

VORTRÄGE

Symposium

Sucht und schwere **Komorbidität**

Alkoholabhängigkeit – internistische Komplikationen

M. V. Singer¹

1 Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg

Es gibt in Deutschland ca. 2,5 Millionen behandlungsbedürftige Alkoholranke sowie mehr als 9 Millionen Menschen mit riskantem Alkoholmissbrauch, welcher mit erheblichen gesundheitlichen und sozialen Folgen für Patienten, Familien und die Gesellschaft einhergeht. Es muss aber nicht immer übermäßiger Alkoholkonsum sein, sondern auch schon moderater (sozialer) Alkoholkonsum kann gesundheitliche Schäden verursachen.

Von allen Patienten, die in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen werden, weisen 29% der Männer und 9% der Frauen eine alkoholassoziierte Erkrankung innerer Organe auf. Bei Alkoholabhängigen, die zur stationären Entwöhnungsbehandlung kommen, leiden sogar bis zu 75% an organischen Alkoholfolgeerkrankungen.

Im *oberen Gastrointestinaltrakt* schädigt Alkohol direkt und konzentrationsabhängig die Schleimhaut der Mundhöhle, des Rachens und des Ösophagus. Darüber hinaus verändert Alkohol die Ösophagusmotilität und kann aufgrund einer Erschlaffung des unteren Ösophagussphinkters eine Refluxösophagitis unterschiedlichen Ausmaßes hervorrufen. Im *Magen* führen vergorene Alkoholika im Gegensatz zu destillierten alkoholischen Getränken zu einer maximalen Magensäuresekretion. Hochprozentige Alkoholika können eine hämorrhagische Gastritis induzieren. Im *Dünndarm* werden neben alkoholinduzierten Schleimhautschäden und Motilitätsstörungen Störungen der Absorption und des Stoffwechsels von Nahrungsbestandteilen beobachtet, was zur Malnutrition bei chronischem Alkoholmissbrauch beitragen kann. Die schwerwiegendste alkoholassoziierte Erkrankung des *Pankreas* stellt die chronische Pankreatitis mit exokriner und endokriner Insuffizienz dar.

Das am häufigsten durch Alkohol geschädigte Organ ist die *Leber*. Das Erkrankungsspektrum reicht von der alkoholinduzierten Fettleber über die Fettleberhepatitis, welche teilweise einen fulminanten Verlauf nehmen kann, bis zur Leberzirrhose mit lebensbedrohlichen Komplikationen wie portaler Hypertension, Ösophagusvarizenblutungen oder hepatischer Enzephalopathie und dem hepatozellulären Karzinom als Spätfolge.

Einen bedeutenden Teil der alkoholinduzierten Erkrankungen nehmen die *Karzinome des Gastrointestinaltrakts*, vor allem des Ösophagus und der Leber, ein. Ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Brust-, Dickdarm- und Pankreaskrebs gilt ebenfalls als sehr wahrscheinlich. Dabei spielt der Ethanolmetabolit Azetaldehyd als Karzinogene eine tragende Rolle.

Das Herzkreislaufsystem ist das einzige Organsystem, bei dem positive Wirkungen durch moderaten Alkoholkonsum nachgewiesen wurden. Dies gilt jedoch nur für einen kleinen Teil der Patienten (kardiovaskuläre Vorerkrankungen, Alter über 50 Jahre).

Zukünftige epidemiologische, klinische wie auch experimentelle Studien werden zu analysieren haben, welche Faktoren der unterschiedlichen individuellen Empfänglichkeit für alkoholinduzierte Organschäden zu Grunde liegen und welche weiteren molekularen Mechanismen auf zellulärer Ebene verantwortlich sind. Da etliche Wirkungen von alkoholischen Getränken auf nicht-alkoholische Begleitstoffe zurückzuführen sind, besteht auf diesem Gebiet noch erheblicher Forschungsbedarf.

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Manfred V. Singer

II. Medizinische Universitätsklinik

Schwerpunkt Gastroenterologie, Hepatologie und Infektionskrankheiten

Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg

Universitätsklinikum Mannheim

Theodor-Kutzer-Ufer 1-3

68135 Mannheim

Alkoholabhängigkeit – Neuropsychiatrische Komplikationen

M. Soyka¹

1 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

Während die klinische und neurobiologische Grundlagenforschung bei Alkoholabhängigkeit im Moment sehr aktiv ist, finden die „klassischen“ neuropsychiatrischen Folgestörungen bei Alkoholabhängigkeit (epileptische Anfälle, das Alkohol-Delir, das Wernicke-Korsakow-Syndrom, Alkoholhalluzinose und Eifersuchtswahn) relativ wenig Beachtung. Häufig wird in den Lehrbüchern hier lapidar auf neurotoxische Schäden des Alkoholismus oder Mangelzustände verwiesen. In Teilbereichen ist die Forschung aber heute schon weiter. Im Vortrag wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten neuropsychiatrischen Folgeschäden bei Alkoholismus gegeben und einige aktuelle Befunde zu Pathophysiologie und Therapie mitgeteilt. Eines der thematisierten Krankheitsbilder betrifft dabei die Alkoholhalluzinose, eine eher seltene Störung, bei denen der Alkoholkranke an akustischen Halluzinationen, gelegentlich auch paranoiden Symptomen oder Bewusstseins- und Orientierungsstörungen leidet. Trotz phänomenologischer Ähnlichkeit besteht offensichtlich keine genetische Verbindung zur Schizophrenie. Kasuistische Beobachtungen aus der Bildgebung haben gezeigt, dass bei Patienten mit Alkoholhalluzinose häufig eine Hypofunktion des Thalamus vorliegt, ähnlich wie bei schizophrenen Erkrankungen. Ein weiterer Schwerpunkt des Vortrages wird das Wernicke-Korsakow-Syndrom sein, für das bislang keine ausreichenden Therapiemöglichkeiten bestehen.

- Preuß UW, Soyka M: Das Wernicke-Korsakow-Syndrom; Klinik, Pathophysiologie und therapeutische Ansätze. Fortschr Neurol Psychiatr 65: 413-420 (1997)
- Soyka M, Koch W, Tatsch K: Thalamic hypofunction in alcohol hallucinosis: FDG PET findings. Psychiatry Res Neuroimaging 30: 259-262 (2005).
- Soyka M: Alkoholhalluzinose und Eifersuchtswahn. Fortschr Neurol Psychiatr (in Druck)

Prof. Dr. med. Michael Soyka

*Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München
Nußbaumstr. 7
80336 München*

Infektiöse Erkrankungen (HIV, HCV, HBV)

W. Jilg¹

1 Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Regensburg

Prof. Dr. Wolfgang Jilg

*Institut für Medizinische Mikrobiologie
und Hygiene der Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg*

Drogenabhängigkeit und Psychose

K. Heekeren¹

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität zu Köln

In den letzten Jahren hat die Prävalenz von Suchterkrankungen bei jungen Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis deutlich zugenommen. Diese hohe Komorbidität kann auf biologische, psychologische und soziale Faktoren zurückgeführt werden, die wiederum miteinander interagieren können. Die komorbiden Patienten haben überwiegend eine schlechte Compliance und einen ungünstigen Verlauf ihrer Psychose mit häufigen Rezidiven und stationären Aufenthalten. Zur Behandlung dieser Patientengruppe hat es sich als sinnvoll erwiesen, Ansätze aus der psychiatrischen Krankenversorgung schizophrener Patienten und der Suchttherapie zu kombinieren. Therapiekonzepte, die beide Störungen zeitlich parallel und in einem Setting behandeln, sind einer sequentiellen Behandlung überlegen. Integrierte Behandlungsmodelle kombinieren Pharmakotherapie, Motivationsbehandlung, Psychoedukation, kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und Familieninterventionen. Durch ein niederschwelliges, schwerpunktmäßig ambulantes, abstinenzorientiertes aber nicht abstinenzforderndes Behandlungsprogramm wird versucht, diese Patientengruppe zu erreichen.

Dr. Karsten Heekeren

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universität zu Köln

Experimentelle Psychiatrie

Kerpener Str. 62

D-50924 Köln

Tel.: 0221 / 478-87114

Email: karsten.heekeren@uk-koeln.de

Cannabisabhängigkeit: Prädiktoren, Komorbidität und Therapie

U. Schneider¹

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhaus Lübbecke

Professor Dr. Hans Udo Schneider

Klinik f. Psychiatrie u Psychotherapie

Virchowstr. 65

32312 Lübbecke

Symposium

Qualität und **Individualität in der** **Suchtmedizin**

Qualität und Individualität – Klärung der Begrifflichkeiten

K.-H. Wehkamp¹

1 Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg

*Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp
Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Hamburg, Studiengang Gesundheit/Public Health
Lohbrügger Kirchstraße 65
21033 Hamburg
E-Mail: Karl.Wehkamp@t-online.de*

Ärztliche Handlungsfreiheit und evidenzbasierte Medizin

W. Dresch¹

1 Hausarzt, Köln

In der Ärztezeitung vom 27. Juli 2005 sind unter der Überschrift: „*Ein bisschen Wein scheint den Nieren gut zu tun*“ Daten der „Physicians`Health Study“ (PHS) veröffentlicht worden, die von mehr als 11.000 Ärzten über 14 Jahre erhoben wurden.

Diese Ergebnisse sind gleichzeitig auch über die dpa an unsere Patienten verbreitet worden:

„Bei Männern mit sieben Drinks pro Woche lag das Risiko, an erhöhten Kreatinin-Werten zu leiden, um 30% niedriger als beispielsweise bei Abstinenzlern“, sagt Studienautorin Elke SCHAEFFNER von der Charité`Klinik für Nephrologie. Dieses Ergebnis sei statistisch bedeutsam...

Der Patient wird aus den Daten dieser dpa-Meldung zu Rückschlüssen auf sein Verhalten verleitet, die nicht begründet sind, denn er wird bei fast jedem Dritten Teilnehmer dieser Studie einen positiven Effekt auf die Nierenfunktion durch sieben Drinks pro Woche vermuten.

Aus den Unterlagen dieser dpa-Meldung kann er nämlich nicht ersehen, dass dieser positive Effekt nur bei jedem 100ten nach über 14 Jahren aufgetreten ist und dass durch nichts bewiesen ist, dass hier ein alkoholspezifischer lebensverlängernder Effekt nachgewiesen wurde.

Und die Tatsache, dass es Ärzte gibt, die ohne gesundheitliche Schäden über sieben Drinks pro Woche konsumieren können, dürfte kaum eine Pressemeldung wert sein.

Durch eine kurze Analyse solcher Meldungen nach den Regeln der EbM stellt sich oft heraus, dass Ergebnisse von angeblich nach den höchsten wissenschaftlichen Kriterien hergestellten Studienergebnissen oft kaum Relevanz für den alltäglichen Alltag haben, während die angeblich so unwissenschaftlich entstandenen Einzelfallbeobachtungen unsere ärztlichen Entscheidungen unterstützen können, besonders wenn sie offen mit Kollegen besprochen worden sind.

*Dr. med. Walter Dresch
Facharzt für Allgemein- und Arbeitsmedizin
Tauchmedizin, Psychosomatische Grundversorgung
Suchtärztliche Grundversorgung
Steinstraße 12
50676 Köln
Tel.: 0221/314050
Fax: 0221/325117
walter.dresch@dr-dresch.de*

Umsetzung in der ärztlichen Praxis

U. Schwantes¹

1 Medz. Fakultät der Humboldt-Universität, Campus Charité Mitte

*Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes
Medz. Fakultät der Humboldt-Universität
Campus Charité Mitte
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin*

Erfahrungen aus Patientensicht

D. Schäffer¹

1 JES-Netzwerk, Junkies, Ehemalige, Substituierte

*Dirk Schäffer
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin
Email: dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de*

Symposium

Versorgung und Kooperationsformen

Versorgungsqualität von Patienten mit Sucht und psychischer Komorbidität

K. Behrendt¹

1 Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Klinikum Nord Ochsenzoll, Hamburg

Der Begriff Comorbidität umfasst ein Spektrum von bis zu mehreren Millionen Betroffener, so dass es erforderlich ist zunächst den Versorgungsbedarf Suchtkranker mit zusätzlichen psychischen Störungen zu definieren. Diese Definition wird in dem Vortrag versucht. Die grundsätzliche Erkenntnis geht dahin, dass Angebote in struktureller Hinsicht in der Bundesrepublik Deutschland bisher ambulant, stationär und komplementär in gerade zu vernachlässigbar geringem Ausmaß vorgehalten werden. Nachdem das Thema inzwischen seit weit mehr als 10 Jahren im Blickpunkt der Fachöffentlichkeit ist, gibt es zwar immer noch keine relevanten gesundheitspolitischen Bestrebungen diese strukturellen Defizite abzubauen, immerhin versuchen aber die Leistungsanbieter, ihre Angebote vereinzelt auf diese Problemgruppe einzustellen. Mehrheitlich werden diese Patienten aber weiterhin im Suchthilfesystem oder im psychiatrisch-psychotherapeutischen System mitversorgt. Diese Versorgung ist umso weniger ausreichend, je ausgeprägter die Symptomatik ist. Deswegen wird im Vortrag weiterhin versucht, den Behandlungsbedarf in inhaltlicher Sicht zu beschreiben und die daraus resultierenden Erfordernisse abzuleiten.

