

**Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin**  
(vorm. DGDS) e.V.

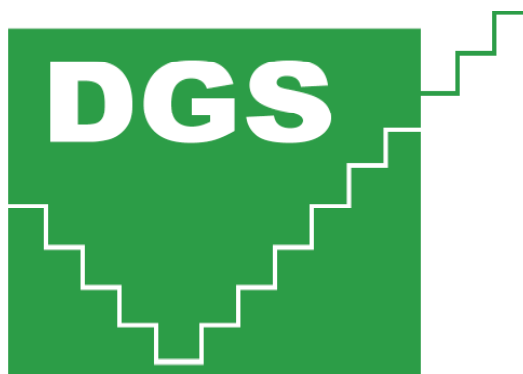
**Abstinenzideal  
und  
Behandlungsrealität**

17. Kongress  
der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

**7. - 9. November 2008 in Berlin**

**ABSTRACTBAND**

Ludwig Erhard Haus  
Fasanenstraße 85 · 10623 Berlin



## Begrüßung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Hauptsymposium unseres diesjährigen Kongresses steht die ewige Grundfrage der Suchtbehandlung im Fokus: Das Verhältnis von Abstinenzideal und den gegebenen Möglichkeiten, in der Behandlungsrealität dieses Ideal zu erreichen.

In der vergleichsweise jungen Geschichte der Suchttherapie und Suchtmedizin schien das Abstinenzideal bis vor ca. 20 Jahren durchgesetzt zu sein, weil Abstinenz fast überall die Voraussetzung für den Zugang zu einer spezifischen Behandlung war. Erst als die Unbehandelten mit ihren Problemen zu einer gesellschaftlichen Bedrohung wurden, wurde diese Voraussetzung aufgegeben zugunsten der Erreichbarkeit der Betroffenen mit niedrighschwelligem Angeboten. Dirk Schwoon haben wir die Aufstellung einer damals neuen und inzwischen unter den Fachleuten weitgehend anerkannten Zielhierarchie zu verdanken, die von der Sicherung des Überlebens ausgeht und dauerhafte Abstinenz als Endpunkt eines langen Prozesses beschreibt.

Dies soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass in der Öffentlichkeit und in der Politik vielfach noch ein wenig reflektiertes Abstinenzideal, jedenfalls für den Umgang mit suchtkranken Menschen, meinungs- und handlungsleitend ist. Mit der Überhöhung des Abstinenzideals zum ideologischen Impetus wurden und werden immer noch wirksame Behandlungsmethoden in Frage gestellt und politisch verhindert.

Schon deswegen hat die rationale Auseinandersetzung unter den Fachleuten zu dieser Fragestellung eine große Bedeutung, weil sie uns hilft, unseren eigenen Standpunkt wieder einmal kritisch zu überprüfen und nicht nur in der politischen Diskussion, der wir uns nicht entziehen dürfen, sondern auch im Umgang mit unseren Patienten differenziert argumentieren zu können.

Deswegen haben wir uns bemüht, Referenten mit jahrzehntelanger Erfahrung aus Suchtforschung, -beratung und -behandlung und aus eigener Betroffenheit zu gewinnen, die uns fundierte Antworten zu dieser Grundfrage aus ihrer Perspektive geben werden.

Die Vorträge auf den beiden weiteren Symposien des Kongresses und verschiedene Themen in den Arbeitskreisen wirken mit ihren speziellen Aspekten ergänzend zur Auseinandersetzung um die Grundsatzfrage, so dass wir begründete Hoffnung haben, Ihnen auch in diesem Jahr einen spannenden Kongress bieten zu können.

Markus Backmund    Klaus Behrendt    Jörg Gölz

---

# Inhaltsverzeichnis

---

## Symposien

### Ökonomie und Recht in der Suchtbehandlung

|   |   |
|---|---|
| Alkoholentzugsbehandlung in der somatischen Medizin<br>T. Neumann | 8 |
| Die ambulante Behandlung der Tabaksucht<br>J. Gölz                | 9 |

### Abstinenzideal und Behandlungsrealität

|   |    |
|---|----|
| Abstinenz als therapeuleitendes Paradigma?<br>A. Uchtenhagen  | 11 |
| Die Vorteile von Abstinenz und Prohibition<br>R. Hüllinghorst | 12 |
| Die Abstinenz in der Psychotherapie Süchtiger<br>W. Burian    | 13 |

### Neurobiologie (Teil A) und Internationale Beobachtungen (Teil B)

|   |    |
|---|----|
| Psychosoziale Diagnostik und Indikation in der Sucht<br>E. Trüg               | 15 |
| Die Sucht im Islam<br>F. Parla  | 15 |
| Suchtmedizinische Behandlungsideale und –realität in Fernost<br>I. I. Michels | 16 |

## Arbeitskreis

|   |    |
|---|----|
| Praktischer Kurs Akupunktur in der Suchtmedizin<br>J. Brack, E. Weber-Böse  | 19 |
| Die Sucht im Alter<br>M. Förster, G. Poppele  | 21 |
| Die Anfänge der Substitution – und heute? (Teil I)<br>A. Ulmer  | 22 |
| Die Anfänge der Substitution – und heute? (Teil II)<br>Drogensersatzbehandlung in der Hausarztpraxis - Ergebnisse und Konsequenzen<br>H.-D. Timmann | 23 |

---

|   |    |
|---|----|
| Suchtmedizin in Haftanstalten<br>B. Knorr, S. Mauruschat, J. Reimer, H. Stöver, P. Wiesner                                      | 23 |
| Akzeptanzorientierte Elternarbeit<br>H. Behle, J. Heimchen, G. Sander   | 24 |
| Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung (Gruppe B)<br>M. Stuppe   | 25 |
| Der alternde Drogenabhängige – Lebensbewältigung in Zufriedenheit<br>K. Bonorden-Kleij, S. Niemann                              | 25 |
| Was ist Psychosoziale Betreuung? – Vorschläge, Beispiele und Diskussionen<br>B. Kukielka, H. Attinger, K. Barth, B. Westermann  | 26 |
| Migrationsspezifische Aspekte der Sucht<br>C. Haasen, H. Heimann, R. Zakhalev   | 27 |
| Zieloffenheit und Selbstkontrolle als Prinzipien einer anderen Raucherentwöhnung –<br>das kontrollierte Rauchen<br>A. Drinkmann | 27 |
| Praktischer Kurs: Ohrakupunktur für Fortgeschrittene<br>E. Weber-Böse   | 28 |
| Harm Reduction und Substitution international: Kurzfilme aus aller Welt<br>H. G. Meyer-Thompson, I. I. Michels                  | 28 |
| Versorgungsprobleme Drogenabhängiger in den neuen Bundesländern<br>K. Schoett   | 29 |
| Mehr als nur Opiate substituieren<br>A. R. Gujer, A. Voellmy  | 30 |
| Tilidin – die neue Modedroge<br>M. Janssen, J. Schaffranek, H. Elsner   | 30 |

## Poster

|   |    |
|---|----|
| Welche Faktoren beeinflussen die Rate an Direktvermittlung in Langzeittherapie<br>im Bereich illegaler Drogen?<br>A. Balke, S. Böttner, C. Wist, L. Skripko, I. Englert, R. Holzbach              | 32 |
| Stationäre Behandlung bei Abhängigkeit von Cannabis, Amphetaminen und Kokain.<br>Nutzen „moderne“ Konsumenten das Suchthilfesystem?<br>I. Englert, R. Holzbach                                    | 33 |
| Komorbidität von Polytoxikomanie und psychiatrischen Begleiterkrankungen<br>Konsequenzen für Therapie im stationären Rahmen<br>S. Böttner, A. Balke, C. Wist, L. Skripko, I. Englert, R. Holzbach | 34 |
| Das Krankheitsparadigma in der Suchtarbeit – Chance oder Fluch?<br>N. Stieber   | 34 |
| „Die betäubte Realität“ – Sucht als Überlebens-Strategie<br>W. Ghedina, P. Oleksy, S. Akkaya, E. Madlung, C. Haring   | 35 |

---

|  |    |
|--|----|
| Vergleich stationäre Therapie versus keine Therapie im Anschluss an eine qualifizierte Entzugsbehandlung<br>M. Backmund, W. Bernhard-Wehmeier _____  | 36 |
| „Auswirkungen unterschiedlich schneller Abdosierungen mit DL-Methadon 1% während der stationären qualifizierten Entzugsbehandlung bei Opioidabhängigen“<br>W. Bernhard-Wehmeier, K. Meyer, M. Backmund _____ | 37 |
| Kontrollierter Konsum illegaler Drogen: Das Programm KISS – Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum<br>GK Quest Akademie, J. Körkel _____   | 38 |
| Die Lungenfunktion bei Rauchern, opiatabhängigen Rauchern und opiatabhängigen Rauchern die Cannabis konsumieren<br>B. Piest _____  | 38 |
| Ein leidenschaftliches Plädoyer für nicht - statistische Analysen - Lernen am Einzelfall<br>A. Ulmer, M. Müller, B. Frietsch _____   | 39 |
| Langzeitbeobachtung der gesundheitlichen Belastungen substituierter Opiatabhängiger<br>D. Gansefort, B. Schulte, E. Neumann, U. Verthein, J. Reimer _____  | 40 |
| Langzeitbehandlung von Alkoholabhängigen mit Opiatagonisten<br>A. Ulmer, M. Müller, B. Frietsch _____  | 41 |
| HCV/HIV-Prävalenz bei opiatabhängigen KlientInnen mit und ohne Migrationshintergrund im ambulanten Suchthilfesystem Hamburg<br><i>K Schnackenberg, B Schulte, C Haasen, U Verthein, J Reimer</i> _____       | 43 |

# Symposien

---

# **Ökonomie und Recht in der Suchtbehandlung**

---

## Alkoholentzugsbehandlung in der somatischen Medizin

*T. Neumann (Berlin), A. Goldmann (Berlin), J.-P. Breuer (Berlin), C. Spies (Berlin)*

Bei ca. jedem 5. Krankenhauspatient besteht ein riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum, bis zu 50 % dieser Patienten sind durch die Entwicklung eines Alkoholentzugssyndroms gefährdet. Auch sind Patienten schon ab einer täglichen Trinkmenge von 60 g Reinalkohol einem 2 bis 5fach erhöhtem Risiko ausgesetzt, z. B. im postoperativen Verlauf eine relevante Komplikation zu erleiden. [z. B. Alkoholentzugssyndrom oder Infektion, (z. B. Pneumonie), Sepsis, Blutung, kardiale Komplikation]. Wegen diagnostischer Besonderheiten ist beim suchtkranken Patienten ein gezieltes diagnostisches Vorgehen erforderlich: Suchtdiagnosen werden öfters entweder erst an Hand von Komplikationen im Verlauf gestellt oder die Intoxikation durch eine schwerwiegende Erkrankung verschleiert (z. B. Schädelhirntrauma und Alkoholintoxikationen, Delir und Thiaminmangel). Ein Missbrauch von mehr als einer Substanz ist häufig. Eine toxikologische Untersuchung ist diagnostisch oft weiterführend. Die Differentialdiagnose des Alkoholentzugssyndroms ist bei intensivmedizinischen Patienten schwierig und darf erst dann gestellt werden, wenn weitere vital bedrohliche Differentialdiagnosen bzw. Komplikationen wie Blutungen, metabolische Entgleisungen, Infektionen, Hypoxie, Schmerzen oder fokale neurologische Symptome ausgeschlossen sind oder behandelt und anamnestisch oder laborchemisch ein Hinweis auf eine Alkoholkrankheit vorliegt.

Metabolische Störungen (z. B. Glucose, Elektrolyte) sollten adäquat therapiert werden, eine Thiamin-substitution sollte zur Prophylaxe der Wernicke-Enzephalopathie erfolgen.

Zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms werden Benzodiazepine als Mittel der ersten Wahl eingesetzt. Als adjuvante Therapie können bei vegetativen Symptomen Clonidin, bei Halluzinationen Haloperidol symptomorientiert verabreicht werden. Diese Medikamente ergänzen sich kausal im Hinblick auf die beim Alkoholentzugssyndrom auftretenden Transmitterimbancen des GABA-ergen (Benzodiazepine, Clomethiazol), dopaminergen (Haloperidol) und noradrenergen Systems (Clonidin). Ein symptomorientiertes Vorgehen im Gegensatz zu einem fixen Behandlungsschema kann die Behandlungszeit, Medikamentenverbrauch und Komplikationen reduzieren.

Das Alkoholentzugssyndrom kann durch eine prophylaktische Behandlung des Patienten verhindert oder in seinem Schweregrad reduziert werden. Der Übergang zwischen Prophylaxe oder Therapie kann fließend sein. Durch Prävention können Intensivbehandlungen vermieden oder verkürzt werden, wenn ausreichende Screeningverfahren und Kurzinterventionen, präoperative Abstinenzintervalle, eine bedarfsangepasste Anaesthesieform, Prophylaxe und Substitution, die Therapie von Komorbidität und vor oder nach einer Operation ein qualifizierter Entzug angeboten wird. So kann eine präoperative Abstinenz von 4 Wochen die postoperative Morbidität nach elektiven Eingriffen verringern. In einer Interventionsstudie konnte gezeigt werden, dass durch eine pharmakologische Intervention mit Morphin, niedrig dosiertem Ethanol und Ketokonazol im Vergleich zu Placebo die bei Alkoholkranken prolongierte Kortisolantwort auf den operativen Stress verhindert und damit die Infektionsinzidenz reduziert werden konnte (Spies et al. Am J Respir Crit Care Med. 2006).

Die frühzeitige Diagnose des chronischen Alkoholmissbrauchs ist wichtig, um ein Alkoholentzugssyndrom vermeiden zu können und beruht auf der Synopsis der Eigen- und Fremdanamnese (inklusive gezielter Evaluation von Substanzgebrauch), körperlicher Untersuchung, alkoholspezifischer Fragebögen sowie Laborwerten. Allgemeines Screening mit Fragebögen (CAGE, AUDIT) bzw. Laborwerten in Hochrisikogruppen haben sich bewährt.

