



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Bundesministerium
für Gesundheit

 **DGPPN**

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Drogenbeauftragte der Bundesregierung
BMG · BÄK · DGPPN

S3-Leitlinie

Methamphetamin- bezogene Störungen

 Springer

S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen

S3-Leitlinie

Methamphetamin-

bezogene Störungen

Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, Germany

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bonn, Berlin, Germany

Bundesärztekammer (BÄK)
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, Berlin, Germany

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik
und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, Germany

ISBN 978-3-662-53540-0 978-3-662-53541-7 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-53541-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

Vorwort

Warum eine S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“?

Zwar scheint ein verstärkter Methamphetamin-Konsum in Deutschland noch regional begrenzt zu sein, jedoch sehen sich Ärzte und Mitarbeiter in Kliniken, Praxen und Einrichtungen der Suchthilfe mit einer zunehmenden Intensität dieses Problems konfrontiert. Im Vergleich zu anderen Stimulanzien weist die Substanz spezifische Eigenschaften im Hinblick auf Wirkung, Symptomatik und die Entwicklung einer Abhängigkeit auf. Hinzu kommt, dass sie aus verschiedenen Motiven heraus von sehr unterschiedlichen Personengruppen konsumiert wird (siehe Kapitel 1 Epidemiologie). Für die klassische Suchthilfe stellen die spezifischen Bedürfnisse von Patienten mit einer Methamphetamin-bezogenen Störung eine Herausforderung dar.

Methamphetamin kommt aktuell in Deutschland als illegal hergestelltes kristallines Drogenprodukt („Crystal“) mit hohem Wirkstoffgehalt vor. Der in dieser Leitlinie allgemein verwendete Begriff „Methamphetamin“ schließt die kristalline Form ein. Am häufigsten wird kristallines Metamphetamin nasal konsumiert, ebenfalls gängig sind die im Hinblick auf schnelle Suchtentwicklung, exzessive Konsummuster und Ansteckungsrisiken besonders problematischen Applikationsformen des Rauchens und des intravenösen Konsums. Häufig werden zusätzlich sedierende Substanzen eingenommen (funktionaler Beikonsum). Diese bereits aus anderen Ländern übereinstimmend berichteten Besonderheiten wurden auch für Deutschland bestätigt [1].

Aufgrund der umfassend beschriebenen schwerwiegenden Langzeitfolgen des Methamphetamin-Konsums auch bei moderater, nicht-medizinischer Anwendung bei den gängigen Applikationsformen ist aus therapeutischer Sicht grundsätzlich von schädlichem bzw. abhängigem Konsum auszugehen, sofern es sich nicht ausschließlich um Probierkonsum handelt. Lediglich eine sporadische orale Einnahme könnte in bestimmten Fällen ohne wesentliche medizinische Relevanz sein [2; 3].

In Fachgesprächen der Bundesdrogenbeauftragten mit Vertretern aus der Sucht- und Drogenpolitik, der Forschung und der Versorgungspraxis wurde deutlich, dass ein Bedarf an differenzierten evidenzbasierten therapeutischen Optionen besteht. Dies führte dazu, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein Projekt zur „Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die Therapie von Methamphetamin-Abhängigen“ initiierte. Von der Bundesärztekammer (BÄK) wurde das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ) beauftragt, dieses Projekt gemeinsam mit einem Expertenpanel umzusetzen und fachlich-methodisch zu begleiten. Zu den 21 federführend beteiligten Experten gehörten klinisch tätige und niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Psychotherapeuten, Krankenpfleger und Sozialarbeiter.

Herausgeber

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

www.drogenbeauftragte.de



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung



Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

www.bmg.bund.de



Bundesministerium
für Gesundheit



Bundesärztekammer (BÄK)
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

www.baek.de



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

www.dgppn.de



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Autoren

Wolf-Dietrich Braunwarth, Michael Christ, Henrike Dirks, Janina Dyba, Roland Härtel-Petri, Timo Harfst, Heribert Fleischmann, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Willem Hamdorf, Ursula Havemann-Reinecke, Peter Jeschke, Marco R. Kesting, Antje Kettner, Michael Klein, Benjamin Löhner, Winfried Looser, Sascha Milin, Josef Mischo, Bernd Mühlbauer, Stephan Mühlig, Jeanine Paulick, Niklas Rommel, Ingo Schäfer, Norbert Scherbaum, Katharina Schoett, Frank Schulte-Derne, Jan-Peter Sidentopf, Frank Vilsmeier, Norbert Wittmann, Norbert Wodarz, Anne Krampe-Scheidler

