



Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)
und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 076/004	Entwicklungsstufe:	2
--------------------------	-------------	--------------------	---

Zitierbare Quelle:

Sucht 50 (4) 226-257 (2004)

Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide

Key words Treatment guidelines, opiate dependence, abstinence therapy, maintenance therapy, opiate substitution

Schlüsselwörter Behandlungsleitlinien, Opioidabhängigkeit, abstinenzenorientierte Therapie, substituionsgestützte Therapie, Opioid Substitution

Abstract

Aim: The development of guidelines for post-acute treatment opiate abuse and dependence. **Method:** A literature search was conducted using 7 databases on clinical studies of post-acute treatment of opiate dependence, abstinence therapy, maintenance therapy, opiate substitution therapy, forensic post-acute treatment. Criteria were developed according to the AWMF manual for the implementation of medical guidelines, which are based on the scientific rating system of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Results:** The authors formulated guidelines on post-acute treatment of opiate abuse and dependence based on evidence from the literature and recommendations of experts, if there were no evidence-based clinical or experimental results. **Conclusions:** Within the near future, the recommendations of experts should be replaced by results of evidence-based research, although ethical restrictions must be taken into account.

Zusammenfassung

Ziel: Die Erstellung von Leitlinien zur Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide. **Methode:** Bis einschließlich 2003 wurden in 7 Datenbanken Literaturrecherchen über klinische Studien zur

Substitution, zur abstinenzorientierten, medikamentösen, psychosozialen und zur forensischen Behandlung gesucht. Die Erstellung der Leitlinien erfolgte nach den Richtlinien des Leitlinienmanuals der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄzQ) und der AWMF sowie entsprechend den Kriterien des Ratings wissenschaftlicher Publikationen des Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Ergebnis:** Es wurde ein konsentiertes Leitlinien – Kapitel über »Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide« mit "Evidenz"einschätzungen und entsprechenden Empfehlungen erstellt. **Schlussfolgerungen:** Vorerst formulierte Expertenmeinungen sollten in naher Zukunft unter Wahrung ethischer Grenzen durch Resultate entsprechender Forschungsarbeiten ersetzt werden.

Überblick

1.1 Zielgruppe und Ziele der Postakutbehandlung

Zielgruppe sind primär Opioidabhängige (ICD 10 F11.2, F11.5 – 9) und mehrfach Abhängige mit klinisch überwiegender Abhängigkeit von Opioiden.

Zwei Hauptziele, die sich gegenseitig stützen, stehen im Mittelpunkt der Postakutbehandlung der Opioidabhängigkeit:

(1) *Schadensminimierung in allen Lebensbereichen* und (2) *Suchtmittelfreiheit*.

Für Fälle, in denen eine Suchtmittelfreiheit auch als Fernziel unrealistisch erscheint, liegt der Schwerpunkt eher auf dem Ziel der Schadensminimierung. Um die beiden Hauptziele zu erreichen, sind in der Regel eine Reihe von Teilzielen und Teilschritten erforderlich, wie z.B.

Sicherung des Überlebens

Behandlungsmöglichkeit bei sonst nicht zu erreichenden Patienten

Teilentzug von anderen Suchtmitteln als den Opioiden (Beikonsumfreiheit)

Verminderung des Risikos chronischer Infektionen (z. B. mit HIV, Hepatitis-Viren)

Überbrückungsbehandlung bis zum Entzug

Gesundheitliche Stabilisierung

Psychosoziale Stabilisierung

Berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration

In der Behandlung Opioidabhängiger ist es ein vorrangiges Ziel, diese je nach der individuellen Ausgangslage überhaupt in eine suchtspezifische Therapie zu führen, bei der der Umgang mit psychotropen Substanzen einen hohen Stellenwert hat.

1.2 Behandlungsformen

In der Postakutbehandlung der Störungen durch Opioide stehen zum einen direkt *abstinenzorientierte Behandlungen* sowie zum anderen *substitutionsgestützte Behandlungen* zur Verfügung, die ambulant, teilstationär oder stationär mit und ohne adjuvante Gabe von Medikamenten, insbesondere Psychopharmaka durchgeführt werden. Bei beiden Behandlungsformen spielen psychosoziale Beratung und Behandlung eine wichtige Rolle.

Die *Abstinenzbehandlung* wird meist stationär in Suchtfachkliniken oder in speziellen Stationen psychiatrischer Krankenhäuser durchgeführt. Die ambulante oder teilstationäre Behandlung wird von Suchtberatungsstellen, ambulanten Behandlungszentren, Tageskliniken sowie auch teilweise von Suchtfachkliniken oder psychiatrischen Kliniken angeboten. Auf eine stationäre Rehabilitationsbehandlung kann indikativ im Einzelfall eine *Adaptionsbehandlung* in der gleichen oder in einer anderen Therapieeinrichtung zur Erleichterung des Übergangs in die Alltagssituation folgen. Die *substitutionsgestützte Behandlung* wird in der Regel ambulant von niedergelassenen Ärzten mit

suchtmedizinischer Ausbildung, psychiatrischen Kliniken oder in Substitutionsambulanzen mit unterschiedlicher Trägerschaft sowie auch im stationären Rahmen durchgeführt.

Die *Nachsorge* erfolgt in Suchtberatungsstellen, in Form des betreuten Wohnens, in Selbsthilfegruppen und/ oder besonders auch bei Vorliegen von komorbiden Störungen durch die vorbehandelnden Institutionen (niedergelassene Ärzte und Psychologen, psychiatrische und andere Kliniken).

Die jeweils unterschiedliche individuelle Situation eines opioidabhängigen Patienten kann auch mehrere Behandlungsphasen mit verschiedenen postakuten Behandlungsformen von unterschiedlich langer Dauer (z. T. viele Jahre) erforderlich machen.

1.3 Wege in die postakute Behandlung

Die Vermittlung in eine *Abstinenzbehandlung* und eine *substitutionsgestützte Behandlung* kann durch ambulante suchtspezifische Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen), niedergelassene Ärzte, Psychologen und/oder psychiatrische und andere Kliniken erfolgen. In der Regel kommen die Patienten direkt aus einer Akutbehandlung in die Postakutbehandlung. Weitere Zugangswege sind Straf- oder Untersuchungshaft. Teilweise wird bereits stationär eine substitutionsgestützte Behandlung begonnen, die dann entweder ambulant fortgeführt wird oder es erfolgt die Vermittlung in eine abstinenzorientierte stationäre Rehabilitation. Einzelne Einrichtungen führen auch stationäre substitutionsgestützte Rehabilitationen durch.

Die Antragstellung mit Sozialbericht und ärztlichem Befundbericht für die Kostenübernahme einer Postakutbehandlung geschieht bei dem zuständigen Leistungsträger in der Regel mit Unterstützung durch eine Drogenberatungsstelle oder den Sozialdienst einer Klinik bzw. einer Justizvollzugsanstalt. Im Regelfall ist eine konsequente akutmedizinische Vorbehandlung zur gesundheitlichen Stabilisierung vor Antritt einer postakuten Behandlung erforderlich. Dieser sollte sich möglichst nahtlos eine postakute Behandlung anschließen. Aufgrund von Schnittstellen-Problemen im Versorgungssystem sowie Compliance-Problemen bei Patienten kann es jedoch vorkommen, dass Patienten bei Antritt einer postakuten Behandlung noch in einer körperlich und/oder psychisch desolaten Lage sind. Oder aber im Verlauf der postakuten Behandlung kann es wieder zu einer bedeutsamen gesundheitlichen Destabilisierung kommen, z. B. im Rahmen eines Rückfalls oder einer erneuten Episode einer psychischen Störung. In solchen Fällen ist auch während der postakuten Behandlung eine (erneute) längere stationäre Akutbehandlung oder eine kürzere stationäre Krisenintervention erforderlich. Rückfällige Patienten aus einer Nachsorgebehandlung können in leichteren Fällen auch ohne Akutbehandlung direkt wieder in die Postakutphase eintreten (z.B. im Rahmen einer Auffang-Behandlung). Bei Beginn einer *substitutionsgestützten Behandlung* ist in der Regel kein Entzug von Opioiden notwendig, ggf. ein Teilentzug (besonders von Alkohol oder Benzodiazepinen).

1.4 Indikation der Behandlungsformen

1.4.1 Allgemeine Kriterien

In der Behandlung Opioidabhängiger ist es die vorrangige Aufgabe, den Patienten überhaupt in eine suchtspezifische Therapie zu führen (C). Diese Aussage wird gestützt durch die Ergebnisse folgender Studien:

Bei Berücksichtigung z.B. der Zielkriterien Beschäftigung, Reduzierung des Drogenkonsums und Kriminalität fanden sich nach einer Studie von Simpson et al. (1979, Ev II) an 3131 Patienten nach einem Jahr keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, die mit Methadon substituiert wurden, in einer therapeutischen Gemeinschaft lebten oder sich in einem abstinenzorientierten Behandlungsprogramm befanden. Patienten ohne weitere Behandlung bzw. Patienten, die nur ambulant entzogen wurden, wiesen ein schlechteres Ergebnis auf. Die Ergebnisse dieser Studie sind jedoch nur eingeschränkt zu bewerten, da das amerikanische Suchthilfesystem nicht mit dem deutschen identisch ist. In einer Metaanalyse von 954 Patienten zum Vergleich von Methadonsubstitutionsbehandlung vs. anderen Behandlungen (Entzugsbehandlungen, drogenfreie Rehabilitation etc.) zeigte sich, dass in der Methadongruppe die Haltequote am günstigsten und der Heroinbeigebrauch am niedrigsten war. In der Mortalitätsrate und der Kriminalität zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Methadonbehandlung und den drogenfreien Therapieprogrammen (Cochrane Review, Mattick et al., 2002, Ev I).

Die Indikationen für die Auswahl der jeweiligen Therapieform werden durch die individuelle Ausgangslage eines Patienten (z.B. Art der Ausprägung der Abhängigkeit und der Motivation, psychiatrische und medizinische Komorbidität, psychosoziale Ausgangslage) und die entsprechenden

vorrangigen Ziele bestimmt (siehe Abschnitte Abstinenzorientierte Therapie, und Substitutionsorientierte Therapie).

Die Frage, welches *Setting* (ambulant/teilstationär/stationär) für einen Patienten geeignet ist, muss in einem Beratungs- und Informationsprozess mit dem Patienten erörtert werden. Auch hier spielt die individuelle Situation des Patienten eine entscheidende Rolle. Es gibt bisher keine allgemeingültigen "evidenz"-basierten Kriterien, für welchen Patienten welches Setting das geeignete ist. Einige Anhaltspunkte sind weiter unten aufgeführt.

1.4.2 Abstinenzorientierte Therapien

Eine abstinenzorientierte Behandlung für Opioidabhängige (in der Regel mit zusätzlichem Missbrauch einer oder mehrerer Substanzen oder Abhängigkeit von weiteren suchterzeugenden Substanzen wie von Benzodiazepinen, Cannabis oder Psychostimulanzien wie z.B. Kokain, Amphetaminen) ist geeignet für Patienten, die abstinent von suchterzeugenden Substanzen (außer Kaffee, Tabak) leben möchten und die sich zutrauen, während der Behandlung abstinent zu bleiben. Eine gerichtliche Auflage ist kein Hinderungsgrund für eine Therapie (Dehmel, 1989; Vollmer, 1992a, Ev. III). Indikationen für eine primär *abstinenzorientierte Therapie* sind (Expertenkonsensus C):

Hohe Motivation für eine Abstinenztherapie (ca. bis zu einem Jahr Dauer), *unabhängig* von der Dauer der Abhängigkeit

Motivation, den Gebrauch von süchtig machenden Substanzen einzustellen mit Ausnahme von Tabak und Koffein

Bereitschaft während der gesamten Behandlungszeit abstinent von süchtig machenden Substanzen zu leben, mit Ausnahme von Tabak und Koffein

Erst kürzer bestehende Opioidabhängigkeit (< 2 Jahre) (dies bedeutet nicht im Umkehrschluss, dass bei länger bestehender Opioidabhängigkeit primär eine Substitutionstherapie anzustreben ist).

Junges Alter der Abhängigen (< 18 Jahre; dies bedeutet nicht im Umkehrschluss, dass bei älteren Patienten primär eine Substitutionstherapie anzustreben ist).

Indikationskriterien für eine *ambulante* oder *teilstationäre Therapie* sind: Soziale Integration und Unterstützung durch Angehörige und ein fester Wohnsitz, der nicht Anlaufstelle für Drogengebraucher ist. Für Drogenabhängige, die durch eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung überfordert sind, kann eine psychosoziale Betreuung auf einem Bauernhof hilfreich sein (Küfner et al., 2000, Ev. III). Für Abstinenz sehr hoch motivierte opioidabhängige Patienten können von einer *ambulanten* Behandlung mit Naltrexon (siehe Abschnitt Naltrexon.) profitieren (Metaanalyse der Cochrane Bibliothek, Kirchmayer et al. 2001, Ev I, A).

Die Indikation für eine *teilstationäre* abstinenzorientierte Behandlung ist für die Patienten gegeben, die nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung Schritt für Schritt in die freie, ungeschützte Lebenssituation zurück geführt werden sollen. Auch die direkte ohne vorherige stationäre) teilstationäre abstinenzorientierte Behandlung ist möglich, wenn eine wohnortnahe integrierte Versorgungsstruktur besteht und die individuelle Situation des Patienten dies zulässt. Auch hier gilt, dass die diesbezüglichen Zuweisungskriterien eher pragmatischer Natur und wenig empirisch abgesichert sind.

Indikationskriterien für eine *stationäre* Therapie sind die Überforderung durch eine ambulante oder teilstationäre Behandlung oder die Notwendigkeit der Herausnahme aus der gewohnten Umgebung. Voraussetzung ist die Bereitschaft zu einem stationären Aufenthalt von drei- bis sechsmonatiger Dauer.

Generell ist im Bereich der postakuten Behandlung (»medizinische Rehabilitation «) zu beachten, dass neben fachlich orientierten Kriterien (laut SGB IX: Reha-Fähigkeit, Reha-Bedürftigkeit und positive Reha-Prognose) je nach Kosten- bzw. Leistungsträger auch versicherungsrechtliche Voraussetzungen eine Rolle spielen.

1.4.3 Substitutionsorientierte Therapien

Mit der Einleitung einer Substitutionstherapie soll das Ziel späterer Abstinenz nicht aufgegeben werden. Dass dieses Ziel erreicht werden kann, wird durch Daten von Maddux et al., (1992, Ev I, A, Stimmel 1977, Ev IIb) untermauert, die daraufhin weisen, dass Substitutionsbehandlungen langfristiger Abstinenz und Besserung der Abhängigkeitserkrankung nicht entgegenstehen. In 5 Langzeit-Katamnese-Studien zur Methadon Substitution mit 4777 Teilnehmern betrug die (zumindest) vorübergehende Abstinenzrate 9–21%. In 6 Langzeit-Katamnese-Studien bei drogenfreier Therapie (1980 Teilnehmern) lag die Abstinenzrate bei 10–19%.

Die Indikation für eine Substitution liegt nach den derzeit gültigen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dann vor,

wenn die Abhängigkeit seit längerer Zeit besteht (mehr als 2 Jahre),

wenn Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg erbracht haben, oder

wenn eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann, oder

wenn die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet,

wenn eine Überbrückung zur abstinenzorientierten Therapie erfolgen soll.

Eine Substitutionstherapie ist nach aktueller Übereinkunft (C) nicht indiziert bei

einer erst seit kurzer Zeit (weniger als 2 Jahre) bestehenden Opioidabhängigkeit,

Abhängigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

mit Ausnahme einer zeitlich begrenzten Überbrückungssubstitution bis zum Beginn einer abstinenzorientierten meist stationären (oder ambulanten) suchtspezifischen Therapie (Akut- und Postakutbehandlung) oder einer schweren psychiatrischen oder internistischen (z.B. HIV, chronische Hepatitis C) Komorbidität oder in anderen begründeten Einzelfällen.

Insgesamt zeigen Substitutionsprogramme mit höheren Dosierungen und weniger strikten Ausschlusskriterien eine bessere Haltequote und ein günstigeres Therapieergebnis (weniger Kriminalität, weniger Beikonsum) als Programme mit niedrigen Dosen und strengeren Ausschlusskriterien (Strain et al., 1999, Ev Ib, A). Nach Moos et al. (1995, Ev II) scheinen ältere Patienten eher von einem supportiven, gut organisierten Programm mit ambulanter Nachsorge zu profitieren, während für jüngere Patienten ein intensives Programm mit Förderung sozialer und beruflicher Kompetenzen sowie Einbindung der Familie günstiger ist. Neben der lebenslangen Substitution besteht auch die Möglichkeit, dass Patienten sich entscheiden das Substitutionsprogramm zu verlassen.

Positive Prognosefaktoren für langfristige Abstinenz nach Beendigung einer Substitutionsbehandlung sind: kein nachweisbarer Beikonsum (einschließlich Alkohol) seit mehr als einem Jahr, stabile Lebensverhältnisse (Arbeit, Wohnung, Partnerschaft, Freundeskreis ohne Suchtprobleme), Abstand von illegalen Aktivitäten, guter körperlicher und seelischer Zustand (Moolchan et al., 1994, Ev IV, Stimmel et al., 1977, Ev IIa). Studien zeigen positive Zusammenhänge zwischen Dauer einer Behandlung und Therapieerfolg hinsichtlich der Kriterien Kriminalitätsrate, Beschäftigung und Konsum illegaler Drogen. Nach einer Studie von Simpson et al. (1981, Ev II) steigt der Therapieerfolg der Patienten linear mit der Therapiedauer an (Methadonsubstitution, therapeutische Gemeinschaft, ambulantes abstinenzorientiertes Behandlungsprogramm).

Diagnostik

2.1 Allgemeine diagnostische Aspekte

Prinzipiell müsste man annehmen, dass bei Beginn einer postakuten Behandlung die wesentlichen diagnostischen Informationen bereits aufgrund der Diagnostik im Rahmen der Akutbehandlung vorliegen. Dies jedoch ist bei substanzabhängigen Patienten oft nicht der Fall. Zum einen ist die Compliance für regelmäßige Arztbesuche oder Therapiemaßnahmen nicht selten eingeschränkt, zum anderen sind Kurzinterventionen wie z.B. eine einfache Entzugsbehandlung zeitlich oft nicht

ausreichend, angesichts der hohen Multimorbidität sowie der häufig schwierigen sozialen Verhältnisse eine umfassende Diagnostik zu gewährleisten. Demzufolge können postakute Behandlungen, z.B. im Rahmen klassischer Rehabilitationsbehandlungen oder im Laufe einer Substitutionstherapie, die Gelegenheit bieten, durch ergänzende Diagnostik ein umfassenderes und präziseres Bild der Patienten zu ermöglichen.

Aber auch bei Vorliegen entsprechender Befunde aus vorausgegangenen Akutbehandlungen kann auf diagnostische Maßnahmen im Rahmen der postakuten Behandlung nicht verzichtet werden, um Verlaufsaspekte (Besserung, keine Änderung, Verschlechterung) im Rahmen der Therapie abzubilden. Zudem verschiebt sich der Fokus diagnostischer Maßnahmen von der Akutbehandlung, wo meist somatische Zielgrößen im Vordergrund stehen, hin zur postakuten Behandlung, wo oft psychosoziale Zielgrößen (z. B. Krankheitsverständnis, Veränderungs- und Behandlungsmotivation, Abstinenzbereitschaft) und sozialmedizinische Fragestellungen (Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit) im Vordergrund stehen. Die folgende diagnostische Checkliste gibt Hinweise, welche Informationen im Rahmen der Postakutbehandlung (abstinenzorientierte und substitions-gestützte Therapie) vorliegen sollten:

Diagnostische Checkliste:

Körperlicher Untersuchungsbefund und Anamnese:

Allgemein- und Ernährungszustand, Gewicht, Blutdruck, Puls, Zahnstatus, Einstichstellen in der Haut, Spritzenabzesse (Lokalisation und Häufigkeit)

Eigenanamnese (bes. Hinweise auf assoziierte Erkrankungen anamnestisch oder im Befund):

Suchtmedizinische Anamnese, Medikamenten-Anamnese, Vegetative Anamnese, Biografie und Sozialanamnese, Familienanamnese, Fremdanamnese

Hepatitis, HIV-Infektionen, (sonstige) Haut- und Geschlechtskrankheiten, Schädigungen des Gehirns, z. B. Traumata, Anfallsleiden, Endokarditiden und Thrombosen, Lungenerkrankungen (z.B. Pneumonien), Tuberkulose, Osteomyelitiden

Labordiagnostik:

Drogenscreening, Urinstatus, Tine-Test, (ggf. Röntgenthorax), Hepatitisserologie (Antikörper, PCR, Frage Virämie klären) (cave namentliche Meldepflicht), Luesserologie (cave anonyme Meldepflicht), HIV-Antikörpertest (mit Einverständnis des Patienten), bei einer nachgewiesenen HIV-Infektion: Lymphozytenstatus, P-24-Antigen, Immunelektrophorese, Immunglobuline, Toxoplasmose, Zytomegalie, Herpes Antikörper, Gerinnungsstatus

Apparative Diagnostik (i. d.R.indikationsgeleitet):

z. B. EKG, EEG, Cerebrale Bildgebung (CCT/fakultativ MRT)

Weibliche Patienten:

Schwangerschaftstest, erfragen: Gynäkologische Erkrankungen, Amenorrhö, Geburten, Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche

Psychiatrische Anamnese:

Andere psychiatrische Erkrankungen, besonders auch Depressionen bzw. affektive Störungen, Angststörungen, Psychosen und (früheres) Hyperkinetisches Syndrom, (auch in der Familienanamnese), Suizidalität (akut, chronisch, Vorgeschichte), Halluzinationen, andere schwere psychische Beeinträchtigungen, schwere Entwicklungsstörungen, hirnorganische (Vor-) Schädigungen, familiäre Belastungen.

