

## **Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit**

### **zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden**

gemäß § 23a Abs. 3 Suchtgiftverordnung<sup>1</sup>

basierend auf einer fachlichen Expertise des im Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 23k Suchtgiftverordnung eingerichteten Ausschusses für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung

#### **Hintergrund**

In Österreich werden seit mehr als 20 Jahren opiatabhängige Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Erhaltungstherapie mit Opioiden behandelt.

Die Wirksamkeit der Opioid-Erhaltungstherapie<sup>2</sup> im Hinblick auf die Reduktion der somatischen Morbidität und der Mortalität bei Abhängigkeitserkrankungen vom Morphintyp ist anerkannt. Die Opioid-Erhaltungstherapie stellt daher eine wichtige Behandlungsform im Rahmen der Suchttherapie bei Abhängigkeitserkrankungen vom Morphintyp dar.

Eine besondere Problematik liegt allerdings in der Verschreibung von Benzodiazepinen für Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden.

Es muss davon ausgegangen werden, dass ein wesentlicher Teil jener Patientinnen und Patienten, die sich einer Opioid-Erhaltungstherapie unterziehen, einen Beikonsum von Benzodiazepinen aufweist. In der Studie „Opiatabhängige in Opioid-Erhaltungstherapie in Österreich, Ergebnisse einer Querschnittstudie“<sup>3</sup>, an der 176

---

<sup>1</sup> Gemäß § 23a Abs. 3 Suchtgiftverordnung, BGBl. II Nr. 374/1997, in der geltenden Fassung, hat der Bundesminister für Gesundheit, wenn es aus Gründen der Qualitätssicherung der Behandlung oder der Behandlungssicherheit erforderlich ist, unter Bedachtnahme auf den Stand der medizinischen Wissenschaft und ärztlichen Erfahrung nähere Leitlinien zur Durchführung der Substitutionsbehandlung zu erlassen.

<sup>2</sup> Der Terminus „Opioid-Erhaltungstherapie“ entspricht dem im rechtlichen und allgemeinen Sprachgebrauch oftmals noch verwendeten Begriff „Substitutionsbehandlung“ und umfasst die Überbrückungs-, Reduktions- sowie auch die Erhaltungstherapie im Sinne des § 23a Abs. 2 Suchtgiftverordnung.

<sup>3</sup> Springer, Uhl et al., Wiener Zeitschrift für Suchtforschung (2008) Nr.2

substituierende Ärztinnen und Ärzte teilgenommen haben, wird die Wahrscheinlichkeit eines Beikonsums von Benzodiazepinen außer Verschreibung bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit über 60 %, und die ärztlich verordnete Begleitmedikation mit Benzodiazepinen mit über 20 % angegeben. Darüber hinaus liegen aber zum Umfang dieser Personengruppe, zur Dauer und zum Schweregrad ihrer Benzodiazepinabhängigkeit, zu den Verlaufsformen oder zu den Konsummustern kaum Daten vor. Die therapeutischen Erfahrungen beschränken sich auf individuelle Episoden einzelner Patientinnen und Patienten.

Aus der Praxis der Drogenhilfe und der Apotheken ist bekannt, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten neben der Opiatabhängigkeit auch eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen entwickelt hat. Diese Patientinnen und Patienten bekommen benzodiazepinhaltige Arzneimittel – vielfach von anderen Ärztinnen/Ärzten als jener/jenem, die bzw. der die Opioid-Erhaltungstherapie durchführt – in teils hohen Dosen verschrieben. In einem Teil der Fälle liegen die Dosen über der in der Fachinformation definierten täglichen Maximaldosis, in manchen Fällen wird die Maximaldosis sogar um ein Vielfaches überschritten. Unter den verwendeten Benzodiazepinen stechen Flunitrazepam und Oxazepam hauptsächlich hervor.

Patientinnen und Patienten, die eine Toleranz gegenüber Benzodiazepinen entwickelt haben, fühlen sich jedoch häufig auch mit der in der Fachinformation für das benzodiazepinhaltige Arzneimittel definierten Maximaldosis unterdosiert und versorgen sich mit diesen Arzneimitteln typischerweise über Rezepte verschiedener Ärztinnen und Ärzte oder über den Schwarzmarkt.