*Dr. med. Klaus Behrendt
Klinikum Nord Ochsenzoll
Chefarzt der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
Email: Klaus.Behrendt@k-nord.lbk-hh.de*

Integrierte Versorgungsprojekte im Suchtbereich: Erfahrungen am Beispiel eines Projektes zum ambulanten Alkoholentzug

M. Schäfer¹

1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin, Kliniken-Essen-Mitte

Der §140 SGB V dient als gesetzliche Vorgabe, um integrierte Versorgungsnetze zu entwickeln und diese direkt mit den Krankenkassen als Kostenträger zu verhandeln. Ziel ist u.a. die Vernetzung von stationären und ambulanten Therapieangeboten, um vorhandene Ressourcen besser zu nutzen und qualitativ hochwertige und trotzdem kostengünstige Behandlungsmodelle zu schaffen. Der Vortrag soll die Rationale und die praktische Struktur eines integrierten Versorgungsvertrages über einen individualisierten, interdisziplinären, qualifizierten ambulanten bzw. teilstationären Alkoholentzug darstellen und im Rahmen der allgemeinen Erfahrungen mit Möglichkeiten der Entwicklung und Umsetzung integrierter Versorgungsmodelle im Suchtbereich diskutieren.

*PD Dr. Martin Schäfer
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin
Kliniken-Essen-Mitte, Ev. Huyssenstift
Henricistr. 92 , 45136 Essen
Tel: 0201-174-2200
Fax: 0201-174-2213
Email: m.schaefer@kliniken-essen-mitte.de*

COBRA

S. M. Apelt¹

1 Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden

*Sabine M. Apelt
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden*

Der Qualifizierte Alkoholentzug: Das Hannoversche integrierte Modell

G. Sander¹

1 Klinikum Wahrenndorff GmbH, Das Fachkrankenhaus für die Seele

Trotz Vorliegens einer detaillierten und fachlich gut fundierten Leitlinie wird der Qualifizierte Alkoholentzug noch nicht ausreichend als Behandlungsangebot vorgehalten. Kliniken halten mancherorts an überlebten Behandlungsritualen fest. In den GKV-Krankenkassen wird häufig fachfrei am Sachbearbeiter-Schreibtisch über Behandlungsdauern entschieden. Das System der privaten Krankenversicherungen beschreibt Abhängigkeit immer noch als selbstverschuldet.

Der Vortrag wird daher zunächst den fachlichen Stellenwert des Qualifizierten Alkoholentzuges in verschiedenen Behandlungssettings aufzeigen. Dann wird unser Modell der Einbindung des QE in ein regionales Versorgungsmodell vorgestellt.

*Dr. med. Greif Sander
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt
Klinikum Wahrenndorff GmbH, Abteilung für Suchtmedizin
Rudolf-Wahrenndorff-Str. 22
31319 Sehnde
Tel.: 05132/902465
Fax: 05132/902459
Email: snader@dgsuchtmedizin.de*

Arbeitskreise

Praktischer Kurs – Akkupunktur in der Suchtmedizin

J. Brack¹, E. Weber Böse¹

1 Klinikum Nord Ochsenzoll, Hamburg

Seit nun fast 8 Jahren setzen wir bei uns im Klinikum Nord/Ochsenzoll in der Alkohol- und Drogenentzugsbehandlung auf allen Stationen und im teilstationären Bereich der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen die Suchtakupunktur als zusätzliche Methode neben der auch weiterhin notwendigen medikamentösen Entzugsbehandlung ein. Vor allem das Krankenpflegepersonal wendet die Suchtakupunktur am Patienten an. Die Patienten müssen vor der Anwendung der Akupunktur einen Aufklärungsbogen unterschreiben, in dem sie über mögliche Nebenwirkungen, die jedoch äußerst gering sind, aufgeklärt und darauf hingewiesen werden, dass es sich dabei um keine schulmedizinische Behandlung handelt. Insgesamt beteiligen sich an unserem Akupunkturangebot 60% der Patienten von den über 2000 jährlich, stationär oder teilstationär behandelten Patienten. In einer Stichprobenbefragung berichteten 88% der Patienten, die sich an der Akupunktur beteiligten, dass ihnen die Akupunktur geholfen habe den Entzug besser zu bewältigen. Die Suchtakupunktur führt zu einer physischen und psychischen Stabilisierung, Entspannung und mehr innerer Ruhe, einem vermindertem Craving und einer verbesserten Schlafregulation. Sicherlich spielt bei der Wirkung der Akupunktur auch das Setting und die intensive Zuwendung, die den Patienten bei der Akupunktur zuteil wird, eine nicht unerhebliche Rolle.

Bei den Patienten kommen die folgenden 5 Ohrakupunkturpunkte, die jeweils an beiden Ohren genadelt werden, zur Anwendung: "Shen-Men - Tor des Geistes" (Wirkung: beruhigend, anxiolytisch, analgetisch, Unruhe dämpfend, Offenheit), Vegetativum (Wirkung: wirkt auf das autonome Nervensystem - Einfluß auf Entzugssymptome, wie Schwitzen, tränende Augen und Darmkrämpfe), Niere (Wirkung: Erhöhung der Grundenergie, anxiolytisch, Ausscheidung toxischer Stoffe), Leber (Wirkung: Ausscheidung von Giftstoffen, emotionale Ausgeglichenheit, harmonisches Zusammenspiel der Körperprozesse) und Lunge (Wirkung: Förderung der Atmung und der Ausscheidung giftiger Substanzen). Zusätzlich wird insbesondere bei starken Schmerzen, der Körperakupunkturpunkt "Dickdarm 4" - 4. Punkt des Dickdarm-Meridians (Wirkung: analgetisch, laxierend) im Handbereich gestochen. Bei hartnäckiger Schlaflosigkeit oder starker innerer Unruhe werden die Kopfkupunkturpunkte "Du Mai 20", verbunden mit den Schlafkranzpunkten (5 Punkte im Bereich der Fontanelle) und der Punkt "Ying-Tang - Punkt der immer währenden Schönheit" (Wirkung: beruhigend, anxiolytisch) genadelt. Alle Körperteile Organe und Funktionen sind am Ohr repräsentiert. Der menschlichen Fötus in seiner intrauterinen Haltung wird dabei auf das Ohr projiziert.

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

Zusammenfassend kann der Einsatz der Akupunktur in der Entzugsbehandlung - ohne ihn als den Königsweg in der Behandlung zu verabsolutieren - als eine effektive und auch kostengünstige Methode weiterempfohlen werden.

Literatur

- Baudis, R. et al: Punkte der Wandlung, Suchtakupunktur nach dem NADA-Protokoll. Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht
- U. Hecker: Ohr-, Schädel-, Mund-, Hand-Akupunktur. 1996 Hippokrates Verlag
- Kaptchuk, Ted J.: Das große Buch der chinesischen Medizin. 1993 Verlag O.W. Barth - Heilkundliches Wissen
- König und Wancura: Einführung in die chinesische Ohrakupunktur
- H. P. Ogal, B. C. Kolster: Ohrakupunktur. 1997 Praxisreihe
- E. Oudemans: Alkohol- und Drogenentzugsbehandlung. 1995 Antilla Fortbildung Berlin.
- Smith MO: Acupuncture treatment for crack: clinical survey of 1.500 patients treated. Am J. acupuncture 1988; 16:241
- K. Strauß und W. Weidig: Akupunktur in der Suchtmedizin. 1997 Hippokrates Verlag Stuttgart.

Internet-Adressen

- www.akupunktur-aktuell.de
- www.ak-ohrakupunktur.de
- www.suchtverlag.de
- www.ohrakupunktur.de

*Dr. med. Jochen Brack, Elvira Weber-Böse
Klinikum Nord/Ochsenzoll
Langenhorner Chaussee 560, Haus 35
22419 Hamburg*

Trainingskurs „Motivierende Gesprächsführung“

G. Kremer¹

1 Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Das von William Miller und Steven Rollnick Ende der 80er Jahre entwickelte "Motivational Interviewing" (MI, deutsch: Motivierende Gesprächsführung) ist ein sowohl klientenzentriertes als auch direktives Verfahren mit dem Ziel der Klärung und ggfs. Stärkung der Eigenmotivation von Menschen, die sich mit einer Änderung problematischer Verhaltensweisen auseinander setzen. Dieser Ansatz ist international und national vor allem in der Suchtbehandlung fest etabliert, wurde aber mittlerweile in verschiedenen angrenzenden Arbeitsfeldern weiter entwickelt (medizinische Versorgung, psychosoziale Arbeitsfelder, Jugendhilfe u.a.).

Die Motivierende Gesprächsführung basiert auf Grundsätzen der Gesprächspsychotherapie, der kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie sowie der Kommunikationspsychologie. Sie betont die persönliche Entscheidungsfähigkeit und geht davon aus, dass Menschen in der Regel gegenüber einer Verhaltensänderung weder motiviert noch unmotiviert sind, sondern ambivalent.

Zur besseren Versorgung von PatientInnen mit problematischem Suchtmittelkonsum, die im medizinischen Versorgungssektor behandelt werden, wurde schon zu Beginn der 90er Jahre das Konzept der Kurzinterventionen entwickelt. Mittlerweile liegen zahlreiche kontrollierte Studien und Meta-Analysen vor, die die Effektivität dieses Ansatzes belegen. Kurzinterventionen bauen v.a. auf dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung auf und stellen eine sinnvolle und effektive Ergänzung etablierter längerer Behandlungsansätze dar. Dies gilt insbesondere für den Bereich alkoholbezogener Störungen. Kurzinterventionen sind kurze (5 - 60 minütige) ein- oder mehrmalige gezielte Gespräche, in denen je nach Bedarf ein Fokus auf motivationale oder pragmatische Aspekte der Veränderung problematischen Suchtmittelkonsums gelegt wird.

In diesem Trainingskurs werden die Grundprinzipien und wesentliche Strategien der motivierenden Gesprächsführung sowie das Konzept der Kurzinterventionen vorgestellt. Gemeinsam mit den TeilnehmerInnen sollen Erfahrungen und Konzepte der Umsetzung in den einzelnen Praxisfeldern erarbeitet bzw. diskutiert und in gezielten praktischen Übungen vertieft werden. Die TeilnehmerInnen sollen lernen, die aktuelle Veränderungsmotivation "ihrer" PatientInnen einzuschätzen und darauf aufbauend angemessen zu intervenieren. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf dem Umgang mit ambivalenten Einstellungen und der Integration von Widerstand.

Empfohlene Literatur

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Lambertus-Verlag. Freiburg i. Br..
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115-124.
- Kremer, G. (2003). Motivational Interviewing als Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen: Stand der Forschung und Praxis. *Suchttherapie*, 4, 125-131.
- Kremer, G. (2002). Motivierende Gesprächsführung und Kurzinterventionen in der ärztlichen Praxis. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 96, 276-280.

Dr. Georg Kremer
Dipl.-Psychologe, Trainer für Motivational Interviewing
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel
Therapeutische Leitung der Abt. f. Abhängigkeitserkrankungen
Remterweg 69/71
33617 Bielefeld
Tel.: 0521 144 3712
Fax: 0521 144 5101
Email: georg.kremer@evkb.de

Chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholranke

K. Bonny¹ / G. Jungbluth¹

1 Fachkrankenhaus Bernburg

Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige sind Patienten, deren chronischer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen führt. Außerdem ist bei dieser Patienten-Gruppe eine überdurchschnittliche bzw. fortschreitende soziale Desintegration deutlich.

In der S4-Gruppe auf der Therapiestation des Fachkrankenhaus Bernburg werden Alkohol-, Medikamenten- und drogenabhängige Patienten behandelt, bei denen anhaltende psychiatrische, neurologische und internistische Begleit- und Folgeerkrankungen vorliegen und bei denen eine erhebliche Rückfallgefahr besteht.