---

*Dr. med. Tim Neumann  
CharitéCentrum 7 für Anästhesiologie,  
OP-Management und Intensivmedizin,  
Kliniken für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin,  
Campus Charité Mitte und Campus Virchow-Klinikum  
CHARITÉ  
Universitätsmedizin Berlin  
Email: [tim.neumann@charite.de](mailto:tim.neumann@charite.de)*

---

## Die ambulante Behandlung der Tabaksucht

*J. Gölz (Berlin)*

In der BRD rauchen 26,7% der über 15 jährigen Zigaretten. 85% von ihnen sind als nikotinabhängig zu qualifizieren. Da der Entzug von Nikotin ohne gefährliche medizinische Effekte abläuft ist die Nikotinentwöhnung eine Domäne der ambulanten Medizin. Obwohl die Abhängigkeit vom Tabaktyp sowohl im DSM als auch im ICD eindeutig als Krankheit definiert sind, wird eine evidenzbasierte Therapie bisher nicht finanziert: Der GBA qualifiziert die medikamentösen Mittel zur Rauchentwöhnung als nicht zu Lasten der Kassen verordnungsfähige Lifestyle-Medikamente. Die Kassen selbst halten die Rauchentwöhnung für eine nebenbei zu erledigende Aufgabeder niedergelassenen Ärzte, die „schon durch die bestehende Pauschalen vergütet wird“. Der Versuch sich vom Nikotin zu entwöhnen ist nicht von mehr Erfolg gekrönt, als die Entwöhnung von Heroin. Die Therapie von Erkrankungen mit wenig Erfolgsaussicht ist bei Ärzten prinzipiell unbeliebt. Zwar halten 90% der Hausärzte die Tabakentwöhnung für ein wichtiges ärztliches Aufgabenfeld, 77% machen aber keine Raucherberatung wegen einer fehlenden Honorierung. Solange also weder erleichternde Medikamente noch zeitaufwendige Therapien von den Kassen nicht bezahlt werden wird sich daran nichts ändern. Wir haben eine groteske Situation: politisch ist ein maximalen Schutz der Nichtraucher vor dem Rauchen durchgesetzt. Gleichzeitig wird durch verschiedene Maßnahmen die Nachfrage nach Tabak stark eingeschränkt. Die Raucher selbst bleiben mit ihrer Abhängigkeit allein.

Soziale, psychologische und neurobiologische Komponenten bestimmen die Nikotinabhängigkeit.

Spontane Versuch der Nikotinentwöhnung sind mit 1-6% nach einem Jahr erfolgreich. Entwöhnungen mit professioneller Hilfe zeigen Abstinenzraten von 20-40% nach einem Jahr. Damit liegt die Erfolgsrate der Nikotinentwöhnung im Bereich der Entwöhnung bei anderen Rauschmitteln.

Es haben sich vor allem Therapieansätze etabliert, die alle drei Gesichtspunkte berücksichtigen. Dies geschieht bei der Kombination aus Verhaltenstherapie, sozialer Unterstützung durch Familie, Freunde und Kollegen und durch die Gabe von Nikotinersatzmitteln oder der Nikotinrezeptorblockade.

Verhaltenstherapeutisch werden motivationsfördernde Maßnahmen kombiniert mit Selbstkontrolltechniken in Risikosituationen und dem Aufbau von Alternativerhalten.

Verschiedene Zubereitungen von Nikotin können ausschleichend zur Milderung der Entzugssymptome angewendet werden. Eine neue medikamentöse Form zur Unterstützung der Abstinenzbemühung ist die Blockade der Nikotinrezeptoren im Gehirn. Der agonistische Effekt der Substanz befriedigt die Empfindungen bei der Nikotinzufuhr. Gleichzeitig sind die Rezeptoren besetzt, so dass der Konsum einer Zigarette weniger Genuss bietet. Eine Fülle anderer Therapieformen (Hypnose, Akupunktur, Autogenes Training und Aversionstherapien) haben sich - sofern überhaupt untersucht - als nicht wirksam erwiesen.

Es bleibt zu hoffen, dass die Übernahme der Therapiekosten bei der Nikotinabhängigkeit nicht ebenso lange dauert wie früher bei der Alkoholabhängigkeit.

---

*Dr. med. Jörg Gölz  
Praxiszentrum Kaiserdamm  
Berlin  
Email: goelz@snafu.de*

# **Abstinenzideal und Behandlungsrealität**

---

## Abstinenz als therapieleitendes Paradigma?

### A. Uchtenhagen (Zürich)

Die Vorstellung von Abstinenz als Therapieziel ist wohl ebenso alt wie die Vorstellung von Sucht als unerwünschtem Verhalten. Man setzt den Beginn dieses Paradigmas beim Amerikaner Benjamin Rush (1772) an, der das Zwangsverhalten und den Kontrollverlust von Alkoholikern als Krankheit beschrieb und als Heilmittel völlige Alkoholabstinenz empfahl. Schon vorher, seit dem 13. Jahrhundert kannte man Trinkverbote, die sich gegen Exzesse richteten und die den unterschiedlichsten moralischen, politischen, ökonomischen Interessen dienten. Auch wenn der Zwang zur Suchtmittelleinnahme bereits Jahrhunderte vorher bekannt war, gab es kein Krankheitsbild Sucht, wohl aber ein ambivalentes Verhältnis zu Rauschmitteln und Rausch. Im Unterschied zu Mäßigkeitsbewegungen, welche seit dem 18. Jahrhundert in USA eine große Rolle spielten und den Ursprung der süchtigen Entgleisung in der Person des Trinkers sahen, erkannte Rush das Suchtpotential des Alkohols und begründete damit die Abstinenzforderung als Therapeutikum.

Die Bedeutung des Abstinenzparadigmas und seiner radikalsten Form einer Prohibition von Suchtmitteln ist kaum zu verstehen, ohne den Hintergrund der zivilisatorischen Entwicklung seit dem Ende des Mittelalters zu berücksichtigen; das Leitmotiv hieß „Rationalisierung der Lebensführung“ (Max Weber). Das Entstehen hoch arbeitsteiliger, leistungsorientierter, auf Innovation bedachter Gesellschaften rückte das Ideal diesseitiger Bewährung durch beruflichen und wirtschaftlichen Erfolg in den Vordergrund. Im Calvinismus war diese Forderung besonders ausgeprägt. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die Forderung nach der Abstinenz aller, nach der Prohibition, insbesondere in USA und dann in England und Skandinavien auf besonders fruchtbaren Boden fiel. Ökonomische Interessen waren dabei ebenso wichtig wie später bei der Aufhebung der Prohibition. Allerdings gab und gibt es in allen Religionen und Weltanschauungen asketische Idealbildungen, in welchen die Überwindung von Lustbefriedigung einen hohen Stellenwert hat. Zwischen einer Hingabe an Lustvolles und einer Disziplinierung des Luststrebens ein erträgliches Gleichgewicht zu finden, bleibt eine der Konstanten im Leben und Zusammenleben, und Angst vor dem Verfallen in Maßlosigkeit bildet den Boden, auf dem lustfeindliche Askese gedeiht.

Die therapeutische Rolle des Abstinenzparadigmas wurde vom Alkohol auch auf andere Suchtmittel übertragen. Eine wachsende Zahl von Selbsthilfeorganisationen ehemals Süchtiger (AA, NA) und ihrer Angehörigen (AlAnon) stützte sich auf dieses Paradigma, ebenso wie Blaukreuzorganisationen, Guttempler sowie weitere Sozialwerke und psychiatrische Behandlungskonzepte. Eine Erweiterung der Konzepte in Richtung auf andere Behandlungsformen entstand in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, im Zusammenhang mit vertiefter Beobachtung und wissenschaftlicher Klärung von Varianten und Verläufen süchtigen Verhaltens. Eine große Rolle spielte dabei die zunehmende Rolle des öffentlichen Gesundheitswesens und einer wirkungsorientierten Gesundheitspolitik. Therapien werden an ihrer Kostenwirksamkeit gemessen.

In der heutigen Therapielandschaft sieht sich die Abstinenzforderung als übergreifendes Behandlungsziel in Frage gestellt. Pleasure management, Risikominimierung, Frühinterventionen ohne Abstinenzgebot, Substitutionstherapien (welche die fehlende eigene Konsumkontrolle durch Fremdkontrolle wettmachen) sind Stichworte zur Diversifizierung. Das übergreifende Therapieziel ist es, die Voraussetzungen für ein sozialverträgliches und subjektiv befriedigendes Leben zu schaffen – mit oder ohne Suchtmittelkonsum. Im Spektrum der Angebote gibt es umschreibbare Indikationskriterien für eine unter Abstinenz durchgeführte Therapie – aber die Abstinenz ist instrumentell und nicht das Endziel selbst. Daran werden auch die „new abstentionists“ (Ashton) nichts wirklich ändern können.

---

*Prof. Dr. Dr. Ambros Uchtenhagen  
Institut für Suchtforschung  
Zürich  
Email: [uchtenhagen@isgf.uzh.ch](mailto:uchtenhagen@isgf.uzh.ch)*

## Die Vorteile von Abstinenz und Prohibition

*R. Hüllinghorst (Hamm)*

### **Vorbemerkung**

Das Thema war zunächst als Arbeitstitel angedacht und steht nun im endgültigen Programm. Im Vortrag wird es sowohl um legale als auch illegale Suchtmittel, um psychotrope Substanzen, gehen. Der Umgang mit diesen Mitteln ist geprägt durch persönliche Entscheidungen (Abstinenz) und durch gesellschaftliche Vereinbarungen (Prohibition).

### **Einführung**

Bei diesem Titel, dem herrschenden Zeitgeist und den öffentlichen Aussagen des einladenden Verbandes muss man entweder sehr mutig – oder sehr naiv - sein, um den Vortrag zu halten. Denn Abstinenz und Prohibition sind normaler Weise Begriffe, mit denen diffamiert und an den Rand gedrängt wird.

### **Über These und Gegenthese zur Synthese**

**These:** Die Menschen entwickeln sich immer weiter. Ihr Entscheidungsspielraum nimmt zu, es sind immer mehr persönliche und immer weniger gesellschaftliche Entscheidungen, die langfristig tragen. Ron Dunselmann weist in seinem Buch „An Stelle des Ich“ unter Bezugnahme auf Rudolf Steiner darauf hin, dass es in absehbarer Zeit nur noch individuelle Entscheidungen geben können. Das beziehe sich auch auf den Umgang mit Suchtmitteln. Dies setzt allerdings voraus, dass die Menschen ihre Selbstbestimmung erkennen, dass sie das notwendige Wissen und die Informationen haben, um eigene Entscheidungen in Freiheit treffen zu können und staatliche Regelungen überflüssig werden.

**Anti-These:** Je leichter ein Suchtmittel verfügbar ist, umso größer sind die damit verbundenen Probleme und Gefahren - individuell und gesellschaftlich.

**Synthese:** Bei aller Freiheit des Individuums gibt es vor dem Hintergrund gefährlicher Substanzen Gruppen in der Gesellschaft, die sich schützen müssen (Abstinenz) oder geschützt werden müssen (Prohibition).

### **Zusammenfassung**

Vor dem Hintergrund der einführenden Thesen wird die aktuelle Suchtmittelpolitik skizziert und bewertet und es werden Perspektiven aufgezeigt.

Dabei reicht das Spektrum vom Tabak (70 % der Deutschen leben tabak-abstinent) über den Alkohol (warum war die Prohibition in Amerika in erster Linie ein Thema der Frauen?) bis zu Cannabis (wie Prohibition in Frage gestellt wird) und Heroin (Abhängigkeit ist Krankheit und keine Lebensstilfrage).

---

*Rolf Hüllinghorst*  
*Geschäftsführer der*  
*Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)*  
*Hamm*  
*Email: huellinghorst@dhs.de*

## Die Abstinenz in der Psychotherapie Süchtiger

*W. Burian*

Es ist Mode geworden die Abstinenzorientierung in der Suchttherapie zu verwerfen und auf die Selbstbestimmung des Menschen zu verweisen. Vor diesem Hintergrund werden kritisch alternative Behandlungsstrategien, vor allem in der Behandlung illegaler Substanzen und der Substitution, erörtert.

Die Psychotherapie Suchtkranker muss ein zentraler Teil jeder Behandlung sein, ohne die die selbstdestruktiven Kräfte des Süchtigen nicht „contained“ und begriffen werden können. Auch hier sind Abstinenz gefragt, sowohl die Abstinenz vom Suchtmittel als auch die wohlwollende Neutralität des Therapeuten. Erst durch diese Haltung des/der BehandlerIn wird es möglich sein die „süchtige Beziehung“ des /der Patientin zu bewältigen und aufzuheben.

---

*Prim. Dr. med. Wilhelm Burian  
Vorstand der Klin. Abt .5 / Drogenabteilung  
Mödling/Austria  
Email: burian@api.or.at*

# **Psychosoziale, neurobiologische und kulturelle Aspekte der Sucht**

---

## **Psychosoziale Diagnostik und Indikation in der Sucht**

*E. Trüg (Hamburg)*

Es wird Bezug genommen auf die besondere Bedeutung der psychosozialen Bedingungen bei der Suchterkrankung und auf die damit verbundenen vielschichtigen diagnostischen Aufklärungsbedarfe. Diagnostische Grundfragen und diagnostische Instrumente und Hilfsmittel werden vorgestellt. Bei der Indikationsstellung wird neben der Expertenmeinung die Wichtigkeit der Patientenperspektive hervorgehoben. Das Spektrum der Zuweisung, inhaltliche und fachfremde Faktoren bei der Indikationsstellung werden benannt. Die Wichtigkeit motivationsfördernder Verfahren und Ressourcenorientierung wird betont.

