

Positionspapier zum stationären qualifizierten Entzug von Cannabispatienten

Rüdiger Holzbach¹, Klaus Behrendt², Eszter Maylath³, Udo Küstner⁴, Dagmar Schreyer⁵, Alexander von Berghes⁶, Edda Fuchs³, Jochen Brack², Ralf Steenblock², Katrin Gabriel², Christian Haasen⁴, Rainer Thomasius⁴

¹ Westfälische Kliniken Warstein und Lippstadt, Abteilung Suchtmedizin

² Klinikum Nord Hamburg-Ochsenzoll, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Abhängigkeitserkrankungen

³ Medizinische Dienst der Krankenkassen, Hamburg

⁴ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

⁵ Fachklinik Bokholt

⁶ Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus, Bargfeld-Stegen

Korrespondenzadresse: Dr. Rüdiger Holzbach, Westfälische Kliniken Warstein und Lippstadt, Franz-Hegemann-Str. 23, 59581 Warstein; E-Mail: ruediger.holzbach@wkp-lwl.org

Zusammenfassung. Die Zahl der Cannabiskonsumenten, die eine stationäre Entzugsbehandlung brauchen, nimmt in letzter Zeit zu. Aktuell gehen die gesetzlichen Krankenkassen sehr restriktiv mit der dafür gewährten Krankenhaus-Behandlungsdauer um, bzw. lehnen die Kostenübernahme ganz ab. Gleichzeitig fehlen für die neue Gruppe der Cannabiskonsumenten, die einen sehr exzessiven Konsum betreiben, evaluierte Therapieprogramme.

Der Beitrag beschreibt die Ergebnisse einer Expertengruppe von Fachleuten aus verschiedenen Kliniken in Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen sowie vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen Hamburg. Es wurden gemeinsame Kriterien erstellt, die eine stationäre Entzugsbehandlung und deren Dauer bei Cannabisabhängigkeit begründen sowie inhaltliche Behandlungsansätze umrissen.

Schlagerwörter: Cannabis; Entzug; stationäre Behandlung

Abstract

Position paper: In-patient treatment for cannabis dependence

The number of cannabis users in need of in-patient treatment has increased in the last few years. Insurance companies have a very restrictive policy with respect to the length of in-patient treatment or completely reject financing such treatment. At the same time, there is a need for evaluated treatment programs for the new group of cannabis users with excessive use.

A group of experts from hospitals in Hamburg, Schleswig-Holstein and Northrhine-Westfalia as well as from the Medical Service of Insurance Companies (MDK) have conceived criteria for the need for in-patient treatment and the length thereof, as well as for the concept of treatment for cannabis dependence.

Keywords: Cannabis; in-patient treatment; withdrawal

1 Einleitung

Suchtmedizinische Krankenhausabteilungen im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie werden zunehmend mit dem Problem "exzessive Cannabis-Konsumenten" konfrontiert, die einen ambulanten Entzug nicht durchstehen können und deshalb eine stationäre Krankenhausbehandlung nachfragen. Dies überrascht nicht, da dieses Problem mit dem entsprechenden Vorlauf bereits in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht und ambulante Suchtberatungsstellen eine sehr starke Zunahme an Beratungs- und Behandlungsbedarf von Cannabiskonsumenten erleben. So nahm die Zahl der Cannabis-klienten in den von der EBIS-Statistik erfassten Beratungs- und Behandlungsstellen von 1995 (459 Einrichtungen) bis 2002 (454 Einrichtungen) von 1368 auf 6368 zu (Türk und Welsch 2000, Simon et al 2001, Welsch und Sonntag 2003). Dabei nahm von 1993 bis 2000 das Einstiegsalter von 17,5

auf 16,7 Jahren ab (Kraus und Augustin 2001). Nur ein kleiner Teil der rund 6,7 Millionen Cannabiskonsumenten (Kraus und Augustin 2001) sucht folglich ambulante Hilfe.