Fakultativ:

Spezifizierung und Quantifizierung der hirnorganischen Symptomatik und des neuropsychologischen Leistungsprofils mittels cerebraler Bildgebung (z. B. MRT) und strukturierter testpsychologischer Screening- und Assessment-Verfahren

2.2 Allgemein medizinische Diagnostik

Die allgemein medizinische Diagnostik dient zum einen der Verlaufsdagnostik auf der Basis von Vorbefunden. Daneben soll sie auch die Frage beantworten, ob bzw. inwieweit der Patient körperlich in der Lage ist, bei einem postakuten Behandlungsprogramm aktiv mitzuwirken.

2.3 Körperliche Untersuchung

Wie auch in der Akutbehandlung wird bei der allgemeinkörperlichen bzw. internistischen bzw. neurologischen Untersuchung auf Injektionsstellen, Abszesse und dermatologische Infektionen geachtet. Zeichen möglicher akuter Intoxikationen oder noch bestehender, ggf. protrahierter, Entzugserscheinungen sollten besonders beachtet werden, da hier beurteilt werden muss, ob ein poststationäres Setting ausreicht oder ob Akutbehandlungsmaßnahmen der Vorzug gegeben wird. Soweit die Gefahr besteht, dass Drogen in das postakute Setting (heimlich) mitgebracht werden, sollte die körperliche Untersuchung auch die Suche nach derartigen Drogen mit einschließen.

2.4 Klinisch-chemische Laboruntersuchung

Neben den üblichen Routine-Laboruntersuchungen (z. B. Blutbild, Leberfunktionswerte, Nierenfunktionswerte, Elektrolyte, usw.) spielen bei Drogenabhängigen aufgrund der Infektionsrisiken spezifischere Verfahren zum Nachweis einer Hepatitis (z.B. A, B, C) oder einer HIV-Erkrankung eine große Rolle (siehe Akutbehandlung bei Störungen durch Opioide).

Es ist wichtig, dass drogenabhängigen Patienten ihren HIV-Status kennen, um dies in der Therapie berücksichtigen zu können und um bei positivem Status eine eventuelle Übertragung besser verhindern zu können. Zu den Übertragungswegen der HIV-Infektion siehe Tomaso et al. (1995, Ev III). Es ist am sichersten, bei risikobehafteten Patienten generell eine mögliche Infektion anzunehmen und die Patienten von Blut-, Sperma- oder Organ-Spenden abzuhalten. Jede Testung soll auf der Basis informierter Zustimmung erfolgen, mit Vorab- und Nachberatung sowie Vertraulichkeit (siehe Grundsätze der American Society of Addiction Medicine (ASAM, 1994) zum »HIV Testing of Patients in Addiction Treatment Facilities« vom 2. Okt. 1994 (ASAM policy, C).

2.5 Drogen-Screening

Das Drogen-Screening sollte zu Behandlungsbeginn und danach randomisiert oder anlassbezogen erfolgen, um die Abstinenzfähigkeit der Patienten zu überprüfen und bei Rückfällen früh intervenieren zu können. Neben der Suche nach Opioiden (z.B. Heroin, Methadon) im Urin wird ggf. nach folgenden Substanzen gesucht: Kokain, Amphetamine, Benzodiazepine, Barbiturate, Cannabinoide, Alkohol. Neben den häufig eingesetzten Screeningverfahren durch Verwendung handelsüblicher »Kits« kann es – insbesondere bei forensisch relevanten Fragestellungen – auch angezeigt sein, (teuerere) gaschromatographische Nachweisverfahren mit quantitativer Aussagemöglichkeit einzusetzen. Buprenorphin kann mit den handelsüblichen Tests (»Kits«) nicht gemessen werden mit der Ausnahme eines Testes, der seit Ende Juni 2004 auf dem Markt ist und auch Buprenorphin messen soll.

2.6 Sonstige apparative Diagnostik

Sonstige diagnostische Maßnahmen im somatischen Bereich sollten anlass bzw. indikationsbezogen erfolgen und richten sich nach dem jeweiligen Risikoprofil der Patienten (z.B. Abdomen-Sonographie bei Lebererkrankungen). Sofern – z. B. im Rahmen der Akutbehandlung – zerebrale Krampfanfälle oder elektroencephalographische Auffälligkeiten festgestellt wurden – sollten EEG-Verlaufsuntersuchungen durchgeführt werden. Bei Abstinenz innerhalb von 80 Tagen ist eine (im Vergleich zu Kontrollpersonen) Normalisierung drogenbedingter EEG-Veränderungen zu erwarten (Shufman et al., 1996, Ev II, B). Schließlich können bei Störung autonomer Funktionen auch entsprechende autonome Parameter (Pulsfrequenz, Blutdruckwerte, Hautleitfähigkeit, usw.) erfasst werden, wobei unter Abstinenz das drogenbedingte Absinken der sympathischen Aktivität rückläufig ist (Kapoor et al., 1993, Ev III, C).

2.7 Psychiatrische Diagnostik

Eine psychiatrische Diagnostik sollte angesichts der hohen Komorbiditätsrate drogenabhängiger Patienten als Basisdiagnostik bei jedem drogenabhängigen Patienten durchgeführt werden. Hierbei sollten auch die Abhängigkeitsdiagnosen erneut überprüft werden. Die Diagnose Polytoxikomanie sollte nur gegeben werden, wenn drei Substanzgruppen (außer Nikotin und Koffein) über 12 Monate gleichermaßen genommen wurden. Ansonsten sind die Substanzen getrennt als Einzeldiagnosen

aufzulisten, wobei die dominierende Substanz als Erstdiagnose eingetragen wird. Bei klinischer Erstdiagnose auffälliger Patienten (hinsichtlich des Verdachts einer psychischen Störung) sollten zur Diagnosesicherung weitere Assessmentverfahren eingesetzt werden. Besonderes Augenmerk sollte dabei affektiven Störungen und Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen geschenkt werden, die besonders häufig bei Drogenabhängigen vorhanden sind (Expertenmeinung, C).

Psychiatrische Basisuntersuchung und Anamnese

Für die psychiatrische Beurteilung im Rahmen postakuter Behandlungen sind Verlaufsuntersuchungen unter Einschluss von Abstinenzphasen besonders wichtig. So lange Intoxikations- oder Entzugserscheinungen das klinische Bild mitbestimmen, sind Aussagen über nicht substanzbedingte Störungsbilder wie Depressionen oder Angstzustände mit großer Unsicherheit behaftet.

Anamnestisch ist die Orientierung an zeitlichen Verhältnissen – soweit reliabel erfassbar – hilfreich, z. B. wenn das Auftreten psychischer Störungen zeitlich bereits vor dem Gebrauch von Drogen festgemacht werden kann. Auch entsprechende familiäre Vorbelastungen (psychische Störungen, Abhängigkeitserkrankungen) sind zu dokumentieren.

Beim aktuellen psychiatrischen Befund sind vorausgehende Abstinenzzeiten für die Beurteilung hilfreich. Sofern auch nach mehr als einem Monat (Expertenmeinung, C) kontrollierter Abstinenz noch wesentliche psychische Störungen (z. B. Depressionen, Angstzustände) nachweisbar sind, besteht der Verdacht auf eine zusätzliche komorbide psychische Störung.

2.8 Standardisierte Diagnostik-Verfahren

Standardisierte Verfahren tragen wesentlich zu einer differenzierten, reliablen und validen Diagnostik psychischer Störungen bei Drogenabhängigen bei, sind jedoch häufig aufwendig und nicht in jedem Setting anwendbar.

Diagnose- bzw. störungsbezogene Verfahren mit Ausrichtung auf die ICD-10 oder das DSM-IV sind das CIDI sowie der SKID, die in modularer Weise störungsspezifische Fragen beinhalten und valide sowie effizient zur Diagnosesicherung beitragen können (Dyson et al., 1998; Kranzler et al., 1996, Ev III, B). Sie erlauben auch die strukturierte Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (z.B. durch SKID II). Idealerweise werden diese Verfahren durch psychiatrisch erfahrene Beurteiler im Rahmen einer Fremdbeurteilung angewendet, z. T. existieren jedoch auch Module zur Selbstbeurteilung. Das CIDI hat sich als Screening-Instrument zur Entdeckung von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in der Allgemeinbevölkerung bewährt, vor allem auch im Zusammenhang mit der Erfassung komorbider Störungen (Bijl et al., 1998; Eland-Goossensen et al., 1997, Ev III, B). Für die suchtspezifischen Fragen wurden hohe Reliabilität und Akzeptanz des Verfahrens in mehreren verschiedenen Kulturen nachgewiesen (Cottler et al., 1989; Cottler et al., 1991; Lachner et al., 1998, Ev III, C)]. Als Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung psychopathologisch relevanter Symptome hat sich bei Drogenabhängigen auch die Symptom-Check-List SCL-90 R erwiesen (Franken & Hendriks, 2001, Ev III, C).

Check-Listen nach ICD-10 bzw. DSM IV

Sowohl für Diagnosen nach ICD-10 als auch nach DSM-IV existieren praktikable und leicht anwendbare Check-Listen (Hiller et al., 1995). Die Anwendung dieser Check-Listen ist ökonomischer als die Anwendung strukturierter Assessment-Verfahren, verlangt jedoch solides psychiatrisches Hintergrundwissen und entsprechende klinische Erfahrung.

Strukturierte Interviews

Neben diagnose- bzw. störungsorientierten Screening- und Assessment-Verfahren (wie CIDI oder SKID) existieren auch strukturierte Interviews wie z. B. der EuropASI (Addiction Severity Index) (deutsche Version: Gsellhofer et al., 1999), die zur systematischen Anamneseerhebung dienen können und nicht nur suchtsbezogene eigen- und familienanamnestische Fragen enthalten, sondern auch lebensrelevante Bereiche wie finanzielle Situation, berufliche Situation, forensische Situation usw. abdecken (siehe psychosoziale Diagnostik).

Neuropsychologische Diagnostik

Im postakuten Bereich ist die Untersuchung neuropsychologischer Funktionen und kognitiver Fähigkeiten drogenabhängiger Patienten oft von entscheidender Bedeutung für deren medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation. Auch bei Fragen der Fahreignung spielen diese Untersuchungen im Rahmen verkehrsmedizinischer bzw. verkehrspsychologischer Begutachtungen eine wichtige Rolle. Neben der Erfassung der Allgemein-Intelligenz, z. B. mittels Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Erwachsene (HAWIE) oder Leistungsprüfsystem (LPS) nach Horn (1983), kann eine Vielzahl spezieller Verfahren zur Testung von Einzelfunktionen eingesetzt werden. Bei Drogenabhängigen eignen sich z. B. der Mosaik-Test (Untertest des HAWIE) zur nonverbalen Erfassung der Formwahrnehmung und Problemlösung sowie der Zahlen-Symbol-Test (Untertest des HAWIE) zur Erfassung der allgemeinen psychomotorischen Geschwindigkeit. Gedächtnisfunktionen lassen sich im verbalen Bereich durch den Auditory Verbal Learning Test (AVLT) und nonverbal durch die Wechsler Memory Scale, aber auch den Benton Visual Retention Test (BVRT) erfassen. Ein ökonomischer und sensibler Test zur Erfassung der kognitiven Flexibilität ist der Trail Making Test A und B von Reitan (1992, Ev III C).

2.9 Psychosoziale Diagnostik

Durch die psychosoziale Diagnostik soll ein umfassendes Bild der Lebenssituation eines Patienten erstellt werden. Nach den Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) und dem Diagnostiksystem PREDI (Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnostiksystem, Kufner et al., 2004) zur Erfassung von Ressourcen sind folgende Lebensbereiche zu berücksichtigen:

1. Alltagssituation
2. Wohnsituation
3. Finanzielle Situation
4. Arbeitssituation
5. Rechtliche Situation
6. Gesundheitliche Situation (Folgen chronischer Erkrankungen, Verhaltensweisen als Risikofaktoren)
7. Psychische Situation (zum Teil in der psychiatrischen Diagnostik erfasst)
8. Soziale Beziehungen
9. Soziokulturelle Situation (C).

Dabei werden auch die persönlichen Ressourcen erfasst, die für die Problembewältigung wichtig sein können (C).

Instrumente

EuropASI: Hier bezieht sich die psychosoziale und zum Teil auch psychiatrische Diagnostik auf 6 Lebensbereiche: 1. Körperlicher Zustand 2. Arbeits- und Unterhaltssituation 3. Drogen- und Alkoholgebrauch, 4. Rechtliche Situation, 5. Familie und Sozialbeziehungen 6. Psychischer Status (Gsellhofer et al., 1999) (B).

Zur Erfassung von Ressourcen: Kurzdiagnose in PREDI (s.o.).

Therapien

3.1 Abstinenzorientierte Therapie

3.1.1 Differentielle Indikation

Empirisch validierte Indikationskriterien für eine ambulante, teilstationäre oder stationäre abstinenzorientierte Behandlung sind unbekannt. Die Entscheidung des Patienten, gestützt durch professionelle Beratung, scheint die erfolgversprechendste Vorgehensweise zu sein [C]. Für die stationäre Behandlung liegen folgende Erfahrungswerte vor, die individuell unterschiedlich anzuwenden sind:

Für Patienten mit zusätzlichen ICD-10 F2 Diagnosen (Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften wahnhaften Störungen) sind auf Drogenabhängigkeit und Psychosen spezialisierte Fachkliniken zu empfehlen (Löhrer & Tuchtenhagen, 2003, Ev III).

Opioidabhängige mit den zusätzlichen ICD-10 Diagnosen Affektive Störungen F32.0, F32.1, F34, Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen F40, F 41, F42, F43, F45 sowie mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren ICD-10 F50, F51, F52 und Persönlichkeitsstörungen ICD-10 F60 können in den normalen Fachkliniken für Drogenabhängige behandelt werden, soweit diese dafür personell ausreichend ausgestattet sind.

Drogenabhängige Frauen mit einer ICD-10 Diagnose F43.1 oder Frauen, die sich von ihren männlichen Mitpatienten nicht abgrenzen können sind in einer Klinik, die nur Frauen aufnimmt, erfolgreicher behandelbar. Bei mangelnder Motivation zu einer Frauen-Einrichtung ist eine Klinik mit frauenspezifischen Interventionen vorzuziehen.

Opioidabhängige unter 18 Jahren sollten in einer Einrichtung behandelt werden, die auf diese Altersgruppe spezialisiert ist.

Mit den Patienten ist abzuklären, ob eine gemeindenahe stationäre Behandlung erfolversprechender ist als eine Therapie in der Ferne.

3.1.2 Rahmenbedingungen

Behandlungsort

Die Behandlung wird in auf Drogenabhängigkeit spezialisierten Ambulanzen, psychosozialen Beratungsstellen oder Fachkliniken durchgeführt.

Einzel- und Gruppensetting

Der Schwerpunkt der ambulanten Behandlung von opioidabhängigen Patienten liegt in der Einzeltherapie, Gruppentherapie ist erst möglich, wenn die Patienten ausreichend stabilisiert sind (z. B. 3–4 Monate nach Therapiebeginn) und sich nicht wegen der geringen sozialen Kontrolle, gegenseitig in Rückfälle hineinziehen (C).

Therapeutische Gemeinschaft

Bei der stationären Behandlung Drogenabhängiger ist neben der Einzeltherapie die *behandlungsorientierte Therapeutische Gemeinschaft* mit ihren Gruppeninterventionen unverzichtbar (Burian, 2000; De Leon, 1995; Jainchill et al., 2000, Ev IV). Die Patienten lernen dadurch sich in ihren Defiziten und Fähigkeiten realistischer wahrzunehmen, ihre Normen und Werte für richtiges und falsches Verhalten zu reflektieren, sozial verantwortlich zu handeln, Konflikte und unangenehme Gefühle auszuhalten, Konflikte selbstständig zu lösen, die Initiative für Verhaltensänderungen zu ergreifen und weitere Fähigkeiten auf der kognitiven, emotionalen und Verhaltensebene, die eine Nachreifung der Persönlichkeit beinhalten, zu erarbeiten (Burian, 2000; De Leon, 2000; Vollmer & Krauth, 2000, 2001; Condelli, 1994; Ev IV).

Therapiedauer und Intensität

Eine abstinenzenorientierte ambulante Behandlung Opioidabhängiger dauert in der Regel ein Jahr (Feldhege et al., 1978; Dehmel, 1989, Ev III), mit geringerer Therapieintensität im letzten halben Jahr (z.B. pro Woche 1 Einzeltherapie und 1–2 Gruppentherapien).

Bei der postakuten *stationären* Behandlung Opioidabhängiger finden werktäglich und begrenzt auch an Wochenenden therapeutische Interventionen (z. B. Einzel-, Gruppen, Ergo-, Sozialtherapie) statt. Spätere Abstinenz von illegalen Drogen korreliert positiv mit einer regulären Therapiebeendigung und mit zunehmender Verweildauer in stationärer Behandlung. Die besten Ergebnisse wurden mit einer 6- bis 9-monatigen Behandlung erzielt. (Bleiberg et al., 1994; Brewer et al., 1998; Condelli & Hubbard, 1994; De Leon, 1985; Hubbard et al., 1989; McCusker et al., 1997; Pickens et al., 1991; Simpson & Sells, 1982; Sonntag & Künzel, 2000; Toumbourou et al., 1998, Ev III; Roch et al., 1992, Ev IV) (B). Verbesserte Therapieprogramme ermöglichen inzwischen auch z.T. kürzere stationäre Behandlungszeiten, die mit den Patienten individuell erarbeitet werden müssen, da objektive, allgemeingültige Indikationskriterien für die Therapiezeitgestaltung bisher unbekannt sind (C).

Erfolgsquoten

Nach einer ungefähr einjährigen ambulanten Therapie leben 30 % der Opioidabhängigen in ihrer natürlichen Umgebung abstinent (Feldhege et al., 1978; Dehmel, 1989, Ev III), für stationäre Behandlung wurden Erfolgsquoten zwischen 29 % und 37 % berichtet (Dittrich et al., 1976; de Jong & Bühringer, 1978; Kampe & Kunz, 1985; Klett, 1987; Raschke & Rometsch, 1987, Ev III). Thomasius et

al. (2001, Ev III) berichten eine Abstinenzquote von 66 % nach ambulanter Behandlung, in die Familienangehörige mit einbezogen wurden. Nach einer einjährigen psychosozialen Betreuung auf einem Bauernhof mit im Durchschnitt zehnstündiger werktäglicher Arbeit und einer Therapiesitzung pro Woche leben 43 % der Patienten abstinent und 44% gehen einer regelmäßigen Arbeit nach (Küfner et al., 2000, Ev III). Alter, Geschlecht, justizielle Bedingungen, Dauer der Abhängigkeit, Therapiemotivation zu Behandlungsbeginn, Schulbildung, etc. sind keine geeigneten Prognosekriterien für Therapieerfolg (Brewer et al., 1998; Vollmer et al., 1992a, Ev III). Eine ungünstigere Prognose haben Patienten, die während stationärer Postakutbehandlung mit Alkohol oder Opioiden rückfällig wurden, auch wenn ihnen trotz Rückfall ein regulärer Abschluss der Behandlung gelang (Vollmer, 2004, Ev III). Dieses trifft nicht zu auf Patienten, die während der Akutbehandlung rückfällig wurden und regulär in die Postakutbehandlung übernommen werden konnten (Vollmer et al., 2003, Ev III). Um nicht andere Patienten durch Rückfälle zu gefährden, kann nur mit einer begrenzten Anzahl rückfälliger Patienten weitergearbeitet werden. Erhöhte Bereitschaft an den psychotherapeutischen Maßnahmen teilzunehmen ist dazu eine Vorbedingung. (C).

3.1.3 Psychotherapie

In der Postakutbehandlung haben sich sowohl ein eklektisches Vorgehen wie auch spezifische Therapieverfahren als effektiv erwiesen (Crowther & Pantleo, 1971; Dies & Hess, 1971; Ludwig & Levine, 1965; Geisler, 1978; Ev IIa). Gut ausgebildete Therapeuten, strukturierte Therapieprogramme und regelmäßige Supervision vorausgesetzt sind folgende psychotherapeutische Maßnahmen und Vorgehensweisen erfolgreich (C):

Individualisierte Therapie, die sich an den Veränderungsphasen (Kanfer & Grimm, 1980; Prochaska & DiClemente, 1992) orientiert (Vollmer et al., 1992b, Ev IIa).

Je nach theoretischer Orientierung individuell eingesetzte Verhaltensanalyse und kognitive Interventionen wie Verdeckte Kontrolle, Gedankenstopp, kognitive Umstrukturierung (Bühringer et al., 1978; Bühringer & de Jong, 1980, Ev III), Motivierendes Interview Miller & Rollnick, 2002; Easton et al., 2000; Martino et al., 2000; Rawson et al., 1983; Swanson et al., 1999, Ev IV), die psychoanalytische interaktionelle Methode (Heigl-Evers & Ott, 1997), zirkuläres Fragen, Verschreibung familiärer Regeln, Skalierung, Symptomverschreibungen (s. Thomasius et al., 2000, Ev III), die kognitive Therapie nach Beck et al. (1993) wie die Identifizierung drogenbezogener Schemata, sokratische Dialoge, Imaginationstechniken etc.

Übende Verfahren wie Aktivitäts-, Sozial-, Kommunikations- und Rückfallpräventionstraining für verschiedene Zielbereiche wie: (drogenfreier) Sprachgebrauch, Freizeit, Arbeit und Sozialverhalten. (Bühringer et al., 1978; Bühringer & de Jong, 1980; Kampe et al., 1986, Ev III.).

Operante Methoden zum Aufbau von Arbeitsverhalten (de Jong & Bühringer, 1978, Ev III) und von Abstinenz wie die Verstärkung zum Drogengebrauch alternativer Aktivitäten und/ oder drogenfreier Urine mit Geld und Gutscheinen (Gruber et al., 2000, Higgins & Abbott, 2001, Katz et al., 2001, Petry et al., 2001, Ev IIa).