Mitglieder der Konsensusgruppe

Beteiligte Experten	Benennende Fachgesellschaft/Organisation
<ul style="list-style-type: none"> Dr. med. Wolf-Dietrich Braunwarth Klinikum Nürnberg 	ad personam
<ul style="list-style-type: none"> Dr. med. Roland Härtel-Petri Psychotherapeutische Praxis, Bayreuth 	ad personam
<ul style="list-style-type: none"> Dr. med. Heribert Fleischmann Bezirksklinikum Wöllershof 	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)
<ul style="list-style-type: none"> Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank LVR-Klinik Köln 	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
<ul style="list-style-type: none"> Dr. med. Willem Hamdorf AHG Klinik Mecklenburg 	Fachverband Sucht (FVS)
<ul style="list-style-type: none"> Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke Universitätsklinik Göttingen 	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG Sucht)
<ul style="list-style-type: none"> Dipl.-Med. Peter Jeschke Neurologische Gemeinschaftspraxis, Halle 	ad personam
<ul style="list-style-type: none"> Dr. med. Josef Mischo Kreiskrankenhaus St. Ingbert 	Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer (BÄK)
<ul style="list-style-type: none"> Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer Institut für Klinische Pharmakologie am Klinikum Bremen Mitte 	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
<ul style="list-style-type: none"> Prof. Dr. Stephan Mühlig Technische Universität Chemnitz Timo Harfst (Vertreter) Bundespsychotherapeutenkammer 	Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Beteiligte Experten	Benennende Fachgesellschaft/Organisation
<ul style="list-style-type: none"> • PD Dr. med. Ingo Schäfer Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg • Sascha Milin (Vertreter) Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg 	<p>Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum LVR-Klinikum Essen 	<p>Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer (BÄK)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. med. Katharina Schoett Ökumenisches Hainich Klinikum 	<p>Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Frank Schulte-Derne Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) 	<p>Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Frank Vilsmeier Psychiatrisches Krankenhaus Rickling • Winfried Looser (Vertreter) LVR-Klinik Düren 	<p>Deutscher Pflegerat</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Norbert Wittmann Mudra Drogenberatung • Benjamin Löhner (Vertreter) Mudra Drogenberatung 	<p>mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe e. V.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Dr. med. Norbert Wodarz Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg 	<p>Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS)</p>

Unterstützung externer Experten für spezifische Kapitel der Leitlinie

Darüber hinaus haben weitere Experten die Leitliniengruppe bei der Erstellung bestimmter Kapitel fachlich unterstützt, waren aber nicht Mitglieder der Konsensgruppe:

Experten	Kapitel
<ul style="list-style-type: none"> Prof. Dr. med. Michael Christ Klinik für Notfallmedizin und Internistische Intensivmedizin, Klinikum Nürnberg 	Akuttherapie: Notfallsetting
<ul style="list-style-type: none"> Dr. med. Dr. med. dent. Niklas Rommel Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Marco R. Kesting Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München 	Komorbiditäten: Zahnprobleme
<ul style="list-style-type: none"> Jeanine Paulick Institut für Psychologie, Technische Universität Chemnitz 	Schwangere, junge Mütter und pränatale Schädigungen Psychotherapeutische Interventionen
<ul style="list-style-type: none"> Dr. med. Jan-Peter Siedentopf Ambulanz für Suchterkrankungen und Infektionen in der Schwangerschaft, Klinik für Geburtsmedizin-Campus Virchow-Klinikum, Charité - Universitätsmedizin Berlin 	Schwangere, junge Mütter und pränatale Schädigungen
<ul style="list-style-type: none"> PD Dr. med. Jürgen Dinger Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden 	Schwangere, junge Mütter und pränatale Schädigungen
<ul style="list-style-type: none"> Prof. Dr. Michael Klein, Dipl. Psych. Janina Dyba Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln 	Methamphetamin-Konsum im Kontext Familie
<ul style="list-style-type: none"> Dr. rer. medic. Henrike Dirks Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, LVR-Klinikum Essen 	Methamphetamin-Konsum bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM)
<ul style="list-style-type: none"> Antje Kettner Drug Scouts, Leipzig 	Schadensminimierung

METHODISCHE BEGLEITUNG

Anne Krampe-Scheidler, Corinna Schaefer, Dr. med. Lydia Bothe
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

ORGANISATORISCHE BETREUUNG

Dr. rer. medic. Wilfried Kunstmann
Bundesärztekammer (BÄK)

Dr. phil. Ingo Ilja Michels
Drogenbeauftragte der Bundesregierung / Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

ZUSÄTZLICHE MATERIALIEN

Leitlinienreport, abrufbar unter: www.crystal-meth.aezq.de

KOORDINATION

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer
und Kassenärztlicher Bundesvereinigung)

im Auftrag von BMG und BÄK



REDAKTION

Anne Krampe-Scheidler

KORRESPONDENZ

ÄZQ – Redaktion
TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Tel.: 030-4005-2504 - Fax: 030-4005-2555

E-Mail: mail@azq.de

Internet: www.crystal-meth.aezq.de

– *Kommentare und Änderungsvorschläge bitte nur an diese Adresse* –

FASSUNGEN DER LEITLINIE

Die S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ wird mit folgenden Komponenten publiziert:

1. Langfassung: Graduierte Empfehlungen und Darstellung der Evidenzgrundlage
2. Kurzfassung
3. Leitlinienreport

Alle Fassungen sind zugänglich über www.crystal-meth.aezq.de

Mit den in diesem Werk verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind – auch wenn sie nur in einer Form auftreten – gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Herausgeber	VI
Autoren	VII
Mitglieder der Konsensusgruppe	VII
Unterstützung externer Experten für spezifische Kapitel der Leitlinie	IX
Abkürzungsverzeichnis	XIII
I Zielsetzung und Anwendungsbereich	1
Fragestellung und Ziele	1
Methodik	2
Anwendungsbereich und Adressaten.....	3
Verbindlichkeit	3
II Evidenz- und Empfehlungsgrade	3
III Formales Konsensusverfahren	4
IV Umgang mit Interessenkonflikten	4
1 Epidemiologie	5
1.1 Erkenntnisse zur Verbreitung	5
1.2 Mortalität	6
1.3 Fallgruppen bei Konsumierenden	6
2 Symptomatik, Diagnostik und Behandlungsplanung	10
2.1 Symptomatik	10
2.2 Diagnostik	13
2.3 Behandlungsplanung	21
3 Awareness und Frühintervention	30
4 Akuttherapie	34
4.1 Notfallsetting	34
4.2 Qualifizierte Entzugsbehandlung.....	41
5 Postakutbehandlung	55
5.1 Versorgungsstrukturen der Postakutbehandlung	55
5.2 Psychotherapeutische Interventionen	62
5.3 Medikamentöse Postakuttherapie	73
5.4 Weitere Therapien	80
6 Komorbide psychische und organische Erkrankungen	82
6.1 Allgemeine Behandlungsgrundsätze bei komorbiden Störungen.....	82
6.2 Komorbide Suchtstörungen.....	85
6.3 Schizophrenien und Methamphetamin-induzierte Psychosen	88
6.4 Depressionen.....	92
6.5 Bipolare Störung	100
6.6 Angststörungen.....	103
6.7 Traumafolgestörungen, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	105
6.8 Persönlichkeitsstörungen	107
6.9 ADHS.....	108
6.10 Schlafstörungen.....	111

