

BAS-SUCHTFORSCHUNGSTELEGRAMM

HEFT 21

5. Mai 2010

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen auch im Jahr 2010 eine neue Ausgabe unseres Suchtforschungstelegramms präsentieren zu können. Wie gewohnt erhalten Sie im Rahmen des mittlerweile 21. Heftes Zusammenfassungen einer Auswahl einschlägiger wissenschaftlicher Untersuchungen der gängigen suchtbefragten Fachzeitschriften. Ferner informieren wir Sie gerne über unsere laufenden Projekte, Initiativen und Veranstaltungsangebote.

Gleichzeitig gibt es aber auch, wie Ihnen möglicherweise bereits aufgefallen ist, ein Novum: Seit dem 01.01.2010 treten wir unter der Bezeichnung „*Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmungsgesellschaft (haftungsbeschränkt)*“ in Erscheinung. Im Zuge der in den zurückliegenden zwei Jahren erfolgten Erweiterung des Aufgabenspektrums der BAS um langfristig angelegte Projekte wie „HaLT in Bayern“ und der Beteiligung an der „Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern“ ist das Geschäftsvolumen und die personelle Besetzung der Geschäftsstelle stark angewachsen. In der Folge hat der Verein der „*Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis*“ (BAS e.V.) entschieden, mit der Gründung eines weiteren Rechtsträgers den Betrieb und die Organisation der BAS auf ein neues rechtliches Fundament zu stellen. Der BAS e.V. ist alleiniger Gesellschafter der neu gegründeten BAS Unternehmungsgesellschaft haftungsbeschränkt.

Wir stehen Ihnen jedoch, wie bislang auch, für alle Fragen und Wünsche rund um Sucht- und Gesundheitsfragen zur Verfügung und freuen uns über Ihre Anregungen und Rückmeldungen zu unseren Angeboten!

Mit herzlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Melanie Arnold

Dr. med. Beate Erbas

Literaturreferate

Warum verzichten Opiatabhängige auf die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung mit Methadon?	6
Persönlichkeitsstörungen bei alkoholabhängigen Personen	8
Ermittlung von Mortalitäts-Prädiktoren im Rahmen der primärärztlichen Methadonsubstitution in Schottland	9

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/ Newsletter“.



**Bayerische Akademie
für Sucht- und
Gesundheitsfragen**

**BAS Unternehmungsgesellschaft
(haftungsbeschränkt)**

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

Registergericht München:
HRB 181761

Geschäftsführung:
Dipl.-Psych. Melanie Arnold

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
Kto.-Nr. 88 72 600
BLZ 700 205 00

Gesellschafter:
Bayerische Akademie für Suchtfragen
in Forschung und Praxis BAS e.V.

Verschiedenes

1. Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

Rückblick

Im Verlauf des letzten halben Jahres konnten verschiedene **Praxisforschungsprojekte** neu angestoßen werden: Ein Projekt in Zusammenarbeit mit Streetworkern soll die Frühidentifikation und Frühintervention für Jugendliche und junge Erwachsene mit problematischem Glücksspielverhalten vorantreiben. Das psychoedukative Praxisforschungsprojekt „ETAPPE“ dient der langfristigen Entlastung und Unterstützung der Angehörigen pathologischer Spieler.

Daneben wurden verschiedene bestehende Projekte der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern weitergeführt bzw. abgeschlossen. So wurde im Dezember durch die AG Materialien bspw. das „**Praxishandbuch Glücksspiel**“ veröffentlicht und an Suchtberatungsstellen, Kliniken und assoziierte Berufsgruppen verteilt. Es dient als Nachschlagewerk für alle, die beruflich mit pathologischen Spielern zu tun haben und kann beständig mit aktuellen, praxisrelevanten Themen rund um das Glücksspiel erweitert werden. Dem **Workshop Sozialkonzepte für Länderkoordinatoren** des Vorjahres folgt seit März 2010 regelmäßig die **AG Sozialkonzepte Spielbanken**. Hier werden die Ergebnisse des Workshops im Sinne klarer Richtlinien und Bewertungskriterien zur Ausgestaltung, praktischen Umsetzung und Erfolgskontrolle von Sozialkonzepten – zunächst für die bayerischen Spielbanken – detailliert ausgearbeitet und formuliert werden.

Im Frühjahr 2010 startete die **Kommunikationskampagne** „Verspiel nicht dein Leben“, deren Ziel es zum einen ist, Bewusstsein für das Thema zu schaffen, dafür zu sensibilisieren und über Risiken sowie Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Zum anderen soll der Bekanntheitsgrad der Fachstellen bzw. der im Kompetenznetz zusammengeschlossenen Beratungsstellen erhöht werden.

Erneut wurde im Frühjahr 2010 eine **Wiederholungsveranstaltung der Basisschulung** zum Pathologischen Glücksspielen angeboten. Auch die **zweite Aufbauschulung** zum Thema „*Glücksspieler in Beratung und Behandlung – wie zocken Spieler mit ihren Beratern?*“ wurde auf Grund des großen Andrangs im Herbst 2009 im März 2010 zum dritten Mal wiederholt. Weiterhin wurde ein **zweites Monitoring des Fortbildungsbedarfs mit Erhebung des aktuellen Wissensstandes** der Beratungsstellen, Schuldnerberatungsstellen und Selbsthilfe durchgeführt.