3.1.4 Psychosoziale Therapie

Indikationsgeleitete *Arbeits-* oder *Ergotherapie* ist für die meisten Drogenabhängigen in stationärer Behandlung sinnvoll. Bei Patienten mit schweren körperlichen, neurologischen oder psychiatrischen Störungen ist dagegen eher *Beschäftigungstherapie* indiziert.

In der ambulanten Therapie werden hingegen zum Teil berufsbegleitend bzw. in Verbindung mit Arbeitspraktika die Interventionen zur Verbesserung des Durchhaltevermögens und der Frustrationstoleranz, der Selbstmotivierung und der Selbstwirksamkeit durchgeführt.

Im Rahmen der *Freizeitpädagogik/Erlebnispädagogik* werden Gruppenaktivitäten durchgeführt zur Verbesserung der Gruppenkohäsion, zum Kennenlernen von Freizeitmöglichkeiten und von anderen Erfahrungswelten. Zu den erlebnispädagogischen Maßnahmen gehören unter anderem Bergwandern, Kanufahrten, Segeln, Bergklettern. Erlebnispädagogische Maßnahmen korrelierten positiv mit der Haltequote in stationärer Postakutbehandlung (Küfner et al., 1994, Ev III C).

Sport- und Bewegungstherapie gehören zum Therapieprogramm vieler stationärer Einrichtungen, sind hingegen selten in der ambulanten Therapie. Therapeutische Erfahrungen sind positiv (C).

Kreativtherapie ist besonders sinnvoll für Patienten, die im sprachlichkognitiven Bereich Probleme haben sich zu öffnen oder auszudrücken oder die Freude an kreativer Betätigung haben. Den Patienten eröffnen sich alternative Erlebniswelten, die aber auf Interessen und Fertigkeiten der Patienten abgestimmt sein sollten. Dazu gehören unter anderem Musik, Tanz, Theater, Malen,

Bildhauerei, Fotografie und Film [C].

Soziotherapie ist unverzichtbar und beinhaltet die Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Bewerbungstraining, Schuldenregulierung, den angemessenen Umgang mit Geld, Anleitung zur Wohnungssuche, Klärung und Erledigung rechtlicher Angelegenheiten wie gerichtliche Auflagen, Sorgerecht für Kinder (C) (Detaillierte Informationen siehe Abschnitt Soziotherapie).

Weitere detaillierte Informationen zu Prinzipien psychosozialer Therapie siehe unter Abschnitt Psychosoziale Therapie.

3.1.5 Medikamentöse Therapie

3.1.5.1 Ziele und Rahmenbedingungen

Bei der medikamentösen Therapie im Rahmen der abstinenzenorientierten Therapien handelt es sich um eine unterstützende Maßnahme im Rahmen eines individuellen Gesamtherapiekonzeptes. Durch die medikamentöse Therapie soll eine bereits erreichte *Abstinenz* (z. B. durch eine Entzugsbehandlung, siehe AWMF-Leitlinien Reymann et. al. 2002 »Akute Behandlung von opioidbedingten Störungen«) aufrechterhalten werden, indem Rückfälle verhindert bzw. vermindert werden. Dies kann *direkt* durch eine psychopharmakologische Behandlung zur Rückfallprophylaxe oder *indirekt* durch eine Pharmakotherapie der komorbiden Störungen (s. Abschnitt Komorbide Störungen) erfolgen sowie durch eine Kombination beider Therapiestrategien.

3.1.5.2 Substanzen zur Rückfallprophylaxe und ihre Pharmakologie

Für die Behandlung der Opioidabhängigkeit gibt es keine Aversiva und keine »Anticraving-Substanzen«. Zum jetzigen Zeitpunkt steht für die medikamentöse Behandlung zur Rückfallprophylaxe dieser Patienten nur die Behandlung mit dem Opioidantagonisten Naltrexon (Nemexin®) zur Verfügung, dessen Wirkmechanismus (Antagonist der Abhängigkeit erzeugenden Substanz) sich von dem der Aversiva und der »Anticraving«-Substanzen unterscheidet. Anders als bei Alkoholabhängigkeit reduziert Naltrexon bei Opioidabhängigkeit nicht das »craving« (Farren & O'Malley, 2002, Ev II), sondern verhindert durch vorherige Blockade der Opioidrezeptoren, dass Opioide ihre Wirkung überhaupt entfalten können, und erreicht dadurch einen rückfallprophylaktischen Effekt.

3.1.5.3 Naltrexon

Indikation

Naltrexon (Nemexin®) ist für die Indikation »Medikamentöse Unterstützung bei der psychotherapeutisch/psychologisch geführten Entwöhnungsbehandlung« ehemals Opioidabhängiger nach erfolgter Opioidentgiftung zugelassen. Die Behandlung mit Naltrexon wird in der Regel *ambulant* durchgeführt, sollte jedoch stationär am Ende der Akutbehandlung begonnen werden (C). Eine Metaanalyse der Cochrane Bibliothek (Kirchmeyer et al., 2001, Ev Ia, A), die auf elf verschiedenen Studien basiert, zeigt, dass für Abstinenz hoch motivierte opioidabhängige Patienten von einer ambulanten Behandlung mit Naltrexon in Kombination mit Verhaltenstherapie profitieren. Sie ist weniger geeignet für Langzeitkonsumenten und polytoxikomane Patienten (Soyka, 1995 III). Eine Indikation wird für opioidabhängiges Medizinerpersonal (Pflegepersonal, Ärzte wie z.B. Chirurgen Anästhesisten etc. gesehen (Soyka, 2000, Ev III; Kirchmeyer et al., 2001, Ev Ia, A). Darüber hinaus sind für die Indikationsstellung eine gute soziale Integration und das Ziel der Überbrückung bis zum Beginn einer Langzeittherapie relevant. Auch Patienten nach einem forcierten Opioidentzug unter Narkosebedingungen (UROD) scheinen von einer nachfolgenden ambulanten Abstinenztherapie mit Naltrexon profitieren zu können (Rabinowitz et al., 1997, 1998, 2002, Ev III, C).

Wirkung von Naltrexon und Metaboliten

Die Wirksamkeit hinsichtlich der rückfallprophylaktischen Wirkung und der Sicherheit von Naltrexon ist insbesondere durch die Studie des NIDA (National Institute on Drug Abuse, Savage et al. 1976) an 1005 ambulanten Patienten gut untersucht. 584 (58 %) der Patienten blieben länger als einen Monat in Behandlung, 118 (8,5 %) für 6 Monate und länger.

Naltrexon (Nemexin®) ist ein nahezu reiner Opioidantagonist mit hoher Affinität zu den μ -Opioidrezeptoren, ohne intrinsche Aktivität. Naltrexon wird nach oraler Gabe schnell (1h) und vollständig absorbiert, unterliegt aber einem ausgeprägten First-pass-Effekt (5 % gelangen in die systemische Zirkulation) und Metabolisierung in der Leber. Naltrexon hat eine Halbwertszeit von 3,9–

10,3 h und eine langsame terminale Eliminations-Halbwertszeit von 96 Stunden. (Crabtree, 1984, Ev II; Meyer et al., 1984, Ev III). Der Hauptmetabolit von Naltrexon ist das ebenfalls klinisch wirksame 6-beta-Naltrexol, das im Plasma, Urin und Stuhl zu finden ist (Wall et al., 1981, Ev II; Davidson et al., 1996, Ev II) und im Plasma in höherer Konzentration als Naltrexon selber vorhanden ist. 6-beta-Naltrexol hat eine Halbwertszeit von 4–12 h.

Individuelle Unterschiede in der Höhe des Naltrexon- und 6-beta-Naltrexol-Spiegels im Serum aufgrund individuell unterschiedlicher Bioverfügbarkeit werden bei chronischer Behandlung von Opioidabhängigen beschrieben, die als nicht relevant für die antagonistische Opioidrezeptor-Aktivität, jedoch als relevant für die Behandlungssicherheit angesehen werden (Ferrari et al., 1998, Ev II, B). Darüber hinaus korrelieren individuell höhere 6-beta-Naltrexol-Werte im Urin mit vermehrten unerwünschten Nebenwirkungen von Naltrexon (wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Angst, verzögerte Erektionen) bei einer durchschnittlichen Relation des 6-beta-Naltrexol zum Naltrexon von 10 : 1 (King et al. 1997, Ev II).

Cave: Bei Lebererkrankungen können ausgeprägte Veränderungen der systemischen Verfügbarkeit von Naltrexon und 6-beta-Naltrexol auftreten. Abhängig von der Schwere der Lebererkrankung wird Naltrexon weniger zu 6-beta-Naltrexol abgebaut und es kommt zur Akkumulation von Naltrexon (Bertolotti et al., 1997, Ev II). Siehe auch Kontraindikationen.

Empfehlung: Bei klinischem Verdacht auf individuell höhere Spiegel von Naltrexon bzw. 6-beta-Naltrexol werden daher zur Verbesserung der Sicherheit und der Compliance Messungen dieser beiden Substanzen im Serum und Urin empfohlen.

Vorteile im Vergleich zur Substitutionstherapie mit Methadon

Abstinenztherapie: Schlafstörungen im Vergleich zu Methadon geringer ausgeprägt (Staedt et al., 1996, Ev III). Keine Kontraindikation für die Koadministration von Naltrexon und Acamprosat (Campral®) bisher bekannt, keine negativen pharmakokinetischen Interaktionen von Naltrexon und Acamprosat hinsichtlich Sicherheit und kognitiver Funktionen (Mason et al., 2002, Ev III).

Durchführung der Therapie mit Naltrexon

Prüfung des Vorhandenseins einer hohen Abstinenzbereitschaft und Compliance

Notwendige Laboruntersuchungen/Laborwerte vor Behandlungsbeginn:

Aktuelle Leberenzyme

Als Voraussetzung für den Behandlungsbeginn: Aktuell negatives Drogenscreening des Urins

Opioidfreies Intervall vor Beginn der Naltrexontherapie:

Bei Opioiden mit kürzerer Halbwertszeit (Heroin, Morphin etc): Mindestens 7 Tage

Bei Buprenorphin freies Intervall je nach vorheriger Dosis: pro vorher gegebenem mg 1 Tag, aber mindestens 7 Tage (C)

Bei Opioiden mit längerer Halbwertszeit (z.B. Methadon): Mindestens 10 Tage (C)

Cave: Hohe Rückfallgefahr bei Umstellung!

Dosierung:

Testdosis initial zum Ausschluss eines Opioidenzuges: 25 mg

danach 50 mg/Tag oder

alternativ: Wochendosis von 350 mg verteilt auf z.B. Mo. 100 mg, Mi. 100 mg, Fr. 150 mg

Durchführung von *psychosozialer Therapie*, da die Kombination von Naltrexon und psychosozialer Therapie effektiver ist als eine der beiden Therapien alleine (Roozen et al., 2003, Ev III, C).

Zusätzlich sollte eine *psychiatrische und/oder psychotherapeutische* Behandlung bei Vorliegen einer komorbiden Störung erfolgen (C) Eine depressive Symptomatik stellt keine Kontraindikation für diese Therapieform dar. Die Gabe von Naltrexon an depressive Heroinabhängige verstärkte die Depression nicht (Ritter, 2002, System.Review, Ev III, C). Die Kombination von antidepressiver Pharmakotherapie und Naltrexon wird aufgrund der Ergebnisse einer plazebokontrollierten Pilotstudie mit Sertralin und Naltrexon empfohlen (Farren et al., 2002, Ev II, B), da diese kombinierte Behandlung im Vergleich zu Naltrexon allein die Haltequote für die Therapieform signifikant erhöhte.

Insbesondere bei delinquenten Patienten sollte eine Verhaltenstherapie erwogen werden. Metaanalysen (Kirchmayer et al., 2001, Ev Ia, A) fanden für die Kombination von Naltrexon und Verhaltenstherapie eine signifikant niedrigere Reinhaftierungsquote.

Cave: Das Risiko von Heroinüberdosierungen kann im Vergleich zu Patienten, die mit Methadon oder Buprenorphin substituiert werden, erhöht sein, da durch die Behandlung mit Naltrexon die Toleranzentwicklung gegenüber Opioiden reduziert wird (Ritter und Alison, 2002, Ev III). In dieser Studie zeigte sich, dass die direkt im Anschluss an eine Naltrexonbehandlung bestehende Mortalität vergleichbar hoch ist derjenigen von unbehandelten Heroinabhängigen.

Kontraindikation: Schwere Leberinsuffizienz, akute Hepatitis, Gebrauch/Injektion von Opioiden, positiver Nachweis von Opioiden im Urin oder Entzugsreaktion auf eine Injektion von Naloxon, erfolgloser Entzug, akute Opioid-Entzugssymptome, Alter unter 18 Jahren, ältere Menschen.

3.2 Substitutionsgestützte Therapie

3.2.1 Therapeutische Rahmenbedingungen

Ist das Ziel der Suchtmittelfreiheit unmittelbar und zeitnah nicht erreichbar, sind im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes die sog. substitutionsgestützten Behandlungen indiziert, die je nach Motivation, Komorbidität und sozialer Lage *ambulant*, stationär oder teilstationär erfolgen können. Überwiegend wird die substitutionsgestützte Therapie ambulant durchgeführt. Mit dem Begriff substitutionsgestützte Behandlung (Kurzbezeichnung: Substitutionsbehandlung, im anglo-amerikanischen Raum »Maintenance Therapy«) bezeichnet man sowohl die Substitution im engeren Sinne, als auch die zugehörigen psychosozialen Maßnahmen. Zur Differenzialindikation zwischen abstinenz- oder substitutionsgestützter Therapie siehe Abschnitt Indikation. Bei der substitutionsgestützten Behandlung steht das Prinzip der Schadensminimierung im Vordergrund mit dem Ziel, dass der Beikonsum und die mit der Substanzbeschaffung zusammenhängenden körperlichen und psychischen Folgen und die Delinquenz reduziert bzw. ganz eingestellt werden können. Das Gesamtkonzept einer Substitutionstherapie umfasst allgemeinmedizinische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen in einem integrierten Gesamtbehandlungsplan und erfordert eine Abstimmung zwischen dem Therapiekonzept des substituierenden Arztes und dem Therapeuten für die psychosoziale Behandlung (gegenseitige Information über Verlauf, Befunde von Urin-Kontrollen u. a.). Zum individuellen Gesamtbehandlungsplan gehören neben den allgemein-medizinischen und psychiatrischen Erfordernissen die Regelung und Festlegung des Substitutionsmittels, der Dosierung und die Planung der psychosozialen Therapie (Psychotherapie + psychosoziale Interventionen). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Substitutionsmittel von vielen Patienten als deutlich wichtiger (als Verstärker) erlebt wird als eine psychosoziale Therapiesitzung (Kidorf et al., 1995, Ev Ib). Die einzelnen Therapieziele werden mit dem Patienten besprochen und schriftlich festgehalten. Eine substitutionsgestützte Behandlung kann je nach der unterschiedlichen Ausgangslage der Patienten hinsichtlich Änderungsmotivation und Therapiebereitschaft von sehr verschiedener Dauer

sein. Sie kann von kürzerer Dauer sein, z. B. im Falle einer Überbrückung bis zur geplanten Entgiftung und Entwöhnungstherapie, aber auch, wie relativ häufig, von langer Dauer über mehrere Jahre. Entsprechend kann besonders bei langer Dauer der substituionsgestützten Behandlung eine phasenhafte Einteilung des therapeutischen Vorgehens in Einstellungs- und Klärungsphase (Dosierung, psychosoziale Ziele, Komorbidität) und Behandlungsphase mit entsprechend unterschiedlicher psychosozialer Standard- oder Intensivbehandlung erfolgen (siehe Abschnitt Psychosoziale Therapie). Wenn ein Patient ein Jahr ohne Beikonsum ist und eine gewisse soziale und psychische Stabilisierung erreicht hat sowie eine Motivation zur Abstinenz zeigt, ist ein Ausstieg aus der Substitution zu prüfen und zu planen.

3.2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Eine substituionsgestützte Behandlung kann durch einen hierfür nachweislich qualifizierten Arzt mit Substitutionsgenehmigung nach entsprechender Diagnostik und Indikationsstellung begonnen werden, wenn der Patient nicht bereits durch einen anderen Arzt substituiert wird. Im Falle der Entscheidung für eine substituionsgestützte Behandlung wird zwischen dem substituierenden Arzt und dem Patienten ein Behandlungsvertrag abgeschlossen.

Die rechtlichen Grundlagen zum Einsatz von Opioiden zu therapeutischen Zwecken, einschließlich der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, sind in Deutschland das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), besonders Paragraph 5 sowie die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Die Verschreibung an Drogenabhängige ist nur unter bestimmten Indikationen möglich:

Für den Einsatz von Opioiden bei der Substitutionstherapie zu Lasten der Krankenkassen gelten ab 1.1.2003 entsprechend dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherheit (BMGS) folgende BUB (Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)- Richtlinien zur Substitutionsbehandlung bei manifester Opioidabhängigkeit:

Eine substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger kann nach dieser Neuregelung auch ohne das Bestehen einer anderen zusätzlichen Suchtbegleit- oder Folgeerkrankung auf Kosten der Krankenkassen unter Einhaltung von Qualitätskriterien durchgeführt werden. Nach diesen BUB-Richtlinien bedarf jetzt eine substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger nicht mehr einer gesonderten Genehmigung, sondern einer Anzeige bei den jeweiligen Geschäftsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der jeweiligen Länder. Für die Sicherung der geforderten Qualitätskriterien und Kontrollen sind Kommissionen der KVs der jeweiligen Länder zuständig. Der Originaltext des § 3 »Indikation« aus den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs 1 SGB V (BUB-Richtlinien) des Beschlusses vom 28.10.2002 ist im Anhang 1 beigelegt. Er ist Grundlage für die Durchführung der Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Die aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger vom 22.3.2002 basieren ebenfalls auf den gesetzlichen Grundlagen des BtMG bzw. der BtMVV und sind in den wesentlichen Grundsätzen, insbesondere auch der Indikationsstellung sehr ähnlich.

3.2.3 Zugangswege

Die Vermittlung in eine substituionsgestützte Behandlung erfolgt durch Drogenberatungs- und -therapie-Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, psychiatrische und andere Kliniken, teilweise auch durch Apotheker. In einigen Städten gibt es auch »Clearingstellen«, die Auskunft über Behandlungskapazitäten der substituierenden Ärzte geben können. Die Durchführung der substituionsgestützten Behandlung wird bei den gesetzlich Krankenversicherten jeweils auf Ebene der kassenärztlichen Vereinigung der Länder organisiert (siehe auch Gastpar et al., 1998, Leitfaden für Ärzte zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger der Bayerischen Akademie für Suchtfragen, 1999). In der vertragsärztlichen Versorgung dürfen Substitutionen nur von solchen Ärzten durchgeführt werden, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ihre fachliche Befähigung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV nachgewiesen haben und denen die KV des jeweiligen Landes eine Genehmigung zur Substitution erteilt hat.

3.2.4 Diagnostik

Siehe Abschnitt Diagnostik und Abschnitt Diagnostische Checkliste.

3.2.5 Substitutionssubstanzen

Zugelassene Substitutionsmittel nach § 6 der BUB-Richtlinien gemäß §5 BtMVV (Stand 1.1.2004) sind: Levomethadon, Methadon, Buprenorphin und nur in begründeten Ausnahmefällen Codein/Dihydrocodein. Die Arzneiform darf nicht zur parenteralen Anwendung bestimmt sein. Für den Einsatz dieser Substanzen in der Substitutionstherapie gelten die gesetzlichen Bestimmungen der BtMVV sowie die jeweils aktuell gültigen Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs 1 SGB V (BUBRichtlinien), siehe Abschnitt Gesetzliche Voraussetzungen (Abschnitt Gesetzliche Rahmenbedingungen).

3.2.5.1 Levomethadon, D,L- Methadonhydrochlorid

Zugelassene Substanzen

Levomethadon (L-Polamidon®) ist in der Bundesrepublik zugelassen für: Akute starke Schmerzen, nicht zur Behandlung chronischer Schmerzen wegen möglicher Kumulation; zur Opioiddetoxifikation sowie im Rahmen medizinischer, sozialer und psychotherapeutischer Maßnahmen zur Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit. Für die Substitutionstherapie ist auch das Razemat aus dem links(L)- und rechts(D)drehenden Methadonhydrochlorid als Lösung zur Substitution verschreibungsfähig. Seit 1999 ist das Razemat Methadonhydrochlorid auch als Tablette (Methaddict®), die in Lösung gebracht wird, zugelassen.

Wirkung von Methadon

Methadon ist ein Derivat des Morphins (4,4-Diphenyl-6-dimethyl-amino-3-heptanon). Es besteht aus einem rechts- und linksdrehenden Isomer. Biologisch bedeutend ist das linksdrehende Isomer Levomethadon (z. B. L-Polamidon®). Die agonistische Wirkung besonders an den μ -Opioidrezeptoren ist für die Substitutionstherapie von Bedeutung (siehe nächster Abschnitt Buprenorphin). Es gilt inzwischen von der Literatur (z.B. Verthein et al., 1994, Reuter & Kűfner, 2002, Ev III) her als erwiesen, dass Methadon einmal täglich oral gegeben bei Opioidabhängigen mit der entsprechenden Indikation den Gesundheitsstatus verbessert, die Übertragung infektiöser Erkrankungen, die Kriminalisierungsrate, den Konsum von illegalem Heroin sowie die Todesrate von Überdosierungen mindert. Die Effektivität sinkt bei Dosen < 60 mg Methadon-Razemat und vorschnellem erzwungenen Entzug (Ward et al., 1999, Ev II, B). 80–120 mg Methadon-Razemat werden häufig in der Literatur als durchschnittlich wirksame Dosis angesehen.