Ungleichmäßige Tagesdosen, massive Dosissteigerungen und ein zunehmender Kontrollverlust über den Benzodiazepinkonsum sind die Folgen. In der Regel wissen die verschiedenen Ärztinnen und Ärzte, die von der Patientin oder vom Patienten wegen Verschreibung von Benzodiazepinen aufgesucht werden, nicht voneinander; häufig ist der Arzt bzw. die Ärztin, der/die die Opioid-Erhaltungstherapie durchführt, nicht jener/jene, der/die benzodiazepinhaltige Arzneimittel zusätzlich verschreibt. Im Zusammenwirken des Substitutionsmittels mit anderen - legal oder illegal - erworbenen Suchtmitteln stellt das polytoxikomane Konsummuster ein erhebliches Risiko für die Patientinnen und Patienten dar und führt zu Überdosierungen, die letal enden können.

Die Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Erhaltungstherapie bei Patientinnen und Patienten, die neben ihrer Opiatabhängigkeit zusätzlich auch eine Benzodiazepinabhängigkeit entwickelt haben, zeigt, dass eine Entwöhnung von Benzodiazepinen nur zum Teil möglich ist.

Zu einem weiteren Teil werden die Patientinnen und Patienten in einem Dosisbereich innerhalb der in der Fachinformation definierten Maximaldosis, wenn auch langfristig, neben dem Substitutionsmittel auch auf ein benzodiazepinhaltiges

Arzneimittel eingestellt. Ein weiterer Teil dieser Patientinnen und Patienten erhält allerdings - oft über verschiedene Ärztinnen und Ärzte - Benzodiazepine in Dosierungen, die zwischen der laut Fachinformation zugelassenen täglichen Maximaldosis und einem Vielfachen dieser Dosis liegen.

Stationäre Entzugsbehandlungen bzw. stationäre Teilentzugsbehandlungen von Benzodiazepinen werden nur in einer Minderheit der Fälle versucht.

Die Gründe dafür wurden nie systematisch erforscht, liegen aber wahrscheinlich in der geringen Bereitschaft der Betroffenen, einen stationären Benzodiazepinentzug anzutreten bzw. in der Annahme, dass sie nach einem Benzodiazepinentzug mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Rückfall - mit großem Risiko einer Suchtmittelüberdosierung - erleiden. Die Möglichkeiten einer ambulanten Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen sind bei vielen Ärztinnen und Ärzten, die Erhaltungstherapien mit Opioiden durchführen, entweder nicht ausreichend bekannt oder wurden wegen Rückfällen aufgegeben. Es ist daher wichtig, dass die Möglichkeiten einer ambulanten oder stationären Entzugsbehandlung oder Teilentzugsbehandlung verstärkt kommuniziert, und diese Möglichkeiten verstärkt angeboten und angewendet werden.

Obwohl systematische und wissenschaftlich gesicherte Daten fehlen, muss aufgrund von Einzelbeobachtungen aus der therapeutischen Praxis niedergelassener Ärztinnen und Ärzte und der Drogeneinrichtungen sowie aus Mitteilungen der Apothekerkammer (Wien) zum gestiegenen Umsatz des Verkaufs von Benzodiazepinen in Wiener Apotheken davon ausgegangen werden, dass der Konsum von Benzodiazepinen unter der genannten Patientengruppe in den letzten drei Jahren gestiegen ist. Ebenso ist nach den aus Wien berichteten Erfahrungen, wo sich die Kriminalpolizei verstärkt mit der Aufklärung solcher Fälle beschäftigt, die Zahl der Rezeptfälschungen für Benzodiazepine in den letzten Jahren deutlich gestiegen.