Die Ziele in der Behandlung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen unterscheiden sich teilweise von den Zielen anderer Suchtpatienten. Die Diagnostik und Therapie sämtlicher Folge- und Begleiterkrankungen wird gewährleistet.

Aufgrund der schweren Folgeerkrankungen steht zunächst die Sicherung des Überlebens und die Verhinderung weiterer Folgeschädigungen bzw. die Verschlechterung der Folgeerkrankungen im Vordergrund. Während der Therapie wird für den Patienten eine suchtmittelfreie Umgebung geschaffen, so dass erstmals oder zumindest seit längerer Zeit eine Abstinenzphase oder suchtmittelfreie Periode aufrechterhalten werden kann. Des weiteren wird in den Gruppengesprächen versucht, mit dem Patienten zu erarbeiten, dass der Verzicht auf den Alkohol die gesündeste Lebensform für ihn darstellt und notwendig ist, um nicht weiter unter den schwerwiegenden Folgen des Alkoholkonsums zu leiden. Um die Abstinenz jedoch einhalten zu können, ist es wichtig dem Patienten die Notwendigkeit einer zufriedenen und selbstgestalteten Lebensführung zu erklären.

Um diese Ziele umsetzen zu können, haben sich im Lauf der Zeit verschiedene Therapiebausteine entwickelt. Im Mittelpunkt der Behandlung stehen die Gruppengespräche und das Beüben der kognitiven Fähigkeiten. In den Gruppengesprächen werden verschiedene Themen bearbeitet, die den Patienten zum einen Informationen und Zusammenhänge über ihre Abhängigkeit vermitteln und die sie andererseits dazu befähigen sollen, dass sie eine zufriedene Abstinenz aufrecht erhalten können. Dafür wird mit dem Patienten gemeinsam eine individuelle Nachsorge geplant und es werden Strategien erarbeitet, um einen Rückfall verhindern zu können.

Weitere Therapieelemente setzen sich aus dem Lebenspraktischen Training und der Vermittlung sozialer und medizinischer Informationen zusammen. Außerdem gehen die Patienten zur Ergotherapie und zur Physiotherapie.

Da der langanhaltende Alkoholkonsum bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen geführt und zusätzlich in den meisten Fällen eine überdurchschnittliche soziale Desintegration nach sich gezogen hat, unterscheidet sich die Behandlung dieser Patientengruppe hinsichtlich der Zielstellung und der therapeutischen Gestaltung teilweise von der Behandlung anderer Suchtpatienten.

In dem Workshop werden die Therapieziele, die sich aufgrund der schwerwiegenden Folgeschädigungen ergeben, erläutert und die daraus resultierenden Behandlungsbausteine vorgestellt, die im Fachkrankenhaus Bernburg die Therapie der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen ausmacht. Dabei wird deutlich, dass sich eine Therapie auch bei schwerstabhängigen Patienten lohnt und welche Erfolge erzielt werden können, wenn die Therapieelemente eng mit der individuellen Planung der Nachsorge gekoppelt werden.

Katrin Bonny
Sozialarbeiterin
Salus gGmbH Fachkrankenhaus Bernburg
Olga-Benario-Straße 16-18
06406 Bernburg
Tel: (0 34 71) 3 43
Fax: (0 34 71) 34 42 00
Email über: salus.bernbuurg.jungbluth@t-online.de

Substitution in Haft

S. Mauruschat / B. Knorr²

1 Fachärztin für Allgemeinmedizin, Mitglied der Vertreterversammlung der KV - Nordrhein
2 Bärbel Knorr: Aids Hilfe Berlin initiiert Impfprogramm in den Haftanstalten

Informationspapier für Inhaftierte in Absprache mit den Justizbehörden

Bilanzaufnahme und Umsetzungsmöglichkeiten von Substitution sollen diskutiert werden.
Um Anregungen wird gebeten!

*Frau Sabine Mauruschat
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Mitglied der Vertreterversammlung der KV - Nordrhein
Liegnitzer Str. 9
42277 Wuppertal
Tel: (0 2 02) 66 24 30
Fax: (0 2 02) 66 37 91
Email: 0202703557@t-online.de*

POSTER

Alkohol- & Drogensucht: Risikofaktoren bei Berufsschülern

J. Klopff¹ / C. Weinlich²

in Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt und Landesschulrat Salzburg

1 IFFB Gerichtsmedizin und Forensische Neuropsychiatrie der Universität Salzburg

2 Landesverband für Psychohygiene, Salzburg

In einer Repräsentativerhebung (N=609) an Salzburger Berufsschulen wurde Ende 2003 mittels Online-Fragebogen, der sich an der ESPAD-Studie orientierte, das Konsumverhalten der 15 – 25 jährigen hinsichtlich des Gebrauchs von Alkohol, Drogen und Tabak erfasst. Die erhobenen Prävalenzraten erschienen im Vergleich zu anderen repräsentativen Schulstudien relativ hoch, berücksichtigt man allerdings das Altersspektrum und die Tatsache, dass sich bereits in früheren Studien hohe Konsumraten bei BerufsschülerInnen fanden, so entspricht dies durchaus den Erwartungen.

Der nach Menge, Art und Häufigkeit sehr differenziert erhobene Alkoholkonsum wurde aufgrund der Häufigkeit in den letzten 30 bzw. 7 Tagen den Kategorien „unbedenklich“, „erhöht/regelmäßig“, „problematisch“ zugeordnet. Erwartungsgemäß zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Alkohol- und Nikotinkonsum. Im Hinblick auf den Konsum von illegalen Drogen geben 67% an niemals einen derartigen Konsum betrieben zu haben. Insgesamt steht Cannabis deutlich im Vordergrund, sowohl bei einfachem als auch bei kombiniertem Konsum. Die bevorzugten Kombinationen zu Cannabis sind, neben Alkohol, die halluzinogenen Stoffe (Pilze, Ecstasy). 31% der Probanden geben an, irgendwann zumindest Cannabis probiert zu haben. Konsum von Schnüffelfstoffen wird immerhin von 15% angegeben. Der Ecstasy-Konsum liegt bei über 7%, Drogenpilze bei knapp 9%. Gerne kombiniert wird Alkohol mit Medikamenten (15%) sowie mit Cannabis (24%).

Freizeitaktivitäten in Vereinen bzw. Sport bieten insgesamt weder eine Verführung zu, noch einen Schutz vor erhöhtem Konsum, die Unterschiede zwischen den Gruppen sind als gering zu betrachten. Bezüglich Schulleistungen sind Drogenkonsumenten nur geringfügig schlechtere Schüler, es gibt kaum Unterschiede der Schulleistungen nach dem Schweregrad des Konsums. Deutlich erhöht angegeben werden jedoch Probleme während der Schulzeit von Drogenkonsumenten (Lern- und Konzentrationsprobleme, Leistungsstörungen, Schulangst, Schuleschwänzen, Klassenwiederholungen, Schulwechsel, Abbrüche). Dies korreliert auch signifikant mit dem Schweregrad des Konsums. Ein durchschnittlicher Wohlstand des Elternhauses bietet den besten Schutz gegen Drogenkonsum. Drogenkonsumenten geben überproportional einen unter- bzw. überdurchschnittlichen Wohlstand des Elternhauses an. Zur Wohnsituation ist anzumerken, dass Drogenkonsumenten mit steigendem Schweregrad alleine oder außerhalb der Familie leben.

Drogenkonsumenten geben auch deutlich vermehrt Probleme (Konflikte) während der Pubertät an. Es gibt weiters deutliche Zusammenhänge des Drogenkonsums mit besonderen Belastungen und negativen Erlebnissen in der Kindheit. Zusammenhänge liegen auch vor mit Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch in der eigenen Herkunftsfamilie, mit psychischen Erkrankungen und auch mit suizidalen Komplikationen im eigenen Familienkreis. Drogenkonsumenten sind aufgrund ihrer Persönlichkeit auch deutlich risikobereiter als Nichtkonsumenten. Der Einstieg zum Alkohol- und/oder Drogenkonsum erfolgt bereits im Alter zwischen 13 und 14 Jahren mit Bier und Zigaretten. Das durchschnittliche Einstiegsalter mit Cannabis liegt bei ca. 15 Jahren. Die Konsumenten illegaler Drogen sind bei fast allen Aktivitäten deutlich jünger (Frühstarter).

13% der Befragten geben neben einem problematischen Alkoholkonsum zusätzlich einen Drogenkonsum an. 11% der Befragten glauben psychische Probleme zu haben, der Großteil davon (43%) ist dabei der Gruppe des kombinierten Alkohol- und Drogenkonsums zuzuordnen. Von den Befragten, die eine psychische Problematik angeben, befinden oder befanden sich lediglich 13% in professioneller Behandlung.

Univ. Ass. Dr. Johannes Klopf

Interfakultärer Fachbereich für Gerichtsmedizin & Forensische Neuropsychiatrie

5020 Salzburg, Ignaz-Harrerstraße 79

Tel.: +0043/(0)662/8044-3853

Fax: +0043/(0)662/8044-3861

Johannes.klopf@sbg.ac.at

Sucht und ADHS im Jugendalter

C. Möller¹

1 Teen Spirit Island

Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Kardinalsymptome sind Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizite und eine Impulskontrollstörung. Die Symptome müssen im Verhältnis zum Alter und der Intelligenz ausgeprägt sein, situationsübergreifend in Familie, Kindergarten oder Schule auftreten, vor dem 6. Lebensjahr beginnen und andauernd sein, d.h. >1/2 Jahr anhalten.

Ein Kernproblem von ADHS ist eine Entwicklungsverzögerung, sowie eine Störung der Impuls- und Selbstkontrolle. In Bezug auf die zeitliche Dimension, sind diese Kinder und Jugendlichen „kurz-sichtig“, sie leben ganz im Hier und Jetzt. Die Fähigkeit, ihr Verhalten mit Blick auf die Zukunft und folgende Konsequenzen zu regulieren, ist eingeschränkt. (Barkley 2002) Ätiologie: Es wird eine multifaktorielle Genese angenommen, wobei eine genetische Disposition für Hirnorganische Veränderungen entscheidend zu sein scheint, welche die frontokortikale Inhibitionsfähigkeit und die exekutiven Funktionen beeinträchtigen. Es finden sich Veränderungen des Neurotransmitterstoffwechsels, v.a. Dopamin und Noradrenalin. Die psychosozialen Bedingungen scheinen v.a. die Ausprägung und den Verlauf zu beeinflussen.

Epidemiologie: ADHS lässt sich bei 3-6% der Kinder zwischen 4-16 Jahre finden. Die Symptomatik persistiert bei ca. 75% bis ins Jugendalter und bei 50% bis ins Erwachsenenalter.

Sucht und ADHS

Der Zusammenhang zwischen Sucht und ADHS ist letztlich unklar. Bei Jugendlichen mit ADHS finden sich bei 1/3 Anzeichen eines Drogenmissbrauchs oder einer Abhängigkeit. Das Risiko eine Suchtstörung zu entwickeln, ist bei ADHS um das zwei- bis dreifache erhöht. Existiert neben dem ADHS noch eine Störung des Sozialverhaltens, ist das Risiko noch höher. Bei Jugendlichen mit ADHS beginnt der Drogenmissbrauch früher und der Verlauf ist schwerer und länger. Lebensgeschichtlich tritt ADHS vor der Sucht auf. Eine genetische Grundlage und familiäre Einflussfaktoren, scheinen für beide Störungen relevant zu sein. Kinder und Jugendliche mit ADHS erfüllen häufig die Erwartungen ihrer Umwelt nicht. Es kommt zu Abwertungen, Ausgrenzungen, wenig Akzeptanz bei den Gleichaltrigen und in der Folge zu Frustration, mangelndem Selbstwertgefühl und einer Verstärkung komorbider Symptome. Durch den Konsum von Drogen finden die Jugendlichen Akzeptanz in der Gruppe der Konsumenten. Unruhe, Angst, Aggressivität und depressive Symptome werden durch den Konsum von z.B. Cannabis subjektiv gemindert. Die durch die ADHS Symptomatik verstärkt erfahrene Ausgrenzung, Abwertung, etc. kann mit Hilfe der Drogen im Sinne einer Selbstmedikation zumindest vorübergehend gelindert werden. (Wilens 2004) Die Hauptdroge ist Cannabis. Amphetamine und Kokain werden nicht ungleich häufiger von Jugendlichen mit ADHS konsumiert.