L-Methadon und D,L-Methadon unterscheiden sich hinsichtlich der Minderung von illegalem Heroinbeigebrauch und des Craving nicht. Jedoch können klinisch relevante interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der Pharmakokinetik der beiden Methadon-Enantiomere bestehen (Eap, 1996 Ev II; Eap, 1998 Ev III, de Vos et al., 1998 Ev II), so dass u.U. individuell Dosisanpassungen vorgenommen werden müssen (Scherbaum et al., 1996).

Verabreichungsformen für die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Patienten Levomethadon (L-Polamidon®) oder Methadonhydrochlorid (Razemat) als Lösung: Oral, z.B. in Orangensaft gelöst, um eine missbräuliche i.v.-Injektion zu verhindern. Methadonhydrochlorid als Methaddict® ist in Tablettenform (5 mg, 10mg, 40 mg) in kindergesicherten Blistern erhältlich, die vor Vergabe an den Patienten in eine uninjizierbare Lösung (z. B. in Orangensaft) gebracht werden sollen. Falls die Tabletten einmal ungelöst eingenommen werden, lösen diese sich entweder im Mund direkt oder nach Schlucken im Magen innerhalb von 30–90 Sekunden auf. Aus den Tabletten können keine injizierbaren Lösungen hergestellt werden.

Take-home-Vergabe des Substitutionsmittels

Nach § 5 (8) BtMVV darf der Arzt einem Patienten, den er substituiert, eine Verschreibung über die bis zu sieben Tage benötigte Menge des Substitutionsmittel aushändigen und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben, sobald und solange der Verlauf der Behandlung dies zulässt und dadurch die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs nicht beeinträchtigt werden. Bei der ärztlichen Entscheidung ist dafür Sorge zu tragen, dass aus der Mitgabe des Substitutionsmittels resultierende Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen werden. Die Aushändigung der Verschreibung ist insbesondere dann nicht zulässig, wenn die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient

Stoffe konsumiert, die ihn zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels gefährden,

unter Berücksichtigung der Toleranzentwicklung noch nicht auf eine stabile Dosis eingestellt worden ist oder

Stoffe missbräuchlich konsumiert.

Empfehlung: Es empfiehlt sich unabhängig vom gewählten Präparat (wenn keine Tabletten verschrieben werden) immer eine 1%ige Methadon-HCl-Lösung für den einzelnen Patienten zu rezeptieren, da dies die gebräuchlichste Form ist und in diesem Falle 1 ml Methadon in seiner Wirkung 1 ml des ebenfalls häufig verwendeten Levomethadons (L-Polamidon®) entspricht.

Äquivalenzdosen: 10 mg D/L-Methadonhydrochlorid (Razemat) entspricht 1 ml 1%ige Lösung Methadonhydrochlorid (Razemat) oder einer 10 mg Tablette (Methadict®); dies entspricht 5 mg Levomethadon. 5 mg Levomethadon entspricht 1 ml Levomethadon (L-Polamidon®)

Cave: Bei gleicher Gewichtsmenge ist Levomethadon etwa doppelt so stark wirksam wie das Methadonrazemat!

Dosierung bei opioidabhängigen Patienten:

Anfangsdosis maximal 30–40 mg Methadon-Razemat (= 15–20 mg Levomethadon) entsprechend der Entzugssymptomatik, vorsichtige Dosisfindung über mehrere Tage. Erhaltungsdosis in der Regel 80–120 mg Methadon-Razemat/Tag (= 40–60 mg Levomethadon/Tag), in Einzelfällen höher. Entscheidend für die Dosisfindung ist die klinische Wirkung.

Pharmakokinetik

Stark lipophil, hohe Bioverfügbarkeit, rasche Verteilung im Organismus und lang anhaltende Gewebefixierung. Niedrige Clearance, daher lange Eliminationsphase (cave: Kumulation bei häufigen Nachdosierungen). Sehr geringer »first pass effect«. Absorptionshalbwertszeit: 1,2 h, Absorption gastrointestinal 92±21 %, parenteral (i.m., s. c.) 100 %. Eliminationshalbwertszeit: 15h (einmalige Gabe); 35 ± 12h (wiederholte Gabe), bei gestörter Nierenfunktion in Abhängigkeit von der glomerulären Filtrationsrate verlängert, bei gestörter Leberfunktion unverändert. Elimination: renal (glomerulär): 24–60 % gl, Ansäuern des Harns fördert die Ausscheidung; extrarenal (via faeces): 3–20 %. Eiweißbindung: 85–90 %, nur das freie, nicht gebundene Methadon kann ins Gehirn diffundieren.

Bei dauerhafter Unklarheit der Höhe des individuellen Methadonspiegels eines Patienten kann dieser im Plasma, Liquor und Urin mittels gaschromatographischer Methode bestimmt werden (Schmidt et al., 1993; Kell, 1994 Ev II, B). Messungen von Methadon und seinem primären Methaboliten EDDP (2-ethylidene-1,5,-dimethyl-3,3-diphenylpyrrolid) im Urin können zur Prüfung der individuellen Compliance verwandt werden. Diese Messungen sind jedoch wegen individuellen Exkretionsschwankungen nur im Rahmen von individuellen Langzeit-Verlaufs-Messungen aussagefähig (George und Braithwaite, 1999 Ev II, B).

Zur Pharmakokinetik der beiden Methadon-Enantiomere siehe de Vos et al., 1998 (Ev II).

Diazepam, neun Tage chronisch gegeben, hemmte den Stoffwechsel von Methadon nicht (Pond et al., 1982 Ev III).

Nebenwirkungen/Gefahren

Die Häufigkeitsverteilung und Art der Nebenwirkungen gleicht denen anderer Morphinderivate. Hier soll nur der besonderen Bedeutung wegen die Hemmung des Atemzentrums erwähnt werden (besonders bei missbräuchlicher i.v., s.c.-Gabe, nach chronischer Gabe nur partielle Toleranz) vergleichbar der durch Morphin, die Beeinflussung der sensorischen Leistungsfähigkeit nach akuter, bei richtiger Dosierung nicht nach chronischer Gabe. Hohes Suchtpotenzial. Unter Rifampicin (Antibiotikum) und Phenytoin (Antiepileptikum) Verstärkung der Nebenwirkungen durch Erhöhung der Blutspiegel möglich.

Cave: Atemdepression und kognitive Einschränkungen bei Beigebrauch von Benzodiazepinen

Fahrtüchtigkeit

Die Langzeitanwendung von Methadon in therapeutischen Dosierungen (bis 110 mg) mit ausreichender Toleranzbildung wirkte sich in einer Studie von Koc et al. 2002 (Ev III) weder leistungsmindernd noch bewusstseinsverändernd aus. Die Autoren folgerten, dass sich die Einnahme von Methadon ohne Nebenkonsum mit sozialer Erwerbsfähigkeit und Lernfähigkeit vereinbaren lässt.

Auch Specka et al. 2000 betonen aufgrund ihrer Studie über kognitiv-motorische Fähigkeiten von methadonsubstituierten Patienten, dass Komorbidität und Beigebruch diese entscheidend mitbestimmen. Entsprechend wird auch die Fahrtüchtigkeit von methadonsubstituierten Patienten stärker durch Komorbidität und den Beigebruch anderer psychotroper Substanzen als durch Methadon limitiert. Bei methadonsubstituierten Patienten ohne jeglichen Beigebruch hing die Fahrtüchtigkeit vom Vorhandensein bzw. vom Ausmaß einer zusätzlich bestehenden Persönlichkeitsstörung ab (Staak et al., 1993 Ev II). Gross und Soyka (1999 Ev III) folgern aufgrund einer Studie an 28 methadonsubstituierten Patienten, dass methadonsubstituierte Patienten auch im Vergleich zu einer entsprechenden Kontrollgruppe nicht generell als fahruntüchtig einzustufen sind, obgleich einige dieser Patienten eine gewisse psychomotorische Reduzierung zeigten. Nach den Begutachtungsrichtlinien zur Kraftfahrereignung 2000 (siehe dort S. 43–45) werden z.B. (mit Methadon) substituierte Patienten als in der Regel nicht geeignet angesehen, ein Fahrzeug zu führen. Jedoch ist in Ausnahmefällen eine positive Beurteilung möglich, z.B. bei einer mehr als einjährigen (Methadon) substitution, psychosozialer Stabilität und Integration, mindestens 1 Jahr nachgewiesener Freiheit von Beigebruch anderer psychotroper Substanzen inkl. Alkohol, Nachweis von Eigenverantwortung und Therapie-Compliance sowie Fehlen einer Gesamtstörung der Persönlichkeit (C).

Schwangerschaft

Eine Substitutionstherapie mit Methadon während der Schwangerschaft und mindestens 6 Wochen danach ist im Sinne einer Güterabwägung bei Opioidabhängigen indiziert, um größeren Schaden von Mutter und Kind abzuwenden, denn bei Fortwähren eines ungesteuerten Drogenkonsums oder im Entzug kann der Fötus gefährdet sein. Schwangere Drogenabhängige können zwischen der 14.–34. Woche von Opioiden entgiftet werden, da in diesem Zeitraum das Risiko einer Fehlgeburt gegenüber den sonstigen Zeiträumen gemindert ist. Jedoch ist die Entzugsbehandlung risikoreich und Rückfälle können eine Gefährdung für Mutter und Kind darstellen. Kinder von Heroinabhängigen sind signifikant kleiner und leichter als Kontrollen und es treten mehr Komplikationen in der Schwangerschaft auf, wie z.B. signifikant mehr Frühgeburten (Little et al., 1990, Ev III). Eine Behandlung der Opioidabhängigen mit Methadon besserte signifikant den Gesundheitsstatus (Gewicht, Größe) von Mutter und Kind und es werden stabilere Schwangerschaften und Geburtsverläufe beschrieben (Giles et al., 1989, Ev III). In einer prospektiven Studie unterschied sich das Ausmaß von neonatalen Komplikationen nicht bei mit Methadon substituierten Müttern vs. normal gesunden Müttern (Stimmel et al., 1982–83, Ev IIb). Die Tagesdosis muss zur Vermeidung von beeinträchtigenden Wirkungen auf den Fetus geteilt und möglichst niedrig gewählt werden. Es wird eine psychiatrische Betreuung der substituierten Mutter empfohlen (Fraser, 1976, III, C). Das Entzugssyndrom des Neugeborenen von Methadon erfordert z. T. eine intensiv medizinische Behandlung. Langzeiteffekte des Methadons auf die Kinder sind noch nicht ausreichend untersucht.

Kontraindikationen

Absolut: chron.-resp. Insuffizienz, akutes Abdomen, akute hepatische Porphyrie, erhöhter Hirndruck. *Relativ:* Schwangerschaft und Geburt bei nicht Opioidabhängigen, Störung der Atemmechanik und des Gasaustausches der Lunge, Hyperthyreose, obstruktive und entzündliche Darmerkrankungen, z.B. Colitis ulcerosa, Pankreatitits, Neuralgien, Migräne, Hypotension bei Hypovolämie, Prostatahypertrophie mit Restharnbildung, Gallenwegserkrankungen. Kombination mit Opioiden vom Typ Agonist/Antagonisten (wie z.B. Pentazozin oder Buprenorphin) nicht möglich

Gegenmittel: Naloxon, Levallorphan Keine Kontraindikation: Psychiatrische Komorbidität (Ward et al., 1999 Ev II)

3.2.5.2 Levacethylmethadolhydrochlorid (LAAM)

Ein synthetisches Opioid, das strukturell mit dem Levomethadon verwandt ist. Es ist aufgrund seiner aktiven Metabolite Noracethylmethadol und Dinoracethylmethadol durch eine verlängerte Halbwertszeit von etwa 72 Stunden (bei einer Dosis von 70–100 mg) charakterisiert. LAAM wurde für die Substitutionstherapie 1993 in den USA, 1998 in Deutschland (Orlaam®) zugelassen. Zum Gebrauch in der Substitutionstherapie siehe Prendergast et al. 1995. LAAM (Orlaam®) ist jetzt nicht mehr zugelassen (unerwünschte kardiale Nebenwirkungen).

3.2.5.3 Buprenorphin

Buprenorphin, ein stark lipophiles Derivat des Morphinalkaloides Thebain, wurde als Substitutionsmittel für opioidabhängige Patienten in Frankreich 1996 und Anfang 2000 in Deutschland (Subutex®) zugelassen. Zur Wirksamkeit von Buprenorphin gibt es inzwischen einige wissenschaftliche (besonders außereuropäische) Studien (Übersichten z.B. Ling et al. 1998, Groß und Soyka 1999, Kreek 2000, West et al. 2000 Ia, Mattick et al. 2003 Ev Ia, Farre and Torrens 2003 Ev II).

Indikation von Subutex®

Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit im Rahmen medizinischer, sozialer und psychotherapeutischer Maßnahmen. Insbesondere für die erste Substitutionstherapie von Opioidabhängigen mit kürzerer Dauer der Suchterkrankung und weniger verfestigten Suchterkrankungen. Zur Behandlung von Erw. > 18 Jahre. Zugelassen zur Take-home-Verschreibung, siehe Abschnitt Levomethadon, D,L-Methadonhydrochlorid.

Verabreichungsform:

Sublingualtabletten:

als Schmerzmittel: Temgesic®

0,2 und 0,4 mg/kg

als Substitutionsmittel: Subutex®

0,4, 2 und 8 mg

Injektionslösung

Pharmakokinetik

Buprenorphin penetriert gut ins ZNS, wird zu 96 % an Eiweiß (α - und β -Globuline) gebunden, hat eine Halbwertszeit von 2 h nach sublingualer Einnahme und von 3–5 h nach i.m.-Gabe. Nach sublingualer Einnahme ist der Wirkeintritt nach 0,5 h und der maximale Plasmaspiegel nach ca. 3 h erreicht. Die Eliminationshalbwertszeit beträgt 3 h. Bei oraler Anwendung findet ein ausgeprägter »first pasteffect« statt; daher ist nur die parenterale und besonders die sublinguale Verabreichung sinnvoll. Die Ausscheidung verläuft bis zu 70 % mit der Galle als Buprenorphin, N-Dealkyl-Buprenorphin und Konjugate, und bis zu 30% über den Urin. Es liegt ein ausgeprägt enterohepatischer Kreislauf vor.

Effektkinetik

Buprenorphin ist ein partieller Agonist an den μ -Opioidrezeptoren mit hoher Affinität zu den μ -Opioidrezeptoren und antagonistischer Wirkung an den k -Opioidrezeptoren. Die μ -agonistische Wirkung von Buprenorphin dauert wesentlich länger an als die k -antagonistische Wirkung. Diese lang andauernde μ -agonistische Wirkung bewirkt die lange Effektkinetik trotz kurzer Halbwertszeit. Die μ -agonistische Wirkung (die Analgesie, Jasinski et al. 1978) tritt eher bei niedrigen, die k -antagonistische Wirkung eher bei höheren Dosen auf. Dies wird auch als »ceiling-effect« bezeichnet. Dieser Wirkmechanismus führt zu einer Begrenzung der gewünschten (analgetischen) Wirkung. Ungünstige Nebenwirkungen treten daher erst in Dosisbereichen auf, die 100fach über der analgetischen Wirkung liegen. Dieser Effekt ist auch für die Substitutionstherapie günstig und bewirkt eine günstige therapeutische Breite (Walsh et al., 1995 Ev III; Bickel & Amass, 1995 Ev III). Wegen der langen Effektkinetik bei kurzer Halbwertszeit sind Applikationen im Abstand von 2–3 Tagen gut möglich (Amass et al., 1994 und 1998; Eissenberg et al., 1997; Johnsen et al., 1995; Bickel et al., 1999; Schottenfield et al., 2000) (B).

Zur weiteren Wirkung von Buprenorphin in der Substitutionstherapie siehe unten Vergleich der Wirkungen von Buprenorphin und Methadon.

Nebenwirkungen – Besonderheiten

Die Häufigkeitsverteilung der Nebenwirkungen ähnelt der anderer Morphinderivate, jedoch sind deutlich weniger Schlafstörungen als unter Methadon vorhanden (Staedt et al., 1996, Ev III). Beeinträchtigung der kognitiven und sensorischen Leistungsfähigkeit geringer als bei Methadon, auch weniger Sedierung als durch Methadon.

Aufgrund der hohen Rezeptoraffinität zu den μ -Rezeptoren kann Buprenorphin die Wirkung anderer Opiode blockieren (Bickel et al., 1988, Ev III; Bickel & Amass, 1995, Ev III; Gastpar et al., 1998) (B).

Cave: Bei Patienten mit ausgeprägter schwerer Opioidabhängigkeit kann die initiale Wirkung von Buprenorphin zu Entzugserscheinungen führen, die den unter Naloxon bekannten Entzugserscheinungen entsprechen. Entzugssymptome treten auf, wenn Buprenorphin einem

opioidabhängigen Patienten weniger als 4 Stunden nach der letzten Anwendung des Opioids verabreicht wird. Bei vorheriger Einnahme von anderen μ -Agonisten, z.B. Heroin, besteht die Gefahr von Entzugssymptomen (Gastpar et al., 1998 Ev II).

Bei Kombination mit Benzodiazepinen besteht die Gefahr der Atemdepression (Kosten, 1994 Ev II). Kein spezifisches Antidot für Buprenorphin vorhanden (hohe Dosen von Naloxon notwendig).

Kontraindikationen: Schwere respiratorische Insuffizienz, schwere Leberinsuffizienz, akuter Alkoholismus oder Delirium Tremens, Kombination mit MAO-Hemmern, Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (keine Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Unbedenklichkeit)

Vergleich der pharmakologischen und klinischen Wirkungen von Buprenorphin und Methadon

Ein zentraler Wirkort für die Euphorie und Sucht, aber auch Dysphorie erzeugenden Wirkungen der Opiode sind die Basalganglien sowie das mesolimbische/mesokortikale System (z.B. Havemann-Reinecke und Kuschinsky, 1982, 1992). Hier wirken die μ -agonistische Opiode (z.B. Methadon oder Buprenorphin) stimulierend auf das dopaminerge Belohnungssystem und damit euphorisierend, k -agonistische Opiode dagegen hemmend auf das dopaminerge System und damit dysphorisierend. Die μ -Opioidrezeptoren sind die Rezeptoren, über die spinal und supraspinal besonders die Analgesie, aber auch gleichzeitig supraspinal die Euphorie und Sucht erzeugenden Wirkungen der Opiode vermittelt werden. Über k -Opioidrezeptoren wird ebenfalls Analgesie, kann aber auch Dysphorie vermittelt werden. Buprenorphin bewirkt wegen der gleichzeitigen k -antagonistischen Wirkung keine oder nur geringe Dysphorie und Sedation (Jasinski et al., 1989 Ev III). Möglicherweise hat Buprenorphin durch die k -antagonistische Wirkung auch positive psychotrope (antidepressive) Eigenschaften (Emrich et al., 1982a,b, Ev IV, III; Bodkin et al., 1995, Ev III) und antipsychotische Wirkung (Schmauss et al., 1987, Ev III). Höhere Dosen und längere Behandlung mit Buprenorphin können auch den Kokaingebrauch verringern (Guthrie, 1990; Schottenfield et al., 1993, Ev III). Wegen seiner gemischt μ -agonistischen und k -antagonistischen Wirkung im Vergleich zu reinen μ -Agonisten wie Morphin und Methadon hat Buprenorphin ein leicht *geringeres Suchtpotenzial* als Morphinpräparate oder Methadon (Bickel & Amass, 1995, Ev II), jedoch wurde auch Missbrauch von Buprenorphin beschrieben. Buprenorphin (sublingual und injiziert) kann in opioidabhängigen Patienten – *individuell unterschiedlich ausgeprägt* – Euphorie erzeugen (Hubner & Kornetsky, 1988, Ev III; Jasinski et al., 1989, EvIII; Johnson et al, 1989, Ev II; Pickworth et al., 1993, Ev II; Walsh et al., 1994, Ev II).

Eine Entwicklung von Abhängigkeit beginnt im Vergleich zu Morphin (oder Methadon) in gemildertem Ausmaß und erst ca. 14 Tage nach regelmäßiger Einnahme. Bei abruptem Absetzen von Buprenorphin treten bei Patienten in der Regel nur mäßig ausgeprägte Entzugssymptome auf (Guthrie, 1990, Ev III). Buprenorphin hat im Vergleich zu Methadon eine geringere Toxizität und eine relativ längere Wirkdauer. Diese längere Wirkdauer ermöglicht im Gegensatz zu Methadon eine alternierende Gabe alle 2–3 Tage (siehe *Pharmakokinetik und Dosierung*).

Buprenorphin erzeugt ebenso wie Methadon eine Kreuztoleranz zu anderen Opioiden (West et al., 2000, Ev Ia).

Eine vergleichbare Wirksamkeit in der Substitutionstherapie und Detoxifikationsbehandlung wie Methadon wird in folgenden Arbeiten beschrieben (Strain et al., 1994a,b, EvII; Johnson et al., 1992 und 2000, Ev II; Bickel et al., 1988, Ev III). Eine Metaanalyse West et al., 2000, Ev Ia) und Studien von Fischer et al. (1999, Ev II) beschreiben ebenfalls eine relativ gleiche Effektivität von Methadon und Buprenorphin in der Behandlung der Opioidabhängigkeit, wobei allerdings die Methadonpatienten im Vergleich zu den Buprenorphinpatienten weniger mit illegalen Opioiden rückfällig waren West et al., 2000, Ev Ia) und eine im Trend höhere Haltequote zeigten Fischer et al., 1999a,b, Ev II). Bei den mit Buprenorphin behandelten Patienten blieben eher die Patienten frei von anderen Opioiden, die früher Methadon erhalten hatten (West et al., 2000, Ev Ia). Insgesamt wird daher in dieser Metaanalyse die Tendenz der höheren Effektivität von Methadon im Vergleich zu Buprenorphin gesehen. Dies ist auch der Fall in der Metaanalyse von Mattick et al., 2003 (Ev Ia).

Dosierung von Buprenorphin (Subutex®) bei Opioidabhängigen

Individuell, Anfangsdosis 2–4 mg Buprenorphin entspricht 1–2 Sublingualtabletten (à 2 mg) als tägliche Einzeldosis. Erhöhung entsprechend der klinischen Wirkung. Maximale tägliche Dosis 24 mg Buprenorphin.