Auch künftig steht den Mitgliedern des „Kompetenznetzwerks Glücksspielsucht“ zur fortwährenden Unterstützung ihrer fachlichen Arbeit das **Supervisionsangebot** der Landesstelle zur Verfügung. Zur Unterstützung der Berater bei der Suche nach auf spezifische Bedürfnisse zugeschnittenen deutschen Kliniken steht ihnen der ständig aktualisierte **Klinikexplorer** zur Verfügung. Gibt es Schulungsanfragen, die nicht durch BAS.LSG-Mitarbeiter übernommen werden können, können mit der fortwährend aktuell gehaltenen **Expertendatenbank Forschung/ Praxis** externe Referenten empfohlen werden.

Ausblick

Am 24./25. Juni 2010 soll der **Fachkongress mit Fachmesse „ambulant trifft stationär“** dazu dienen, Kooperationsstrukturen zwischen den unterschiedlichen Akteuren, die an der Versorgung Glücksspielsüchtiger beteiligt sind, aufzubauen und ihre Zusammenarbeit zu fördern. Ein daran angeschlossenes weiteres **Praxisforschungsprojekt** soll die Versorgungslage pathologischer Glücksspieler in Bayern erhellen.

Die **dritte Aufbauschulung** „Alle Wege führen zum Ziel? – integrative Methoden in der Behandlung pathologischer Glücksspieler“ wird mit zwei Veranstaltungen im Juli 2010 stattfinden.

Zudem wird im Oktober eine **weitere Wiederholung der Basisschulung** in Ingolstadt angeboten.

Den Mitgliedern des „Kompetenznetzwerks Glücksspielsucht“ steht im November das zweitägige **„Kompaktseminar Motivational Interviewing“** zur Verfügung.

Nicht zuletzt werden im Laufe des Jahres 2010 zwei weitere **Inhouseschulungen** durch BAS.LSG-Mitarbeiter in Neumarkt und Augsburg stattfinden.

Die genauen Termine und Veranstaltungsorte für die einzelnen Angebote können Sie unserer Homepage www.bas-muenchen.de entnehmen. Weitere Informationen zum Thema Glücksspielsucht und den Aufgaben und Aktivitäten der LSG Bayern finden Sie auf der Website www.lsgbayern.de. Dort finden Sie auch die Möglichkeit zum Abonnement des **Newsletters der Landesstelle**, der neben aktuellen Informationen zu den Veranstaltungen der Landesstelle auch Literaturreferate zum Thema enthält.

2. 21. Tagung des Netzwerks Sucht in Bayern

Die 21. Netzwerktagung fand am 17. März in München statt und widmete sich den Neuerungen und allgemeinen Informationen rund um die Substitutionsbehandlung. So wurden beispielsweise die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionsbehandlung sowie Empfehlungen und Leitlinien für die psychosoziale Betreuung Substituierter vorgestellt. Außerdem gab es je einen Vortrag zur Substitution in Haft und zu medizinischen Komplikationen und pharmazeutischen Interaktionen im Rahmen der Substitutionsbehandlung sowie einen Workshop zur Angehörigenarbeit in der Beratungsstelle.

Die Tagungsdokumentation können Sie auf der BAS-Website unter der Rubrik „Publikationen – Tagungsdokumentationen“ herunterladen.

3. Aktueller Stand zur Umsetzung von „HaLT – Hart am Limit“ in Bayern

Gefördert und initiiert durch das *Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit* begann Bayern Ende 2007 mit einer möglichst flächendeckenden Einführung des alkoholspezifischen Präventionsprojektes *HaLT – Hart am Limit*. Mittlerweile wird das HaLT-Projekt in 32 Städten und Landkreisen verteilt auf alle sieben bayerische Regierungsbezirke realisiert (vgl. Abbildung 1), weitere Landkreise bereiten derzeit eine Umsetzung vor.

Abbildung 1: Bayerische HaLT-Standorte (April 2010)



Die bisherigen Ergebnisse von HaLT in Bayern sind vielversprechend. Zum Erhebungszeitpunkt 31.12.2009 arbeiteten in Bayern 29 HaLT-Zentren, die für die nachfolgenden Auswertungen berücksichtigt wurden.

Ergebnisse des reaktiven Bausteins

Im reaktiven Projektteil erreichten diese 29 HaLT-Teams seit Projektstart insgesamt 1.420 Jugendliche mit mindestens einer der reaktiven HaLT-Interventionen. Die Gesprächsangebote direkt in der Akutsituation im Krankenhaus nahmen bisher 1.260 Jugendliche und in etwa 80% (1.009) dieser Fälle zusätzlich auch deren Eltern an. 18,6% (234) der im Krankenhaus behandelten Jugendlichen nahmen auch an einem der erlebnispädagogischen Gruppenangebote (der so genannte Risiko-Check) und 17,7% (223) an der vollständigen Maßnahme (Gespräch mit dem Jugendlichen, Elterngespräch, Risiko-Check, Abschlussgespräch) teil.