Etwa 4-7% der Cannabiskonsumenten sind abhängig (Perkonig et al 1999). Die wesentlichen diagnostischen Schritte und grundsätzliche Behandlungsansätze finden sich bei Thomasius (2005). Eine noch kleinere Subgruppe stellen die stationär behandlungsbedürftigen Cannabiskonsumenten dar, die dann aber zu den besonders schwer kranken Suchtpatienten gehören. Dementsprechend wird in der deutschen Leitlinie für Cannabis (AWMF-Leitlinie Cannabis-bezogene Störungen, Bonnet et al 2004) der Bedarf gesehen, für diese Subgruppe der Cannabiskonsumenten geeignete Behandlungsangebote zu entwickeln und wissenschaftlich begleitet zu implementieren. In einem Reviewartikel über die bisher publizierten Therapiestudien fordern Bonnet und Scherbaum (2005) geeignete Behandlungskonzepte ein.

Neben großen Gemeinsamkeiten zwischen der Klientel im qualifizierten Entzug bei Alkohol und "klassischen" Drogenabhängigen bestehen auch Unterschiede zu den schwer kranken Cannabisabhängigen. Die Cannabisabhängigen sind im Schnitt wesentlich jünger, als die Alkoholabhängigen und die üblichen Drogenkranken. Erst nach Abklingen der zu meist initial bestehenden Intoxikation setzen Entzugerscheinungen ein. Etwa bei 66-90% der Cannabiskonsumenten sind entsprechende Absetzphänomene zu beobachten (Simon et al 2004, Swift et al 2001). Klinisch relevant sind dabei vor allem Unruhe, Schlafstörungen, Craving und eine Dysphorie bis hin zu erheblichen depressiven Symptomen.

Da bei der Subgruppe der stationär krankenhausbehandlungsbedürftigen Cannabispatienten von Seiten der Kostenträger große Zurückhaltung bezüglich der Übernahme von Behandlungskosten besteht, hat sich eine Expertengruppe aus Kliniken verschiedener Bundesländer und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen Hamburg im Jahr 2005 zusammengesetzt, um Kriterien für die stationäre Krankenhausbehandlung von Cannabispatienten zu erstellen.

2 Schwerstkranke Cannabisabhängige

Die stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist lediglich bei einer sehr kleinen Subgruppe der Cannabispatienten gegeben. In der Regel haben diese Patienten sehr früh mit dem Cannabiskonsum begonnen und durch einen regelmäßigen, im Verlauf hochfrequenten Konsum einen Teil der neurophysiologischen und psychologischen Entwicklung nicht altersgemäß durchlaufen. Dies spiegelt sich sowohl auf der biologischen als auch auf den Ebenen Verhalten, Fühlen und Denken wieder. Neben dieser klinischen Beobachtung gibt es erste tierexperimentelle Arbeiten die zeigen, welche vielfältigen Interaktionen THC auf das Gehirn ausübt (Fujiwara und Egashira 2004). Ashton (2001) und Iversen (2003) schreiben den körpereigenen Endocannabinoiden eine wichtige Funktion in der Hirnreifung zu. Es fehlen aber noch entsprechende klinische Untersuchungen bei Heranwachsenden.

Andere Untersuchungen haben ergeben, dass Cannabis einen ungünstigen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf schizophrener Psychosen hat (Caspi et al 2005, D'Souza et al 2005, Wade 2005). Der akute Konsum von Cannabis beeinträchtigt unter kontrollierten Bedingungen die Gedächtnisleistung (Lane et al 2005). Auch bei erwachsenen Menschen finden sich bei täglich konsumierenden Cannabisrauchern im Vergleich zu Gelegenheitskonsumenten deutliche kognitive Defizite (Pope et al 1996). Im Kontakt wirken diese Betroffenen in manchen ihrer Verhaltensmuster, ihrer Denkweise und der emotionalen Ausdrucksfähigkeit zum Teil um Jahre jünger, als sie tatsächlich sind. Diese Entwicklungsrückstände entsprechen den Symptomen einer (tiefgreifen-

den) Entwicklungsstörung gemäß ICD10, einer Diagnose, die bei Erwachsenen lediglich aus formalen Gründen so nicht gestellt werden kann. Diese Defizite in der Reifung weisen kein einheitliches Muster auf und zeigen zwischen den Betroffenen eine hohe Varianz.