Alternate-day-Dosis Aufgrund der pharmakokinetischen Eigenschaften von Buprenorphin kann die klinische Wirksamkeit abhängig von der Dosis 48 – 72 Stunden anhalten. Nach Stabilisierung der benötigten Tagesdosis kann dem Patienten, wenn es therapeutisch sinnvoll erscheint, bei einer Tagesdosis von z.B. 8 mg alternierend die doppelte (z.B. für ein 2-Tagesintervall 16 mg/70 kg/KG)

oder dreifache (für ein 3-Tagesintervall z.B. 24 mg/70 kg/KG) Tagesdosis von Buprenorphin unter Aufsicht verabreicht werden.

Cave: Titration der Dosis unter ärztlicher Aufsicht durchführen! Während der Einstellung des Patienten auf die doppelte bzw. dreifache Dosis nach Gabe des Buprenorphins 3–4 Stunden auf mögliche Überdosierungssymptome achten. Vor der Erhöhung des Buprenorphins Beigebrauch von anderen zentral dämpfend wirksamen Substanzen (besonders Benzodiazepine) sicher ausschließen!

Äquivalenzdosis: 8 mg Buprenorphin sublingual sind vergleichbar in etwa 60 mg D/L-Methadon (30 mg Levomethadon) oral (Kosten et al., 1993, Ev III; Ling et al., 1994, Ev III; Fischer et al., 1999, Ev III; Mattick et al., 2003, Ev Ia).

Für die *Umstellung von Methadon auf Buprenorphin* muss erst die Methadondosis auf ca. 2–3ml (20–30mg Methadonrazemat) herabdosiert werden (C). In dieser Phase werden die Patienten leicht rückfällig (C).

3.2.5.4 Kodein/Dihydrokodein (DHC)

Kodein/Dihydrokodein (DHC) sind nach der BtMVV als Substitutionsmittel nur für nachweislich nicht anders behandelbare Ausnahmefälle (z. B. Methadon- und Buprenorphinunverträglichkeit) zugelassen. Aus pharmakologischer Sicht sind Kodein/Dihydrokodein (DHC)-Substanzen mit einer Halbwertszeit von nur wenigen Stunden ungeeignet für eine Substitutionsbehandlung. Die Gefahr von Überdosierungen ist groß (Penning et al., 1993, Ev III). Zur Kodeinsubstitution im Vergleich zur Methadonsubstitutionstherapie siehe Gastpar et al., 1998.

Mit Kodein oder Dihydrokodein substituierte Fälle sind wegen etwaiger Nachprüfungen besonders sorgfältig zu diagnostizieren und zu dokumentieren (siehe auch Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger der Bayerischen Akademie für Suchtfragen, München 1999). Die üblicherweise in den Apotheken zur oralen Verabreichung hergestellte Lösung aus DHC-Tartrat muss wegen der kurzen Halbwertszeit für eine stabile Substitution in der Regel alle 6–8 Stunden appliziert werden.

3.2.6 Psychosoziale Therapie

Bei der substitutionsgestützten Behandlung ist besonders bei längerer Dauer eine Einteilung des therapeutischen Vorgehens in eine Einstellungs- und Klärungsphase (Dosierung, psychosoziale Ziele, Komorbidität) einerseits und in eine Behandlungsphase mit unterschiedlicher psychosozialer Standard- oder Intensivbehandlung andererseits sinnvoll.

In der Einstellungs- und Klärungsphase wird schon früh (nach der ersten oder zweiten Sitzung) mit der Substitution begonnen und die Dosierung optimiert. Neben eventuell erforderlicher Krisenintervention und der Sicherung des Überlebens gehören dazu eine erste Diagnostik, Motivationsinterventionen und Hilfeplanung (Longwell et al., 1978; Simpson & Joe, 1993, Ev III). Ausserdem wird geklärt, ob eine psychosoziale Intensivtherapie angezeigt ist oder eine niedrigschwellige psychosoziale Standardtherapie ausreichend ist (Küfner et al., 1999, Ev III). In dieser Phase ist eine motivationale Gesprächsführung besonders nützlich (Saunders et al., 1995, Ev Ib). Der Einsatz visueller Techniken als Arbeitsmaterialien (z.B. Entscheidungswaage) ist empfehlenswert (s. Abschnitt Intensive psychosoziale Behandlung).

Nach dieser Einstellungs- und Klärungsphase (14 Tage bis maximal sechs Monate) folgt die Behandlungsphase mit einer niedrigschwelligen psychosozialen Standardtherapie (zeitlich parallel zur Substitution) oder einer höherschwelligen psychosozialen Intensivtherapie über 6–12 Monate i. S. einer substitutionsgestützten psychosozialen rehabilitativen Behandlung. Aus dem häufigen Vorliegen komorbider Störungen (vgl. Schwoon 2001, Ev III u. a.) und den zahlreichen Problemen in den verschiedensten Lebensbereichen (z.B. als Schweregrad der Störungen in den Lebensbereichen des EuropASI) definiert durch den Behandlungsbedarf, dem Erreichen einer zeitweiligen Beikonsumfreiheit, dem Einhalten von Terminen, der Teilnahmebereitschaft u. a. (Mc Lellan et al., 1983a, Ev Ib), wird der jeweilige psychosoziale Behandlungsbedarf beurteilt (Woody et al., 1983, 1987, Ev IIa; Rosenblum et al., 1999, Ev IIa bei Kokainabhängigen, C).

Nur in drei von sieben Studien mit einem Vergleich einer intensiven Therapie mit einer Standardtherapie zeigte die Intensivtherapie bessere Ergebnisse. Einige Studien (Rosenblum et al., 1999, Ib; McLellan et al., 1983 b, Ev IIa) weisen darüber hinaus aber auf differenzielle Effekte hin, sodass zumindest für die Teilgruppe der schwerer Gestörten (Schweregrad – Rating im EuropASI = 5, ohne dissoziale Persönlichkeitsstörungen; Brooner et al., 1998, Ev IIa) eine Intensivbehandlung wirksamer erscheint. Danach schließt sich in der Regel wieder die weniger intensive psychosoziale

Standardtherapie an, die sich in der Ausstiegsphase aus der Substitution kurzzeitig intensivieren kann (Küfner et al., 1999, Ev III).

3.2.6.1 Standardmäßige psychosoziale Behandlung

Die Therapie erfolgt substitutionsbegleitend in der Anfangsphase einmal pro Woche, nach 6–12 Monaten 14-tägig (C). Der motivationalen Gesprächsführung und dem Case Management-Ansatz, d. h. der Koordination und Vermittlung in andere psychosoziale Hilfen (FOGS, 2000, Ev III) kommt besondere Bedeutung zu. Neben der sozialen Sicherung (Wohnung, Unterhalt) und der Krisenintervention stehen das Drogenselbstmanagement, die Motivationsentwicklung und die Lösung interpersoneller Probleme im Vordergrund. Vereinzelt finden Elemente der Intensivtherapie Anwendung. Zusätzliche Angebote beziehen sich auf Freizeitaktivitäten zur besseren Tagesstrukturierung und auf die berufliche Rehabilitation in Form von Beratung und speziellen Arbeitsprojekten (C). In speziellen Kontaktcafés für Drogenabhängige gibt es günstige Essensangebote und Waschmöglichkeiten (C).

Je nach Behandlungsbedarf und Therapiemotivation des Patienten sollte auch aus einer weniger intensiven psychosozialen Standardtherapie ein Übergang zu einer intensiveren Behandlungsphase möglich sein (C).

3.2.6.2 Intensive psychosoziale Behandlung

Indikation für eine intensive psychosoziale Behandlung:

Kriterien dafür sind: komorbide Störungen (Achse I und II), sowie ausgeprägte Störungen in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Schweregrad – Rating ≥ 5 des EuropASI (B)), insbesondere bezüglich des psychiatrischen Status (Woody et al., 1983, Ev Ib). Sozial Ängstliche (Avants et al., 1998, Ev Ib) und antisoziale Persönlichkeiten ohne depressive Komponenten profitieren stärker von einer weniger intensiven Therapie und bei der letzteren Gruppe sind verbal orientierte Therapien weniger erfolgsversprechend (Woody et al., 1983, 1987, Ev Ib).

Durchführung

Zwei geplante Termine pro Woche (z. B. 1 Einzelsitzung pro Woche, zusätzlich eine Gruppensitzung).

Begründung: Die Zahl der Sitzungen (nicht unbedingt die Dauer) kann den Behandlungserfolg erhöhen (Sonntag & Künzel, 2000, Ev IIa).

Inhaltlich stehen fünf Komponenten im Mittelpunkt: 1. eine konkrete Aufgaben- und Zielklärung, 2. Drogenselbstmanagement (Rückfallprävention: Risikosituationen, individuelle Drogenwirkung, Umgang mit Craving, Beikonsum, bessere Selbstwirksamkeitserwartung gegenüber Drogen), 3. Lösung von Konflikten und Problemen in sozialen Beziehungen, möglichst unter Einbeziehung der Familie bzw. des Partners (s. unten) 4. andere Problembereiche (Wohnung, finanzielle Situation, Lebensunterhalt) und 5. soweit möglich die Behandlung komorbider Störungen.

Ein Therapieabbruch gilt allgemein als negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg (Roch et al., 1992).

Interventionen der *Rückfallprävention* in der Einzel- oder Gruppentherapie sind hilfreich (Irvin et al., 1999, Ev Ia). Die Wirksamkeit einer Gruppentherapie auch bei substituierten Drogenabhängigen ist, wenn auch nicht als zusätzliche Therapiekomponente, belegt (Joe et al., 1999). Die wichtigsten Komponenten der Rückfallprävention sind nach Gossop (2002, Ev IV) (1) die Hochrisikosituationen für einen Rückfall, (2) Üben von Bewältigungsstrategien für solche Situationen, (3) Verhaltensanalyse des eigenen Drogenkonsums, (4) Planung für Notfälle und Rückfälle. Die wirksamsten Verstärker im Rahmen eines Kontingenzmanagements (Griffith et al., 2000, Ev Ia; Higgins & Silverman, 1999, Ev III) sind die Dosishöhe und Take Home sowie Einkaufsgutscheine. Das Erreichen vorher vereinbarter konkreter Ziele (z.B. negative Urinkontrollen oder Terminvereinbarungen) wird für eine bestimmte Zeit durch Gutscheine belohnt. Zu erwarten ist ein Effekt vorwiegend für die Zeit der Verstärkung, der Lerntransfer stellt ein Problem dar.

Visualisierung von Informationen über Verhaltensabläufe: Die verbale Informationsebene sollte durch eine visuelle ergänzt werden (Dees et al., 1997, Ev Ib, Danserau et al., 1995, Ev Ib). Dies spricht für den Einsatz von visuell gestalteten Arbeitsmaterialien, wo immer dies möglich ist (z.B.

Entscheidungswaage). Kognitive Ansätze können zur Affektregulation eingesetzt werden und begründen sich durch deren Wirksamkeit in anderen Störungsbereichen. Auch die nicht seltene Impulsivität spricht für einen entsprechenden Behandlungsbedarf (C).

Die Einbeziehung von Bezugspersonen erfolgt als Paartherapie oder durch familientherapeutische Interventionen (Stanton 1997, Ev Ia; Thomasius, 2001, Ev III) für die Lösung interpersoneller Konflikte.

Unter Umständen ist auch eine Beratung überlasteter Angehöriger erforderlich. Angebote zur Alltags- und Freizeitstrukturierung erfolgen zusätzlich wie bei der standardmäßigen psychosozialen Rehabilitation (siehe oben) (C). Eine gezielte berufliche Rehabilitation führt zu einer häufigeren beruflichen Reintegration (Platt & Husband, 1993, Ib; Dennis et al., 1993, Ev Ib; Kidorf et al., 1998, Ev III) (s. Abschnitt Soziotherapie). Ein Training sozialer Fertigkeiten führt zu einer besseren Bewältigung sozialer Problemsituationen (Avants et al., 1998, Ev Ib).
Behandlung der Komorbidität: Je nach Art der Störung werden im Sinne eines Case Managements z. B. bei Schwangeren (Laken & Ager, 1996, Ev III) entsprechende Behandlungen eingeleitet bzw. vermittelt (z.B. Psychiater, Internist, C).

3.3 Soziotherapie

Zusätzlich zu den somatischen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen ist die Soziotherapie integraler Bestandteil der Behandlung Drogenabhängiger. Soziotherapie ist sowohl für die substitions-gestützte (s. 4.2.6) als auch für die abstinenzenorientierte (s. 4.1.5) Behandlung unverzichtbar. Kontinuierliche Beratung und andere psychosoziale Interventionen erhöhen die Haltequote sowie die Erfolgsquote bei Drogenabhängigen. Da ein stabiles Arbeitsverhältnis einen exzellenten Prädiktor für den Therapieerfolg darstellt, sollte der beruflichen Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden (National Institutes of Health, 1997 Ev IV, C). Zu beachten ist, dass in Deutschland je nach Kosten- und Leistungsträger unterschiedliche Rahmenbedingungen, Spezifikationen und Einschränkungen für die Soziotherapie bestehen, z. B. durch die "Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)" (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2001) (Siehe z. B. auch SGB V §37a). Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich dagegen auf ein breiteres Verständnis von Soziotherapie ohne derartige Einschränkungen.

3.3.1 Ziele

Durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, durch lebensweltnahe Interventionen, soziale Unterstützungsmaßnahmen und konkrete, alltagsbezogene Hilfen soll der drogenabhängige Patient auf ein eigenständiges Leben und auf die Bewältigung von Alltagsproblemen vorbereitet werden. Nicht nur der drogenabhängige Patient selbst, sondern auch relevante Bezugspersonen (Angehörige, Arbeitgeber, usw.) sowie Institutionen (z. B. Arbeitsstätten, Behörden) können Adressaten soziotherapeutischer Interventionen sein.
Demzufolge können in der Soziotherapie folgende allgemeine Ziele angestrebt werden:

Soziale (Re-)Integration der Patienten in ein unterstützendes bzw. natürliches Lebensumfeld.

Klärung sozialer Beziehungen und Interventionen im sozialen Umfeld zum Abbau dysfunktionaler Beziehungen und zum Aufbau funktionaler Beziehungen (im Sinne übergeordneter Therapieziele).

Analyse alltagsnaher Lebensbereiche (z. B. Wohnen, Arbeit, Freizeit) und deren Integration in eine umfassende Therapieplanung

Je nach individueller Problem- und Therapiesituation eines Patienten und seiner sozialen Bezugspersonen müssen diese allgemeinen Ziele im Sinne individueller Einzelziele konkretisiert und auf spezifische soziotherapeutische Interventionen (z. B. Vermittlung in ein Ausbildungsprogramm, Schuldnerberatung, Wohnungsvermittlung) bezogen werden.

3.3.2 Durchführung

Soziotherapeutische Interventionen können sowohl im Rahmen therapeutischer Umgebungen erfolgen (z. B. Klärung der sozialen Situation und Hilfestellung bei Anträgen bei Behörden im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung) als auch im natürlichen sozialen Lebensumfeld der Patienten (z. B. Hilfen am Arbeitsplatz, Wohnungsvermittlung, Schuldnerberatung). Die Ergänzung von Therapieprogrammen durch gezielte soziale Hilfen und Unterstützung, z. B. bei der Wohnungs- oder Arbeitssuche oder bei der Kindererziehung, kann die Ergebnisqualität der Behandlung verbessern (McLellan et al., 1993, 1998 Ev IV, C). Sofern Kinder und Jugendliche betroffen bzw. mitbetroffen sind, sollten Suchthilfe und Jugendhilfe eng zusammenarbeiten, idealerweise im Rahmen integrierter

Programme (McAlpine et al., 2001 Ev IV, C). Abhängig von der Gesellschaftsform und vom Rechtssystem können auch therapeutische Zwangsprogramme akzeptiert und nützlich sein, wie sich am Beispiel Schwedens nachweisen lässt (Palm & Stenius, 2002 Ev IV, C). Welche psychosozialen Hilfen oder Behandlungsprogramme für Subgruppen, z. B. alkohol- oder drogenabhängige Frauen, geeignet sind, ist noch relativ wenig untersucht und bedarf weiterer Feldforschung (Waterson & Ettore, 1989 Ev IV).

Neben der Vermittlung grundlegender Informationen (z. B. hinsichtlich verfügbarer Hilfen), direkter Unterstützung (z. B. bei Antragsstellungen) und Vermittlungsangeboten können sozial unterstützende bzw. therapeutische Situationen bzw. Umgebungen bereit gestellt werden (z. B. betreutes Wohnen, Arbeitserprobung). Mit der Einbeziehung sozialer Bezugspersonen (z. B. Angehörigenarbeit, Familienberatung) und der Bearbeitung von Beziehungsproblemen wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Abhängigkeitsproblematik eines Patienten Auswirkungen auf sein soziales Umfeld hat, aber auch von diesem mitbestimmt werden kann. Übergänge zu psychotherapeutischen Interventionen (z. B. Familientherapie) sind hier oft fließend.

3.3.3 Therapieformen

Tages- und Freizeitstrukturierung

Sowohl im Rahmen von Substitutionsbehandlungen als auch im Rahmen von abstinenzorientierten Therapieprogrammen sind Maßnahmen zur Tages- und Freizeitstrukturierung ein wichtiger Bestandteil des Gesamtbehandlungsprogramms, vor allem bei arbeitslosen Patienten, denen das Strukturelement einer Beschäftigung fehlt. Oft müssen Patienten erst wieder lernen, die ihnen zur Verfügung stehende Zeit, zuvor oft durch das Leben in der Drogenszene und "Stoffbeschaffung" ausgefüllt, zu strukturieren und mit sinnstiftenden Tätigkeiten auszufüllen.

Ergo- und Arbeitstherapie

Ergo- und Arbeitstherapie dienen der Belastungserprobung. Sie können als Brücke zwischen eher kreativtherapeutischen Angeboten angesehen werden, bei denen mehr die Beschäftigung und Tätigkeit selbst im Vordergrund steht als das Erlebnis, und Arbeits- und Ausbildungsprogrammen, bei denen die Hinführung zu einer konkreten Erwerbs- bzw. Arbeitstätigkeit im Vordergrund steht. Sich allmählich oder stufenweise steigenden oder wechselnden Anforderungen zu stellen, sich auf eine konkrete Aufgabe einzulassen, und sie zu einem Ergebnis zu bringen, planvolles Handeln bei Arbeitsaufgaben einzuüben u. a. m. ist ein Lernprozess, der oft von Ergo- und Arbeitstherapeuten begleitet werden muss. Dies gilt besonders für diejenigen Patienten, die lange Zeit ohne strukturierte Tätigkeit oder Arbeit waren bzw. auf wenige Ressourcen zurückgreifen können (z. B. fehlende Ausbildung).

Arbeits- und Ausbildungsprogramme, berufliche Eingliederung

Die Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ("berufliche Rehabilitation", nach SGB IX: Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben) sind von wesentlicher Bedeutung. Hierzu gehören sowohl Maßnahmen der Leistungs- und Eignungsdiagnostik, als auch individuelle Berufsberatung, Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, Umschulungen, Ausbildungs- und Arbeitsprogramme, Betriebspraktika und Fortbildungen. Der Verweis auf die Möglichkeiten zur Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlung durch das Arbeitsamt reichen bei Drogenabhängigen in der Regel nicht aus. Gezielte Informationen in Verbindung mit aktiver Hilfestellung und Unterstützung in enger Zusammenarbeit mit Ämtern und Behörden (u.a. auch die Einbeziehung von Beratern der Rentenversicherungen) sind Aufgaben, die auch aus therapeutischer Sicht im Rahmen eines Gesamttherapieplans unverzichtbar sind. Gerade in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit sind die Möglichkeiten des ersten Arbeitsmarktes sehr begrenzt, je nach gesellschaftlicher Situation, Region oder verfügbaren Hilfesystemen können Lösungsversuche, z. B. im Rahmen von Beschäftigungsgesellschaften, Probebeschäftigungen bis hin zu Tagelöhnerarbeit erprobt werden (Fürst & Beierlein o.J. IV, C).

Betreutes Wohnen

Wohnungslosigkeit oder ungünstige Wohnverhältnisse, aber auch das - zumindest zeitweilig - eingeschränkte Vermögen, zur eigenständigen Haushaltsführung können die Erfordernisse zum betreuten Wohnen oder zur Unterbringung in einem soziotherapeutischen Heim begründen. Damit wird zugleich einer sozialen Isolation der betroffenen Patienten entgegengewirkt, auch mit dem Ziel, sie in einem drogenfreien sozialen Kontext zu halten. Die Möglichkeit zur Unterbringung drogenabhängiger Patienten in betreuten Wohnformen ist abhängig von der jeweiligen Region,

abhängig von Aufnahmekriterien und erschwert bei ko- und multimorbiden Patienten, bzw. chronisch mehrfachabhängigen oder mehrfach-geschädigten Patienten.

Beratung und Unterstützung bei der Regelung sozialer Probleme

Die Klärung von Ansprüchen auf finanzielle Leistungen wie Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bzw. -hilfe, Sozialhilfe oder Krankengeld sind mit aufwendigen Antragsverfahren verbunden, bei denen sich Patienten nicht selten überfordert fühlen. Auch rechtliche Probleme können entsprechende Beratung und Unterstützung erforderlich machen, seien sie zivilrechtlich (z. B. Kündigung von Arbeit oder Wohnung; Scheidung; Sorgerecht) oder strafrechtlich rechtlicher Art. In Fällen, in denen ein drogenabhängiger Patient nicht in der Lage ist, sein Leben in wichtigen Lebensbereichen eigenverantwortlich zu führen, kann die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung notwendig sein.