## **Zielsetzung**

Diese Entwicklungen und die Tatsache, dass medizinische Standards im Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden weitgehend fehlen, geben Anlass zur Besorgnis. Daher hat der im Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 23k der Suchtgiftverordnung eingerichtete Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung<sup>4</sup> die Problematik aufgegriffen und versucht Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Unter der Federführung des langjährig in der Erhaltungstherapie mit Opioiden erfahrenen Arztes und Drogenbeauftragten der Stadt Wien, Dr. Alexander David, und unter Einbeziehung von Beratungsergebnissen

---

<sup>4</sup> siehe S. 9

auch der Wiener Sachverständigenkommission sowie mit Unterstützung weiterer namhafter Fachexpertinnen und –experten aus Praxis und Wissenschaft<sup>5</sup>, die ihre Erfahrung zur Verfügung gestellt und in die Diskussion mit eingebracht haben, wurde vom Ausschuss die Grundlage für die nachstehende Leitlinie erarbeitet.

Zu Grunde liegt der Leitlinie das Wissen, dass es sich bei Menschen mit multipler Substanzabhängigkeit um schwerstkranke Patientinnen und Patienten handelt, die erkrankungsbedingt ihren Suchtmittelkonsum nicht kontrollieren können, und einen hochriskanten Substanzkonsum - einschließlich Mischkonsums mit verschiedenen Substanzen - aufweisen. Oberste Priorität muss in diesen Fällen die Schadensbegrenzung sein.

Ziel muss es sein, diese Patientinnen und Patienten in der Erhaltungstherapie zu halten, damit der regelmäßige ärztliche Kontakt und die suchtmmedizinische Begleitung des Krankheitsverlaufs gewährleistet bleiben.

In diesem Sinne versteht sich die Leitlinie als ein Schritt in Richtung der Entwicklung eines State of the Art in der Behandlung der multiplen Substanzabhängigkeit. Sie soll den Ärztinnen und Ärzten fachliche Unterstützung im Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei der Behandlung von polytoxikomanen, multipel abhängigen Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden bieten.

### **Leitlinie**

1. Im Hinblick auf die Risiken polytoxikomanen Suchtmittelgebrauchs darf bei der Verordnung von Benzodiazepinen für opioidabhängige Patientinnen und Patienten, die auch von Benzodiazepinen abhängig sind, der Anspruch nie aufgegeben werden,
  - a. exzessive Dosen grundsätzlich nicht zu verschreiben,
  - b. die für eine/n Patienten/Patientin zunächst individuell gefundene therapeutische Dosis - im Gegensatz zur Verordnung des opioidhaltigen Arzneimittels im Rahmen der Erhaltungstherapie - längerfristig bis zu der laut Fachinformation zugelassenen therapeutischen Dosis und darunter zu reduzieren, und
  - c. danach zu trachten, die Abstinenz von Benzodiazepinen zu erreichen.

---

<sup>5</sup> Siehe S. 8

Auch wenn diese Ziele nicht - oder noch nicht - erreicht werden können, sollen sie in der Behandlung von polytoxikomanen Patientinnen und Patienten stets angestrebt werden.

2. Ein erhöhter Bedarf an Benzodiazepinen kann ein Hinweis auf eine bestehende zusätzliche psychiatrische Erkrankung sein. Eine differenzierte psychiatrische Diagnostik sollte grundsätzlich die Regel sein. Die daraus resultierenden indizierten pharmakologischen Möglichkeiten müssen ausgeschöpft werden.

3. Aus therapeutischen Gründen sollen die Verschreibung des opioidhaltigen Arzneimittels im Rahmen der Erhaltungstherapie und eine indizierte Verschreibung von Benzodiazepinen oder anderen psychotropen Medikamenten in einer Hand, nämlich in der Hand der/des substituierenden Ärztin/Arztes, liegen. Wenn eine Patientin/ein Patient aber von mehr als einer Ärztin bzw. einem Arzt betreut wird (z.B. Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, Fachärztin/Facharzt auf dem Gebiet der Psychiatrie), ist es geboten, dass beide über die Verschreibung des jeweils anderen informiert sind.

4. Ohne einen längerfristigen Therapieplan oder ein längerfristiges Therapieziel darf eine Verschreibung von Benzodiazepinen an polytoxikomane Patientinnen und Patienten nicht erfolgen. Die kurzfristige Verschreibung von Benzodiazepinen an offensichtlich suchtkranke Patientinnen und Patienten, welche nur sporadisch oder im „Vertretungsfall“ zu einer Ärztin oder einem Arzt kommen, darf nur im Rahmen einer strengen Indikationsstellung erfolgen.