Sucht, ADHS und Medikation

Stimulanzien, wie z.B. Methylphenidat, zeigen eine gute Wirkung bei ADHS. Ein direkter Effekt auf den Substanzmissbrauch konnte nicht nachgewiesen werden. Eine bestehende Suchtproblematik wird durch Stimulanzien nicht verstärkt. Die Behandlung führt bei entsprechender Indikation zu keiner Suchtentwicklung. Das deutlich erhöhte Risiko bei ADHS eine Suchtstörung zu entwickeln, wird durch eine frühzeitige und multimodale Therapie auf das Niveau gesenkt, wie bei Kindern und Jugendlichen ohne ein ADHS. Methylphenidat verursacht bei sachgemäßer Einnahme keinen „kick“, wie andere Stimulanzien oder Kokain. Alternativ können Retardpräparate oder Antidepressiva verordnet werden.

Zur Beurteilung der ADHS Symptomatik, ist eine mindestens einmonatige Drogenabstinenz wünschenswert. Ein ausgeprägter Substanzmissbrauch muss vorrangig behandelt werden, ggf. auch stationär. Ärzte und Therapeuten sollten mit der Drogenproblematik und ADHS vertraut sein. Medikation ist dabei Teil eines multimodalen Therapieansatzes. (Wilens 2004)

Sucht

Auch die Ursache der Sucht ist multifaktoriell. Hier sei auf ein Ergebnis der Adverse Childhood Experience Study (ACE Studie) hingewiesen. Untersucht wurden die Ursachen der zehn häufigsten Todesursachen, u.a. die Sucht. Verglichen wurde der Gesundheitszustand bei Erwachsenen mit belastenden Kindheitserfahrungen. Es zeigte sich, dass der Konsum von Nikotin, Alkohol und intravenösen Drogenkonsum, proportional zu dem Ausmaß negativer Kindheitserfahrungen war. (Felitti 2003)

Zusammenfassung

Bei drogenmissbrauchenden Jugendlichen kann ADHS Teil eines komplexen Krankheitsgeschehens sein, wenn es in der Kindheit nicht frühzeitig erkannt und behandelt wird. ADHS kann in einen Kreislauf der Ausgrenzung und Abwertung führen, wobei Drogen im Sinne eines Selbstheilungsversuches von den Jugendlichen genommen werden.

Literaturverzeichnis

- Barkley R. Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Bern 2002.
- Felitti V. Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenz aus einer Studie zu den belastenden Kindheitserfahrungen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 2003; 52: 547-559.
- Wilens T. Attention-deficit / hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. Psychiatr Clin N Am 2004; 27: 283-301.

Dr. Christoph Möller
Teen Spirit Island
Kinderkrankenhaus auf der Bult,
Janusz Korczak Allee 12
30173 Hannover

Koinfektionen mit Hepatitisviren bei intravenösen Drogengebrauchern

Jens Reimer¹, Juergen Lorenzen¹, Bernhard Baetz², Markus Backmund³,
Christian Haasen¹

¹Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universität Hamburg

²Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gütersloh

³Abteilung für Suchtmedizin, Krankenhaus München Schwabing

Während Infektionen mit dem Hepatitis B Virus (HBV) und Hepatitis C Virus (HCV) bei intravenös Drogenabhängigen relativ umfangreich untersucht wurden, standen Infektionen mit dem Hepatitis A Virus (HAV) und Mehrfachinfektionen häufig im Hintergrund. In dieser Studie wurden die Serologien für HAV, HBV und HCV sowie soziodemographische und drogenassoziierte Daten bei zur Opiatentgiftung aufgenommenen Patienten (n=1512) untersucht. HAV-Antikörper waren bei 57,7%, HBV-Antikörper (anti-HBc) bei 53,0% und HCV-Antikörper bei 75,0% der Patienten. Bei 11,2% der Patienten war kein Hepatitis Marker positiv, ein positiver Marker war bei 24,7% der Patienten zu finden, zwei positive Marker bei 31,2%, und drei positive Marker bei 32,9%. Bei Patienten mit einem positiven Marker hatten 58,8% Kontakt mit HCV und 27,0% mit HAV. Bei Patienten mit zwei positiven Markern waren 46,7% positiv für HAV/HCV und 41,8% für HBV/HCV. Die Varianzanalyse legt nahe, dass die Präsenz von HAV Antikörpern mit einer niedrigeren Anzahl von Rehabilitationsbehandlungen einhergeht. Die Präsenz von HBV- und HCV-Antikörpern ist assoziiert mit höherem Alter, längerer Dauer von (intravenösem) Heroinkonsum und einer höheren Anzahl von Rehabilitationsbehandlungen.

Koinfektionen mit Hepatitisviren, auch unter Berücksichtigung von HAV, stellen eine relevante Komplikation des intravenösen Drogengebrauches dar, obwohl HAV nicht zwingend die gleichen Übertragungswege besitzt wie HBV und HCV. Die Daten unterstreichen die Notwendigkeit szenenaher Impfprogramme. Primärpräventive Maßnahmen sollten zeitlich vor oder zu Beginn der Drogenkarriere implementiert werden. Epidemiologie und Übertragungswege des HAV bei intravenös Drogenabhängigen sollten in Zukunft stärker in den Focus der Forschung genommen werden.

Drogenabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen – Unter besonderer Berücksichtigung der Lebensgeschichte und Behandlungsmöglichkeiten

C. Schoor¹ / C. Möller¹

1 Teen Spirit Island

Zusammenfassung

Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen ist ein zunehmendes Problem. Das Einstiegsalter sinkt. Betroffene Jugendliche waren in der Kindheit häufig äußeren und inneren Belastungen ausgesetzt. Frühe Bindungs- und Beziehungsstörungen finden sich in der Vorgeschichte. Seelische Fehlentwicklungen und Störungen können die Folge sein. Häufig werden die Drogen als Selbstmedikation eingesetzt, um seelische Schmerzen und Nöte nicht so deutlich wahrnehmen zu müssen. Seit 1999 haben wir im Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover, mit der Therapiestation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche Teen Spirit Island ein spezielles therapeutisches Angebot für diese Altersgruppe entwickelt.

Lebensgeschichte, Delinquenz, Komorbidität, Drogenmissbrauch

Drogen, Alkohol, Gewalt und selbstverletzendes Verhalten sind als primäre Regulatoren (bei mangelhafter Selbstregulation) und Organisatoren von Identität anzusehen. Die Adoleszenz ist eine Zeit des Umbruchs. Die Einheit von Denken, Fühlen und Handeln zerbricht. Vertrautes wird in Frage gestellt. Ein Experimentieren mit und ein Spiel an Grenzen charakterisiert diesen Lebensabschnitt. So stellt die Adoleszenz eine mögliche Bruchstelle in der Entwicklung dar. Drogen, Alkohol, Gewalt, Kriminalität und selbstschädigende Verhaltensweisen sind Irrwege und Auswege dieser Lebensphase, die bei inneren und äußeren Belastungen auftreten, die nicht anders bewältigt werden können. Größenvorstellungen in der Adoleszenz sind nichts Außergewöhnliches. Sie sind sogar wichtig als „Entwicklungsprogramm“ zum Großwerden. Es besteht jedoch die Gefahr der Verwirklichung einer immensen destruktiven-narzisstischen Größenfantasie. Oft handelt es sich hierbei um Jugendliche, bei denen komplexe psychische, interpersonelle und soziale Beeinträchtigungen vorliegen, Jugendliche mit Grenzenstörungen, die auch als Frühstörungen, ich-strukturelle Störungen, komplexe neurotische Entwicklungsstörungen, Borderline-Störungen oder chronische und komplexe PTSD bezeichnet werden (Streek-Fischer 2005). Bei drogenabhängigen Jugendlichen finden sich häufig komorbide Störungen des Sozialverhaltens (28-62%) und depressive Störungen (16-61%). Weitere, gehäuft auftretende Komorbiditäten sind Angststörungen, sozialphobische Störungen, Essstörungen (v.a. Bulimie) und schizophrene Psychosen (Thomasius 2005). In der Adverse Childhood Experience Study (ACE-Studie) wurden die Gründe für die zehn häufigsten Todesursachen u.a. die Sucht an 17.000 Erwachsenen der amerikanischen Mittelschicht untersucht. Verglichen wurden belastende Kindheitserfahrungen mit dem Gesundheitszustand von Erwachsenen. Es zeigte sich, dass der süchtige Konsum von Nikotin, Alkohol und i.v. Konsum proportional zu dem Ausmaß der belastenden Kindheitserfahrungen steht (Felitti 2003). Ein Großteil der drogenmissbrauchenden Jugendlichen stellt den Drogenmissbrauch nach einer Zeit des Experimentierens und Ausprobierens wieder ein (ca. 90%). Treffen früher Drogenmissbrauch und belastende Kindheitserfahrungen zusammen, hat man es mit einer Hochrisikogruppe zu tun, die droht in einen anhaltenden Drogenmissbrauch und Abhängigkeit überzugehen (Thomasius 2005).

Behandlung

Die Schnittstellenproblematik der herkömmlichen Drogenhilfe ist mit einer hohen Rückfallquote belastet. Früh traumatisierte Jugendliche erleben hier wiederholte Beziehungsbrüche, wie sie dies aus ihrer Lebensgeschichte kennen. Auf der Therapiestation Teen Spirit Island haben wir ein Konzept entwickelt, mit maximaler Beziehungskonstanz, von der Aufnahme- und Aufnahmephase (Entzug und Motivationsarbeit) über die Behandlung der zugrundeliegenden Störung und Aufarbeiten der Lebensgeschichte, bis zur Jugendhilfe und integrierter Nachsorge. Gerade früh traumatisierte Jugendliche bedürfen dieser Anbindung an ein beständiges, konstantes Beziehungsangebot. Um längerfristig ohne Drogen leben zu können, ist eine Behandlung der Grundstörung notwendig. In einem zweiphasigen Behandlungsangebot, bieten wir neben der qualifizierten Entgiftung eine längerfristige kinder- und jugendpsychiatrische / psychotherapeutische Therapie an. Wir arbeiten in enger Kooperation mit einer Drogenberatungsstelle und einer Jugendhilfeeinrichtung, so dass wir eine hohe Beziehungskonstanz von der ambulanten Phase, über die stationäre Therapie, bis zur ambulanten und stationären Nachbetreuung anbieten können (Möller 2003). Allgemeine Therapieziele sind, das Schaffen von „Räumen der Entfaltung“ und eine „Ich-Ziel-Verankerung“ beim Jugendlichen zu fördern. Sichere Orte und ausreichend haltende Beziehungen zu entwickeln, sind die ersten Schritte in der stationären Psychotherapie. Die Station ist der Ort, wo nach Bedingungen gesucht wird, die helfen aus Spannungszuständen herauszufinden, Ich-Fähigkeiten zu entwickeln und zu trainieren. Es sollen Kompetenzen entwickelt werden, Symbolisierungsfähigkeiten geschaffen und Sprache statt Handeln verwendet werden. Auf der Station sollten deeskalations-, stabilisierungs- und ressourcenorientierte Interventionen im Vordergrund stehen.

Literatur

- Felitti V. (2003) Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenz aus einer Studie zu den belastenden Kindheitserfahrungen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*; 52: 547-559
- Möller C. (2003) JUGEND SUCHT, Ehemals Drogenabhängige erzählen. *Gesundheitspflege* initiativ, Esslingen
- Streek-Fischer A. (2005) Adoleszenz – Delinquenz, Drogenmissbrauch In: Möller C. (Hrsg.) *Drogenmißbrauch im Jugendalter*. Van & Hoeck Ruprecht, Göttingen: 166-185
- Thomasius R. (2005) Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Möller C. (Hrsg.) *Drogenmißbrauch im Jugendalter*. Van & Hoeck Ruprecht, Göttingen: 13-36.

*Dr. Christian Schoor, Dr. Christoph Möller
Teen Spirit Island
Kinderkrankenhaus auf der Bult,
Janusz Korczak Allee 12
30173 Hannover*

Coabhängiges Verhalten bei Suchttherapeuten – eine empirische Pilotstudie

Ch. Schwejda¹ / A. Meyer¹ / F. Tretter¹

¹ Bezirkskrankenhaus Haar

Einleitung

Ende der 70-er Jahre in den USA wurden erstmals die typischen Entwicklungen von Angehörigen in Familien beschreiben, in denen die Abhängigkeit psychoaktiven Substanzen eine Rolle spielt. Die Mitbetroffenheit der Angehörigen wird dementsprechend als co-dependancy oder Coabhängigkeit genannt. Coabhängiges Verhalten hat zwei Seiten: so unterstützt es einerseits die Sucht, macht ihre Entwicklung oder weitere Entwicklung erst möglich, andererseits leiden die Betroffenen auch selbst unter dem Verhalten des suchtkranken Menschen sowie ihren Versuchen, sich daran anzupassen, denn dabei erfahren sie Störungen und Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen ihres Lebens und ihrer Persönlichkeit.