Bei 14,2 % (179) der Jugendlichen erfolgte im Gespräch im Krankenhaus eine Empfehlung zur Weiterberatung bzw. Weiterbehandlung.

Die Differenz von 160 Jugendlichen zwischen den insgesamt 1.420 Jugendlichen und den 1.260 Jugendlichen, die im Krankenhaus an dem sozialpädagogischen Gespräch teilnahmen, erklärt sich durch andere Zugangswege in das HaLT-Projekt. In der Regel handelt es sich hierbei um Freunde, die ebenfalls an den Risiko-Checks teilnahmen.

Die Anzahl der durch die HaLT-Teams erreichten Jugendlichen ist im Vergleich zum Stand Februar 2009 (vorhergehender Befragungszeitpunkt) noch einmal deutlich von insgesamt 674 Jugendlichen auf 1.420 Jugendliche bzw. bei ausschließlicher Berücksichtigung der Brückengespräche von 601 Jugendlichen auf 1.260 Jugendliche angestiegen.

Ergebnisse des proaktiven Bausteins

Im proaktiven Bereich ist eine gut vernetzte Infrastruktur ein zentraler Erfolgsfaktor der HaLT-Strategie. Auch diese Anforderung konnten die 29 HaLT-Zentren umsetzen. Sie kooperieren mit weiteren Akteuren des regionalen Hilfesystems sowie mit Vereinen, Festveranstaltern oder dem regionalen Einzelhandel und arbeiten mittlerweile bayernweit in 70 verschiedenen Netzwerken und Arbeitskreisen.

Insgesamt zeigt sich, dass es den HaLT-Projekten gelingt ihre Interventionen fest in die regionalen Gegebenheiten – dies gilt sowohl für städtisch geprägte Einzugsgebiete wie für ländlichere Regionen – einzubinden.

Förderung der Aufnahme neuer Standorte

Weiterhin ist 2010 die Aufnahme neuer Standorte möglich. Ein wesentliches Ziel hierbei ist, vor allem auch die Regionen und Regierungsbezirke zu gewinnen, in denen bisher keine oder nur wenige HaLT-Zentren aktiv sind.

Für neue HaLT-Standorte ist deshalb bei Bedarf eine **Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 10.000 €** durch das **Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit** möglich. Grundlegende Voraussetzung für eine Förderung ist die Anerkennung und Umsetzung des HaLT-Projektes gemäß den HaLT-Förderkriterien.

Für einen Neuantrag haben wir ein entsprechendes Antragsformular mit Erläuterungen sowie eine Beschreibung der Förderkriterien vorbereitet. Die entsprechenden Antragsunterlagen erhalten Sie direkt bei der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen.

Für Fragen der Antragsbearbeitung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Marco Stürmer
Tel. 089 530 730 – 15
E-Mail: marco.stuermer@bas-muenchen.de

Tanja Gollrad
Tel.: 089 530 730 - 23
E-Mail: tanja.gollrad@bas-muenchen.de

Veranstaltungen

- 19.05.2010** Vortrag von Dr. Anneke Bühler, IFT, München
17.30 Uhr **„Tabakentwöhnung bei Jugendlichen“**
Veranstaltungsort: Nürnberg, Villa Leon
- 20.05.2010** Tagung für Mitarbeiter aus (Externer) Suchtberatung und Justiz
09.30 Uhr **„Über ein Vierteljahrhundert § 35 BtMG – Chancen und Schwierigkeiten bei der Anwendung in der Praxis“**
Veranstaltungsort: München, Regierung von Oberbayern
- 23.06.2010** Symposium Computerspiele- und Onlinesucht der BAS e.V. in Kooperation mit der KBS, der LAGFW, der LZG und der LSG
13:00 Uhr **„Zu Hause und doch verloren – wenn Computerspiele und Internet zu Parallelwelten werden“**
Veranstaltungsort: Nürnberg, Karl-Bröger-Zentrum
- 24.06 bis** Fachmesse der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG)
- 25.06.2010** **„Ambulant trifft stationär“**
Veranstaltungsort: München, Kolping-Haus
- 07.07.2010** Vortrag von Dr. Peter Tossmann, delphi-Gesellschaft mbH, Berlin
18.00 Uhr **„Suchttherapie und -prävention unter Einsatz neuer Medien“**
Veranstaltungsort: München, Referat für Gesundheit und Umwelt
- 08.07.2010** Tagung für Hebammen und Mitarbeiterinnen aus Schwangerenberatungsstellen
09.30 Uhr **„Alkohol in der Schwangerschaft – Erfolgreich Problembewusstsein schaffen“**
Veranstaltungsort: Würzburg, Landratsamt
- 21.07.2010** Kooperationsveranstaltung der BAS und LSG mit der Universität Würzburg
14.00 Uhr **„Computer und Internet – Chancen und Risiken der neuen Medien“**
Veranstaltungsort: Würzburg, Neubaukirche
- 29.09.2010** Vortrag von Dr. Monika Vogelgesang, AHG Klinik Münchwies
17.30 Uhr **„Frauen und pathologisches Glücksspielen – Implikationen für die Therapie“**
Veranstaltungsort: Nürnberg, Villa Leon

Weitere Informationen zu unseren Veranstaltungen erhalten Sie in der BAS-Geschäftsstelle (089-530 730-0) oder unter „BAS-Veranstaltungen“ unter www.bas-muenchen.de.