5. In allen Fällen, in denen für die indizierte Verschreibung von Benzodiazepinen für Suchtkranke in Opioid-Erhaltungstherapie ein Kassenrezept ausgestellt werden kann, soll ein Kassenrezept verwendet und nicht ein Privat Rezept ausgestellt werden. Eine wiederholte Abgabe des Arzneimittels auf das Rezept soll jedenfalls ausgeschlossen werden (siehe auch Punkt 9.).

6. Es muss immer davon ausgegangen werden, dass die Verschreibung von Benzodiazepinen an Suchtkranke potenziell schädigend ist<sup>6</sup>. Daher ist die Verschreibung von Benzodiazepinen an Suchtkranke mit einer besonderen Verantwortung, Dokumentationspflicht und auch Haftung des/der verschreibende/n Arztes/Ärztin verbunden. Nur dann, wenn die Therapieziele der Suchtbehandlung nachvollziehbar nicht auf andere Weise erreicht werden können, ist im Einzelfall abzuwägen, ob die Verordnung von Benzodiazepinen notwendig ist. Sollte dies im Einzelfall tatsächlich der Fall sein, ist zu beachten:

---

<sup>6</sup> Siehe die besonderen Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung von Benzodiazepinen in der Fachinformation.

- a) Die Verschreibung von Benzodiazepinen soll bei Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsanamnese grundsätzlich nur durch eine/n Fachärztin/Facharzt auf dem Gebiet der Psychiatrie oder eine/n Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen, im Falle eines/einer sich einer Opioid-Erhaltungstherapie unterziehenden Patienten/Patientin nur durch die/den substituierende/n Ärztin/Arzt bzw. in Absprache mit dieser/diesem.
- b) Es wird empfohlen, einen Behandlungsplan mit der Patientin bzw. mit dem Patienten festzulegen und zu dokumentieren.
- c) In wichtigen wissenschaftlichen Empfehlungen zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke, wie z.B. „Benzodiazepine: Wirkungsweise und therapeutischer Entzug“ (H. Ashton, 2002)<sup>7</sup> und „Methadonsubstitution: Zur Problematik der zusätzlichen Verordnung von Benzodiazepinen“ (Bayrische Akademie für Suchtfragen, 2000)<sup>8</sup>, werden individuelle Therapieempfehlungen mit langwirkenden Benzodiazepinen (z.B. Diazepam) ausgesprochen. Die Therapieempfehlungen sind immer im Einzelfall individuell zu gestalten und nur im Rahmen eines Therapieplans mit dem Ziel einer Dosisreduktion durchzuführen. Die jeweilige Dosis soll nach Möglichkeit keine Dauertherapie sein, sondern in langsamen Schritten je nach klinischem Zustandsbild reduziert werden.

7. Bei der Verschreibung von Benzodiazepinen sollen Substanzen aus der Gruppe der langsam anflutenden Benzodiazepine (z.B. Oxazepam, Diazepam oder Clonazepam) bevorzugt verwendet werden. Die Verschreibung von Flunitrazepam oder Nitrazepam an Suchtkranke ist mit besonderen Risiken verbunden und soll grundsätzlich vermieden werden<sup>9</sup>:

- a) Die Erfahrungen haben gezeigt, dass der Missbrauch von Flunitrazepam oder Nitrazepam jenen der langsam anflutenden Benzodiazepine bei weitem übersteigt.
- b) Es hat sich weiters herausgestellt, dass eine vertretbare und steuerbare Verschreibung von Benzodiazepinen mit den langsam anflutenden Benzodiazepinen leichter durchsetzbar ist als mit Flunitrazepam oder Nitrazepam.

---

<sup>7</sup> Das Ashton Handbuch: <http://www.benzo.org.uk/german/index.htm>

<sup>8</sup> Martindale: The Complete Drug Reference; P. 695; 35. Edition, Pharmaceutical Press 2005: benzodiazepines may be classified as long-, intermediate- or short-acting compounds.