Aufgrund der klinischen Erfahrungen sind die einzelnen Therapeuten als auch die Teams, die suchtkranke Patienten behandeln, bemüht, den Behandlungsablauf so zu gestalten, dass das Verhalten der Abhängigen mit ihren pathogenethischen Elementen wie z. B. Verleugnung oder Grenzüberschreitung therapeutisch bearbeitet werden kann. Somit unterliegen auch Therapeuten in der Interaktion der Möglichkeit eines coabhängigen Verhaltens. In der ersten empirischen Studie von Martsolf (1998) wurden die bisher bekannten Elemente des coabhängigen Verhaltens in einem Selbstbeurteilungsbogen für Therapeuten zusammengefasst und somit auch der statistischen Beurteilung zugänglich gemacht. Für den deutschen Sprachraum fehlen derartige Studien.

Methodik und Probanden

Für unsere Untersuchung wurde der Fragenbogen (Codependency Assessment Tool, CODAT; nach Huges-Hammer & Martsolf 1998) von uns übersetzt und modifiziert. Der Fragebogen besteht aus fünf Subskalen: Focus auf Andere/Selbst-Vernachlässigung, Selbstwert, Fassade des Helfers, Gesundheitsprobleme und Herkunftsfamilie.

Er wurde an drei unabhängigen Gruppen (Therapeuten, Kontroll-Gruppe und Angehörigen von Suchtpatienten) angewendet.

Ergebnisse

In der Therapeuten-Gruppe (N=74) war die Anzahl der Männer und Frauen annähernd gleich. Die Berufsgruppen sind mit: 40,5% Ärzte, 33,8% Pflegepersonal, 20,3% Sozialpädagogen und 4,1% Psychologen unterschiedlich vertreten. Die meisten Suchttherapeuten waren im stationären Bereich tätig (63,5%) gefolgt vom ambulanten Einrichtungen (20,3%). 25,7% in der Therapeuten-Gruppe hatten selber, oder ihren Angehörigen Suchtprobleme, 17,6% wurden psychiatrisch/psychotherapeutisch vorbehandelt.

Die Auswertung des Summenscores ergab, dass 12,3% der Therapeuten „kein“, 80,7% „minimales“ und 7% „deutliches“ coabhängiges Verhalten zeigt, was mit den Ergebnissen von Martsolf vergleichbar ist. Im Summenscore fanden sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In den Berufsgruppen erreichte die Arzt-Gruppe nicht signifikant höhere Werte in den Subskalen: Selbstwert und Fassade des Helfers. Derzeit erfolgt die Erhebung in der Kontroll- und Angehörigen-Gruppe.

Literatur:

- Martsolf D.S. et al. „Codependency in Male and Female Helping Professionals“ Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XIII No. 2(April), 1999 pp 97-103
- Hughes-Hammer c. et al. „Development and Testing of the Codependency Assessment Tool“. Archives of psychiatric Nursing, Vol.XII, No. 5 1998: pp 264-272

Dr. med. Christoph Schwejda

Oberarzt

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen und Krisen

Krankenhaus Schwabing München

Kölner Platz 1

80804 München

Tel. 089 / 3068 – 5955

Fax: 089 / 3068 – 5997

Email: info.zak@krankenhaus-haar.de

Alkoholabhängige Mütter und ihre Einstellungen zu ihren Kindern. Forschung für die Praxis der Beratung und Behandlung von alkoholabhängigen Müttern

J. Fritz¹

¹ Institut für Suchtforschung(ISFF), Fachhochschule Frankfurt am Main, University of Applied Sciences

Das Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main untersucht im Rahmen des og. Forschungsprojekts (Finanzierung: HMWK) die Gefühle und Einstellungen alkoholabhängiger Mütter. Es handelt sich um eine Erkundungsstudie, in deren Rahmen mit Hilfe eines Fragebogens sowohl alkoholabhängige Mütter in stationärer Therapie als auch nicht-abhängige Mütter (Vergleichsgruppe) befragt wurden.

Hintergrund für diese Studie bildet das Interesse an den Frauen in der Rolle als Mütter, welche Gefühle diese gegenüber ihren Kindern haben, ob Schuld- und Schamgefühle dominieren, ob Verlust- oder Versagensängste relevant sind, wie sich das soziale Netzwerk dieser Frauen gestaltet und ob sie Unterstützung durch ihren Ehemann/ Partner oder auch durch Vertrauenspersonen erhalten.

Erste vorläufige Ergebnisse

Alkoholabhängige Mütter fühlen sich signifikant mehr durch ihre Kinder belastet, außerdem sind sie weniger zufrieden mit ihren Kindern als nicht-abhängige Mütter. Sie haben signifikant mehr Schuldgefühle, sowie stärkere Verlust- und Versagensängste als die Mütter ohne Alkoholabhängigkeit. Das soziale Umfeld stellt die alkoholabhängigen Mütter weniger zufrieden, sie erfahren weniger Unterstützung durch Freunde und Bekannte, ebenso weniger durch ihre Partner bzw. Ehemänner.

Darüber hinaus lassen sich Subgruppen von alkoholabhängigen Müttern identifizieren: Je früher der Einstieg in den Alkoholmissbrauch/die Alkoholabhängigkeit stattfindet (bis 25 Jahre), umso gravierender die Auswirkungen auf die soziale Lage, Partnerbeziehung und die Gefühle gegenüber den Kindern. Viele dieser Frauen sind schon alkoholabhängig, wenn sie schwanger sind oder kleine Kinder haben. Das wirkt sich negativ auf die Mutter-Kind-Beziehung aus; wie die Aussagen zu den Gefühlen gegenüber den Kindern belegen.

Frauen, die nach dem 35. Lebensjahr Alkoholabhängigkeit entwickeln, scheinen dagegen etwas stabiler zu sein. Das könnte damit zusammen hängen, dass die Kinder bei Beginn der Alkoholabhängigkeit bereits in der Pubertät oder aus dem Haus sind. Sie fühlen sich durch ihre Kinder signifikant weniger belastet, als andere alkoholabhängigen Mütter.

Alle alkoholabhängigen Mütter machen Angaben zu starken Schuldgefühlen ihren Kindern gegenüber. Man kann trotz dieser Befunde sagen, dass alkoholabhängige Mütter zufrieden mit ihren Kindern sind; die Antworten liegen im positiven Bereich.

Schlussfolgernd kann benannt werden, dass es deutliche Hinweise auf verschiedene Gruppen alkoholabhängiger Mütter gibt, die sich anhand des Einstiegsalters in die Alkoholabhängigkeit, des sozialen Umfeldes, des Konsumverhaltens, der Gefühle gegenüber Kindern und Partner und auch im Hinblick auf soziale Kontakte unterscheiden lassen und die demzufolge auch unterschiedliche Beratungs- und Behandlungsbedürfnisse aufweisen.

*Institut für Suchtforschung(ISFF)
Fachhochschule Frankfurt am Main
University of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
Besuchsadresse:
Rotlintstr. 45
60318 Frankfurt am Main
Tel: 069 - 1533 3152
Fax: 069 - 1533 3153
Mail: fritz@fb4.fh-frankfurt.de
www.isff.de*

Kurzintervention bei internistischen Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus

M. Müller-Mohnssen¹

1 Stabsstelle Suchtkrankenversorgung der Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg

Ergebnisse und Erfahrungen eines Kooperationsprojekts (KALIMED) zur Früherkennung und Kurzintervention bei internistischen Patienten mit alkoholbezogenen Problemen werden dargestellt. Bei positivem Screening mittels eines Kurzfragebogens erfolgte eine einmalige motivationale Kurzintervention durch geschulte Krankenhausärzte der internistischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder den Projektleiter. Nach 6 Monaten wurde ein Evaluationsfragebogen verschickt.

Probleme bei der Implementierung des Interventionsmoduls und des Erreichungsgrades von Patienten mit alkoholbezogenen Problemen werden in der Auswertung ebenso deutlich gemacht wie die mittelfristigen Wirkungen einer einmaligen motivationalen Intervention bezüglich des Suchtmittelkonsums und der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen im Katamnesezeitraum.

Dipl.-Psych. Michael Müller-Mohnssen

Stabsstelle Suchtkrankenversorgung der Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg

(Strategisches Management, Qualitätsmanagement, Projekte)

Weingartshoferstr. 2

Weissenau

88214 Ravensburg

Tel. +49 (0)751 7601 2465

Fax: +49 (0)751 7601 2706

michael.mueller-mohnssen@zfp-weissenau.de

Abgestuft stationär-tagesklinische Alkohol-Entwöhnungstherapie

J. Podschus¹ / K. Wölfling² / S. Grüßer²

1 Vivantes Entwöhnungsklinik Hellersdorf, Berlin

2 Interdisziplinäre Suchtforschungsgruppe Berlin, Institut für medizinische Psychologie, Charite-Universitätsmedizin Berlin

Anliegen

Die Wirkungen einer 8-wöchigen stationären Entwöhnungstherapie von Alkohol mit einer nachfolgenden 4-wöchigen tagesklinischen Behandlungsphase aufzuzeigen.

Methodik

Bei 60 alkoholabhängigen Patienten wurde die Abstinenzrate nach einem halben Jahr und der Verlauf psychischer Variablen erhoben.

Ergebnisse

75 % der Patienten konnten befragt werden. Hiervon blieben 60 % abstinent. Die Merkmale psychische Belastung, Depressivität und Stressverarbeitung hatten sich zum Ende der Therapie signifikant verbessert und blieben danach über 6 Monate stabil.

Schlussfolgerung

Die abgestuft stationär-tagesklinische Entwöhnungstherapie ist vergleichsweise wirksam und bietet einen niedrigschwelligen Zugang zur Rehabilitation innerhalb des regionalen Suchthilfesystems.

Dr. Jan Podschus

Vivantes Entwöhnungsklinik Hellersdorf

Brebacher Weg 15

12683 Berlin

Telefon: (030) 5680-3660

Fax: (030) 5680-3662

E-mail : jan.podschus@vivantes.de

Vergleich zweier Fragebögen sowie eine Selbsteinschätzung zur Motivation von rauchenden, traumatisierten Patienten in einer chirurgischen Rettungsstelle

E. Weiß-Gerlach¹/ B. Neuner¹/ T. Neumann¹/ G. Siebert²/ C. Spies¹

1 Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité-Mitte, Berlin

2 Institut für Medizinische Biometrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow, Berlin

Hintergrund

Der Konsum von Tabakwaren gilt als das Risikoverhalten mit den deutlichsten Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Die Prävalenz von Substanzmissbrauch bei Patienten einer chirurgischen Rettungsstelle ist hoch. Rettungsstellen bieten sich für die Durchführung von Motivational Interviews im Rahmen von Kurzinterventionen mit dem Ziel einer Reduktion/Abstinenz von Substanzmissbrauch an. Um so effizient wie möglich zu intervenieren, ist es wichtig, das Motivationsstadium des Patienten zur Änderung seines Verhaltens zu kennen. Für diese Messung liegt bisher kein „Gold Standard Survey“ vor.

Methode

Nach Zustimmung der Ethikkommission und schriftlicher Einverständniserklärung beantworteten 183 Raucher zwei Fragebögen - *Änderungsbereitschaft bei Rauchern FÄR* und den *Heidelberger-Anamnesebogen HD-A* zur Erfassung der Motivationslage, beide auf der Grundlage des *Transtheoretischen Modells* basierend. Zudem schätzten sie sich auf einer *Visuellen Analogskala (VAS)* von 1 bis 10 selbst ein.

Ziel

der Untersuchung war es, das Stadium der Veränderungsbereitschaft bei gering traumatisierten jungen Patienten zu evaluieren.

Ergebnisse

Der FÄR ordnete die Patienten wie folgt in die Stadien: 22% Precontemplation (P), 75,4% Contemplation (C) und 12,6% Action (A). Der HD-A nahm folgende Einteilung vor: 52,5% P-Stadium, 24,6% C-Stadium und 23% A-Stadium. Der Weighted-Kappa-Wert von 0,335 zeigt eine sehr geringe Übereinstimmung der Fragebögen an. Auf Grundlage der beiden Fragebögen wurde mit Answer Tree, der Cut off für die Selbsteinschätzung auf der VAS-Skala berechnet. Danach waren 22,4% der Patienten im P-, 50,8% im C- und 26,8% im A-Stadium.