6.11	Neurokognitive Störungen.....	113
6.12	Zahn- und Mundprobleme – Hinweise für Zahnärzte und zahnärztliches Fachpersonal.....	115
7	Besondere Situationen	117
7.1	Schwangere, junge Mütter und pränatale Schädigungen	117
7.2	Methamphetamin-Konsum im Kontext Familie	131
7.3	Methamphetamin-Konsum bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM)	135
8	Rückfallprophylaxe	140
8.1	Problematik, Definition, Ziele	140
8.2	Therapeutische Angebote der Rückfallprävention	141
8.3	Teilhabeorientierte Angebote	144
8.4	Selbsthilfe	145
9	Schadensminimierung.....	149
9.1	Ziel.....	149
9.2	Grundlagen der Empfehlungen	149
10	Forschungsbedarf.....	153
	Tabellenverzeichnis	155
	Glossar.....	156
	Anhang.....	158
	Anhang 1: Erläuterungen und Kommentare zu den aus den „Forschungskriterien der ICD-10“ entnommenen Diagnosekriterien.....	158
	Anhang 2: Checkliste/Fragenkatalog für ein ATS-Drogen-Basisassessment-Interview....	162
	Anhang 3: G-AEP-Kriterien	171
	Anhang 4: Weiterführende Adressen und Anlaufstellen.....	172
	Anhang 5: Referenzierte Leitlinien.....	179
	Literaturverzeichnis	182

Abkürzungsverzeichnis

AAP	atypische Antipsychotika
ACSA	Anamnestic Comparative Self-Assessment
ACT	Akzeptanz- und Commitmenttherapie
APGAR	Test, mit dem sich der klinische Zustand von Neugeborenen standardisiert beurteilen lässt. Die Buchstaben stehen für A - Atmung, P - Puls, G - Grundtonus (Körperspannung), A - Aussehen (Hautfarbe), R - Reflexe
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ATS	Amphetamin-typische Substanzen
AWQ	Amphetamine Withdrawal Questionnaire
BAI	Beck Anxiety Inventory – Patientenfragebogen zur Erfassung des Schweregrads von Angst
BDI	Beck-Depressions-Inventar (Beck Depression Inventory); psychologisches Testverfahren, das die Schwere depressiver Symptomatik im klinischen Bereich erfasst
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BTM	Betäubungsmittel
BTMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CBT	cognitive behavioural therapy; kognitive Verhaltenstherapie
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale; Allgemeine Depressionskala; dient zur Erfassung des Ausmaßes einer depressiven Verstimmung
CIDI	Composite International Diagnostic Interview (Diagnostik psychischer Störungen)
CM	contingency management; Kontingenzmanagement
CTG	Kardiotokographie; Wehenschreiber
DBT-S	dialektisch-behaviorale Therapie für Substanzstörungen
DDP	Dynamisch Dekonstruktive Psychotherapie
DFST	dual-fokussierte Schematherapie
DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Klassifikationssystem in der Psychiatrie, herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA), 4. Auflage
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPMS	extrapyramidal-motorische Störungen
ESA	Epidemiological Survey on Substance Abuse; Epidemiologischer Suchtsurvey
EuropASI	European Addiction Severity Index
GC	Gaschromatografie
HAMD	Hamilton-Skala (Hamilton Rating Scale for Depression); Fremdbeurteilungsskala zur Ermittlung der Schwere einer depressiven Störung

HIV	Humanes Immundefizienz-Virus (human immunodeficiency virus)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health; Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IDCL	Internationale Diagnosen Checklisten
JVA	Justizvollzugsanstalt
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MAP	Methamphetamin-induzierte Psychose
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin; halluzinogene Droge, die chemisch-strukturell zur Gruppe der Amphetamine gehört
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin; Synonym für Ecstasy
MET	Motivational Enhancement Therapy
MI	Motivational Interviewing
MS	Massenspektrometrie
NA	Narcotics Anonymous; Selbsthilfegruppe von ehemals Drogensüchtigen
NAS	neonatales Abstinenzsyndrom
NDRI	Noradrenalin-Dopamin-Reuptake-Inhibitoren; Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer)
NNT	number needed to treat; Anzahl der Patienten, die aufgrund einer Erkrankung oder präventiv behandelt werden müssen, um ein zusätzliches Ereignis wie Krankheit oder Tod zu vermeiden
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
PANSS	Positive and Negative Symptoms Scale; dient zur Erfassung der Schwere der Symptome bei Schizophrenie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
QoL	quality of life; Lebensqualität
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
SANS	Scale to measure Negative Symptoms in schizophrenia
SAPS	Scale for the Assessment of Positive Symptoms in schizophrenia
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV → Axis I Disorders
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor; Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
STI	sexual transmitted infections; sexuell übertragbare Infektionen
TCA	trizyklische Antidepressiva
THC	Tetrahydrocannabinol; gehört zu den psychoaktiven Cannabinoiden; hauptsächlich rauschbewirkender Bestandteil der Hanfpflanze
VAS	Visuelle Analogskala
YMRS	Young Mania Rating Scale