2.1 Voraussetzungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung

Die Grundvoraussetzung für eine stationäre Krankenhausbehandlung ist das Vorliegen einer manifesten Cannabisabhängigkeit gemäß ICD10:

- Erhöhter Zeitaufwand, sich vom Konsum zu erholen und/oder Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsumes
- Fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen (z.B. amotivationales Syndrom, Verlust sozialer Bezüge (Schule, Ausbildung/Beruf, Freundeskreis), körperliche Schäden)
- Toleranzentwicklung/Dosissteigerung
- Kontrollverlust
- Ein übermächtiger Wunsch/Zwang, Cannabis zu konsumieren
- Entzugssymptome

Nach ICD-10 müssen bei Cannabisabhängigen innerhalb eines Jahres drei oder mehr der obigen Kriterien gleichzeitig erfüllt sein. Somit stellen die Entzugssymptome – Craving, Appetitminderung, Schlafstörungen, Affektlabilität, Angst, Hyperalgesie, Schwitzen, allgemeine Irritabilität und Reizbarkeit mit bisweilen Aggressivität und innerer Unruhe (Bonnet und Scherbaum 2005, Thomasius 2005) – keine alleinige Voraussetzung für die Diagnose einer Abhängigkeit dar.

Gemäß § 39 Abs. 1 in Verbindung mit §12 Abs. 1 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Leistungen müssen dabei ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Aus diesen gesetzlichen Vorgaben folgt, dass aus dem Vorliegen einer Cannabisabhängigkeit allein nicht automatisch die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ab zu leiten ist, zumal die Hälfte der Cannabisabhängigen ohne fremde Hilfe den Konsum beenden (Sydow et al 2001).

Dementsprechend sollte die zweite Voraussetzung für eine stationäre Krankenhausbehandlung ein nachweislich gescheiterter ambulanter Entzug darstellen. Es ist dabei ohne Bedeutung, ob der ambulante Entzug im hausärztlichen Kontext und/oder mit Unterstützung durch eine Beratungsstelle ver-

sucht wurde. In der Regel scheitert eine ambulante Behandlung an der Schwere der Erkrankung, an deutlichen Entzugssymptomen oder an den unmittelbaren Rückfällen/Rückfallgefahr. Eine psychiatrische Komorbidität kann ebenfalls zum Scheitern von ambulanten Entzügen führen. Die Erfahrung zeigt, dass es eine Teilgruppe der Patienten gibt, die erst durch einen gescheiterten ambulanten Entzug die Einsicht in die Abhängigkeit entwickeln und sich erst dann auf eine stationäre Krankenhausbehandlung einlassen können.

Analog gilt als zweite Voraussetzung, wenn ein ambulanter Entzug von vorneherein zum Scheitern verurteilt ist, weil

- eine schwere psychiatrische Komorbidität vorliegt (entweder weil die weitere psychische Erkrankung alleine eine stationäre Behandlung nach 39 SGB V erfordert oder die Kombination aus Sucht und komorbider Störung (manifeste Erkrankung gemäß ICD 10 wie z.B. Angststörung, Persönlichkeitsstörung, affektive Störung oder schizophrene Psychose oder ADHS) den Patienten zu sehr destabilisiert, dass eine ambulante Behandlung nicht möglich ist) und/oder
- der Patient eine hohe psychosoziale Unreife aufweist (z.B. gekennzeichnet durch fehlende Tagesstruktur, Unzuverlässigkeit, fehlende Eigenverantwortung, altersinadäquates Verhalten) und/oder
- aufgrund einer sozialen Desintegration notwendige Hilfsstrukturen fehlen (z.B. zu Erkennen durch fehlenden unterstützenden Freundeskreis, Abbruch von Schule, Ausbildung, Berufstätigkeit) und/oder
- eine hohe Konsumhäufigkeit vorliegt (z.B. Konsum in jeder möglichen Situation, Konsum gleich nach dem Aufstehen, nächtlicher Konsum) und/oder
- vielfach Selbstentzüge in einer frühen Phase des Entzugs gescheitert sind.

Ein schweres Entzugssyndrom ist, analog zum Entzug von Alkohol und anderen Drogen, selbstverständlich eine ausreichende Grundlage für den Einsatz von Krankenhausmitteln.