Schlussfolgerung

Das vorliegende Ergebnis verdeutlicht, dass die Selbsteinschätzung des Patienten im Vergleich zu etablierten Fragebögen die Stadienzuordnung effizienter und patientennäher aufzeigt. Vor diesem Hintergrund erscheint es umso wichtiger, die Behandlungsziele im gegenseitigen Einvernehmen zwischen Arzt und Patient (Shared Decision Making) zu vereinbaren und damit die Veränderungsbereitschaft zu erhöhen.

Literatur

- (1) Soderstrom CA, JAMA. 1992; 267:2756-2759.
- (2) D'Onofrio G, Acad Emerg Med. 2002; 9:627-638.
- (3) FERNANDEZ A et al., Atencion Primaria 30 (9) 2002; 541-548.
- (4) WHO Regional Office for Europe (2004): <http://data.euro.who.int/tobacco>.
- (5) Hannover W, et al. (2001): Der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Rauchern (FÄR); in: GLÖCKNER-RIST A et al., Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES).
- (6) DKFZ, Rote Reihe (2000): Tabakprävention und Tabakkontrolle; Band 1: Lindinger P et al., Die Rauchersprechstunde - Beratungskonzept für Gesundheitsberufe; Heidelberg.

Diese Untersuchung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert (BMG 217-43794-5/5)

Dipl. Psych. Edith Weiss-Gerlach
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Schumannstraße 20 / 21
D-10117 Berlin
Email: edith.weiss-gerlach@charite.de

Alkoholkonsum in Methadonsubstitution – keine Suchtverlagerung
*Alcohol Consumption in Methadone Maintenance – No objective Relationship*B. Lieb¹ / M. Specka¹ / I. Sick¹ / U. Bonnet¹ / N. Scherbaum¹¹ Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Rheinische Kliniken Essen, Kliniken der Universität Duisburg-Essen

Die Methadonsubstitution ist eine etablierte Therapie der Opiatabhängigkeit. Hierbei gelingt bei der Mehrheit der Patienten die Reduktion des Heroinkonsums und assoziiertem Risikoverhalten. Allerdings wird kontrovers über den Einfluss der Substitution auf den so genannten „Beigebrauch“ anderer Drogen (d.h. den Konsum anderer Substanzen parallel zur Opiatsubstitutionsbehandlung) diskutiert. So erfüllt ca. ein Drittel aller Substituierten die ICD-10-Kriterien alkoholbezogener Störungen (Alkoholabhängigkeit/-missbrauch). Dies kann als mögliche Suchtverlagerung vom Heroin auf Alkohol interpretiert werden. Ziel unserer Studie war es, die Hypothese der Suchtverlagerung zu prüfen. Dabei wurde der Alkoholkonsum mittels des Addiction Severity Index (ASI), klinischen Daten (AAK-Kontrollwerte) sowie alkoholsensitiver Laborparameter des Routinelabors (GGT, GOT, GPT und MCV) beurteilt. Eingang in die Untersuchungsergebnisse fanden die Daten aller zwischen 1995 bis 2001 substituierten Patienten, welche eine ununterbrochene Therapiespanne von mindestens 12, besser 24 Monaten aufwiesen. Bei diesen Patienten wurden Untersuchungen zum Zeitpunkt t0 (bei Aufnahme), t1 (nach 12 Monaten) und t2 (nach 24 Monaten, wenn vorhanden) miteinander verglichen. Aufgrund von fehlenden Daten mussten von ursprünglich 111 Individuen 23 ausgeschlossen werden. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der von der Auswertung ausgeschlossenen Patienten und der Studienpopulation (n = 88) hinsichtlich Suchtanamnese und soziobiographischer Variablen. Daten von 51 Patienten konnten über den Zeitraum von 12 Monaten, 37 sogar über eine ununterbrochene Therapiezeit von 24 Monaten evaluiert werden.

Wir fanden keinen signifikanten Anstieg von GOT und GPT zwischen den angegebenen Messzeiträumen im Vergleich der Mittelwerte. Beim Vergleich der GGT und des MCV fand sich ein leichter Anstieg über alle Beobachtungszeiträume (MW MCV in fl. \pm SA von t0 bis t1: von $92,2 \pm 3,9$ auf $93,4 \pm 4,6$; von t0 bis t2: von $91,5 \pm 4,4$ auf $92,5 \pm 3,9$; MW GGT in U/l \pm SA von t0 bis t1: von $45,5 \pm 72,1$ auf $74,6 \pm 121,7$; von t0 bis t2: von $47,1 \pm 59,9$ auf $68,3 \pm 100,9$). Angesichts der großen Standardabweichung wurde der Vergleich der Mittelwerte ergänzt um eine Auswertung anhand von Kreuztabellen, um zu prüfen, ob es einen erhöhten Wechsel von Patienten von der Kategorie unauffällige Laborwerte zu auffälligen Laborwerten gab. Hierbei ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei der Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen Kategorien im Zeitverlauf. Dies stützt die These, dass es nicht generell zu einer Suchtverlagerung kam, sondern bei Patienten mit einem vorbestehenden äthyltoxischen Leberschaden eine weitere Verschlechterung der Laborparameter stattfand. Im ASI zeigte sich ein signifikanter Anstieg der Trinktage innerhalb der letzten 30 Tage von 7,6 (t0) auf 12,1 (t1) bzw. 6,2 (t0) auf 13 (t2) unter der Substitution. Eine mögliche Erklärung mag sein, dass die Patienten bei Aufnahme der Substitution den Alkoholkonsum bagatellisiert haben, um ihre Teilnahme nicht zu gefährden. Es wurden keine statistisch-signifikanten Korrelationen zwischen Trinktagen und alkoholsensitiven Laborparametern gefunden.

Zusammenfassend kann aufgrund dieser Verlaufsbeobachtung postuliert werden, dass sich zwar der Alkoholkonsum komorbid-alkoholabhängiger Patienten i.R. einer Opiat-Substitutionstherapie weiter erhöht, sich aber unter den übrigen opiatabhängigen Patienten kein in alkoholsensitiven Laborparametern fassbares Alkoholproblem ausbildet. Die These der Suchtverlagerung unter Methadonsubstitution wurde somit nicht belegt. Auf der anderen Seite stellt die adäquate Behandlung schwer komorbid Alkoholabhängiger Patienten innerhalb der Gruppe der substituierten Opiatabhängigen ein erhebliches Problem und eine noch nicht abschließend beantwortete Herausforderung an die Suchtmedizin dar.

*Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin
Rheinische Kliniken Essen,
Kliniken der Universität Duisburg-Essen
Virchowstr. 174
45 147 Essen
Tel.: 0201 / 7227 - 202
Fax: 0201 / 7227 - 303*

**Ambulante Entwöhnung bei Alkoholabhängigkeit:
Acamprosat und integrative Verhaltenstherapie in der
Kombinationsbehandlung**

N. Frommann¹/ W. Wölwer¹/ W. Burtscheidt¹/ E. Kilgus¹/ S. Halfmann¹/ B.
Weinbrenner¹/ P. Franke¹ / W. Gaebel¹

1 Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

Zur Effektivität niedrigschwelliger, ambulanter Verfahren der Alkoholentwöhnung, insbesondere bezogen auf das deutsche Gesundheitssystem, liegen bislang nur wenige Studien vor, während die Wirksamkeit von Acamprosat wissenschaftlich recht gut belegt ist. Die Kombinationsbehandlung in Form von psychotherapeutischen Verfahren und medikamentöser Behandlung mittels Anti-Craving Substanzen, sowohl bezüglich Acamprosat als auch bezüglich Naltrexon, findet derzeit internationales Forschungsinteresse.

Ziel der derzeit laufenden multizentrischen, prospektiven, randomisierten und hinsichtlich der Medikation doppelblinden Studie „Acamprosat und Integrative Verhaltenstherapie bei der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen“ ist es, die Wirksamkeit der Integrativen Verhaltenstherapie (Burtscheidt 2001) und mögliche Interaktionen mit einer medikamentösen Therapie in Form von Acamprosat zu evaluieren.

In dieser Studie wird zum einen die Durchführbarkeit einer solchen Studie auch unter den Bedingungen des deutschen Versorgungssystems demonstriert. Zum anderen gilt es die Effektivität des ambulanten verhaltenstherapeutischen Therapieprogramms hinsichtlich Abstinenz- und Besserungsrate sowohl unter Acamprosat als auch unter Placebo nach der 6-monatigen Therapiephase über einen Follow-up von weiteren 6 Monaten zu betrachten. Insgesamt werden in 5 Studienzentren 372 Patienten unmittelbar nach der Entgiftung rekrutiert und auf die drei Therapiebedingungen (Integrative Verhaltenstherapie plus Acamprosat vs. Integrative Verhaltenstherapie plus Placebo vs. Supportives Visitengespräch plus Acamprosat) randomisiert. In umfangreichen Begleituntersuchungen werden ferner verschiedene wissenschaftliche Fragen untersucht: neuropsychologische Prädiktoren, psychosoziale Prädiktoren, fMRT zu Korrelaten des Cravings und Benutzung eines Remote Data Entry Systems zählen hier zu.

Aktuell sind 298 Patienten rekrutiert (Stand Juni05). Aufgrund der Verblindung der Medikation können derzeit noch keine Ergebnisse referiert werden. Daten zur Feasibility und u.U. erste Zwischenauswertungen bezüglich der nicht verblindeten Psychotherapiebedingungen sollen vorgestellt werden.

Nicole Fromme

Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf

Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

Email: nicole.frommann@uni-duesseldorf.de

Schwellen und Rituale

Qualitative Untersuchung zu Einstellungen und Selbstverständnis Berliner Allgemeinärzte im Umgang mit riskantem Alkoholkonsum bei Patienten

J. Welke¹

1 Charité Berlin

Einleitung

Riskanter Alkoholkonsum stellt eine erhebliche Quelle vermeidbarer Morbidität in der Bevölkerung dar. Heutzutage geht man davon aus, dass die Gesundheitsschäden durch riskantes Trinkverhalten und auch die Entstehung von Alkoholabhängigkeit vermieden werden können, wenn das problematische Verhalten rechtzeitig erkannt und behandelt wird. „Riskantes“ Trinken ist ein sich noch entwickelndes Konstrukt. Ob dieses Konstrukt hilfreich für die primärärztliche Versorgung ist wurde noch nicht erforscht.

Ziel

Es wird eine Theorie über den Umgang von Allgemeinärzten mit Patienten, die riskant Alkohol konsumieren, entwickelt. Es wird gezeigt, wie Einstellungen und Selbstverständnis der Ärzte ihr Handeln bezogen auf den Alkoholkonsum ihrer Patienten beeinflussen. Der Fokus liegt dabei auf den kommunikativen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit.

Methodik

Es werden Interviews mit Allgemeinärzten im Raum Berlin geführt. Dabei wird offen nach deren Umgang mit Alkohol konsumierenden Patienten gefragt. Konkrete Beispiele werden erfragt, an denen der Arzt seine Vorgehensweise schildern kann. Daran soll erhoben werden, 1) wie der Arzt behandelt, 2) wovon Unterschiede in der Behandlung verschiedener Patienten abhängen, 3) was er bei der Behandlung empfindet, 4) welche Bedeutung dieser Teil seiner Tätigkeit hat und 5) wodurch die Kommunikation zwischen ihm und den Patienten gekennzeichnet ist. Nach dem Interview beantworten die Ärzte einen kurzen anonymen Fragebogen zur Kompetenz im Umgang mit dem Alkoholkonsum der Patienten. Die Auswertung wird nach dem Methoden der Grounded Theory erfolgen. Hierbei werden aus den Interviewtranskripten Hypothesen und Konzepte entwickelt, welche die darin geschilderten Phänomene erklären. Die Erhebung und Auswertung der Daten ist ein iterativer Prozess. Während der Analyse entstehende Fragen bestimmen erneute Datenerhebungen (Theoretical Sampling). Das Besondere dieser Untersuchungsweise ist, dass Hypothesen über Phänomene im Forschungsgebiet Ziel der Untersuchung sind. Anders als üblich sind sie das Produkt und nicht etwa der Ausgangspunkt der Arbeit. Relevante Fragen zum Gegenstand werden nicht im Vorfeld festgelegt sondern während der Analyse entwickelt.

Bisher wurden acht Interviews geführt und ausgewertet.

