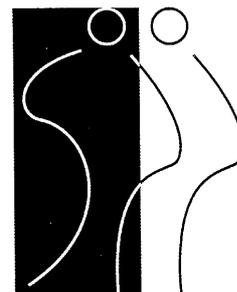




BAS-SUCHTFORSCHUNGSTELEGRAMM

HEFT 17

06. Dezember 2008



**Bayerische
Akademie für
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089-530 730-0
Fax: 089-530 730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

Liebe Leserinnen und Leser,

noch rechtzeitig vor dem Jahreswechsel möchten wir Sie gerne über einige aktuelle Publikationen sowie die jüngsten Aktivitäten aus verschiedenen Projekten und Arbeitsbereichen der BAS e.V. informieren.

Wir wünschen Ihnen auch im Namen unserer Kolleginnen aus der BAS-Geschäftsstelle eine friedliche und stressfreie Vorweihnachtszeit, ein schönes Weihnachtsfest und natürlich ein glückliches und gesundes Neues Jahr 2009.

Dipl.-Psych. Melanie Arnold *Dr. Beate Erbas*

(Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen)

Literaturreferate

Effektivität von medizinischer Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit	5
Verbesserung der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer	7
Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugendalter – Bedeutung von Kohärenzsinn und Risikowahrnehmung	9
Was ist Liquid Ecstasy?	12

Hinweis

Sind Sie auf der Suche nach einer bereits in der Vergangenheit erschienenen Ausgabe des BAS-Suchtforschungstelegramms?

Sämtliche BAS-Suchtforschungstelegramme finden Sie zum Herunterladen auf unserer Website www.bas-muenchen.de unter der Rubrik „Publikationen/ Suchtforschungstelegramm“.

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
Konto-Nr. 8890100
BLZ 700 205 00

1. Vorsitzender:
PD Dr. med. Norbert Wodarz

2. Vorsitzender:
Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Schatzmeister:
Bertram Wehner
Dipl.-Sozialpäd. (FH)

Vorstandsmitglieder:
Christiane Fahrmbacher-Lutz
Apothekerin
Dr. rer.soc. Christoph Kröger
Dipl.-Psychologe

Ehrevorsitzender:
Prof. Dr. med. Jobst Böning

Verschiedenes

1. Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

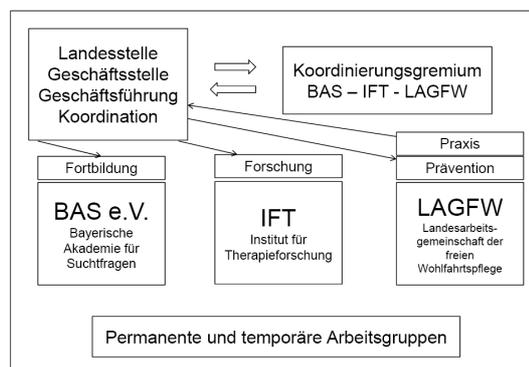
Seit Anfang Oktober arbeitet die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern in voller Besetzung. Die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern wird von drei Kooperationspartnern – BAS, IFT und LAGFW – getragen, die jeweils ihrem Schwerpunkt entsprechend Aufgaben übernehmen (vgl. Abbildung). Die Hauptaufgabe der BAS innerhalb der Landesstelle ist es dementsprechend, den Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis durch ein umfassendes Angebot an Fortbildungen zu gewährleisten und die Vernetzung der beteiligten Akteure untereinander zu fördern.

Im ersten Halbjahr ihres Bestehens – die Eröffnung fand am 30.06.2008 statt – wurden zum einen die beim Aufbau eines neuen Bereiches entstehenden Arbeiten abgeschlossen, wie etwa die Erstellung der **Broschüre** und die Mitgestaltung des Internetauftrittes. Zum anderen wurden verschiedene Projekte angestoßen, z.B. Arbeitsgruppen gegründet, Fachstellentreffen durchgeführt und der erste **Newsletter** versendet, der künftig etwa vierteljährlich erscheinen wird. Der Newsletter enthält ähnlich wie das Suchtforschungstelegramm u.a. aktuelle Informationen zu Veranstaltungen sowie Literaturreferate (Anmeldung hierzu unter www.lsgbayern.de). Als weiteres Projekt wurde bayernweit – verteilt auf die Standorte Nürnberg, München und Würzburg – mit der Durchführung der ersten **Basisschulungen** begonnen. Ziel der Basisschulungen ist, MitarbeiterInnen von Beratungseinrichtungen, Schuldnerberatungen sowie aus Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen grundlegende Informationen zur Phänomenologie des „Pathologischen Glücksspielens“ zu vermitteln. Als weiterer Baustein im Gesamtkonzept fand Anfang Dezember das erste **Symposium** der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern mit dem Titel „Glücksspielsucht – aktueller Stand des Wissens“ statt. Dabei wurden aktuelle Forschungsergebnisse aus den Bereichen Neurobiologie und Epidemiologie sowie die praktische Arbeit in Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen vorgestellt.

Im **kommenden Jahr** wird die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern eine eigene **Vortragsreihe** veranstalten, die das Glücksspiel und die damit einhergehenden Risiken in den Mittelpunkt stellt. Die Vortragsreihe ist – wie die klassische Vortragsreihe der BAS – für die interessierte Öffentlichkeit kostenfrei zugänglich. Neben diesen allgemein zugänglichen Veranstaltungen wird es Fachweiterbildungen für spezifische Berufsgruppen, die direkt oder indirekt mit pathologischen Glücksspielern arbeiten, geben. Voraussichtlich werden sich die Schulungsinhalte der **Aufbauschulungen** u.a. auf die Themenbereiche Diagnostik und Komorbidität, Behandlung und Therapie sowie die Arbeit mit Angehörigen beziehen. Im Sommer wird zum einjährigen Bestehen der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern ein weiteres **Symposium** stattfinden. Um den Erfahrungsaustausch im Hilfesystem und eine bessere Vernetzung der Praxisstellen untereinander zu fördern, sind im kommenden Jahr **Netzwerktreffen** geplant.

Die genauen Termine für die einzelnen Veranstaltungen stehen noch nicht fest. Wir werden die Termine so bald wie möglich auf unserer Homepage bekannt geben und gesondert darüber informieren.

Weitere Informationen zum Thema Glücksspielsucht und den Aufgaben und Aktivitäten der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern finden Sie auf der Website www.lsgbayern.de.