Bei unter 18-Jährigen sollten die oben genannten Kriterien – gescheiterter ambulanter Entzug oder ambulanter Entzug von vorneherein zum Scheitern verurteilt – entsprechend gelten, auch wenn noch nicht das Zeitkriterium der Abhängigkeit (vorliegen von mindestens drei Abhängigkeitszeichen über mindestens ein Jahr) erfüllt sind, um durch frühzeitige Interventionen Chronifizierungen zu verhindern. Bei Jugendlichen sollte berücksichtigt werden, dass das frühe Einstiegsalter nicht nur ein hohes Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung darstellt, sondern auch für eine im Verlauf auftretende psychische Komorbidität (Bonnet und Scherbaum 2005, Thomasius 2005).

2.2 Notwendiger Behandlungsrahmen

Im deutschsprachigen Raum gibt es noch keine kontrollierten Studien zur Behandlung der Cannabisabhängigkeit. In dem von Bonnet und Scherbaum (2005) zusammengetragenen Überblick über amerikanische und australische Untersuchungen wird von acht Therapiestudien berichtet, die alle in einem ambulanten Rahmen durchgeführt wurden. Der erfolgreichste Ansatz war die Förderung der Motivation zur Abstinenz.

Für stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung von Cannabiskonsumenten gibt es bisher kein etabliertes Konzept. In den Leitlinien zu Cannabis-bezogenen Störungen (Bonnet et al. 2004) wird darauf verwiesen, dass bei fehlenden spezifischen Grundlagen sich ein analoges Vorgehen wie bei anderen Suchterkrankungen empfiehlt. Diese Ansicht wird von den Autoren geteilt. Allerdings gibt es aus den bisher vorliegenden Erfahrungen heraus einige Cannabis-spezifische Besonderheiten, die berücksichtigt werden müssen:

- Regelmäßig zu Beginn noch akute Intoxikationserscheinungen und/oder amotivationales Syndrom als Ausdruck eines längerandauernden chronischen Cannabiskonsum
- Es besteht eine erhebliche Reifungsverzögerung, die eine besondere therapeutische Herausforderung darstellt
- Aufgrund des frühen Beginns der Störung und der Reifungsverzögerung weniger Rückgriff auf Ressourcen möglich
- Hoher Anteil komorbider psychischer Störungen (ca. 70%)

Die Ausstattung und das Behandlungsangebot einer Station für Cannabisabhängige entspricht in den Grundzügen den Vorgaben für alle Suchtstationen mit qualifiziertem Entzug (Einzel- und Gruppengespräche, Ergo- und Sporttherapie, Sozialarbeiterische Betreuung; s. auch **Tabelle 1**). Die inhaltliche Ausrichtung muss entsprechend dem zumeist jungen Alter und der Defizite der Patienten neben bewährten suchttherapeutischen Behandlungselementen verstärkt auf psychoedukative und soziotherapeutische Ansätze setzen, da die Cannabiskonsumenten aufgrund ihrer Defizite mit Gruppenbehandlungen, die auf ein hohes Maß an Introspektions- und Reflexionsfähigkeit setzen, überfordert sind. Das hohe Maß an Ambivalenz lässt eine kategorische Ausrichtung auf den "Königsweg Abstinenz" nicht zu.

Die im Rahmen des Entzugssyndroms auftretende Dysphorie bis hin zu einer ausgeprägten depressiven Symptomatik macht bei entsprechender Stärke eine pharmakologische Behandlung mit Antidepressiva notwendig. Eine symptomorientierte medikamentöse Behandlung kann aber auch bei (isolierten) Schlafstörungen, innerer Unruhe oder starken vegetativen Entzugszeichen erforderlich sein. Bei der Linderung des Entzugssyndroms und des Cravings nach erneuter Cannabiszufuhr zeigt die Ohr-Akupunkturbehandlung gute Erfolge.