Ergebnisse

Die Studie ist noch nicht abgeschlossen, so dass die Ergebnisse als vorläufig zu betrachten sind. Es zeigt sich ein breites Spektrum von Themen, die mit dem allgemeinärztlichen Umgang mit riskantem Alkoholkonsum assoziiert sind. Dies liegt vor allem an der erheblichen Variabilität der persönlichen Bewertung des Alkoholkonsums und der Strategien ärztlicher Intervention. Darunter finden sich Konzepte, die zentral erscheinen. Diese betreffen vor allen den Umgang der Ärzte mit der im Interview präsentierten Definition des riskanten Konsums, die Art zu intervenieren (individuelle Schwellen bei Diagnostik und Intervention), sowie die Rolle des ärztlichen Gesprächs (als bestimmendes Element) bei der speziellen Problematik: In der Bewertung und der Intervention im Bereich des riskanten Alkoholkonsums zeigen sich große individuelle Unterschiede zwischen verschiedenen Ärzten. Diese reichen von systematisch angewendeten Screeningmaßnahmen bis zur Einordnung der Problematik außerhalb der allgemeinärztlichen Zuständigkeit. Sowohl der ritualisierte Umgang mit Alkohol in der Gesellschaft, als auch die Trinkgewohnheiten der Patienten, beeinflussen beide die Haltung der Ärzte. Sie tragen so zur Ausbildung dieser Unterschiede bei. Des Weiteren lassen sich Charakteristika der Ärzte, die den Umgang bestimmen, voneinander abgrenzen. Es entsteht ein Set an Fallbeispielen und Gesprächstechniken, anhand derer sich der Umgang exemplarisch darstellen lässt.

Diskussion

Aus den Interviews sind Potentiale und Hürden im Umgang der Ärzte mit riskantem Alkoholkonsum deutlich geworden. Ein Potential ist das Benennen von Kriterien, die eine therapeutische Intervention sinnvoll erscheinen lassen. Außerdem zeigt sich, welche Schwierigkeiten im Kontakt mit den Patienten entstehen und mit welchen Problemen Ärzte konfrontiert sind, wenn sie diese erlernen und durchführen wollen. Die Ergebnisse geben Anregungen zur Gestaltung und Implementierung einer adäquaten primärärztlichen Therapie.

Dr. Justus Welke
Institut für Allgemeinmedizin
Charité
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin
Email: justus.welke@charite.de

Mixgetränke und Jugendkulturen als Bedingung des Exzessivtrinkens bei Kindern und Jugendlichen

M. Pape¹, O. Reis¹, F. Häßler¹

¹ Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Rostock

Untersuchungsgrund

Die Studie exploriert Ursachen für exzessiven Alkoholkonsum (Binge-Drinking) bei Kindern- und Jugendlichen.

Stichprobe

Untersucht wurden Kinder- und Jugendliche (n=48, davon 23 Mädchen, 25 Jungen) im Alter von 10 bis 17 Jahren mit problematischem Alkoholkonsum, insbesondere nach einer akuten Alkoholintoxikation. Das Durchschnittsalter betrug 15,08 Jahre (Standardabweichung = 1,63 Jahre). Die Patienten wurden über das Bundesmodellprojekt Hart am Limit – HaLT erreicht. HaLT ist ein spezielles Hilfsangebot für Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum, insbesondere mit Alkoholvergiftung. Im Raum Rostock und Landkreis Güstrow wird das Bundesmodellprojekt als Spezialsprechstunde umgesetzt. Die intoxikierten Kinder und Jugendlichen wurden im Zeitraum Oktober 2004 bis Juni 2005 noch während ihres Klinikaufenthaltes von der Projektärztin aufgesucht.

Methode

Mit den Kindern und Jugendlichen wurde während des Stationsaufenthaltes ein Kontaktgespräch geführt, währenddessen individuelle Daten zur psychosozialen Situation und den Umständen der Intoxikation erhoben wurden. Grundlage der erhobenen Daten ist der Brückengesprächsbogen für das Bundesmodellprojekt sowie weitere themenbezogene Patienteninformationen aus dem ärztlichen Gespräch. Für die Untersuchung von Alterseffekten wurde die Stichprobe am Median gesplittet. Zusammenhänge zwischen Alter, Geschlecht und abhängigen Variablen wurden mit dem χ^2 Test untersucht.

Hypothesen

- (1) Binge-Drinking bei Kindern und Jugendlichen ist ein Effekt der Einführung alkoholischer Mixgetränke (Alkopops).
- (2) Binge-Drinking ist ein Effekt einer spezifischen Jugendtrinkkultur.

Ergebnisse

Mixgetränke sind nur teilweise verantwortlich für Binge-Drinking. Bei der Hälfte aller Intoxikationen spielten Mixgetränke eine Rolle. Die restlichen Intoxikationen waren auf Destillate, Bier, Wein und Likör ohne die Beteiligung von Mixgetränken zurück zu führen. Das Konsummuster hing weder mit dem Alter noch mit dem Geschlecht der intoxikierten Kinder und Jugendlichen aus den vorläufigen Quellen zusammen.

Spezifische Jugendtrinkkulturen scheinen ebenso von Bedeutung für Binge-Drinking zu sein. Über 90% aller Intoxikationen fanden im Freundeskreis statt. In 67 % der Fälle wurde der Alkohol über Freunde besorgt. Über die Hälfte (58,6 %) aller Intoxikationen fielen auf einen Freitag oder einen Sonnabend. Bevorzugte Trinkorte und -gelegenheiten sind Parties (63,8%), Jugendtreffs oder Kneipen (42,6%), aber auch die eigene Wohnungen (38,3%). Etwa 15 % konsumierten dabei mit Duldung ihrer Eltern.

Die Konsumorte erwiesen sich als weitgehend unabhängig von Alter und Geschlecht der Intoxikierten. Nur Jungen unter 16 Jahren konsumierten überzufällig häufig im Freien ($L=3,967$, $df = 1$, $p = 0,04$).

Manuela Pape
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universität Rostock
Ulmenstr. 44
18057 Rostock
manuela.pape@med.uni-rostock.de

Drogenuntersuchung in Speichelproben – Beigebrauchskontrolle in einer Schwerpunktpraxis für Substitution

G. Möller¹, K. Bauer¹, U. Hönig¹, S. Meyer¹, S. Steinmeyer², A. Manns², D. Baldwin³

1 Gemeinschaftspraxis Allgemeinmedizin – Schwerpunkt Substitution, München

2 Dräger Safety AG & Co.KG aA, Lübeck

3 Cozart Plc, Oxfordshire, Großbritannien

Ziel/Einleitung

Gemäß den aktuellen Richtlinien zur Substitutionsbehandlung müssen unangemeldete stichprobenartige Kontrollen auf Beigebrauch anderer Suchtmittel sowie auf den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Substitutionsmittels durchgeführt werden. Ziel einer hochwertigen qualitativen Diagnostik – inkl. Verfahrenshandhabung und analytische Aussage – ist die unmittelbare Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten beim einzelnen Patienten. Prinzipiell ist das Drogen-Monitoring aus Körperflüssigkeiten wie Blut, Urin, Speichel und Schweiß möglich. Dabei birgt die Beigebrauchskontrolle mittels Urin-Proben Schwierigkeiten. Daher sollten die Einsatzmöglichkeit von Speicheltests als Drogenscreening-Methode unter laufender Substitution im Praxisalltag evaluiert werden.

Methode

Im Rahmen einer multizentrischen Blindstudie wurden randomisiert bei unseren Patienten statt einer Urinkontrolle Speichelprobenahmen und -analysen durchgeführt. Verwendet wurden zwei Systeme: der Dräger DrugTest, der als Substrat 0,2-0,5 ml Speichel aufsaugt, sowie der Cozart RapiScan, dessen aufgenommenen Probenmenge im Mittel 1 ml beträgt. Es handelt sich bei beiden Systemen um einen Immunoassay-Test, der mittels eines elektronischen Auslesegeräts ausgewertet wird. Qualitativ erfasst wurden bei beiden Systemen THC als Hauptinhaltsstoff des Cannabis, Opiate, Kokain/Benzoylcegonin sowie Amphetamin, des Weiteren noch Designer-Amphetamine wie Ecstasy (mit Dräger DrugTest) und Benzodiazepine (mit Cozart RapiScan). Im Anschluss an die Tests wurde die verbleibenden Asservate zu einer quantitativen Bestätigungsanalyse mittels GC-MS (bei den RapiScan-Proben) bzw. GC/MSMS (bei den Dräger DrugTest-Proben) an zwei verschiedene Laboratorien versandt.

Resultate

Nach Aufklärung der Patienten über die Untersuchungsart, akzeptierten die Patienten die Untersuchungsmethode sehr gut. Sowohl Patienten als auch Praxispersonal empfanden die Speicheltestungen als durchweg angenehmer als einen Sichturin. Von Juli 2004 bis Ende März 2005 untersuchten wir insgesamt 1220 gültige Einzelparameter mit den Dräger DrugTest und Cozart RapiScan. Sämtliche Vor-Ort Parameter sind im Labor überprüft worden. Nach Vergleich mit der GC-MSMS bzw. GC-MS ergab sich in Summe für die vier den beiden Systemen gemeinsamen Testparametern THC, OPI, COC, AMP eine Gesamt-Genauigkeit von 93,2%. Die Gesamt-Spezifität betrug 96,9% und die Gesamt-Sensitivität betrug 60,8%. Zur Bestätigung der Ergebnisse für Benzodiazepine mit dem Cozart RapiScan wurden spezifische Mikrotiterplatten eingesetzt. Es ergeben sich folgende Einzelwerte:

	Substanz	Sensitivität	Spezifität	Genauigkeit	PPV	NPV
Speichel Test Verfahren	Opiate (n = 305)	75,0%	96,6%	93,4%	78,6%	95,8%
	Kokain (n = 307)	50,0%	99,7%	97,4%	87,5%	97,7%
	THC (n = 300)	53,8%	94,5%	85,7%	72,9%	88,1%
	Amphetamin (n = 308)	50,0%	96,4%	96,1%	8,3%	99,7%
	Gesamt (n = 1220)	60,8%	96,9%	93,2%	69,1%	95,6%
Zzgl. Test für	Designer-Amphetamine (n = 221)	-/-	100,0%	100,0%	-/-	100,0%
Zzgl. Test für	Benzodiazepine (n = 86)	42,1%	100,0%	74,4%	100,0%	68,6%

Diskussion

Der Eingriff in die Intimsphäre wird von dem Patienten bei einem Speicheltest als deutlich geringer empfunden als bei Sichturinen. Der zeitliche Bedarf für die Probensammlung ist bei den Patienten unterschiedlich und konnte in extremen Fällen bis zu 15 Minuten beanspruchen. Das Probensammeln und die Testauswertung verlaufen hygienisch. Speichel ist prinzipiell jederzeit verfügbar, lange Wartezeiten auf Analysematerial, wie z.B. gelegentlich bei Spontanurin, entfallen. Fehlerquellen und Manipulationsmöglichkeiten bei der Substratgewinnung sind bei Speicheltestungen sehr viel geringer als bei Urintests; der Sammelvorgang ist gut vom Testenden zu kontrollieren, ohne die Intimsphäre des Patienten zu beeinträchtigen. Durch die Verwendung eines elektronischen Auslesegerätes lässt sich das Ergebnis ohne subjektive Einflüsse ablesen, dadurch wird eine Fehlinterpretation vermieden. Sollte das Ergebnis forensische Konsequenzen bedingen (Führerscheinstelle, elterliches Sorgerecht u.a.), lässt sich aus dem gleichzeitig gebildeten Asservat der Speichelprobe eine quantitative Bestätigungsanalyse anfordern. Die Gesamt-Genauigkeit sowie die Genauigkeiten der Einzelsubstanzen sind durchweg als gut zu bewerten. Benzodiazepine, deren Missbrauch und Abhängigkeit mit Abstand an der Spitze des schädlichen Arzneimittelgebrauchs in Deutschland stehen, sind in Speichelproben ebenfalls nachzuweisen. Die sehr hohe Spezifität bei nur mäßiger Sensitivität des Tests basiert auf der eingeschränkten Kreuzreaktivität gegenüber der großen Vielfalt an zugelassenen Benzodiazepin-Wirkstoffen und deren Metabolite.

Schlussfolgerung

Die Testverfahren auf Speichelbasis sind geeignet, mehr Qualität in die medizinische Behandlung zu bringen, da sie vorgegebenen ärztlichen Erfordernissen wie der Beigebrauchskontrolle und deren Dokumentation den – oftmals subjektiven – Möglichkeiten der Patienten viel eher gerecht werden. Die Speicheltestung stellt eine hygienische, einfach zu handhabende Alternative zu gängigen Urinkontrollen dar und kann per EBM abgerechnet werden. Verweigerung der Probengabe oder „nicht können“ treten im Gegensatz zu Probenahmen des Sichturins nicht auf. Die System-Handhabung, automatische Vor-Ort-Dokumentation und die Tatsache der automatischen Asservatbildung für mögliche weitere Untersuchungszwecke ist vorteilhaft. Für einen routinemäßigen Einsatz in der Substitutionsmedizin ist eine Erweiterung des Spektrums nachweisbarer Substanzen – v.a. um EDDP für Methadon, Buprenorphin, Barbiturate und Trizyklische Antidepressiva zu fordern. Eine Verbesserung der Sensitivität ist anzustreben.

COBRA – Substitution in der Routineversorgung: HIV-HCV-Koinfektionsraten

S. M. Apelt¹ / B. Bernert¹ / J. Siegert¹ / H.-U. Wittchen¹

¹ Technische Universität Dresden

Hintergrund

In der Behandlung von HIV-Patienten spielt die Hepatitis-C-Koinfektion eine immer größere Rolle. In Deutschland sind schätzungsweise 15% der 45.000 HIV-Infizierten gleichzeitig mit HCV koinfiziert. Bei Drogenabhängigen liegt die Koinfektionsrate sogar bei bis zu 90%. Der klinische Verlauf einer Hepatitis-C bei HIV-Patienten wird durch die HIV-assoziierte fortschreitende Immunsuppression beschleunigt. Die Betroffenen haben ein deutlich höheres Risiko für die Entwicklung einer Leberzirrhose, einer dekompensierten Lebererkrankung bzw. eines hepatozellulären Karzinoms. Zum Beispiel liegt die Rate der Leberzirrhose bei HIV-HCV-Koinfizierten viermal höher als bei HCV-Monoinfizierten.

Ziel

In diesem Beitrag sollen die Fragen der HIV-HCV-Koinfektionsrate, den damit zusammenhängenden spezifischen körperlichen Erkrankungen und den Unterschieden zwischen den Methadon- und Buprenorphin-Patienten geklärt werden.

Methoden

Die Daten basieren auf der Baselineuntersuchung der COBRA-Studie von insgesamt 2.694 Substitutionspatienten aus 223 Substitutionseinrichtungen. Die diagnostischen Variablen wurden mit standardisierten Arzt- und Patientenfragebögen erhoben. Die Patienten wurden in zwei Gruppen unterteilt, in HCV-monoinfizierte und HCV-HIV-koinfizierte Patienten und nach Alter und Geschlecht stratifiziert.

Ergebnisse

96% der HIV-positiven Patienten sind auch HCV-positiv. Davon sind mehr Frauen sowohl HIV- als auch HCV-positiv. Die koinfizierten Patienten sind im Schnitt geringfügig jünger und erhalten häufiger Methadon als Substitutionsmittel. Koinfizierte Patienten haben häufiger mehrere körperliche und psychische Erkrankungen und sie leiden häufiger an Lebererkrankungen, kardiovaskulären Erkrankungen und pulmonalen Erkrankungen als monoinfizierte HCV-Patienten. Hinsichtlich des EuropASI-Schweregradprofils haben koinfizierte Patienten durchgängig höhere (=schlechtere) Werte. Die Ärzte schätzten insgesamt ein, dass mehr koinfizierten Patienten einen reduzierten oder schlechteren aktuellen Allgemeinzustand hätten.

Diskussion

Die gefundenen Ergebnisse zeigen, dass die koinfizierten Patienten zu einer ausgesprochen stark belasteten Patientengruppe gehören, auf die ein besonderes Augenmerk bei der medizinischen als auch psychosozialen Betreuung gelegt werden sollte.

*Sabine M. Apelt, Beata Bernert, Jens Siegert & Hans-Ulrich Wittchen
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden*

PERMIT – Studie: Psychoeducation Reaches HCV-Infected Methadone/Buprenorphine Substituted Patients in Standard Antiviral Treatment

B. Schulte¹, J. Gölz², M. Backmund³, C. Haasen¹, J. Reimer¹

1 Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universität Hamburg

2 Praxis Kaiserdamm, Berlin

3 Krankenhaus München-Schwabing

Die Durchführbarkeit und Effektivität der antiviralen Hepatitis C Behandlung bei drogenabhängigen Patienten in Substitution wurde in den letzten Jahren durch mehrere Studien gezeigt. Als eine zentrale Bedingung für den Therapieerfolg gilt eine ausreichende Compliance der Patienten. Entsprechend sind therapiebegleitende Interventionen zur Erhöhung der Compliance von hervorgehobener Bedeutung. In der Psychosebehandlung hat sich eine begleitende Psychoedukation als eine effektive Behandlungsoption erwiesen. Als systematisch didaktisch-psychotherapeutische Intervention ist die Psychoedukation dazu geeignet, Patienten über ihre Erkrankung und ihre Behandlung aktiv zu informieren und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern. Die Wirksamkeit der Psychoedukation ist in der Schizophreniebehandlung gut evaluiert. Die Ergebnisse zeigen neben der Rückfallprophylaxe günstige Effekte im krankheitsbezogenen Wissen, in der Compliance und Lebensqualität. Die multizentrische Permit-Studie prüft die Effekte einer standardisierten Psychoedukation auf die Retention von substituierten Drogenabhängigen in der antiviralen HCV-Standardbehandlung. Als Nebenzielkriterien werden die psychische Gesundheit, der suchtmizinische Verlauf sowie die dauerhafte Virusunterdrückung untersucht. Bis Ende 2006 sollen 200 stabil substituierte Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Die Hälfte der Patienten erhält neben der antiviralen Behandlung mit PEG-IFN alpha-2a und Ribavirin eine psychoedukative Begleitung anhand eines standardisierten Manuals. Die Psychoedukation wird in Gruppen von 6-12 Personen durchgeführt und von geschulten Therapeuten geleitet. Je nach Genotyp variiert die Anzahl der Sitzungen entsprechend der antiviralen Behandlungsdauer zwischen 17 Sitzungen für den Genotyp 2/3 bzw. 22 Sitzungen für den Genotyp 1/4. Zu den inhaltlichen Themen der Psychoedukation zählen Infektion/Reinfektion, Krankheitsverlauf, Behandlung und Risiken der chronischen Hepatitis C. Ein weiterer Schwerpunkt thematisiert die individuellen Patientenressourcen zur allgemeinen Gesundheit und dem sozialem Umfeld. Derzeit sind 25 Behandlungszentren an der Permit-Studie beteiligt.

Bernd Schulte

Dipl.PH, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung

Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie

Martinistrasse 52, 20246 Hamburg

Tel.: 040-42803-7906

Fax: 040-42803-8351

Email: b.schulte@uke.uni-hamburg.de

Homepage: <http://www.zis-hamburg.de>

Lichtblicke. Diakonische Suchthilfe

Eine Öffentlichkeitskampagne der Arbeitsgemeinschaft Suchthilfe im Diakonischen Werk in Kurhessen-Waldeck e.V.

„Lichtblicke. Diakonische Suchthilfe“ – unter diesem Titel startete die Arbeitsgemeinschaft im Diakonischen Werk in Kurhessen-Waldeck (AGS-DWKW) im Frühjahr 2001 eine Öffentlichkeits-kampagne. Dr. Martin Hein, Bischof der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck, übernahm die Schirmherrschaft der Kampagne.

Realisiert wurde die Kampagne durch Mittel der Landeskirche von Kurhessen-Waldeck. Die Durchführung der Kampagne wurde durch die tatkräftige Unterstützung des Diakonischen Werkes in Kurhessen-Waldeck ermöglicht. Außerdem war die engagierte Mitarbeit von Selbsthilfegruppen sowie von kirchlich-diakonischen Mitarbeitenden der ambulanten und stationären Einrichtungen bei diversen Veranstaltungen entscheidend für den Erfolg der Kampagne.

Ziele und Zielgruppen

Durch die Lichtblicke-Kampagne sollen die Hilfeangebote diakonischer Suchthilfe bekannter gemacht und „Diakonische Suchthilfe“ zugleich als Markenzeichen etabliert werden. Dementsprechend vielfältig sind die Zielgruppen der Kampagne: politisch Verantwortliche und Kostenträger, Menschen aus Kirche und Diakonie, die breite Öffentlichkeit. Neben der Ansprache von externen Entscheidungsträgern soll Sucht also auch innerhalb von kirchlichen und diakonischen Strukturen zum Thema gemacht werden. Ziel ist die Verbesserung der Kooperation und des Suchthilfenetzes. Um das Tabuthema Sucht allgemein zu überwinden, soll es durch die Kampagne ins Licht gerückt werden.

Inhalte und Materialien

Mit Unterstützung einer Werbefirma wurden zunächst Motive und Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit entwickelt. Später folgte die Internetseite www.diaikonische-suchthilfe.de mit Informationen über die AGS-DWKW-Einrichtungen. Insgesamt wurden acht **Motive** entwickelt. Es gibt sie auf Plakaten unterschiedlicher Größe, auf Postkarten, auf Streichholzschachteln, Aufklebern oder auch in einem Faltblatt zur Diakonischen Suchthilfe sowie auf einigen großen Transparenten.

Kernelemente der Kampagne sind die Schriftzüge „Lichtblicke“ und „Sucht Hilfe“. Letzterer wurde bewusst auseinander geschrieben, um Betroffene direkt und möglichst niedrig schwellig anzusprechen.

Schwarz-Weiß-Fotos von jungen und alten Gesichtern stehen ansonsten im Mittelpunkt. Dabei erscheinen zwei Drittel des jeweiligen Gesichts im Licht, ein Drittel im Schatten. Als **Leitsätze** sind den Gesichtern Ich-Aussagen zugeordnet: z. B. „Ich habe es endlich geschafft“ oder „Ich kann zu meinen Schwächen stehen“.

Leitmotiv ist der Schriftzug „Lichtblicke“, der mit vier **Aussagen** verknüpft wird. Vier **Leitideen** (s. u. kursiv) unterstreichen diese Aussagen auf den Materialien und der Internetseite. Im Faltblatt sind zusätzlich kurze Texte bzw. eine Übersicht der Hilfeangebote enthalten. Nachfolgend in gekürzter Fassung:

- **Lichtblicke. In Gesichtern.**
In jedem Leben gibt es Freud und Leid – gibt es positive und negative Erlebnisse – gibt es Licht und Schatten. *Diakonische Suchthilfe ist da für die, die durch Sucht und Abhängigkeit im Schatten stehen. Diakonische Suchthilfe begleitet den Weg zum Licht.*
- **Lichtblicke. Durch Einblicke.**
Von der Angehörigengruppe über professionelle Beratungsarbeit, Behandlung und Integration ... *„Lichtblicke“ auch für Sie. Für Ihren Kollegen. Für Ihren Nachbarn. Für Ihre Familie.*
- **Lichtblicke. Durch Ausblicke.**
In Selbsthilfegruppen tauschen sich Betroffene und ihre Angehörigen aus ... *Über 140 Gruppen werden so zu Orten, wo Erreichtes reifen kann – zur zufriedenen Abstinenz, zu neuen Zielen. Ein immer neuer Aufbruch – „Lichtblicke“.*
- **Lichtblicke. Durch Einsichten.**
Diakonische Suchthilfe will alle die ansprechen und mit denen ins Gespräch kommen, die Verantwortung in unserem Gemeinwesen übernehmen: Großmutter, Vater, Ehepartner, Chef, Nachbarn, Politiker ... *Diakonische Suchthilfe braucht Sie alle. Dann trägt Diakonie dazu bei, dass unser gemeinsames Leben hoffnungsvoller, lichter wird.*

Die Plakate stellen (wie oben beschrieben) Gesichter dar; der Aufbau der Plakate richtet sich nach dem Schema:

Leitmotiv, Leitsatz und Kampagnenlogo.

Insgesamt gibt es drei unterschiedliche **Motive** auf großen Plakaten (DIN A 0) sowie drei weitere Motive auf kleineren Plakaten.

Dirk Kaliske (Referat Suchthilfe)

Diakonisches Werk in Kurhessen-Waldeck e.V.

Kölnische Straße 136

34119 Kassel

Tel.: 0561/1095-116

Fax: 0561/1095-295

Email: d.kaliske@dwkw.de