Eine Schuldenberatung kann notwendig sein, um den Patienten bei der Klärung seiner finanziellen Situation zu unterstützen. Hierzu kann die Beratung im Umgang mit Gläubigern sowie die Unterstützung bei entsprechenden Verhandlungen gehören. Professionelle Hilfe kann erforderlich sein, um eine Perspektive zu entwickeln, überhaupt wieder innerhalb eines überschaubaren Zeitraums aus der Schuldenfalle herauszukommen.

Komorbide Störungen

4.1 Behandlung psychiatrischer komorbider Störungen

Die hohe Rate komorbider Störungen bei drogenabhängigen Patienten (Krausz et al., 1999 (Ev III); Verthein et al., 2000 (Ev III)) erfordert eine konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Mitbehandlung. In den USA (Mental Health: A Report of the Surgeon General, 1999) weisen etwa 21% der Erwachsenen innerhalb eines 12-Monate-Zeitraums eine psychische Störung auf. Von diesen weisen wiederum 15% auch eine Substanzabhängigkeit auf. Von den 9% amerikanischen Erwachsenen, bei denen eine Substanzabhängigkeit festgestellt wurde, wies ein Drittel davon eine oder mehrere zusätzliche psychiatrische Störungen auf. Somit leiden etwa 3% der erwachsenen Population innerhalb eines Jahres unter einer Kombination von Sucht-Erkrankung und psychiatrischer Störung.

Diese Patienten mit einer "dualen Diagnose" leiden zusätzlich zu ihrer Abhängigkeits-erkrankung z. B. unter Angst- oder affektiven Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, pathologischem Spielen, Sexual- und Ess-Störungen, sowie - bei Jugendlichen - unter Verhaltensstörungen und Aufmerksamkeits-Defizit-Syndromen. Bei psychiatrischen Patienten beobachtet man häufig eine zusätzliche Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin, Opioiden, Sedativa, Stimulantien, Cannabis, Halluzinogenen sowie von Medikamenten. Drogenabhängige Patienten mit frühem Störungsbeginn weisen eher Achse-II-Störungen (Persönlichkeitsstörungen) auf als Achse-I-Störungen (psychische Störungen nach DSM-IV) (Franken & Hendriks, 2000 Ev III).

Bei komorbiden drogenabhängigen Patienten empfiehlt sich in der Regel sowohl der Einsatz von Psychopharmaka im Rahmen suchtmedizinischer Behandlungsansätze (Miller & Guttman, 1997 Ev III, B) - obgleich allgemein sowie auch unter Managed-Care-Bedingungen die stationäre Wiederaufnahme-Quote bei diesen Patienten relativ hoch ist (Leon et al., 1998 Ev III; Vogel & Huguelet, 1997 EvIII) - wie auch der Einsatz psychotherapeutischer Verfahren, z. B. zur Rückfall-Prävention (Woody et al., 1983 EvIV). Bei hospitalisierten psychiatrischen Patienten mit einer zusätzlichen psychischen oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen reicht motivationale Gesprächsführung während des stationären Aufenthaltes allein in der Regel nicht aus; wichtig ist die Weiterführung der motivationalen Interventionen unter ambulanten Bedingungen im Rahmen umfangreicherer Behandlungsprogramme (Baker et al., 2002 Ev III, C).

Zu grundlegenden Behandlungsprinzipien für die Behandlung komorbider Störungen hat die American Society of Addiction Medicine Empfehlungen herausgegeben (ASAM Dec. 2000), die in Übersetzung durch die Verfasser als Anhang 2 am Ende der Leitlinien angefügt sind.

4.1.1 Behandlung depressiver Störungen und Angststörungen

Da depressive und Angststörungen bei drogenabhängigen Patienten besonders häufig auftreten, ist ihrer Behandlung besondere Aufmerksamkeit zu widmen, am ehesten im Rahmen integrierter Behandlungsprogramme (Anthenelli & Schuckit, 1993 Ev IV). Bei der medikamentösen Therapie mit Antidepressiva sollten besonders bei den substituierten Patienten pharmakokinetische Wechselwirkungen der verschiedenen Medikamente beachtet werden (C).

4.1.2 Behandlung von psychotischen Störungen

Die Prävalenz psychotischer Störungen ist bei Drogenabhängigen geringer als diejenige affektiver oder Angststörungen. Erst nach einer ausreichend langen Zeit der kontrollierten Abstinenz (mindestens 1 Monat) sollte bei Vorliegen produktiver oder negativer Symptome von einer eigenständigen, nicht durch Drogen bedingten, psychotischen Störung ausgegangen werden. Bei Vorliegen psychotischer Störungen ist eine integrierte Behandlung in einer für die Therapie dualer Diagnosen spezialisierten oder dafür eingerichteten Einrichtung indiziert (Drake RE et al. 1998 Ev IV, Drake et al. 2001 Ev IV) (C).

4.1.3 Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

Neben Angst- und affektiven Störungen gehören Persönlichkeitsstörungen zu den häufigsten zusätzlichen psychischen Störungen bei Drogenabhängigen. Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen stützt sich häufig auf spezielle psychotherapeutische Ansätze und Settings (Linehan, 1996a, 1996b; Kernberg et al. 1999) sowie unterstützende psychopharmakologische Behandlung und bedarf eines dafür geschulten Personals.[C].

4.1.4 Behandlung sonstiger Störungen

Die Quote multimorbider Störungen bei Drogenabhängigen ist oft hoch. Die Behandlung sonstiger Störungen folgt dabei den jeweiligen Indikationskriterien für diese Störungen. Bei wenig complianten bzw. therapieunwilligen Patienten können objektives und individuell angepasstes Feedback über die physiologischen und sozialen Effekte hilfreich sein, ebenso wie professionelle Beratung, Kontingenz-Management und Angehörigenarbeit (Barber, 1995 Ev IV).

Bei dem klinischen Verdacht oder anamnestischen Hinweisen auf das Vorliegen eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) sollte konsiliarisch eine entsprechende Diagnostik durch psychiatrisches Fachpersonal durchgeführt werden, das hierauf spezialisiert ist. Im Falle eines nachweislich diagnostizierten ADHS sollte ein Therapieversuch mit einem durch Studien als wirksam nachgewiesenen Antidepressivum, wie z.B. 1. Desipramin, 2. Reboxetin oder 3. Venflavaxin durchgeführt werden (C).

4.2 Behandlung allgemein medizinischer komorbider Störungen

Hepatitis und HIV-Infektionen sind unter i.v.-injizierenden Drogenabhängigen weit verbreitet. Die Fortschritte in der Behandlung dieser Störungen lassen es als angemessen und indiziert erscheinen, ko- und multimorbide Drogenabhängige im Rahmen integrierter Therapieprogramme zu behandeln (Adler-Cohen & Jacobson, 2000 Ev IV) (C) (siehe auch Leitlinien Akutbehandlung Opioidreumyann et al. 2002).

Behandlung mit forensischem Hintergrund

Opiatabhängige geraten häufig mit dem Gesetz in Konflikt und werden strafrechtlich belangt. Nach geltendem Recht macht sich strafbar, wer Opiate und andere Betäubungsmittel erwirbt und besitzt (§ 29 BtMG). Darüber hinaus sind Substanzmissbrauch und Kriminalität bzw. Dissozialität allgemein häufig assoziiert (Thomson 1999). Sie sind Facetten eines sozial devianten Lebensstils (Rautenberg 1997, Küfner et al. 1999). Generell können auch im forensischen Kontext abstinentorientierte und schadensminimierende Interventionen unterschieden werden. Drogenakzeptierende Ansätze spielen in Vollzugseinrichtungen hingegen praktisch keine Rolle.

Was die grundlegende Ausrichtung therapeutischer Maßnahmen betrifft, so liefert die Evaluationsforschung zur Straftäterbehandlung folgenden Hinweis: Nondirektive, klientenzentrierte und psychodynamische Programme haben sich als eher wenig effektiv erwiesen. Dies bedeutet nicht, dass psychodynamische Theorien als Verständniskonzepte nicht eine Bereicherung darstellen. Doch sollte die Praxis der therapeutischen Arbeit mit dieser Klientel eher verhaltensorientiert, strukturiert und systematisch auf Ziele ausgerichtet sein (Hollin 1999, Sherman et al. 1997, Ev. II b, B).

5.1 Behandlung im Rahmen der Strafzurückstellung (§ 35 BtMG)

Gemäß § 35 BtMG kann die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe bzw. eines Strafrestes von längstens zwei Jahren zurückgestellt werden, "wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen". In freien Drogentherapieeinrichtungen absolviert ein bedeutender Teil der Patienten die Behandlung im Rahmen der Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG (über ein Drittel, Kurze 2000). Hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens wird in den Einrichtungen zwischen "freiwilligen" und "35er-Patienten" nicht grundsätzlich unterschieden. Delinquente Neigungen und devianter Lebensstil sollten in der Therapie beachtet und bearbeitet werden (Küfner et al. 1999, Ev.III C).

5.2 Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB

Nach § 64 des allgemeinen Strafrechts kann im Strafurteil neben oder an Stelle einer Freiheitsstrafe die "Unterbringung in einer Entziehungsanstalt" angeordnet werden (zu den Voraussetzungen siehe Schalast & Leygraf 2001). Die Behandlung gemäß § 64 StGB erfolgt in Einrichtungen der forensischen Psychiatrie (Maßregelvollzug). Im Jahre 2001 waren in den alten Bundesländern einschl. Gesamtberlin fast 1000 drogenabhängige Verurteilte in Entziehungsanstalten gemäß § 64 StGB untergebracht.

Die Behandlung beginnt in aller Regel im geschlossenen oder gar gesicherten Rahmen. Häufige Alkoholtests und Drogenscreenings sind üblich. Die Dauer der Maßnahme variiert bundesweit und hängt auch ab von der Länge einer parallel zur Unterbringung ausgesprochenen Freiheitsstrafe. Im Durchschnitt liegt sie deutlich über einem Jahr. Von einigen Kliniken werden Patienten nach positivem Therapieverlauf vor der endgültigen Entlassung zunächst mehrere Monate lang dauerbeurlaubt. In dieser Zeit werden sie von der Einrichtung weiterbetreut (Wiedervorstellungen des Patienten, Hausbesuche durch die Einrichtung, Telefonkontakte). Dies ist ausgesprochen sinnvoll im Hinblick auf Befunde, wonach ambulante gemeindeintegrierte Programme für Straftäter effektiver sind als Programme im geschlossenen Vollzug. Letztere sollten mit Interventionen verknüpft sein, die sich auf das zukünftige Lebensumfeld des Klienten beziehen (Lösel 1994, Hollin 1999, Ev II B). Generell gilt für Patienten des Maßregelvollzugs, dass sie eine bessere Bewährungsquote haben, wenn es gelingt, sie in ambulante Nachsorgeprogramme einzubinden (Seifert et al. 2003, Ev IV).

Die Kliniken arbeiten fast immer strikt abstinenzorientiert. Dabei zeigt sich, dass manche schwer abhängige Patienten Drogenabstinenz auch dann nicht erreichen, wenn sie sich im geschlossenen Rahmen längere Zeit ernsthaft bemüht haben. Bei Drogenpatienten verlaufen die Unterbringungen noch problematischer und es werden mehr Suchtmittelrückfälle festgestellt als bei Alkoholpatienten (Gerl & Bischof 2001, Schalast 2000, Ev III). Die ausschließliche Abstinenzorientierung in der Therapie ist der Problematik der Patienten nicht angemessen. In bestimmten Fällen sollten medikamentöse Strategien der Schadensminimierung in das therapeutische Vorgehen einbezogen werden. Der Einsatz des Opiatantagonisten Naltrexon ist gerade im strukturierten Kontext des (gelockerten) Maßregelvollzugs und zur Rückfallprophylaxe während der Rehabilitationsphase vielversprechend (Farren 1997 Ev III). In anderen Fällen kann eine relativ dicht begleitete Substitution mit einem Opiatagonisten (wie Methadon) eine Perspektive darstellen. Dabei können medikamentöse Maßnahmen eine auf die allgemeine soziale Integration abzielende Behandlung nicht ersetzen. Die Indikation muss sorgfältig geprüft werden und eine Motivation des Patienten zur allgemeinen Mitarbeit in der Behandlung gegeben sein (C).

5.3 Maßnahmen bei Inhaftierten

Unter den Insassen des bundesrepublikanischen Strafvollzugs liegt der Anteil der betäubungsmittelabhängigen Gefangenen bei etwa einem Drittel (Wirth 2002, Daten aus NRW). Weibliche Gefangene, die allerdings nur etwa fünf Prozent aller Inhaftierten ausmachen, gelten als extrem drogengefährdet (Dolde 1995). Zu einem beliebigen Zeitpunkt befinden sich in der Bundesrepublik viel mehr Drogenabhängige in Straftaft als in Therapieeinrichtungen (Konrad 2002). Die Möglichkeiten abstinenzorientierter Therapie unter den Bedingungen des Strafvollzugs werden ungünstig beurteilt (Kreuzer 2002, Preusker 2002, Ev IV). Organisatorische und betreuerische Maßnahmen zielen vor allem auf eine Schadensminimierung ab: auf die Minderung der Gefahr einer Virusinfektion, der weiteren Fixierung süchtigen Verhaltens oder der Ausbeutung durch eine drogenspezifische Subkultur (Preusker 2002). Es wird aber auch über einzelne Versuche einer intensiveren abstinenzorientierten Behandlung im Vollzug berichtet (Dolde 1995). Zu den Ansätzen, die auf eine Schadensminimierung im Strafvollzug abzielen, gehört die Einrichtung sogenannter "drogenfreier Bereiche". In diesen Abteilungen verpflichten die Gefangenen sich, auf

Suchtmittelkonsum zu verzichten, und sie erklären sich mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen (Drogenscreenings) einverstanden. Ein Problem besteht darin, dass die völlige Ausgrenzung einer Gruppe von Patienten aus dem Gesamtkollektiv der Haftanstalt organisatorisch schwierig ist (Preusker 2000, Ev IV).

Die Ausgabe von Spritzen zur Infektionsprophylaxe wurde unter anderem in der Schweiz und einigen deutschen Bundesländern erprobt. Dolan et al. (2003) ziehen auf der Grundlage der vorliegenden Studien und Erfahrungsberichte eine weitgehend positive Bilanz. Dennoch begegnet die Maßnahme politischen, praktischen und rechtlichen Bedenken und wird sich kaum zu einer Standardmaßnahme entwickeln (Kreuzer 2002).

Umstritten ist auch die Frage einer (Dauer-) Substitution für Gefangene, selbst wenn diese in Freiheit in Vergabeprogramme integriert waren und neben der Abhängigkeit erhebliche psychische Auffälligkeiten bestehen (Kubing 2002). Die Feststellungen zu medikamentösen Interventionen bei Maßregelpatienten lassen sich jedoch grundsätzlich auf den Strafvollzug übertragen. So könnte auch in den sogenannten drogenfreien Bereichen in einigen Fällen Naltrexon als Rückfallprophylaktikum bei gefährdeten Gefangenen eingesetzt werden. Wenig sinnvoll erscheint es zudem, schwer abhängigen und mehrfachgeschädigten Gefangenen, die sich außerhalb eines Substitutionsprogramms niemals stabilisieren werden, eine medikamentöse Hilfestellung grundsätzlich vorzuenthalten. Diese sollte aber eine gewisse Mitarbeit des Gefangenen im Vollzug einfordern und mit intensiven Beratungsangeboten verknüpft sein. Wo diese aufgrund begrenzter personeller Kapazitäten nicht gewährleistet sind, ist die Verfügbarkeit externer Drogenberater als ein Mindeststandard in der Betreuung abhängiger Gefangener anzusehen (Küfner 1998, Küfner et al. 2000) (C).

Nachsorge und Nachbehandlung

Die Frage einer Nachsorge/Nachbehandlung stellt sich in unterschiedlichen Ausgangssituationen nach einer Substitutions- oder nach einer abstinenzorientierten Behandlung, sei es ambulant, teilstationär, stationär oder nach einer Behandlung in einer Strafhaft (Maßregel-vollzug, Beratung). Die Nachsorge ist nicht auf eine spezielle drogenassoziierte Erkrankung bezogen, sondern dient der weitergehenden Stabilisierung des Drogenabhängigen hinsichtlich seiner Suchterkrankung, der Abstinenzmotivation, seiner sozialen und beruflichen Integration, der psychischen Stabilität und der Rückfallprävention. Von Nachbehandlung im Kontext der Postakutphase sollte auch dann gesprochen werden, wenn nach einer Rehabilitationsbehandlung eine diagnostizierte Erkrankung vorliegt, die einer Behandlung bedarf, z.B. eine weiter zu behandelnde psychiatrische (z.B. Phobie oder Depression) oder somatische Erkrankung (z.B. chronische Hepatitis C), die in der Rehabilitation nicht ausreichend oder erfolgreich behandelt werden konnte. In diesem Fall wird die Behandlung der jeweiligen Störung nach den zugehörigen Richtlinien durchgeführt.

Die Wirksamkeit der Nachsorge ist in einigen empirischen Untersuchungen belegt (Projekt JORK 2001, Ev III, Siegal & Rapp, 2002, Ev Ib). Ein Case-Management Ansatz sowie eine größere Dauer der Nachsorge steht in einem positiven Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg (Siegal & Rapp, 2002, Ev IIa). Nach einer Behandlung im Gefängnis ist die Wichtigkeit einer Nachsorge nach Entlassung gut belegt (Wexler et al, 1999 Ev IIa; Knight et al, 1999 Ev III).

Zur Auswahl steht eine Nachsorge im Rahmen der Selbsthilfe (z.B. Narcotics Anonymous) oder eine professionell geleitete Nachsorge. Die Wirksamkeit von Selbsthilfe als Nachsorge wird in einer Studie (Etheridge et al, 1999 Ev III) belegt. Eine Selbsthilfe setzt die Bereitschaft voraus, auch anderen Drogenabhängigen zu helfen und sich darauf einzulassen. Unter dieser Bedingung ist eine Selbsthilfegruppe wahrscheinlich wirksam (C).

Bei einer professionellen Nachsorge stellt sich die Frage einer ambulanten Nachsorge im Einzel- oder im Gruppenkontext (C) oder als stationäre oder teilstationäre Maßnahme z.B. im Rahmen eines betreuten Wohnens (C). Ambulant ist eine halboffene Nachsorgegruppe angezeigt mit mindestens einer Sitzung pro Woche. Inhaltlich werden Methoden der Rückfallprophylaxe und eine breite Palette psychosozialer Methoden der Suchtbehandlung angewandt, die unterschiedlichste Themen von der Freizeitgestaltung bis zur beruflichen Situation und werteorientierten Themen umfasst (C).

Institutionen und Berufsgruppen, die in der Nachsorge involviert sind: Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte.

Literatur:

Adler-Cohen, M.A., Jacobson, J.M. (2000). Maximizing life's potentials in AIDS: a psychopharmacologic update. *Gen Hosp Psychiatry*, 22 (5), 375-388

Amass, L., Bickel, W.K., Higgins, S.T., Badgar, G.J. (1994). Alternate-day dosing during buprenorphine treatment of opioid dependence. *Life Sci*, 54, 1215-1228

Amass, L., Bickel, W.K., Crean, J.P., Blake, J., Higgins, S.T. (1998). Alternate-day buprenorphine dosing is as acceptable and preferred to daily dosing in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology*, 136, 217-225

Anthenelli, R.M., Schuckit, M.A. (1993). Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: diagnosis and treatment. *J Addict Dis*, 12 (3), 73-87

Avants, S.K., Margolin, A., Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. & Schottenfeld, R. (1998). When is less treatment better? The role of social anxiety in matching methadone patients to psychosocial treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (6), 924-931.

Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garret, R., Sly, K., Devir, H., Terry, M. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*, 97 (10), 1329-1337

Barber, J.G. (1995). Working with resistant drug abusers. *Soc Work*, 40 (1), 17-23

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz Psychologie-Verlags-Union,.

Bertolotti, M., Ferrari, A., Vitale, G., Stefani, M., Trenti, T., Loria, P., Carubbi, F., Carulli, N., Sternieri, E. (1997). Effect of liver cirrhosis on the systemic availability of naltrexone in humans. *J Hepatol*, 27 (3), 505-511

Bickel, W.K., Stitzer, M.L., Bigelow, G.E., Liebson, I.A., Jasinski, D.R., Johnson, R.E. (1988). Buprenorphine: dose-related blockade of opioid challenge effects in opioid dependent humans. *J Pharmacol Exp Ther*, 247, 47-53

Bickel, W.K., Amass, L. (1995). Buprenorphine treatment of opioid dependence: a review. *Exp Clin Psychopharmacol*, 3, 377-489

Bickel, W.K., Amass, L., Crean, J.P., Badger, G.J. (1999). Buprenorphine dosing every 1, 2, or 3 days in opioid-dependent patients. *Psychopharmacology*, 146, 111-118

Bijl, R.V., Ravelli, A., van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherland Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33 (12), 587-595

Bleiberg, J.L., Devlin, P., Croan, J., Briscoe, R. (1994). Relationship between treatment length and outcome in a therapeutic community. *International Journal of the Addictions*, 29, 729-40.

Bodkin, J.A., Zornberg, G.L., Lukas, S.E., Cole, J.O. (1995). Buprenorphine treatment of refractory depression. *J Clin Psychopharmacol*, 15 (1), 49-57

Brewer, D.D., Catalano, R.F., Haggerty, K. Gainey, R.R. & Fleming, C.B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93, 73-92.

Broner, R.K., Kidorf, M., King, V.L. & Stoller, K. (1998). Preliminary evidence of good treatment response in antisocial drug abusers. *Drug Alcohol Dependence*, 49 (3), 249-260.

Bühringer, G. & de Jong, R. (1980). Manual für die stationäre Behandlung (Entwöhnung) von Drogenabhängigen. In: S. Kraemer & R. de Jong (Hrsg.), Therapiemanual für ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen (97-207). München: Gerhard Röttger.