<sup>9</sup> Siehe die besonderen Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung von Benzodiazepinen in der Fachinformation.

- c) Bei Flunitrazepam (Nitrazepam) macht sich vor allem die rasche Anflutung von höheren Dosen als suchtfördernder Faktor bemerkbar. Oxazepam, Diazepam oder Clonazepam haben eine langsamere Anflutung als Flunitrazepam (Nitrazepam), die sich weniger suchtfördernd auswirkt. Die Wirkungsdauer dieser Substanzen ist jedoch lang genug, um mit einer vertretbaren Dosierung einen ausreichenden Effekt zu erzielen. Die anerkannten Modelle zur Reduktion der täglichen Benzodiazepindosis werden mit Substanzen aus dieser Gruppe durchgeführt.
- d) Die länger anhaltende Wirkung von Flunitrazepam (Nitrazepam) scheint auch eine Rolle bei den letalen Überdosierungen infolge Mischintoxikation zu spielen. Die längere Wirkungsdauer macht in Fällen, in denen Flunitrazepam (Nitrazepam) extrem hoch dosiert wird, die Steuerung des riskanten Konsums schwierig und führt zu kumulativen Effekten.
- e) Die Verordnung von Flunitrazepam (Nitrazepam) führt in der Regel zu schwerer beherrschbaren Formen des schädlichen Gebrauchs oder der Abhängigkeit von Benzodiazepinen als die langsam anflutenden Benzodiazepine.

In Fällen, in denen bislang Flunitrazepam (Nitrazepam) verordnet wurde, ist daher eine Umstellung auf ein anderes Benzodiazepin anzustreben.

8. Die Möglichkeiten einer ambulanten oder stationären Entzugsbehandlung oder einer Teilentzugsbehandlung von Benzodiazepinen sollen verstärkt kommuniziert und angeboten, und der Umgang mit und die Verschreibung von Benzodiazepinen verstärkt kommuniziert und dargestellt werden. Die Erfahrungen damit sollen in die ärztliche Fort- und Weiterbildung einfließen.

9. Im Einzelfall kann ein Monatsbedarf an Benzodiazepinen für einen Patienten oder eine Patientin in Opioid-Erhaltungstherapie über das Automatische Bewilligungssystem eines Krankenversicherungsträgers zur Bewilligung eingereicht werden. Der Monatsbedarf ist damit dokumentiert. Wenn die Verschreibung eines benzodiazepinhaltigen Arzneimittels im Einzelfall medizinisch begründet ist, soll daher von dieser Vorgangsweise Gebrauch gemacht werden. Die Abgabe der verordneten Benzodiazepine soll in diesen Fällen in gleicher Weise erfolgen wie die Abgabe des opioidhaltigen Arzneimittels zur Erhaltungstherapie. Bei einem Abgabemodus, der beispielsweise die tägliche Abgabe des in der Erhaltungstherapie verschriebenen Arzneimittels in der Apotheke vorsieht, soll daher auch die Abgabe des benzodiazepinhaltigen Arzneimittels in Teilmengen (Auseinzeln) verordnet werden.

## **Rahmenbedingungen für einen Langzeiteinsatz von Benzodiazepinen**

- Aktuell fehlende Indikation für eine ambulante und/oder stationäre Entzugs- bzw. Reduktionsbehandlung
- Abklärung der Komorbiditäten und Indikation der entsprechenden Therapien
- Aufklärung der Patientin/des Patienten über die Wirkung und Wechselwirkungen von Benzodiazepinen
- Vereinbarung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient über die Verordnung von Benzodiazepinen
- Die Benzodiazepinverschreibung ist Teil des Gesamtbehandlungsplans der Suchterkrankung (siehe oben Punkt 4.)
- Regelmäßige Gespräche über den Behandlungsverlauf inklusive Zielüberprüfung und Diskussion von Therapiealternativen
- Umstellung von rasch anflutenden auf langsam anflutende Benzodiazepine
- Neuorientierung hinsichtlich des Therapieplans bei Intoxikation durch andere Substanzen