---

*Dr. phil. Erich Trüg  
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll  
IV. Fachabteilung: Abhängigkeitserkrankungen  
Hamburg  
Email: e.trueg@asklepios.com*

## **Die Sucht im Islam**

*F. Parla (Köln)*

Im Koran findet man eindeutige Suren, die den Konsum von Alkohol verbieten. Trotzdem wird das strikte Alkoholverbot in den verschiedenen islamischen Ländern unterschiedlich restriktiv gehandhabt. In der Türkei wird zum Beispiel in der Öffentlichkeit auch Alkoholkonsum akzeptiert, während er in Saudi-Arabien oder Kuwait strikt verboten ist und bestraft wird. Dagegen gibt es keine Suren; die den Konsum von Opium, Haschisch, Marihuana und ähnlichen berauschenden Mitteln untersagen. Diese Regelungslücke in der heiligen Schrift führt in der islamischen Welt zu einem Anstieg des Konsums dieser Rauschmittel. In der Türkei ist Haschisch die meistverbreitete Droge. Heute sind Tabletten und Schnüffelstoffe an die zweite Stelle gerückt. Im Iran und in Afghanistan ist Opium an erster Stelle der Drogemittel. Auch in der islamischen Welt wird Suchtabhängigkeit inzwischen in der Öffentlichkeit thematisiert und in der Fachwelt als Krankheit akzeptiert und es gibt Bemühungen ein umfassendes Präventions- und Suchthilfesystem aufzubauen.

---

*Dr. Fatma Parla  
Caritas Köln  
Email: parlafatma@hotmail.com*

## Suchtmedizinische Behandlungsideale und –realität in Fernost

I. I. Michels

Die Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige besteht in Deutschland nun seit über 20 Jahren und es ist hohe Zeit, eine fachliche Bilanz zu ziehen und die Herausforderungen der Zukunft zu definieren.

Eine solche Standortbestimmung ist aber nicht möglich, ohne die Entwicklung der Substitutionsbehandlung im *globalen Maßstab* zu betrachten, ohne zu sehen, welche *Gesamtbedeutung* diese Behandlungsform im Gesamtkontext therapeutischer Optionen zum Umgang mit der Opioidabhängigkeit besitzt. Denn genauso wenig können wir das Heroinproblem verstehen, ohne es im globalen Kontext des Drogenmarktes zu reflektieren, wie wir auch die Maßnahmen der Behandlung – zwar kulturell differenziert – global denken müssen, um ihre Effekte zu begreifen.

Schauen wir uns diese *globale Ausgangslage* einmal an: nach Daten der Vereinten Nationen gibt es weltweit zurzeit etwa 11,3 Mio. Opioidkonsumenten, von denen rund 40 – 60 % in Behandlung sind, hauptsächlich Methadon-gestützter Behandlung und in zunehmenden Maße auch mit Hilfe von Buprenorphin. Die Substitutionsbehandlung hat im Weltmaßstab enorm an Bedeutung gewonnen. Warum? Diese Entwicklung ist geprägt von der sprunghaften Zunahme der *Nachfrage* nach Behandlung und die wiederum von der ebenso exorbitanten Steigerung der Zahlen von Abhängigen und sie ist erklärbar aus der Logik des Drucks der Angebotsmärkte und der soziokulturellen Struktur der *transitorischen Gesellschaften* im Übergang von sozialistischer Planwirtschaft zu marktwirtschaftlichen Strukturen, von unterentwickelten zu sich entwickelnden Volkswirtschaften, von autoritären, teilweise abgeschotteten Gesellschaftsstrukturen zu mehr oder weniger *offenen* Gesellschaften, von Gesellschaften mit geringen Diversifikationen von Einkommen zu solchen mit erheblichen Einkommensgefällen und sozialen Disparitäten.

Was wir hingegen beobachten können, ist ein überproportionaler Anstieg der Prävalenz in Osteuropa (Ukraine, Russische Föderation), in Zentralasien und in Süd- und Ostasien (Iran, Indien, Pakistan, China, Vietnam). Und zwar in den Nachbarregionen der Hauptproduktionsländer oder an den Handelsrouten.

Mittlerweile hat Asien bereits einen Anteil von 54 % an der Gesamtzahl der weltweit geschätzten Opioidkonsumenten.

Wie stellt sich die aktuelle Problematik dar?

- Entwicklungsprobleme schaffen Drogenprobleme - Drogenprobleme hemmen massiv die nachhaltige menschliche und gesellschaftliche Entwicklung.
- Produktion, Handel und Missbrauch von Drogen finden heute vor allem in Entwicklungs- und Transformationsländern statt.
- Die Trennung der Problematik in Produktions-, Transit- und Konsumländer ist mehr und mehr aufgehoben.
- Schnittstellen des Themas mit Armut, Konflikten, HIV/AIDS etc. werden immer brisanter.

Die größte Herausforderung stellt sich durch die zunehmende HIV-Epidemie unter Drogenkonsumenten, die mittlerweile zum größten Teil Heroin injizieren und häufig gemeinsam Spritzbestecke benutzen. Der intravenöse Konsum von Drogen - meist Heroin - hat erheblich zugenommen und damit die HIV/AIDS Gefahren drastisch erhöht. Drogenkonsum kann auch zu einer erhöhten sexuellen Risikobereitschaft führen und verschärft damit die Gefahr einer HIV-Infektion.

Diese Entwicklungen werden am Beispiel der VR China dargestellt. Es werden rund 1-3 Mio. Heroinabhängige in China geschätzt. Mittlerweile ist die chinesische Regierung dazu übergegangen, eine mehr pragmatische Politik umzusetzen und sich mehr um die Ursache des Drogenkonsums zu kümmern. Außerdem werden zunehmend harm reduction – orientierte Maßnahmen umgesetzt. Das „Yunnan Institut on Drug Abuse“ hat 1998 in Zusammenarbeit mit der US-amerikanischen Day-top-Gesellschaft eine *Therapeutische Gemeinschaft* aufgebaut. Weitere Einrichtungen dieses Typs sind als ergänzende Maßnahme zu Zwangsbehandlungen aufgebaut worden. In China wurden lange Zeit Substitutionsmittel weitgehend nur im Rahmen von Entzugsbehandlungen eingesetzt. Eine solche Entzugsbehandlung über maximal 2 Wochen ist zwar ein notwendiger, aber kein ausreichender Behandlungsbestandteil, weil er isoliert unmittelbar innerhalb eines Jahres wieder in den Rückfall mündet.

Die Behandlung mit Methoden und Arzneimitteln der *Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)*, die von 1840 bis 1952 die einzige Standardbehandlung in China war, enthält neben der Anwendung spezifischer Kräuter(mischungen), Diätprinzipien und Akupunktur sowie Massagetechniken. Es gibt jedoch keinen klinischen Studien über die Effekte von TCM. Aber aufgrund der langen Tradition von TCM und der weit verbreiteten Skepsis gegenüber westlichen Medizinmethoden und –verständnis wird die TCM sicherlich weiterhin eine – wenn auch ergänzende – Rolle in der Behandlung von Drogenabhängigen spielen. Inwieweit eine Methadonlangzeitbehandlung in China in die Behandlungsstrategie einbezogen werden soll, wurde dort bereits ein Jahrzehnt lang kontrovers diskutiert. Ärzte, die in die Behandlung Drogenabhängiger involviert sind, und Forscher unterstützen diese Behandlungsform in der Regel, weil dies klare positive Konsequenzen aufweist etwa für die Prävention von HIV oder anderen schädlichen Konsequenzen der Drogenabhängigkeit. Es gibt jedoch nach wie vor erhebliche moralische Bedenken, ob es gerechtfertigt sei, mit Steuergeldern Drogenabhängige mit einer abhängigmachenden Droge über einen längeren Zeitraum oder lebenslang zu versorgen. Auf der anderen Seite zeigen die hohen Rückfallquoten in der Kurzzeitmethadonbehandlung und in den drogenfreien Behandlungsformen die Notwendigkeit zur Einführung der Maintenance-Behandlung auf. Insofern war es nur konsequent, dass von der chinesischen Regierung beschlossen wurde, Pilotstudien in besonders betroffenen Gebieten (Yunnan, Guizhou, Sichuan, Zhejiang, Guangxi) durchzuführen. Die Ergebnisse zeigen, dass die MMT Behandlung zur Reduzierung des injizierenden Drogenkonsum und des kriminellen Verhalten sowie zu einer Verbesserung des Sozialverhaltens führt. Die ersten 8 MMT Kliniken wurden Anfang 2004 eingerichtet, weitere 26 Ende 2004. Ende März 2006 wurde mitgeteilt, dass in den letzten 3 Jahren 128 Methadonkliniken eingerichtet worden seien, Ende 2006 war die Zahl auf 320 mit rund 35.000 Behandelten gewachsen. Mittlerweile gibt es 450 Behandlungszentren mit 98.000 Klienten. Es ist zu erwarten, dass in den nächsten 5 Jahren rund 1.000 MMT Kliniken für rund 200.000 Klienten eingerichtet werden.

Mittlerweile finden immer häufiger Trainingsworkshops für psychotherapeutische Behandlungsmethoden statt, um mit verschiedenen Methoden der humanistischen Psychologie und der Psychotherapie vertraut zu machen, die in der Behandlung Suchtkranker in den USA, Kanada, Australien und in der Europäischen Union angewendet werden. Die traditionellen Familienstrukturen in China geraten durch die „Modernisierung“ mit enormen ökonomischen Umwälzungen, die Urbanisierung der chinesischen Gesellschaft und die damit verbundenen Veränderungen im Denken der Menschen ins Wanken. Für viele chinesische Experten ist dies ein wesentlicher Faktor für die Vulnerabilität für Suchtentwicklungen. Familien-therapeutische Behandlungsmethoden sind in China deshalb sowohl sinnvoll als auch in therapeutische Settings integrierbar. Solche Trainings werden sicherlich dazu beigetragen, die Qualifizierung für Mitarbeiter im Hilfesystem für Drogenabhängige in China zu verbessern. Es herrscht bei den Teilnehmenden eine große Offenheit für neue Ideen und Therapiemethoden.

China ist ein Land im Umschwung und es stellen sich jeden Tag neue Herausforderungen, aber es fällt die positive Grundstimmung auf, der Elan des Neuen.

---

*Ingo Ilja Michels*

*Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten*

*Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.*

*Zwischen 2006 und 2008 Auslandsaufenthalt in Shanghai/VR China,*

*u.a. Gastprofessur an der East China University of Science and Technology, Shanghai*

*Email: [ingo.michels@bmg.bund.de](mailto:ingo.michels@bmg.bund.de)*

# Arbeitskreise

---

## Praktischer Kurs Akupunktur in der Suchtmedizin

*J. Brack (Hamburg), E. Weber-Böse (Hamburg)*

Seit nun über 10 Jahren setzen wir bei uns in der Alkohol- und Drogenentzugsbehandlung auf allen Stationen und im teilstationären Bereich sowie in der Institutsambulanz der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord in Hamburg die Suchtakupunktur als zusätzliche Methode neben der auch weiterhin notwendigen medikamentösen Entzugsbehandlung ein. Vor allem das Krankenpflegepersonal wendet die Suchtakupunktur am Patienten an.

Die Patienten müssen vor der Anwendung der Akupunktur einen Aufklärungsbogen unterschreiben, in dem sie über mögliche Nebenwirkungen, die jedoch äußerst gering sind, aufgeklärt und darauf hingewiesen werden, dass es sich dabei um keine schulmedizinische Behandlung handelt.

Insgesamt beteiligen sich an unserem Akupunkturangebot ca. 60% der Patienten, die alkohol- oder drogenabhängig sind, von den über 3500 jährlich, stationär, teilstationär oder ambulant 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 spielen neben der direkten 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 Kopfbakupunkturpunkte „Du Mai 20“, verbunden mit den Schlafkranzpunkten (5 Punkte im Bereich der Fontanelle) und der Punkt „Ying-Tang - Punkt der immerwährenden 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.

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

Zusammenfassend kann der Einsatz der Akupunktur in der Entzugsbehandlung – 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.

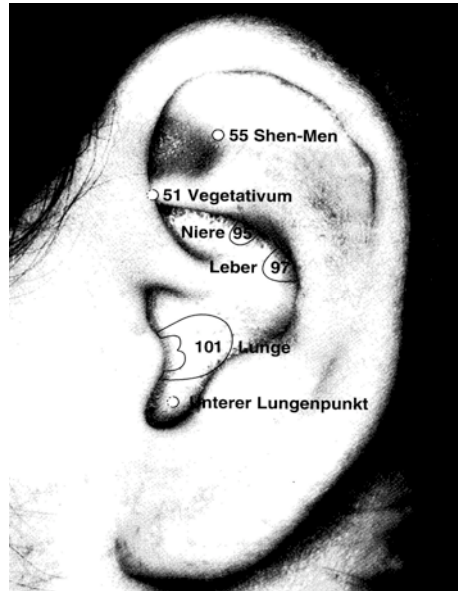
Smith MO: Acupuncture treatment for crack: clinical survey of 1.500 patients treated. Am J. acupuncture 1988; 16:241

K. Strauß und W. Weidig: Akupunktur in der Suchtmedizin. 1997 Hippokrates Verlag Stuttgart.

**Internet-Adressen:** [www.akupunktur-aktuell.de](http://www.akupunktur-aktuell.de), [www.ak-ohrakupunktur.de](http://www.ak-ohrakupunktur.de), [www.suchtverlag.de](http://www.suchtverlag.de)

**Die 5 Sucht-  
Akupunktur-  
Punkte:**

- **Vegetativum**
- **Shen Men**
- **Niere**
- **Leber**
- **Lunge**



---

*Dr. Jochen Brack  
Praxis für Psychiatrie und Neurologie  
Hamburg  
Email: [ejbrack@alice-dsl.net](mailto:ejbrack@alice-dsl.net)*

## Die Sucht im Alter

*M. Förster (Bielefeld), G. Poppele (Hamburg)*

Die Intention des Workshops liegt in der Darstellung und gemeinsamen Diskussion von Fakten, Erfahrungen und Perspektiven über das bisher auch wissenschaftlich noch nicht ausreichend bearbeitete Thema: Sucht im Alter.

Insgesamt nimmt der Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin im Alter ab. Dennoch ist davon auszugehen, dass jeder 10. Mensch über 60 Jahre einen problematischen Alkoholkonsum betreibt und - wie in den anderen Altersgruppen - 2-3% der Männer und 0,5-1% der Frauen alkoholabhängig und damit therapiebedürftig sind.