Tabelle 1: Problemfelder und Behandlungsansätze in der qualifizierten Entzugsbehandlung (und darüber hinaus) von Cannabisabhängigen

Problemfelder*	Behandlungsansätze (jeweils bei Hauptindikation)
Behandlung der körperlichen Auswirkungen: Entzug, Begleit- und Folgeerkrankungen	Somatische Diagnostik; Akupunktur gemäß NADA-Protokoll; symptomatische Behandlung.
Behandlung der psychischen Störungen: Wahrnehmungsstörungen, Problemlösestörungen, Ausdrucksstörungen, emotionale Störungen, Motivationsstörungen, Störungen der Psychomotorik	Psychiatrische Diagnostik; Ergo- und Bewegungstherapie; Psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen; Entspannungsverfahren
Behandlung der Entwicklungsstörungen: Entwicklungspsychopathologische Defizite, fehlende Schul- und Berufsausbildung, konsumierender Freundeskreis, fehlende Lebensperspektiven	Familien-Gespräche; Sozialarbeiterische Beratung; Milieu-Therapie; Testpsychologische Untersuchungen, Selbsthilfegruppen; Aktive Freizeitgestaltung/freizeitpädagogische Maßnahmen; Unterrichtsprogramme (in Kinder- und Jugendpsychiatrie); Selbstsicherheits-Training; Berufseignungstests; Arbeitstherapie; Weitervermittlung in Anschlussbehandlung;
Behandlung komorbider psychischer Störungen: Angststörung, Persönlichkeitsstörung, affektive Störung, schizophrene Psychose oder ADHS	Psychiatrische Diagnostik; Pharmakologische Behandlung; Psychotherapeutische Behandlung.
*nach Thomasius (2005)	

Tabelle 1 gibt ein Überblick über typische Problemfelder (nach Thomasius 2005), die bei schwerst Cannabisabhängigen häufig im qualifizierten Entzug (und darüber hinaus) bearbeitet werden müssen und die entsprechenden Behandlungsansätze.

Bisher gibt es noch keine Suchtstation, die ausschließlich für die Zielgruppe Cannabisabhängige offen steht, auch wenn solche Einrichtungen wünschenswert erscheinen. Eine "Mitbehandlung" auf einer Station für Alkoholabhängige ist aufgrund unterschiedlicher Krankheitskonzepte der Betroffenen und dem unterschiedlichen Altersdurchschnitt ungünstig. Die Behandlung auf Drogenstationen beinhaltet die Gefahr, dass die Cannabiskonsumenten von Abhängigen "harter Drogen" zum Konsum entsprechender Substanzen verführt werden könnten. Es sind aber auch gegenteilige Effekte zu beobachten im Sinne – "soweit will ich nicht kommen". Aus den Erfahrungen der ambulanten Behandlungseinrichtungen ist aber auch bekannt, dass sich die im Schnitt jüngeren Cannabiskonsumenten im traditionellen Setting der Drogenhilfe nicht wohl fühlen (Welsch et al 2003).

Das zentrale Ziel des qualifizierten Entzuges bei Cannabisabhängigen ist die Herstellung der Bereitschaft, weiterführende Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Hier müssen neben klassisch psychotherapeutisch ausgerichteten Therapien auch soziotherapeutische Angebote mit in Betracht gezogen werden, die vorbereitend oder begleitend zu schulischer bzw. beruflicher Ausbildung ausgerichtet sind (mit zunehmender Behandlungsdauer immer wichtiger). Es ist jeweils von längeren Behandlungsbedarf auszugehen, wobei die Kran-

kenhausbehandlung lediglich die Voraussetzung und den Einstieg in eine ambulante Behandlungskette darstellt. In der Regel wird aufgrund der oben skizzierten Besonderheit der Entwicklungsverzögerung die stationäre Entzugsbehandlung bei dieser Zielgruppe alleine kaum ausreichend sein. Hinsichtlich der zu empfehlenden Interventionen im Rahmen ambulanter und neu zu schaffender stationärer und teilstationärer Behandlungsangebote nach dem Entzug, stehen nur wenige nordamerikanische und australische Studien zur Verfügung (Bonnet und Scherbaum 2005).