I Zielsetzung und Anwendungsbereich

Fragestellung und Ziele

Bislang lagen in Deutschland keine evidenzbasierten medizinischen Behandlungskonzepte für Patienten mit einer Methamphetamin-bezogenen Störung vor. Das medizinisch-therapeutische Wissen beschränkte sich weitgehend auf Erfahrungsberichte und Einzelfallstudien. Aufgrund dieses Mangels wurden häufig Studienergebnisse und klinische Erfahrungen zur Therapie mit anderen Suchtkranken auf Patienten mit einer Methamphetamin-bezogenen Störung extrapoliert. Das Konzept der substanzbezogenen Störung wurde mit dem DSM-5 in den Sprachgebrauch eingeführt. Zu einer Methamphetamin-bezogenen Störung gehören einerseits die Methamphetamin-Gebrauchsstörung (nach ICD-10: schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit), andererseits die Methamphetamin-induzierten Störungen, wie Intoxikation, Entzug, oder die induzierten psychischen Störungen (wie z. B. Psychosen) [4].

Ziel der Leitlinie ist es daher, auf Basis substanzspezifischer Studien eine bessere Versorgung von Betroffenen und mehr Handlungssicherheit für therapeutisch tätiges Personal in der klinischen Praxis zu ermöglichen durch:

- evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit von medikamentösen und psychotherapeutischen Interventionen
- Verzicht auf wirkungslose oder riskante Therapien
- eine bessere Vernetzung der verschiedenen Akteure in der suchtmmedizinischen Versorgung

Da der Schwerpunkt auf medizinisch-therapeutischen Interventionen lag, wurden folgende Schlüsselfragen als Grundlage für die systematische Literaturrecherche definiert:

- Welchen Stellenwert haben psychotherapeutische bzw. psychosoziale Interventionen bei der Behandlung (Entwöhnung) von Methamphetamin-abhängigen Personen?
- Welche pharmakologischen Therapien haben eine Wirksamkeit bei der Behandlung (Entwöhnung) von Methamphetamin-abhängigen Personen gezeigt?
- Welche therapeutischen Interventionen sind effektiv bei der Behandlung von Komorbiditäten?

Im Rahmen eines strukturierten Konsensprozesses nehmen die Autoren ebenfalls zu folgenden Fragen Stellung:

- Welche Schritte sollte eine angemessene Diagnostik umfassen und wo sollte sie durchgeführt werden?
- Welche Besonderheiten bei spezifischen Patientengruppen sind möglicherweise zu beachten?
- Welche Maßnahmen zur Schadensminimierung können hilfreich sein?
- Welche Angebote können zur Rückfallprophylaxe beitragen?
- Was können Hinweise auf schädlichen Metamphetamin-Konsum bei Betroffenen sein, die sich aus anderem Anlass in eine ärztliche oder therapeutische Konsultation begeben?

Angesichts einer begrenzten Projektlaufzeit von nur einem Jahr erhebt diese Publikation keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Leitlinie wurde im Zeitraum von April 2015 bis Mai 2016 erstellt.

Methodik

Eine systematische Literaturrecherche zu therapeutischen Interventionen bei Methamphetamin-bezogener Störung erfolgte in folgenden Datenbanken: Cochrane-Database, Medline über PubMed, PSYINDEX über DIMDI, OVID-Datenbank „PsycINFO“. Ergänzend wurde eine Handsuche durchgeführt. Eingeschlossen wurden Therapiestudien und systematische Reviews mit Methamphetamin-Abhängigen und -Konsumenten, publiziert ab dem Jahr 2000. Zusätzlich erfolgte eine systematische Leitlinien-Recherche (G-I-N-Library, AWMF-Datenbank). Das Evidenzlevel wurde auf Basis der CEBM-Kriterien festgelegt [5]. Die methodische Bewertung der Leitlinien erfolgte mittels DELBI, bei systematischen Reviews wurde der AMSTAR-Score angewendet.

Von 265 Leitlinien wurden 9 als relevant erachtet. Die Suche nach Therapiestudien ergab 3.080 Treffer. Nach Titel-/Abstract- und Volltext-Screening wurden 103 Treffer eingeschlossen. Davon betrafen 58 medikamentöse Therapien, 26 Psychotherapien, 12 weitere Therapien (z. B. Sport, Neurofeedback) und 4 Schadensminimierung.

Überwiegend handelte es sich um randomisierte kontrollierte Studien aus dem angelsächsischen und asiatischen Raum. Vor allem im Bereich der Pharmakotherapien waren diese mit methodischen Mängeln behaftet. Letztlich spiegelt die Evidenz wider, wie schwierig es ist, Methamphetamin-Abhängige in Studien einzubringen und darin zu halten. Bei Studien mit psychotherapeutischen Interventionen stellte sich an einigen Stellen die Frage der Übertragbarkeit. Nicht alle relevanten klinischen Fragestellungen konnten mithilfe der identifizierten Evidenz befriedigend beantwortet werden. Vielfach griffen die Experten daher bei der Ableitung von Empfehlungen auch auf – zunehmend vorhandene – klinische Erfahrungen zurück. **Bei den empfohlenen Medikamenten handelt es sich durchweg um einen Off-label-Use** (siehe Abschnitt 4.2.2 Medikamentöse Therapie, Infokasten 2).

Die Empfehlungen wurden im Rahmen eines strukturierten Konsensverfahrens (nominaler Gruppenprozess) verabschiedet. Drei Konsensuskonferenzen fanden am 29.–30.10.2015, vom 27.–28.1.2016 und am 11.3.2016 statt. Eine Empfehlung galt als angenommen bei einer Zustimmung ≥ 75%.