2. STAP (Ständiger Ausschuss Praxis)

Die bereits im August angekündigten Materialien zur Drogentodprävention – eine scheckkartengroße Notfallinformation sowie ein Drogennotfallflyer – sind bereits in Druck, werden ab Januar 2009 auf der BAS-Website veröffentlicht und können dann über die BAS-Geschäftsstelle (bas@bas-muenchen.de) angefordert werden.

Der Leitfaden zur Drogentodprävention soll im Frühjahr 2009 fertiggestellt werden.

Ferner erfolgte Ende November die Planung der Vortragsreihe durch die Mitglieder des STAP.

3. Vortragsreihe 2009

Folgende Themenwünsche sollen im kommenden Jahr umgesetzt werden:

- Präventionsarbeit mit Eltern bzw. Mutter-Unterstützungstraining für substituierte Frauen mit Kindern
- Über 25 Jahre § 35 BtMG – Versuch einer Bilanz
- Sucht im Alter mit dem Schwerpunkt Medikamentenabhängigkeit
- Gewalt unter Alkoholeinfluss
- Aktuelle Befunde zur Neurobiologie der Sucht
- Ergebnisse der CANDIS-Studie unter Berücksichtigung der Wirksamkeitsüberprüfung in der Praxis

Über die einzelnen Termine und Veranstaltungsorte werden wir gesondert informieren.

4. Aktueller Stand zur Umsetzung von HaLT in Bayern

HaLT-Standorte in Bayern

Insgesamt 16 Einrichtungen haben das HaLT-Zertifikat von der BAS e.V. erhalten und setzten das HaLT-Projekt gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern in ihrer Region um. Weitere fünf Standorte bereiten derzeit die Umsetzung von HaLT vor.

Monitoring HaLT in Bayern

Die BAS e.V. führt zur Qualitätssicherung des HaLT-Projektes ein schriftliches Monitoring durch. Im Oktober 2008 fand die erste Erhebung in allen bayerischen Standorten statt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Projekt in vielen Standorten bereits gut angelaufen ist.

Im reaktiven Teil des Projektes fanden insgesamt über 270 Brückengespräche und über 230 Elterngespräche sowie 7 Risikocheckseminare statt. Über 60 gefährdeten Jugendlichen wurde nach Abschluss des HaLT-Projektes eine Weiterbehandlung empfohlen.

Im proaktiven Bereich wurden zahlreiche Kooperationen gegründet bzw. ausgebaut. Das Thema Jugendschutz konnte bei etlichen Veranstaltungen umgesetzt werden. Weiterhin haben unterschiedliche Medien über die Entwicklung und die erfolgreiche Umsetzung des HaLT-Projektes berichtet. Nach Abschluss der Auswertung werden wir Sie über die Ergebnisse des Monitorings im Detail informieren.

Anträge zur Gewährung von Sachmitteln

Wir freuen uns, dass sich statt der ursprünglich geplanten 6-8 Standorte nun 21 Standorte am HaLT-Projekt beteiligen. Die BAS e.V. befürwortet eine finanzielle Unterstützung interessierter Standorte durch das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit nach dem Ablauf der Projektzeit im Sommer 2009. Interessierte Zentren können sich weiterhin an

Frau Senghaas wenden und werden auf eine Warteliste aufgenommen. Selbstverständlich werden wir Sie über Neuigkeiten in diesem Punkt informieren.

HaLT-Veranstaltungen

Am 27/28.11.2008 hat die BAS e.V. auf Grund der großen Nachfrage eine zusätzliche Basisschulung mit Frau Kuttler und Frau Lang aus der Villa Schöpfli organisiert. Am 13.01.2009 veranstaltet die BAS e.V. ein Treffen zum Erfahrungsaustausch für die Mitarbeiter der bayerischen HaLT-Standorte. Im Vordergrund steht dabei der praxisbezogene Erfahrungsaustausch. In Zusammenarbeit mit Frau Lang bietet die BAS e.V. am 14.01.2009 ein Seminar zum Brückengespräch an.

5. Netzwerktagung

Die Dokumentation zur 18. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern zum Thema „**Die Behandlung von Abhängigkeit im Spannungsfeld von Justiz, Patientenrecht und ärztlichem Handeln**“ vom 15. Oktober 2008 kann auf der BAS-Website abgerufen werden.

6. Personalien

Das Team der Landesstelle Glücksspielsucht ist nun vollständig. Im Herbst nahmen die beiden Diplom-Psychologinnen **Ursula Buchner** und **Daphne Cisneros** sowie Herr Diplom-Sozialpädagoge **Marco Stürmer** ihre Arbeit auf.

Veranstaltungen

- 19.02.2009** Tagung für Hebammen und Mitarbeiterinnen aus Schwangerenberatungsstellen
09:30 Uhr **„Rauchen in der Schwangerschaft – motivierende Beratung zum Rauchverzicht“**
Veranstaltungsort: Augsburg, Regierung von Schwaben
- 25.03.2008** Tagung für Hebammen und Mitarbeiterinnen aus Schwangerenberatungsstellen
09:30 Uhr **„Rauchen in der Schwangerschaft – motivierende Beratung zum Rauchverzicht“**
Veranstaltungsort: München, Frauenklinik der Universität München, Maistr. 11

Weitere Informationen zu unseren Veranstaltungen erhalten Sie in der BAS-Geschäftsstelle (089 530730-0) oder unter „Aktuelles“ und „Veranstaltungen“ unter www.bas-muenchen.de.

Effektivität von medizinischer Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Einleitung

Die gesetzliche Rentenversicherung bietet u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit an. Dabei ist nach §9 SGB VI und § 4 SGB IX die berufliche (Wieder-)Eingliederung das zentrale Ziel der gesetzlichen Rentenversicherung. Dieses Ziel hängt eng mit der Abstinenz vom Suchtmittel – dem zentralen Therapieziel der Entwöhnungsbehandlung – zusammen: die Abstinenz fördert die berufliche (Wieder-)Eingliederung, diese wiederum unterstützt die Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Erfolgreiche berufliche (Wieder-)Eingliederung bedeutet dabei idealerweise vollschichtige und existenzsichernde Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, möglichst qualifikationsadäquat, bedürfnisgerecht und unbefristet. Diese idealen Vorstellungen sind auf dem aktuellen deutschen Arbeitsmarkt nicht immer zu erreichen.

In der vorliegenden Studie wird untersucht, wie sich die Beschäftigungssituation im Verlauf von zwei Jahren nach rehabilitativer Intervention darstellt und welche Einflussfaktoren die Prognose für die erfolgreiche (Wieder-)Eingliederung erhöhen. Aus einer anderen Studie ist dazu bereits bekannt, dass eine Erwerbstätigkeit vor Beginn der Therapie einen positiven Einfluss auf das Therapieziel Abstinenz hat.

Methodik

Auf Grundlage der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die jährlich von den Trägern der Rentenversicherung als Ergänzung zu den Routinestatistiken zur Rehabilitation, zum Rentenzugang und zum Versichertenstand aufgebaut wird, wurden Auswertungen für pflichtversicherte Rehabilitanden durchgeführt, die im Jahr 2004 bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) primär eine stationäre Suchtrehabilitation wegen Alkoholabhängigkeit beendet haben. Es handelte sich dabei um 17.378 Männer und 4.063 Frauen mit einem Altersdurchschnitt von 43,3 Jahren. Die Einflussfaktoren auf die berufliche (Wieder-)Eingliederung wurden in einer binär logistischen Regression ermittelt.

Ergebnisse

Die Zusammensetzung des Kollektivs der alkoholabhängigen Rehabilitanden unterscheidet sich von der der allgemeinen Rehabilitanden. Zum Einen unterschieden sich die Kollektive bezüglich des Geschlechterverhältnisses: In der allgemeinen Gruppe findet sich ein Frauenanteil von 46%, in der Gruppe der alkoholabhängigen Rehabilitanden liegt dieser Anteil bei 20% (stationäre/ganztägige ambulante Therapie) bzw. 28% (ambulante Therapie). Des Weiteren liegt der Altersdurchschnitt mit 43,3 Jahren (stationäre Suchtbehandlung) bzw. 44,4 Jahren (ganztägige ambulante und ambulante Suchtbehandlung) der alkoholabhängigen Rehabilitanden niedriger als bei allen Rehabilitanden (47,4 Jahre). Der Anteil der Betroffenen, bei denen ein Übergang in die Altersrente stattfindet, ist dementsprechend bei alkoholabhängigen Betroffenen niedriger. Auch der Anteil der Betroffenen, die wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus dem Erwerbsleben ausscheiden, liegt im Bereich der Suchtrehabilitation mit 8% (stationäre Behandlung) bzw. 5% (ganztägige ambulante und ambulante Suchtbehandlung) niedriger als bei allen Rehabilitanden (11%).

Bei den alkoholabhängigen Rehabilitanden zeigen sich im Gegensatz zu den allgemeinen Rehabilitanden vermehrt auftretende Lücken bei den Beitragsverläufen. Dies ist ein Hinweis auf die zum Teil wenig stabilen beruflichen Integrationsprozesse bei Alkoholabhängigen. Die Verläufe nach ganztäglich ambulanter bzw. ambulanter Therapie sind dabei etwas günstiger als nach stationärer Therapie. Dies zeigt, dass die ambulante Rehabilitation unter bestimmten Umständen genauso wirksam ist wie die stationäre Therapie. Dieses Ergebnis kann aber auch mit der prognostisch günstigen besseren sozialen Integration der Betroffenen in ambulanter Rehabilitation zusammenhängen.

Ein weiterer Unterschied zwischen den alkoholabhängigen Rehabilitanden und den allgemeinen Rehabilitanden zeigt sich bei der Arbeitslosigkeit zum Zeitpunkt der Antragsstellung: von den alkoholabhängigen Rehabilitanden waren in ambulanten Entwöhnungsprogrammen 28%, in ganztätig ambulanten 31% und in stationären Behandlungen 38% arbeitslos. Im Gegensatz dazu waren nur 12% aller Rehabilitanden arbeitslos.

Insgesamt waren von den stationär behandelten alkoholabhängigen Rehabilitanden 18% über den gesamten Zeitraum der zwei Jahre durchgängig beschäftigt; in der Gruppe der allgemeinen Rehabilitanden beträgt die Quote etwa das Doppelte.

Unter Einbeziehung der Beschäftigungsstruktur bei Antragsstellung bezogen auf die alkoholabhängigen Rehabilitanden zeigen sich in den sozialmedizinischen Verläufen erhebliche Unterschiede. Von den Personen, die vor der Rehabilitation erwerbstätig waren, sind in den beiden Jahren nach der Rehabilitation im Durchschnitt 56,1% erwerbstätig und 27,9% arbeitslos. Bei den Personen, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung arbeitslos waren, sind im ersten Monat nach der Rehabilitation nur 12% erwerbstätig und 65,8% arbeitslos. Allerdings steigt die Quote der Erwerbstätigen im Verlauf der zwei Jahre auf 16,1% an.

Als Einflussfaktoren wurden neben den soziökonomischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Bildung und Familienstand auch Indikatoren der Beschäftigungssituation der jeweiligen Region sowie die Erwerbssituation zum Zeitpunkt der Stellung des Reha-Antrags einbezogen. Außerdem wurden die Entlassungsform, die Dauer der Rehabilitation und vorherige Rehabilitationserfahrungen einbezogen. Im Ergebnis zeigt sich insgesamt eine gute Varianzaufklärung. Das Geschlecht hat dabei keinen Einfluss auf die Beschäftigungssituation nach der Rehabilitation. Die soziale Schicht ist dagegen ein bedeutender Einflussfaktor: je höher das Entgelt pro versicherungspflichtig beschäftigtem Tag bei Antragsstellung war, desto häufiger findet eine Beschäftigung nach der Rehabilitation statt. Auch die Region (West- bzw. Ostdeutschland) hat einen signifikanten Einfluss auf die Beschäftigungssituation, was allerdings aufgrund der höheren Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern nicht überraschend ist. Auch vorherige Rehabilitationserfahrung sowie Art der Entlassung haben Einfluss auf die Beschäftigungssituation nach der Rehabilitation. Personen ohne vorherige Rehabilitationserfahrung haben etwas höhere Chancen auf Beschäftigung, ebenso wie Personen nach einer regulären Entlassung. Längere Rehabilitationsleistungen haben ebenfalls einen positiven Effekt auf die Beschäftigung. Insgesamt sind damit für die berufliche (Wieder-)Eingliederung dieselben Merkmale wirksam wie für die erfolgreiche Abstinenz.

Bedeutung für die Praxis

Die medizinische Rehabilitation bewirkt zwar keine Trendumkehr bei Arbeitslosigkeit, verhindert aber über die Verbesserungen der persönlichen Voraussetzungen eine weitere Eskalation der beruflichen Desintegrationsprozesse. In den vergangenen Jahren wurde verstärkt auf die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation geachtet, um ein Gegengewicht zu den derzeit ungünstigen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt zu schaffen. Da die Beschäftigungsprognose für Alkoholabhängige, die vor der Rehabilitation erwerbstätig waren, deutlich besser ist, sollte ein Fokus darauf gelegt werden, Betroffene für Entwöhnungsbehandlungen zu gewinnen, bevor der Verlust des Arbeitsplatzes erfolgt. Dies ist zum Einen eine Aufgabe für das betriebliche Gesundheits- und Eingliederungsmanagement und zum Anderen stellt es eine Aufforderung an alle Führungskräfte dar, Suchtproblematiken zu beachten.

Buschmann-Steinhage R, Zollmann P (2008). Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. Suchttherapie 9: 63-69.

Verbesserung der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer

Einleitung

In den letzten 15 Jahren haben sich insbesondere bei Jugendlichen die Konsumhäufigkeit einzelner spezifischer psychotroper Substanzen und/oder die Häufigkeit und Schwere der mit dem Konsum verbundenen Probleme geändert. Dennoch wurden in Deutschland die bestehenden Versorgungsstrukturen und -prozesse nicht auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse evaluiert und optimiert. Neben der mangelnden Anwendung neuer geprüfter Therapieverfahren findet auch kein ausreichender Transfer der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis statt. So wurden bspw. aktuelle Prävalenz- und Inzidenzschätzungen, Kenntnisse zu aktuellen Risikogruppen, Risikokonstellationen und Verlaufstypologien nicht für die Anpassung von Prävention und Intervention genutzt. Auch Kenntnisse zur Nutzung und Effektivität von Versorgungseinrichtungen blieben bislang weitgehend ungenutzt.

Um diese Lücke zu schließen wurde in der Region München auf Basis einer bereits seit 1995 laufenden Längsschnittuntersuchung der Versorgungsbedarf in vier Untersuchungswellen ermittelt. In vier Teilprojekten wurde dazu zunächst Daten zum Konsum, Missbrauch und zur Abhängigkeit von psychotropen Substanzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhoben. Zudem wurden die relevanten Merkmale der Einrichtungen der Region sowie die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe erfasst. Auf Grundlage dieser Daten wurde im vierten Teilprojekt der Bedarf zur Optimierung des Versorgungsangebotes in Zusammenarbeit mit Vertretern aus Forschung und Praxis erarbeitet.

Seit Beginn des Projekts 1995 ist ein konstanter Anstieg der Prävalenz- und Inzidenzraten beim Cannabiskonsum zu verzeichnen. Im vorliegenden Projekt wird der mehrfache/regelmäßige Konsum auf 30%, die Prävalenz einer Cannabisabhängigkeit auf 3% geschätzt. Außerdem deuten die Zahlen sowohl bezüglich des Konsums wie auch von Missbrauch und Abhängigkeit auf eine Verschiebung in Richtung jüngerer Konsumenten hin. Auch bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind die Inzidenzraten gegenüber den früheren Erhebungen signifikant gestiegen. Die Ergebnisse zur Nikotinabhängigkeit zeigen, dass ein Konsum illegaler Substanzen die Entwicklung einer Nikotinabhängigkeit fördert.

Familiäre Vulnerabilitätsfaktoren konnten sowohl bei Nikotinkonsum und -abhängigkeit wie auch bei Alkoholkonsum als Risikofaktoren klar bestätigt werden.

Der Konsum von Cannabis und von Alkohol ist relativ stabil: 45% der mehrfachen Cannabiskonsumern setzten den Konsum im Erwachsenenalter z.T. bis in das 3. Lebensjahrzehnt gelegentlich oder regelmäßig fort, bis zu 50% setzten gefährlichen Alkoholkonsum fort. Insgesamt werden allerdings nur von 23% der Konsumenten, die Missbrauchs- oder Abhängigkeitskriterien erfüllen bzw. erfüllten, professionelle Hilfesysteme in Anspruch genommen. In der Regel haben nur Schwerstabhängige Kontakt zu Suchthilfeeinrichtungen. Für diesen Kreis stehen insgesamt 75% der Ressourcen zur Verfügung, obwohl sie in der Gesamtprävalenz aller illegalen Drogen nur 5% ausmachen.

Aus diesen Ergebnissen ergibt sich, dass die Ressourcenallokation neu überdacht werden muss.

Methodik

Für das vierte Teilprojekt wurde eine Expertenkommission aus Forschung und Praxis eingerichtet, die zunächst für die Bewertung der Bedeutung der Ergebnisse der vergangenen Teilprojekte in Hinblick auf das regionale Suchthilfesystem und den Transfer in die Praxis zuständig war. Zudem wurde der Versorgungsbedarf evaluiert und es wurden Optimierungsvorschläge für die Praxis erarbeitet. Die Vorschläge der Kommission wurden in mehreren Gesprächs- und Diskussionsrunden mit Evaluationsfragebögen und Diskussionsprotokollen erhoben.

Ergebnisse

Es gibt einen eindeutigen Bedarf an neuen struktur- und prozessorientierten Versorgungsstrategien für Jugendliche und junge Erwachsene. Dabei sollten auch andere Instanzen des Versorgungssystems sowie Instanzen des öffentlichen und privaten Lebens miteinbezogen werden. Schwerpunkt sollte die **Neuorientierung der Suchthilfe an Frühinterventionen** zur Verhinderung der Chronifizierung sein, ohne dabei die anderen versorgungsrelevanten Aufgaben zu vernachlässigen.

Dementsprechend ist es wesentlich **neue Präventionsstrukturen** – etwa in Form von Elterngruppen – zu schaffen und bestehende Ansätze strukturell zu verbessern und auszubauen. Um den Schwerpunkt im schulischen Bereich legen zu können, muss die Fortbildung von Lehrern intensiviert werden. Inhalte sollten dabei sowohl Risiken und Folgen des Substanzkonsums wie auch frühe Erkennung und Vermittlung sein. Da der Erstkontakt mit der Substanz in immer jüngeren Jahren stattfindet, ist es wichtig, Kinder und Jugendliche schon sehr früh (mindestens ab dem 10. Lebensjahr) zu erreichen. Diese Ansätze sollten mit Frühinterventionen, Peer-Group-Interventionen und interventionsorientierter Elternarbeit kombiniert werden. Zudem müssen spezielle Einrichtungen, in denen Frühintervention auf Basis einer umfassenden Diagnostik bei auffälligem Verhalten und Substanzkonsum durchgeführt werden kann, ausgebaut werden. Die Überprüfung der vorhandenen Verfahren sowie die Entwicklung neuer Verfahren sollten in engem Austausch mit wissenschaftlichen Arbeitsgruppen stattfinden, so dass der Transfer der wissenschaftlichen Erkenntnis in die Praxis gewährleistet werden kann.

Bei den **sekundärpräventiven Maßnahmen** wird der Ausbau niedrigschwelliger Einrichtungen gefordert, um den Ausstieg bzw. die Kontaktaufnahme mit professionellen Unterstützungsformen zu fördern. Als weitere Maßnahme wird mit Augenmerk auf die gestiegenen Inzidenzraten von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bzw. auf die Häufigkeit von „Binge-Drinking“ bei jüngeren Konsumenten die Verknappung des Angebots und die stärkere Überwachung der gesetzlichen Verbote und Einschränkungen gefordert. Parallel dazu sollten durch den Aufbau jugendspezifischer Einrichtungen für sekundäre Einzelfallprävention bzw. Frühintervention sowie die Einrichtung geeigneter Alternativen, z.B. durch Jugendcafés, motivationsfördernde Maßnahmen gegen den hohen Alkoholkonsum getroffen werden.

Um die aufgrund von **Risikofaktoren** besonders gefährdeten Kinder und Jugendlichen frühzeitig zu erreichen, wird eine sehr frühe Wissensvermittlung in Schulen, an Eltern und andere Schlüsselpersonen, z.B. in Vereinen, angemahnt. Zudem muss eine sehr frühe umfassende Diagnostik von Risikofaktoren möglich werden, bspw. über Schulpsychologen oder Ärzte. Da der Gebrauch legaler Substanzen wie Nikotin und Alkohol wesentlich ist für den Konsum illegaler Substanzen, werden entsprechende verhältnispräventive Angebote etwa der Krankenkassen gefordert.

Aufgrund der hohen **Stabilitätsraten** bei Cannabis- und Alkoholkonsum sind neue niedrigschwellige Ausstiegsangebote und der Aufbau von Therapiemöglichkeiten bzw. die Weiterentwicklung und Durchführung spezifischer Therapieverfahren bei chronischen Konsumenten unbedingt notwendig. Dazu gehört gleichzeitig ein Imagewandel der entsprechenden Einrichtungen, wie die bisherigen niedrigen Inanspruchnahmeraten von professioneller Hilfe zeigen. Als notwendig dafür wird neben Entwicklung und Einsatz neuer Motivationsverfahren die Spezialisierung der Beratungs- und Therapieeinrichtungen in Hinblick auf spezifische Substanzen und Altersgruppen erachtet. Zudem muss die Suchthilfe mit anderen Versorgungsstrukturen wie Jugendhilfe und medizinischen Einrichtungen vernetzt werden; die dafür notwendigen abrechnungsfähigen Strukturen müssen geschaffen werden.

Als grundlegende Voraussetzung für die adäquate Inanspruchnahme von professioneller Hilfe ist eine **umfassende Lebenszeit- und Statusdiagnostik** zwingend. Dies geschieht idealerweise über ein praxisorientiertes diagnostisches Verfahren, das ein möglichst breites Spektrum erfasst und flexibel in den verschiedenen Bereichen eingesetzt werden kann, wie bspw. das computerisierte DIA-X-Verfahren.

Bedeutung für die Praxis

Die Kombination präventiver und interventionsbezogener Maßnahmen erweist sich als besonders erfolgsversprechend. Neben dem Einsatz bereits erprobter Methoden müssen neue Methoden geprüft werden. Zudem ist es notwendig Kriterien festzulegen anhand derer die Verbesserung des Präventions- oder Versorgungsergebnisses nachgewiesen werden kann, wie das etwa über epidemiologische Untersuchungen in der Verhältnisprävention oder Verlaufsbeobachtungen bzw. -daten bei der Einzelfallprävention gewährleistet werden kann.

Derzeit steht der dringend notwendigen besseren Vernetzung der Versorgungsstrukturen ein Mangel an abrechnungsfähigen Strukturen gegenüber, der die Umsetzung in der Praxis verhindert. Daher müssen zunächst die Voraussetzungen durch die Leistungsträger und die Verbände der Leistungserbringer geschaffen werden. Durch die Verlagerung des Schwerpunkts in den schulischen Bereich müssen hier entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Insgesamt gibt es gerade in den Frühstadien von Abhängigkeitsstörungen einen dringenden Bedarf an neuen Versorgungsstrukturen und –prozessen, um eine noch gravierendere Versorgungssituation bei chronisch Abhängigen zu vermeiden. Für die Bereitstellung evidenzbasierter Optimierungsmaßnahmen in der Praxis ist dabei der schnelle und zielgerichtete Transfer aktueller Erkenntnisse aus der Forschung wesentlich.

Perkonig A., Bühringer G., Wittchen H.-U., Arnold M., Böhm A., Antoni J., Erbas B., Gorgas B., Hirtsiefer K., Kronthaler F., Küfner H., Lubinski A., Rieger W., Sonntag G., Tretter F., Wiggenhauser K. (2008). Verbesserung der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (3): 151-163

Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugendalter – Bedeutung von Kohärenz-sinn und Risikowahrnehmung

Einleitung

Erfahrungen mit legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen im Jugendalter sind ein häufig anzutreffendes Phänomen: 33% aller deutschen Jugendlichen unter 20 Jahren haben bereits Erfahrungen mit illegalen psychoaktiven Substanzen gemacht. Neben einer devianzorientierten Perspektive der Beschreibung und Erklärung jugendlichen Drogengebrauchs wird der Drogenkonsum bei Jugendlichen vor dem Hintergrund der über die letzten Jahrzehnte stark angestiegenen Lebenszeit-Prävalenzen alternativ als alterstypisches transitorisches Phänomen diskutiert: Bei der überwiegenden Mehrheit der Jugendlichen handelt es sich um einen Experimentierkonsum, der nach wenigen Erfahrungen oder relativ kurzer Zeit wieder beendet wird.

Verschiedene Studien haben in der Vergangenheit gezeigt, dass es enorm wichtig ist, über die Lebenszeit-Prävalenz hinausgehende Informationen zu erheben. Hierzu zählen der Konsumverlauf und die ihn beeinflussenden Bedingungen auf personaler und sozialer Ebene. Vor allem im Kontext der **Suchtprävention** ist das Konzept der gesundheitlichen Risikowahrnehmung von zentraler Bedeutung. So wird im Rahmen der Furchtappellforschung davon ausgegangen, dass eine Risikosensibilisierung einen wichtigen protektiven Faktor bei der Initiierung und ggf. Veränderung von Risikoverhaltensweisen darstellt. Es konnte gezeigt werden, dass sich Konsumenten und Nichtkonsumenten von illegalen psychoaktiven Substanzen hinsichtlich ihrer Risikowahrnehmung unterscheiden. Ungeklärt blieb bislang jedoch der Zusammenhang zwischen Risikowahrnehmung und Drogengebrauch: stellt die verminderte Risikowahrnehmung einen Prädiktor für zukünftigen ungünstigen Drogengebrauch dar oder können Drogengebrauchserfahrungen die Risikowahrnehmung verändern? Ferner stellt sich die Frage,

welche Bedeutung der Differenzierung zwischen allgemeiner und persönlicher Risikowahrnehmung für den Gebrauch psychoaktiver Substanzen zukommt.

Bislang liegen kaum empirische Untersuchungen zur Bedeutsamkeit **salutogener Variablen** für den Drogengebrauch im Jugendalter vor. Im Zentrum des salutogenetischen Ansatzes von Antonovsky steht der sog. Kohärenzsinn (sense of coherence, SOC). Dieser bezeichnet die menschliche Grundtendenz, Erfahrungen als zusammenhängend und sinnvoll zu begreifen. Diese Grundhaltung soll drei Komponenten enthalten: das Empfinden von Verstehbarkeit, Beeinflussbarkeit und Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit des eigenen Handelns. Es liegt nahe, eine Relevanz des Kohärenzsinnns auch für die Suchtprävention und Therapie anzunehmen.

Methodik

Ziel der längsschnittlich angelegten Heidelberger RISA-Studie¹ ist neben der Analyse der Konsummuster und -verläufe psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen über einen Zeitraum von zunächst 3,5 Jahren die Erfassung der Relevanz der Merkmale Risikoeinschätzung und Kohärenzsinn für den Substanzkonsum. Hierzu wurden die Daten von 318 SchülerInnen im Alter von 13-16 Jahren an verschiedenen Schulen aller drei Schultypen in Baden-Württemberg ausgewertet, die in halbjährlichen Befragungen erhoben wurden. Im Rahmen der naturalistischen Panel-Untersuchung wurde zur Datenerhebung ein selbstentwickelter teilstandardisierter Fragenbogen zur Art und Häufigkeit des Substanzkonsums (HSK) sowie die Kurzsкала SOC-13 zur Erfassung des Kohärenzsinnns verwendet. Ferner wurde nach der allgemeinen und persönlichen Risikowahrnehmung bzgl. psychoaktiver Substanzen gefragt. Die StudienteilnehmerInnen verteilten sich annähernd gleich auf die verschiedenen Schularten, die Geschlechterverteilung war ebenfalls annähernd gleich.

Die Daten wurden mit parametrischen und nicht-parametrischen Verfahren ausgewertet. Für die längsschnittlichen Fragestellungen wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung und die Methode des Cross-lagged Panel Designs verwendet. Die Konsumfrequenz von Alkohol und Cannabis wurde bei einem Konsum von mehr als zweimal pro Woche als hochfrequent, ein- bis zweimal pro Woche moderatfrequent und bis zu einmal pro Monat niedrigfrequent eingestuft. Dabei determinieren höhere Konsumfrequenzen nicht Abhängigkeit, sondern steigern die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeitsentwicklung.

Insgesamt war die Teilnahme an der Studie zufriedenstellend, es nahmen 87,4% der Jugendlichen an mindestens vier Befragungszeitpunkten teil. Nur 2,5% beendeten die Studienteilnahme nach der ersten Befragung. Erwartungsgemäß zeigt sich in der Gruppe der hochfrequenten Alkohol- oder Cannabiskonsumenten ein relativ hoher Teil an Studienabbrechern: 21,1% der hochfrequenten Alkoholkonsumenten und 35,3% der hochfrequenten Cannabiskonsumenten brachen die Studienteilnahme ab. Die Ausschöpfungsquote ist somit mit der anderer Längsschnittstudien zum Drogenkonsumverhalten vergleichbar.

Ergebnisse

Prävalenzen des Substanzgebrauchs: Männliche Jugendliche berichteten zu 44,2% einen Cannabiskonsum, weibliche Jugendliche zu 34,8%. Der Konsum von Ecstasy war annähernd gleich (8,4% Schüler vs. 7,3% Schülerinnen).

Aktualität des Substanzgebrauchs (6-Monats-Prävalenz): Die Frequenz des Alkoholkonsums wächst über den gesamten Untersuchungszeitraum an oder bleibt zumindest stabil, bei Cannabis ist die Anzahl der Konsumenten ab dem sechsten Messzeitpunkt rückläufig. Diese Verhaltensindikatoren sind allerdings unzureichend um daraus Implikationen für die Praxis abzuleiten. Neben dem pharmakologischen Profil psychoaktiver Substanzen sind es vor allem die Konsummuster, die mit eventuellen Risiken des Konsums verbunden sein können. Bei einer genaueren Betrachtung der Konsummuster zeigt sich, dass ein hochfrequenter Cannabiskonsum über alle Untersuchungszeitpunkte mit 2,1% relativ selten ist. Selbst zum vierten

¹ „RISA – Ritualdynamik und Salutogenese beim Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen“

Befragungszeitpunkt, an dem der größte Anteil an hochfrequenten Cannabiskonsumenten zu beobachten ist, berichten nur 4,7% der Jugendlichen regelmäßigen Cannabiskonsum von mehr als zweimal wöchentlich.

Im Gegensatz dazu zeigt sich beim Konsum von Alkohol ein kontinuierlicher Anstieg der moderatfrequenten Konsumenten auf 59,5%. Auch die Anzahl der hochfrequenten Konsumenten steigt auf insgesamt 6,0% an.

Konsumverläufe und Konsumpausen: Bei der genaueren Betrachtung der Konsumverläufe bei insgesamt 51 cannabiserfahrenen Jugendlichen zeigen lediglich zwei Personen innerhalb der dreieinhalbjährigen Untersuchung keine Konsumpausen von mindestens einem halben Jahr. Vorübergehende Eskalationen im Konsumverhalten zeigen sich bei Alkohol bei 34 von 245 Jugendlichen, bei Cannabis bei 8 der 95 Jugendlichen. Eskalationen mit einem Beibehalten des hochfrequenten Konsums zeigen sich bei Alkohol bei 1,2% und bei Cannabis bei 4,2%.

Beim Einfluss der Familie zeigen sich keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Familientypus traditionelle Familie (Zusammenleben mit beiden biologischen Elternteilen) bzw. nicht-traditionelle Familie (Zusammenleben mit nur einem Elternteil oder Großeltern; Jugendheim).

Arten der Risikowahrnehmung beim Gebrauch psychoaktiver Substanzen: In der Furchtappell-Prävention wird das Erleben der persönlichen Gefährdung durch den Konsum als protektiver Faktor aufgefasst. Daher wurde die Bedeutung der allgemeinen versus der persönlichen Risikowahrnehmung für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen untersucht. Es zeigt sich, dass Cannabis als risikoreicher eingestuft wird als Tabak oder Alkohol. Zudem gibt es eine deutliche Diskrepanz: Konsumenten halten den eigenen Konsum für weniger gefährlich als den Konsum der Substanz im Allgemeinen.

Bei der Frage nach der protektiven Bedeutung der Risikoeinschätzungen wird dem Zusammenhang zwischen persönlicher Risikowahrnehmung und Konsumverhalten von Alkohol oder Cannabis nachgegangen. Zum letzten Befragungszeitpunkt gab es hinsichtlich beider Substanzen einen Zusammenhang zwischen geringer Konsumfrequenz und hoher persönlicher Risikowahrnehmung. Allerdings ist der Kausalzusammenhang unklar. Es ist möglich, dass eine geringe persönliche Risikowahrnehmung den regelmäßigen Substanzkonsum begünstigt. Alternativ kann ein regelmäßiger Konsum auch die Risikoeinschätzung des eigenen Konsumverhaltens ändern. Mit der Methode der Cross-lagged-Modelle lassen sich Aussagen über die Plausibilität der Kausalzusammenhänge berechnen. Es zeigt sich dabei bei den Merkmalen Konsumfrequenz und Risikoverhalten, dass sich die Risikoeinschätzung des eigenen Konsumverhaltens zum ersten Messzeitpunkt als signifikanter Prädiktor des späteren Konsumverhaltens (Messzeitpunkt 4) erweist. Die Konsumfrequenz zum ersten Messzeitpunkt zeigt hingegen keinen signifikanten Zusammenhang zum späteren Konsumverhalten (Messzeitpunkt 4).

Weitere Ergebnisse zeigen, dass beim Konsum von Alkohol Abnahmen in der persönlichen Risikoeinschätzung mit Zunahmen der Konsumfrequenz einhergehen.

Salutogenese (Kohärenzsinn) und Konsummuster psychoaktiver Substanzen: Jugendliche mit zurückliegenden Exzessen weisen einen geringeren Kohärenzsinn auf. Wird der Kohärenzsinn als protektiver Faktor über den ganzen Verlauf betrachtet, zeigen sich bei der Zuordnung zu Gruppen anhand des Kohärenzsinns zum ersten Messzeitpunkt sowohl für den Konsum von Alkohol wie auch für den Konsum von Cannabis zum letzten Untersuchungszeitpunkt niedrigere Konsumfrequenzen in der Gruppe mit einem höherem Kohärenzsinn.

Bedeutung für die Praxis

Die Stärke der Studie liegt in der längsschnittlich genauen Darstellung regionaler Konsummuster. Trotz erheblichem Experimentierverhalten ist der hoch- bis mittelfrequente Konsum von Cannabis sehr selten. Bei Alkohol zeigt sich eine deutliche Zunahme des mittelfrequenten Konsums, der hochfrequente Konsum bleibt auch hier vergleichsweise selten. Nicht erfragt

wurde die Höhe des Konsums, es können also keine Aussagen über das „Rauschtrinken“ (Binge-Drinking) getroffen werden.

Cannabiskonsum unterliegt offenbar einer hohen Wechselhaftigkeit im zeitlichen Verlauf. Durchgängig hohes Konsumverhalten ist sehr selten. Bei Jugendlichen aus unterschiedlichsten Bildungs- und sozialen Schichten zeigt sich hohes Experimentierverhalten. Die Jugendlichen können daher vermutlich nicht mit „One-size-fits-all“-Botschaften oder Life-Skill-orientierten Präventionsprogrammen erreicht werden. Um diese Gruppen differenziert zu erreichen, muss über den Substanzkonsum nicht nur unter Jugendlichen tabufrei kommuniziert werden.

Die vorübergehende Eskalation des Konsumverhaltens im Jugendalter lässt auf das allmähliche Erlernen von Kontrolle und Selbststeuerung schließen. Diese Lernprozesse sollten daher ins Zentrum der Aufmerksamkeit der Präventionspädagogik und der Verhältnisprävention gestellt werden. Gefordert wird daher eine Verbindung von primärer und sekundärer (universaler und selektiver) Prävention für die Altersgruppen von Jugendlichen, die in der Experimentierphase sind.

Die Einschätzung des Risikopotentials von Cannabis im Vergleich zu Alkohol und Tabak kann man als stabilen Effekt öffentlicher, medialer Drogenerziehung verstehen. Der Zielbereich von Intervention muss also sein die Selbstbetroffenheit zu erhöhen.

Zudem wird für eine Abkehr vom klassischen Risikomodell plädiert hin zu einem Verständnis von Substanzkonsum als Bewältigungsversucht.

Ullrich-Kleinmanns J., Jungaberle H., Weinhold J., Verres R. (2008). Muster und Verlauf des Konsums psychoaktiver Substanzen im Jugendalter – Die Bedeutung von Kohärenzsinn und Risikowahrnehmung. Suchttherapie 9:12-21.

Was ist Liquid Ecstasy?

Einleitung

Hinter dem Szenenamen Liquid Ecstasy verbirgt sich eine illegale Droge, die in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewinnt. Es handelt sich dabei um Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB), die - entgegen dem Szenenamen – weder chemisch noch pharmakologisch mit den Ecstasy-Substanzen verwandt ist.

Ursprünglich wurde GHB in den 1960er-Jahren erstmals synthetisiert und in Europa als intravenöses Narkotikum zugelassen. In den USA wurde seit den 1980er-Jahren GHB aufgrund der muskelaufbauenden Wirkung durch die gesteigerte Freisetzung von Wachstumshormonen im Bereich des Bodybuildings verwendet. Aufgrund der zahlreichen Intoxikationen wurde GHB von der Food and Drug Administration (FDA) unter die Verschreibungspflicht gestellt. Insgesamt ist laut der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) der Konsum im Vergleich zu anderen illegalen Drogen in der EU noch relativ gering. Derzeit wird von einer 30-Tages-Prävalenz von weniger als 3% ausgegangen. Die Lebenszeitprävalenz liegt je nach Studie zwischen 3 bis 19%. Die Verbreitung der Droge scheint von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Untergruppe der Bevölkerung, bestimmten Umfeldern oder geographischen Gebieten abzuhängen.

Hintergrund: biologische Wirkung und Kinetik

GHB ist ein Derivat des endogenen Botenstoffs Gamma-Aminobuttersäure (GABA), das die Blut-Hirn-Schranke passieren kann. Bei der ursprünglichen Verwendung zur Sedierung wird GHB intravenös verabreicht, für andere Anwendungen meist peroral. Die Aufnahme in flüssiger Form ist bei der missbräuchlichen Verwendung beliebt, da die geruchs- und geschmackslose Droge gut mit Getränken vermischt werden kann. Alternativ wird die Droge in Form von Kapseln eingenommen.

GHB hat eine geringe therapeutische Breite, die von einem leichten Rauschzustand bis hin zum Koma reichen kann. Die Wirkung hält aufgrund des extrem schnellen Metabolismus nur für ca. ein bis vier Stunden an. Patienten, die aufgrund einer GHB-Einnahme mit schwerer Bewusstseinsstrübung in eine Klinik eingeliefert werden, erwachen meist nach kurzer Zeit plötzlich wieder und fühlen sich in der Regel fit.

Über die genaue Wirkweise von GHB gibt es derzeit noch keine endgültige Klärung. GHB ist als endogene Substanz im Gehirn vorhanden und tritt hier wohl als Abbauprodukt und wahrscheinlich auch als Vorstufe von GABA auf. GHB scheint Studien zufolge dosisabhängig zu einem Anstieg oder Abfall des Dopaminspiegels im Gehirn zu führen und das cholinerge und serotonerge System sowie Neurosteroid- und Opioidsysteme zu beeinflussen.

GHB wird nach der peroralen Aufnahme sehr schnell resorbiert, bereits 25 bis 45 Minuten nach der Einnahme treten maximale Plasmaspiegel auf. Die Halbwertszeit beträgt ca. 20 bis 60 Minuten.

Bedeutung für die Praxis

GHB unterliegt in Deutschland seit dem 1. März 2002 dem **Betäubungsmittelgesetz**. Es gibt allerdings eine Reihe legaler Ersatzstoffe, bspw. Gamma-Butyrolacton (GBL) oder 1,4-Butandiol (1,4-BD). Da diese Stoffe in der chemischen Industrie als Lösungsmittel eingesetzt werden, wurden die GHB-Substitute bislang nicht in das Betäubungsmittelgesetz aufgenommen und können somit straffrei gehandelt und konsumiert werden. Das freiwillige Monitoring-System des Bundeskriminalamts wird nicht von allen Vertreibern dieser Chemikalien unterstützt, so dass der Erwerb dieser Stoffe einfach bleibt. Bei GBL und 1,4-BD handelt es sich aus pharmakologischer Sicht um Prodrugs, die nach dem Konsum dieselben Wirkungen, Nebenwirkungen und Intoxikationssymptome hervorrufen.

Die **Vergiftungserscheinungen** von GHB ähneln zum Teil denen einer Alkoholvergiftung. Im Gegensatz zu Opioidvergiftungen zeigen die Betroffenen in der Regel keine Miosis. Wie bereits weiter oben beschrieben, ist ein rascher und plötzlicher Verlauf typisch. Die Patienten erholen sich unter symptomorientierter Therapie in sechs bis acht Stunden, wobei unter schwerer Intoxikation häufig Myoklonien/Krämpfe mit anschließender Bewusstlosigkeit beschrieben werden.

Die Zahl der Vergiftungsfälle mit GHB und GBL steigt europa- und deutschlandweit. Betroffen sind meist mit anderen Drogen erfahrene Konsumenten im Alter von 20-40 Jahren.

Bei der **Behandlung** der Intoxikation liegt der Schwerpunkt auf der Stabilisierung der Vitalfunktionen und der intensivmedizinischen Überwachung.

Neuere Studien weisen auf ein psychisches und physisches **Suchtpotenzial** hin. Die Entzugssymptomatik ähnelt einem Alkoholentzug und gestaltet sich therapeutisch schwierig.

In Kombination mit Alkohol kann GHB zu einer Bewusstseinsstörung bis hin zum Koma mit anterograder Amnesie führen. Daher ist GHB eine der in Amerika am häufigsten als **K.-o.-Tropfen** bei sexuellen Übergriffen oder Raubdelikten eingesetzten Substanzen.

Bislang existiert für GHB kein immunologischer Schnelltest. Der Nachweis ist schwierig, da aufgrund der extrem kurzen Halbwertszeit von einer Nachweisbarkeitsdauer im Blut von circa fünf bis acht Stunden, im Urin circa zwölf Stunden ausgegangen wird. Deshalb sollte im Rahmen forensischer Fragestellungen die Probe möglichst schnell genommen und kühl aufbewahrt werden.

Andresen H., Stimpfl T., Sprys N., Schnitgerhans, T., Müller A. (2008). Liquid Ecstasy – ein relevantes Drogenproblem. Deutsches Ärzteblatt 105, 36: 599-603.