Warum verzichten Opiatabhängige auf die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung mit Methadon?

Einleitung

Die Substitutionsbehandlung mit Methadon ist erwiesenermaßen ein wirksames Instrument, um den Heroingebrauch, die Ansteckung mit HIV und Hepatitisviren sowie die Kriminalität zu reduzieren. Dennoch haben Untersuchungen ergeben, dass nicht alle Opiatabhängigen diese Behandlungsform in Anspruch nehmen würden, selbst wenn sie Zugang dazu hätten. Die hier vorgestellte ethnografische Studie aus Baltimore (Maryland, USA) erläutert mögliche Gründe für den Verzicht.

Methodik

Für die Rekrutierung der Studienteilnehmer wurden 12 Gegenden in der Stadt ausgewählt. Dort wurden potenzielle Interviewpartner direkt auf ihr Interesse an der Studienteilnahme angesprochen. *Einschlusskriterien* waren

- neben einem Mindestalter von 18 Jahren,
- eine gesicherte Opiatabhängigkeit,
- die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Methadonsubstitution (mindestens ein Jahr opiatabhängig),
- gegenwärtig kein Behandlungswunsch wegen der Drogenabhängigkeit,
- keine Behandlung wegen der Drogenabhängigkeit im vergangenen Jahr.

Die Interviews wurden an Orten durchgeführt, die den Teilnehmern vertraut waren und sich in der Nachbarschaft ihrer Lebensumgebung befanden. Die Fragen waren semi-strukturiert und ließen die Möglichkeit zum detaillierten Nachfragen. Für das Interview erhielten die Teilnehmer jeweils 20 \$.

Ergebnisse

26 gegenwärtig unbehandelte Opiatabhängige (46% Männer, 88% Afroamerikaner) mit einem Durchschnittsalter von 44,5 Jahren (62% unverheiratet oder geschieden) ließen sich zu ihren Erfahrungen mit dem Behandlungssystem, ihrer ökonomischen und sozialen Situation befragen. Demnach waren 27% noch nie wegen ihrer Drogenabhängigkeit in Behandlung; 42% berichteten zumindest von einer Behandlungserfahrung. 42% gaben an, häufig sowohl Heroin als auch Kokain zu benutzen, wobei bei 58% Heroin die Droge der ersten Wahl war. 46% der Befragten gaben an, während des letzten halben Jahres durchschnittlich mindestens zweimal täglich Drogen injiziert zu haben. In den dem Interview vorausgegangenen 30 Tagen haben die Befragten an durchschnittlich 18,7 Tagen Straftaten begangen und damit 931 \$ an illegalen Einkommen erzielt. 85% gaben an, im vergangenen Monat kein Einkommen durch eine Beschäftigung erzielt zu haben. Durchschnittlich haben die Befragten 47 Monate ihres Lebens in Haft verbracht. 11,5 % der Opiatabhängigen leben in unsicheren Wohnverhältnissen; rund 31% leben mit einem Drogenkonsumenten zusammen.

Bei der Frage nach den Gründen für den Verzicht auf eine Substitutionsbehandlung konnten folgende Themenschwerpunkte ausfindig gemacht werden:

Barrieren bei Behandlungsbeginn

Obwohl die meisten Befragten die Notwendigkeit einer Behandlung im Laufe ihres Lebens erkannt hatten, wurden sie durch Wartelisten und die Notwendigkeit, mit der Einrichtung schon vor Behandlungsbeginn regelmäßig in telefonischem Kontakt zu bleiben, abgeschreckt. War dann ein Behandlungsplatz verfügbar, so musste ein offizieller Lichtbildausweis (z.B. Führerschein, Personalausweis) vorgelegt werden, über den nicht alle verfügten. Auch die fehlende Krankenversicherung und die für die Behandlung anfallenden Gebühren stellten ein Hindernis für die Aufnahme einer Therapie dar.

Lebensstil

Einige Studienteilnehmer gaben an, dass sie nicht ihren Lebensstil und ihr Lebensumfeld ändern wollen. Sie befürchten ein langweiligeres Leben durch die Substitutionsbehandlung.

Wunsch nach zeitlich begrenzter Substitution

Einige Teilnehmer äußerten ihre Abneigung gegenüber einer Langzeitbehandlung, könnten sich allerdings einen Behandlungszeitraum von 6 bis 12 Monaten vorstellen. In Baltimore besteht allerdings keine Möglichkeit zur Methadonentgiftung, da sich die Kurzzeitbehandlung im Vergleich zur Erhaltungstherapie als ineffektiv erwiesen hat.