Der Leitfaden wurde erarbeitet unter wesentlicher Berücksichtigung der Konzepte des Internationalen Leitlinien-Netzwerks G-I-N, der Leitlinien-Empfehlungen des Europarats [6], der Beurteilungskriterien für Leitlinien von BÄK und KBV [7], des „Leitlinien-Manuals“ von AWMF und ÄZQ [8], des AWMF-Regelwerks Leitlinien [9], der Empfehlungen des Deutschen Leitlinien-Clearingverfahrens [10; 11] sowie des Deutschen Leitlinienbewertungsinstrumentes DELBI [12; 13].

Eine ausführliche Darstellung der Methodik zur Entwicklung der Handlungsempfehlungen findet sich im Leitlinienreport unter: www.crystal-meth.aeqz.de.

Anwendungsbereich und Adressaten

Die Leitlinie richtet sich an:

- in der Suchthilfe tätige Ärztinnen und Ärzte aller Versorgungssektoren
- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten
- alle Berufsgruppen in der ambulanten und stationären Suchthilfe (z. B. Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegepersonal)
- Mitarbeiter im Bereich Nachsorge und Rehabilitation
- Selbsthilfeorganisationen

Ferner richten sie sich an:

- die Kooperationspartner der Ärzteschaft (z. B. Fachberufe im Gesundheitswesen, Kostenträger)

Verbindlichkeit

Bei dieser Leitlinie handelt es sich – ebenso wie bei vergleichbaren medizinischen Leitlinien – explizit nicht um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurde, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich ist und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht [6; 7]. Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss vom Arzt unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden. Ökonomische Aspekte wurden in den Empfehlungen nicht berücksichtigt.

II Evidenz- und Empfehlungsgrade

Zur Bewertung der methodischen Qualität und zur Graduierung der Evidenz wurde das Schema des Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 (OCEBM) verwendet (www.cebm.net) [5]. Dieser Hierarchie zufolge hat eine systematische Übersichtsarbeit ein höheres Evidenzlevel als eine randomisierte kontrollierte Studie, und diese wird wiederum besser bewertet als eine Nachbeobachtungsstudie oder ein Fallbericht. Level 5 bezeichnet in diesem Sinne keinen Evidenzgrad, sondern einen Expertenkonsens (in manchen Leitlinien auch „klinischer Konsenspunkt“ oder „good clinical practice“). In der vorliegenden Leitlinie finden sich folgende Formen eines Expertenkonsenses:

- Nach systematischer Recherche konnten keine Studien zur Fragestellung identifiziert werden (=LoE 5).
- Bezüglich der Fragestellung wurde von systematisch recherchierten Studien extrapoliert oder es wurden systematisch recherchierte Leitlinien als Referenz herangezogen (= LoE 5, basierend auf [Quelle]).
- Zur betreffenden Fragestellung erfolgt keine systematische Recherche (= ohne LoE-Angabe).

Tabelle 1: Evidenzgraduierung nach OCEBM

Question	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
Does this intervention help? (Treatment Benefits)	Systematic review of randomized trials or n-of-1 trials	Randomized trial or observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study	Case-series, case-control studies, or historically controlled studies	Mechanism-based reasoning

Empfehlungen wurden nach dem in Tabelle 2 dargestellten Grundprinzip graduiert. Zur besseren Unterscheidung zwischen Negativ- und Positivempfehlungen werden die Pfeilsymbole der Empfehlungen in entsprechenden Spalten „positiv“ oder „negativ“ positioniert.

Tabelle 2: Einstufung von Leitlinien-Empfehlungen in Empfehlungsgrade (Grades of Recommendation) [14]

Beschreibung	Formulierung	Symbol
starke Empfehlung	soll (nicht)	↑↑ (↓↓)
Empfehlung	sollte (nicht)	↑ (↓)
Offen	kann	↔

Bei der Festlegung der Empfehlungsgrade wurden neben der zugrunde liegenden Evidenz z. B. ethische Verpflichtungen, klinische Relevanz der Effektivitätsmaße der Studien, Verhältnis von Nutzen und Schaden, Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe, Patientenpräferenzen und die Umsetzbarkeit im ärztlichen Alltag berücksichtigt [6].

Die Methodik sieht vor, dass die Empfehlungsgrade durch die Autoren der S3-Leitlinie im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens vergeben werden. Aufgrund der oben genannten Aspekte kann der Empfehlungsgrad abweichend von der Evidenzklasse in begründeten Fällen auf- oder abgewertet werden. Häufig mussten aufgrund unzureichender und/oder widersprüchlicher Evidenzlage Expertenmeinungen im formalisierten Konsensverfahren gemeinsam formuliert und abgestimmt werden.

III Formales Konsensusverfahren

Bei der Erstellung der Handlungsempfehlungen wurden mehrteilige Nominale Gruppenprozesse [15-17] unter Moderation des ÄZQ durchgeführt. An diesen Prozessen nahmen die benannten Experten teil. Die konkreten Details zu den jeweiligen formalen Abstimmungen finden sich im Leitlinienreport. Die Ergebnisprotokolle der Sitzungen können unter info@azq.de angefordert werden.

IV Umgang mit Interessenkonflikten

Alle Autoren der Handlungsempfehlungen haben etwaige Interessenkonflikte am Anfang des Erstellungsprozesses schriftlich offengelegt (siehe Leitlinienreport). Potenzielle Interessenkonflikte wurden im Rahmen der Diskussion der Leitliniengruppe offen thematisiert. Ausschlüsse wurden als nicht erforderlich angesehen.

