgen receptor on craving in alcohol withdrawal of men is partially mediated by leptin. *Pharmacogenomics* J2009 Nov 3.

*PD. Dr. Thomas Hillemacher
Center for Addiction Research (CARE), Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1, D-30625 Hannover
E-Mail: hillemacher.thomas@mh-hannover.de*

Benzodiazepine – (Bei-)gebrauch oder Komorbidität Der rechtliche Rahmen

J. Schroeder-Printzen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Verordnung von Benzodiazepinen im zeitlichen Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung sind unübersichtlich und nicht mit einander abgestimmt. Bereits in § 5 BtMVV wird bezüglich der Substitutionsbehandlung die Frage des gefährdenden Beikonsums angesprochen. Auch die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger erkennt die Fragestellung des gefährdeten Beigebruchs und konkretisiert hier etwas den sehr offenen Rahmen von § 5 BtMVV. Innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sieht die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung bei Beigebrauch von Benzodiazepinen grundsätzlich einen Ausschlussgrund für die Durchführung der Substitutionsbehandlung vor. Beide Richtlinien sind inhaltlich nicht aufeinander abgestimmt, was zu Friktionen führt.

Innerhalb der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der vertragsärztlichen Versorgung besteht die Möglichkeit, auch im Rahmen einer Einzelfallprüfung die Verordnung von Benzodiazepinen zu prüfen. Wenn beispielsweise ein allgemeiner Ausschlussgrund für die Verordnungsfähigkeit von Benzodiazepinen existiert, kann ein Regress ausgesprochen werden. Hier ist juristisch noch nicht ausgelotet, wann ein unzulässiger Beigebrauch und wann eine Komorbidität vorliegt. Es wird im Rahmen des Vortrags dargestellt, wie eventuelle Argumentationsschienen genutzt werden können, um den Regress zu vermeiden.

*Jörn Schroeder-Printzen
Schroeder-Printzen Kaufmann & Kollegen
Kurfürstenstraße 31, D-14467 Potsdam
E-Mail: sekretariat.sp@spkt.de*

Benzodiazepine im Regelfall sechs Wochen – wie ist die Realität?

R. Holzbach

Benzodiazepine sind weltweit bei der Akutbehandlung von Suizidalität, Angst oder bei agiert-depressiven Patienten Mittel der ersten Wahl. Ihre Anwendung soll aber auf wenige Wochen begrenzt bleiben. Kriterien für Ausnahmen fehlen. Befürworter und Gegner dieser Vorgaben unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit eigener Langzeitverschreibungen von Benzodiazepinen. Im Rahmen einer Untersuchung im Auftrag des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) konnte gezeigt werden, dass lediglich 2/3 aller Behandlungsfälle Leitlinien-gerecht erfolgt. Frauen erhalten fast doppelt so häufig Benzodiazepine verordnet wie Männer. Die Verschreibungen gehen zu 1/3 an die unter Fünfzig-Jährigen, 1/3 an die 50 bis 70ig-Jährigen und 1/3 an die über Siebzig-Jährigen. Nur ein kleiner Teil der Patienten nutzt mehrere Ärzte und auch dann gibt es in der Regel einen „Haupt-Verschreiber“ (der in 80 bis 90% der Fälle die Gefährdungsstufe des Patienten erkennen kann). In der Diskussion um solche Langzeitverschreibungen wird in der Regel zu einseitig auf die Abhängigkeits-Problematik abgehoben, deren Kriterien nur ein kleiner Teil der Langzeitkonsumenten erfüllt. Schon vorher treten Nebenwirkungen auf, die sich in eine Phase mit „Wirkumkehr“ und eine „Apathie-Phase“ unterscheiden lassen. Der fachgerechte Entzug führt bei diesen Patienten zu einer Verbesserung der Schlafqualität und einer Minderung der depressiven Symptomatik.

*Dr. med. Rüdiger Holzbach
LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein
Abteilung Suchtmedizin
Franz-Hegemann-Str. 23, D-59581 Warstein
E-Mail: ruediger.holzbach@wkp-lwl.org*

Benzodiazepin-Abhängigkeit – wer soll substituiert werden?

R. Stohler, M. Liebrecht, L. Boesch, C. Caflisch

Patienten, die über längere Zeit Benzodiazepine einnahmen, sind häufig nicht in der Lage, diesen Konsum zu beenden. Dennoch fehlt eine therapeutische Strategie, die über repetitive Entzugsbehandlungen hinausgeht und – analog dem Vorgehen bei einer Opiatabhängigkeit – Substitutionsansätze evaluiert. Es werden vor allem zwei Argumente vorgebracht, die dies begründen sollen: Benzodiazepine verlieren in der Langzeitbehandlung ihre Wirksamkeit. Langzeitverschreibungen von Benzodiazepinen verbieten sich auf Grund schwerwiegender Nebenwirkungen vor allem auf die kognitiven Fähigkeiten. Dennoch, verglichen mit den Auswirkungen repetitiver Entzugs- und Rückfallzyklen, sind Langzeitbehandlungen möglicherweise günstiger. Die Situation der Langzeit-Benzodiazepinabhängigen ist vergleichbar mit derjenigen von Heroinabhängigen vor der Akzeptanz von Substitutionsbehandlungen. Allerdings fehlen bei Benzodiazepin-Abhängigen Daten dazu, wer eher von Substitutionsbehandlungen und wer eher von Entzugsbehandlungen profitieren könnte. Ebenfalls unklar ist, wie eine allfällige Substitutionsbehandlung auszusehen hätte. Sind dafür Benzodiazepine mit einer langen Halbwertszeit vorzuziehen? Welchen Einfluss hat die Anflutgeschwindigkeit? Wie hoch muss dosiert werden, um einerseits die Adhärenz hoch zu halten und andererseits unerwünschte Wirkungen zu minimieren? Unterbleiben solche Untersuchungen, wird die häufige Praxis der "verschämten Langzeitverschreibung" weitergehen – mit teilweise wenig geeigneten Medikamenten und am Rande der Legalität.

*Dr. med. Ruedi Stohler,
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Militärstraße 8, CH-8001 Zürich
E-Mail: Rudolf.Stohler@puk.zh.ch*

Das Spannungsfeld zwischen Therapiefreiheit und Sorgfaltspflicht - Die Perspektive des MDK zur Benzodiazepinverschreibung

Ch. J. Tolzin

Trotz bestehender Verordnungseinschränkung für Tranquillanzien (Arzneimittel-Richtlinie des GBA) lassen die Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen Rückschlüsse auf einen praktizierten Dauerkonsum dieser Medikamente zu. Mehr als 1/3 der Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ werden nicht wegen akuter medizinischer Probleme verordnet. Betroffen sind ca. 1 Mio. Menschen. Neben einer augenscheinlichen Verordnung im Sinne der Sucherhaltung und der Vermeidung von Entzugserscheinungen sind insbesondere auch alte Menschen, die unter körperlichen Krankheiten leiden, betroffen. Der Vortrag soll auf das Spannungsfeld verantwortlichen ärztlichen Handelns vor dem Hintergrund evidenzbasierter Erkenntnisse zum therapeutischen Nutzen hinweisen. Darüber hinaus werden an Hand eines konkreten Modellprojektes des MDK M-V Möglichkeiten zur konstruktiven Zusammenarbeit des MDK mit der KV und den Vertragsärzten skizziert. Anhand der Analyse des Ordnungsverhaltens im Land auf der Grundlage von anonymisierten Arzneimitteldaten wird unter anderem eine individuelle Beratung von Vertragsärzten angeboten. Somit kann perspektivisch unter anderem eine potenziell inadäquate Medikation im Alter als Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelereignisse erkannt und beratend darauf eingewirkt werden.

*Dr. med. Christoph J. Tolzin
MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Kompetenz Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie (KCPP)
Blücherstraße 27 c, D-18053 Rostock
E-Mail: c.tolzin@mdk-mv.de*

Podiumsdiskussion

Die Perspektive des niedergelassenen Mediziners

B. Piest

Die Darstellung erfolgt aus der Sicht des Allgemeinmediziners. Thema sind die stofflichen Süchte.