Schon geringe Mengen von täglich konsumiertem Alkohol können bei älteren Menschen körperliche und seelische Schäden verursachen. Die Gründe sind vielfältig, altersspezifische physiologische Veränderungen wie verzögerter Abbau, abnehmendes Verteilungsvolumen und höhere Toxizität von Alkohol bedeuten eine stärkere Wirkung auf die Organe. Deshalb lauten die Empfehlungen für Menschen über 60 Jahre, im Durchschnitt nicht mehr als 10g Alkohol pro Tag zu trinken. Problematisch ist ein Konsum von Alkohol und Medikamenten, da die Nebenwirkungsrate und die Mortalität steigen.

Bei den Alkoholabhängigen Menschen werden Früh-(Early-Onset) und Späteinsteiger (Late-Onset) unterschieden, deren Typisierung und Prognose verschieden ist.

Die Diagnose Alkoholabhängigkeit wird in der Praxis und Klinik gerade bei älteren Menschen zu selten gestellt, was u.a. an der atypischen Symptomatik, die leicht mit „Alterskrankheiten“ verwechselt wird, liegt. Genauso bedeutend ist aber auch die häufig verbreitete Fehleinschätzung, dass eine Suchttherapie erfolglos sei oder sich nicht lohne.

Für ältere Menschen liegen Risiken zur Entwicklung von Missbrauch und Abhängigkeit in Beendigung des Berufslebens, erschwerte Anpassung an neue Situationen, Fehlendes „Gebrauchtwerden“, Langeweile, innere Leere, Ausdünnung sozialer Netze, Einsamkeit, Isolation, Verlust des Partners, nachlassende körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit, Lebenssinnfragen sowie Häufung von Krankheit, Schmerzen, Mobilitätseinschränkung und Beschäftigung mit dem Tod.

Ca. 30% der Menschen älter als 70 Jahre erhalten psychotrope Substanzen, Benzodiazepine spielen dabei die größte Rolle, aber auch Neuroleptika und Antidepressiva. Hinzu kommen noch Schmerzmittel aller Kategorien, oft werden die Medikamente über längere Zeit ohne kritische Überprüfung der weiter bestehenden Indikation verordnet.

Durch den Suchtmittelkonsum entstehen Gefahren für die Patienten wie Sturzgefahr, kognitive Beeinträchtigung, unerwünschte Medikamenteninteraktionen bei meist bestehender Polypharmazie. Zusätzlich können die ursächlichen Symptome verschlechtert werden wie durch Benzodiazepine induzierte Schlafstörungen mit nächtlicher Unruhe, Durchschlafstörungen und Dosissteigerung. Speziell durch die physiologischen Bedingungen im Alter entstehen besondere pharmakologische Probleme, wie die schleichende Intoxikation durch verminderten Metabolismus, dies kann doppelte HWZ oder doppelte Plasmakonzentration bei gleicher Dosis oder doppelte Zeit bis zum Steady-State und doppelte Zeit beim Ausdosieren bedeuten. Ca. 15% der Patienten in Hausarztpraxen erhalten regelmäßig Benzodiazepine (BZD) länger als ein halbes Jahr. Besonderheiten der BZD-Niedrigdosisabhängigkeit sind die Verordnung durch Rezept, es besteht kein illegaler Konsum. Die Grenzen zwischen Missbrauch und Behandlung werden unscharf. Bei den Patienten besteht fehlendes Problembewusstsein.

Die Verordnungshäufigkeit ist rückläufig, bewegt sich aber nach wie vor auf hohem Niveau, und in Studien wird immer wieder ein hoher Anteil nicht sachgerechter Verordnungen festgestellt. In 70% der Fälle erfolgt nach der Erstverordnung kein Gespräch mehr zwischen Patient und dem Arzt über die BZD-Medikation. Es wird vergessen, die Indikation im weiteren Verlauf zu überprüfen. Fortlaufende Verordnung durch Sprechstundenhilfen werden übersehen. Die Wahrscheinlichkeit der Verordnungen wächst mit dem Alter, Anzahl der Erkrankungen und weiblichen Geschlecht. Das Risiko der Dauerverordnung steigt besonders bei älteren Menschen mit körperlichen Erkrankungen, Angststörungen, Schlafstörungen und Persönlichkeitsstörungen

Die Verordnung von opioidhaltigen Analgetika nimmt insgesamt zu, wobei die Handlungspraxis großzügig gehandhabt wird und die Kontraindikationen weniger beachtet werden. Laut Arzneimittelreport sind Analgetika die am meistverordneten Medikamente, dazu werden mehr opioidhaltige als nichtopioidhaltige Präparate verordnet (nur verordnete berücksichtigt, NSRA meist frei verkäuflich und deswegen nicht miterfasst).

Zu registrieren ist eine vermehrte Verordnung opioidhaltiger Präparate bei Nicht-Tumorschmerzen. Größere Problemrelevanz entsteht bei Menschen mit psychiatrischen Komorbiditäten wie Depression, Angst und Persönlichkeitsstörungen.

Die Ziele der Suchtbehandlung gelten ebenso für ältere Menschen, dazu gehören Reduzierung des Konsums und deren Exzesse, Verlängern der suchstofffreien Zeit, Lebensgestaltung und Lebensbewältigung, Sichern des Überlebens und Hinarbeiten auf eine dauerhafte Abstinenz.

Der Anteil der über 60jährigen im ambulanten Suchthilfeangebot liegt unter 5%, der Anteil der über 60jährigen innerhalb der stationären Suchtbehandlung liegt bei ca. 5%.

Spezifische Themen in der psychosozialen Suchthilfe mit älteren Menschen sind z. B.:

Einsamkeit, Trauerbewältigung, Angst vor Siechtum und Tod, Nachlassen körperlicher Fähigkeiten, Verlust des beruflichen Status, Verlust des bisherigen Freizeitverhaltens, Kriegs- und Nachkriegserlebnisse.

Verschiedene Fachkliniken in Deutschland, die seit Jahren eine altersspezifische Entwöhnungstherapie anbieten, haben Behandlungsergebnisse nachgewiesen, die mindestens so erfolgreich sind wie bei jüngeren Menschen. Studien aus USA zeigen, dass sowohl bei ambulanten Interventionen wie in Altersheimen positive Entwicklungen stattfinden.

#### **Fazit:**

Ältere Suchtkranke sind keine Rarität - sondern häufig.

Die Diagnosestellung bedarf einer speziellen Wachsamkeit.

Der therapeutische Nihilismus ist absolut nicht gerechtfertigt.

Eine auf die Bedürfnisse und Ressourcen ausgerichtete Therapie ist am erfolgreichsten.

Im Gegensatz zum Alkoholkonsum haben Ärzte einen erheblichen Verursacheranteil in der Entstehung von Medikamentenmissbrauch und –sucht.

Wünschenswert ist eine kritische Verordnung und kurzfristige Überprüfung der Weiterverordnung. Es sollten Modelle für eine kritischere Verschreibe- und Vergabepaxis entwickelt werden.

Ein zieloffenes Vorgehen ist erforderlich, auch um die Selbstbestimmung der Älteren zu wahren.

Der Auf- und Ausbau von Komplementärangeboten und eines Netzwerkes ist eine sinnvolle und notwendige Herausforderung.

---

*Matthias Förster*

*Evangelisches Krankenhaus*

*Bielefeld*

*Email: matthias.foerster@evkb.de*

## **Die Anfänge der Substitution – und heute?**

*A. Ulmer (Stuttgart)*

Suchtmedizin bleibt heute weit hinter ihren großartigen Möglichkeiten zurück. Sie selbst ist viel zu sehr und starr am Rande der Medizin angesiedelt und behandelt auch die vor allem opiatabhängigen Patienten mit weniger integrativer Kraft als sie könnte. Eine Weiterentwicklung über diese relativ kleine Gruppe opiatabhängiger Patienten hinaus findet, zumindest in der ambulanten Medizin außerhalb von Sondermodellen kaum statt. Qualitätssicherung wurde falsch verstanden und hat sehr in die Irre geführt. Nur über ein gründliches Umdenken kann Suchtmedizin wieder neu bzw. erstmals richtig erblühen. Nur dann wird sie ihrer eigentlichen Intention gerecht, die wir schon einmal viel stärker gespürt haben. Dann ist Suchtmedizin ein Fach mit enormem und sehr spannendem Potential.

---

*Dr. med. Albrecht Ulmer*

*Stuttgart*

*Email: albrecht.ulmer@gmx.de*

## **Drogensersatzbehandlung in der Hausarztpraxis Ergebnisse und Konsequenzen**

*H.-D. Timmann (Hamburg)*

Es wird berichtet über die Resultate nach 14 Jahren Substitutionstherapie in einer Allgemeinpraxis bei 188 Patienten, die für mindestens ein Jahr in Behandlung standen. Immerhin 15% von ihnen wurden in dieser Zeit mit Hilfe des Substitutes opiatfrei. Von denen, die auf Dauer in Behandlung blieben, hatten 55% noch nach Jahren regelmäßig Beikonsum, vornehmlich mit Kokain/Crack, Heroin und Benzodiazepinen, häufig in Kombination. Bei 70% der Fälle fand sich eine chronische HCV, bei 10% eine HIV-Infektion. Immerhin 13% der 188 Patienten starben im Verlauf des Beobachtungszeitraumes, davon 2/3 an direkt drogen(konsum)assoziierten Krankheitsbildern. Bei 7% ließen sich psychotische Erlebnisse eruieren, stets in Korrelation zu erheblichem Kokain-Konsum. Immerhin 66% der Patienten berichten von häufigen oder ständigen Depressionen und/oder Angstzuständen. Die Drogen sind für sie ein Weg, das Leben überhaupt erträglich zu gestalten. Wenn aber das Rauschmittel für die Betroffenen eine also existenzielle Funktion hat, dann ist der von politischer Seite so oft beschworene „Kampf gegen die Drogen“ im besten Falle gut gemeint, jedoch letztlich widersinnig. Und entsprechend haben sich alle administrativen Versuche, das Sucht-„Mittel“ zu verknappen, um Sucht zu verhindern, als frustan erwiesen. Diese Drogenpolitik kostet Schwerstkranke neben ihrer seelischen auch die körperliche Unversehrtheit und oft genug das Leben – und sie nimmt ihnen auch, und darin erweist sie sich vielleicht als am Grausamsten, ihre Würde. Das Ziel einer realitätsbezogenen Drogenpolitik kann nur die – kontrollierte – Freigabe der jetzt illegalen Rauschmittel sein; Substitutionsbehandlung und Heroinprogramm sind in diesem Sinne allenfalls richtungsweisend, mehr nicht.

---

*H.-D. Timmann  
Hamburg  
Email: [hd.timmann@freenet.de](mailto:hd.timmann@freenet.de)*

## **Suchtmedizin in Haftanstalten**

*J. Reimer (Hamburg), S. Mauruschat (Wuppertal), B. Knorr (Berlin),  
P. Wiessner (Köln), B. Schulte (Hamburg), H. Stöver (Bremen)*

Etwa 80.000 Menschen sind in deutschen Justizvollzugsanstalten (JVA) inhaftiert, ein Großteil davon aufgrund von Straftaten, die im Zusammenhang mit Drogenkonsum oder einer Drogenabhängigkeit begangen wurden. Etwa ein Viertel aller Inhaftierten gelten als problematische Drogenkonsumenten und etwa die Hälfte aller inhaftierten intravenös Drogenabhängigen konsumieren während der Haftzeit weiter Drogen. Substitutionsbehandlungen in Haft werden häufig mit eiligem ‚erzwungenen‘ Abstinenzziel durchgeführt. In Ermangelung an sterilen Spritzenutensilien gilt das gemeinsame Nutzen von Spritzen und Nadeln als gängige Praxis in Justizvollzugsanstalten, welche ein hohes Risiko für eine Übertragung von Hepatitis C- und humanen Immundefizienz-Viren (HCV bzw. HIV) birgt. Die suchtmmedizinische und infektiologische Versorgung in Haftanstalten bedarf deutlicher Verbesserungen. Mittlerweile liegen mehrere aktuelle bundesdeutsche Studien vor, welche die genannten Probleme bestätigen. In diesem Arbeitskreis werden die Studienergebnisse vorgestellt und im Anschluss daran sollen gemeinsam nächste praktische und politische Schritte zur Verbesserung der suchtmmedizinischen und infektiologischen Versorgung in Haft erarbeitet werden.

---

*PD Dr. med. Jens Reimer  
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Email: [reimer@uke.uni-hamburg.de](mailto:reimer@uke.uni-hamburg.de)*

## **Akzeptanzorientierte Elternarbeit**

*H. Behle (Wuppertal), J. Heimchen (Wuppertal), G. Sander (Sehnde)*

Als gemeinsame Veranstaltung bietet die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin mit dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptanzorientierte Drogenarbeit auch in diesem Jahr ein Angehörigenseminar am Freitagvormittag an.

Eltern Drogen konsumierender Kinder, die irgendwann in die Abhängigkeit rutschten, setzen ihre große Hoffnungen auch heute noch meistens in eine „Clean-Therapie“ - zunächst; am Anfang der langjährigen Drogenkarriere ihrer Kinder. Wenn Entgiftungen und die sich anschließenden Langzeittherapien dann aber wiederholt abgebrochen werden, zwingt diese Realität, diese Erfahrungen sie zum Nachdenken: Müssen sie jetzt resignieren? Haben sie zu hohe Erwartungen? Ist der Anspruch der Abstinenz zu hoch?

Die Vertreter des Bundesverbandes der Eltern zeigen ihren Weg auf, der sie vom Abstinenzparadigma zur akzeptanzorientierten Elternarbeit führte. Der sie ganz persönlich lehrte, dass kein Mensch einen anderen Menschen ändern kann; dass nur auf Abstinenz zu setzen unrealistisch ist; dass akzeptieren heißt, auch das drogenabhängige Kind anzunehmen, so zu nehmen wie es zurzeit ist. Und wie aus dieser Erkenntnis heraus die soziale und gesellschaftliche Verpflichtung entstand, Einfluss zu nehmen, damit sich die diskriminierenden Lebensbedingungen zugunsten menschenwürdiger Lebensmöglichkeiten verbessert. Insbesondere für diejenigen Abhängigen, die es eben nicht schaffen, auf Dauer abstinenz zu leben. Ein menschenwürdiges Überleben steht an oberster Stelle.