1 Epidemiologie

Sascha Milin, Ingo Schäfer, Stephan Mühlig

1.1 Erkenntnisse zur Verbreitung

Zum Konsum von Methamphetamin in der Gesamtbevölkerung liegen keine spezifischen und belastbaren epidemiologischen Daten vor. In den verfügbaren Studien werden Methamphetamin, Amphetamin und teilweise auch weitere strukturell verwandte Substanzen unter unscharfen Substanzkategorien wie „Amphetamine“ subsumiert. Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) 2012 stellt anhand einer repräsentativen Stichprobe von ca. 9.000 Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren zum Konsum von „Aufputzmitteln/Amphetaminen“ auf Basis von Selbstangaben eine Lebenszeitprävalenz von 3,1% sowie eine 12-Monats-Prävalenz von 0,7% fest. Höhere Prävalenzen (Lebenszeit: 6,8%, 12 Monate: 2,4%, 30 Tage: 1,5%) wurden hier für die benannte Substanzkategorie bei den 25- bis 29-Jährigen festgestellt. In allen Altersgruppen unter 50 Jahren wiesen Männer höhere Prävalenzwerte auf als Frauen (Geschlechterverhältnis ca. 2:1) [18].

Spezifisch zu „Crystal Meth“ werden in Frankfurt am Main in einer regelmäßig durchgeführten Schülerbefragung Daten erhoben, hiernach liegt die Lebenszeitprävalenz bei den 15- bis 18-jährigen Jugendlichen bei 1%, der aktuelle Konsum in den letzten zwölf Monaten wird mit unter 1% angegeben [19]. Anhand der wenigen spezifisch zu Methamphetamin vorliegenden Befunde auf Grundlage von Befragungsstudien (Selbstangaben) lässt sich schätzen, dass die Prävalenz in der bundesweiten Gesamtbevölkerung etwa im Bereich von 1% liegen könnte. Andere Datenquellen hingegen (z. B. polizeiliche Daten) deuten auf eine höhere Prävalenz hin. In Bezug auf die Sicherstellungen illegaler Drogen lag Methamphetamin im Jahr 2014 bundesweit mit 3.905 Fällen auf Rang 3, hinter Amphetamin (9.853 Fälle) und Cannabis-Produkten (36.720 Fälle) und knapp vor Heroin (2.857 Fälle). Bei den erstaufrälligen Konsumierenden harter Drogen lag Methamphetamin im gleichen Jahr mit 3.138 Fällen an zweiter Stelle nach Amphetamin (11.356 Fälle) [20]. Somit stieg die Anzahl der erstaufrälligen Methamphetamin-Konsumierenden im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr um etwa 14% [21]. Möglicherweise wird die wahre Prävalenz des Konsums von Methamphetamin in der Bevölkerung auf Basis von Daten aus Befragungsstudien unterschätzt. Spezifische Erkenntnisse zum Anteil der Methamphetamin-Konsumierenden unter den Nutzern des suchtbezogenen Hilfesystems sind ebenfalls heterogen und aufgrund der in Deutschland noch regelhaften Subsumierung von Methamphetamin unter übergeordnete Substanzkategorien nicht eindeutig zu interpretieren. Bezüglich der Hauptdiagnosen in der stationären Suchtkrankenhilfe liegen Stimulanzien (inkl. Methamphetamin) bundesweit bei den illegalen Drogen mit 18,2% auf Platz 3 hinter Cannabinoiden (27,4%) und Opioiden (22,1%) [22].

Regionale Unterschiede

Quantitative Befunde sowie qualitative Studienergebnisse deuten auf wesentliche regionale Unterschiede hinsichtlich Prävalenz und Konsumkultur hin [1]. Einige südliche und östliche Bundesländer nahe der Tschechischen Republik (wichtigstes Herkunftsland) sind derzeit besonders betroffen, hier speziell ländliche Regionen und Mittelstädte. In Sachsen beispielsweise hat sich die Verbreitung des Methamphetamin-Konsums innerhalb weniger Jahre von einem mittelstädtischen Phänomen zu einer flächendeckenden Problematik ein-

schließlich ländlicher Regionen und dörflicher Milieus ausgeweitet [23]. Bemerkenswert ist die drastische Zunahme der erstmals auffällig gewordenen hilfeschuchenden Methamphetamin-Konsumenten in einigen Regionen. Die Anzahl der betroffenen Klienten in den Suchtberatungsstellen in Sachsen hat sich zwischen 2009 und 2014 von knapp 1.500 auf knapp 5.000 mehr als verdreifacht. Methamphetamin-Konsum stellt hier bei Klienten im Bereich der illegalen Drogen mit einem Anteil von 67% den vorherrschenden Beratungsgrund dar [21; 23]. Es wird davon ausgegangen, dass über alle Klientengruppen hinweg etwa 21% der Suchtberatungen in Sachsen aufgrund einer Methamphetamin-Problematik stattfinden [23]. Die Zahl der stationären Einweisungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien (in erster Linie Methamphetamin) ist im Zeitraum von 2009 bis 2014 von 102 auf 832 Fälle pro Jahr gestiegen [23]. Derzeit entfallen mehr als die Hälfte aller stationären Behandlungen wegen illegaler Drogen in Sachsen auf „Amphetamine“ (vornehmlich Methamphetamin).