Effektivität beschreibt das Verhältnis von Anspruch und Wirklichkeit. Ziel ist es, die Wirklichkeit möglichst nahe an die Zielvorgaben heranzubringen. Erfreulich ist, dass das Thema nicht die Ökonomie ins Spiel bringt: Für meine Ausführungen ist der Aufwand gleichgültig, mit dem die Ziele erreicht werden sollen.

Ziele der Suchtmedizin sind es, angemessene Diagnostik- und Therapieformen anzubieten. Für jede dieser Diagnostik- und Therapieformen gelten bestimmte Grundbedingungen:

- wissenschaftliche Untermauerung der Arbeitsweisen in der Suchtmedizin
- Methoden und Angebote sind für alle Betroffenen verfügbar.
- Kompetenz und Empathie des therapeutischen Teams

Die Abstinenz ist nicht höchstes Ziel jeder individuellen Therapie. Dieses lässt sich aus meiner Sicht mit der Dualität „maximale individuelle körperliche und seelische Gesundheit“ und „maximale gesellschaftliche Teilhabe“ beschreiben. Die Abstinenz kann, muss aber nicht zwingend Bestandteil dieses Zielkomplexes sein.

Folgende Bereiche und Therapieformen sollte die Suchtmedizin für den ambulanten Sektor abdecken:

1. individuelle Prävention der Sucht
2. Diagnostik des riskanten Konsums und der Sucht
3. Frühintervention bei riskantem Konsum
4. ambulanter Entzug
5. Abstinenztherapie
6. Spättherapie (kontrollierter Konsum, Substitution)
7. Therapie von Begleitkrankheiten

Diese sieben Punkte werden am Beispiel des Alkohols diskutiert. Der verbreitete Gesundheitscheck für alle Patienten über 35 Jahren ist ein Rahmen, in dem der Alkoholkonsum thematisiert wird. Auf dieser Basis kann das Trinkverhalten eingestuft werden und der Arzt gibt ggf. Empfehlungen zur Suchtprävention. Methoden zur raschen Diagnostik der Sucht (CAGE-Test) und Empfehlungen zur Frühintervention sind etabliert. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass diese Methoden in die Routine jedes praktischen Arztes integriert sind. Ambulanter Entzug, Abstinenztherapie mit Unterstützung durch Disulfiram und Anticravingsubstanzen sowie Spättherapie in Form von Kontrolliertem Trinken sind wissenschaftlich eingeführt, stehen jedoch nur in wenigen Orten den Patienten zur Verfügung. Dagegen ist die Therapie der Begleit- und Folgekrankheiten (z.B. Leber- und Pankreaskrankungen, Karzinome) weitgehend standardisiert und allgemein verfügbar. Insgesamt klafft aber eine große Lücke zwischen Zielvorgabe und Realität. In entsprechender Form müssen die genannten Punkte für alle gängigen Suchtstoffe bedacht werden.

Für das therapeutische Team sind Fortbildungen und motivationsfördernde Maßnahmen wichtig. Der in der Suchtmedizin tätige Allgemeinmediziner benötigt ein psychiatrisches Basiswissen, das leider häufig fehlt.

Dr. Bernhard Piest
Allgemeinarztpraxis
Mergestr. 16, D-38108 Braunschweig
E-Mail: bernhardpiest@arcor.de

Arbeitskreise

Therapeutische Ansätze beim Gebrauch von Methamphetamin und Chrystal

R. Meinhardt

Der zunehmende Gebrauch von Methamphetamin und Chrystal führt auch zu einer steigenden Anzahl von notwendigen therapeutischen Interventionen. Die Verharmlosung der Droge für den sogenannten Alltagsgebrauch wandelt sich nicht selten zu einem unkontrollierten Missbrauch bis zur Sucht. Die Droge, welche zunächst Müdigkeit, Hungergefühl und Schmerz unterdrücken und scheinbar kurzzeitig mehr Selbstvertrauen liefert und die Leistungsfähigkeit steigern soll, entwickelt eine schnelle Dynamik zur Sucht. Die Folgen sind ein unglaublich schneller Verfall des Nutzers der Drogen mit massivem körperlichem Abbau. Nicht selten findet eine Verlagerung der Sucht auf Heroin und Benzodiazepinen statt. Die Motivation zur Therapie ist zu Beginn der Sucht gering, weil die „Positivwirkung“ der Droge überschätzt wird.

Aus langjähriger praktischer Erfahrung mit einer speziellen medikamentösen Therapie unter gleichzeitig gesprächstherapeutischer motivationsfördernden Begleitung werden Chancen und Möglichkeiten, aber auch Grenzen und Misserfolge aufgezeigt und an Hand von Beispielen aus der Praxis erläutert.

*Dr. med. Rita Meinhardt
Gemeinschaftspraxis Dr. Selle/Meinhardt
Alaunstr. 86, D-01099 Dresden
E-Mail: RMGJMeinhardt@gmx.de*

Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Praxis

A. Ulmer

Alkoholabhängigkeit gehört zu den häufigsten und schwersten chronischen Krankheiten. Der Behandlungsstandard ist im Vergleich unzureichend. Bei Entlassungen aus den zahllosen stationären Behandlungen weiß man den Kranken in der Regel keine kompetenten Ärzte zur notwendigen Dauerbetreuung zu nennen, wie bei den anderen Krankheiten. Es fehlen auch entsprechende Medikamente. Doch es zeichnet sich eine Änderung ab. In unserer Praxis bestehen bereits langjährige Erfahrungen mit medikamentengestützter Dauerbehandlung und dadurch erheblichen Verbesserungen für die Betroffenen. Die wichtigsten Substanzen scheinen die agonistischen zu sein, die den Kranken einen Teil der Alkoholwirkung schenken. Diese sind aber bei unstrukturiertem Einsatz gefährlich und können dann auch langfristig zu unvermeidbaren Abhängigkeitsbildern führen. Deswegen steht und fällt der neue Ansatz damit, dass eine gute Struktur für einen qualifizierten Betreuungsstandard entwickelt wird. Das ist möglich. Dann lassen sich die betäubungsmittelrechtlichen Regelungsfehler, die die Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger in eine Sackgasse geführt haben, vermeiden. Regelungen der Behandlung wie das Verhältnis zu den Patienten müssen gleichzeitig zur Entwicklung neuer medikamentöser Möglichkeiten noch einmal grundlegend neu angedacht werden. Wir hoffen, daran auch im Rahmen der DGS arbeiten zu können. Dann haben wir eine umfassend große Chance.

*Dr. med. Albrecht Ulmer
Schwabstr. 26, D-70197 Stuttgart
E-Mail: albrecht.ulmer@gmx.de*

Drogenkonsum, Sucht und Haft: eine unvermeidliche Klammer? Übersicht über Prävalenz, und Stand der Interventionen

H. Stöver

Drogenkonsum (legale und illegale Substanzen), drogen-assoziierte Erkrankungen (HIV-/Hepatitis-Behandlungen), sowie weitere somatische und psychi(atr)ische Störungen und Erkrankungen sind in Haft überproportional verbreitet, ohne dass entsprechende suchtmедицинische Kompetenzen (z.B. Fachkundenachweis), Ressourcen, sowie psychosoziale Unterstützungen und Betreuungen (z.B. Überleitungen bei Haftentlassung) in der Mehrzahl der Justizvollzugsanstalten vorhanden wären.

Auf Basis internationaler Standards und Vereinbarungen muss sich die Gesundheitsversorgung Gefangener auch in Deutschland am „Äquivalenzprinzip“ orientieren, d.h. der Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung innerhalb der Gefängnisse mit der im jeweiligen Land vorgehaltenen medizinischen Versorgung. Vor diesem Hintergrund werden anhand ausgewählter Gesundheitsprobleme einerseits bezogen auf ausgewählte Störungen und Krankheitsbilder sowie andererseits auch strukturelle Probleme benannt, die aus dem von der GKV entkoppelten Parallelsystem der gefängniseigenen „Gesundheitsfürsorge“ resultieren. Auf der Basis europäischer und nationaler Daten werden suchtbetrefende Unterversorgungsprobleme und Therapielücken in Haftanstalten benannt und Störungen in der bruchlosen Weiterversorgung (z.B. fehlender Krankenversicherungsschutz, Kontinuität von begonnenen Suchtbehandlungen) analysiert.

*Prof. Dr. rer. Pol. Heino Stöver
Fachhochschule Frankfurt Main
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Niebelungenplatz 1, D-60318 Frankfurt a. Main
E-Mail: hstoever@fb4.fh-frankfurt.de*

Posterbeiträge

Ist die Effektivität der Substitutionstherapie ein Parameter zur Vorhersage des Erfolges einer HAART?

N. Qurishi¹, K. Römer¹, C. Wyen², G. Fätkenheuer², E. Struck³, K. Isernhagen¹

¹Gemeinschaftspraxis Gotenring Köln, ²Medizinische Klinik I der Uniklinik Köln, ³Dipl. Sozialwissenschaftler, Köln

Hintergrund: Es ist belegt, dass eine Substitutionstherapie mit Opiatagonisten bei HIV-infizierten die Adhärenz für eine antiretrovirale Therapie begünstigt (Uhlmann 2010, Wood 2008, Palepu 2006, Wood 2005). Der hohe Anteil psychiatrischer Komorbidität und sozialer Desintegration in dieser Patientengruppe beeinflussen die Adhärenz negativ (Palmer 2003), daher werden sog. „directly observed therapy“ (DOT) Behandlungssettings empfohlen. Studien mit einem umfassenderen Begriff von „Stabilität“ in der Substitutionstherapie liegen nicht vor. „Stabilität“ in der Substitutionstherapie ist ein klinischer Eindruck, der durch Laboruntersuchungen gestützt wird. Vergleiche zwischen stabilen und instabilen Substituierten in Bezug auf den Erfolg einer Therapie liegen bis dato nicht vor.

Ziel: Es sollen Zusammenhänge zwischen der Stabilität einer Opioid-Substitutionstherapie und dem Erfolg einer antiretroviralen Therapie bei HIV-infizierten Drogenkranken dargestellt werden.

Methoden: Wir untersuchten zwischen 1990 und 2011 bei 122 substituierten HIV-Patienten, die je nach antiretroviraler Therapie der Gruppe mit HAART, therapienaiv/HAART und therapienaiven Patienten zugeteilt wurden, den Verlauf der Viruslast in Abhängigkeit vom Substitutionsstatus. Die Labor- und klinischen Daten wurden quartalsweise mit dem Substitutionschema nach Ulmer (Ulmer 2001) erhoben. Auf der 4-stufigen Skala gilt der Status 0 als abstinent, 1 als stabil 80%, 2 als stabil 50% und 3 als instabil. Die Berechnung der Daten erfolgte mittels SPSS-Programm.

Ergebnis: Insgesamt blieben 48 Patienten therapienaiv, 36 Patienten erhielten von Beginn an eine HAART und bei 38 Patienten wurde bei uns während dieser Zeit eine HAART eingeleitet. 68% waren Männer. Es traten 47 Todesfälle auf, 30 (73,2%) Todesfälle in der therapienaiven Gruppe, 10 (28,6%) Patienten verstarben in der HAART-Gruppe und 7 (18,4%) Todesfälle wurden in der Gruppe beobachtet, die zunächst therapienaiv waren und später HAART erhielten. 70 Patienten hatten gleichzeitig eine chronische Hepatitis C Infektion. Bezogen auf die absolute Zahl der Patienten kam es sowohl in der Gruppe mit HAART- als auch in der therapienaiv/HAART-Gruppe zu den häufigsten Therapieumstellungen bei den zu 80% stabilen substituierten Patienten. Die instabil substituierten Patienten hatten den größten Anteil an „0“ Umstellungen (50%). Instabile Patienten hatten einen leicht höheren Anteil an Viruslast <40 Kopien/ml im Vergleich zu 50%-stabilen Patienten (67,9% versus 45,3% in der therapienaiv/HAART Gruppe) und (57,1% versus 49,4% in der HAART-Gruppe).

Diskussion: Eine HAART kann bei drogenabhängigen HIV-infizierten Patienten erfolgreich durchgeführt werden. Dies wird belegt durch die niedrigere Mortalität in den Gruppen mit HAART im Vergleich zu therapienaiven Patienten. Instabile Patienten haben unter HAART eine geringere Häufigkeit an Therapieumstellungen. Dies könnte mit „Selbstmanagement der Nebenwirkungen“ durch „Beikonsum“ erklärt werden. Insgesamt lagen 60% der Viruslastbestimmungen unter der Nachweisgrenze, der höhere Anteil an nicht nachweisbarer Viruslast bei instabilen Patienten im Vergleich zu 50%-stabilen Patienten könnte durch häufigere ärztliche Interventionen aufgrund der problematischen Substitution erklärt werden. Es besteht somit keine rationale Grundlage, einem substituierten Patienten – selbst bei instabiler Substitution – eine effektive antiretrovirale Therapie vorzuenthalten. Effektives Nebenwirkungsmanagement und häufige Interventionen könnten Faktoren sein, um das outcome zu verbessern.

Evaluierung eines wissenschaftlich fundierten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals zur Tabakentwöhnung bei stationären Patienten mit komorbider Suchterkrankung

A. Berthold, C. Kröger+, S. Gradl+, V. Schuler*, V. Lang*, O. Pogarell*, T. Rüther**

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München, +IFT Institut für Therapieforschung*

Hintergrund: Die kombinierte Behandlung der Tabakabhängigkeit bei der Akut- bzw. Entzugsbehandlung von Suchtpatienten ist weiterhin - trotz guter Datenlage zur Effektivität - ein kontrovers diskutiertes Thema. In einer zweijährigen Erprobungs- und Verbesserungsphase konnte ein manualisiertes Therapiekonzept zur Tabakentwöhnung, bestehend aus einem Gruppenprogramm und damit verbundenen Einzeltherapien entwickelt werden. Therapieziele hierbei sind nicht nur Tabakabstinenz sondern auch ein reduziertes Rauchen im Sinne der „harm reduction“.

Methode: In einem sechsmonatigen Erhebungszeitraum wurden alle tabakabhängigen Patienten einer Akut-Suchtstation unabhängig von ihrem Motivationsstatus in das Therapiekonzept aufgenommen. Untersucht wurde eine Stichprobe von n = 70 Teilnehmern. (Kontrollgruppe n = 82 Teilnehmer). Das offene Programm umfasst zwei Gruppentermine sowie eine optionale Einzelberatung über einen Zeitraum von zwei Wochen. Es wurden vier Messzeitpunkte realisiert: eine Prätest-Messung vor dem individuellen Kursbeginn des Patienten, eine Posttest-Messung zum Zeitpunkt der Entlassung sowie ein 3- und 6-Monats-Follow-up. Mittels Fragebögen wurden Akzeptanz und Umsetzbarkeit des Programms sowie Motivation und Veränderungen des Rauchverhaltens der Patienten erfragt. Zusätzlich wurde eine leitliniengemäße medikamentöse Behandlung angeboten.

Ergebnisse: Trotz des verpflichtenden Charakters zeigte sich eine gute bis sehr gute Akzeptanz der Intervention bei Akut-Suchtpatienten. 11,9 % der Studienteilnehmer nahmen zusätzlich zum Gruppenprogramm an freiwilligen manualisierten Einzeltherapiesitzungen teil und registrierten ihren Zigarettenkonsum über mindestens drei Tage. Bei allen Teilnehmern zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe (kurze Aufklärung über Tabakabhängigkeit und Nikotinersatztherapie) eine Änderung des Rauchverhaltens und der Aufhörtmotivation (nach Prochaska und Di Clemente). 24,3 % der Patienten führten eine Reduktion und 4,3 % sogar einen Rauchstopp während der Akutbehandlung durch. Daten der 3- und 6-Monatskatamnese werden vorgestellt. Die Ergebnisse geben Hinweise auf eine gute Akzeptanz, eine sehr gute Durchführbarkeit sowie positive Effekte auf das Rauchverhalten hinsichtlich einer frühen Beratung und Tabakentwöhnung bei Patienten mit komorbider Suchterkrankung.

Dr. med. Rüther Tobias

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München, LMU

Spezialambulanz für Tabakabhängigkeit

Nußbaumstr.7, D-80336 München;

E-Mail: Tobias.Ruether@med.uni-muenchen.de

Baclofen, ein geeignetes Anti-Craving-Mittel?

C. Weigel¹, F. Kreuzeder²

¹Suchthilfezentrum Gießen, ²Paradigmenwechsel e. V., München

Hintergrund: Das erweiterte Verständnis biologischer Vorgänge in den Neurotransmittersystemen kann das Symptom des Alkoholismus auf eine Störung dieses Gleichgewichts zurückführen. Daraus ergibt sich ein völlig neues Verständnis über Erkrankungen, die auf stofflichen Süchten beruhen. In diesem Zusammenhang eröffnen sich auch neue Behandlungsmöglichkeiten bei Angst und Depression (1).

Insbesondere das bisher als Muskelrelaxans bekannte Baclofen scheint in der Lage zu sein, als Agonist des GABA-B-Rezeptors dieses Gleichgewicht wieder herzustellen. Die Anwendung von Baclofen in der Neurologie erfolgt seit mehr als 40 Jahren ganz überwiegend ohne signifikante unerwünschte Wirkungen. Der Heilungserfolg des französischen Kardiologen O. Ameisen von Alkoholismus mit Komorbidität Angst und Dysphorie durch Selbstmedikation mit Baclofen ist beispielhaft (2). Ein Paradigmenwechsel in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit zeichnet sich ab. Das Ziel der Behandlung ist nicht mehr ausschließlich die Abstinenz (3), sondern eine Unterdrückung des Craving (Suchtdruck).

Ziel: Implementierung einer optionalen Behandlung der Alkoholkrankheit mit Baclofen in den medizinischen Alltag – auch unter dem Aspekt der Rückfallprophylaxe. Unter erfolgreicher Therapie verstehen wir das Erreichen eines cravingfreien Zustandes mit sozial- und gesundheitsverträglichem Alkoholkonsum oder zufriedener Abstinenz. Die Ergebnisse mehrerer web-basierter Umfragen des in 2009 von Betroffenen gegründeten Alkohol- und Baclofen-Forums (4) sowie zahlreiche Beobachtungen in der Praxis scheinen eine „off-label“-Verschreibung, insbesondere auch unter Berücksichtigung von Kosten/Nutzen-Effekt und Erfolgen der etablierten Therapieformen zu rechtfertigen.

Resultat und Schlussfolgerung: Baclofen ermöglicht bei interindividuell angepasster Dosierung meist eine schnell erreichbare Trinkpause, bzw. Reduktion des Alkoholkonsums bis zur „völligen Gleichgültigkeit“ gegenüber Alkohol. Die gleichzeitig positive Beeinflussung der häufigen Komorbiditäten Angst und Depression, erlaubt eine effiziente, individualisierte Psychotherapie mit Verbesserung der „Selbststeuerungsfähigkeit“.

Literatur:

- (1) Cryan JF, Kaupmann K (2005): Don't worry `B`happy!: a role for GABAB receptors in anxiety and depression. *Trends in Pharmacological Sciences* 26, 36-43
- (2) Ameisen O (2005): Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. *Alcohol and Alcoholism* 40, 2, 147-150
- (3) Uchtenhagen A (2009): Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke. *Suchttherapie* 10, 75– 80
- (4) Rippel H, Kreuzeder F (2010): Efficacy of Baclofen in the treatment of alcoholism. http://www.paradigmenwechsel-ev.de/Willkommen/Publikationen_files/efficacy%20of%20baclofen.pdf
Müller C, Vollmer K, Hein J, Heinz A (2010): Baclofen zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Sucht* 56 (3-4), 167-174

Dr. med. Cornelia Weigel
Suchthilfezentrum Gießen
Schanzenstraße 16, D-35390 Gießen
E-Mail: cdr.weigel@web.de

Neuro-Elektrische Stimulation (NES) – Ein neuer Weg in der Suchtbehandlung Keith Richard, Meg Patterson und die Black-Box

K. Keppler

„Nun ja, es gäbe nur eine einzige Frau, die mich heilen könnte, und das wäre Meg Patterson mit ihrer Black-Box-Therapie, die über elektrische Impulse funktionierte.“ berichtet der schwer suchtkranke, von der amerikanischen Justiz unter Druck gesetzte Rolling Stone Keith Richard (Biografie Life: 522). Die schottische Neurochirurgin Margret (Meg) Patterson hatte bei ihrer Tätigkeit in Hongkong in den 1960er Jahren eher zufällig eine Entdeckung gemacht. Da Opiumpkonsum in China damals verbreitet war, waren Opiatentzugssymptome bei Patienten, die stationär im Krankenhaus aufgenommen werden mussten, häufig. Patterson fiel auf, dass alle die neurochirurgischen Patienten, die mit einer bestimmten Form der Elektroakupunktur narkotisiert und postoperativ schmerztherapiert worden waren, keine Opiatentzugssymptome zeigten. Mit ihrem chinesischen Kollegen H. L. Wen und anderen begann, sie dieses Phänomen systematisch zu erforschen und daraus eine neue Entzugsmethode (Patterson 1992) zu entwickeln. Dabei wurden schwache elektrische Ströme meist über retroaurikuläre Punkte eingesetzt (zu den Grundsätzen der cranialen Elektrotherapie vgl. Smith 2007). Zurückgekehrt nach Europa entwickelte sich in den 1970er und 80er Jahren dann ein regelrechter Medien-Hype, da sie mit ihrer Methode prominente Sucht-Patienten wie Pete Townsend, Keith Richard und Eric Clapton entgiftete. Aus dieser Zeit resultieren auch zahllose Studien (umfassender Überblick bei Mahmood et al. 2005). Nach Pattersons Tod geriet die Methode in Vergessenheit. Die seit 2009 in Deutschland mit dem Einsatz der NES bei Entgiftung gemachten Erfahrungen zeigen, dass die NES eine ambulante, substanzfreie, aber dennoch gut funktionierende Alternative zur herkömmlichen klassisch-stationären Entgiftung darstellt. Neben Heroin, Methadon, Buprenorphin, retardierten Morphinen und opioiden Schmerzmitteln sind auch Entgiftungen von Kokain, Cannabis, Alkohol und Benzodiazepinen möglich.

Bei den 5 Tage dauernden Entgiftungen gibt es neben der zentralen NES weitere wichtige methodische Elemente (Seminarbausteine):

- (i) Aufklärung, Einverständniserklärung
- (ii) Beachtung der Kontraindikationen
- (iii) Exakte Vorbereitung auf das Seminar
- (iv) Einsatz des NES-Gerätes (mit je nach Substanz differenzierten Frequenzen)
- (v) Einsatz von acht verhaltensmodifizierenden Modulen mit der Methode Motivational Interviewing (Was wird mir gut tun?, Zielformulierung, Alternativ-Verhalten, Unterstützung, Verhaltensmodifikation, Problemlösung, Neue Clean-Identität, Rückfall-Prophylaxe)
- (vi) zusammenfassende Auswertung der Module, daraus Erstellung individualisierter „Knackpunkte“
- (vii) Angebote zur Nachbehandlung, Versuch der Organisation einer qualifizierten Nachbetreuung.

Die Teilnehmer werden kontinuierlich ärztlich und von speziell geschulten medizinischen Assistenz-Kräften (NES-Practitioner) betreut. Zusätzlich wird mindestens zwei Mal täglich ein detaillierter Entzugs-Score (analog OOWS) erhoben.

Zusammenfassend sind die therapeutischen Effekte der Methode und die Zufriedenheit der Patienten extrem beeindruckend.

Erste Ergebnisse sind

- eine Drop-out-Rate nahe Null
- schnelle Überwindung des Entzugstiefpunktes bereits am 2. oder 3. Tag
- gute Langzeitwirkung
- keine gravierenden Nebenwirkungen
- und nahezu ausschließlich zu Beginn skeptische und am Ende zufriedene Patienten.

Literatur beim Verfasser

*Dr. med. Karlheinz Keppler M.A.
Praxis für Suchtmedizin Vechta
Ärztlicher Dienst JVA für Frauen
An der Propstei 10, D-49377 Vechta
Karlheinz.Keppler@justiz.niedersachsen.de*

Berliner EvAS – Evaluation von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

M. Nagel, D. Hüseman, J.-P. Siedentopf

Folgeerkrankungen durch maternalen Alkoholkonsum (FAS, FASD) in der Schwangerschaft stellen die häufigste vermeidbare konnatale Fehlbildung bzw. Schädigung dar. Um sie zu vermeiden muss die Aufklärung der Schwangeren zur kompletten Alkoholabstinenz erfolgen. Alkoholfolgeerkrankungen können nur bei bekannter Alkoholanamnese diagnostiziert werden. Die übliche Fragetechnik zur Erhebung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft hat bei einer eigenen Untersuchung eine unbefriedigende Korrelation mit tatsächlich im Urin erfolgtem Nachweis von Alkoholkonsum gezeigt. Wir vermuteten, dass die Frage „Trinken Sie Alkohol?“ von der Befragten als die Frage nach einer manifesten Alkoholabhängigkeit (um-)interpretiert wird und somit –zumeist zutreffend – verneint wird.

Ziel war es ein zuverlässiges, praktikables und nicht stigmatisierendes Fragen- und Bewertungstool zu entwickeln.

Methodik: In einer interdisziplinären Arbeitsgruppe wurde das Frage- und Bewertungsschema entwickelt und in der Schwangerenberatung unserer Klinik auf seine Anwendbarkeit und Aussagekraft getestet.

Ergebnisse: Wir stellen einen mit wenig Zeitaufwand anwendbaren, standardisierten Frage- und Bewertungsbogen vor, mit dem der Alkoholkonsum der Schwangeren zuverlässig erfasst und bewertet werden kann. Nach tabellarischer Auswertung wird das Konsummuster einem Risikoprofil zugeordnet und Handlungsempfehlungen für das weitere Vorgehen gegeben.

Schlussfolgerung: Durch die Vermeidung stigmatisierender Fragestellungen kann der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft leichter thematisiert werden. Die standardisierte Beurteilung und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen können (hoffentlich) zu einer Reduktion von riskantem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft führen.

*Manuela Nagel
Charité, Virchow-Klinikum, Klinik für Geburtsmedizin
Infektionsambulanz
Augustenburger Pl. 1, D-13353 Berlin
E-Mail: manuela.nagel@charite.de*

Substitutionsbehandlung von Frauen

M. Nagel, D. Höpner, C. Fry, J.-P. Siedentopf

Mit dem Beginn einer Substitutionsbehandlung kann eine grundlegende Stabilisierung des Tagesablaufes und eine Reduktion der abhängigkeitsbedingten körperlichen Stressfaktoren stattfinden. Für die meisten opiatabhängigen Frauen bedeutet dies eine Stabilisierung des hormonellen Zyklus und eine verbesserte Fertilität. Damit kann der Einstieg in die geregelte Substitutionsbehandlung auch unerwartet schnell zu einer ungeplanten Schwangerschaft führen. Häufig werden diese Schwangerschaften erst spät diagnostiziert. Grundsätzlich ist eine geplante und betreute Schwangerschaft im Rahmen einer Substitutionsbehandlung ohne zusätzlichen Suchtmittelkonsum, insbesondere Alkohol, bezüglich der kindlichen Entwicklung risikoarm. Ebenso kann eine derzeit unerwünschte Schwangerschaft mit angemessener Verhütung verhindert werden. Dies setzt voraus, dass zu Beginn einer Substitutionstherapie von Frauen im gebärfähigen Alter, ein ausführliches Gespräch zum aktuellen Stand der Familienplanung geführt wird, eine aktuell bestehende Schwangerschaft ausgeschlossen oder festgestellt wird und eine Überweisung zur Gynäkologie stattfindet, um entweder Verhütung einzuleiten, oder Schwangerschaft zu planen. Eine bestehende Schwangerschaft sollte im Rahmen der Substitutionsbehandlung berücksichtigt und der Verlauf mit kontrolliert werden. Ebenso sollte eine regelmäßige Verhütung dokumentiert und regelmäßig abgefragt werden. Dies alles sollte in regelmäßigen Zyklen wiederholt werden. Frauen die vom Alter oder ihrer körperlichen Verfassung ausgehend im präklimakterischen oder klimakterischem Stadium sein könnten, benötigen ebenfalls umfassende Diagnostik, Beratung und eventuell vorübergehende Behandlung zu den Symptomen, die mit den hormonellen Umstellungen auftreten können, damit diese nicht mit Entzugssymptomen verwechselt werden und eine stabile Substitution erschweren.

Methodik: In einer interdisziplinären Arbeitsgruppe wurden zunächst genderspezifische Besonderheiten bei der Substitution von Frauen erarbeitet. Um diese anwendungsfreundlich zusammenzufassen wurde ein Flowchart entwickelt, in dem die wesentlichen Aspekte übersichtlich dargestellt sind.

Ergebnisse: Die von der Arbeitsgruppe gestaltete "Checkliste zur Substitutionsbehandlung von Frauen" wird auf dem Poster dargestellt. Durch die Hervorhebung der frauenspezifischen Besonderheiten in der Substitution ist eine differenziertere Betreuung und Behandlung der Frauen möglich. Zudem wird ein stärkeres Augenmerk auf den familiären Kontext gerichtet. Dadurch erhoffen wir uns einen Beitrag zu verbessertem Kinderschutz im Zusammenhang mit Substitution zu leisten.

*Manuela Nagel
Charité, Virchow-Klinikum, Klinik für Geburtsmedizin
Infektionsambulanz
Augustenburger Pl. 1, D-13353 Berlin
E-Mail: manuela.nagel@charite.de*

Missbrauch von „Liquid Ecstasy“ (GHB) bei opiatabhängigen Patienten in Substitutionstherapie?

A. Preidel, M. Böttcher

Problemstellung: Die Wirkungen von GHB reichen dosisabhängig von Euphorie, Sedierung, Relaxation und Atemdepression über Amnesie bis Koma. GHB findet in der Behandlung von Narkolepsie („Xyrem“) und gelegentlich im Bereich der Alkohol- und Drogenentzugstherapie Verwendung. GHB wird einerseits direkt peroral konsumiert, aber auch nach Aufnahme schnell aus den Vorläufersubstanzen gamma-Butyrolacton (GBL) und 1,4 Butandiol (1,4-BD) im Körper gebildet. GBL und 1,4-BD sind als technische Lösungsmittel nicht dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterstellt. Die missbräuchliche Verwendung von GHB bzw. seinen Vorläufersubstanzen geschieht einerseits als „recreational drug“ in der Club-Szene („Liquid Ecstasy“) und zum Anderen als K.O.-Tropfen („DFC – drug facilitated crime“). Die kurze Halbwertszeit von ca. 30 min bedingt ein Nachweisfenster im Urin nach einmaliger Anwendung von dosisabhängig ca. 12 Stunden. Erkenntnisse über die Nachweisbarkeit bei regelmäßigem Gebrauch liegen bisher nicht vor. Da geringe Mengen endogen gebildetes GHB im Urin ausgeschieden werden, hat sich in der Literatur ein Cutoff von 10 µg/mL etabliert. Untersuchungen zur Lifetime-Prävalenz in 12 Staaten der EU ergaben Werte um 1%. Jedoch wurden in speziellen Gruppen (z.B. Club-Szene) deutlich höhere Werte (3-19%) gefunden. Für den Nachweis von GHB existiert kein Schnelltest und das Routine-Drogenscreening umfasst überwiegend kein GHB-Screening. Da keine Daten zum etwaigen Beikonsum von GHB bei Substitutionspatienten vorliegen, wurde eine schnelle UPLC-MS/MS-Methode entwickelt und eine vorläufige Stichprobe untersucht.

Methode: Für den Nachweis von GHB aus Urin-, Serum- und Speichelproben wurde eine UPLC-MS/MS-Methode entwickelt und nach Richtlinie der Gesellschaft für Forensische und Toxikologische Chemie validiert. Die entwickelte Methode kann auch zur Untersuchung von Lösungen, die vermutlich GBL bzw. 1,4-BD enthalten, verwendet werden. Die Methode zeigt keine Interferenzen durch die natürlich vorkommenden „Ketonkörper“ und GHB-Isomeren alpha-Hydroxybuttersäure (AHB) und beta-Hydroxybuttersäure (BHB). Alle Analyten werden innerhalb von 6 min getrennt.

Probanden / Patienten: Als Kontrollgruppe insbesondere zur Festlegung des GHB-Cutoffs dienten Urinproben von 100 weiblichen (Alter 3-85) und 100 männlichen Probanden (Alter 3-81) ohne Drogenmissbrauchs-Vorgeschichte. Urinproben zur GHB-Bestimmung in der Patientengruppe stammten aus routinemässigen und zufällig ausgewählten Urinkontrollen von 200 verschiedenen Substitutionspatienten (54 Frauen: Alter 19-54 ; 18 Methadon-, 28 Polamidon-, 8 Buprenorphinpatienten / 146 Männer: Alter 20-63 ; 69 Methadon-, 58 Polamidon-, 19 Buprenorphinpatienten).

Ergebnisse: In den Urinproben der Kontrollgruppe (n = 200) konnte in keinem Fall GHB >2.0 µg/mL nachgewiesen werden. Es erscheint daher möglich den etablierten Cutoff auf 2 µg/mL abzusenken.

In der Patientengruppe war kein GHB über der Bestimmungsgrenze der verwendeten Methode von 0.5 µg/mL nachweisbar. Ein häufiger GHB-Beikonsum bei substituierten Patienten erscheint auch unter Berücksichtigung des kurzen Nachweisfensters daher unwahrscheinlich. Zur Absicherung dieser Aussage sollen noch Urinkontrollen von 300 weiteren Patienten auf GHB analysiert werden.

Andreas Preidel
MVZ Labor Dessau GmbH, Dessau
Bauhüttenstraße 6, D-06847 Dessau-Roßlau
E-Mail: andreas.preidel@laborpraxis-dessau.de

Kann ein „Multi-Targetscreening“ im Speichel das immunchemische Drogenscreening im Urin ersetzen?

S. Lierheimer, M. Böttcher

Problemstellung:

Der Nachweis eines kürzlichen Drogen-/Medikamentenmissbrauchs erfolgt im Rahmen einer suchtmmedizinischen Therapie überwiegend aus Urinproben und mit immunchemischen Verfahren. Im Vergleich zum Blut bietet die Matrix Urin den Vorteil der zum Teil deutlich höheren Konzentrationen der nachzuweisenden missbrauchsrelevanten Substanzen bzw. ihrer Metaboliten und des daher verlängerten Nachweisfensters. Um mögliche Manipulationen an der Probe zur Erzielung eines falsch negativen Ergebnisses auszuschließen, muss die Urinprobe jedoch unter Sichtkontrolle gewonnen werden. Hierdurch ergeben sich häufig Probleme im Praxisablauf und Belastungen im Arzt-Patienten Verhältnis. Einen weiteren Nachteil von Urin stellt die teilweise wochenlange Nachweisbarkeit einiger Benzodiazepine und des Cannabismetaboliten dar. Durch die verbesserte Sensitivität der analytischen Methoden (LC-MS/MS) und die Verfügbarkeit kommerzieller Speichelnahmesysteme, erscheint für das „routinemäßige Drogenscreening“ Speichel zunehmend als mögliche Alternative. Speichelproben können einfach unter Sichtkontrolle gewonnen werden. Die LC-MS/MS Methode erbringt den direkten Nachweis der Einzelsubstanzen. Immunchemische Verfahren können zum Ausschluss eines falsch positiven Ergebnisses oder bei einem positiven Gruppentest eine Bestätigungsanalyse bzw. Differenzierung mit chromatographischen Verfahren nötig machen.

Methoden:

Für den qualitativen Nachweis von Drogen und Medikamenten aus Speichelproben wurde eine UPLC-MS/MS-Methode entwickelt die folgende Analyten beinhaltet:

Amphetamine: Amphetamin, Methamphetamin, MDA, MDMA, MDEA, MBDB, BDB, PMA, PMMA, Methylon, Butylon, Mephedron

Benzodiazepine: Diazepam, Nordiazepam, Oxazepam, Temazepam, Flunitrazepam, 7-Aminoflunitrazepam, Bromazepam, Lorazepam, Midazolam, 1-OH-Midazolam, Alprazolam, 1-OH-Alprazolam, Clonazepam, 7-Aminoclonazepam, Flurazepam, 2-OH-Ethylflurazepam

Kokain: Kokain, Benzoyllecgonin

Opiate: Morphin, 6-Acetylmorphin, Codein, 6-Acetylcodein, Norcodein, Dihydrocodein

THC: THC

Opioide: Tramadol, Tilidin, Fentanyl, Oxycodon, Naloxon

Sonstige Substanzen: Ketamin, Methylphenidat, Zolpidem, Zaleplon, Zopiclon sowie als Authentizitätsmarker Cortisol.

Der Cutoff für jede Substanz liegt bei 1 ng pro mL Speichel.

Urinproben wurden mittels immunchemischer Methoden auf Amphetamine (Cutoff: 500 ng/mL), Benzodiazepine (Cutoff: 100 ng/mL), Kokain (Cutoff: 50 ng/mL) und Opiate (Cutoff: 100 ng/mL) untersucht.

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

Patienten:

Es wurden 7254 Urinproben von 1098 Substitutionspatienten von 3 Monaten mit Immunoassays vermessen und mit 795 Speichelproben von 455 Substitutionspatienten, analysiert mit LC-MS/MS, verglichen.

Ergebnisse:

Die „Standarddrogen“ sind in beiden Matrices mit vergleichbarer Positivrate nachweisbar (vgl. Tabelle). Methodisch bedingt ist im Speichel ein Heroin- u./o. Rohypnol-Missbrauch direkt erkennbar. Bei 4% der Proben konnten zudem immunchemisch nicht nachweisbare Substanzen erkannt werden.

	Urin	Speichel
Amphetamine:	4.0%	11.1%
Benzodiazepine:	21.9%	25.9%
Flunitrazepam:	-	6.2%
Kokain:	6.4%	9.1%
Opiate:	22.3%	21.5%
6-Acetylmorphin:	-	16.9%
THC:	-	29.3%
Opioide:	-	3.1%
Sonstige:	-	0.9%

*Stefan Lierheimer
MVZ Labor Dessau GmbH, Dessau
Bauhüttenstraße 6, D-06847 Dessau-Roßlau
E-Mail: michael.boettcher@laborpraxis-dessau.de*

Ausatemluft als neue Matrix in der Drogenanalytik – Beispiel Methadon

M. Böttcher¹, O. Beck²

¹MVZ Labor Dessau GmbH, Dessau ; ²Clinical Pharmacology, Karolinska University Hospital, Stockholm

Problemstellung: Für die Drogenanalytik in der Suchtmedizin hat sich die Matrix Urin seit längerem etabliert. Gründe hierfür sind die leichte nicht-invasive Probengewinnung und die Möglichkeit auf Grund der vergleichsweise hohen Konzentrationen immunchemische Methoden einzusetzen. Die rasche Entwicklung und zunehmende Verbreitung von massenspektrometrischen Methoden in den letzten Jahren führte zum routinemässigen Einsatz von Haaren und Speichel zum Drogenscreening. Vor kurzem gelang jetzt der Nachweis von Amphetaminen (1) und Methadon (2, 3, 4) in den Aerosolpartikeln der Ausatemluft von Suchtpatienten. Die Entwicklung mündete in einem kommerziellen System zur Probengewinnung (www.sensabues.com).

Methode: Für den Nachweis von Methadon wurde eine sensitive LC-MS/MS Methode entwickelt und nach Richtlinien der Fachgesellschaften validiert. Die Methode konnte noch 1 pg Methadon nachweisen. Verschiedene auf Filterprinzipien beruhende Probennahme- Techniken (C18-Silica, XAD, SPME, Glasfaser- und Polymerfilter) zur Sammlung der Aerosole der Ausatemluft wurden verglichen. Methadon wurde von den Filteroberflächen mit Isopropanol und Methanol eluiert.