Fragliche Wirksamkeit der Behandlung

Nachdem verschiedenen Befragten Methadonsubstituierte bekannt waren, die zusätzlich Benzodiazepine und/ oder Kokain konsumierten, wurde die Effektivität der Behandlung in Frage gestellt.

Irrglauben über Methadon Nebenwirkungen

Der Glaube, dass Methadon zur erhöhten Knochenbrüchigkeit und zur Zerstörung der Zähne führte, wirkt abschreckend hinsichtlich einer Behandlungsaufnahme.

Furcht vor Methadonentzug

Heroinabhängige geben mit der Substitutionsbehandlung die Kontrolle ab und fürchten, dass sie bei einer Dosisreduktion durch die Klinik (aus welchen Gründen auch immer) bzw. im Falle einer Inhaftierung schwerere Entzugserscheinungen erleiden als beim Heroinentzug.

Versorgung mit Drogen durch Freunde und Angehörige

Andere Personen verzichteten auf eine Substitutionsbehandlung, da ihre Partner oder Angehörige sie mit Drogen versorgten und sie nicht dem Beschaffungsstress ausgesetzt waren.

Anforderungen an die Patienten

Allein die Tatsache, dass man zur Methadonbehandlung regelmäßig in der Ambulanz erscheinen muss, war für manchen Grund genug, auf eine Substitution zu verzichten.

Selbstmedikation

Einige Befragte vertrauten lieber auf ihre eigene Kompetenz, um clean zu werden bzw. ihren Opiatkonsum zu kontrollieren. Dazu besorgten sie sich lieber illegal auf der Straße erhältlich Methadon, anstatt sich um die Aufnahme in ein Substitutionsprogramm zu bemühen.

Diskussion

Die Gründe und Bedenken, die von Heroinabhängigen für die Nicht-Teilnahme an Substitutionsprogrammen angegeben werden, sollten im Hinblick auf die erwiesene Effektivität der Methadonbehandlung ernst genommen werden.

Seit drei Jahrzehnten werden Schwierigkeiten mit *Wartelisten* in der Literatur beschrieben. Neben einem Ausbau der bestehenden Angebote durch bessere finanzielle Ausstattung besteht auch die Möglichkeit von weniger teuren Lösungen, indem beispielsweise an die Personen auf der Warteliste übergangsweise Methadon oder Buprenorphin verabreicht wird. Zumindest könnten die Wartenden regelmäßig telefonisch oder per Post kontaktiert werden, um sie über ihren Status zu informieren und damit zu signalisieren, dass sie in dem komplexen Suchthilfesystem nicht untergegangen sind.

Den genannten *finanziellen Gründen*, die gegen die Aufnahme einer Substitutionsbehandlung sprechen, wie einer fehlende Krankenversicherung oder der Ausschluss von Suchterkrankungen aus dem Leistungskatalog der Versicherungen muss politisch begegnet werden. Fehlte ein für die Behandlung *erforderlicher Lichtbildausweis*, so haben manche Einrichtungen einen eigenen Ausweis zur Identifikation herausgegeben oder Unterstützung bei der Beantragung eines Personalausweises angeboten.

Das *Angebot einer befristeten Methadonsubstitution* könnte als Türöffner für einen ersten Kontakt mit dem Suchthilfesystem dienen und sollte dazu genutzt werden, die Patienten zu motivieren und über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Damit sie die für sie beste Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf treffen können, sollten evidenzbasierte Fakten über bestehende Behandlungsansätze und -dauer, Dosis sowie Nebenwirkungen in einer für Patienten verständlichen Sprache zugänglich gemacht werden.

Die Einrichtungen sollten die *Anforderungen*, die das Methadonprogramm an die Patienten stellt, *erkennen und verstehen*. Die Eingangsphase ist besonders bedeutsam, da zu diesem Zeitpunkt ein sensibler Umgang für den weiteren Behandlungserfolg entscheidend ist, damit sich der Patient nicht in der Rolle eines passiven, den Wünschen und Anforderungen des Programms ausgesetzten Antragstellers sieht. Vergabezeiten sollten so angepasst werden, dass Rücksicht auf eine Berufstätigkeit und familiäre Verpflichtungen genommen wird.

Dadurch, dass es in Gefängnissen keine Substitutionsmöglichkeit gibt und die *Angst vor einer unfreiwilligen Entgiftung* im Falle einer Verhaftung auch als Grund für den Verzicht auf eine Methadonsubstitution genannt wurde, bleibt die Therapie für die Personengruppe, die sie am meisten benötigt, unerreichbar. Einzelne Haftanstalten haben ihre Politik inzwischen geändert und bieten Substitutionsbehandlung an. Auch sollten Patienten, die von der Behandlung ausgeschlossen werden, langsam abdosiert werden. Schließlich sollte die Dosisreduktion als eine Form der Bestrafung abgeschafft werden.