2.3 Behandlungsdauer

Bei der hier relevanten Zielgruppe der Hochdosis-Konsumenten steht am Beginn der Krankenhausbehandlung regelhaft die Detoxifikation im engeren Sinne, da aufgrund der hochgradigen Intoxikation die Betroffenen nur bedingt kognitiv und affektiv ansprechbar sind. Aufgrund der Halbwertszeit von THC mit über 7 Tagen klingt dieser Zustand nur langsam ab (ca. 3-7 Tage). Dieser Phase schließt sich die eigentliche Entzugsbehandlung an, die je nach konsumierter Menge 7 bis 21 Tage dauern kann (Budney et al 1999, Crowley et al 1998, Haney et al 1999a,b, Wiesbeck et al 1996).

Analog zum qualifizierten Entzug von Alkohol und anderen illegalen Drogen, bei denen sich die Behandlungsdauer auch nicht an der reinen körperlichen Entzugsdauer (3-10 Tage bzw. 2-4 Wochen) fest macht, muss noch ausreichend Zeit sein, die spezifischen Ziele des qualifizierten Entzuges zu

bearbeiten: Förderung der Krankheitseinsicht, Motivierung für die Inanspruchnahme weiterführender Behandlungsangebote, Diagnostik und Stellung der Behandlungsindikation im Hinblick auf komorbide psychische Störungen, Identifikation von Rückfallgefahren und psychosoziale Absicherung. Die Zeit ist für den Patienten nicht nur notwendig, um die entsprechenden Inhalte vermittelt zu bekommen, sondern auch, um nach einer ersten psychischen und somatischen Stabilisierung und vorschneller Abwehr die neuen Erfahrungen, die mit klarem Kopf gemacht werden, an sich herankommen zu lassen und verarbeiten zu können.

Die oben beschriebenen biologischen Veränderungen bilden sich nur sehr langsam zurück, mindestens entsprechend des sehr langen Intervalls von bis zu drei Monaten, in dem Cannabinoide im Urin noch nachgewiesen werden können. Auch hier fehlen noch entsprechende Ergebnisse aus der neurobiologischen Grundlagenforschung, um diese Anpassungsprozesse auf neuronaler Ebene zu verstehen. Durch diese zeitliche Dimension werden die Grenzen stationärer Entzugsbehandlung deutlich, sodass zumindest eine ambulante Weiterbehandlung zur Sicherung des Behandlungserfolges unverzichtbar ist.

Üblicherweise sollte die Entzugsbehandlung somit 28 Tage nicht unterschreiten, es sei denn, es gibt die Möglichkeit, in eine spezifische Behandlungseinrichtung weiter zu vermitteln (z.B. Entwöhnungstherapie). Dies sollte allerdings frühestens nach drei Wochen erfolgen, weil die Patienten in der Regel sonst noch zu labil und damit nicht rehafähig, sind.

Ähnlich wie bei Alkohol- und anderen Drogenabhängigen muss hinsichtlich der Dauer der Entzugsbehandlung immer geprüft werden, ob über den körperlichen Entzug hinaus mit Mitteln der Krankenhausbehandlung die Motivationsbehandlung fortgeführt werden muss. Bei Kindern und Jugendlichen muss diese Frage wegen der Chronifizierungsgefahr bzw. des negativen Einflusses von Cannabis auf die Hirnentwicklung und die kognitiven Einbußen eindeutig mit einem Ja beantwortet werden. Bei dieser Altersgruppe ist bei erfüllten Kriterien für die stationäre Krankenhausbehandlung (siehe oben) von einem alleinigen körperlichen Entzug eindeutig abzuraten. Bei jungen Erwachsenen muss hierzu das Konsummuster, die Persönlichkeitsreife, die Komorbidität, die psychosozialen Haltestrukturen, die (stationären) Vorbehandlungen und die Weiterbehandlungsmöglichkeiten mit herangezogen werden, um zu entscheiden, ob eine kurze stationäre Krisenintervention (und Entzug) ausreicht.