Patienten: Methadonpatienten mit bekannter Dosierung (90 bis 140 mg/Tag) nahmen auf freiwilliger Basis an der Studie teil. Ein positives Votum der Ethikkommission des Karolinska Univ. Klinikums lag vor.

Ergebnisse: Methadon konnte reproduzierbar in der Ausatemluft von Substitutionspatienten vor und nach der täglichen Vergabe nachgewiesen werden. Der Mittelwert für Methadon in der Ausatemluft lag bei 135 ± 109 pg/min (Median 121, n = 48) bei Verwendung eines 47 mm C18-Silica Filters. Die Probennahmezeit konnte auf eine Minute reduziert werden. Insbes. mit dem Glasfaser- und dem Polymer-Partikelfilter wurden vergleichbare Ergebnisse erzielt.

Conclusio: Die Bestimmung von Methadon kann reproduzierbar in der Ausatemluft durchgeführt werden. Zukünftige Studien sollen die mögliche Korrelation dieser Werte mit den korrespondierenden Serumkonzentrationen untersuchen.

Literatur:

- (1) Beck O, Leine K, Palmkog G, Franck J, Amphetamines detected in exhaled breath from drug addicts: a new possible method for drugs-of-abuse testing, *J Anal Toxicol* 34, 233, 2010
- (2) Beck O, Sandqvist S, Eriksen P, Franck J, Palmkog G, Determination of methadone in exhaled breath condensate by liquid chromatography-tandem mass spectrometry, *J Anal Toxicol* 35, 129, 2011
- (3) Beck O, Sandqvist S, Böttcher M, Eriksen P, Franck J, Palmkog G, Study on the sampling of methadone from exhaled breath, *J Anal Toxicol* 35, 257, 2011
- (4) Beck O, Sandqvist S, Franck J, Demonstration that methadone is being present in the exhaled breath aerosol fraction, *J Pharmac Biomed Anal* 56, 1024, 2011

Dr. rer. medic. Michael Böttcher
MVZ Labor Dessau GmbH, Dessau
Bauhüttenstraße 6, D-06847 Dessau-Roßlau
E-Mail: michael.boettcher@laborpraxis-dessau.de

Soziale Diagnostik in der Begleitung von Menschen mit chronifizierten Suchterkrankungen

K. Lüdtker, P. Lüdtker

Durchgeführt in der Psychosozialen Beratungsstelle des Instituts für Soziale Gesundheit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

Grundgedanke: Anbieten einer Begleitung von Drehtürpatienten mit den Mitteln der sozialen Arbeit. Interventionen sollten sozialdiagnostisch begründet sein und vom Klienten mitgetragen werden. Als Ergebnis wird die Stabilisierung des Klienten angestrebt und eventuell eine Senkung der Krankenhausaufenthalte. Es sollte die soziale Diagnostik auf ihre Anwendbarkeit in der Praxis hin getestet werden.

Zielgruppe: Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und verschiedenen Komorbiditäten. Sie sollten eine hohe Anzahl von Krankenhausaufenthalten pro Jahr aufweisen und bereits das Suchthilfesystem durchlaufen haben.

Ziele Methoden Ansätze: Die Gespräche wurden nach den Grundsätzen der motivierenden Gesprächsführung abgehalten. Als fachliche Grundlage dienten, Sozial Support, Netzwerkarbeit und Case Management. Die soziale Diagnostik stützt sich auf eine Auswahl der Methoden u.a. von Peter Pantucek. Die im Projekt verwendeten Verfahren, welche in einer Diagnosemappe festgehalten wurden sind der Biografische Zeitbalken (Biozeit), das Genogramm, die Netzwerkkarte, die Interventionsplanung und die InclusionsCharts 2. Die Biozeit vereint die verschiedenen Lebensläufe und bereits getätigte Behandlungen. Die Netzwerkkarte stellt die Einbindung des Klienten in seine Umwelt dar, so wie das Genogramm die Familiensituation widerspiegelt. In den „Inclusions-Chart 2 werden die wesentlichen Faktoren sozialer Einbindung und Sicherung dargestellt. Das Ablaufdiagramm der Interventionsgeschichte nach Pantucek wurde dahingehend modifiziert, dass wir es zur Beobachtung besonderer Problemlagen die sich aus den IC-Charts2 und der Biozeit ergaben nutzen konnten und erhielt von uns den Arbeitstitel Dramaturgie. In der Interventionsplanung stehen sich die Ziele des Klienten und der Berater direkt gegenüber.

Ergebnisse: Die sozialdiagnostischen Methoden die in diesem Projekt ihre Anwendung gefunden haben, ermöglichten es die Komplexität der Problemlagen der Klienten greifbar zu machen. Die diagnostischen Instrumente wurden zu einer Diagnosemappe vereint. Sie fanden ihren Einsatz bei diversen Fallkonferenzen, die für und mit den Klienten durchgeführt wurden. Wir konnten dadurch den beteiligten Disziplinen unsere Entscheidungen und Interventionen nachvollziehbar und fachlich begründen. Es ist auch fest zu stellen, dass sich jede getätigte Intervention in den einzelnen Diagnoseinstrumenten widerspiegelt, somit die Auswirkungen ablesbar werden und die Interventionen fachlich bewertet werden können. Das Projekt begleitete drei Klienten über einen Zeitraum von ca. zwölf Monaten. Ein Klient konnte dahingehend stabilisiert werden, dass er das Beraterteam als festen Anlaufpunkt in allen Lebenslagen nutzt, in dem angegebenen Zeitraum kam es zu zwei Krankenhausaufenthalten von jeweils drei Wochen, er lebt jetzt in einem Wohnheim. Der Klient verbrachte das letzte Jahr ausschließlich in verschiedenen Krankenhäusern und einer Therapieeinrichtung. Bei einem weiteren Klienten konnten die Krankenhausaufenthalte von 153 Tage im Jahr 2009, auf neun im begleitenden Zeitraum gesenkt werden.

*Kitty und Peter Lüdtker
Freiastr. 4, D-10365 Berlin
E-Mail: k&p.luedtke@online.de*

Qualitätssicherung in der stationären Substitutionsbehandlung – Ein Beispiel aus dem Therapiezentrum für psychosoziale Rehabilitation Maximilianshöhe Bayreuth

N. Föttsch, A. Kirchhof-Knoch

Eine häufige Annahme scheint immer noch zu sein, dass eine abstinenzorientierte stationäre Therapie sich nicht mit der gleichzeitigen Verabreichung eines Substitutionsmedikaments vereinbaren lässt.

Wir machen in unserem Therapiezentrum die gegenteilige Erfahrung und möchten damit anderen Einrichtungen Mut machen, ihr Angebot für substituierte Menschen zu öffnen. Wir haben unter unseren Bewohnerinnen und Bewohnern 22 % substituierte Klienten, für die wir im Rahmen der Qualitätssicherung in der soziotherapeutischen Behandlung ein klares Konzept entwickelt haben. Dadurch wird sichergestellt, dass sie im stationären Setting gehalten werden können, um an ihren psychischen Problemen arbeiten zu können. Das Ziel ist, mit Unterstützung der Einnahme des Substitutionsmittels in der Lage zu sein, am Therapieprogramm der Einrichtung teilnehmen zu können. Um ein solches Konzept umsetzen zu können, müssen in diesen Entwicklungs- und Qualitätssicherungsprozess alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen werden.

Zu Sicherstellung der medizinischen Versorgung gehört die Kooperation mit der Substitutionsambulanz des Bezirkskrankenhauses Bayreuth.

Es handelt sich bei unseren substituierten Bewohnerinnen und Bewohnern um Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf, in den meisten Fällen mit schweren körperlichen Erkrankungen wie Hepatitis, Folgen von Spritzenabszessen bis zu Amputationen sowie schweren psychischen Erkrankungen wie Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen, oftmals Kombinationen mit Essstörungen, die nicht selten Folge schwerer Traumatisierungen in der Kindheit sind. Auf eine Behandlung ohne weitere Substitution können sich diese Menschen nicht einlassen, weil dadurch eine unerträgliche psychische Belastungssituation entstehen würde.

Nach unserer Erfahrung erreichen von Opiaten langzeitabhängige Menschen in vielen Fällen durch unser Angebot mit der stressfreien Verabreichung des Substituts in der Einrichtung erfolgreich die Ziele einer soziotherapeutischen Behandlung.

Es geht nicht nur um die Sicherstellung der Gesundheit, sondern auch und vor allem um das Erreichen und Erhalten einer guten Lebensqualität mit einer möglichst weitreichenden Wiedererlangung der selbständigen Gestaltung des Alltags.

*Norman Mathias Föttsch,
Anke Kirchhof-Knoch
Maximilianshöhe Bayreuth
Jakob-Herz-Str. 3, D-95445 Bayreuth
E-Mail: a.kirchhof-knoch@maxi-bayreuth.de*

Der Mensch im Mittelpunkt der Suchtbehandlung

C. Petschnig-Rauchenwald

Ausgangspunkt für meinen Beitrag zu diesem Kongress war der Wunsch, den Menschen in der Suchtbehandlung in seiner Ganzheit zu betrachten und als Denkanstöße in Form eines Posters fest zu halten und Ihnen näher zu bringen. Ausgehend von gesellschaftlichen Prozessen und der Komplexität der Hilfsstrukturen führt das Poster zu Inhalten von kreativen Techniken der psychotherapeutischen Behandlung. Zum besseren Verständnis wurden einige Darstellungen eingefügt. Im letzten Teil schien es mir wichtig, auf verwandte Wissenschaftsbereiche und Prozessähnlichkeiten hinzuweisen.

Lebenswelten im System der Abhängigkeitserkrankungen

Zwei Grafiken beschreiben diesen Abschnitt. Die erste Grafik zeigt Prozesse im Umgang mit stigmatisierten Personen und ihren Hilffsystemen: Es gibt verschiedenste Möglichkeiten, wie Gruppierungen und Gesellschaftsformen auf „Anders-Sein“ reagieren können. (z. B.: Exklusion, Separation, Integration, Inklusion)

Je fremder die Anliegen einer Kleingruppen in Bezug zu der mehrheitlich vorhandenen Personengruppe sind, desto eher kommen ausschließende Mechanismen zum Tragen. Suchtbehandlung muss also immer auch Öffentlichkeitsarbeit beinhalten.

Struktur der Systeme als zweite Grafik, soll die Komplexität des Umfeldes darstellen, mit dem sowohl die Hilfesuchenden, als auch die Helfer täglich konfrontiert sind. An den jeweiligen Schnittstellen treffen sich die unterschiedlichsten Wünsche von Individuen, Einrichtungen und Organisationen. Es macht deutlich, dass es kaum möglich ist, allen Ansprüchen gerecht zu werden.

Aspekte aus der Psychotherapie und Psychologie

Der Untertitel „Psychotherapie und einige ihrer Hilfsinstrumente zur besseren Übersicht und Strukturierung“ verweist bereits auf die Praxisbezogenheit dieses Abschnittes. Ich wollte einen kurzen Überblick über klassische und kreative Methoden geben, die in der praktischen Arbeit mit Suchtkranken in einer Drogenambulanz zum Einsatz kommen. Einige Elemente sind genauer in meiner Dissertation „Psychotherapie in der ambulanten Entzugs- und Substitutionsbehandlung“ (2003) beschrieben (Genogramm, Säulen der Identität von Petzold, Sucht-Panorama), andere auch in Form von Grafiken am Poster veranschaulicht.

Wesentlich sind für mich aber auch die Grundvoraussetzungen für gelingende Beratung und Psychotherapie - ausgehend vom geschützten Raum, der empathischen Zuwendung, der gleichwertigen Arbeitsebene bis zum zielgerichteten Einsatz der Methoden ohne Drängen und Überforderung.

Ähnlichkeiten von naturwissenschaftlichem Wissen und psychischen Prozessen

Andere Wissenschaftsbereiche liefern wertvolle Erkenntnisse, die in der Behandlung eingesetzt werden können. Die Ergebnisse der neurobiologischen Forschung setze ich oft als Psychoedukation ein, um Mechanismen wie das Belohnungssystem in der Abhängigkeitserkrankung zu erklären. Auch bringen Erkenntnisse über allgemeine Verhaltensmuster Entlastung für die Betroffenen und es können neue Möglichkeiten für Veränderungen im Verhaltensmuster gefunden werden.

Die Chronobiologie hingegen betont unser eingebunden sein in den natürlichen Kreislauf.

Optimierung der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Drugs unter der besonderen Berücksichtigung substituierter Opiatabhängiger

U. Kirchof¹, Dr. M. Hoffmanns-Hohn², S. Hübener³, D. Kroll³, U. Lauinger³,
T. Poehlke⁴, A. Heeke¹

¹AOK NORDWEST, ²KVWL, Allgemeinmediziner³, Psychiatrie und Psychotherapie Münster⁴

Hintergrund

Benzodiazepin- und Z-Drugs-Verordnungen im hausärztlichen Bereich

Die Konfrontation mit der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Drugs in oft langjähriger Dauerverordnung stellt im hausärztlichen Bereich ein Problem dar.

Die niedergelassenen Mediziner stehen im Konfliktfeld zwischen dem die Verordnung fordernden Patienten, den arzneimittelrechtlichen Vorgaben (Zulassung), die in der Regel eine Verordnung auf vier bis acht Wochen beschränken, und den berufsrechtlichen Regelungen, nach denen sie sich bei auffällig großzügiger Verschreibungspraxis – insbesondere auch auf Privatrezept – angreifbar machen.

Komedikation in der Substitution mit dem besonderen Augenvermerk auf Benzodiazepine

Bei der Mehrzahl aller substituierten Opiatabhängigen spielt die Behandlung von komorbiden Krankheitsbildern, besonders der psychischen und somatischen Störungen sowie der Gebrauch von psychotropen Substanzen (z.B. Benzodiazepine) eine große Rolle. Die notwendige Kooperation für eine geeignete Pharmakotherapie der Begleiterkrankungen mit niedergelassenen suchterfahrenen Psychiatern ist besonders außerhalb der Ballungsräume nicht immer realisierbar. Ein weiteres Problem stellt die Fremdmedikation mitbehandelnder Ärzte (z.B. Benzodiazepine oder Z-Drugs) dar.*

Material und Methoden

Routinedaten, d.h. pseudonymisierte Rezeptdaten 2010 und des 1. und 2. Quartals 2011 der Region Westfalen-Lippe aller gesetzlichen Krankenkassen

Arzneimittelanalyse der Benzodiazepin- und Z-Drugs-Verordnungen der Rezeptdaten 2010

Optimierungsprozesse

1. Bildung einer Arbeitsgruppe (4 Suchtmediziner mit jeweils mehr als 100 Substituierten pro Praxis, davon ein Psychiater, jeweils 1 Mitarbeiter der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und der AOK NordWest) zur inhaltlichen Unterstützung der pharmPro®Pharmakotherapieberatungen**, der Arbeit in Qualitätszirkeln und für Anfragen von niedergelassenen Ärzten.

Angebot an die substituierenden niedergelassenen Ärzte in Westfalen-Lippe zu einer individuellen Pharmakotherapieberatung „pharmPRO®“ an Hand der Arzt eigenen Verordnungsdaten mit dem Schwerpunkt „Substitutionsbehandlung und Komedikation“.

Einladung der niedergelassenen Ärzten im hausärztlichen Bereich zu einer individuellen Pharmakotherapieberatung „pharmPRO®“ mit dem Schwerpunktthema: "Benzodiazepin- und Z-Drugs-Verordnungen".

Flankierend zu den spezifischen Beratungsangeboten findet der Arzt umfassende Informationen im Internet: www.kvwl.de/benzodiazepine. Weiter befasst sich ein ausführlicher Artikel im KVWL Pluspunkt, Ausgabe 04/11 mit dem Thema. Parallel dazu erhalten die Versicherten der AOK NW in der Versichertenzeitschrift bleibgesund, Ausgabe 04/11 und im Internet www.aok.de/benzodiazepine Informationen über die Verordnungsfähigkeit von Benzodiazepinen und Z-Drugs.

Ute Kirchof
AOK NordWest
Königswall 25-27, D-44137 Dortmund
E-Mail: Ute.Kirchof@nw.aok.de