Bedeutung für die Praxis

Auch wenn man versucht, allen oben genannten Themen zu begegnen, so wird es immer Opiatabhängige geben, die ihren persönlichen Lebensstil reizvoller finden als einen geregelten Behandlungsalltag. Ganz wichtig sind in diesem Zusammenhang Beschäftigungsmöglichkeiten, um den Tag – jenseits des Szenealltags – sinnvoll zu strukturieren.

Die hier vorgestellte Untersuchung bezieht sich ausschließlich auf Befragungsergebnisse aus Baltimore und ist daher nicht generalisierbar. Durch die auf der Straße ausgewählte Zielpopulation sind diejenigen Opiatabhängigen nicht berücksichtigt, die arbeiten und ihr Heroin jenseits der Straßenszene beziehen.

Peterson J A et al. (2010): Why don't out-of-treatment individuals enter methadone treatment programmes? Int J Drug Policy 21: 36-42

Persönlichkeitsstörungen bei alkoholabhängigen Personen

Eine Reihe von Befunden – sowohl in der Behandlung wie auch in epidemiologischen Untersuchungen – zeigt, dass alkoholabhängige Personen häufig auch Persönlichkeitsstörungen haben. In der Praxis ist dies relevant, da Alkoholabhängige mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung im Gegensatz zu Alkoholabhängigen ohne komorbide Persönlichkeitsstörung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, aber weniger alkohol-spezifische Behandlung erhalten. Gleichzeitig ist der Verlauf der Alkoholabhängigkeit schwerer. Eine Reihe von Studien berichtet außerdem von einem nachteiligen Effekt komorbider Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung.

Bisher beschränken sich allerdings die meisten Untersuchungen auf eine Komorbidität mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung oder berücksichtigen nur einen Teil der Persönlichkeitsstörungen.

In der vorliegenden Studie werden die Raten aller Persönlichkeitsstörungen sowie der Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit bei einer großen Stichprobe stationär behandelte alkoholabhängiger Personen erfasst. Zudem werden Geschlechterunterschiede und der Einfluss der komorbiden Persönlichkeitsstörung auf den Grad der Alkoholabhängigkeit untersucht.

Patienten und Methode

Die Stichprobe setzt sich aus insgesamt 1.079 stationären Patienten aus den Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen der drei Universitätskliniken München, Mainz und Regensburg zusammen. In den einzelnen Kliniken herrschen unterschiedliche Aufnahmebedingungen. Alle drei Kliniken bieten eine qualifizierte Entzugsbehandlung an, die nicht nur die somatische Entgiftung enthält, sondern auch Einzel- und Gruppentherapie, Beratung für soziale und finanzielle Probleme sowie eine medizinische Versorgung.

Ergebnisse

Bei insgesamt 652 Personen (60,4%; Frauen 57,7%, Männer 61,8%) zeigten sich Persönlichkeitsstörungen. Zwischen den einzelnen Zentren gab es signifikante Unterschiede: In München waren 61,9%, in Mainz 29,7% und in Regensburg 71,9% betroffen. Bezüglich der Geschlechterverteilung traten keine Unterschiede auf.

Personen, die sowohl eine Alkoholabhängigkeit als auch eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen, erfüllten mehr Kriterien der Alkoholabhängigkeit und lebten öfter alleine als Personen ohne Persönlichkeitsstörung.

Alle alkoholabhängigen Personen erfüllten im Schnitt 5,4 ($\pm 1,4$) DSM-IV-Kriterien. Bei einem Median-Split wurde die Stichprobe aufgeteilt in Personen, die alle sieben Kriterien erfüllten (44,2%), und Personen mit weniger als sieben Kriterien (55,8%). Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum betrug 16,9 ($\pm 5,9$) Jahre (Median 16,00). In der Gruppe mit jüngerem Alter bei Erstkonsum waren 40,0% der Stichprobe enthalten, in der Gruppe mit späterem Erstkonsum 60,0%.

Am häufigsten wurden zwanghafte, Borderline, narzisstische, paranoide und dissoziale Persönlichkeitsstörungen gefunden. Es gab dabei signifikante Geschlechtsunterschiede im Cluster B¹: Frauen erhielten öfter die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, Männer öfter die Diagnose einer dissozialen oder narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Depressive und histrionische Persönlichkeitsstörungen fanden sich öfter bei Frauen; dieser Unterschied war allerdings nicht statistisch signifikant.

Personen mit einer Persönlichkeitsstörung waren signifikant jünger als Personen ohne Persönlichkeitsstörung, hatten einen höheren täglichen Alkoholkonsum, erfüllten eine höhere Anzahl an DSM-IV-Kriterien für Alkoholabhängigkeit und konsumierten öfter große Mengen Alkohol. Bei der nach Geschlecht differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass Männer mit Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu Männern ohne Persönlichkeitsstörung bei Beginn der Alkoholabhängigkeit signifikant jünger waren, öfter alleine lebten, eine größere Gewöhnung an Alkohol zeigten, mehr nicht erfolgreiche Versuche, den Konsum zu reduzieren, aufwiesen und vermehrt von der Aufgabe wichtiger Tätigkeiten berichteten. Frauen mit Persönlichkeitsstörung waren beim Erstkonsum signifikant jünger als Frauen ohne Persönlichkeitsstörung.

Beim Vergleich aller Frauen und Männer der Stichprobe zeigt sich, dass Männer beim Erstkonsum signifikant jünger waren. Frauen waren bei Beginn der Alkoholabhängigkeit signifikant älter, tranken weniger Alkohol pro Tag, wiesen eine kürzere Dauer der Alkoholabhängigkeit auf, lebten seltener alleine, berichteten weniger von Entzugserscheinungen und hatten weniger häufig eine alkoholinduzierte Pankreaserkrankung.

Diskussion

Wie auch in früheren Untersuchungen erhielten etwa 60% der Patienten die zusätzliche Diagnose Persönlichkeitsstörung. Am häufigsten waren dabei zwanghafte (31,4%), Borderline (26,1%), narzisstische (18,6%) und paranoide (17,8%) Persönlichkeitsstörungen. Die bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen auftretenden Unterschiede in den verschiedenen Studien können aus unterschiedlicher Rekrutierung der Stichprobe (stationär vs. ambulant vs. epidemiologisch), unterschiedlichen Beurteilungsinstrumenten sowie unterschiedlichen Behandlungssettings in den einzelnen Einrichtungen resultieren.

Übereinstimmend mit früheren Studien zeigt sich die Verbindung von Persönlichkeitsstörungen mit verschiedenen Charakteristika der Alkoholabhängigkeit: Diverse Studien berichten von einem früheren Beginn und von schwerwiegenderen Charakteristika der Alkoholabhängigkeit bei Personen mit Persönlichkeitsstörung, insbesondere bei Personen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung.

¹ Persönlichkeitsstörungen sind aufgrund deskriptiver Ähnlichkeiten in drei Cluster eingeteilt: Personen mit einer Störung aus dem Cluster A (paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung) erscheinen oft als sonderbar oder exzentrisch, Personen mit einer Störung aus Cluster B (antisoziale, Borderline, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung) wirken oft dramatisch, impulsiv und launisch, Personen mit einer Störung aus Cluster C (vermeidend-selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung) erscheinen als ängstlich oder furchtsam.

Bei der Anzahl der DSM-IV-Kriterien der Alkoholabhängigkeit und dem Alter bei Erstkonsum gibt es einen signifikanten Zusammenhang mit schizoiden und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen. Das Alter bei Erstkonsum hängt zudem signifikant mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung zusammen.

Signifikante Geschlechtsunterschiede liegen nur bei Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B vor: Analog zu früheren Studien erfüllen Männer häufiger die Kriterien einer antisozialen oder narzisstischen Persönlichkeitsstörung, Frauen häufiger Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese Unterschiede tragen allerdings wenig zum geschlechtsspezifischen Einfluss bei, den Persönlichkeitsstörungen auf Charakteristika der Alkoholabhängigkeit haben: Geschlechtsunabhängig zeigt sich ein schwereres Störungsbild, wenn neben der Diagnose der Alkoholabhängigkeit eine Persönlichkeitsstörung vorliegt.

Die Ergebnisse müssen unter verschiedenen Vorzeichen betrachtet werden: In den drei Einrichtungen wurden unterschiedliche Beurteilungsinstrumente verwendet, es fanden sich unterschiedliche Raten an Persönlichkeitsstörungen sowie eine unterschiedliche Schwere der Alkoholabhängigkeit. Insgesamt hatten nicht in die Studie eingeschlossene Patienten außerdem eine höhere Anzahl an DSM-IV-Kriterien bei der Alkoholabhängigkeit. Da keine Patienten mit Achse-I-Störungen außer Depression in den Abteilungen behandelt wurden, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse limitiert. Außerdem wurde der Grad der Alkoholabhängigkeit nur über die Anzahl der erfüllten DSM-IV-Kriterien erfasst, obwohl es dazu andere Möglichkeiten, bspw. den Addiction Severity Index, gibt.

Preuss UW, Johann M, Fehr C, Koller G, Wodarz N, Hesselbrock V, Wong WM, Soyka M (2009). Personality Disorders in Alcohol-Dependent Individuals: Relationship with Alcohol Dependence Severity. European Addiction Research 15: 188-195.

Ermittlung von Mortalitäts-Prädiktoren im Rahmen der primärärztlichen Methadonsubstitution in Schottland

Hintergrund

Mittels einer retrospektiven Kohortenstudie, die sich in der schottischen Region Tayside über einen Zeitraum von 12 Jahren erstreckte, sollen unter Berücksichtigung von patientenbezogenen und verschreibungsbedingten Faktoren die Risiken für die allgemeine und die abhängigkeitsbedingte Mortalität abgeschätzt werden.

Methodik

Alle Personen, die bei einem praktischen Arzt registriert waren und Methadon verschrieben bekommen haben, wurden kodiert erfasst. Zudem wurden sozioökonomische Daten gesammelt, ein Komorbiditätsindex (Charlson Index) gebildet sowie quantitative Angaben zu den Methadonverordnungen registriert.

Hauptzielgröße war die allgemeine Mortalität, sekundärer Zielparameter die drogenabhängige Mortalität. Mittels Cox-Modell (zur Analyse von Überlebensdaten) erfolgte das Follow-up der Patienten bis zu ihrem Tod bzw. bis zum Ende der Beobachtungszeit.

Ergebnisse

Von insgesamt 2478 Patienten waren 65% jünger als 30 Jahre, rund zwei Drittel waren Männer und mehr als die Hälfte gehörte den beiden niedrigsten sozioökonomischen Gruppen (6-stufige Einteilung nach Carstairs) an. 1233 (55%) der Patienten befanden sich zum Zeitpunkt des Studienendes noch in Behandlung. 181 Personen (8%) starben im Beobachtungszeitraum, bei 60 Patienten (36%) war die Drogenabhängigkeit todesursächlich.

Psychiatrische Komorbidität

Fast die Hälfte der untersuchten Kohorte hatte laut Standardmorbiditätsregister eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen und neben dem Methadon entsprechende Medikamente verordnet bekommen.

Co-Verordnungen	Am noch Patienten (n= 2197)	Studierende lebende	Im raum Patienten (n=181)	Beobachtungszeit- verstorbene	Insgesamt (n=2378)
Benzodiazepine	1634 (74%)		160 (88%)		1794 (75%)
Antipsychotika	451 (21%)		33 (18%)		484 (20%)
Antidepressiva	1051 (48%)		80 (44%)		1131 (48%)
Opiodanalgetika	831 (38%)		99 (55%)		930 (39%)

Tab. 1: Co-Verordnung von psychiatrischen Medikamenten

Methadondosierung

Die mittlere Methadondosis lag zwischen 1,7 und 200 mg. 85% der Patienten (n=2023) erhielten eine Erhaltungsdosis unterhalb der empfohlenen Tagesmenge von 60-120 mg, 349 Patienten (15%) befanden sich im empfohlenen Bereich und 6 Patienten erhielten höhere Mengen. Der Median lag bei 40 mg Methadon täglich. 148 Patienten (6%) nahmen *mehr* als das ihnen verordnete Methadon ein.

Protektive Faktoren

Im adjustierten multivariaten Modell fanden sich bezüglich der allgemeinen Mortalität folgende signifikante, protektive Faktoren: Längere Dauer der Methadonbehandlung, längerer Zeitraum seit der letzten Methadonverordnung und die Tatsache, dass in der Vergangenheit mindestens eine Urinkontrolle stattgefunden hat. Der Gebrauch von Antidepressiva und Antipsychotika erwies sich bei der drogenbedingten Sterblichkeit als protektiv.

Mit Sterblichkeit assoziierte Faktoren

Übermäßiger Gebrauch von Methadon (Hazard Ratio = 1,67), stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern in der Anamnese (HR = 2,47) sowie ein hoher Charlson Index mit drei und mehr Begleiterkrankungen (HR = 1,20) waren signifikant mit allgemeiner Sterblichkeit assoziiert. Psychiatrische Erkrankungen in der Anamnese (HR = 2,41) sowie die frühere Verschreibung von Benzodiazepinen (HR = 4,35) waren zudem signifikant mit drogenbedingter Mortalität verknüpft.

Diskussion

Die hier gefundenen protektiven Faktoren weisen darauf hin, dass stabilisierte Patienten, die in regelmäßige Monitoringprozesse eingebunden sind oder erfolgreich ein Abdosierungsprogramm durchlaufen haben, ein niedrigeres Sterberisiko aufweisen.

Auffallend war, dass 85% der Patienten unterdosiert waren, wobei dieses Ergebnis konsistent ist mit Daten aus anderen Ländern. Hier müssen weitere Studien klären, wie sich Risiko und Nutzen (z.B. geringerer Heroinbeigebrauch, bessere Haltequote) bei der Verordnung höherer Methadondosen verhalten.

Die Schwächen der Studie liegen darin, dass es keinerlei Angaben zu den Ergebnissen der Eingangsuntersuchung, zur überwachten Einnahme des Substituts sowie zur psychosozialen Betreuung gibt. Zudem ist die willkürliche Festlegung der Unterbrechung der Methadonsubstitution erst drei Monate oder mehr nach der letzten Verordnung sehr konservativ gewählt, da zu diesem Zeitpunkt bereits schon viele Patienten kein Methadon mehr einnehmen.

Bedeutung für die Praxis

Niedergelassene substituierende Ärzte sollten auf die Sinnhaftigkeit von Urinkontrollen hingewiesen sowie vor der gleichzeitigen Verordnung von Benzodiazepinen gewarnt werden. Patienten mit einem höheren Risiko, z.B. aufgrund psychiatrischer Begleiterkrankungen, sollten nach Möglichkeit in einem spezialisierten Zentrum behandelt werden.

McCowan C, Kidd B, Fahey T (2009): *Factors associated with mortality in Scottish patients receiving methadone in primary care: retrospective cohort study. BMJ 338: doi: 10.1136/bmj.b2225*