Bühringer, G., de Jong, R., Kaliner, B., Kraemer, S., Ferstl, R. & Feldhege, F.J. (1978). Beschreibung eines stationären verhaltenstherapeutischen Programms zur Behandlung junger Drogenabhängiger. In R. de Jong & G. Bühringer (Hrsg.), Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen (9-104). München: Gerhard Röttger.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2001). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. August 2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 217 (S.23735) vom 21. November 2001

Burian, W. (2000). Psychodynamische Psychotherapie bei Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen (90-101). Stuttgart: Thieme

Condelli, W.S. (1994). Domains of variables for understanding and improving retention in therapeutic communities. *International Journal of the Addictions*, 29, 563-607.

Condelli, W.S.; Hubbard, R.L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes for therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 25-33.

Cottler, L.B., Robins, L.N., Helzer, J.E. (1989). The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. *Br J Addict*, 84 (7), 801-814

Cottler, L.B., Robins, L.N., Grant, B.F., Blaine, J., Towle, L.H., Wittchen, H.U., Sartorius, N. (1991). The CIDI-core substance abuse and dependence questions: cross cultural and nosological issues. The WHO/ADAMHA Field Trial. *Br J Psychiatry*, 159, 653-658

Crabtree, B.L. (1984). Review of naltrexone, a long-acting opiate antagonist. *Clin Pharm*, 3 (3), 273-280

Crowther, B. & Pantleo, P.M. (1971). Marathon therapy and changes in attitude toward treatment and behavior ratings. *Mental Hygiene*, 55, 165-170.

Danserau, D. F., Dees, S. M., Greener, J. M., & Simpson, D. D. (1995). Node-link mapping and the evaluation of drug abuse counselling sessions. *Psychology of Addictive Behaviours*, 9 (3), 195-203.

Davidson, A.F., Emm, T.A., Pieniaszek, H.J. jr. (1996). Determination of naltrexone and its major metabolite, 6-beta-naltrexol, in human plasma using liquid chromatography with electrochemical detection. *J Pharm Biomed Anal*, 14 (12), 1717-1725

Dees, S. M., Danserau, D. F. & Simpson, D. D. (1997). Mapping-enhanced drug abuse counseling: urinalysis results in the first year of methadone treatment. USA.

Dehmel, S. (1989). Therapieergebnisse sowie Unterschiede zwischen planmäßigen Therapiebeendern und Abbrechern bei der Behandlung von Drogenabhängigen. In W. Feuerlein, G. Bühringer & R. Wille (Hrsg.), Therapieverläufe bei Drogenabhängigen (75-101). Berlin: Springer.

de Jong, R. & Bühringer, G. (Hrsg.), (1978). Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen. München: Röttger.

DeLeon, G. (1985). The therapeutic community: Status and evolution. *International Journal of Addiction*, 20, 823-844.

DeLeon, G. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *The International Journal of the Addictions*, 30, 1603-1645.

DeLeon, G. (2000). *The Therapeutic Community*. New York: Springer

Dennis, M.L., Karuntzos, G.T., McDougal, G.L., French, M.T., Hubbard, R.L. (1993). Developing training and employment programs to meet the needs of methadone treatment clients. *Evaluation and Program Planning*, 16, 73-86.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht*, 47 (Sonderheft 2).

DeVos, J.W., Ufkes, J.G., Kaplan, C.D., Tursch, M. Krause, J.K., van Wilgenburg, H., Woodcock, B.G., Staib A.H. (1998). L-Methadone and D,L-methadone in methadone maintenance treatment: a comparison of therapeutic effectiveness and plasma concentrations. *Eur Addict Res*, 4 (3), 134 - 141

Dies, R.R. & Hess, A.K. (1971). An experimental investigation of cohesiveness in marathon and conventional group psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 77 258-262

Dittert, S., Naber, D., Soyka, M. (1999). "Methadonsubstitution und Fahrtauglichkeit". Ergebnisse einer experimentellen Studie. *Nervenarzt*, 70 (5), 457-462

Dittrich, J., Gnerlich, F., Hünnekens, H., Rometsch, W. & Thomas, B. (1976). Erfolg und Mißerfolg bei der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. *Suchtgefahren*, 22, 121-140.

Dolan, K., Rutte, S., Wodak, A.D. (2003). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 98 (2), 153-158

Dolde, G. (1995). Drogengefährdete und Drogenabhängige im Justizvollzug. In: Dessecker A, Egg R (Hrsg.) *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt*. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle, 93-103.

Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J., Bond, G.R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with co-occurring disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4), 589-608

Drake, R., Essock, S., Shaner, A., Carey, K., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F., Clark, R., Richards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psych Serv*, 52 (4), 469-476

Dyson, V., Appleby, L., Altman, E., Doot, M., Luchins, D.J., Delehant, M. (1998). Efficiency and validity of commonly used substance abuse screening instruments in public psychiatric patients. *J Addict Dis*, 17 (2), 57-76

Eap, C.B., Finkbeiner, T., Gastpar, M., Scherbaum, N., Powell, K., Baumann, P. (1996). Replacement of R-methadone by a double dose of (R, S)-methadone in addicts: interindividual variability of the R/S ratios and evidence of adaptive changes in methadone pharmacokinetics. *Eur J Clin Pharmacol*, 50 (5), 385-389

Eap, C.B., Berschy, G., Baumann, P., Finkbeiner, T., Gastpar, M., Scherbaum, N. (1998). High interindividual variability of methadone enantiomer blood levels to dose ratios. *Arch Gen Psychiatry*, 55 (1), 89-90

Easton, C. Swan, S. Sinha, R. (2000). Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 (1), 1-5.

- Eissenberg, T., Johnson, R.E., Bigelow, G.E. (1997). Controlled opioid withdrawal evaluation during 72 h dose omission in buprenorphine-maintained patients. *Drug Alc Dep*, 45, 81-91
- Eland-Goossensen, A., van-de-Gorr, I., Garretsen, H., Schudel, J. (1997). Screening for psychopathology in the clinical practice. *J Subst Abuse Treat*, 14 (6), 585-591
- Emrich, H.M., Vogt, P., Herz, A., Kissling, W. (1982a). Antidepressant effects of buprenorphine. *Lancet*, 2 (8300), 709
- Emrich, H.M., Vogt, P., Herz, A. (1982b). Possible antidepressive effects on opioids: Action of Buprenorphine. *Ann N Y Acad Sci*, 398, 108-112
- Etheridge, R.M., Craddock, S.G., Hubbard, R.L., Rounds-Bryant, J.L. (1999). The relationship of counselling and self - help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug Alcohol Depend*, 57 (2), 99-112
- Farre, M., Torrens, M. (2003). Maintenance buprenorphine for opioid users. *Lancet*, 361 (9372), 1906-1907
- Farren, C.K. (1997). The Use of Naltrexone, an Opiate Antagonist, in the Treatment of Opiate Addiction. *Ir J Psych Med*, 14 (1), 31-34. (Ev III)
- Farren, C.K., O'Malley, S. (2002). A pilot double blind placebo controlled trial of sertraline with naltrexone in the treatment of opiate dependence. *Am J Addict*, 11 (3), 228-234
- Feldhege, F.J., Krauthan, G., Schulze, B., Schneider, R. & Vollmer, H.C. (1978). Ein ambulantes Breitbandprogramm zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. Beschreibung der katamnesticen Ergebnisse und kritische Bewertung der Konzepte. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 1, 3-14.
- Ferrari, A., Bertolotti, M., Dell'Utri, A., Avico, U., Sternieri, E. (1998). Serum time course of naltrexone and 6 beta-naltrexol levels during long-term treatment in drug addicts. *Drug Alcohol Depend*, 52 (3), 211-220
- Fischer, G., Gombas, W., Eder, H., Jagsch, R., Peternell, A., Stuhlinger, G., Pezawas, L., Aschauer, H.N., Kasper, S. (1999). Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. *Addiction*, 94 (9), 1337-47.
- FOGS (2000). 3. Zwischenbericht zum Modellbestandteil Case Management. Köln: FOGS.
- Franken, I.H., Hendriks, V.M. (2001). Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II comorbidity, not with axis-I comorbidity. *Drug Alcohol Depend*, 59 (3), 305-308
- Fraser, A.C. (1976). Drug addiction in pregnancy. *Lancet*, 2 (7991), 896-899.
- Fürst, C., Beierlin, H. (o. J.): Suchterkrankungen (Drogen). In: Bundesanstalt für Arbeit: Teilhabe durch berufliche Rehabilitation. Online-Handbuch für Beratung, Förderung, Aus- und Weiterbildung. Medien zur Teilhabe am Arbeitsleben. www.gewinndurchEinstellung.de/handbuch/
- Gastpar, M., Heinz, W., Poehlke, T., Rasche, P. (1998). Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Geisler, M. (1978). Therapeutische Wirkungen der transzendentalen Meditation auf Drogenkonsumenten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 7, 235-255.
- George, S., Braithwaite, R. A. (1999). A pilot study to determine the usefulness of the urinary excretion of methadone and its primary metabolite (EDDP) as potential markers of compliance in methadone detoxification programs. *J Analytical Toxicology*, 23, 81-85

Gerl, S.T., Bischof, H.L. (2001). Auswirkungen des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses vom 16.03.1994 auf die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) bei Alkoholabhängigen und Polytoxikomanen. MschrKrim, 84 (2), 138-153.

Giles, W., Patterson, T., Sanders, F., Batey, R., Thomas, D., Collins, J. (1989). Outpatient methadone programme for pregnant heroin using women. Aust NZJ Obstet Gynaecol, 29, 225-229

Gossop, M., Marden, J., Stewart, D. & Treacy, S. (2002). Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). Addiction Behaviour, 27 (2), 155-166.

Griffith, J., Rowan-Scal, G., Roark, R. & Simpson, D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: meta-analysis. Drug Alcohol Dependence, 58, 55-66.

Groß, A., Soyka, M. (1999). Buprenorphin - ein neuer Ansatz in der Pharmakotherapie opiatabhängiger Patienten. Suchtmed, 1 (1), 5-14

Gruber, K., Chutuape, M., Stitzer, M.L. (2000). Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: A short-term evaluation. Drug-and-Alcohol-Dependence, 57, 211-223

Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M. & Weiler D. (1999). European Addiction Severity Index: Manual für Training und Durchführung. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Guthrie SK (1990): Pharmacologic interventions for the treatment of opioid dependence and withdrawal. DICP 24(7-8):721-734

Havemann-Reinecke, U, Kuschinsky, K. (1982). Neurochemical aspects of the opioid-induced "catatonia". Neurochem. Internat. 4, 188-215

Havemann-Reinecke, U, Kuschinsky, K. (1992). Development of dependence and dopaminergic mechanisms. In: Bühringer, G, Platt, JJ (Hrsg), Drug Addiction Treatment Research-German and American Perspectives. Florida: Krieger Publishing company, 163-171

Heigl-Evers, A., Ott, J. (1997). Zum Menschenbild der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), Die Person des Therapeuten (9-27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Higgins, S.T. & Silverman, K. (1999). Motivating behavior change among illicit-drug abusers. Washington: APA.

Higgins, St.T. & Abbott, P.J. (2001). CRA and treatment of cocaine and opioid dependence. In R. J. Meyers & W. R. Miller (Hrsg). A community reinforcement approach to addiction treatment (123-160). Cambridge: Cambridge University Press

Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W. (1995). ICD-10 Checklisten. Huber, Bern.

Hollin, C.R. (1999). Treatment Programs for Offenders. International Journal of Law and Psychiatry, 22 (3-4), 361-372.

Horn, W. (1998). Leistungsprüfsystem (LPS). Handanweisung (2. erweit. und verbesserte Aufl.). Göttingen, Hogrefe

Hubbard, R.L., Mardsen, M.W., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, R.R. & Ginzburg, H.M. (1989). Drug abuse treatment: A national study of effectiveness. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Hubner, C.B., Kornetsky, C. (1988). The reinforcing properties of the mixed agonist-antagonist buprenorphine as assessed by brain-stimulation reward. Pharmacol Biochem Behav, 30, 195-197

- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., Wang, C.M. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), 563 - 570
- Jainchill, N., Hawke, G., De Leon, G. & Yagelka, J. (2000). Adolescents in therapeutic communities: one-year posttreatment outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 81-94.
- Jasinski, D.R., Pevnick, J.S., Griffith, J.D. (1978). Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine. *Arch Gen Psych*, 35, 501-516
- Jasinski, D.R., Fudala, P.J., Johnson, R.E. (1989). Sublingual versus subcutaneous buprenorphine in opiate abusers. *Clin Pharmacol Ther*, 45, 513-519
- Johnson, R.E., Cone, E.J., Henningfield, J.E., Fudala, P.J. (1989). Use of buprenorphine in the treatment of opiate addiction. I. Physiologic and behavioral effects during a rapid dose induction. *Clin Pharmacol Ther*, 46, 335-343
- Johnson, R.E., Jaffe, J.H., Fudala, P.J. (1992). A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *JAMA*, 267, 2750-2755
- Johnson, R.E., Eissenberg, T., Stitzer, M.L., Strain, E.C., Liebson, I.A., Bigelow, G.E. (1995). A placebo controlled trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence. *Drug Alcohol Depend*, 40, 17-25
- Johnson, R.E., Chutuape, M.A., Strain, E.C., Walsh, S.L., Stitzer, M.L., Bigelow, G.E. (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *The New Engl J Med*, 343, 1290-1297
- Joe, G.W., Simpson, D.D., Greener, J.M., Rowan-Szal, G. A. (1999). Integrative modeling of client engagement and outcomes during the first 6 months of methadone treatment. *Addictive Behaviors*, 24, 649-659
- Kanfer, F.H. & Grimm, L.G. (1980). Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Modification* 4, 419-444.
- Kampe, H. & Kunz, D. (1985). Evaluation der Langzeitbehandlung von Drogenabhängigen in einer therapeutischen Gemeinschaft. *Suchtgefahren*, 31, 236-245.
- Kampe, H. & Kunz, D. & Kremp, M. (1986). Sondersprachgebrauch Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen. *Suchtgefahren*, 32, 103-111.
- Kapoor, R., Singh, S.H., Gandhi, A. (1993): Autonomic functions and audiovisual reaction time in heroin addicts. *Indian J Physiol Pharmacol*, 37 (3), 209-212
- Katz, E.C., Gruber, K., Chutuape, M.A. & Stitzer, M.L. (2001). Reinforcement-based outpatient treatment for opiate and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 93-98.
- Kell, M. J. (1994). Utilization of Plasma and Urine Methadone Concentrations to Optimize Treatment in Maintenance Clinics: I. Measurement Techniques for a Clinical Setting. *J of Addictive Diseases*, 13 (1), 5-26.
- Kernberg, O.F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg) (1999). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer
- Kidorf, M., Stitzer, M.D., Griffiths, R.R. (1995). Evaluating the reinforcement value of clinic-based privileges through a multiple choice procedure. *Drug Alcohol Depend*, 39 (3), 166-172
- Kidorf, M. & Hollander, J.R. & King, V.L. & Brooner, R.K. (1998). Increasing employment of opioid dependent outpatients: an intensive behavioral intervention. *Drug Alcohol Depend*, 50 (1), 73-80

King, A.C., Volpicelli, J.R., Gunduz, M., O'Brian, C.P., Kreek, M.J. (1997). Naltrexone biotransformation and incidence of subjective side effects: a preliminary study. *Alcohol Clin Exp Res*, 21 (5), 906-909

Kirchmayer, U., Davoli, M., Verster, A. (2001). Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. (4), CD001333.

Kirchmayer U. et. al. (2001). *The Cochrane Library*, Bd. 4.

Klett, F. (1987). Langzeitverläufe bei Drogenabhängigen bis zu 10 Jahren nach Behandlungsende. In: D. Kleiner (Hrsg.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten* (162-178). Berlin, Springer.

Knight, K. & Simpson, D.D. & Hiller, M.L. (1999). Three - year reincarceration outcomes for inprison therapeutic community treatment in Texas. *The Prison Journal*, 79 (3), 337 - 351

Koc, J., Lenzing, K., Irle, E., Kunert, H.J., Poser, W. (2002). Kognitive Fähigkeiten bei Methadonpatienten: Ein Vergleich von Substituierten mit Patienten unter opioidfreier Behandlung. In: Richter, G., Rommelspacher, H., Spies, C. (Hrsg.) "Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende?" Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzents. Lengerich: Pabst Science Publishers, 440-48

Konrad, N. (2002). Zusammenarbeit im Straf- und Maßregelvollzug. In: Gaßmann R (Hrsg.) *Suchtprobleme hinter Mauern*. Freiburg: Lambertus, 101-119.

Kosten, T.R. (1994). Buprenorphine for benzodiazepine-abusing heroin addicts. *Am J Psychiatry*, 151 (1), 151

Kosten T.R., Schottenfield, R., Ziedonis, D., Falconi J. (1993). Buprenorphine versus. methadone maintenance for opioid dependence. *J. Nerv. Ment. Dis.* 181, 358-360

Kranzler, H.R., Kadden, R.M., Babor, T.F., Tennen, H., Rounsaville, B.J. (1996). Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91 (6), 859-868

Krausz, M., Verhein, U., Degkwitz, P. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *Eur Addict Res*, 5 (2), 55-62

Kreek, M.J. (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Ann N Y Acad Sci*, 909, 186-216

Kreuzer, A. (2002). Bedingungen der strafrechtlichen Praxis in stationären Einrichtungen. In: DHS / Gaßmann R (Hrsg.) *Suchtprobleme hinter Mauern*. Freiburg: Lambertus, 35-63.

Kubing, M. (2002). StVollzG §§ 22, 3, 58 - Substitution von Strafgefangenen. *Strafverteidiger*, Heft 5, 265-269

Küfner, H., Denis, A., Roch, I., Arzt, J. & Rug, U. (1994). Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 37). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Küfner, H. (1998). Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene in bayerischen Justizvollzugsanstalten. *SUCHT*, 44 (6), 406-408

Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren

- Küfner, H., Kümmler, P., Vogt, M. & Trunkò, S. (2000). Modellprogramm Betreuung von Drogenabhängigen auf dem Bauernhof. In Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Schriftenreihe des Bundesministerium
- Küfner, H., Beloch, E., Scharfenberg, C.D. & Türk, D. (2000). Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren
- Küfner, H. Coenen, M. Indlekofer, W. (2004). Handbuch PREDI Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostik. Im Druck.
- Kurze M (2000) Erfahrungen mit strafjustiziell bedingten Therapieüberleitungen. In: Uchtenhagen A & Zieglgänsberger W. Suchtmedizin. München: Urban & Fischer, 386-393.
- Lachner, G., Wittchen, H.U., Perkonigg, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Turk, D., Garczynski, E., Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *Eur Addict Res*, 4 (1-2), 28-41
- Laken, M.P., Ager, J.W. (1996). Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 22 (3), 439-448
- Leon, S.C., Lyons, J.S., Christopher, N.J., Miller, S.I. (1998). Psychiatric hospital outcomes of dual diagnosis patients under managed care. *Am J Addict Winter*, 7 (1), 81-86
- Linehan, M.M. (1996a): Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München:CIP-Medien.
- Linehan, M.M. (1996b). Trainings-Manual zur Therapie der Borderlinestörung. München: CIP-Medien
- Ling, W., Rawson, R.A., Compton M.A. (1994). Substitution pharmacotherapies for opioid addiction: from methadone to LAAM and buprenorphine. *J Psychoactive Drugs* 26, 119-128
- Ling, W., Charuvastra, C., Collins, J.F., Batki, S., Brown, L.S. Jr., Kintaudi, P., Wesson, D.R., Mc Nicholas, L., Tusel, D.J., Malkerneker, U., Renner, J.R. Jr., Santos, E., Casadonte, P., Fye, C., Stine, S., Wang, R.I., Segal, D. (1998). Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. *Addiction* 93 (4), 475-486
- Little, B.B., Snell, L.M., Klein, V.R., Gilstrap, L.C. 3rd, Knoll, K.A., Breckenridge, J.D. (1990). Maternal and fetal effects of heroin addiction during pregnancy. *J Reprod Med*, 35 (2), 159-62.
- Löhner, F. & Tuchtenhagen, F.R. (2003). Zur rehabilitativen Behandlung von politoxikomanen und komorbiden Substanzgebrauchern - sozialmedizinische und klinische Ergebnisse und Prädiktionsmöglichkeiten. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 5, 127-131.
- Lösel, F. (1994). Meta-analytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In: Steller, Dahle, Basqué (Hrsg) Straftäterbehandlung. Pfaffenweiler: Centaurus, 13-34.
- Longwell, B. & Miller, J. & Nichols, A.W. (1978). Counselor effectiveness in a methadone maintenance program. *Int J Addict*, 13 (2), 307-315
- Ludwig, A.M. & Levine, J.A. (1965). Controlled comparison of five brief treatment techniques employing LSD, hypnosis and psychotherapy. *Psychotherapy*, 19, 417-435.
- Maddux, J.F., Desmond, D.P. (1992). Methadone maintenance and recovery from opioid dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 18 (1), 63-74

Martino, S., Carroll, K.M., O'Malley, S.S. & Rounsaville, B.J. (2000). Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *Am J Addictions*, 9, 88-91.

Mason, B., Goddman, A., Dixon, R., Hameed, M., Hulo, T., Wesnes, K., Hunter, J., Boveson, M. (2002). A pharmacokinetic and pharmacodynamic drug interaction study of acamprosate nd naltrexone. *Neuropsychopharmacology*, 27 (4), 596

Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2002). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst. Rev.*, (4): CD002209.

Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C., Davoli, M. (2003). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD002207

McAlpine, C., Marshall, C.C., Doran, N.H. (2001). Combining child welfare and substance abuse services: a blended model of intervention. *Child Welfare*, 80 (2), 129-149

McCusker, J., Bigelow, C., Vickers-Lahti, M., Spotts, D., Garfield, F. & Frost, R. (1997). Planned duration of residential drug abuse treatment: efficacy versus effectiveness. *Addiction*, 92 (11), 1467-1478.