Zu den maßgeblichen Faktoren für die in bestimmten Regionen besonders starke Verbreitung zählen die hohe Verfügbarkeit, die leichte Zugänglichkeit für unterschiedliche Alters- und Personengruppen sowie regional bis zu 20 Jahre zurückreichende Konsumtraditionen [1]. In einigen Bundesländern scheint es sich um ein vorrangig ländliches und mittelstädtisches Phänomen zu handeln, während andere Regionen offenbar flächendeckend betroffen sind. Die Verbreitung in Großstädten ist heterogen, in einigen Städten erfordern intravenöser Konsum sowie Konsum in speziellen Sex-zentrierten „Szenen“ besondere Beachtung [24]. Für Regionen, in denen das Hilfesystem besonders stark durch Methamphetamin-Konsumierende in Anspruch genommen wird, liegen Hinweise auf eine substanzuelle Dunkelziffer von schädlich bzw. abhängig Konsumierenden vor, die suchtmittelmedizinisch jahrelang unauffällig bleiben und bei Arztbesuchen ihren Methamphetamin-Konsum verheimlichen [1] (siehe auch Kapitel 3 Awareness und Frühintervention).

1.2 Mortalität

Von den im Jahre 2014 in Deutschland registrierten 1.032 letalen Intoxikationen gingen 238 monovalent auf Opioide und 28 monovalent auf Amphetamin oder Methamphetamin zurück, bei polyvalenten letalen Intoxikationen war Methamphetamin in zehn Fällen beteiligt [20]. In einer prospektiven Untersuchung von Todesfällen bei Methamphetamin-Konsumierenden über einen 9-Jahres-Zeitraum waren kardiale Komplikationen infolge von Überdosierungen sowie die Folgen einer HIV-Infektion die häufigsten Todesursachen [25].

1.3 Fallgruppen bei Konsumierenden

In einer qualitativen Studie in Deutschland zeigte sich, dass die Gruppe der Methamphetamin-Konsumierenden besonders heterogen ist. Bei innerhalb und außerhalb von Behandlungssettings Befragten lassen sich unterschiedliche Subtypen identifizieren (Tabelle 3), deren Besonderheiten in der Behandlung zu beachten sind [1].

Tabelle 3: Personengruppen mit missbräuchlichem Methamphetamin-Konsum [1]

- Konsumierende im Freizeitbereich („Ausgehen, Jugendkultur“)
- Konsum in der Schule und Ausbildung
- Konsum im Beruf
- Konsumierende im Kontext der Elternschaft
- Konsumierende mit psychischer Komorbidität/Traumaerfahrungen
- spezielle Sex-zentrierte Szenen
- Konsumierende mit exzessiven Konsummustern/wahllosem Mischkonsum

Einstieg im Freizeitbereich

Der Freizeitbereich stellt für den Großteil der Methamphetamin-Konsumierenden den Einstiegskontext dar. Meist wird erstmals in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter in der Peergroup konsumiert, im Allgemeinen bei abendlichen Diskothek- oder Partybesuchen. Neben Gruppenzwang stehen bei wiederholtem Konsum Motive wie das Erzielen von Euphorie und Wachheit sowie die Überwindung von Schüchternheit und sozialen Hemmungen im Vordergrund. Methamphetamin wird ebenfalls häufig konsumiert, um trotz massiver Alkoholisierung durchzuhalten und alkoholbedingte Müdigkeit zu überwinden. Auch ein vermeintlich kontrollierter längerfristiger sporadischer Konsum ausschließlich in der Freizeit ist nicht ohne Risiko. Studienbefunde legen zudem nahe, dass bei länger andauerndem Konsum fast immer auch zunehmend in weiteren Lebensbereichen Methamphetamin konsumiert wird [1]. Bei erst auffälligen „Freizeit-Konsumierenden“ könnte eine Überprüfung von Konsumgelegenheiten sowie Konsumhäufigkeit und -mustern einen suchtmedizinisch riskanten funktionalen Konsum oder Selbstmedikationsversuche aufdecken (siehe auch Abschnitt 2.2 Diagnostik und Kapitel 3 Awareness und Frühintervention).

Konsum im Kontext von Schule, Ausbildung und Berufsleben

Sofern Methamphetamin für die jeweiligen Alters- und Personengruppen regional verfügbar und leicht zugänglich ist, spielt der Konsum in schulischen und beruflichen Kontexten zunehmend eine Rolle. Methamphetamin wird in der Absicht konsumiert, länger „durchhalten“ zu können, auftretende Langeweile zu überwinden und so subjektiv die Leistungsfähigkeit zu steigern. Psychische Auffälligkeiten können innerhalb von kürzester Zeit auftreten und zu Schulabbrüchen bzw. zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Teilweise herrschen irrationale Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit vor, Strategien zur Tagesstrukturierung und Selbstmotivation hingegen fehlen häufig. Einige berufstätige Konsumierende, meist aus den Baugewerben, der Gastronomie, dem Verkauf oder dem Kundenservice, berichten, über Jahre unauffällig konsumiert zu haben, bevor psychische und soziale Konsumfolgen von ihnen bemerkt wurden. Zu den Hindernissen für die Inanspruchnahme von Hilfe gehört die Furcht vor einem Verlust der Anonymität und vor Stigmatisierung. Zudem gehen Betroffene davon aus, dass bestehende Behandlungssettings nicht mit der Berufstätigkeit zu vereinbaren sind [1].

Konsum und Elternschaft

Eltern aus Regionen mit hoher Verfügbarkeit haben typischerweise erstmals im frühen Jugendalter konsumiert. In der Pädiatrie des Universitätsklinikums Dresden wurden Methamphetamin-konsumierende Schwangere systematisch registriert [26; 27]. Etwa ein Fünftel dieser Frauen war unter 20 Jahre alt, 28% zwischen 21 und 25, 32% zwischen 26 und 30 Jahre alt und die übrigen älter als 30. Der peripartale Drogennachweis im Urin fiel in

über zwei Drittel der Fälle positiv aus, das heißt, die schwangeren Frauen haben mehrheitlich weiter Methamphetamin konsumiert. Ergänzend weisen qualitative Befunde darauf hin, dass auch diejenigen Konsumentinnen eine Risikogruppe darstellen könnten, die mit Bekanntwerden der Schwangerschaft ihren Konsum zwar ohne fremde Hilfe sofort einstellen konnten, dann aber wenige Monate oder Jahre nach der Geburt aufgrund von subjektiver oder tatsächlicher Überlastung wieder rückfällig werden [1] (siehe auch Abschnitt 7.1 Schwangere, junge Mütter und pränatale Schädigungen).

Konsumierende mit psychischer Komorbidität/Traumaerfahrungen

Zusätzlich zu bekannten Zusammenhängen von Suchtmittelkonsum und weiteren psychiatrischen Störungen sowie frühen Gewalterfahrungen weist der Methamphetamin-Konsum Besonderheiten hinsichtlich der Komorbidität auf, die in einem entsprechenden Kapitel systematisch betrachtet werden (siehe Kapitel 6 Komorbide psychische und organische Erkrankungen). Subjektive Berichte von Konsumierenden deuten darauf hin, dass häufig konsumiert wird, um Symptome wie Ängste und Depressionen selbst zu behandeln oder um sich emotional abzuschotten [28]. Innerhalb dieser Gruppe werden Konsummotive und erzielte Wirkungen beschrieben, die pharmakologisch zunächst ungewöhnlich scheinen. So ist z. B. die von Frauen mit Missbrauchserfahrungen berichtete Verbesserung des Schlafes möglicherweise auf eine Verringerung von posttraumatischen Symptomen, etwa im Sinne von Albträumen oder sich aufdrängender Erinnerungen (Intrusionen), zurückzuführen [1; 28].

Spezielle Sex-zentrierte „Szenen“

Studienbefunde konnten für Berlin aufzeigen, dass in einzelnen „Subkulturen“ von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), eine besondere Affinität zu Methamphetamin besteht. Aktuelle Hinweise bestätigen diese Befunde auch für weitere Großstädte. Hingegen liegen derzeit keine Hinweise vor, dass Methamphetamin von MSM abseits von großstädtischen „Szenen“ genutzt wird. Eine homosexuelle Orientierung ist nicht das Kriterium dieser Risikogruppe, es können auch bisexuelle, heterosexuelle oder unklare Sexualpräferenzen vorliegen. Typisch ist, dass der Konsum vorrangig oder ausschließlich im sexuellen Kontext bzw. aus sexuellen Motiven heraus stattfindet. MSM-„Szenen“ mit einem erhöhten Risiko für den Methamphetamin-Konsum zeichnen sich durch eine starke Tendenz zur sexuellen Erlebnissuche und Risikomotivation (*sexual sensation seeking*) aus. Weiterhin wurden Vorlieben für öffentliche oder private Sexpartys, promisken und anonymen Sex sowie für spezielle Verhaltensweisen berichtet, etwa den bewussten Verzicht auf Schutzmaßnahmen gegen sexuell übertragbare Krankheiten (*bare backing*). Es finden sich zudem Hinweise darauf, dass Methamphetamin-Konsum in der männlichen Prostitution in einzelnen Großstädten verbreitet ist. Konsumierende im Hilfesystem berichten teilweise, zwar nicht abhängig zu sein, jedoch Sexualität ohne Methamphetamin-Konsum nicht mehr lustvoll erleben zu können sowie unter massiven Beeinträchtigungen ihrer psychischen Befindlichkeit zu leiden. Eine Besonderheit im MSM-Bereich stellt die Präferenz des intravenösen Konsums dar [1] (siehe auch Abschnitt 7.3 Methamphetamin-Konsum bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM)).

Konsumierende mit exzessiven Konsummustern/wahllosem Mischkonsum

Besonders riskante Konsumformen und -muster finden sich in Deutschland in unterschiedlichem Ausmaß bei mehreren der genannten Subgruppen von Konsumierenden (z. B. intravenöser Konsum). Funktionaler Beikonsum von meist sedierenden legalen und illegalen Drogen lag bei den befragten Konsumierenden fast ausnahmslos vor. Darüber hinaus deutete eine Analyse der Befragungsdaten auf eine eingrenzbar Gruppe hin, bei der regelhafter wahlloser Mischkonsum und hochriskante Konsummuster besonders ausgeprägt waren. Bei dieser Subgruppe stellten der Konsum und die Substanzbeschaffung den Lebensmittelpunkt dar. Umsteiger von Heroin, Konsumierende mit Methamphetamin als Hauptsubstanz sowie Konsumierende ohne Präferenz konnten identifiziert werden, jedoch sind hier die Befunde nicht klar genug, um für Deutschland eine robuste weitere Differenzierung vornehmen zu können [1] (siehe Kapitel 6 Komorbide psychische und organische Erkrankungen).

Konsumierende im Strafvollzug

Eine bislang wenig wahrgenommene Hochrisikogruppe stellen die Insassen von Justizvollzugsanstalten (JVA) dar. In Bezug auf die Inanspruchnahme des Suchthilfesystems in den sächsischen JVA spielen unter den Hauptdiagnosen im Bereich der illegalen Drogen (n=1.825) die Stimulanzien mit 67% (davon 97% Methamphetamin) die dominierende Rolle [29]. Das bedeutet, dass bei einem Gefangenenstand von insgesamt n=3.300 (inklusive Sicherungsverwahrung, Jugendstrafgefangene, Untersuchungsgefangene und Gefangene in sonstiger Freiheitsentziehung, Stand 01.01.2014, Sächsisches Staatsministerium der Justiz und für Europa, 2014) ca. jeder dritte Strafgefangene (n=1.186) aufgrund einer Methamphetamin-Problematik Kontakt mit der externen Suchtberatung aufgenommen hat [29].