3 Ausblick

Das Problem der schwer kranken Cannabisabhängigen, die früh mit dem Konsum begonnen haben und damit einen Teil ihrer (Hirn- bzw. psychosozialen) Entwicklung nicht durch-

laufen haben, kommt zunehmend auf die Erwachsenenpsychiatrie zu. Es wäre töricht, diese Gruppe der Cannabiskonsumern nicht von anderen Konsumentengruppen zu unterscheiden – so wie den deliranten Alkoholiker vom Gelegenheits-trinker. Es bedarf der Anstrengung aller beteiligten Gruppen, um auf allen Ebenen – Primärprävention, Frühintervention bis hin zur stationären Krankenbehandlung – geeignete Antworten auf das rasch wachsende Problem "schwere Cannabisabhängigkeit" zu finden:

- Politik: Bereitstellung von Forschungsmitteln
- Universitäten: Entwicklung von Behandlungskonzepten
- Versorgungskliniken: Bereitstellung entsprechender Behandlungskapazitäten

Ein klares Indikationsspektrum und angemessene Behandlungskonzepte sollten ermöglichen, dass für diese Gruppe der schwerst betroffenen Cannabiskonsumern angemessene stationäre Behandlungszeiten nach § 39 SGB V zur Verfügung gestellt und somit die individuellen Bedürfnisse der Patienten und die Interessen der Solidargemeinschaft mit knappen finanziellen Mitteln in Einklang gebracht werden.

4 Literatur

- Ashton CH (2001): Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *Brit J Psychiat* 178, 101-106
- Bonnet U, Harries-Hedder K, Leweke M, Schneider U, Tossmann P (2004): Leitlinie Diagnostik und Behandlung Cannabis- und Cannabinoid-bezogener Störungen. *Fortschr Neurol Psychiat* 72, 318-329
- Bonnet U, Scherbaum N (2005): Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt* 102 (48), B2816-B2822
- Budney AJ, Novy PL, Hughes JR (1999): Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction* 94(9), 1311-1322
- Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, et al. (2005): Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 57(10), 1117-1127
- Crowley TJ, McDonald MJ, Whitmore EA, Mikulich SK (1998): Cannabis dependence, withdrawal, an reinforcement effects among adolescent with conduct symptoms and substance use disorder. *Drug Alcohol Depend* 50, 27-37
- D'Souza DC, Abi-Saab WM, Madonick S, et al. (2005): Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biol Psychiatry* 57(6), 594-608
- Fujiwara M, Egashira N (2004): New perspectives in the studies on endocannabinoid and cannabis: abnormal behaviors associate with CB1 cannabinoid receptor and development of therapeutic application. *J Pharmacol Sci* 96(4), 362-366
- Haney M, Ward AS, Corner SD, Foltin RW, Fischman MV (1999): Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacol* 141, 395-404
- Haney M, Ward AS, Corner SD, Foltin RW, Fischman MV (1999): Abstinence symptoms following oral THC administration to humans. *Psychopharmacol* 141, 385-394
- Iversen L (2003): Cannabis and the brain. *Brain* 126, 1252-1270

- Lane SD, Cherek DR, Lieving LM, Tcheremissine OV. (2005): Marijuana effects on human forgetting functions. *J Exp Anal Behav* 83(1), 67-83
- Perkonig A, Lieb R, Höfler M, Schuster P, Sonntag H, Wittchen H-U (1999): Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction* 94, 1663-1678
- Pope HG Jr, Yurgelun-Todd D. (1996): The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *JAMA* 275(7), 521-527
- Kraus L, Augustin R (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47 Sonderheft 1, 5-82
- Simon R, Spiegel H, Hüllinghorst R, Nöcker G, David-Spiekermann M (2002): Bericht des Nationalen REITOX Knotenpunkts für Deutschland an die EBDD: Drogensituation 2001. DBDD, München
- Simon R, Sonntag D, Bühringer G, Kraus L (2004): Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. Forschungsbericht 318. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn
- Swift W, Hall W, Teesson M (2001): Characteristics of DSM-IV and ICD-10 cannabis dependence among Australian adults: results from a national survey of mental health and wellbeing. *Drug Alcohol Depend* 63, 147-153
- Sydow von K, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Sonntag H, Wittchen H-U (2001): The natural course of cannabis use, abuse and dependence over 4 years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend* 64, 347-361
- Thomasius R (2005): Cannabismisbrauch und -abhängigkeit erkennen und behandeln – Die Folgen regelmäßigen Konsums werden oft unterschätzt. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 7(6), 48-55
- Türk D, Welsch K (2000): EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. *Sucht* 46 Sonderheft 1, 7-52
- Wade D (2005): Cannabis use and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 162(2), 401; author reply 402
- Welsch K, Sonntag D (2003): Jahresstatistik 2002 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht* 49 Sonderheft 1, S7-S41
- Wiesbeck GA, Schuckit MA, Kalmijin JA, Tipp JE, Buchholz KK, Smith TL (1996): An evaluation of the history of marijuana withdrawal syndrome in a large population. *Addiction* 91, 1469-1478

Nachrichten

Update zu einer Häufung von Wundbotulismus bei injizierenden Drogenkonsumenten in Nordrhein-Westfalen

Seit Mitte Oktober sind in Nordrhein-Westfalen 12 Verdachtsfälle Fälle von Wundbotulismus unter injizierenden Drogenkonsumenten aufgetreten: 6 in Köln, 2 in Bonn und jeweils einer in den benachbarten Kreisen Düren, SK Aachen, Erftkreis und Euskirchen (s.a. *Epid. Bull.* 45/2005). An das Robert-Koch-Institut wurden inzwischen 11 der Fälle übermittelt, darunter 3 labordiagnostisch bestätigte. In zwei Fällen gelang der Nachweis von Botulinum-Toxin B. Die Patienten zeigten typische klinische Symptome eines Botulismus mit Hirnnervenpareesen (N. abducens und N. facialis), Doppelbildern, Ptosis, Schluckstörungen und Ateminsuffizienz. Einige der Fälle verlaufen schwer, mit länger dauernder Beatmungspflichtigkeit. Der erste Betroffene erkrankte Mitte Oktober, der neueste Erkrankungsfall trat am 24. November auf. Zur Zeit kann noch nicht davon ausgegangen werden, dass dieses Ausbruchsgeschehen beendet ist.

Das Krankheitsbild des Wundbotulismus entsteht durch Neurotoxine des Bakteriums *Clostridium botulinum*, eines im Erdstaub weit verbreiteten Sporenbildners. Aus anderen Ländern mit Ausbrüchen von Wundbotulismus bei i.v. Drogenkonsumenten (z.B. USA, Vereinigtes Königreich) wurde subkutan injiziertes verunreinigtes Heroin als Infektionsquelle verdächtigt. Ob die Clostridien sporen durch das Zusetzen von Strecksubstanzen in das Heroin selbst gelangten oder bei der Zubereitung des Heroins über andere Quellen (Lösemittel, verunreinigtes Spritzbesteck) eingetragen wurden, lässt sich meist nicht ermitteln. Werden Clostridien sporen enthaltende Drogen unter die Haut oder ins Muskelgewebe gespritzt, können sich die Bakterien vermehren, wenn im

Gewebe anaerobe Bedingungen vorherrschen. Das gebildete Toxin löst ca. 4-14 Tage nach Infektion das Krankheitsbild aus. Alle im Rahmen der aktuellen Häufung von Wundbotulismus bislang befragten Erkrankten gaben an, Heroin subkutan oder intramuskulär gespritzt zu haben.

Grundsätzlich ist nicht auszuschließen, dass auch andere Bundesländer betroffen sind. Es wird daher vorgeschlagen, Institutionen, in denen i.v. Drogenkonsumenten beraten und betreut werden, und ggf. auch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte über das Risiko und die Symptome von Wundbotulismus zu informieren. Ärzte sollten auftretende Fälle in NRW oder anderen Bundesländern umgehend an die zuständigen Gesundheitsämter melden.

Ansprechpartner am Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) in NRW ist Herr Dr. U. van Treeck (Ulrich.vanTreeck@loegd.nrw.de), am RKI Frau Dr. K. Alpers (AlpersK@rki.de).

Hinweise zur Labordiagnostik

Konsiliarlaboratorium für anaerobe Bakterien

Herr Prof. Dr. A. C. Rodloff

Zentrum für Infektionsmedizin, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Universität Leipzig

Liebigstraße 24, 04103 Leipzig

Tel.: 03 41 .97 15-200; Fax: 03 41 .97 15-209

E-Mail: acr@medizin.uni-leipzig.de

[Quelle: Epidemiologisches Bulletin Nr. 48, 2.12.2005]