McLellan, A.T. & Woody, G.E. & Luborsky, L. & O'Brien, C.P. & Druley, K.A. (1983 a). Increased effectiveness of substance abuse treatment. A prospective study of patient - treatment "matching". *Nerv Ment Dis*, Oct; 171 (10): 597 - 605

McLellan, A.T. & Luborsky, L. & Woody, G.E. & O'Brien, C.P. & Druley, K.A. (1983 b). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. I of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry*, 40 (6), 62 -625

McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269 (15), 1953-1959

McLellan, A.T., Hagen, T.A., Levine, M. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction*, 93, 1489-1499

Mental Health: A report of the surgeon general (1999) U.S. Department of Health and Human Services. Office of the Surgeon General. SAMHSA

Meyer, M.C., Straughn, A.B., Lo, M.W., Schary, W.L., Whitney, C.C. (1984). Bioequivalence, dose-proportionality, and pharmacokinetics of naltrexone after oral administration. *J Clin Psychiatry*, 45 (9), 15-19

Miller, N.S., Guttman, J.C. (1997). The integration of pharmacological therapy for comorbid psychiatric and addictive disorders. *J Psychoactive Drugs*, 29 (3), 249-254

Miller, W.R. & Rollnick, St. (2002). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford.

Moolchan, E.T., Hoffman, J.A. (1994). Phases of treatment: a practical approach to methadone maintenance treatment. *Int J Addict.*, 29 (2), 135-160.

Moos, R.H., Mertens, J.R., Brennan, P.L. (1995). Program characteristics and readmission among older substance abuse patients: comparisons with middle-aged and younger patients. *J Ment Health Adm.*, 22 (4), 332-345.

National Institutes of Health (NIH) (1997): *Effective Medical Treatment of Opiate Addiction*. NIH Consens Statement Online, 15 (6), 1-38

NIDA (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Washington D.C.: National Institute on Drug Abuse. Im Internet abrufbar.

- Palm, J., Stenius, K. (2002). Sweden: integrated compulsory treatment. *Eur Addict Res*, 8 (2), 69-77
- Penning, R., Fromm, E., Betz, P., Kauert, G., Drasch, G., von Meyer, L. (1993). Drug death autopsies at the Munich Institute of Forensic Medicine (1981-1992). *Forensic Sci Int*, 62 (1-2), 135-139
- Petry, N.M., Tedford, J. & Martin, B. (2001). Reinforcing compliance with non-drug related activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 33-44.
- Pickens, R.W., Leukefeld, C.G. & Schuster, C.R. (1991). Improving drug abuse treatment. In NIDA Research Monograph 106 (218-244). Rockville: NIDA.
- Pickworth, W.B., Johnson, R.E, Holicky, B.A., Cone, E.J. (1993). Subjective and physiologic effects of intravenous buprenorphine in humans. *Clin Pharmacol Ther*, 53, 570-576
- Platt, J.J. & Husband, S.D. (1993). A Cognitive Problem-Solving Employment Readiness Intervention for Methadone Clients. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 7, 1, 21-31.
- Pond, S.M., Tong, T.G., Benowitz, N.L., Jacob, P. 3rd, Rigod, J. (1982). Lack of effect of diazepam on methadone metabolism in methadone-maintained addicts. *Clin Pharmacol Ther*, 31 (2), 139-143.
- Prendergast, M.L., Grella, C., Perry, S.M., Anglin, M.D. (1995). Levo-Alpha-Acetylmethadol (LAAM): Clinica, research, and policy issues of a new pharmacotherapy for opioid addiction. *J Psychoactive Drugs*, 27 (3), 239-247
- Preusker, H. (2000). Alkoholprobleme im Justizvollzug. In: Egg & Geisler (Hrsg) Alkohol, Strafrecht und Kriminalität. Wiesbaden: Eigenverlag der Kriminologischen Zentralstelle.
- Preusker, H. (2002). Suchtprobleme im Justizvollzug. In: Gaßmann R (Hrsg) Suchtprobleme hinter Mauern. Freiburg: Lambertus, 123-129
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In: M. Hersen, R.M. Eisler, P.M. Miller (Hrg.), *Progress in behavior modification*. IL, Sycamore
- Rabinowitz, J., Cohen, H., Tarrasch, R., Kotler, M. (1997). Compliance to naltrexone treatment after ultra-rapid opiate detoxification: an open label naturalistic study. *Drug Alcohol Depend*, 47 (2), 77-86.
- Rabinowitz, J., Cohen, H., Kotler, M. (1998). Outcomes of ultrarapid opiate detoxification combined with naltrexone maintenance and counseling. *Psychiatr Serv*, 49 (6), 831-833.
- Rabinowitz, J., Cohen, H., Atias, S. (2002). Outcomes of naltrexone maintenance following ultra rapid opiate detoxification versus intensive inpatient detoxification. *Am J Addict*, 11 (1), 52-56
- Raschke, R. & Rometsch, W. (1987). Ausgewählte Ergebnisse einer Zwölfjahresstudie behandelter Drogenkonsumenten. In D. Kleiner (Hrsg.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten (179-196)*. Berlin: Springer
- Rautenberg, M. (1997). Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellem Verhalten und Drogenmissbrauch. Bundesministerium für Gesundheit, Band 103, Baden-Baden: Nomos.
- Rawson, R.A., Mann, A.J., Tennant, F.S., Clabough, D. (1983). Efficacy of psychotherapeutic counselling during 21-day ambulatory heroin detoxification. *Drug & Alcohol Dependence*, 21, 197-200.
- Reitan, R.M. (1992). Trail Making Test (Adult Version) (TMT). USA. Reitan Neuropsychology Laboratory

- Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poehlke, T., Wolstein, J. (2002). AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen. Kapitel 3.2. "Akutbehandlung bei Störungen durch Opiode". *Sucht*, 48 (4), 245-264
- Ritter, A.J. (2002). Naltrexone in the treatment of heroin dependence: relationship with depression and risk of overdose. *Aust N Z J Psychiatry*, 36 (2), 224-228
- Roch, I., Küfner, H., Arzt, J., Böhmer, M. & Denis, A. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. *Sucht*, 38, 304-322.
- Rozen, H.G., Kerkhof, A.J., van den Brink, W. (2003). Experiences with an outpatient relapse program (community reinforcement approach) combined with naltrexone in the treatment of opioid-dependence: effect on addictive behaviours and the predictive value of psychiatric comorbidity. *Eur Addict Res*, 9 (2), 53-58.
- Rosenblum, A., Magura, S., Palij, M., foote, J., Handelsman, L. & Stimmel, I. (1999). Enhanced treatment outcomes for cocaine-using methadone patients. *Drug Alcohol Dependence*, 54 (3), 207-218.
- Saunders, B., Wilkinson, C. & Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90 (3), 415-424.
- Savage, C., Karp, E.G., Curran, S.F., Hanlon, T.E., McCabe, O.L. (1976). Methadone/LAAM maintenance: a comparison study. *Compr Psychiatry*, 17, 415-524
- Schalast, N. (2000). Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Sucht*, 46,(2), 111-120.
- Schalast, N. & Leygraf, N. (2001). Unterbringung und Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. In: Schneider F & Frister H (Hrsg) *Alkohol und Schuldfähigkeit*. Berlin, Heidelberg: Springer, 181-201.
- Scherbaum, N., Finkbeiner, T., Leifert, K., Gastpar, M. (1996). The efficacy of L-methadone and racemic methadone in substitution treatment for opiate addicts - a double blind comparison. *Pharmacopsychiatry*, 29 (6), 212-215
- Schmauss, C., Yassouridis, A., Emrich, H.M. (1987). Antipsychotic effect of buprenorphine in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 44 (10), 1340-1342
- Schmidt, N., Sittl, R., Brune, K., Geisslinger, G. (1993). Rapid determination of methadone in plasma, cerebrospinal fluid, and urine by gas chromatography and its application to routine drug monitoring. *Pharm Res*, 30 (3), 441-444.
- Schottenfeld, R.S., Pakes, J., Ziedonis, D., Kosten, T.R. (1993). Buprenorphine: dose-related effects on cocaine and opioid use in cocaine-abusing opioid-dependent humans. *Biol Psych*, 34, 66-74
- Schottenfeld, R.S., Pakes, J., O'Connor, P., Chawarski, M., Oliveto, A., Kosten, T.R. (2000). Thrice-weekly versus daily buprenorphine maintenance. *Bio Psychiatry*, 47 (12), 1072-1079
- Schwoon, D.R. (2001). Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 504-518). Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Seifert, D., Schiffer, B. & Leygraf, N. (2003). Plädoyer für die forensische Nachsorge. *Psychiatrische Praxis*, 30, 1-7. Ev IV
- Sherman, L.W., Gottfredson, G., MacKenzie, D., Eck, J., Reuter, F. & Bushway, S. (1997). *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising?* University of Maryland: Department of Criminology and Criminal Justice. Im Internet abrufbar.

- Shufman, E., Perl, E., Cohen, M., Dickmann, M., Gandaku, D., Adler, D., Veler, A., Bar-Hamburger, R., Ginath, Y. (1996). Electro-encephalography spectral analysis of heroin addicts compared with abstainers and normal controls. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 33 (3),196-206
- Siegal, H.A. & Rapp, R.C. (2002). Case management as a therapeutic enhancement: impact or post-treatment criminality. *Addict Dis*, 21 (4), 37-46
- Simpson, D.D., Savage, L.J., Lloyd, M.R. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Arch Gen Psychiatry*, 36 (7),772-780
- Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse. Follow-up outcomes and length of time spent. *Arch Gen Psychiatry*, 38 (8), 875-880.
- Simpson, D.D. & Sells, S.B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP Research Program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7-29.
- Simpson, D.D. & Joe, J.W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30 (2), 357-368.
- Sonntag, D., Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg. *Sucht*, 42 (2), 89-177
- Soyka, M. (2000). Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. In: H-J Möller, G. Laux, H-P Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (951-989). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Soyka, M. (1995). Naltrexon in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Psychopharmakotherapie*, 3, 110-114
- Specka, M., Finkbeiner, T., Lodemann, E., Leifert, K., Kluwig, J., Gastpar, M. (2000): Cognitive motor performance of methadone-maintained patients. *Eur Addict Res*, 6(1), 8-19
- Staak, M., Berghaus, G., Glazinski, R., Hoher, K., Joo, S., Friedel, B. (1993). Empirical studies of automobile driving fitness of patients treated with methadone-substitution. *Blutalkohol*, 30 (6), 321-333.
- Staedt, J., Wassmuth, F., Stoppe, G., Hajak, G., Rodenbeck, A., Poser, W., Rüter, E. (1996). Effects of chronic treatment with methadone and naltrexone on sleep in addicts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 246 (6), 305-309
- Stanton, D. & Shadish, W. (1997). Outcome, attrition and family-couples treatment for drug- abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *The Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Stimmel, B., Goldberg, J., Rotkopf, E., Cohen M. (1977). Ability to remain abstinent after methadone detoxification. A six-year study. *JAMA*, 237 (12), 1216-1220
- Stimmel, B., Goldberg, J., Reisman, A., Murphy, R. J., Teets, K. (1982-83). Fetal outcome in narcotic-dependent women: the importance of the type of maternal narcotic used. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 9 (4), 383-395.
- Strain, E.C., Stitzer, M.L., Liebson, I.A., Bigelow, G.E (1994). Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid-cocaine users. *Psychopharmacol*, 116, 401-406
- Strain, E.C., Bigelow, G.E., Liebson, I.A., Stitzer, M.L. (1999). Moderate-vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. *JAMA*, 281 (11), 1000-1005.

- Swanson, A.J., Pantalon, M.V., Cohen, K.R. (1999). Motivational Interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187, 630-635.
- Thomasius, R., Gemeinhardt, B. & Schindler, A. (2000). Familientherapie und systemische Therapie bei Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (122-146). Stuttgart: Thieme
- Thomasius, R., Weiler, D., Sack, P.M., Schindler, A., Gemeinhardt, B. & Küstner, U. (2001). Familientherapeutische Frühbehandlung Opiatabhängiger - Symptombelastung, Funktionsniveau und Familiendynamik im Therapieprozess. In R. Olbrich (Hrsg.), *Suchtbehandlung* (S. 163-177). Regensburg: Roderer Verlag.
- Thomson, L.D.G. (1999). Substance Abuse and Criminality. *Current Opinion in Psychiatry*, 653-657.
- Tomaso, H., Reisinger, E.C., Grasmug, E., Ramschak, H., Krejs, G.J. (1995). Die Übertragung der HIV-Infektion. *Wien Klin Wochenschr*, 107 (3), 85-90
- Toumbourou, J.W., Hamilton, M. & Fallon, B. (1998). Treatment level process and time spent in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. *Addiction*, 93, 1051-1064.
- Tretter, F., Fahrmbacher-Lutz, C., Höffner, U., Zeitler, D., Bystron, C., Schwejda, C., Rabe, H., Eckstein, G., Walcher, S., Musselmann, R., Schneider, L., Bühringer, G., Mugele, B., Zilbauer, F., Ross, D. (1999). Leitfaden für Ärzte zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.
- Vertheim, U.I., Kalke, J., Raschke, P. (1994). Resultate internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitutionstherapie mit Methadon - eine Übersicht. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 44, 128-136
- Vertheim, U.I., Degkwitz, P., Krausz, M. (2000). Psychische Störungen und Verlauf der Opiatabhängigkeit. *Psychiatr Prax*, 27 (2), 77-85
- Vogel, S., Huguelet, P. (1997). Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand*, 95 (3), 244-253
- Vollmer, H.C., Ellgring, H. & Ferstl, R. (1992a). Prediction of premature termination of therapy in the treatment of drug addicts. In J.J. Platt & G. Bühringer (Hrsg.), *Drug addiction treatment research* (253-269). Malabar: Krieger.
- Vollmer, H.C., Ferstl, R. & Ellgring, H. (1992b). Individualized behaviour therapy for drug addicts. In: Bühringer, G. & Platt, J.J. (Hrg), *Drug addiction treatment research* (333-352). Malabar: Krieger.
- Vollmer, H.C. & Krauth (2000). Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen. In: R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucherkrankungen* (102-21). Stuttgart: Thieme
- Vollmer, H.C. & Krauth J. (2001). Therapie bei Drogenabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (395-438). Göttingen: Hogrefe.
- Vollmer, H.C. (2002). Zurück in die Zukunft - Versuch einer wissenschaftstheoretischen Argumentation. In: Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C. & Büchner, U. (Hg.), *Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S 133-157.
- Wall, M.E., Brine, D.R., Perez-Reyes, M. (1981). Metabolism and disposition of naltrexone in man after oral and intravenous administration. *Drug Metab Dispos*, 9 (4), 369-375

Walsh, S.L., Gilson, S.F., Jasinski, D.R., Stapleton, J.M., Phillips, R.L., Dannals, R.F., Schmidt, J. (1994). Buprenorphine reduces cerebral glucose metabolism in polydrug abusers. *Neuropsychopharmacology*, 10, 157-170

Walsh, S.L., Preston, K.L., Bigelow, G.E., Stitzer, M.L. (1995). Acute administration of buprenorphine in humans: partial agonist and blockade effects. *J Pharmacol Exp Ther*, 274, 361-372

Ward, J., Wayne, H., Mattick, R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353, 221-226

Waterson, J., Ettore, B. (1989): Providing services for women with difficulties with alcohol or other drugs: the current U.K. situation as seen by women practitioners researches and policy makers in the field. *Drug Alcohol Depend*, 24 (2), 119-125

West, S.L., O'Neal, K.K., Graham, C.W. (2000). A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *J Subst Abuse*, 12 (4), 405-414.

Westmeyer, H. (1987). Möglichkeiten der Begründung therapeutischer Entscheidungen. In: Caspar, F. (Hg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie*. Tübingen. S. 20-31.

Wexler, H.K. & Melnick, G. & Lowe, L. & Peters, J. (1999). Three - Year Reincarceration Outcomes for Amity In - Prison Therapeutic Community and Aftercare in California. *The Prison Journal*, No. 3, (16), 321-336

Wirth, W. (2002). Das Drogenproblem im Justizvollzug - Zahlen und Fakten. *Bewährungshilfe*, 49 (1), 104-122.

Woody, G.E., Luborsky, A., McLellan, T., O'Brian, C.P., Beck, A.T., Blaine, J., Herman, I., Hole, A. (1983). Psychotherapy for Opiate Addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 639-645.

Woody, G. E., Mc Lellan, A. T., Luborsky, L. & O'Brien, C. P. (1987). Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *Am J Psych*, 144 (5), 590-596.

Verfahren zur Konsensbildung:

Autorengruppe

Auf der ersten Konsensuskonferenz am 15.09.2000, an der Mitglieder von 8 Fachgesellschaften beteiligt waren, wurden unter der Leitung von M. Gastpar, Psychiatrische Klinik Univ. Essen, und L. Schmidt, Psychiatrische Klinik Univ. Mainz, Namen von Fachleuten gesammelt, die für die Erstellung von Leitlinien geeignet erschienen. Aus dem vorgeschlagenen Personenkreis konstituierte sich nach 3 Sitzungen unter der Leitung von Frau Havemann-Reinecke die Arbeitsgruppe zur Leitlinienerstellung »Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiode«. Die seit Sommer 2001 vollständige Gruppe traf sich mehrmals zur gegenseitigen Abstimmung und Überarbeitung der einzelnen Kapitel. Im Juli 2003 wurde der Leitlinientext allen Fachleuten, die an der Erstellung der »AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen« aktiv oder beratend beteiligt sind, zur Korrektur vorgelegt. Der hier vorgelegte Leitlinientext versteht sich als vorläufiger, zum jetzigen Zeitpunkt aktueller Stand. Kritische Anmerkungen und Hinweise auf hier nicht erfasste Publikationen sind erwünscht.

Vorgehen zur Erstellung der Leitlinien

Der Prozess der Leitlinienerstellung berücksichtigt das Leitlinienmanual der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄzQ) und der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) sowie das Rating wissenschaftlicher Publikationen des Scottish Intercollegiate Network. Bis einschließlich 2003 wurden klinische Studien zur Substitution, zur abstinenzorientierten,

medikamentösen, psychosozialen und zur forensischen Behandlung recherchiert. Folgende Datenbanken wurden benutzt: PsycINFO (ab 1978, Am Psychologic Assoc), Psynindex Lit & AV (ab 1977), Cochrane library (ab 1971), Medline (ab 1966), PubMed (ab 1965), DIMDI, NIDA und allgemein zugängliche Behandlungsrichtlinien. Suchbegriffe waren: heroin dependency/addiction, opiate addiction, opioid related disorders, opioid maintenance, opioid substitution, substitution drugs, methadone, buprenorphine, naltrexone, drug dependency, psychiatric comorbidity, relapse therapy, drug rehabilitation, psychotherapy, substance abuse, program evaluation, multiple drug use, polytoxicomania. Für die abstinenzorientierte und für die substituionsgestützte Behandlung wurden mehr als 18 000 Artikel zunächst nach Titel, dann nach Abstract vorselektiert und entsprechend dann nach dem Originalartikel entschieden, ob der Artikel für die Leitlinien als relevant angesehen und zitiert werden kann.

Im Text wurden AWMF-gemäß einige der zitierten Arbeiten mit folgenden "Evidenz"angaben (Ev) und Empfehlungen (A, B, C) gekennzeichnet:

"Evidenz"angaben (Ev):

Ia: nach dem Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) bzw. ÄZQ

= Metaanalyse randomisierter kontrollierter Studien

Ib: = Doppelblindstudie

Ila: = gut angelegte, kontrollierte Studie

IIb: = nach SIGN= Therapieverlaufsstudie, gut angelegt, quasi experimentell

III: = nach SIGN= gut angelegte, descriptive Studie (z. B. Vergleichsstudie, Korrelationsstudie, Fall-Kontroll-Studie)

IV: = IV nach SIGN, Review ohne quantitative Datenanalyse

Empfehlungen (A, B, C) gemäß American Psychiatric Association:

A: »recommended with substantial clinical confidence«

B: »recommended with moderate clinical confidence«

C: »recommended on the basis of individual circumstances«

Methodenkritische Aspekte

Methodenkritische Einschränkungen wurden bereits bei der Akutbehandlung Opioidabhängiger ausführlich beschrieben (Reymann et al., 2002). Hinzu kommt, dass im Gegensatz zur pharmakologischen Forschung Aussagen über die Wirksamkeit von psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen, die bei der Postakutbehandlung breiten Raum einnehmen, durch den Gegenstand begrenzt bleiben (Westmeyer, 1987; Vollmer, 2002). Besonders bei der abstinenzorientierten Behandlung ist die Durchführung kontrollierter klinischer Studien (Ev. Ib oder Ila) schwierig. Komorbidität und komplexe Behandlungsprogramme machen es fast unmöglich, einzelne Interventionen isoliert zu untersuchen. Aufgrund der dadurch bedingten deutlich weniger vorhandenen und verwertbaren Studien ist der Abschnitt zur abstinenzorientierten Behandlung wesentlich kürzer als der zu der substituionsgestützten Therapie, was nicht als Wertung dieser Behandlungsformen verstanden werden darf. Durch Konsensuskonferenzen ist es uns gelungen, auch in den weniger empirisch abgesicherten Gebieten für die Postakutbehandlung Opioidabhängiger Wertungen im Sinne einer Expertenmeinung zu formulieren.

Verfasser:

Ursula Havemann-Reinecke, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen

Heinrich Küfner, Institut für Therapieforschung, München

Udo Schneider, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover

Arthur Günthner, Fachklinik Eußenthal der LVA Rheinland-Pfalz

Norbert Schalast, Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen

Heinz C. Vollmer, Salus Therapiezentrum, Friedberg

Korrespondenzadresse:

Priv. Doz. Dr. Ursula Havemann-Reinecke
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
e-mail: uhavema@gwdg.de

Erstellungsdatum:

23. März 2004

Letzte Überarbeitung:

Nächste Überprüfung geplant:

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 23. März 2004

©: DG-Sucht + DGPPN

Autorisiert für elektronische Publikation [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 20.02.2006; 11:13:54