Am Beispiel der Selbsthilfegruppe „Elterninitiative Wuppertal“ wird dann ein kurzes Video vorgeführt zur Verdeutlichung der akzeptierenden Elternarbeit, die auf drei Ebenen stattfindet: klassische Selbsthilfe, Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildung.

Anschließend laden wir ein, mit uns zu diskutieren.

---

*Heidrun Behle  
Bundesverband der Eltern und  
Angehörige für akzeptierende Drogenarbeit  
Wuppertal  
Email: [info@akzeptierende-eltern.de](mailto:info@akzeptierende-eltern.de)*

---

## Praktischer Kurs: Motivierende Gesprächsführung

*M. Stuppe (Schwerin)*

Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) ist ein klientenzentriertes, direktives Beratungskonzept zur Klärung und wenn möglich Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderung. Es beruht auf den 4 Grundprinzipien Empathie, Entwicklung von Diskrepanzen, geschmeidigen Umgang mit Widerstand und der Stärkung von Änderungszuversicht. Der Kurs soll Einblick geben in die Grundhaltung (spirit) der motivierenden Gesprächsführung und auch erste Strategien der Gesprächsführung vermitteln. Die Teilnehmer des Kurses bekommen die Möglichkeit, in angeleiteten Übungen die Prinzipien der Intervention in einem ersten Schritt zu erlernen. Der Gesprächseinstieg mit offenen Fragen und aktivem Zuhören erlaubt die Problematik des Gegenübers zu erfassen und zu würdigen. Hier stehen im Vordergrund das Interesse an inneren Motiven und Wertvorstellungen der Klienten und der Verzicht auf aggressiv getönte Konfrontationen. Weiteres wesentliches Element wird der Umgang mit Widerstand sein und welche Möglichkeiten die Teilnehmer haben, diesem geschmeidig zu begegnen.

### Literatur:

William R. Miller, Stephen Rollnick: Motivierende Gesprächsführung.  
Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2004.

---

*Dr. Markus Stuppe*  
*Chefarzt der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen*  
*Stellvertretender Ärztlicher Direktor*  
*Carl-Friedrich-Flemming-Klinik*  
*HELIOS Kliniken Schwerin*  
*Email: markus.stuppe@helios-kliniken.de*

## Der alternde Drogenabhängige – Lebensbewältigung in Zufriedenheit

*K. Bonorden-Kleij (Hamburg), S. Niemann (Hamburg)*

Mit dem Ausbau des Drogenhilfesystems in Deutschland und in anderen europäischen Ländern haben sich die Lebensbedingungen und Überlebenschancen von drogenabhängigen Frauen und Männern insgesamt gesehen verbessert. Drogenkonsumenten werden älter, weil die Hilfsmaßnahmen funktionieren und Initiativen wie Substitutionsprogramme zu einer Erhöhung der Lebenserwartung führen. Damit steigt der Anteil der Drogenabhängigen, die 45 Jahre und älter sind, und die in absehbarer Zeit nicht mehr allein leben können und/oder eine spezielle Betreuung benötigen, rapide an. Oberstes Ziel bei älteren Suchtkranken ist die Lebensgestaltung und- bewältigung in Zufriedenheit. Wie kann „gutes Altern“ aussehen? Sind unsere Angebote ausreichend? Wo und wie sind sie versorgt? Vor diesem Hintergrund möchten wir mit Ihnen vor allem die Frage diskutieren und erarbeiten, wie (Be-)Handlungsstrategien in der Begegnung mit Suchtkranken älteren Menschen aussehen. Wir wünschen uns einen regen Erfahrungsaustausch und eine fallbezogene Diskussion.

---

*Dr. Karin Bonorden-Kleij*  
*Asklepios Kliniken Hamburg GmbH*  
*Ambulanz Altona*  
*Hamburg*  
*Email: bokl@studiehh.de*

---

## Psychosoziale Betreuung (PsB) – Standards und ausgewählte Beispiele

*H. Attinger (Berlin), B. Westermann (Berlin)*

Elf Jahre ist es inzwischen her, dass in Berlin *Standards zur methadongestützten psychosozialen Betreuung* erschienen sind, gemeinsam herausgegeben von der Clearingstelle für Substitution der Ärztekammer und dem Fachverbund für Substitutionsbetreuung. Seit 1995 gibt es die von Akzept e.V. veröffentlichten *Leitlinien für die psychosoziale Begleitung*. 2003 folgten die *Leitlinien* des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel.

An weiteren Dokumenten mit vergleichbarer Intention herrscht kein Mangel. Ihre Bedeutung für den Betreuungsalltag ist schon deshalb begrenzt, weil eine diffuse Landschaft von Hilfeangeboten existiert. Betreuungskonzepte und -wirklichkeiten fallen auseinander. Seit nahezu zwei Jahren ist man nun verstärkt bemüht, sich auf bundeseinheitliche und zeitgemäße PsB-Standards zu einigen. Ein greifbares Ergebnis ist in überschaubarer Frist zu erwarten.

Parallel dazu sind - nicht zuletzt in Berlin - auch in der Praxis wichtige Schritte vollzogen worden. Eine Zwischenbilanz hat die Fachtagung „Psychosoziale Betreuung von Substituierten: Wirksamkeit, Akzeptanz, Perspektiven“ im Mai 2008 gezogen.

Notdienst Berlin e.V. und Vista gGmbH, haben die Veranstaltung gemeinsam ausgerichtet und im Vorfeld Projekte zur Erhöhung der Betreuungsqualität auf den Weg gebracht. Grundlegend ist hierbei, dass zentrale Probleme der Substituierten auch im Zentrum der psychosozialen Betreuung stehen: Teilhabe- und Eingliederungschancen, Umgang mit „Beikonsum“, psychischen Störungen und chronischen körperlichen Erkrankungen.

Schwangerschaft, Elternschaft und Kinderschutz sind neu erkannte Herausforderungen, denen sich die PsB konzeptionell und praktisch stellen muss. Größte Bedeutung haben gerade dabei organisiertes Zusammenwirken und geklärte Verantwortlichkeiten aller beteiligten Helferprofessionen.

Die PsB hat sich als ein klar definiertes Angebot zu profilieren, als berechenbare und transparente Dienstleistung für Patienten, Ärzte und Kostenträger.

---

*Heike Attinger  
PSB Mitte  
Vista gGmbH  
Berlin  
Email: [attinger@vistaberlin.de](mailto:attinger@vistaberlin.de)*

## **Migrationsspezifische Aspekte der Sucht**

*C. Haasen (Hamburg), H. Heimann (Berlin), R. Zakhalev (Sehnde)*

Das Suchthilfesystem in Deutschland wird von Menschen mit Migrationshintergrund seltener und oftmals später in Anspruch genommen als von Menschen ohne Migrationshintergrund. Als Gründe werden z.B. Sprachbarrieren, eine nicht ausreichend migrantensensible Ausrichtung der Suchthilfe und institutionelle Rahmenbedingungen diskutiert. Ebenfalls gibt es Hinweise, dass ein anderes Suchtverständnis bzw. ein anderer Umgang mit Sucht und Drogen (z. B. Tabuisierung oder andere Toleranzschwellen) und ein geringer Bekanntheitsgrad vorhandener Beratungs- und Hilfesysteme von Bedeutung sind. Zusätzlich kann von z. T. unterschiedlichen Verläufen der Suchterkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund ausgegangen werden. Die Zeitspanne vom ersten Konsum bis zur Abhängigkeit scheint deutlich kürzer zu sein, darüber hinaus kommen spezifische Begleiterkrankungen, wie z. B. Hepatitis C bei Opiatabhängigen, häufiger vor. Häufige Therapieabbrüche werfen darüber hinaus Fragen bezüglich einer zielgerichteten und bedarfsgerechten Behandlung auf. In dem Arbeitskreis werden einerseits diese Erkenntnisse dargestellt und andererseits Ansätze zur Überwindung dieser Probleme diskutiert.

---

*Prof. Dr. med. Christian Haasen  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)  
Hamburg  
Email: haasen@uke.uni-hamburg.de*

## **Zieloffenheit und Selbstkontrolle als Prinzipien einer anderen Raucherentwöhnung – das kontrollierte Rauchen**

*A. Drinkmann (Nürnberg)*

Erreichungsquote und Wirksamkeit gängiger rein abstinenzorientierter Raucherentwöhnungsprogramme sind nach wie vor unbefriedigend. Darum ist die Entwicklung und Erprobung alternativer und ergänzender Interventionsstrategien nötig. Zentral dürften dabei das motivierende Potenzial und die Flexibilität im Umgang mit den Zielvorstellungen der angesprochenen RaucherInnen sein. Diese wiederum bilden den Kern von Ansätzen zum kontrollierten Rauchen.

Aktuelle Forschungsüberblicke zeichnen insgesamt ein positives Bild der Effektivität und Nachhaltigkeit von Reduktionsmethoden und kontrolliertem Rauchen, und zwar sowohl im Hinblick auf die Reduzierung des Tabakkonsums wie auch auf die „erwünschte Nebenwirkung“ der Abstinenzerrreichung. Ein zweiter Weg der Entwöhnung bei Tabakmissbrauch und Tabakabhängigkeit zeichnet sich hier ab. Diskussionsstand und wissenschaftliche Befundlage hierzu sollen dargestellt werden.

Als Beispiel für den aktuellen Entwicklungsstand von Interventionsmaßnahmen wird im zweiten Teil des Vortrags das „12+ Programm zum selbstbestimmten, kontrollierten Rauchen“ (Drinkmann, 2007) in seiner Konzeption und seinen Bausteinen vorgestellt. Es ist insofern zieloffen, als es neben dem Erlernen eines kontrollierten Konsums auch die Option der Weiterentwicklung zur Abstinenz bietet. Die abschließende Diskussion soll u.a. die Entwicklungsmöglichkeiten dieses „zweiten Weges“ klären.

---

*Prof. Dr. Arno Drinkmann  
Evangelische Fachhochschule Nürnberg  
Fachbereich Sozialwesen  
Nürnberg  
Email: arno.drinkmann@evfh-nuernberg.de*

## **Ohrakupunktur für Fortgeschrittene**

*E. Weber-Böse (Hamburg)*

In diesem Kurs wird verstärkt auf die Organzuordnung im Ohr eingegangen, die Technik für das Auffinden von schmerzhaften Punkten (Locus dolendi) vermittelt und die Punkte für Frustration, Begierde, Aggression, Antidepression beschrieben, des weiteren einige Punktkombinationen wie z.B. Behandlung von psychovegetativen Befindlichkeitsstörungen, Schulter-Arm-Syndrom, Epikondylitis.

---

*Elvira Weber-Böse  
Heilpraktikerin  
Hamburg  
Email: [el.weber@asklepios.com](mailto:el.weber@asklepios.com)*

## **Harm Reduction und Substitution international: Kurzfilme aus aller Welt**

*H. G. Meyer-Thompson (Hamburg), I. I. Michels (Berlin)*

Die weltweite Heroin-HIV-Epidemie. Filme aus Indonesien, Indien, Russland, Vietnam, Iran u.a. Kurzvorträge von Ingo Michels (Büroleiter der Bundesdrogenbeauftragten) und Hans-Günter Meyer-Thompson (dgs-info).

Der Beitrag Deutschlands zu Harm Reduction und Substitutionsbehandlung in Osteuropa und Asien. Patricia Kramarz, GTZ - Gesellschaft für technische Zusammenarbeit, Eschborn.

---

*Hans-Günter Meyer-Thompson  
Asklepios Klinik Nord  
Drogenambulanz Altona  
Hamburg  
Email: [MeyerThompson@aol.com](mailto:MeyerThompson@aol.com)*

## Versorgungsprobleme Drogenabhängiger in den neuen Bundesländern

*K. Schoett (Mühlhausen)*

Im kommenden Jahr blicken wir auf 20 Jahre neue gesamtdeutsche Geschichte – Zeit also, damit verbundene suchtmmedizinische und –politische Aspekte näher zu untersuchen.

Im Rahmen der deutschen Vereinigung 1989 eröffnete sich für die Menschen im Ostteil des Landes plötzlich und unvermittelt ein ganz neuer Zugang zu diversen psychotropen Substanzen. Rasch entwickelte sich in vielen Regionen eine eigenständige Drogenszene. Die Drogenerfahrungen gerade bei Jugendlichen gelten inzwischen bundesweit als angeglichen, laut Drogen- und Suchtbericht hat in ganz Deutschland etwa jeder 4. Jugendliche Erfahrungen mit illegalen Substanzen. Regionale Unterschiede insbesondere hinsichtlich der Verfügbarkeit bestimmter Drogen (z.B. Crystal) sind allerdings zu beobachten.

Dem gegenüber steht im Osten ein Hilfenetz, welches herkömmlich vor allem im Bereich Alkoholabhängigkeit verdienstvoll arbeitete, noch immer aber nicht flächendeckend auf die spezifischen Belange Drogenabhängiger eingestellt ist. Dies zeigt sich u. a. im Mangel an Substitutionsplätzen, betreuten Wohnformen und niedrigschwelligen Kontaktangeboten. Die Folge davon ist in vielen, gerade ländlichen Regionen, dass der Drogenabhängigkeit nur unzureichend Hilfeangebote entgegen gesetzt werden können, was zu einer Zunahme der Konsumenten, vor allem aber auch einer raschen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes (z.B. Ausbreitung Hepatitis C) und Verelendung führt. Erschwerend kommt hinzu, dass gerade in der täglichen Arbeit die Kluft zwischen den meist jungen Patienten, für die Drogen selbstverständlich sind, und der Generation der Eltern, die „Rauschgift“ höchstens aus den Medien kennt, vielerorts deutlich besteht, woraus oft folgt, dass der existierende Hilfebedarf nur unzureichend wahrgenommen bzw. verdrängt wird.

Ziel des Arbeitskreises ist es, sich insbesondere mit folgenden Schwerpunkten auseinanderzusetzen:

- (1.) Was wissen wir darüber, wie groß das Drogenproblem im Osten Deutschlands inzwischen wirklich ist? Offizielle Zahlen hierzu sind dürftig, laut aktueller Drucksache 16/6936 der Bundesregierung gibt es keine speziellen Schätzungen bzgl. der Zahlen Drogenabhängiger in den neuen Bundesländern. Veröffentlichungen wie die ESPAD-Studie weisen allerdings gerade im Osten auffallend hohe Prävalenzraten für Drogenkonsum bei Jugendlichen nach.
- (2.) Wie gut ist das spezifische Hilfesystem regional inzwischen aufgestellt, welche Projekte laufen gut (z.B. Suchtmmedizinische Schwerpunktpraxen) und wo gibt es bedeutsame Lücken (z.B. ganze Regionen ohne Substitutionsangebote)?

Um dem Thema des Arbeitskreises gerecht zu werden und möglichst viele Praxisinformationen zusammenzutragen, richtet sich die Veranstaltung vor allem an Kolleginnen und Kollegen, die eigene Erfahrungen einbringen können bzw. an einem Gedankenaustausch über konkrete Probleme vor Ort interessiert sind.

---

*Dr. med. Katharina Schoett  
Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH  
Pfafferode 102  
D-99974 Mühlhausen*

## Mehr als nur Opiate substituieren

A. R. Gujer (Cazis), A. Voellmy (Basel)

Die komplexen Bedürfnisse (Substitution, medizinisch, psychiatrisch, sozial und menschlich) die von langjährigen Suchtpatienten an die behandelnden Fachpersonen gestellt werden, sind nicht abzudecken, wenn nicht vernetzt mit anderen Berufskategorien und Institutionen zusammen gearbeitet wird. Am Beispiel von CE 1967 sollen die Ansätze aufgezeigt werden, die zu einer relativ stabilen, für den Patienten (und die Betreuer) befriedigenden Situation führten. Dabei sind wir uns bewusst, dass wir in der CH z.T. Vorteile haben gegenüber anderen europäischen Staaten.

In berufsspezifischen oder gemischten Gruppen soll je ein Fallbeispiel aus der eigenen Praxis vorgestellt und Lösungsansätze aufgezeichnet werden. Diskussion von 2-3 Bsp. im Plenum.  
Sammeln von wichtigen Punkten für unsere Arbeit in den kommenden Wochen.

Quintessenz: Wir behandeln chronischkranke, in vielen Bereichen deprivierte Menschen, die schon unzählige Hilfestellungen jeglicher Art überlebt haben. Stellen wir uns Sisyphos glücklich vor?

---

Anna Regula Gujer  
Psychiatrische Klinik Beverin  
Cazis  
Email: AnnaRegula.Gujer@pdgr.ch

## Tilidin – die neue Modedroge?

M. Janssen (Berlin), J. Schaffranek (Berlin), H. Elsner (Bochum)

Seit 5 Jahren ist in Problemkiezen der Berliner Bezirke Neukölln, Kreuzberg und Wedding ein zunehmender Missbrauch von Tilidin-Tropfen zu verzeichnen. Vornehmlich unter jungen männlichen Erwachsenen mit arabischem und türkischem Migrationshintergrund wird die Substanz illegal erworben und in hohen Dosen konsumiert. Viele Konsumenten entwickeln eine manifeste Opiat- (genauer Opioid-) abhängigkeit. Die orale Applikation eines *regulären* Schmerzmittels lassen die Konsumenten über längere Zeit zunächst sozial unauffällig erscheinen. Auch das Selbstbild entspricht nicht dem der uns bekannten Abhängigen illegaler Substanzen.

In den Medien (u.a. Spiegel, Stern-tv) wird das Phänomen und das Mittel verzerrt als *Gewaltdroge* dargestellt. Assoziationen zu clockwork orange werden geweckt.

Die Entwicklung und die besonderen Merkmale der scene, die ein alt bekanntes, neu entdecktes Opioid als Droge benutzt, wird erörtert. Konventionelle und weitere, auf das besondere Milieu ausgerichtete Beratungs- und Behandlungsmethoden werden aufgezeigt und diskutiert.

Der Missbrauch von Arzneimitteln ist ein bekanntes Phänomen, jedoch werden im Allgemeinen nur die Substanzen *verdächtig*, die nachgewiesenermaßen eine Tendenz zur Dosissteigerung besitzen und/oder Absetzphänomene im Sinne eines körperlichen Entzugssyndroms aufweisen. Die wohl bekanntesten Beispiele sind Benzodiazepine und Opiate. Es werden Arzneimittel vorgestellt, von denen das Missbrauchspotential im Rahmen der Suchtkrankenhilfe bekannt ist, die aber im *normalen* medizinischen Alltag unauffällig sein können – wie z.B. das Antihistaminikum Dimenhydrinat (in VOMEX A®), im bestimmungsgemäßen Gebrauch ein Antiemetikum und Antivertiginosum, in der missbräuchlichen Anwendung die Kombination aus Halluzinogen und Analeptikum.

---

Michael Janssen  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Substitution  
Berlin-Neukölln  
Email: mi.janssen@arcor.de

# Poster

---

---

## Welche Faktoren beeinflussen die Rate an Direktvermittlung in Langzeittherapie im Bereich illegaler Drogen?

*A. Balke, S. Böttner, C. Wist, L. Skripko, I. Englert, R. Holzbach*

Auf einer Station für den qualifizierten Entzug von Opiatabhängigen mit dem Schwerpunkt Paarbehandlung fielen im Vergleich zu den zwei anderen Stationen der Abteilung für qualifizierten Opiatentzug eine erheblich niedrigere Rate an direkten Vermittlungen in Langzeittherapie auf. Bei einer Erhebung über drei Monate, in der unter anderem Vorerfahrungen mit Therapie und diverse Daten zum sozialen Hintergrund erfasst wurden, stellte sich eine deutlich andere Patientenstruktur auf dieser Station dar.

Die Abschlussraten von 24,8% regulären Abschlüssen im Vergleich zu 52,7%, bzw. 68,8 % (Querschnittuntersuchung Januar 2008 n= 19, bzw. Februar 2008, n= 16) differierten deutlich, die Direktvermittlung in Therapie lag bei 10%, respektive 31,6% und 62,5% (im Jahresdurchschnitt des Vorjahres 20%, bzw. 23%). Bei einer Analyse der sozialen Faktoren fiel unter anderem auf, dass die Quote der Patienten, die keine Lehre begonnen hatten mit 34,2% deutlich höher als auf den anderen Stationen mit 26,3%, bzw. 13,3% lag. Als weiterer Erfolgsfaktor stellten sich zuvor erfolgreich absolvierte Langzeittherapien dar: mehr als 20% dieser Patienten konnten direkt in eine Langzeittherapie vermittelt werden. Keine Rolle dagegen spielte das Geschlecht, und ob die Patienten sich als Paar oder als Einzelperson auf Entzugsstation befunden hatten.

Als Folge wurde die sozialarbeiterische Beratung der eher geringer strukturierteren Klientel intensiviert und auch die psychologische Betreuung mit zumindest einem psychologischen Aufnahmegespräch für jeden Patienten intensiviert. Dadurch ließ sich allerdings bisher nur die Rate an regulären Abschlüssen deutlich erhöhen (konnte verdreifacht werden), die Rate an Direktverlegungen wurde bisher dadurch allerdings noch nicht positiv beeinflusst.

---

*LWL- Klinik Warstein  
Franz-Hegemann-Str. 23  
59581 Warstein*

*LWL- Klinik Lippstadt  
Im Hofholz 6, Gebäude 16  
59556 Lippstadt*

*Email: [i.englert@wkp-lwl.org](mailto:i.englert@wkp-lwl.org)*

---

## **Stationäre Behandlung bei Abhängigkeit von Cannabis, Amphetaminen und Kokain Nutzen „moderne“ Konsumenten das Suchthilfesystem?**

*I. Englert, R. Holzbach*

In den Jahren 2005-2007 wurden im Rahmen einer Schwerpunktstation 147 Patienten von Cannabis, 26 von Amphetaminen und 18 von Kokain entzogen. Momentan ist das Suchthilfesystem noch nicht wirklich auf diese neuen Konsumformen ausgerichtet, es werden weiterhin leichter Maßnahmen bei Alkohol- und Opiatabhängigkeit vermittelt. Haben nun von diesen „neuen“ Konsumenten schon viele Zugang zum System gefunden? Im Vorfeld waren bei 13,7% der Patienten Kontakt zur Drogenberatung eruierbar.

Regulär schlossen 61,2% der TCH-Abhängigen, 53,8% der Amphetaminabhängigen und 77,8% der Kokainabhängigen die stationäre Behandlung ab. Es kamen 20,4% der THC-Abhängigen, 11,5% der Amphetaminabhängigen und 38,9% der Kokainabhängigen in Langzeittherapie an. So können mit modifizierten Mitteln des qualifizierten Entzuges auch Konsumenten, die vorher nicht in dem hohen Ausmaß wie Opiatabhängige Kontakt zu einer Drogenberatungsstelle hatten, ins Hilfesystem eingebunden werden.

---

*LWL- Klinik Warstein  
Franz-Hegemann-Str. 23  
59581 Warstein*

*LWL- Klinik Lippstadt  
Im Hofholz 6, Gebäude 16  
59556 Lippstadt*

*Email: [i.englert@wkp-lwl.org](mailto:i.englert@wkp-lwl.org)*

## **Komorbidität von Polytoxikomanie und psychiatrischen Begleiterkrankungen Konsequenzen für Therapie im stationären Rahmen**

*S. Böttner, A. Balke, C. Wist, L. Skripko, I. Englert, R. Holzbach*

Auf einer Station für den qualifizierten Entzug von Opiatabhängigen mit dem Schwerpunkt Paarbehandlung fielen im Vergleich zu den zwei anderen Stationen der Abteilung für qualifizierten Opiatentzug eine erheblich niedrigere Rate für reguläre Abschlüsse der Behandlung auf. Bei einer Erhebung über drei Monate, in der unter anderem Vorerfahrungen mit Therapie, Konsummuster, Suchtkarriere, diverse Daten zum Sozialen Hintergrund und Begleitdiagnosen erfasst wurden, stellte sich eine deutlich andere Patientenstruktur auf dieser Station dar.

47.4 % waren als Paar in Behandlung, davon 30.9 % zeigten als Diagnose eine Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp, davon 100% Frauen, 21.8 % eine dissoziale Persönlichkeitsstörung, 100% davon Männer. Auf den anderen Stationen fand keine Paarbehandlung statt. Die Abschlussraten von 24,8% regulären Abschlüssen im Vergleich zu 52,7%, bzw. 68,8 % differierten deutlich.

Aufgrund der Häufung der schweren Persönlichkeitsstörungen mit erheblichen Auswirkungen auf den täglichen Umgang auf Station wurden auch die Einzelpersonen, die einen Entzug durchführten mit beeinflusst, so dass auch sie erhöhte Abbruchraten aufwiesen. Daher erfolgte eine neue Ausrichtung der Therapieangebote in Richtung auf vermehrte Berücksichtigung der sozial problematischen Verhaltensweisen der dissozialen und emotional- instabilen Persönlichkeitsstörung. Im Verlauf kam es zum Anstieg der regulären Abschlüsse auf vergleichbare Zahlen mit den zwei anderen Stationen.

---

*LWL- Klinik Warstein  
Warstein*

*LWL- Klinik Lippstadt  
Lippstadt  
Email: i.englert@wkp-lwl.org*

## **Das Krankheitsparadigma in der Suchtarbeit – Chance oder Fluch?**

*N. Stieber*

Wie definieren Drogenabhängige selbst den Begriff Sucht? Erreichen Sie eher das Abstinenzideal, wenn sie Sucht als Krankheit betrachten oder ist diese Definition eher hinderlich? Hat die Anerkennung von Drogenabhängigkeit das Schwert einer effektiven Drogenhilfe geschärft?

Wenn wir uns mit dem Abstinenzideal auseinandersetzen, müssen wir uns auch mit dem Krankheitsparadigma beschäftigen, um zu neuen Ansätzen zu gelangen.

Zu den o.g. Themen würde ich gerne einen Vortrag halten oder zumindest eine Posterpräsentation machen, aufbauend auf meinen beruflichen Erfahrungen als Suchttherapeutin und meinen Ergebnissen aus Studien im Bereich der Suchtforschung im Rahmen meiner Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Philipps-Universität Marburg.

---

*Dipl.-Päd. Natalie Stieber  
Philipps-Universität  
Institut für Erziehungswissenschaften  
Marburg  
Email: Natalie.stieber@staff.uni-marburg.de*

---

**„DIE BETÄUBTE REALITÄT“  
SUCHT ALS ÜBERLEBENS-STRATEGIE  
Eine Kasuistik**

*W. Ghedina, P. Oleksy, S. Akkaya, E. Madlung, C. Haring*

Abwehr- und Copingmechanismen gehören zu überlebenswichtigen psychischen Leistungen aller Menschen und helfen uns Konflikte, Traumatisierungen und Belastungssituationen zu klären, in der Tiefe zu halten oder auch zu bewältigen. Darüber hinaus hatte bereits Alfred Adler, Gründer der Individualpsychologie, vor ca. 100 Jahren Begriffe wie Kompensation und Lebensstil geprägt und in Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen eines Individuums in Relation auf seine Beziehungserlebnisse gesehen. Der Ausgleich von Minderwertigkeitsgefühlen durch kompensatorische Mechanismen war eine seiner zentralen Ideen.

Seit langem ist gerade bei Sucht-Patienten bekannt, dass eine hohe „Korbidität“ besteht und affektive Störungen, Persönlichkeits- sowie Essstörungen und Identitätsunsicherheit bei nahezu allen Personen mit süchtigem Verhalten vorzufinden sind.

In der vorliegenden Arbeit wird die Idee der „Kompensation“ eines psychischen Leidenszustandes post Traumatisierung oder im Rahmen einer „Grundstörung“ im psychoanalytischen Sinn als Bewältigungsstrategie dargestellt. Der Konsum sedierender, Wachheit und Klarheit beeinflussender Drogen könnte demnach als „Betäubungs-Versuch“ unerträglicher Gefühle und Kognitionen interpretiert werden. Dabei wird Drogenkonsum auch zum konstruktiven Kompensieren aversiver Impulse, Affekte und Gedanken.

„Drogenkonsum als „Abwehrverhalten“ zur Stabilisierung und vereinzelt als „Überlebensstrategie“ soll mittels einer Kasuistik erläutert werden.

**Literatur:**

*Alfred Adler* (1986, 1912). „Über den nervösen Charakter“. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag

*Alfred Adler* (2001, 1920). "Praxis und Theorie der Individualpsychologie". Frankfurt am Main, 11. Aufl., Fischer Taschenbuch Verlag

*Bilitza Klaus* (2008). „Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Sucht“. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

*Oleksy Patricia* (2007) „Sinn im Unsinn. Konstruktive Aspekte selbstschädigenden Verhaltens bei Borderlin-Patienten“. Diplomarbeit an der Bildungswissenschaftlichen Fakultät der Leopold- Franzens-Universität Innsbruck

*Gerhard Horst* (2003). „Zwischen Lifestyle und Sucht. Drogengebrauch und Identitätsentwicklung in der Spätmoderne“. Gießen, Psychosozial-Verlag

---

*Dr. Wolfgang Ghedina*  
*Primariat B - Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol*  
*A-Hall*  
*Email: wolfgang.ghedina@tilak.at*

## Vergleich stationäre Therapie versus keine Therapie im Anschluss an eine qualifizierte Entzugsbehandlung

*M. Backmund, W. Bernhard-Wehmeier*

**Einleitung:** Neben der medizinischen Versorgung unserer Patienten besteht ein Teil unserer Arbeit darin, unsere Patienten auf die Anforderungen im Anschluss an die Entzugsbehandlung vorzubereiten. Um diesbezüglich die Risiken und Chancen besser einschätzen und unsere Patienten entsprechend beraten und vorbereiten zu können, haben wir zu Beginn des Jahres 2005 damit begonnen, den Kontakt zu unseren Patienten über die Entzugsbehandlung hinaus aufrecht zu erhalten.

**Methode:** 414 Patienten wurden im Anschluss an ihre erfolgreich abgeschlossene Entzugsbehandlung in regelmäßigen Abständen befragt, wie es ihnen nach ihrer Entlassung ergangen ist.

**Ergebnisse:** Wurde die Verlegung in eine stationäre Therapieeinrichtung zu einem späteren Zeitpunkt als dem Entlassungstag geplant, so traten weniger als 4 von 10 Patienten die Therapie tatsächlich an. Jeder zweite Patient, der im Anschluss an seine erfolgreich abgeschlossene Entzugsbehandlung keine stationäre Therapie antrat, war innerhalb einer Woche wieder rückfällig geworden. Während dieser ersten Woche besteht diesbezüglich noch ein signifikanter Unterschied zu den Patienten, die eine stationäre Therapie antraten. Dieser Unterschied reduziert sich im Verlauf eines Jahres zunehmend.

16% unserer Patienten, die sich für eine stationäre Therapie entschieden hatten, gaben auch nach 12 Monaten noch an, keinen Rückfall gehabt zu haben. Demgegenüber waren es in der Gruppe der Patienten, die sich gegen eine stationäre Therapie entschlossen hatten oder keine solche machen konnten, lediglich 6%, die wiederholt und bis zu einem Jahr mitteilen konnten, nicht rückfällig geworden zu sein.

**Schlussfolgerungen:** Die extrem hohe Rückfallwahrscheinlichkeit bereits während der ersten Woche für Patienten, die im Anschluss an die Entgiftung keine stationäre Therapie antreten, relativiert sich innerhalb eines Jahres.

---

*PD Dr. Markus Backmund  
Praxiszentrum im Tal  
München  
Email: markus.backmund@p-i-t.info*

## Auswirkungen unterschiedlich schneller Abdosierungen mit DL-Methadon 1% während der stationären qualifizierten Entzugsbehandlung bei Opioidabhängigen

*W. Bernhard-Wehmeier, K. Meyer, M. Backmund*

**Einleitung:** Die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Opioidabhängigkeit hat sich in den 1990er Jahren in Deutschland etabliert (Backmund et al. 1998). Die Reduktion von Methadon hat sich als wirksame medikamentöse Therapie durchgesetzt (San et al. 1994, Backmund et al. 2001). Im Folgenden soll der Einfluss der Dosisreduktion auf die Beendigung der Entzugsbehandlung untersucht werden.

**Methodik:** Patienten, die in den Jahren 2006 und 2007 zur qualifizierten Entzugsbehandlung in die Villa stationär aufgenommen worden sind, wurden in die Auswertung aufgenommen, wenn sie mindestens drei Tage die von den Ärzten angeordnete Dosierung eingenommen haben. Der Ablauf und die Struktur der qualifizierten Entzugsbehandlung wurden an anderer Stelle beschrieben (Backmund et al. 1998, Backmund et al. 2001). Schwangerschaft war ein Ausschlusskriterium. Die Patienten wurden retrospektiv zwei Gruppen zugeordnet: Eine Gruppe wurde aus den Patientinnen und Patienten gebildet, deren Dosis täglich um mehr als 5 mg Methadon (0,5 ml Methadonhydrochloridlösung 1%) reduziert worden sind (Gruppe 1), die andere aus denen, deren Dosis um 5 mg Methadon (0,5 ml Methadonhydrochloridlösung 1%) oder weniger reduziert worden ist (Gruppe 2). Es wurde überprüft, wie viele Patienten jeweils regulär abgeschlossen haben - regulärer bedeutet 8 Tage stationäre psychotherapeutische Behandlung nach letzter Dosis - vorzeitig die Behandlung nach Absetzen der Entzugsmedikation beendet haben - also innerhalb der letzten 8 Tage - oder noch während der Abdosierung der Entzugsmedikation die Behandlung beendet haben.

**Ergebnisse:** 127 Patientinnen und Patienten wurden in die Auswertung aufgenommen. 62 Patienten wurden Gruppe 1 zugeordnet, 65 Gruppe 2. Durchschnittlich wurde in Gruppe 1 täglich um 4,4 mg Methadon reduziert, in der Gruppe 2 um 6,9 mg Methadon. Gruppe 1 hatte eine deutlich höhere reguläre Abschlussrate gegenüber Gruppe 2 (48% Entzugsversuch 29%). Nach Absetzen der Medikation (später Abbruch) beendeten in beiden Gruppen 32% der Patienten die Behandlung. Somit beendeten in Gruppe 1 im Vergleich zu Gruppe 2 deutlich weniger die Behandlung bereits während der Abdosierungsphase (früher Abbruch; 19% versus 38%).

**Diskussion:** Unbestritten ist seit langem, dass Methadon für die Entzugsbehandlung sehr geeignet ist (San et al. 1994, Backmund et al. 1998 und 2001). Wenige Studien gibt es über Vor- und Nachteile von Abdosierungsschemata. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass ein Dosisunterschied große Auswirkungen haben kann auf eine erfolgreiche Entzugsbehandlung. Oft wird von den Patienten der Wunsch geäußert, möglichst schnell den Entzug hinter sich zu bringen. Oder aber es werden Aufnahmetermine, Arbeitsbeginn, Familie und andere Termine als Argumente für eine kurze Behandlungszeit angeführt. Schließlich fordert die Kasse - unabhängig von Pflege-satzbasis oder DRG - bei längerem Aufenthalt Begründungen und droht mit Leistungsabzügen. Andererseits können zu lange Aufenthalte für die Patienten auch anstrengend werden. Auch muss berücksichtigt werden, dass die Patienten nicht randomisiert zugeteilt worden sind. Aufgrund des deutlichen Unterschiedes einer erfolgreichen Beendigung der Therapie und der damit verbundenen enormen Auswirkungen sollten prospektive, randomisierte Studien konzipiert werden.

**Schlussfolgerung:** Eine langsame Abdosierung durchschnittlich weniger als 5 mg Methadon pro Tag scheint einer schnelleren Abdosierung von mehr als 5 mg deutlich überlegen zu sein. Prospektive, randomisierte Studien sollten dieses Ergebnis überprüfen und eventuell ein optimales Abdosierungsschema finden.

### Literatur:

Backmund M, Eichenlaub D, Soyka M. Das Bundesmodellprojekt „Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger“ an einem Krankenhaus der Maximalversorgung: Konzept, Inanspruchnahme und klinische Ergebnisse. *Gesundheitswesen* 1998; 60: 552-557

Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D, Schütz CG. Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug Alcohol Depend* 2001; 64: 173-180

San L, Fernandez T, Cami J, Gossop M. Efficacy of methadone versus methadone and guanfacine in the detoxification of heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat*. 1994; 11(5): 463-469

---

**Kontrollierter Konsum illegaler Drogen:  
Das Programm KISS –  
Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum**

*GK Quest Akademie, J. Körkel*

Die Mehrzahl der KonsumentInnen illegaler Drogen ist nicht bereit und/oder nicht in der Lage, abstinent von allen legalen und illegalen Drogen zu leben – aufgrund negativer Konsumfolgen aber durchaus motiviert, den Konsum zu verändern/zurückzuführen.

An diesem Faktum ansetzend, wurde das Programm „KISS (= „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“; Körkel & Quest Akademie, 2007<sup>3</sup>) entwickelt. KISS ist ein verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm zur gezielten Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen, das in Geist und Methoden des Motivational Interviewing gründet. Es besteht aus zwei vorgeschalteten Einzelsitzungen und 12 strukturierten Gruppen- oder Einzelterminen. Bestandteile des Programms sind u.a. das Führen eines Konsumtagebuches, Festlegen von wöchentlichen Konsumzielen, Erkennen und Bewältigen von Risikosituation, Umgang mit „Ausrutschern“ u.a.m. Die Arbeitsunterlagen bestehen aus einem Durchführungsmanual für KursleiterInnen (einschl. CD-ROM mit Arbeitsblättern, Informationsbögen, Evaluationslisten usw.) sowie einem Handbuch für KlientInnen.

Mittlerweile wurden über 200 KISS-TrainerInnen in der Schweiz, Österreich und Deutschland ausgebildet. Wir können dadurch auf Erfahrungen in verschiedenen Arbeitskontexten und Ländern schauen. Neben Hintergründen und den Grundlagen des Programms möchten wir erste Ergebnisse aus Gruppen aufzeigen und ein Zwischenresümee der laufenden Studien ziehen.

---

*GK Quest Akademie  
Nürnberg  
straub@gk-quest.de  
www.gk-quest.de*

**Die Lungenfunktion bei Rauchern, opiatabhängigen Rauchern und opiatabhängigen Rauchern die Cannabis konsumieren**

*B. Piest*

Es sollte geklärt werden, ob Opiatkonsum oder die Kombination von Opiat- und Cannabiskonsum einen zusätzlichen schädigenden Effekt zum Zigarettenrauchen alleine an den Bronchien bewirkt. Dazu wurde bei 30 Nichtraucher, 30 Rauchern, 43 substituierten opiatabhängigen Rauchern und 19 substituierten opiatabhängigen Rauchern, die Cannabis konsumieren, eine Spirometrie durchgeführt. Ergebnis: Der Grad der Obstruktion lag bei opiatabhängigen Rauchern ungefähr doppelt so hoch wie bei „normalen“ Rauchern. Begleitender Cannabiskonsum ergab keinen Zusatzeffekt. Signifikante Unterschiede bestanden allerdings nur zwischen den Nichtrauchern und den Substituierten ohne/mit Cannabiskonsum.

Zwei Hypothesen lassen sich ableiten: 1 - Opiatabhängigkeit schädigt die Bronchien im Sinne einer Obstruktion zusätzlich zum Zigarettenrauchen. 2 – Cannabiskonsum bei Opiatabhängigen bewirkt keine zusätzliche Schädigung der Bronchien.

---

*Dr. Bernhard Piest  
Allgemeinarztpraxis  
Braunschweig  
Email: bernhardpiest@arcor.de*

## Ein leidenschaftliches Plädoyer für nicht - statistische Analysen - Lernen am Einzelfall

*A. Ulmer, M. Müller, B. Frietsch*

Dargestellt ist eine Geschichte von 14 Jahren bei einem männlichen Patienten, geb. 1966. 21 medizinisch unterstützte Entzüge, darunter 5 nach psychiatrischen Notaufnahmen. Die symptomatische Vorgeschichte der Krankheit reicht bis 1981 zurück!

### **Hier ist eine chronische Krankheit abgebildet,**

- die immer wieder schwere Symptome macht - und damit das Leben zerstört.

*Was würden wir tun, wenn irgendeine andere Krankheit einen solchen Verlauf zeigen würde ?*

*Würden wir nicht sagen: Dieser Patient braucht eine Basismedikation wie ein Asthmatiker oder ein Diabetiker?*

- Wie fast immer bei abhängigen Patienten, sehen wir eine führende Abhängigkeitssubstanz: hier Alkohol, aber wiederholte Switche zwischen Alkohol und Opiaten.
- Alkohol ist besonders gefährlich für Patienten mit chronischer Hepatitis C (CHC).
- Der entscheidende Fehler in dieser Geschichte war die ständige Überzeugung, dass Abstinenz das Beste sei.
- Wieder und wieder versuchte der Patient, ohne Dauermedikation zu leben, in ständiger Furcht, zu abhängig zu werden.
- Die ständige Ablehnung längerfristiger Substitution und wiederholte psychiatrische Notaufnahmen geben Hinweise auf eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung, aber auch, dass es noch nicht etabliert ist, Abhängigkeitserkrankungen mit demselben Standard zu behandeln wie Asthma und Diabetes.
- Das Abstinenzdogma hat inzwischen mehr als 10 Jahre dieses Lebens zerstört und den Fortschritt der Hepatitis beschleunigt.

Der dargestellte Einzelfall ist keine Ausnahme, sondern stellt das dar, was wir normalerweise sehen, wenn keine Substitutionsbehandlung stattfindet!

### **Wir sollten nie aufgeben, vom Einzelfall zu lernen!**

---

*Albrecht Ulmer  
Markus Müller  
Bernhard Frietsch  
Stuttgart  
Email: [albrecht.ulmer@gmx.de](mailto:albrecht.ulmer@gmx.de)*

## Langzeitbeobachtung der gesundheitlichen Belastungen substituierter Opiat-abhängiger

D. Gansefort, B. Schulte, E. Neumann, U. Verthein, J. Reimer

*Hintergrund:* Die Lebensqualität von Opiatabhängigen wird häufig durch somatische und/oder psychiatrische Begleiterkrankungen eingeschränkt. In der medizinischen Versorgung haben Opiatabhängige mit einer schwerwiegenden Komorbidität wie z.B. einer HCV und/oder HIV-Infektion Zugang zu einer Substitutionsbehandlung. Bislang liegen jedoch über die langzeitlichen Effekte dieser Substitutionsbehandlung auf die gesundheitliche Belastung von Opiatabhängigen wenige Erkenntnisse vor.

*Zielsetzung:* Beschreibung der Entwicklung der gesundheitlichen Belastung substituierter Opiatabhängiger im ambulanten Suchthilfesystems Hamburg

*Methodik:* In die deskriptive Analyse wurden Betreuungsdaten von substituierten Opiatabhängigen einbezogen, von denen über den Beobachtungszeitraum (2001-2006) mindestens einmal pro Erhebungsjahr eine Dokumentation in der Hamburger Basisdatendokumentation (BADO; [www.bado.de](http://www.bado.de)) erfolgte (keine zwangsläufig kontinuierliche Betreuung). Die Angaben zur somatischen und psychischen Gesundheit beruhen auf der Beurteilung der jeweiligen BetreuerInnen.

*Ergebnisse:* Kontinuierliche Dokumentationen aus den Jahren 2001 bis 2006 lagen von 354 substituierten Opiatabhängigen (73% männlich, Gesamtdurchschnittsalter 36,1 Jahre (2001)) vor. Im Beobachtungszeitraum stieg die HCV-Seroprävalenz von 62% (2001) auf 75% (2006), die HIV-Prävalenz zwischen 2001 und 2006 von 6% auf 10%. Ebenso wurden stetige Zunahmen von Herz-Kreislaufbeschwerden (von 4% in 2001 auf 17% in 2006 und von leichten und mittelschweren psychischen Belastungen dokumentiert. Extreme psychische Belastungen nahmen hingegen im Beobachtungszeitraum von 13% (2001) auf 2% (2006) ab.

*Diskussion:* Die vorliegenden Betreuungsdaten aus den Jahren 2001 bis 2006 zeigen z.T. deutliche Zunahmen in der somatischen und psychischen Belastung von substituierten Opiatabhängigen, wobei allerdings extreme psychische Belastungen über den Beobachtungszeitraum abnehmen. Es lässt sich eine Zunahme von drogenassoziierten Infektionserkrankungen bei Opiatabhängigen in kontinuierlicher oder zeitlich eng aufeinander folgender Substitutionsbehandlungen konstatieren. Unsere Resultate bestätigen grundsätzlich die infektiologischen Ergebnisse und Schlussfolgerungen der COBRA-Studie (Backmund et al. 2006, Gölz et al. 2006) und geben Hinweise auf besondere Problemlagen in der medizinischen Versorgung von Langzeitbetreuten (vgl. Martens et al. 2004). Weitere Untersuchungen zur gesundheitlichen Versorgungsforschung sind daher nötig um die zukünftigen Erfordernisse in der gesundheitlichen Betreuung von Opiatabhängigen zu analysieren sowie die Prävention von drogenassoziierten Infektionserkrankungen in dieser Gruppe von Opiatabhängigen effektiver zu gestalten.

### Literatur

- Backmund M et al. (2006): Die Behandlung der Hepatitis C während der Substitutionsbehandlung – Diskussion der Ergebnisse der COBRA-Studie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis. 8, 76-77.
- Gölz J et al. (2006): Drogenabhängigkeit: Unterversorgung und Fehlallokation. Deutsches Ärzteblatt. 103(44).
- Martens MS et al. (2004). Statusbericht 2003 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2003. BADO e.V. (Hrsg.) Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Hamburg: Kreuzfeldt Verlag. (ISSN 1611-5104).

## Langzeitbehandlung von Alkoholabhängigen mit Opiatagonisten

A. Ulmer, M. Müller, B. Frietsch

Einleitung: Nach wie vor herrscht bei der großen Zahl Alkoholabhängiger, die eine Vielzahl von Entzugsversuchen und Therapien ohne anhaltenden Erfolg durchlaufen haben, weitgehende therapeutische Ratlosigkeit.

Es fehlt eine wirksame Dauermedikation, während ihr Krankheitsbild den Verlauf einer insuffizient behandelten chronischen Krankheit aufweist (s. das andere Abstract / Poster).

Versuche mit einer Art Basis- oder Dauermedikation sind vor allem da indiziert,

- wo Patienten trotz besten Bemühens weder mit noch ohne Alkohol zurecht kommen und
- wo Patienten besonders aus gesundheitlichen, aber auch aus sozialen Gründen dringend einen anhaltend krankhaften Alkoholkonsum überwinden müssen, aber nicht dazu in der Lage sind.

Mehreres weist darauf hin, dass Opiatagonisten hierfür zumindest infrage kommen. Es gibt keinen Zweifel an einem wichtigen Zusammenhang zwischen Alkohol und Opiatrezeptoren durch folgende Hinweise:

1. Grundlagenarbeiten vor allem von J.C. Fröhlich (1993) und C. Gianoulakis (1993 / 94)
2. Den häufigen Switch von Abhängigen zwischen Alkohol und Opiaten
3. Die partielle Wirksamkeit des Opiatantagonisten Naltrexon
4. Publikationen schon 1929 von Kafemann sowie der DGDS-Gründer und Substitutionspioniere Grimm (1992) und Elias (1996) über erfolgreiche Behandlungen von Alkoholabhängigen mit Codein / Dihydrocodein.

Im Stadium fehlender weiterer Erforschtheit ist es besonders wichtig, Hinweisen und dokumentierten Eindrücken nachzugehen. Demnach kann Folgendes für wahrscheinlich gehalten werden:

- Die Alkoholcraving reduzierende Wirkung von Opiaten ist dosisabhängig. Bei Opiatsubstituierten lassen sich Alkoholprobleme teilweise durch Dosiserhöhungen reduzieren und überwinden.
- Die Alkoholcraving reduzierende Wirkung scheint zwischen unterschiedlichen Opioiden zu divergieren.
- Noch durch keine Studie erwiesen, aber nach deutlichem „klinischen Eindruck“ ist die Alkoholcraving reduzierende Wirkung besonders stark bei Diamorphin (Heroin), stark bei Codein / Dihydrocodein, weniger stark bei Methadon und bisher noch unzureichend einzuordnen bei Buprenorphin.

Eigenes Vorgehen: Vorsichtig und systematisch, mit ständiger Dokumentation, regional bis international vernetzt, haben wir seit 1997 ebenfalls Behandlungen mit Dihydrocodein bei insgesamt 73 alkoholabhängigen Patienten erprobt. Die Anfangsdosis lag meist bei 120 bis 160 mg/die (auf 4 x täglich aufgeteilt). Nur wenige Patienten wurden mit einer höheren Dosis als 300 mg/die behandelt.

Ergebnisse: Während statistische Analysen noch in Arbeit sind, die auch zeigen werden, dass der Ansatz für die Mehrheit der Patienten noch nicht passend war, verfügen wir inzwischen schon über eine Reihe von Einzelfalldokumentationen, aus denen sich folgende Erkenntnisse ableiten lassen:

1. Zumindest für einige Alkoholabhängige kann die Behandlung mit Dihydrocodein zu phänomenalen, teils heilungsähnlichen Verbesserungen führen.
2. Bei systematischem Vorgehen tritt in keinem Fall das befürchtete Phänomen einer Verschlechterung durch das Hinzufügen einer weiteren Abhängigkeit ein.
3. Die Steuerbarkeit des Dihydrocodeinkonsums ist, im Gegensatz zum Alkohol, und auch im Gegensatz zu Benzodiazepinen, hervorragend.
4. Selbst wenn die Patienten sich ablehnend äußern, entsteht praktisch nie der Eindruck einer klinischen Verschlechterung durch die Verordnung von Dihydrocodein, in vielen, auch scheiternden Fällen aber der Eindruck einer deutlichen Besserung.
5. Einzelne Patienten empfinden die Wirkung von Dihydrocodein als unangenehm, berichten, dass sie mehr Nebenwirkungen (Obstipation, Juckreiz) als Wirkungen und manchmal überhaupt keine positiven Wirkungen spüren.
6. Bei der Mehrzahl der Patienten, denen wir mit Dihydrocodein noch nicht langfristig helfen konnten, ist für uns der Eindruck entstanden, dass wir sie zu vorsichtig behandelt haben: Dass wir ihnen mit einer sehr eingehenden Information über das Pionierhafte der Behandlung Angst gemacht haben und / oder die Dosis zu vorsichtig blieb.
7. Wir konnten etwa einem Viertel der Patienten nachhaltig anhaltend helfen, immerhin überwiegend schwerst abhängigen Patienten mit völliger Hoffnungslosigkeit auf seiten der Patienten wie Therapie-

ten. Die Erfolgsrate lässt sich durch systematische Erforschung / Etablierung und eine positivere Resonanz der umgebenden Fachwelt sicher entscheidend optimieren.

Zusammenfassung: Unsere Ergebnisse zeigen zweifellos, dass eine schwerste Alkoholabhängigkeit mit Dihydrocodein hervorragend behandelt werden kann. Eine systematische Erforschung ist dringend angezeigt.

Es handelt sich um ein Thema mit hoher Dringlichkeit und sicher weltweiter Bedeutung.

Die Behandlung ist noch nicht reif für eine Übertragung in die allgemeine Praxis. Dihydrocodein ist bei unstrukturierter Opiatsubstitution mit einer Reihe von Todesfällen verbunden gewesen und deshalb in dieser Indikation nur noch ausnahmsweise zugelassen. Überwachungsbehörden und skeptische Kollegen verfolgen die Entwicklung in der Alkoholtherapie sehr kritisch.

Um so mehr bedarf dieser neue Ansatz einer strukturierten, wissenschaftlich gestützten Entwicklung.

---

*Albrecht Ulmer*

*Markus Müller*

*Bernhard Frietsch*

*Stuttgart*

*Email: [albrecht.ulmer@gmx.de](mailto:albrecht.ulmer@gmx.de)*

## **HCV/HIV-Prävalenz bei opiatabhängigen KlientInnen mit und ohne Migrationshintergrund im ambulanten Suchthilfesystem Hamburg**

*K Schnackenberg, B Schulte, C Haasen, U Verthein, J Reimer*

*Hintergrund:* Intravenöser (i.v.) Drogenkonsum gilt als ein bedeutender Risikofaktor für den Erwerb einer Infektion mit dem Hepatitis C Virus (HCV)- oder Humanen Immunodefizienz Virus (HIV). Entsprechend des hohen Übertragungsrisikos durch den gemeinsamen Gebrauch von Nadeln und Spritzenutensilien weisen i.v.-Drogenkonsumenten gegenüber der Allgemeinbevölkerung und anderen Risikogruppen mehrfach erhöhte HCV/HIV-Inzidenz- und Prävalenzraten auf. Aufgrund fehlender aggregierter Daten liegen derzeit kaum gesicherte Erkenntnisse über die Prävalenz von drogenassoziierten Infektionserkrankungen bei opiatabhängigen Migranten vor.

*Zielsetzung:* Vergleichende Analyse zur HCV/HIV Prävalenzraten bei opiatabhängigen Klienten der Hamburger ambulanten Suchthilfe mit und ohne Migrationshintergrund.

*Methodik:* Als Datengrundlagen dienen die anonymisierten Betreuungsdaten der Hamburger Basisdatendokumentation der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (BADO) aus dem Jahr 2006. Im Rahmen der Querschnittanalyse wurden die Daten von opiatabhängigen Klienten gemäß den Angaben zum Migrationshintergrund in drei Gruppen zusammengefasst (1. kein Migrationshintergrund, 2. selbst migriert, sowie 3. als Kind von Migranten geboren) und hinsichtlich ihrer HCV/HIV-Prävalenz untersucht. Die Auswertung erfolgte mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson sowie univariater Varianzanalysen.

*Ergebnisse:* Insgesamt wurden die Daten von 2424 opiatabhängigen Klienten des ambulanten Hamburger Suchthilfesystems in die Analyse einbezogen, 79,6% der Klienten hatten keinen Migrationshintergrund, 14,4% der Klienten waren selbst migriert und 6% der Klienten hatten Eltern mit Migrationshintergrund. Der Anteil der männlichen Klienten lag in den Gruppen der migrierten Klienten mit 85,4% deutlich höher als in den beiden Vergleichsgruppen. Deutsche Klienten (N=1962) sind mit einem Durchschnittsalter von 38,7 (SD = 8,2) Jahren um durchschnittlich 5,7 Jahre älter als Klienten der Vergleichsgruppen mit Migrationshintergrund (selbst migriert N = 329, Durchschnittsalter = 35,6 (SD = 9,4) Jahre; als Kind von Migranten N = 133, Durchschnittsalter = 33,0 (SD = 7,2) Jahre). Hinsichtlich weiterer soziodemographischer Merkmale unterschieden sich die Gruppen nicht voneinander. Die Gruppe der Klienten ohne Migrationshintergrund zeigt mit Raten von 58,0% bzw. 8,6% eine deutlich höhere Prävalenz an HCV/HIV-Infektionen als die Vergleichsgruppen (selbst migriert 36,6% bzw. 3,0%; als Kinder von Migranten geboren 43,8% bzw. 4,5%). Univariate Varianzanalysen bestätigten das Alter der Klienten als unabhängige Einflussvariable für eine HCV/HIV-Infektion.

*Diskussion:* Gemäß den vorliegenden Betreuungsdaten aus dem Jahr 2006 sind die im Hamburger Suchthilfesystem betreuten opiatabhängigen Klienten ohne Migrationshintergrund signifikant häufiger von HCV/HIV-Infektionen betroffen als Klienten in den Vergleichsgruppen mit Migrationshintergrund. Der Zusammenhang zwischen Alter und Infektionsstatus erfordert zeitnahe Präventionsmaßnahmen zu Vermeidung von Serokonversion bei Opiatabhängigen mit Migrationshintergrund. Zudem müssen weitere kausale Einflussfaktoren, wie Konsummuster und individuelles Risikoverhalten, als Gegenstand weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen geprüft werden.

---

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung  
der Universität Hamburg