### **Literatur:**

Methadonsubstitution: Zur Problematik der zusätzlichen Verordnung von Benzodiazepinen (Bayrische Akademie für Suchtfragen, 2000),

Benzodiazepine: Wirkungsweise und therapeutischer Entzug“ (H. Ashton, 2002)

Office-Based Treatment in Opioid Dependence: A Critical Survey of Prescription Practices for Opioid Maintenance Medications and Concomitant Benzodiazepines in Vienna, Austria.“ (Fischer, Gabriele Dr. med. et al. in European Addiction Research, published June, 2008),

Rahmenbedingungen für den Langzeiteinsatz von Benzodiazepinen des Forums Suchtmedizin Ostschweiz ([www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)),

\*\*\*\*\*

Der Bundesminister für Gesundheit dankt den an der Erarbeitung der Leitlinie im Rahmen des Ausschusses für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung beteiligten Expertinnen und Experten:

Dr. Christian Bernhard (Amt der Vorarlberger Landesregierung, Sanitätsdirektion), DSA<sup>in</sup> Monika Chromy (Suchtfachstelle Feldkirch, Caritas Vorarlberg), Dr. Alexander David (Drogenbeauftragter Wien), Michael Dressel MA (Drogenkoordinator Wien, Sucht- und Drogenkoordination Wien), DSA Klaus Peter Ederer (Drogenkoordinator Steiermark, Amt der Steiermärkischen Landesregierung), WHR Dr. Ernst Gschiel (Amt der Burgenländischen Landesregierung, Hauptreferat Öffentlicher Gesundheitsdienst), Prim. Univ.Prof. Dr. Christian Haring M.Sc. (Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall i.T.), Dr.<sup>in</sup> Ursula Hörhan (Drogenkoordinatorin Niederösterreich, Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich), MR Dr. Norbert Jachimowicz und MR Dr. Rolf Jens (Österreichische Ärztekammer, Referat Substitution), Univ.Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer (Univ. Klinik für Psychiatrie der Med. Universität Graz), DSA Harald Kern (Drogenkoordinator Tirol, Amt der Tiroler Landesregierung), Prim. a.o.Univ.-Prof. Dr. Martin Kurz (Zentrum für Suchtmedizin an der Grazer Landesnervenklinik Sigmund Freud), Dr. Gerhard Miksch (Drogenkoordinator Burgenland, PSD Südburgenland), Mag. pharm. Dr. Christian Müller-Uri (Österreichische Apothekerkammer), Univ.Prof. Dr. Christian Nanoff (Med. Universität Wien), Dr.<sup>in</sup> Silke Näglein (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), DSA Thomas Neubacher (Drogenkoordinator Vorarlberg, Amt der Vorarlberger Landesregierung), Mag.pharm. Markus Pongratz (AGES PharmMed), Dr.<sup>in</sup> Brigitte Prehslauer (Drogenkoordinatorin Kärnten, Amt der Kärntner Landesregierung), Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger (Anton-Proksch-Institut), Dr. med. Ernst Putz (Amt der Tiroler Landesregierung, Sanitätsdirektion), Dr. med. Georg Psota (PSD Wien), Dr. Franz Riedl (Ärztekammer Vorarlberg, Referat Substitution), Dr. Franz Schabus-Eder (Drogenkoordinator Salzburg, Amt der Salzburger Landesregierung), Univ.Prof. Dr. Richard Scheithauer (Institut für Gerichtliche Medizin der Med. Universität Innsbruck), Dr.<sup>in</sup> Elisabeth Schütz (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung), DSA Thomas Schwarzenbrunner (Drogenkoordinator Oberösterreich, Amt der Oberösterreichischen Landesregierung), Dr.<sup>in</sup> Claudia Strunz (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Sanitätsdirektion), Dr.<sup>in</sup> Doris Tschabitscher (Magistrat der Stadt Wien, MA 15), Dr.<sup>in</sup> Christa Weichselbaum (Amt der Salzburger Landesregierung, Sanitätsdirektion), HR Dr. Wolfgang Werdenich (Schweizer Haus Hadersdorf), Prim. Dr.med. Wolfgang Wladika (Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee).