

# Berichte zur Suchtkrankenhilfe

Niedersächsisches Ministerium  
für Frauen, Arbeit und Soziales

## Qualität unter Kostendruck? Suchtbehandlung im gegenwärtigen Gesundheitssystem

*XII. Niedersächsische  
Suchtkonferenz*

**Berichte  
zur Suchtkrankenhilfe**

**Qualität unter  
Kostendruck?  
Suchtbehandlung  
im gegenwärtigen  
Gesundheitssystem**

*XII. Niedersächsische  
Suchtkonferenz*

21. September 2000  
Niedersächsisches  
Landeskrankenhaus Osnabrück

Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V.  
in Zusammenarbeit mit dem  
Niedersächsischen Ministerium  
für Frauen, Arbeit und Soziales

# Vorwort



In Deutschland sind etwa 2,4 Prozent der Bevölkerung über 18 Jahren als alkoholkrank einzustufen. Darüber hinaus gibt es aber eine deutlich größere Anzahl von Menschen, die Alkohol oder andere Suchtstoffe in schädlicher oder gesundheitlich riskanter Weise konsumieren. Abgesehen von den akuten gesundheitlichen Gefahren, ist bei dieser statistisch nur schwer zu erfassenden Risikogruppe häufig eine Suchterkrankung vorprogrammiert, ohne dass es den Betroffenen oder ihren Angehörigen bewusst wird. Es ist für die Suchtkrankenhilfe und die Gesundheitsfürsorge eine große Herausforderung, den Teufelskreis der schleichenden Abhängigkeit rechtzeitig zu durchbrechen. Vorsorgen ist auch hier besser als heilen – und vor allem auch billiger als immer wiederkehrende medizinische Behandlungen der gleichen Krankheitssymptome.

Anders als Suchtkranke, die sich zu einer Therapie entschlossen haben, werden Menschen mit schädlichem oder riskantem Drogenkonsum von Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen oder Fachkliniken für Suchtkranke leider oft nicht oder häufig erst sehr spät erreicht, weil sie selbst sich nicht für suchtkrank halten. Dieser Personenkreis läuft aber insgesamt viel früher und in größerer Zahl mit unterschiedlichen Krankheitssymptomen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie in Allgemeinkrankenhäusern auf. Diese Kontakte sollten Ärztinnen und Ärzte noch intensiver dazu nutzen, um Patientinnen und Patienten vermehrt für die Annahme weiterführender Beratungsangebote oder für frühzeitige Abstinenztherapien zu motivieren. Dadurch kann dem Drehtüreffekt und der Verfestigung einer Suchterkrankung entgegen gewirkt werden. Dies ist nicht nur humaner, sondern auch kostengünstiger.

Eine Chance, die Suchtkrankenhilfe effektiver zu gestalten, liegt auch in der verstärkten Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken bei Entzugsbehandlungen, die nicht ausschließlich in der Psychiatrie stattfinden müssen. Hier ist eine Differenzierung der Angebote wünschenswert. Wenn aufgrund einer zusätzlichen somatischen Erkrankung die Entzugsbehandlung zum Beispiel in einer Abteilung für Innere Medizin stattfinden muss, warum sollte dieser Aufenthalt nicht auch zur Motivationsbehandlung genutzt werden, gerade dort, wo der Leidensdruck am höchsten und eine Beziehung zum Krankenhauspersonal bereits aufgebaut ist?

Ich würde mich freuen, wenn die Ergebnisse der XII. Suchtkonferenz, deren Diskussionsbeiträge in dieser Broschüre zusammengefasst sind, dem Dialog zwischen Hilfseinrichtungen sowie Kosten- und Leistungsträgern über die Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe in unserem Land neue Impulse geben könnten.



Heinz-Hermann Witte  
Staatssekretär im Niedersächsischen  
Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales  
und Präsident der Akademie für Sozialmedizin

# Inhaltsverzeichnis

## **Rahmenthema I: Grundsätze qualifizierter Entgiftung**

Hinderk M. Emrich <b>Autonomie und Genuss - Zum Verhältnis zwischen Sucht-Psychopathologie und Gesellschaft</b> .....	6
Wolfgang Poser <b>Biologische Grundlagen und Dispositionen der Suchtentstehung</b> .....	10
Götz Mundle <b>Was ist qualifizierter Entzug für Alkoholranke?</b> .....	17
Martin Reker <b>Was ist qualifizierter Entzug für Drogenabhängige?</b> .....	22
Martin Schmid <b>Drogennotfallprophylaxe - Ein Auslaufmodell?</b> .....	28

## **Rahmenthema II: Qualifizierte Entgiftung unter Kostendruck?**

Clemens Veltrup <b>Kosten-Nutzen-Analyse „qualifizierter“ Entzugsbehandlungen bei Alkoholabhängigen</b> .....	31
Thomas Belz <b>Qualifizierte Entgiftung – (K)ein Sparmodell für Kostenträger</b> .....	35
Eberhard Grosch <b>Qualifizierte Suchtbehandlung – Aufgaben der LVA im gegenwärtigen Gesundheitssystem</b> .....	36
Gunther Kruse <b>Suchtkrankenhilfe unter Kostendruck - und zwischen allen Fronten der Patient?</b> .....	38
Verzeichnis der Referenten .....	40

# Autonomie und Genuss - Zum Verhältnis zwischen Sucht-Psychopathologie und Gesellschaft

## Einleitung

Für den Philosophen ist das Phänomen des Genusses eine Herausforderung: Darf man sich denn als „Wesen der Vernunft“ so ohne weiteres auf den Genuss beziehen? Ist Genuss gewissermaßen „legitim“? Wie steht es denn mit dem Hedonismus? Mit Epikur? Beziehen wir diese Fragen auf das Thema der Philosophie des Süchtigseins oder des Süchtigwerdens, dann stellt sich die Frage nach den Hilfsmitteln des Genusses: Ist es so, dass wir uns Genuss einfach zuführen können, dürfen, sollen?

Genuss ist etwas, wo es schon Mut braucht, offen darüber zu reden: Ist es der Genuss, in einen süßen Apfel zu beißen; ist es der Genuss, in die Sonne zu schauen? Wohl nicht. Es geht um eine Sortierung, eine Ausdifferenzierung im Reiche des Genusshaften, insbesondere wenn es um Drogen geht.

Emmanuel Levinas hat in seinem Werk „Totalität und Unendlichkeit“ die Frage nach „Genuss und Unabhängigkeit“ gestellt. Levinas führt hier aus, dass das „von etwas leben“ nicht darauf hinausläuft, irgendwo „vitale Energie zu tanken“. Er sagt dazu folgendes: „Das Leben besteht nicht darin, die durch die Atmung und die Nahrung gelieferten Brennstoffe zu suchen und zu verbrauchen, sondern, wenn man so sagen darf, irdische und himmlische Nahrung zu verzehren. Wenn das Leben also abhängt von dem, was es nicht selbst ist, so ist diese Abhängigkeit nicht ohne ein Gegengewicht, das die Abhängigkeit im Endeffekt aufhebt. Das, wovon wir leben, versklavt uns nicht, wir genießen es“ - Genuss also als Gegengewicht der Abhängigkeit, der Heteronomie. „Das Bedürfnis kann weder als einfacher Mangel gedeutet werden, trotz der Psychologie, die Platon daraus macht, noch als bloße Passivität, trotz der kantischen Moral. Das menschliche Wesen gefällt sich in seinen Bedürfnissen, es ist glücklich mit seinen Bedürfnissen. Das Paradox des ‚leben von etwas‘ oder, wie Platon sagen würde, die Verrücktheit dieser Lust liegt gerade in einer geheimen Übereinstimmung mit dem, wovon das Leben abhängt. Nicht Herrschaft auf der einen Seite und Abhängigkeit auf der andern, sondern Herrschaft in dieser Abhängigkeit. Vielleicht ist dies die eigentliche Definition der Selbstzufriedenheit und der Lust. (...) Als glückliche Abhängigkeit ist das Bedürfnis der Befriedigung fähig wie eine Leere, die sich füllt. Von außen lehrt uns die Physiologie, dass das Bedürfnis ein Mangel ist. Dass der Mensch mit seinen Bedürfnissen glücklich zu sein vermag, zeigt an, dass die physiologische Ebene im menschlichen Bedürfnis transzendiert wird, dass wir mit dem Bedürfnis die Kategorien des Seins verlassen haben - selbst wenn in der formalen Logik die Struktur des Glücks - Unabhängigkeit kraft der Abhängigkeit - oder Ich - oder menschliche Kreatur - nicht ohne Widerspruch abgebildet werden kann.“

Glück ist also nicht widerspruchsfrei zu sagen und zu haben; in diesem Sinne bedeutet menschliches Da sein, nicht in der eigenen Physiologie und Pathophysiologie aufzugehen, sondern diese in sich selbst zu übersteigen, sie zu transzendieren, sie in einen Herrschaftsbereich umzuwandeln, in Autonomie. Menschen müssen ihr Leben führen, hat Robert Spaemann einmal formuliert, d. h. nicht primär durch ihre Physiologie geführt werden. Dieser schwierige Weg ist, wie Levinas zeigt, nicht ohne Paradoxien.

Goethe hat in Faust I in der „Hexenküche“ den genussbildenden, die Physiologie umwandelnden Trank beschrieben, der den greisen Wissenschaftler Faust verjüngt. Da heißt es:

„FAUST.

*Mir widersteht das tolle Zauberesen!*

*Versprichst du mir, ich soll genesen*

*In diesem Wust von Raserei?*

(...)

*Weh mir, wenn du nichts Bessers weißt!*

*Schon ist die Hoffnung mir verschwunden.*

*Hat die Natur und hat ein edler Geist*

*Nicht irgendeinen Balsam ausgefunden?*

MEPHISTOPHELES.

*Mein Freund, nun sprichst du wieder klug!*

*Dich zu verjüngen, gibt's auch ein natürlich Mittel;*

*Allein es steht in einem andern Buch,*

*Und ist ein wunderbarlich Kapitel.*

FAUST.

*Ich will es wissen.*

MEPHISTOPHELES.

*Gut! Ein Mittel, ohne Geld*

*Und Arzt und Zauberei zu haben:*

*Begib dich gleich hinaus aufs Feld,*

*Fang an zu hacken und zu graben,*

*Erhalte dich und deinen Sinn*

*In einem ganz beschränkten Kreise,*

*Ernähre dich mit ungemischter Speise,*

*Leb mit dem Vieh als Vieh, und acht es nicht für Raub,*

*Den Acker, den du erntest, selbst zu düngen;*

*Das ist das beste Mittel, glaub,*

*Auf achtzig Jahr dich zu verjüngen!*

FAUST.

*Das bin ich nicht gewöhnt, ich kann mich nicht bequemen,*

*Den Spaten in die Hand zu nehmen.*

*Das enge Leben steht mir gar nicht an.*

MEPHISTOPHELES.

*So muss denn doch die Hexe dran.“*

Der Genuss, die Verjüngung, kann also erarbeitet werden - kann aber auch durch gewissermaßen magische Mittel, die Hexenköcherei, dem sich verjüngenden Faust zufließen. Man kann diese Magie nun so lesen, dass es sich um Chemie handelt, um die Droge als chemische Substanz, d. h. um Alchimie als Chemie, oder aber man kann das ganze als „Milieu-Therapie“ auffassen, als soziales Phänomen, als „Lebensform“ im Sinne von Wittgenstein.

Deshalb möchte ich im zweiten Teil des Referates versuchen zu zeigen, inwieweit sich Süchtigsein als „Lebensform“ im Sinne der Sozialontologie darstellt und teillegitimiert, d. h. nicht darin aufgeht, ein neurobiologisches Problem suchterzeugender Mechanismen zu sein. Es geht um ein soziologisches Konzept von „Geborgenheit in der Droge“. Einer der prominentesten US-amerikanischen Drogenforscher, Avram

Goldstein, hat nach dem Vietnam-Krieg eine für ihn sehr erstaunliche Beobachtung gemacht, dass nämlich von den vielen 100.000 drogenabhängigen Vietnam-Nahkämpfern, die nach Hause kamen, kaum einer in den USA heroïnabhängig blieb, und das ohne Therapie. Dies spricht sehr stark für die These, dass die Droge als Lebensform, als Primat des Sozialen zu interpretieren ist.

## Zur Sozialanthropologie des Süchtigseins

Die Sozialanthropologie des Süchtigseins löst sich von dem charakteristischen, auf Einzelpersonen bezogenen Subjektivismus der modernen Philosophie und fragt nach der Interpersonalität, nach Dyaden und Triaden, nach Gruppenidentitäten und den damit verbundenen mikrosozialen Klimata; es wird gefragt nach der sogenannten „Meso-Ebene“ zwischen dem Erleben von Einzelpersonen („Mikro-Ebene“) und der „Makro-Ebene“ der Gesamtgesellschaft und der Politik.

Die Sozialanthropologie ist nun aber ihrerseits keine in sich einheitliche Wissenschaftsdisziplin, kein einheitliches Konstrukt, sondern sie setzt sich vielmehr aus mehreren Ebenen zusammen, die ich hier vorstellen möchte:

1. Die philosophische Sozialanthropologie bzw. „Sozialontologie“, zum Beispiel bei Martin Buber, Michael Theunissen, Emmanuel Levinas, Th. W. Adorno und R. Sennett;
2. die soziobiologische Sozialanthropologie, zum Beispiel von Konrad Lorenz, Norbert Bischof, Wulf Schiefenhövel, Richard Dawkins;
3. die entwicklungspsychologische Sozialanthropologie, hier speziell der Bindungsforschung von Bowlby, R. Stern, Grossmann, Dornes;
4. die kulturanthropologische Sozialanthropologie, speziell hier die Mimesis-Theorie, die sich bei S. Freud, bei Rene Girard und Gebauer und Wulf nachweisen lässt.

Zur philosophischen Ebene möchte ich besonders das Werk Martin Bubers herausstellen, hier speziell sein Buch „Ich und du“, das deutlich macht, dass menschliche Subjekte sich nur aus der Beziehung, nicht aus der einzelnen kognitiven Sphäre allein heraus verstehen lassen. Die zentrale These Bubers sagt aus: „Alles wirkliche Leben ist Begegnung.“ Dabei ist die Aussage ideenleitend, dass das du dem Ich vorgängig ist - wie sich dies ja auch aus Kaspar-Hauser-Erfahrungen zeigen lässt. Buber sagt: „Das Ich bildet sich am du“ - „Ich-werdend spreche ich du.“

Michael Theunissen hat hieraus in seinem berühmten Buch „Der Andere“ die Konsequenz gezogen, dass es einen Subjekt-prägenden Bereich zwischen den Menschen gibt, den er als die „Ontologie des Zwischen“ bezeichnet. Hierzu heißt es an einer Stelle, dass das „Zwischen“ weder auf das Ich noch auf das du primär zu beziehen ist: „Vielmehr waltet es eben wirklich ‚zwischen‘ den Subjekten.“

Im Werk von E. Levinas „Totalität und Unendlichkeit“ ist dieses „Zwischen“ das Medium der Teilhabe mit dem Anderen, mit der „Andersheit“ des Anderen, die zur Überwindung der verdinglichenden Sphäre der „Totalität“ führt; es ist der Bereich von „Antlitz“, von „Sprache“.

In der Psychobiologie von Norbert Bischof („Das Rätsel Ödipus“) ist die pubertäre Reifungskrise ein intrapsychischer

Konflikt zwischen Geborgenheits-Sehnsucht in der bisherigen familialen Mikro-Sozialisation und dem Autonomie-Streben durch Verlassen der Familienumwelt. Hier ergeben sich die Probleme bei der Überwindung des „sozialen Inzests“, eine besondere Form sozialer Regression. Bischof konstruiert einen „Exogamie“-Gradienten, der letztlich besagt, dass es die jungen Burschen ins Nachbardorf zieht, um dort die Partnerin, die Geliebte, zu finden.

Nach Norbert Bischof ist das Problem von Binden und Lösen innigst verbunden mit einer philosophischen Fragestellung der Interpersonalphilosophie, wie wir sie bei Martin Buber in „Ich und du“ vorfinden, die Bischof die „Partizipation“, die Teilhabe, nennt. Menschliche Domänen, menschliche Seinsformen, nehmen aneinander teil. Die Teilhabe ist der Rahmen, der „Frame“, innerhalb dessen frühkindliche Bindungs- und Loslöseaufgaben neu aktualisiert werden.

Zu dieser Frage nach der Teilhabe kommt Bischof durch eine lebenslange intensive radikale Suche nach einem Agens, das sein Forscherleben begleitete, nämlich nach der biologischen, biosozialen und psychischen Ursache des Inzest-Tabus: Warum ist der „Vertrautheits“-Gradient bei der Partnerwahl nicht ein disponierender Faktor dafür, dass die eheliche Partnerwahl präferenziell intrafamiliär bleibt? Wie werden inzestuöse Sexualbeziehungen tabuisiert? Im Rahmen dieses Forschungsansatzes spricht Bischof auch von der „kollektiven Partizipation“ und vom „sozialen Inzest“. Was ist hiermit gemeint?

Bei der Frage nach sozialen Wertewelten, die letztlich dafür ausschlaggebend sind, ob ein Verhalten sich in einer Gesellschaft halten kann, ob es belohnt oder bestraft wird, ob es erfolgreich ist oder tabuisiert wird, ist für Bischof das ausschlaggebende Thema die These, dass soziale Werte Austauschwerte sind; sie sind nur Werte insofern, als sie einen kommunikativen Charakter haben und insofern sie sozial Bestätigung oder Ablehnung erfahren, also konvertierbar sind. Teilhabe ist deshalb der zentrale Punkt bei Wertewelten, weil purer Isolationismus im Sinne des „sozialen Inzests“ sich gesellschaftlich nicht durchhalten lässt. Ein pures Selbstbelohnungsprogramm - ohne Teilhabe - ist zum Scheitern verurteilt. Den Satz Bischofs kann man auch auf Drogenmilieus anwenden: Drogenkonsum als sozialer Austauschwert. Das Drogenmilieu ist gewissermaßen eine pathologische Variante eines sozialen Austauschphänomens.

Zur Frage nach der Bindungs-Forschung („Attachement“-Forschung) lässt sich sagen, dass nach Bowlby sich die Bindungsrepräsentation auf sogenannte „Interne Arbeits-Modelle“ (IAMs) bezieht, die das Bindungsverhalten organisieren und steuern. Unter Zuhilfenahme dieser Modelle wurde eine Vielfalt von empirischen Untersuchungen zum Bindungsverhalten durchgeführt, die in Zukunft auch für Drogenabhängigkeits-Entwicklung fruchtbar gemacht werden sollten.

So kann davon ausgegangen werden, dass die auf frühkindliche Bindungserfahrungen sich gründende Fähigkeit zur Etablierung realitätsadäquater und problemrelevanter interner kognitiver Arbeitsmodelle bei Individuen mit späterer Drogenabhängigkeit unzureichend entwickelt ist. Das Niveau der vom Kind erarbeiteten IAMs bestimmt nicht nur den jeweiligen Reifungsgrad der Selbstentwicklung eines

jungen Individuums, sondern auch die Adäquatheit und Differenziertheit des Realitätsbezugs: Bei Kindern, denen die Möglichkeit fehlt, die Realität allmählich selbst zu „erschaffen“, fehlt das Gefühl für ein eigenes Selbst und dessen Bezug zur Realität.

Die Entwicklung des Selbstgefühls beim Kind und die Fähigkeit zur Selbstregulation werden wiederum davon bestimmt, inwieweit die Mutter die Bemühungen ihres Kindes wahrnimmt, eine kurzfristig gestörte Interaktion wieder zu normalisieren und den Dialog zur Mutter wiederherzustellen. Wenn der Säugling oder das junge Kleinkind erfährt, dass seine Bemühungen erfolglos bleiben, erlebt es sich als hilflos, und es wendet schließlich seine Aufmerksamkeit von der Mutter ab, es tröstet sich mit dem Daumen oder mit dem Schnuller, fängt an zu schaukeln, sein Blick wird ausdruckslos („glasäugig“), oder es entwickelt ein zerstreutes Verhalten als Ausdruck einer partiellen Desorganisation.

Heigl-Evers et al. (1994) sprechen in diesem Zusammenhang von der Einführung eines „apersonalen Teilobjekt-Substituts“ in Form eines materiellen Substrates, eines Stoffes, von dem das junge Individuum abhängig wird. Es ist dann also quasi ein externes Objekt, ein Stoff, ein Suchtmittel, das als gratifizierendes, sicherheitsspendendes Objekt erhalten muss.

Im Griff zur Droge wird die symbiotische Vereinigung mit einem allmächtigen, stets gratifizierenden, Sicherheit garantierenden, Harmonie und totale Fürsorge vermittelnden guten mütterlichen Objekt erlebt, natürlich in archaischer, regressiv-atavistischer Form. Die quälende Sehnsucht nach einer erfüllten, hinreichend guten und vor allem sicheren Beziehung zu einem gratifizierenden Objekt wird durch den Drogenrausch scheinbar, wenigstens für eine gewisse Zeit des Rausches, gestillt. Die Droge repräsentiert quasi in der Fantasie und im Gefühlsleben die unerschöpfliche Brust, die als stets verfügbar und als nie versiegend idealisiert wird.

Ein weiteres kommt aber hinzu: Affekte wie Enttäuschung, Schmerz, Wut, Verzweiflung, Trauer, Hilflosigkeit, Angst, Neid und Eifersucht, die mit schmerzlichen und traumatisierenden Erfahrungen der Kindheit einhergehen bzw. die Folge davon sind, werden im Drogenrausch aufgehoben und machen einer harmonischen, euphorischen Gestimmtheit der Allseligkeit Platz, nach dem Motto „Seid umschlungen, Millionen“.

Die Fähigkeit, an Enttäuschungen zu wachsen und die Welt schließlich so zu sehen, wie sie wirklich ist, und die Fähigkeit, „Grautöne“ zu sehen, eben nicht nur Schwarz oder Weiß, ist bei Suchtpatienten beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu einem ganzheitlichen Wahrnehmen und Erleben, sowohl der eigenen Person als auch der Umwelt, setzt synthetische Ich-Kräfte voraus als Folge einer einigermaßen gelungenen Reifeentwicklung des Ichs. Dieser Reifungsprozess synthetischer Ich-Funktionen scheint bei dranghaften Drogenkonsumenten nicht optimal verlaufen zu sein: Statt synthetischer Betrachtungs- und Erlebensweisen mit der Möglichkeit, Enttäuschungen, Unangenehmes, eigenes und fremdes Versagen zu integrieren und entsprechende Begrenzungen der eigenen Person und der Umwelt zu akzeptieren, kommt es zu archaischen Spaltungen. Sowohl die eigene Person als

auch die Welt werden als eher absolut gut oder absolut schlecht erlebt, als völlig versagend oder aber als stets verfügbar. Dies gilt auch für die eigenen Möglichkeiten. Darüber hinaus können Begrenzungen schlecht ausgehalten werden, Grenzen und Frustrationen werden stattdessen ignoriert, man tut alles, um das Gefühl zu haben, dass man alles bekommt, wann man es will, dass man selbst omnipotent und großartig ist. Dies liegt darin begründet, dass die Integration von guten und bösen Selbst- und Objektanteilen nicht gelingt. Aber eben diese Integration wird vergeblich herbeigesehnt. Das unstillbare Verlangen nach Integration von bösen und guten Anteilen des eigenen Selbst und der persönlichen Umgebung und das andauernde Scheitern der Integrationsbemühungen stellen die psychodynamische Komponente dar für das Fortbestehen und die Chronifizierung der Drogenabhängigkeit. Diese Fragmentierung des Selbst fördert zusätzlich die bereits erwähnte Schwächung des Ichs.

Eine für das Jugendalter typische Form der Kompensation einer solchen Ich-Schwäche stellt die Neigung solcher Individuen dar, Halt in subkulturellen Gruppen zu finden und dort eine Amplifizierung des eigenen schwachen Selbst anzustreben, was natürlich misslingt. In der scheinbaren Gemeinsamkeit mit Wertvorstellungen, ideologischen Weltanschauungen und im symbolstiftenden Outfit von modischen Attributen und Verhaltenskodices („coolness“, „gut drauf sein“) wird in mehr oder weniger archaischer Form eine Aufwertung des eigenen Ichs erlebt (Eggers 2000).

Die kulturanthropologische Konzeption der Gruppenbildung stammt ursprünglich von S. Freud, zum Beispiel in „Totem und Tabu“ und in „Der Mann Moses und die monotheistische Religion“. Eine aufregende neue Perspektive hierzu stammt von dem französisch-amerikanischen Sprachwissenschaftler und Anthropologen René Girard mit seinem Mimesis-Konzept, dargestellt in dem Hauptwerk „Das Heilige und die Gewalt“.

Girard entwickelt hier ein Modell der Bildung, Fokussierung und Ableitung sozialer „zirkulierender“ Gewalt, für die sein Mimesis-Konzept von zentraler Bedeutung ist. Mimesis heißt „sich ähnlich machen“, „Anähnung“. Menschen sind nicht frei in der Wahl ihrer Mittel, der Ausdrucksmittel, Verhaltensweisen, sondern werden mimetisch geformt durch Personen, Mediateure, die als „Werte-Garanten“ auftreten für soziales Prestige. So verlieben sich, wie Girard herausfand, in den französischen Romanen des 19. Jahrhunderts die Protagonisten nicht primär triebbedingt oder libidogesteuert sondern auf Grund sozialer rangbedingter Präferenzen, die von tonangebenden Mediateuren definiert werden. Auch im Boudoir zählt somit die spezifische Etikette des Rang-Kodex mehr als das naturwüchsige Begehren.

Dieses Phänomen scheint nun in der Tat für die Sozialisation des Süchtigwerdens von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Wie verhält sich ein Mensch in einer Situation psychischer Instabilität, wenn eine Peer Group oder eine Peer-Persönlichkeit eine spezifische drogenlegitimierende Wertewelt als Mediateur etabliert?

Hierzu einige empirische Hinweise und Belegstücke: In der Bremer Jugendstudie kamen Essau et al. zu einem Prozentsatz von 12,3 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jah-

ren, die Störungen durch Substanzkonsum aufwiesen. Am verbreitetsten war Alkohol mit 9,3 %, gefolgt von Cannabis mit 6,4 %; dies entspricht auch anderen epidemiologischen Studien, denen zufolge etwa 13 % der Jugendlichen Substanzmissbrauch betreiben oder abhängig sind. Die Mannheimer prospektive Kohortenstudie an 400 achtjährigen Kindern, die bis zum Alter von 18 Jahren verfolgt wurden, ergab zusammenfassend, dass 22 % aller 18-jährigen mindestens eine Substanz schwer oder zwei Substanzen mäßig konsumiert haben. In den Jahren zwischen 1990 und 1995 ist es in Westdeutschland sowohl in Bezug auf die Zwölf-Monats-Prävalenz als auch bezüglich der Lifetime-Prävalenz zu einer signifikanten Zunahme des Drogenkonsums gekommen: Anstieg der Lifetime-Prävalenz in diesem Zeitabschnitt von 17,4 % auf 21,6 % und der Zwölf-Monats-Prävalenz von 5 % auf 9,3%. Am deutlichsten ist der Anstieg beim Cannabis, dessen Konsum am verbreitetsten ist (Kraus und Bauernfeind 1998). Die Prävalenzstudien haben, auch in Übereinstimmung mit Ergebnissen von Längsschnittstudien, gezeigt, dass das Jugend- und frühe Erwachsenenalter als Risikogruppe anzusehen ist, denn Personen, die vor dem 35. Lebensjahr keinen Drogenkontakt haben, nehmen auch später mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Drogen mehr. Drogenkonsum kann also als mimetisch vermitteltes Phänomen in Gruppen von Menschen in Reifungskrisen interpretiert werden.

Der Film von Leos Carax von 1991 „Die Liebenden von Pont Neuf“ zeigt einen Aspekt der Drogensucht, auf den auch Levinas hinweist unter der Perspektive der „Exteriorität“, des Außenseins. Die Drogensubkultur setzt sich nach „außerhalb“; so singt der von Klaus-Michael Gruber dargestellte Drogenabhängige: „Mir ist die Welt abhanden gekommen“. Die Exteriorität gegenüber der „kalten“, der „entfremdeten“ Welt bedeutet, dass es die „Geborgenheit“ in der Mikrosozialisation der Gemeinschaft der Abhängigen geben kann. Abhängigkeit ist nicht nur ein dispositionelles Problem der neurobiologischen Konstitution (Geborgenheit in der Chemie der Droge), auch nicht nur ein Problem subjektiver Ökonomie von Lust und Unlust (Trieb, Neigung und Vermeidung) sondern auch ein Problem des mimetischen Attrahiertwerdens in einer Gruppe Gleichgesinnter oder von Schicksalsgenossen. Die Droge selbst ist nicht das Ziel sondern das Medium; auch der drogeninduzierte mentale Zustand als solcher ist nicht Ziel sondern Medium, hin zu einer spezifischen Befindlichkeit in diesem Gruppenkontext. Die Attraktivität dieses Kontextes wird im Film meisterhaft geschildert.

### Schlussbemerkung

Abschließend ein Zitat aus Emmanuel Levinas' Hauptwerk „Totalität und Unendlichkeit“: „Das Leben ist Affektivität und Gefühl. Leben heißt, das Leben genießen. Am Leben verzweifeln hat nur Sinn, weil das Leben ursprünglich Glück ist.“

# Biologische Grundlagen und Dispositionen der Suchtentstehung

## Einleitung: Die Suchtstoffe

Bis heute wurde eine große Fülle von Stoffen beschrieben, die süchtiges Verhalten beim Menschen auslösen können. Es handelt sich um mehrere hundert Stoffe, die sich in zehn Klassen einteilen lassen. Innerhalb einer Klasse besteht weitgehende Übereinstimmung in Stoffwirkung, klinischem Bild der Suchtentwicklung und Entzugssyndrom (Tabelle 1). Dieses System ermöglicht auch Vorhersagen im Fall bisher unbekannter Suchtstoffe (Poser und Poser 1996).

Tabelle 1: Übersicht über die zur Zeit bekannten Suchtstoffklassen (angelehnt an die WHO- und ICD-10-Klassifikationen)

<b>1. Opiode</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• rein <math>\mu</math>-Rezeptor-agonistische Opiode (Morphin, Heroin, Methadon)</li> <li>• gemischt agonistisch-antagonistische Opiode (Buprenorphin)</li> </ul>
<b>2. GABA-Rezeptor-Agonisten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethanol</li> <li>• Barbiturate und verwandte Stoffe (Clomethiazol = Distraneurin“, Chloralhydrat)</li> <li>• Tranquillanzien, speziell Benzodiazepine (Diazepam, Lorazepam)</li> </ul>
<b>3. Inhalanzien (Schnüffelstoffe)</b>
Gase (Lachgas), Dämpfe (Ether, Klebstoffe, Farbverdünner)
<b>4. Psychostimulanzien-Gruppe</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kokain</li> <li>• Amphetamine und Ephedrine (Khat, Methamphetamine = ICE, Ephedrin)</li> <li>• Entactogene (MDMA = Ecstasy, MDA, MDE)</li> </ul>
<b>5. Xanthine</b>
Koffein (Suchten extrem selten), koffeinhaltige Mischanalgetika
<b>6. Cannabinoide</b>
$\Delta$ -9-Tetrahydrocannabinol (THC), Nabilon
<b>7. Halluzinogene</b>
Meskalin, LSD, Psilozybin
<b>8. Analgesierende Halluzinogene (NMDA-Antagonisten)</b>
Phenzyklidin = PCP, Ketamin
<b>9. Cholinomimetika (zentrale Azetylcholinrezeptor-Antagonisten)</b>
Nikotin, Arekolin (wirksamer Inhaltsstoff von Betel)
<b>10. Cholinolytika (zentral wirksame nticholinergetika)</b>
zahlreiche Nachtschattengewächse mit Atropin und Skopolamin (Tollkirschen), Biperiden
<b>11. sonstige zentral wirksame Mißbrauchsstoffe</b>
Kava-Kava, Corticoide, Gammahydroxybuttersäure („liquid ecstasy“), Anabolika
<b>12. Mißbrauchsstoffe ohne zentrale Wirkung</b>
Laxantien, Diuretika, einige Dopingmittel (STH, Clenbuterol?)

Klasse 11 enthält die bisher nicht ausreichend untersuchten Suchtstoffe; Klasse 12 ist ein Anhängsel, das eigentlich nicht hierher gehört. Die ersten zehn Klassen haben aber einen

gemeinsamen Angriffspunkt im Zentralnervensystem, das mesolimbische Suchtsystem (engl. „reward system“ = Belohnungssystem).

Natürlich ist dieses mesolimbische Suchtsystem eingebettet ins übrige Zentralnervensystem. Enge Verbindungen bestehen vor allem zum präfrontalen Cortex, zum Amygdala und zur Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse, aber auch noch zu anderen Hirnregionen. Somit unterliegt das System zahlreichen Einflüssen aus anderen Hirnregionen, was sich unter anderem in mehr oder weniger spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren für eine Suchtentwicklung manifestiert. Meinem Thema entsprechend wäre somit zu untersuchen, welche Krankheiten und anderen lebensgeschichtlichen Dispositionen die Entwicklung einer Suchtkrankheit begünstigen oder hemmen. Damit muss immer bedacht werden, dass es *die* Sucht nicht gibt, sondern eben viele. Der gleiche Faktor kann vermutlich die eine Suchtkrankheit fördern, für eine andere bedeutungslos sein. Trotz der bekannten Neigung vieler Patienten zur Polytoxikomanie ist vermutlich nicht ein einzelner Faktor verantwortlich für abhängiges Zigarettenrauchen, Alkoholabhängigkeit und Heroinsucht.

## Das mesolimbische Suchtsystem im Zentralnervensystem

Im menschlichen Gehirn existiert ein symmetrisches System, bestehend aus ventraler tegmentaler Area (VTA), medialem Vorderhirnbündel, Nucleus accumbens und einigen zugehörigen Teilen der Vorderhirnrinde, dem sogenannten präfrontalen Cortex (Herz 1995, Kalivas und Samson 1992, Liebman und Cooper 1989, Wise 1989). Erste Hinweise auf dieses System wurden bereits 1954 beschrieben (Olds und Milner 1954).

Dieses sehr kleine System hat möglicherweise eine physiologische Funktion bei der positiven, affektiven Färbung von Belohnungen, weshalb es auch zentrales Belohnungssystem („reward system“) genannt wird. Auch motorische Funktionen werden ihm zugeschrieben, besonders zielgerichtete, stark emotional getönte Suchbewegungen, wie sie zum Beispiel beim „drug seeking behaviour“ im Opioidentzug beobachtet werden können. Die zugehörigen Strukturen liegen im Mittelhirn (VTA) und im limbischen System (Nucleus accumbens), daher die Bezeichnung *mesolimbisches* Sucht-(Belohnungs-)system. Dieses System kann durch praktisch alle Suchtstoffe aktiviert werden. Daher wird angenommen, dass die Suchtstoffe einen physiologisch bedeutsamen Vorgang mitbenutzen, d. h. sie sind „Trittbrettfahrer des Belohnungssystems“. Belohnungssystem bezeichnet also mehr die (teilweise noch hypothetische) physiologische Rolle, Suchtsystem die pathologische Funktion. Das System kann außerdem durch schwache elektrische Reize aktiviert werden (Olds und Milner 1954). Zur Funktion dieses Systems, etwa beim Zustandekommen von Suchten, sind wahrscheinlich dopaminerge und endorphinerge Neurone erforderlich, die durch die unterschiedlichen Suchtstoffe in unterschiedlichem Ausmaß aktiviert werden (van Ree et al. 1992). Bisher unbekannt ist, ob das System auch während der sogenannten nichtstofflichen Süchte (pathologisches Glücksspiel, Buli-

mie etc.) aktiviert wird bzw. diese Verhaltensweisen überhaupt erst auslöst. Die Beobachtung einer striatalen Dopaminfreisetzung, vor allem im ventralen Striatum, bei einem Videospiele spricht für eine Beteiligung dieses Systems an der Lust am Spielen (Koepf et al. 1998). Letztere Untersuchung mittels PET ist aber wegen der geringen räumlichen Auflösung der Methode nicht ganz schlüssig, obwohl eine deutliche Zunahme des Effektes mit der Spielschwierigkeit gefunden wurde.

In der VTA liegen dopaminerge Neurone, deren Neuriten über das mediale Vorderhirnbündel in den Nucleus accumbens projizieren. Die dopaminergen Neurone der VTA können ihrerseits indirekt von opioidergen Neuronen aktiviert werden; diese opioidergen Neurone haben  $\beta$ -Endorphin als wesentlichen Neurotransmitter. Das freigesetzte  $\beta$ -Endorphin hemmt GABAerge Interneurone, die ihrerseits die dopaminergen Neurone hemmen: Durch die Hemmung der Hemmung werden damit die dopaminergen Neurone in der VTA aktiviert, die dann über das mediale Vorderhirnbündel die dopaminergen Neurone im Nucleus accumbens aktivieren. Aktivität der dopaminergen Neurone im Nucleus accumbens scheint die gemeinsame Endstrecke der Wirkung fast aller Suchtstoffe zu sein, entweder direkt (Nikotin, Kokain, Psychostimulanzien) oder indirekt (Morphin, Alkohol, Cannabinoide). Die große Zahl von  $D_3$ -Rezeptoren im Nucleus accumbens (Schwartz et al. 1995) legt nahe, dass dieser Dopamin-Rezeptor-Typ eine besondere Rolle im Suchtgeschehen spielt. Aber auch den  $D_1$ - und  $D_2$ -Rezeptoren des mesolimbischen Systems wird eine wichtige Rolle im Suchtgeschehen zugesprochen (Self 1998). Die Aktivität dieses dopaminergen Systems unterliegt vielen modulierenden Einflüssen, die das System hemmen oder stimulieren. Dabei sind auch andere Neurotransmitter als Dopamin und  $\beta$ -Endorphin beteiligt. Zum Beispiel wirkt Dynorphin, das an  $\kappa$ -Opioidrezeptoren bindet, hemmend auf die dopaminerge Aktivität im Nucleus accumbens (Terenius 1994). Auch andere Neurotransmittersysteme (mit GABA, Glutamat und Serotonin) sind beteiligt (Koob et al. 1994).

Das mesolimbische System ist für die positiven (abhängigkeitserzeugenden) Wirkungen von Suchtstoffen verantwortlich, beispielsweise für die Euphorie, nicht für die Entzugserscheinungen. Entzugserscheinungen spielen erst spät im Verlauf einer Suchtkrankheit eine Rolle: Sie unterhalten die Abhängigkeit. Zu einer Hyperaktivität dopaminergischer Neurone kann es über verschiedene Mechanismen kommen:

Kokain und Amphetamine hemmen ein Transportprotein, das zur präsynaptischen Inaktivierung von Dopamin durch „re-uptake“ (Wiederaufnahme) erforderlich ist (Kilty et al. 1991); dadurch wirkt Dopamin unter diesen Suchtstoffen an bestimmten mesolimbischen Neuronen stärker und länger. Die Verstärkung dopaminergischer Aktivität betrifft mehr den Nucleus accumbens als etwa die dopaminergen Neuronen des Striatums. Diese Suchtstoffe wirken also auf das mesolimbische Dopaminsystem stärker als auf andere Dopaminsysteme des Gehirns.

Die Hyperaktivität dopaminergischer Neuronen im mesolimbischen Suchtsystem kann auch recht indirekt zu Stande kommen. So finden sich tierexperimentelle Belege dafür, dass massives Alkoholtrinken durch Opioid-Rezeptoren vermittelt

wird (Froehlich et al. 1991); hierfür sollen  $\delta$ -Rezeptoren, nicht  $\mu$ -Rezeptoren verantwortlich sein. Der Alkohol soll dabei zur vermehrten Freisetzung von Enkephalinen führen. Enkephaline sind eine Klasse von Peptiden mit Opioidwirkung, die bevorzugt  $\delta$ -Opioidrezeptoren aktivieren. Andere Befunde sprechen eher dafür, dass Alkohol zur einer Freisetzung von  $\beta$ -Endorphin in der VTA führt; dadurch werden dopaminerge Neurone dieser Region und dann via mediales Vorderhirnbündel auch die des Nucleus accumbens aktiviert.

Das hier dargelegte Modell eines zentralen, mesolimbischen Suchtsystems lässt Vorhersagen zu. Wenn diese Vorhersagen zutreffen, wird das Modell dadurch weiter gestützt. Einige dieser Vorhersagen seien kurz skizziert:

1. Schizophrene Patienten mit ihrer Hyperaktivität dopaminergischer Neuronensysteme sollten besonders suchtfähig sein (allerdings nur, wenn auch die mesolimbischen, dopaminergen Neuronensysteme hyperaktiv sind, was nicht bewiesen ist). Das scheint auch der Fall zu sein. Verschiedene Autorengruppen konnten eine ungewöhnliche Häufung von Suchtkrankheiten (speziell Alkoholismus, aber auch andere Suchten) unter Schizophrenen nachweisen (Smith und Hucker 1994, Soyka et al. 1993, Soyka 1994).
2. Beim Morbus Parkinson ist die Mehrzahl der dopaminergischen Neurone der VTA zerstört. Wenn die direkt daneben liegenden dopaminergischen Neurone ihrer VTA ebenfalls zerstört würden, sollte die Suchtneigung dieser Patientengruppe nachlassen. Zumindestens solche Suchtstoffe, die über die VTA wirken (Opioid, Alkohol, Benzodiazepine) sollten ihre suchterzeugende Wirkungskomponente verlieren. Wir haben auch bisher keinen suchtkranken Parkinsonpatienten beobachtet. Aus der Literatur ist bekannt, dass Zigarettenrauchen und Parkinsonismus kaum je zusammen vorkommen (Hellenbrand et al. 1997). Man hatte dies Ergebnis oft so interpretiert, dass Rauchen vor der Parkinson-Krankheit schützt. Nach unserer Ansicht ist es umgekehrt: Die fortschreitende Degeneration dopaminergischer Neurone beendet erst das süchtige Verhalten, dann bricht die Parkinson-Krankheit aus; beides hat die gleiche Ursache.
3. Neuroleptika als Dopaminantagonisten sollten nach diesem Modell süchtiges Verhalten unterdrücken können. Allerdings ist hier Vorsicht angebracht. Es gibt nämlich nicht nur einen Dopaminrezeptor, sondern mindestens drei, die sehr unterschiedlich durch die verschiedenen Neuroleptika blockiert werden. Es ist noch nicht restlos geklärt, welchen Dopaminrezeptor die dopaminergischen Neurone des Nucleus accumbens enthalten. Vieles spricht für den  $D_3$ -Rezeptor (Schwartz et al. 1994, Schwartz et al. 1995), der sich von anderen Dopamin-Rezeptoren deutlich unterscheidet. So wird dieser Rezeptor kaum durch Haloperidol blockiert; dieses klassische Neuroleptikum wirkt auch ganz überwiegend auf den  $D_2$ -Rezeptor. Ganz unklar ist, welcher Dopaminrezeptor durch die Neuriten der dopaminergischen Neurone des Nucleus accumbens stimuliert wird. Somit ist wegen der Heterogenität der Do-

paminrezeptoren nicht zu erwarten, dass die gleichen Neuroleptika, die gegen Schizophrenien wirksam sind, auch süchtiges Verhalten blockieren können.

4. Opioidantagonisten wie Naltrexon sollten süchtiges Verhalten, das indirekt via Endorphin- oder Enkephalinaschüttung zu Stande kommt, unterdrücken können. Das ist tierexperimentell beim Alkohol nachgewiesen worden. Auch beim Menschen scheinen die Rückfälle vieler Alkoholiker durch Naltrexon verhindert zu werden (O'Malley et al. 1992, Volpicelli et al. 1992). Für Arzneimittelabhängigkeit und Nikotinabhängigkeit ist die Frage der pharmakologischen Beeinflussung durch Naltrexon allerdings noch nicht untersucht.

Das mesolimbische Suchtsystem ist vor allem für die als positiv erlebten Suchtstoffwirkungen verantwortlich. Es gibt jedoch recht überzeugende Hinweise, dass zumindestens der Nucleus accumbens auch beim Entzug eine wichtige Rolle spielt: Durch dopaminerge Aktivität in dieser Hirnstruktur werden Opioidentzugserscheinungen *abgeschwächt* (Harris und Aston-Jones 1994).

### **Dispositionen für die Entstehung von Suchtkrankheiten**

In den letzten 20 Jahren sind zahlreiche Dispositionen für die Entstehung von Suchtkrankheiten bekannt geworden. Somit können wir davon ausgehen, dass Missbrauch und Abhängigkeit nicht zufällig entstehen. Manche Personen sind stark gefährdet, andere weniger. Allerdings ist keine Disposition so intensiv, dass sie mit Sicherheit zu einer Abhängigkeit führt; nur die Wahrscheinlichkeit wird erhöht. Das gleiche gilt für negative Dispositionen (Schutzfaktoren): Sie schützen nicht absolut vor Suchtkrankheiten, nur die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens wird vermindert. Im einzelnen ist für folgende Vorerkrankungen gesichert, dass sie das Risiko einer Suchtkrankheit (Missbrauch oder Abhängigkeit) erhöhen; dabei sind noch nicht gut gesicherte Vorerkrankungen in Klammern aufgeführt.

#### *Vorbestehende Suchtkrankheiten*

Wer eine Suchtkrankheit erworben hat, ist für die nächste stärker gefährdet. Das Endergebnis ist die heutzutage häufige Polytoxikomanie. Vor allem gilt diese Aussage natürlich innerhalb einer Stoffgruppe (Tabelle 1). Aber die Abhängigkeitsentwicklung wird auch über die Stoffgrenzen hinweg durch eine vorbestehende Sucht erleichtert. So ist gut bekannt, dass ein hoher Prozentsatz der pathologischen Glücksspieler Alkoholranke sind (oder waren). Bisher nicht ausreichend untersucht ist in diesem Zusammenhang die Rolle des Nikotins. Die erstaunliche Häufigkeit von Nikotinabhängigen unter Alkoholkranken und Heroinabhängigen lässt einen Zusammenhang vermuten. Insgesamt ist eine vorbestehende Suchtkrankheit der stärkste disponierende Faktor für die nächste Sucht. Dabei besteht ein bisher noch nicht völlig geklärt Zusammenhang auch zwischen Missbrauch (ICD-10: schädlicher Gebrauch) und Abhängigkeit.

#### *Persönlichkeitsstörungen*

Nicht alle Persönlichkeitsstörungen sind Risikofaktoren für Suchtkrankheiten, einige aber recht eindeutig. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Häufung von Suchtkrankheiten so massiv, dass Sucht zu den diagnostischen Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung gehören.

- Borderline-Persönlichkeitsstörung,
- dissoziale Persönlichkeit,
- (paranoide Persönlichkeit).

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Neigung zu Suchtstoffabhängigkeiten konstitutives Element, sie taucht sowohl bei ICD-10 wie bei DSM-IV als diagnostisches Kriterium auf.

*ADHD = attention deficit hyperactivity disorder, früher Erethismus oder hyperkinetisches Syndrom genannt*

Möglicherweise hängt die Suchtdisposition bei dieser Krankheit mit einer generellen Überfunktion dopaminerger Neuronensystem zusammen. Ein wichtiger Diskussionspunkt bei dieser Krankheit ist die Frage, ob die wirksame Behandlung mit Psychostimulanzien (etwa Methylphenidat = Ritalin®) diese Suchtneigung verstärkt, unbeeinflusst lässt oder abschwächt. Die (bisher unvollständigen) Fakten sprechen für die letztere Möglichkeit: Eine korrekte Stimulanzienbehandlung scheint das Risiko einer Suchtentwicklung bei ADHD-Kindern eher zu vermindern. Unbekannt in diesem Zusammenhang ist aber die Rolle der Hochdosistherapie und die der Behandlung Erwachsener mit ADHD. Vor allem die Hochdosisbehandlung mit Methylphenidat ist nicht empirisch abgesichert und durch das Betäubungsmittelgesetz gestattet.

#### *Tourette-Syndrom*

Das Tourette-Syndrom wurde früher nach seinem Erstbeschreiber Gilles-de-la-Tourette-Syndrom genannt. Diese Krankheit ist nach Ansicht einiger Autoren mit dem ADHD nahe verwandt (Comings 1994). Auch beim Tourette-Syndrom wird eine genetische Überfunktion dopaminerger Neuronensysteme als Teil der Krankheit vermutet. Auch bei dieser Krankheit findet sich eine erhöhte Prävalenz von Suchtkrankheiten (Comings 1994).

#### *Angstkrankheiten*

Angstkrankheiten aller Art sind häufige Ausgangspunkte für eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen, Alkohol, Barbituraten und barbituratähnlichen Substanzen (Kolada et al. 1994, Schuckit und Hesselbrock 1994, Poser und Poser 1996). Alle Stoffe aus diesen Gruppen können zumindest einige Angstformen wirksam lindern oder zeitweise ganz unterdrücken. Sie werden deshalb im Rahmen der Therapie oder der Selbsttherapie der Angstkrankheiten eingesetzt. Dies gilt ganz besonders für die Benzodiazepine, die zur Zeit unter dem Namen „Tranquilizer“ oder „Tranquillanzien“ bevorzugt in der Therapie von Angststörungen eingesetzt werden. Die Agoraphobie mit und ohne Panikattacken ist auf

Grund ihrer Dauer und Schwere besonders häufig Ausgangspunkt einer Benzodiazepinabhängigkeit. Tranquillanzien lindern das mit der Angst verbundene Leiden zunächst gut. Die Wirkung lässt aber nach kurzer oder längerer Zeit nach, woraus dann eine Tendenz zur Dosiserhöhung entsteht. Schon unter therapeutischen Dosen kann sich zusätzlich zur Angstkrankheit eine Abhängigkeit entwickeln; noch wahrscheinlicher ist dies aber unter hohen Dosen. Bei den Benzodiazepinen hält der anxiolytische Effekt für mindestens 24 Wochen vor (Rickels et al. 1988), erfahrungsgemäß sogar für Jahre. Wenn Angstpatienten sechs Wochen lang mit Diazepam behandelt werden, bessert sich die Angst; nach dem Absetzen kehrt sie in alter Intensität zurück (Power et al. 1985). Bei längerer Behandlungszeit kommt es aber zu einem „rebound“ über das alte Maß hinaus. Sogar Menschen, die niemals Angstzustände hatten, können im Benzodiazepinentzug Ängste bis hin zu Panikattacken entwickeln. Auch im Alkoholentzug sind Angstzustände keine Seltenheit (Schuckit und Hesselbrock 1994).

### *Depressionen*

Unipolar Depressive (früher: endogene Depression) gelten als weniger suchtgefährdet im Vergleich zu bipolar Depressiven. Für den Alkoholismus trifft das auch sicher zu, fanden doch drei Autoren bzw. Autorengruppen bei endogenen Depressiven eine Alkoholismusrate unter dem Durchschnitt der Bevölkerung (Kraus 1981, Wolfersdorfer et al. 1983, Eberhardt 1990). Andere Autoren fanden einen komplizierten Zusammenhang zwischen unipolarer Depression und Alkoholismus (Winokur und Coryell 1991). Medikamentenabusus und -abhängigkeit treten jedoch bei unipolar Depressiven mit 5,7 % recht häufig auf (Eberhardt 1990). Dieser Prozentsatz liegt mit Sicherheit weit über dem der Normalbevölkerung. Die Medikamentenabhängigkeit betrifft vor allem Benzodiazepine, Barbiturate und Schmerzmittel (Analgetika). Mit den Benzodiazepinen und Barbituraten werden die bei unipolar Depressiven häufigen Angst- und Unruhezustände behandelt. Die Analgetikaeinnahme ist als ein Selbstmedikationsversuch gegen die depressiven Schmerzzustände anzusehen, sind doch Kopf- und Leibscherzen als häufige depressive Symptome bekannt. Werden Opioide als Analgetika genommen oder verabreicht, wirkt bei Depressiven nicht nur die analgetische Wirkkomponente, sondern auch die euphorisierende. Auch die Mischanalgetika können das Leiden Depressiver vorübergehend lindern (durch das darin enthaltene Opioid Kodein), verlieren aber auf Dauer ihre Wirksamkeit und führen in die Suchtkrankheit. Die Mischanalgetika werden eher im Rahmen der Selbstmedikation genommen. Die „Opiumkur“ der Depression ist dagegen heute völlig verlassen. Leider werden viele Depressive auch heute noch ausschließlich mit Tranquillanzien behandelt, obwohl Antidepressiva hier auf lange Sicht weit überlegen sind. Zwar tritt der anxiolytische und hypnotische Effekt der Tranquillanzien sofort ein, während Antidepressiva eine „Anlaufzeit“ von einer bis drei Wochen benötigen. Auf die Dauer verlieren aber Tranquillanzien bei Depression ihre Wirkung, nicht dagegen die Antidepressiva. Bei Depressiven im Rahmen bipolarer Erkrankungen gilt für Alkohol Ähnliches wie für Tranquillanzien. Zwar werden die

akuten Beschwerden (vor allem Angst und Schlaflosigkeit) durch Alkohol gelindert, auf die Dauer aber verliert er seine Wirkung. Es kommt zu Dosissteigerung und Abhängigkeitsentwicklung. So ist es nicht verwunderlich, wenn empirische Studien eine auffallende Häufung Depressiver unter Alkoholikern finden, vor allem bei depressiven Männern (Übersicht bei Goodwin und Erickson 1979). Depressive Frauen neigen eher zur Tranquillanzieinnahme. Diese Form der Suchtkrankheit (Entstehung durch „Selbsttherapie“ einer Depression) verläuft zunächst phasisch, also im Zusammenhang mit der Depression. Später verselbstständigt sich die Suchtkrankheit, d. h. der Betroffene nimmt Tranquillanzien oder Alkohol auch außerhalb der Depression, „weil er muss“. Ob Patienten mit Dysthymien oder depressiven Reaktionen ebenfalls zur Abhängigkeit von Benzodiazepinen (und anderen Arzneimitteln) neigen, wissen wir nicht. Es ist aber zu vermuten, dass Anxiolytika/Hypnotika auch bei diesen Patienten das subjektive Leiden lindern können. Allerdings zeigt die Langzeituntersuchung von Allgulander (1994), dass Patienten mit neurotischer Depression (heute: Dysthymia) keine besondere Häufung von Alkoholismus und anderen Suchten aufweisen.

### *Schizophrenien*

Patienten mit Schizophrenien weisen eine ungewöhnliche Häufung von Suchtkrankheiten auf (Smith und Hucker 1994, Soyka 1994). Bei systematischer Untersuchung werden 20 % und mehr Patienten mit Abhängigkeit oder Abusus gefunden (Punkt-Prävalenz), allerdings ist die Suchtkrankheit nur selten sehr schwer (Buckley et al. 1994, Wiesbeck et al. 1994, Zeiler 1990). Abusus oder Abhängigkeit können dabei der Schizophrenie vorausgehen, häufiger aber treten sie erst nach Ausbruch der Schizophrenie auf. Nahezu alle Formen von Suchtkrankheiten kommen vor, vor allem Alkoholismus, Cannabismisbrauch, Halluzinogenmisbrauch und Psychostimulanzienmisbrauch. Nur Opioidabhängigkeit ist bei Schizophrenen selten, sowohl eine Heroinabhängigkeit wie ein Morphinismus. Recht häufig tritt aber eine Polytoxikomanie auf, die Opioide nicht mit einschließt (Buckley et al. 1994, Wiesbeck et al. 1994). Die Prävalenz einer süchtigen Entwicklung im Laufe des Lebens (Lebenszeit-Prävalenz) wird bei Patienten mit Schizophrenie mit 47 bis 57 % angegeben. Die hohe Koinzidenz von Suchtkrankheiten mit Schizophrenien kann neurobiologisch interpretiert werden. Manchmal mag auch ein Selbsttherapieversuch beteiligt sein: Die Patienten versuchen, Krankheitssymptome oder quälende Nebenwirkungen anderer Arzneimittel mit Suchtstoffen zu bekämpfen. Das gilt besonders für den bei dieser Patientengruppe manchmal zu beobachtenden Missbrauch von Anticholinergika (etwa Biperiden = Akineton®). Wahrscheinlicher erscheint uns aber eine neurobiologische Disposition auf Neurotransmitterebene. Ein spezielles Problem sind Abusus und Abhängigkeit von Psychostimulanzien bei Patienten mit Schizophrenie, da diese Stoffe die Grundkrankheit verschlimmern. Die Patienten nehmen diese Stoffe, um Apathie und sozialen Rückzug zu überwinden. Es mag auch ein Selbsttherapieversuch bei extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen von Neuroleptika vorliegen. Leider können bereits kleine Dosen von Psychostimulanzien bei dieser Patientengruppe akute

Schübe der Schizophrenie hervorrufen (Segal und Janowsky 1978). Trotzdem kommen immer wieder Fälle von Psychostimulanzien-Einnahme bei Schizophrenen vor (Ellinwood 1967). Auch andere Suchtformen verschlimmern den Verlauf der Schizophrenie, vor allem durch Intensivierung der Symptome und die Auslösung neuer Schübe nach Remission.

### Schmerzzustände

Unter Medikamentenabhängigen findet sich eine erhebliche Zahl von Patienten, bei denen am Anfang der Suchtkrankheit eine schmerzhaft Grundleidung stand. Hier sind vor allem Migräne, Spannungskopfschmerz und chronische Rückenschmerzen zu nennen. Abhängigkeit und Missbrauch waren hier über eine Dauermedikation mit Schmerzmitteln (meist Mischanalgetika) oder Muskelrelaxanzien entstanden. Unter den in Deutschland üblichen Muskelrelaxanzien haben vor allem die Benzodiazepine ein Abhängigkeitspotenzial. In diesem Zusammenhang ist vor allem Tetrazepam (Musaril®) zu nennen, das in der oft aggressiven Werbung als reines Muskelrelaxans dargestellt wird; die übrigen Benzodiazepinwirkungen (einschließlich Abhängigkeitspotenzial) werden verschwiegen oder ins Klein Gedruckte verbannt. Opioide mit ihrem hohen Suchtpotenzial führten erstaunlich selten zu einer Suchtentwicklung bei Schmerzpatienten. Wahrscheinlich gehen Chirurgen und Anästhesiologen mit diesen Stoffen so sorgfältig um, dass die Nebenwirkungen „Arzneimittelabusus oder -abhängigkeit“ selten entstehen. Viele Schmerztherapeuten sind auch der Ansicht, dass der Opioidgebrauch im Rahmen von Schmerzkrankheiten selten zur Sucht führt, ganz im Gegensatz zum Opioidgebrauch zu Entspannungszwecken. Eine Ausnahme ist die Behandlung der Migräne: Wenn hier Opioide oder opioidhaltige Schmerzmittel eingesetzt werden, besteht das Risiko der Entwicklung einer Opioidabhängigkeit oder einer Mischanalgetikaabhängigkeit (Olesen 1995). Von dieser Regel gibt es allerdings eine Ausnahme: Eine bereits bestehende Abhängigkeit (meist von Alkohol oder Benzodiazepinen) erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Opioidabhängigkeit auch bei Schmerzpatienten. Sie werden dann polytoxikoman.

Einige der genannten Vorerkrankungen werden auch nach Behandlung der Suchtkrankheit bestehen bleiben und dann Probleme machen. Die Rückfallgefahr wird sicherlich durch eine erfolgreiche Behandlung der Grundkrankheit verringert. Daher muss sich jeder Suchttherapeut mit diesen Vorerkrankungen auskennen und Strategien für eine Therapie bereithalten. Die Therapie der „Grundkrankheit“ ist hier also integraler Bestandteil der Suchttherapie. Am deutlichsten ist das bei den Depressionen und Angstkrankheiten, die nach Beendigung der Sucht weiterbestehen bleiben und zu Rückfällen disponieren.

### Genetische Dispositionen

„Alcoholism runs in families.“ Dieser wieder und wieder bestätigte Grundsatz der Alkoholologie lässt offen, wie es sich denn mit den anderen Suchtkrankheiten verhält, ganz abgesehen davon, dass die jedem Suchttherapeuten bekannte fa-

miliäre Häufung der Alkoholismen zunächst nichts darüber aussagt, ob sie durch Gene oder durch Familientraditionen weitergegeben wird.

Keine nennenswerte Rolle spielt die genetische Disposition bei sehr wirksamen Suchtstoffen, vor allem den Opioiden. Hier ist jeder gefährdet, der den Stoff zur Verfügung hat und der in eine Situation gerät, wo er ihn nimmt.

Beim Alkohol ist gut bekannt, dass die Entwicklung einer Abhängigkeit durch eine genetische Disposition begünstigt wird. Das zeigen Familienuntersuchungen, Zwillingsuntersuchungen und Adoptionsstudien (Schuckit 1985). Vor allem die früh manifeste Alkoholabhängigkeit wird genetisch mitverursacht, bei der spät manifesten überwiegen die sozialen Einflüsse. Dabei gehen der Alkoholabhängigkeit bestimmte Persönlichkeitszüge voraus, nämlich etwas, das dem „sensation seeking behaviour“ vieler junger Leute entspricht. Die zum jugendlichen Alkoholismus führenden Persönlichkeitszüge wurden von Cloninger (1987) mit „novelty seeking“ näher gekennzeichnet und als Überaktivität dopaminerger Systeme im Zentralnervensystem gedeutet. Also wird nicht die Alkoholabhängigkeit vererbt, sondern die Fähigkeit, sie erwerben zu können. Seinen Alkoholismus muss sich schon jeder selbst antrinken.

Beim Rauchen konnte die Arbeitsgruppe von Kendler (Kenneth et al. 2000) in einer sehr eleganten Zwillingsuntersuchung zeigen, dass heute für die Entwicklung einer Nikotinabhängigkeit die genetische Disposition eine überraschend große Rolle spielt. Früher (vor 1940) hatte die Verfügbarkeit von Zigaretten einen großen Einfluss. Heute dagegen stehen Zigaretten überall zur Verfügung, der gesellschaftliche Druck schließt auch Frauen nicht mehr vom Rauchen aus. Daher hat sich auch das männliche Übergewicht bei den Rauchern in den jüngeren Jahrgängen zu einem ausgeglichenen Geschlechtsverhältnis hin verschoben. Da der Verfügbarkeitsfaktor nicht mehr die zentrale Rolle spielt, ist heute der genetische Faktor wichtiger geworden.

Wenig ist über die Arzneimittelsuchten bekannt. Der Autor glaubt, in seiner Langzeitstudie eine gewisse familiäre Häufung auch dieser Suchtform zu beobachten (Poser und Poser 1998). Sie ist aber vielleicht sekundär zur Alkoholabhängigkeit, die eine häufige Einstiegskrankheit für Arzneimittelsuchten ist.

### Suchtentstehung, Parkinson-Syndrom und Lebensalter

Aus der Literatur ist bekannt, dass im hohen Lebensalter keine Opioidsuchten mehr neu entstehen (Poser und Poser 1998). Das entspricht auch der klinischen Erfahrung für andere Suchtkrankheiten. Abhängiges Zigarettenrauchen entwickelt sich in dem Zeitraum von der späten Kindheit bis zum frühen Erwachsenenalter, danach nicht mehr. Das mesolimbische Suchtsystem degeneriert im Lauf des Lebens, wie andere dopaminerge Systeme auch. Somit nimmt auch die Fähigkeit, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln, mit zunehmendem Lebensalter ab.

Bei der Parkinson-Erkrankung degeneriert das nigrostriatale dopaminerge System massiv; wahrscheinlich aber auch andere dopaminerge Systeme wie das mesolimbische. Bei

dieser Krankheit ist die Suchtneigung herabgesetzt (Havemann-Reinicke und von Raison 1998). Bekannt ist auch, dass Parkinsonpatienten deutlich weniger rauchen als paralytisierte Nichtparkinsonkranke (Hellenbrand et al. 1997). Diese Patienten erleben auch weniger subjektive Wirkung auf Psychostimulanzien (Persico et al. 1998).

Im Alter scheinen generell kaum noch neue Suchtkrankheiten zu entstehen (Poser und Poser 1998). Bei über 60jährigen beobachtete Suchten sind praktisch ausnahmslos seit vielen Jahren fortbestehende oder reaktivierte Erkrankungen. Wir vermuten, dass dies mit den im Alter degenerierenden dopaminergen Systemen im Zentralnervensystem zusammenhängt.

### Zusammenfassung

Zahlreiche Stoffe können eine Suchtkrankheit (Missbrauch oder Abhängigkeit) verursachen; ihnen allen ist die Aktivierung eines mesolimbischen dopaminergen Systems im Gehirn gemeinsam. Die Entwicklung einer Suchtstoffabhängigkeit geschieht nicht zufällig, es gibt Risikofaktoren, aber auch Schutzfaktoren. Wichtigster Risikofaktor ist eine vorbestehende Abhängigkeit; d.h. wer schon eine Suchtkrankheit hat, erwirbt leicht eine weitere. Dieser Sachverhalt erklärt die heutzutage häufige Neigung zur Polytoxikomanie. Weitere Risikofaktoren für die Entwicklung von Stoffabhängigkeiten sind die Borderline-Persönlichkeitsstörung, Angstkrankheiten, bestimmte Depressionen, ADHD, Tourette-Syndrom, Schizophrenien und Schmerzsyndrome. Bei einigen Suchtkrankheiten, vor allem der frühmanifesten Alkoholabhängigkeit, besteht eine genetische Disposition; sie manifestiert sich nach Ansicht einiger Autoren über bereits vor der Sucht feststellbare Persönlichkeitszüge, vor allem „sensation seeking behaviour“. Schutzfaktoren gegen Suchtentwicklungen sind ein hohes Lebensalter und die Parkinsonkrankheit. Bei Parkinsonkranken heilen sogar manifeste Suchtkrankheiten scheinbar spontan aus; Ursache für diesen Sachverhalt ist möglicherweise die Degeneration des mesolimbischen dopaminergen Systems.

### Literatur

- *Allgulander, C.* (1994): ‚Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis‘, *Arch Gen Psychiat* 51, 708.
- *Benjamin, D. et al.* (1993): ‚Naltrexone reverses ethanol-induced dopamine release in the nucleus accumbens in awake, freely moving rats‘, *Brain Research* 621, 137.
- *Buckley, P. et al.* (1994): ‚Substance abuse among patients with treatment resistant schizophrenia: Characteristic and implications for clozapine therapy‘, *Amer J Psychiat* 151, 385.
- *Cloninger, R.C.* (1987): ‚Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism‘, *Science* 236, 410.
- *Comings, D.E.* (1994): ‚Genetic factors in substance abuse based on studies of Tourette syndrome and ADHD probands and relatives - II. Alcohol abuse‘, *Drug Alcohol Dependence* 35, 17.
- *Eberhardt, G.* (1990): Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Alkohol bei Patienten mit monopolarer endogener Depression, Göttingen.
- *Ellinwood, E. H. Jr.* (1967): ‚Amphetamine psychosis, I. Description of the individual and process‘, *J Nerv Ment Dis* 144, 273.
- *Froehlich, J. et al.* (1991): ‚Importance of  $\delta$ -opioid receptors in maintaining high alcohol drinking‘, *Psychopharmacol* 103, 467.
- *Goodwin, D. W., C. K. Erickson (eds.)* (1979): *Alcoholism and affective disorders*, New York (SP Medical & Scientific Books).
- *Harris, G. C., G. Aston-Jones* (1994): ‚Involvement of D<sub>2</sub> dopamine receptors in the nucleus accumbens on the opiate withdrawal syndrome‘, *Nature* 371, 155.
- *Havemann-Reinecke, U., F. v. Raison* (1998): ‚Können Alterungsprozesse bzw. degenerative Prozesse Sucht beeinflussen?‘, in *U. Havemann-Reinecke, S. Weyerer, H. Fleischmann (Hrsg.): Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter*, Freiburg (Lambertus), 106.
- *Hellenbrand, W. et al.* (1997): ‚Smoking and Parkinson’s disease: A case-control study in Germany‘, *Int J Epidemiol* 26, 328.
- *Herz, A.* (1995): ‚Neurobiologische Grundlagen des Suchtgeschehens‘, *Nervenarzt* 66, 3.
- *Kalivas, P. W., H. H. Samson (eds.)* (1992): *The neurobiology of drug and alcohol addiction*, *Ann New York Acad Sci* 654.
- *Kenneth, S. et al.* (2000): ‚Tobacco consumption in Swedish twins reared apart and reared together‘, *Arch Gen Psychiat* 57, 886.
- *Kilty, J. E. et al.* (1991): ‚Cloning and expression of a cocaine-sensitive rat dopamine transporter‘, *Science* 254, 578.
- *Koepp, M. J. et al.* (1998): ‚Evidence for striatal dopamine release during a video game‘, *Nature* 393, 266.
- *Kolada, J. L. et al.* (1994): ‚Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton - Obsessive-compulsive disorder‘, *Acta Psychiat Scand Suppl.* 376, 24.
- *Koob, G. F. et al.* (1994): ‚Alcohol, the reward system and dependence‘, in *B. Jansson et al. (eds.): Toward a molecular basis of alcohol use and abuse*, Basel (Birkhäuser), 103.
- *Kraus, A.* (1981): ‚Depression und Sucht‘, *Nervenarzt* 52, 629.
- *Liebman, J. M., S. J. Cooper (eds.)* (1989): *The neuropharmacological basis of reward*, Oxford (Clarendon Press).

- O'Malley, S. S. et al. (1992): ‚Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence - A controlled study‘, Arch Gen Psychiat 49, 881.
- Olds, J., P. Milner (1954): ‚Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of the brain‘, J Comp Physiol Psychol 47, 419.
- Olesen, J. (1995): ‚Analgesic headache‘, Brit Med J 310, 479.
- Persico, A. M. et al. (1998): ‚Parkinsonian patients report blunted subjective effects of methylphenidate‘, Exp Clin Psychopharmacol 6, 54.
- Poser, W., S. Poser (1996): Medikamente - Missbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart (Thieme).
- Poser, W., S. Poser (1998): ‚Zur Epidemiologie des Substanzmissbrauchs im Alter: Schmerzmittel und Opioide‘, in U. Havemann-Reinecke, S. Weyerer, H. Fleischmann (Hrsg.): Alkohol und Medikamente - Missbrauch und Abhängigkeit im Alter, Freiburg (Lambertus), 50.
- Power, K. G. et al. (1985): ‚Controlled study of withdrawal symptoms and rebound anxiety after six week course of diazepam for generalized anxiety‘, Brit Med J 290, 1246.
- Ree, J. M. van et al. (1992): ‚The involvement of endorphins and dopamine in experimental addiction‘, European Neuropsychopharmacol 2, 219.
- Rickels, K. et al. (1988): ‚Long-term treatment of anxiety and risk of withdrawal‘, Arch Gen Psychiat 45, 444.
- Schuckit, M. A. (1985): ‚Genetics and the risk for alcoholism‘, JAMA 254, 2614.
- Schuckit, M. A., V. Hesselbrock (1994): ‚Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship?‘, Amer J Psychiat 151, 1723.
- Schwartz, J. C. et al. (1994): ‚Multiple dopamine receptors: The D<sub>3</sub> receptor and actions of abuse‘, in B. Jansson et al. (eds.): Toward a molecular basis of alcohol use and abuse, Basel (Birkhäuser), 81.
- Schwartz, J. C. et al. (1995): ‚The D<sub>3</sub> receptor and its relevance in psychiatry‘, Int Clin Psychopharmacol 10 Suppl. 3, 87.
- Segal, D. S., D. S. Janowsky (1978): ‚Psychostimulant-induced behavioral effects: Possible models of schizophrenia‘, in M. A. Lipton et al. (eds.): Psychopharmacology - A generation of progress, New York (Raven), 1113.
- Self, D. W. (1998): ‚Neural substrates of drug craving and relapse in drug addiction‘, Ann Med 30, 379.
- Smith, J., S. Hucker (1994): ‚Schizophrenia and substance abuse‘, Brit J Psychiat 165, 13.
- Soyka, M. et al. (1993): ‚Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients‘, Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 242, 362.
- Soyka, M. (1994): ‚Sucht und Schizophrenie‘, Fortschr Neurol Psychiat 62, 186.
- Terenius, L. (1994): ‚Reward and its control by dynorphin peptides‘, in B. Jansson et al. (eds.): Toward a molecular basis of alcohol use and abuse, Basel (Birkhäuser), 9.
- Volpicelli, R. R. et al. (1992): ‚Naltrexone in the treatment of alcohol dependence‘, Arch Gen Psychiat 49, 876.
- Winokur, G., W. Coryell (1991): ‚Familial alcoholism in primary unipolar major depressive disorder‘, Amer J Psychiat 148, 184.
- Wiesbeck, G. A. et al. (1994): ‚Zur Komorbidität v. psychischen Erkrankungen und Abhängigkeit‘, Suchtgefahren 40, 156.
- Wise, R. A. (1989): ‚The brain and reward‘, in J. M. Liebmann, S. J. Cooper (eds.): The neuropharmacological basis of reward, Oxford (Clarendon Press), 377.
- Wolfersdorfer, M. et al. (1983): ‚Depression und Alkoholismus‘, in V. Faust (Hrsg.): Suchtgefahren in unserer Zeit, Stuttgart (Hippokrates), 25.
- Zeiler, J. (1990): Schizophrenie und Alkohol, Berlin (Springer).

# Was ist qualifizierter Entzug für Alkoholranke?

## Einleitung

Der „Königsweg“ in der Behandlung von Alkoholabhängigen besteht üblicherweise aus einer ambulanten Beratung in der Suchtberatungsstelle oder beim Hausarzt, einer körperlichen Entgiftung und einer psychotherapeutisch orientierten Entwöhnungsbehandlung.

Die Effizienz dieser Therapiekette ist wissenschaftlich gut belegt. Kurzfristig führen diese Maßnahmen bei über 60 % der Patienten zum Erfolg, mittel- und langfristig kann rund der Hälfte der Patienten geholfen werden. Kufner und Feuerlein (1989) konnten in einer Untersuchung mehrerer langfristiger Entwöhnungseinrichtungen nachweisen, dass zwölf Monate nach Beendigung der Therapie knapp 50 % der Patienten abstinent lebten und 10 % ein gebessertes Trinkverhalten zeigten. Ähnliche Erfolge konnten auch bei einer kombiniert sechs Wochen stationären und ein Jahr ambulanten Behandlung nachgewiesen werden. Nach Beendigung der ambulanten Therapie waren über 60 % der Patienten erfolgreich behandelt (Mundle und Mann 1996), nach zehn Jahren lag die Erfolgsquote bei knapp 50 % (Längle et al. 1993).

Trotz der guten Erfolgsraten dieser Behandlungskette werden durch diese Maßnahmen pro Jahr nur 1 bis 3 % der alkoholabhängigen Patienten erreicht. Bis zu 5 % der Alkoholabhängigen werden ein- oder mehrmals körperlich entgiftet, 25 % werden aus unterschiedlichsten Gründen in Allgemeinkrankenhäusern behandelt. Vom Hausarzt werden über 70 % dieser Patienten zumindest einmal pro Jahr gesehen (Wienberg 1992, John 1996). Eine Motivation für eine weiterführende Behandlung oder eine direkte Vermittlung in eine suchtspezifische Einrichtung erfolgt, wie die obigen Zahlen belegen, in einem noch nicht ausreichenden Maße.

Um eine Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen, muss es Ziel zukünftiger Bestrebungen sein, mehr Patienten vom Hausarzt in eine Entgiftungsbehandlung zu vermitteln und dort für eine Entwöhnungsbehandlung zu motivieren. Bisherige Behandlungskonzepte der rein körperlichen Entgiftung sind durch neue integrative Therapiestrategien zu ergänzen. Der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrisch/psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich ist zuzustimmen, wenn sie eine „qualifizierte Entgiftung“, d. h. eine gezielte Förderung der Motivation zur weiterführenden Entwöhnungsbehandlung fordert (1988).

## Therapiekonzept des qualifizierten Entzugs

### Aufnahmekriterien

Im Gegensatz zu einer Hochschwelligen Entwöhnungsbehandlung, bei der ausgewählte Patienten über ein Antragsverfahren mit einem festen Aufnahmetag und einer festgelegten Behandlungsdauer mit dem Therapieziel der Alkoholabstinenz behandelt werden, ist eine qualifizierte Entzugsbehandlung primär niederschwellig. Patienten werden ohne vorherige Selektion, zum Teil als Notfälle oder Verlegungen aus anderen Kliniken, aufgenommen. Ausschlusskriterien für alkoholranke Patienten gibt es nicht. Auch bei

Patienten mit chronifizierten Verläufen und häufigen stationären Vorbehandlungen ist eine Aufnahme indiziert. Auf Grund der Unterschiedlichkeit der einzelnen Patienten bzw. Diagnosen kann bei Aufnahme keine feste Behandlungsdauer festgelegt werden. Für jeden Einzelfall ist je nach Schwere der Erkrankung und entsprechend der Zusatzdiagnosen eine individuelle Behandlungsdauer zu vereinbaren.

### Therapieziele

Die Haupttherapieziele einer qualifizierten Entzugs sind (Mundle und Mann 1998)

- Behandlung des körperlichen Entzugssyndromes inklusive körperlicher Diagnostik,
- Diagnostik und Therapie bei psychiatrischen Begleiterkrankungen,
- Motivationsbehandlung und Therapieplanung.

Die Behandlung des körperlichen Entzugssyndromes erfordert eine kontinuierliche Überwachung und, falls notwendig, eine medizinische Therapie. Bei der körperlichen Untersuchung ist insbesondere auf die typischen Alkoholfolgen-schäden, zum Beispiel Magen-Darm-Störungen, Leber- und Pankreaserkrankungen oder Herzrhythmusstörungen, zu achten.

Bei der psychiatrischen Diagnostik stehen depressiv-ängstliche Syndrome mit einer Häufigkeit von bis zu 50 % im Vordergrund (Jung et al. 1995, Schuckit et al. 1997). Je nach Schwere der psychiatrischen Syndrome ist eine entsprechende Behandlung durchzuführen. Neben spezifischen psychotherapeutischen Interventionen sind medikamentöse Therapieansätze, etwa mit Antidepressiva, zu wählen. Patienten mit Doppeldiagnosen wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen oder psychotischen Erkrankungen sind in entsprechende Einrichtungen zu vermitteln.

Bei der Motivationstherapie ist das jeweilige Motivationsstadium des Betroffenen von entscheidender Bedeutung. Früher wurde die Motivation als eine Persönlichkeitseigenschaft im Sinne eines langhaltenden Persönlichkeitszuges (trait) gesehen. Miller und Rollnick (1991) kritisieren dieses statische Trait-Modell als wenig sinnvoll, um etwa die Bereitschaft zu einer Behandlung oder zur Veränderung messen und beeinflussen zu können. Ersetzt wurde das statische Modell daher durch ein dynamisches Prozessmodell von Motivation als veränderbarem Persönlichkeitszustand (state). In diesem Kreismodell wurde die aktuelle Veränderungsbereitschaft des Betroffenen einer von fünf zyklischen Phasen zugeordnet (Prochaska und DiClemente 1986). Es gilt prinzipiell für alle Abhängigkeiten und lässt sich in allen Therapieabschnitten (Frühintervention, Entgiftung, Entwöhnung) verwenden. Veränderungen werden als Abfolge von folgenden Phasen beschrieben:

- Vorüberlegung,
- Überlegung,
- Entscheidung,
- Handlung,
- Aufrechterhaltung.

Die Phasen können prinzipiell über längere Zeiträume (bis hin zu mehreren Jahren) andauern und unterliegen potenziell zu jedem Zeitpunkt der Möglichkeit zum Rückfall in die

(Vor-)Überlegungsphase. Erklärbar ist dies durch eine ambivalente motivationale Grundhaltung zwischen Behandlungsbereitschaft und Rückfall. Interventionsstrategien und -ziele sind individuell und phasenspezifisch anzupassen. Thematische Schwerpunkte in der (Vor-)Überlegungsphase sind zum Beispiel Aufklärung über die Erkrankung und Information, in der Handlungsphase das konkrete Besprechen weiterer Therapieschritte - hierzu gehört beispielsweise das Einleiten eines Antrages für eine Rehabilitationsmaßnahme oder die Kontaktaufnahme zur nächstgelegenen Suchtberatungsstelle. Bei rückfälligen Patienten nach einer Entwöhnungsbehandlung sind die auslösenden Faktoren für den Rückfall zu thematisieren oder etwa eine kurzfristige Krisenintervention in einer entsprechenden Einrichtung einzuleiten.

#### Behandlungselemente

Das Therapiekonzept der qualifizierten Entzugsbehandlung sollte aus einer Kombination unterschiedlicher Behandlungselemente mit spezifischen Interventionsstrukturen bestehen. Grundlegendes Therapieziel ist es, die Krankheitseinsicht, Therapiemotivation und die Abstinenzbereitschaft jedes einzelnen Patienten zu fördern. Notwendig hierfür ist die Transparenz und die Erreichbarkeit der Therapieziele sowie das regelmäßige Bemühen um die Kooperationsbereitschaft der Patienten. Behandlungsmaßnahmen sollen akzeptiert und Schwellenängste vor weiteren Therapieschritten abgebaut werden. Primäres Ziel einer Motivationstherapie sollte es sein, die Offenheit, weitere Hilfen anzunehmen, zu fördern. Die „zufriedene Abstinenz“ ist zwar das übergeordnete Ziel, primärer Therapiefokus ist aber die Förderung der Veränderungsbereitschaft und die Annahme weiterer therapeutischer Interventionen. Zentrale Behandlungselemente sind die folgenden (Mann et al. 1995):

##### 1. Psychoedukative Informations- und Motivationsgruppen

In den Informations- und Motivationsgruppen werden Ursachen, Verlauf und Therapiemöglichkeiten von Suchterkrankungen diskutiert. Themenschwerpunkte der Motivationsgruppen sind

- Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen,
- körperliche Folgeerkrankungen und körperlicher Entzug,
- Therapieangebote (stationäre Entwöhnung, Kurzzeittherapien, ambulante Behandlungen, Selbsthilfe),
- Umgang mit Rückfall.

Grundsätzlich werden die Themen anhand von persönlichen Beispielen einzelner Patienten besprochen. Bei der Frage der Diagnostik stehen neben den diagnostischen Kriterien nach ICD 10 oder DSM IV die Überlegungen jedes einzelnen Patienten, ob oder ob nicht eine Abhängigkeitserkrankung vorliegen könnte, im Vordergrund. Körperliche Folgeerkrankungen und körperliche Entzugssymptome werden von Patienten aus eigener Erfahrung berichtet. Unterschiedliche Therapieverfahren werden von einzelnen Patienten, die diese Therapieformen bereits durchgeführt haben, selbst dargestellt. Das Thema Rückfall und der Umgang mit Rückfallsituationen werden anhand einzelner Patientenbeispiele aufgearbeitet. Hauptschwerpunkte bei der Rückfallbearbeitung

auf der qualifizierten Entgiftungsstation ist die Erarbeitung konkreter überschaubarer Therapieschritte, zum Beispiel die aktive Kontaktaufnahme mit Behandlungseinrichtungen (Suchtberatungsstelle, Hausarzt, Krankenhaus) oder sonstigen Hilfspersonen (Angehörige, Freunde, Mitglieder von Selbsthilfegruppen).

Wesentlicher Bestandteil bei der Aufarbeitung der einzelnen Themen ist die Förderung der Interaktion zwischen den Patienten. Widersprüche werden vom Therapeuten benannt und als Diskussionspunkt in die Gruppe eingeführt. Ein Dissens unter den Patienten ist nicht unerwünscht und fördert das Problembewusstsein der Gesamtgruppe. Das Benennen von suchtspezifischen Abwehrmechanismen, etwa die Verleugnung eigener unangenehmer, schambesetzter Persönlichkeitsanteile durch Mitpatienten, wird von vielen Patienten besser akzeptiert als die direkte Ansprache von Seiten des Therapeuten.

Ein weiteres Medium für Informations- und Motivationsgruppen sind Filme aus Fernsehen und Kino, die einen Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen haben oder direkte Informationen hierüber geben. Da Fernsehen neben der Informationsvermittlung auch sehr direkt Gefühle und Emotionen ansprechen kann, entstehen oft sehr lebhaft und auch nachdenkliche Diskussionen.

##### 2. Einzel- und Gruppensitzungen

In Einzelvisiten und bei Einzelgesprächen mit Patienten und/oder Angehörigen erfolgt eine individuell angepasste Motivationsbehandlung, speziell unter dem Aspekt der Klärung der persönlichen Situation.

Bei Gruppensitzungen werden aktuelle medizinische Probleme der Patienten konkret besprochen und bestehende Zusammenhänge mit der individuellen Suchtentwicklung herausgearbeitet. Medizinische und soziale Folgeerscheinungen werden an Einzelbeispielen erörtert, Verbesserungen von Befunden durch die momentan bestehende Abstinenz werden als positive Verstärker herausgearbeitet.

##### 3. Angehörigengruppen

In Angehörigengruppen wird neben Information über den Verlauf von Suchterkrankungen der Austausch zwischen den Angehörigen über ihre persönlichen Erfahrungen in den Mittelpunkt gestellt. Wichtig ist hierbei, dass die Angehörigen einen Raum finden können, über ihre eigenen Ängste, Enttäuschungen und möglicherweise Scham- und Schuldgefühle zu sprechen. Falls konkrete Informationen über einzelne Patienten gewünscht wird, so wird auf Paargespräche mit dem Patienten verwiesen. Therapieziel ist es, auch schwierige Themen gemeinsam besprechen zu können.

##### 4. Nonverbale Behandlungsmaßnahmen

Als nonverbale Therapieverfahren werden Autogenes Training und Bewegungstherapie in der Gruppe angeboten.

Beim Autogenen Training wird eine Einführung in die Grundübungen Ruhe, Schwere, Wärme vermittelt. Die Patienten werden angehalten, täglich zu üben. Ziel der Übungen

ist es, den Patienten einen neuen Umgang mit Nervosität, vegetativen Dysregulationen oder Schlafstörungen zu vermitteln. Entspannung, die früher durch Alkoholkonsum erreicht wurde, soll nunmehr ohne Substanzkonsum erzielt werden.

In der Bewegungstherapie wird neben den Entspannungsmöglichkeiten Hauptgewicht auf ein neues Körpergefühl und -erleben gelegt. Da bei einem erhöhten Alkoholkonsum häufig Körperwahrnehmung, Körperpflege und -hygiene vernachlässigt werden, kann über die Bewegungstherapie eine neue Verantwortung für Körper und Gesundheit gefördert werden.

### 5. Gestufte Ausgangsregelung

Der Ausgang wird in einem Stufenplan geregelt. Im Regelfall besteht während der ersten drei Tage wegen einer möglichen Entzugssymptomatik und wegen der Gefahr eines Entzugskrampfanfalls kein Ausgang. Notwendige medizinische Untersuchungen werden in der Regel vom Pflegepersonal durchgeführt.

Nach Abklingen der Entzugssymptome, in der Regel nach drei bis vier Tagen, können die Patienten die Station in Zweier- oder Dreiergruppen für eine begrenzte Zeit verlassen. Ziel ist es, dass die Patienten Kontakt miteinander aufnehmen und sich austauschen. Ausgang in die Stadt ist während dieser Zeit nicht erlaubt. Primärer Fokus während der ersten zehn bis vierzehn Tage sollte die therapeutische Arbeit auf Station sein.

In der letzten Woche haben die Patienten freien Ausgang und können außerhalb der Therapiezeiten Ausflüge mit Angehörigen oder Besuche zu Hause durchführen. Am letzten Wochenende der Behandlung besteht nach Absprache die Möglichkeit, eine Nacht zu Hause zu verbringen.

Grundsätzlich besteht während der gesamten Behandlung keine Kontaktsperre oder Besuchsverbot. Während der Besuchszeiten ist es Angehörigen auch am Aufnahmetag möglich, Besuche durchzuführen. Über ein öffentliches Telefon auf Station kann immer nach außen Kontakt aufgenommen werden. Einschränkungen bei der Ausgangsregelung bestehen nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel bei einem prothierten Entzug oder aus sonstigen medizinischen Gründen.

### 6. Kontaktaufnahme mit den spezifischen Versorgungseinrichtungen der Region

Neben den stationsinternen Behandlungseinheiten werden die suchtspezifischen Versorgungseinrichtungen der Region aktiv in die Behandlung mit einbezogen. Einmal pro Woche stellen die ortsansässigen Selbsthilfegruppen (Anonyme Alkoholiker, Freundeskreis, Blaues Kreuz) sich auf Station vor und stellen persönlichen Kontakt mit den Patienten her. Zusätzlich sind die Patienten verpflichtet, in der letzten Behandlungswoche eine Selbsthilfegruppe ihrer Wahl während eines regulären Treffens aufzusuchen. Mit den regionalen Fachambulanzen bzw. Suchtberatungsstellen ist vereinbart, dass im Regelfall alle Patienten während des stationären Behandlungszeitraums einen Termin erhalten und einen ersten Kontakt aufnehmen können. Eine Anbindung an die regionalen Versorgungsnetze soll ermöglicht werden.

Rückfälle auf Station werden grundsätzlich im Gruppengespräch thematisiert. Da auf einer Entgiftungs- und Motivationsstation die Fähigkeit zur Abstinenz nicht grundsätzlich erwartet werden kann, führen Rückfälle nicht automatisch zu einem Behandlungsabbruch. Entscheidend ist die Bereitschaft des einzelnen, über seinen erneuten Alkoholkonsum zu sprechen und adäquate Behandlungsschritte anzunehmen. Zeigt sich bei der Aufarbeitung des Rückfallthemas, dass ein Patient den klaren Wunsch äußert, Alkohol zu konsumieren, und eine weiterführende Behandlung abgelehnt wird, so erfolgt im Einzelfall eine vorzeitige Entlassung. Im Abschlussgespräch wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine erneute Aufnahme jederzeit möglich ist.

### Erfolgsraten des qualifizierten Entzugs

Eine alleinige rein körperliche Entgiftung ohne begleitende suchtspezifische Maßnahmen führt im Regelfall zu keiner Veränderung der Anzahl der eingeleiteten Behandlungen oder der Abstinenzraten. Wieser und Kunad (1965) konnten in einer sehr frühen Untersuchung bereits nachweisen, dass nach einer rein körperlichen Entgiftung nur 5 % der alkoholabhängigen Patienten im längerfristigen Verlauf alkoholabstinent waren; 35 % waren rückfällig, 39 % verstorben.

In einer Untersuchung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen konnte gezeigt werden, dass das primäre Therapieziel der Vermittlung in eine weiterführende Therapie durch eine qualifizierte Entzugsbehandlung bei knapp der Hälfte der Patienten erreicht werden konnte. Acht Monate nach Abschluss der Behandlung hatten 13 % der vormotivierten und 41 % der nicht vormotivierten Patienten eine weiterführende Behandlung angetreten (Stetter und Mann 1997). Bei einer Langzeitkatamnese nach sechs Jahren lagen die Vermittlungsraten deutlich höher; rund 85 % der Patienten hatten eine weiterführende Behandlung angetreten. Ungefähr die Hälfte der Patienten hatte eine längerfristige Entwöhnungseinrichtung aufgesucht, 30 % eine stationäre Kurzzeittherapie (Mundle et al. 1998).

### Veränderungen der Behandlungsdauer

Die Dauer einer Akutbehandlung im Sinne eines qualifizierten Entzugs ist häufig umstritten. Eine rein körperliche Entgiftungsbehandlung inklusive körperlicher Diagnostik kann bei einem komplikationslosen Verlauf in fünf bis zehn Tagen durchgeführt werden. Eine ausführliche psychiatrische Diagnostik erfordert im Regelfall fünf bis sieben Tage. Eine zusätzliche suchtherapeutische Maßnahme wie zum Beispiel eine Motivationsbehandlung inklusive Diagnostik und anschließender Festlegung der weiteren Therapieschritte bedarf im allgemeinen zehn bis vierzehn Tage. Insgesamt ergibt sich somit eine durchschnittliche Regelbehandlungsdauer von drei bis vier Wochen (Mann et al. 1995). Beim Vorliegen von komorbiden Störungen, etwa einem depressiv-ängstlichen Symptom, ist eine mehrwöchige Behandlung notwendig. Bei schweren depressiven oder hirnorganischen Störungen sind Aufenthalte von mehreren Monaten nicht auszuschließen.

Trotz des guten Erfolges einer qualifizierten Entzugsbehandlung besteht heute auf Grund des enormen Kostendrucks die Tendenz, die Behandlungsdauer deutlich einzuschränken und auf die Dauer einer körperlichen Entgiftungsbehandlung zu minimieren. Richter und Eickelmann (2000) untersuchten die Auswirkungen einer allgemeinen Veränderung der Behandlungsdauer auf die individuelle Behandlungsdauer eines Patienten. Hierzu wurden die Behandlungsdauern psychiatrischer Patienten der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster von 1987 und 1997 getrennt nach den Diagnosen Demenz, Schizophrenie, Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit nach personen- und fallbezogenen Aufenthalten ausgewertet.

Bei allen Diagnosegruppen zeigte sich insgesamt eine Zunahme der Behandlungsfälle und der behandelten Personen. Am ausgeprägtesten war dies für die Diagnose Alkoholabhängigkeit. Hier stieg die Zahl der behandelten Fälle von 244 im Jahr 1987 auf 588 im Jahr 1997. 1987 wurden 182 Personen behandelt, 1997 waren es 298 Patienten.

Über alle Diagnosegruppen hinweg war die durchschnittliche Behandlungsdauer bei gleichzeitig erhöhten Fallzahlen rückläufig. Bei den demenziellen Erkrankungen zeigte sich eine Reduktion der Behandlungstage pro Fall von 119 Tagen 1987 auf 46 Tage 1997. Bei alkoholabhängigen Patienten betrug die Behandlungsdauer 1987 pro Fall 35 Tage, 1997 noch 31 Tage.

Bei den Diagnosen Demenz, Schizophrenie, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit kam es neben der Reduktion der Behandlungsdauer pro Fall gleichzeitig auch zu einer Reduktion der Behandlungsdauer pro Patient. Bei den demenziellen Erkrankungen betrug der Rückgang der Behandlungsdauer pro Patient 57 %, bei den schizophrenen Patienten 18 %, bei Drogen- und Medikamentenabhängigkeit betrug der Rückgang der Behandlungsdauer pro Patient 31 %. Die Verkürzung der Behandlungsdauer führte bei diesen Diagnosegruppen gleichzeitig zur Verkürzung der individuellen Gesamtbehandlungsdauer pro Jahr und nicht zu häufigeren Wiederaufnahmen.

Bei der Diagnose Alkoholabhängigkeit zeigte sich jedoch ein gegenläufiger Effekt. Trotz der Reduktion der fallbezogenen Behandlungsdauer kam es zu einem Anstieg der individuellen Behandlungsdauer pro Patient um 25 %: 1987 wurde ein alkoholabhängiger Patient durchschnittlich 48 Tage pro Jahr behandelt, 1997 60 Tage. Die kürzeren stationären Behandlungsdauern pro Aufenthalt führten zu häufigeren stationären Wiederaufnahmen und insgesamt zu einer längeren Gesamtbehandlungsdauer pro Patient und Jahr.

Diese Daten sind ein Hinweis darauf, dass eine Verkürzung der Behandlungstage pro Fall bei der Diagnose Alkoholabhängigkeit nicht zu einer Reduktion der Gesamtbehandlungsdauer pro Patient führt. Im Gegenteil, bei dieser Untersuchung zeigten sich bei verkürzten Behandlungszeiten pro Einzelfall vermehrte stationäre Aufenthalte mit einer insgesamt verlängerten Gesamtbehandlungsdauer. Notwendig erscheint daher bei alkoholabhängigen Patienten eine ausreichend lange Behandlungsdauer, die die individuellen Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten berücksichtigt.

## Zusammenfassung

Qualifizierte Entzugsbehandlungen bei alkoholabhängigen Patienten mit den drei Behandlungszielen körperliche Entgiftung, psychiatrische Diagnostik inklusive Therapie und Motivationsbehandlung sind erfolgreich. Eine deutliche Verbesserung der Versorgungssituation kann erreicht werden. Durch diese Therapiemaßnahme gelingt es im Gegensatz zur rein körperlichen Entgiftung, rund 50 % der Patienten für eine weiterführende Behandlung zu motivieren. Eine bundesweite, flächendeckende Etablierung von qualifizierten Entzugsstationen ist entsprechend der Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung zu fordern. Die Behandlungsdauer ist individuell festzulegen, sollte aber im Regelfall zur Durchführung eines qualifizierten Entzuges drei bis vier Wochen betragen. Eine Reduktion der Behandlungsdauer scheint zu häufigen Wiederaufnahmen und insgesamt zu einer Verlängerung der Gesamtbehandlungszeit pro Patient und Jahr führen.

## Literatur

- *Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrisch/psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich* (1988), Bonn (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit).
- *John, U., U. Hapke, H. J. Rumpf, A. Hill, H. Dilling* (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung, Baden-Baden (Nomos).
- *Jung, M., B. Hensel, K. Ackermann, F. Stetter, I. Plauth, K. Mann* (1995): ‚Lebenszeit-Prävalenz psychiatrischer Störungen bei alkoholabhängigen Männern während einer Entzugs- und Motivationsbehandlung‘, in *K. Mann, G. Buchkremer* (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sonderheft der Zeitschrift Sucht, Hamm (Neuland), 77-79.
- *Küfner, H., W. Feuerlein* (1989): In-patient-treatment for alcoholism - A multi-centre evaluation study, Berlin (Springer).
- *Längle, G., K. Mann, G. Mundle, H. W. Schied* (1993): ‚Ten years after - The posttreatment course of alcoholism‘, *European Psychiatry* 8, 95-100.
- *Mann, K., F. Stetter, A. Günther, G. Buchkremer* (1995): ‚Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen‘, *Deutsches Ärzteblatt* 92 (45), 1991-1995.
- *Miller, W. R., S. T. Rollnick* (1991): *Motivational Interviewing - Preparing People to Change Addictive Behaviour*, New York/London (Guilford Press).
- *Mundle, G., K. Mann* (1996): ‚Ein Modell zur Integration stationärer und ambulanter Therapie von Alkoholabhängigen‘, *Psycho* 22 (6), 444-451.
- *Mundle, G., F. Lange, F. Stetter, K. Mann* (1998): ‚Langzeitverläufe nach einer qualifizierten Entgiftungsbehandlung - eine Sechs-Jahres-Katamnese‘, *Nervenarzt* 69 (Suppl.), S132.
- *Mundle, G., K. Mann* (1998): ‚Stationärer Entzug‘, in *J. Gözl* (Hrsg.): *Der abhängige Patient*, Stuttgart (Thieme).
- *Prochaska, J. O., C. C. DiClemente* (1986): ‚Towards a Comprehensive Model of Change‘, in *W. E. Miller, N. Heather* (eds.): *Treating Addictive Behaviors - Processes of Change*, New York/London (Plenum Press), 3-27.
- *Richter, D., B. Eickelbaum* (2000): ‚Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie - Positive oder negative Konsequenzen?‘, *Spektrum* 3.
- *Schuckit, M. A., J. E. Tipp, K. K. Buchholz, J. J. Nurnberger, V. M. Hesselbrock, R. R. Crowe, J. Kramer* (1997): ‚The Life Time Rates of Three Major Mood Disorders and Four Major Anxiety Disorders in Alcoholics and Controls‘, *Addiction* 92, 1289-1304.
- *Stetter, F., K. Mann* (1997): ‚Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung‘, *Nervenarzt* 68 (7), 574-581.
- *Wieser, S., E. Kunad* (1965): ‚Katamnestische Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern‘, *Nervenarzt* 36, 477-483.
- *Wienberg, G.* (1992): ‚Struktur und Dynamik in der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik - ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen‘, in *G. Wienberg* (Hrsg.): *Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*, Berlin (Psychiatrie-Verlag), 12-60.

# Was ist qualifizierter Entzug für Drogenabhängige?

## Welche Dimensionen müssen bei der Formulierung von Qualitätskriterien berücksichtigt werden?

In der aktuellen Diskussion um „evidence based medicine“ (EBM) und die Effizienz des deutschen Gesundheitswesens fordert die Frage nach den Qualitätskriterien für eine Entzugsbehandlung Drogenabhängiger Zahlen, Fakten und überzeugende Konzepte. Gleichzeitig verleitet die Fragestellung dazu, die - in der Regel stationär durchgeführte - Entzugsbehandlung Drogenabhängiger isoliert und ohne Kontext zu betrachten und versorgungspolitische Fragen zu vernachlässigen. Ein nach EBM-Maßstäben qualifiziertes Entzugsangebot für Drogenabhängige bleibt aber vergleichsweise bedeutungslos, wenn es nur wenige behandlungsbedürftige Patienten erreicht und sich nicht am Bedarf in der Kommune orientiert. Effizienz und Qualität bedeuten in diesem Zusammenhang, eine Entzugsbehandlung für Drogenabhängige zu konzipieren, durch die die vorhandenen Ressourcen so eingesetzt werden, dass für möglichst viele Patienten ein möglichst qualifiziertes Hilfeangebot sicher gestellt werden kann. Qualifizierte Entzugsbehandlung ist also einerseits eine Frage der Behandlungsinhalte sowie der damit erzielten Effekte, andererseits eine Frage des Behandlungssettings, über das nachfrageorientiert differenzierte, effiziente Behandlungsangebote bereitgehalten werden müssen.

## Für welche Patienten müssen medizinische Regelangebote bereitgehalten werden?

Nicht alle Konsumenten illegaler Drogen bedürfen einer Behandlung. Es stellt sich die Frage, wann illegaler Drogenkonsum Krankheitswert bekommt und wann Behandlungsbedürftigkeit einsetzt. Vier Kriterien sollen hier in den Vordergrund gestellt werden:

1. *Missbrauch und Abhängigkeit*: Drogenkonsumenten benutzen Rauschmittel als Genussmittel. Wenn der Genuss schädliche Folgen hat, wenn es unter Abstinenz zu kör-

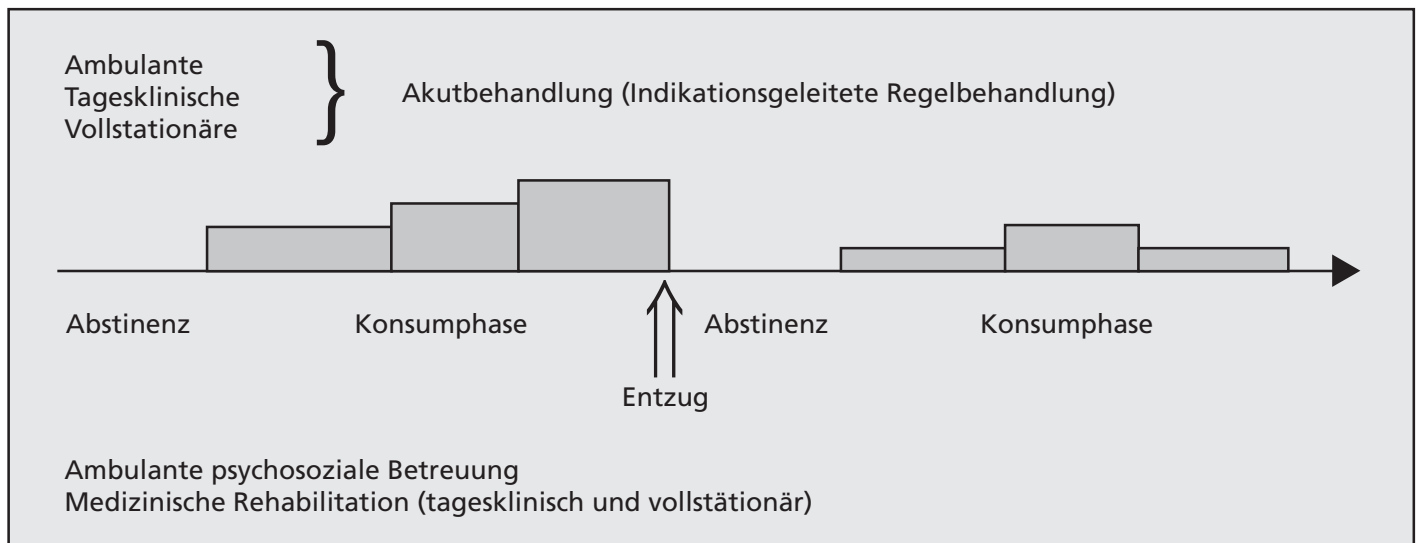
perlichen oder seelischen Entzugserscheinungen kommt, wenn unter Abstinenz Craving auftritt oder wenn eine Toleranzentwicklung erkennbar wird, sprechen wir nach den bestehenden Kriterien von DSM IV und ICD 10 von Missbrauch bzw. Abhängigkeit. Seit dem bekannten Grundsatzurteil aus dem Jahre 1968 verstehen wir auch im deutschen Sozialrecht Abhängigkeit (früher Sucht) als Krankheit im Sinne der RVO mit den entsprechenden leistungsrechtlichen Schlussfolgerungen.

2. *Krisen als Behandlungsindikation für eine chronische Erkrankung*: Missbrauch und Abhängigkeit führen zwischenzeitlich immer wieder zu akuten Krankheitskrisen, insbesondere Intoxikationen, Entzugssyndromen, Impulsdurchbrüchen oder Suizidalität. Mit vielen dieser körperlichen und/oder seelischen Krisen kommen die Betroffenen alleine nicht zurecht, so dass sie in diesen Situationen der Behandlung bedürfen.
3. *Psychiatrische Komorbidität*: Bei vielen suchtkranken Menschen, auch drogenabhängigen Patienten, ist die Abhängigkeitserkrankung vergesellschaftet mit psychiatrischen Grund-, Begleit- oder Folgeerkrankungen, die ihrerseits der Behandlung bedürfen.
4. *Somatische Komorbidität*: Abhängig von der konsumierten Substanz und dem Konsummodus bestehen bei vielen drogenabhängigen Patienten somatische Begleit- und Folgeerkrankungen, die ihrerseits Behandlungsbedürftigkeit induzieren.

## Drogenabhängigkeit als chronische Erkrankung: Konsequenzen für die Behandlungskonzeption

Eine Abhängigkeitserkrankung, hier die Drogenabhängigkeit, ist eine chronische Erkrankung, die in aller Regel einen mehrjährigen Verlauf nimmt mit Phasen des Konsums und

Abbildung 1



der Abstinenz, mit Phasen vermehrter und reduzierter Kontrolle, mit krisenhaften Zuspitzungen und Phasen zunächst vorübergehender Stabilität (Abbildung 1). Zudem zeichnet sich der Verlauf der Drogenabhängigkeit einerseits durch eine hohe Letalität aus, andererseits ist das Phänomen des sogenannten „maturing out“ vertraut, das bei vielen überlebenden Klienten nach Jahren zu einer Aufgabe des Drogenkonsums führt.

Ein solcher langjähriger Krankheitsverlauf bedarf eines durchgehenden Behandlungskonzeptes, das von der medizinischen Regelversorgung sicher gestellt werden muss. Um diese langjährige Behandlung sicherzustellen, bedarf es eines gut ausgebauten und differenzierten gemeindenahen Behandlungsnetzes mit ambulanten, tagesklinischen und vollstationären Behandlungsmöglichkeiten. In solchen Gesamtbehandlungskonzepten sind stationäre Behandlungen zum Entzug nur sinnvoll zu gestalten, wenn sie eingebettet sind in eine angemessene ambulante Vorbereitung und Indikationsstellung sowie eine entsprechende poststationäre Weiterbehandlung. Wegen der massiven sozialen Folgeschäden ist eine enge Kooperation mit der Drogenberatungsstelle erforderlich, um die Patienten in psychosozialen Fragen angemessen zu unterstützen. Wenn die Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit wesentliches Ziel der Behandlung ist, was nur bei abstinenzfähigen Patienten indiziert sein kann, werden Patienten in die medizinische Rehabilitation vermittelt.

Aus dem Dargestellten wird deutlich, dass eine verlässliche Behandlungskontinuität mit klarer Fallverantwortlichkeit wichtig ist, die primär im ambulanten Bereich anzusiedeln ist.

### **Zur Notwendigkeit differenzierter Indikationen für eine qualifizierte Behandlungsplanung**

Die Indikation für eine stationäre Behandlung kann sich sehr unterschiedlich darstellen und ist am leichtesten plausibel zu machen nach dem Modell von Prochaska und DiClemente, das vor allem in der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten zu einer wichtigen Orientierung geworden ist.

- *Phase 1:* In der Phase der Absichtslosigkeit und Vorabsichtsbildung geht es um den Aufbau einer Behandlungsalianz. In dieser Phase haben die Betroffenen kaum ein eigenes Problembewusstsein und suchen von sich aus selten Behandlung. Die Betroffenen werden über niedrigschwellige Angebote gewonnen, die vor allem auch über die Drogenberatungsstellen gemacht werden. Kontakt zum medizinischen Hilfesystem entsteht vor allem in Krisensituationen sowie akuten psychischen und körperlichen Krankheitsphasen. Es ist wichtig, diese Situationen zu nutzen, um bei den Betroffenen ein Problembewusstsein zu wecken und eine Behandlungsalianz zu etablieren.
- *Phase 2:* In der Phase der Absichtsbildung nehmen die Betroffenen wahr, dass es ein Problem gibt, sind aber noch ambivalent, ob, wann und wie sie sich dem Problem

stellen sollen. In dieser Phase hat Motivationsbehandlung, wie sie von Miller und Rollnick und anderen beschrieben wurde, einen hohen Stellenwert. Über psychoedukative Verfahren müssen die betroffenen Drogenabhängigen über ihre Erkrankung informiert werden und durch weiterführende Einzel- und Gruppenbehandlungen in eine stabile Behandlungsmotivation übergeleitet werden.

- *Phase 3:* In der Phase der Umsetzung geht es um aktive Problemlösungen. Die Patienten entgiften vom Substanzgebrauch, stellen sich der Behandlung psychischer und körperlicher Erkrankungen, bemühen sich um Konfliktlösungen im sozialen Umfeld, schaffen sich ein stabiles Hilfenetz und sichern sich ihre soziale Existenz auch in den Bereichen Wohnen und Arbeit.
- *Phase 4:* In der Phase der Aufrechterhaltung geht es im Wesentlichen um Rückfallprävention. Dies geschieht über das Training sozialer Kompetenzen in verschiedenen Lebensbereichen, Teilnahme an Gruppen für Betroffene (zum Beispiel aktive Behandlungsgruppen, Selbsthilfegruppen) und eine Verbesserung des Lebensstils insgesamt mit dem Ziel des dauerhaften Ausstiegs.

### **Substitution und Entzug als Basis qualifizierter psychiatrischer Behandlung**

Die genannten Indikationen können letztlich nur unter stabilen Behandlungsvoraussetzungen in ein konkretes Behandlungsprogramm überführt werden. Grundsätzlich ist eine solche Behandlungsstabilität auf zwei Wegen zu erreichen:

- Stabile Substitution des Patienten,
  - Entzug und Behandlung unter abstinenten Bedingungen.
- Sowohl Substitution wie Entzugsbehandlungen sind in einem umfassenden langfristigen Therapiekonzept nur Mittel zum Zweck und nur in umschriebenen Behandlungssituationen (zum Beispiel Entgiftung vor Entwöhnungstherapie) eine Behandlungsindikation an sich. Solange Patienten noch nicht abstinenzmotiviert sind, ist eine Substitutionsbehandlung einer Entzugsbehandlung häufig vorzuziehen. Die Möglichkeit zur Substitution ist gerade bei diesen Patientengruppen eine unentbehrliche Grundlage in ambulanten wie tagesklinischen und vollstationären Behandlungssettings. Erst wenn die drogenabhängigen Patienten sich für eine Abstinenz entschieden haben, also vor allem in Phase 3, ist die Entzugsbehandlung primär indiziert.

Stationäre Behandlungszeiten können auf diese Weise erheblich reduziert werden. Unter ambulanter oder teilstationärer Substitution können viele Behandlungsaufträge aus den Phasen 1 und 2 zumindest anteilig außerhalb des stationären Rahmens bewältigt werden. Wenn die Aufnahmesteuerung für die stationäre Behandlung über eine kompetente ambulante Behandlungsstelle getätigt werden kann, kann unter Substitutionsbedingungen der Behandlungsauftrag geklärt und eine Teilentgiftung begonnen werden.

## Strukturelle Voraussetzungen für eine versorgungspolitisch bedarfsgerechte effiziente und qualifizierte Behandlung Drogenabhängiger

In vielen Kommunen können die formulierten Ansprüche an eine effiziente, qualifizierte und gleichzeitig bedarfsgerechte Behandlung Drogenabhängiger wegen struktureller Mängel bislang nicht umgesetzt werden. Die folgenden Strukturelemente sind für eine solche kommunale Versorgung der betroffenen Patienten unverzichtbar:

- Eine Sicherstellung der ambulanten Versorgung drogenabhängiger Patienten in qualitätsgesicherten Behandlungsstellen, insbesondere suchtmmedizinisch erfahrenen Institutsambulanzen, Schwerpunktpraxen sowie bei anderen suchtmmedizinisch erfahrenen niedergelassenen Ärzten;
- integrative Therapiekonzepte, die psychiatrische, psychotherapeutische und somatische Behandlungsnotwendigkeiten gleichermaßen berücksichtigen;
- die Substitutionsbehandlung muss für qualifizierte Behandlungsstellen ambulant, teilstationär und stationär unmittelbar verfügbar sein ohne Behinderung durch aufwändige Beantragungsverfahren.<sup>1</sup>

In Bielefeld sind wir in der glücklichen Situation, eine solche ambulante Versorgungsstruktur relativ weitgehend sicher gestellt zu haben. In einem ambulanten, tagesklinischen und vollstationär eng verzahnten Versorgungsnetz kommen Drogenpatienten seltener und gezielter zur Aufnahme (Reker 1998).

Nachdem durch die Neufassung des § 118 SGB V Institutsambulanzen jetzt auch an psychiatrischen Abteilungen etabliert werden können, sollten ambulante Behandlungsmöglichkeiten für Drogenabhängige kurzfristig flächendeckend eingerichtet werden, um stationäre Entzugsbehandlungen gut vorbereiten zu können und Patienten nach der Entzugsbehandlung in entsprechende Behandlungssettings weiterführen zu können.

<sup>1</sup> Es ist völlig unverständlich, warum Kostenträger einer suchtmmedizinisch indizierten Methadonsubstitution weiterhin so große Barrieren entgegenstellen. Die Tatsache, daß suchtmmedizinisch erfahrene Ärzte über dieses Instrument nicht indikationsgeleitet verfügen dürfen, nötigt Patienten, die sich im Entzug befinden oder bei denen aufgrund bestehender Ambivalenz Klärungsbedarf besteht, unnötigerweise in stationäre Entzugsbehandlungen.

## Zum Stellenwert der stationären Entzugsbehandlung im therapeutischen Gesamtkonzept

Der körperliche Entzug ist in einem übergreifenden Behandlungskonzept nur eine Rahmenhandlung für die im Vordergrund stehenden Behandlungsinhalte (Prochaska und DiClemente 1984). Die Empfehlungsvereinbarung befasst sich mit dem einfachsten Fall einer Vorbereitung auf eine für den Patienten schon feststehende Entwöhnungsphase. Es geht hier tatsächlich überwiegend um den körperlichen Entzug als Voraussetzung für die Entwöhnungstherapie. Diese Konstellation ist insgesamt eher die Ausnahme als die Regel. Für den gemeinen Alltag stationärer Entzugsbehandlung drogenabhängiger Patienten ist daher die Empfehlungsvereinbarung von 1978 weitgehend irrelevant, weil die gewöhnliche Situation von Drogenpatienten in dieser Empfehlungsvereinbarung nicht berücksichtigt ist.

Der körperliche Entzug wird als Element in der Gesamtbehandlung Suchtkrankter oft überbewertet. Demgegenüber wird die Komplexität einer Entzugsbehandlung Drogenabhängiger meist unterbewertet. Welche Variablen gerade bei der Dauer einer stationären Entzugsbehandlung zu berücksichtigen sind, soll im Folgenden kurz umrissen werden.

## Zur Dauer stationärer Akutbehandlung Drogenabhängiger

Die vorausgegangenen Erörterungen differenzierter Behandlungsindikationen bei Drogenmissbrauch und Abhängigkeit ließen schon erkennen, dass die individuellen Behandlungsaufträge sehr komplex sind. Eine einheitliche Regelbehandlungsdauer wird dieser Komplexität nicht gerecht. Dennoch muss die individuelle Indikation für eine vorgesehene Behandlungsdauer für Patienten und Kostenträger transparent werden können (Reker 1999). Bei der Behandlungsplanung stationärer Akutbehandlungen Drogenabhängiger im Krankenhaus sind die folgenden Aspekte zu berücksichtigen.

### 1. Behandlungsziel

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass frühzeitig entschieden werden muss, welche Ziele die bevorstehende Behandlung haben soll, zum Beispiel Kriseninter-

**Abbildung 2: Behandlungsdauer in Abhängigkeit von der Substanzgruppe**

	Halbwertszeit	Dauer des Ausschleichens	Sauberes Drogenscreening nach dem Absetzen
Heroin	5 bis 8 Stunden	2 bis 7 Tage	1 bis 3 Tage
Methadon	24 bis 36 Stunden	Wochen bis Monate	1 bis 3 Wochen
Diazepam	22 bis 44 Stunden	Wochen bis Monate	1 bis 3 Wochen
Cannabis	Tage bis Wochen	i. d. r. abruptes Absetzen	mehrere Wochen
Alkohol	0,1 bis 0,3 Promille/Stunde	1 bis 7 Tage	nach Ausnüchterung

vention, Motivationsbehandlung, Vorbereitung auf eine Substitutionsbehandlung, Behandlung körperlicher und/oder seelischer Folge- und Begleitprobleme.

Kriseninterventionen können in der Regel in drei bis sieben Tagen abgeschlossen werden. Die Dauer einer Beigebrauchsentgiftung bei fortlaufender Methadonsubstitution ist abhängig von den Substanzklassen und wird unten diskutiert. Eine motivierende Behandlung bei fortlaufender Substitution ohne Entzug dauert in der Regel 3 bis 4 Wochen, während eine vollständige Entgiftung mit Vorbereitung auf weiterführende Behandlungen in der Regel 3 bis 8 Wochen in Anspruch nimmt.

## 2. Substanzgruppen, die entgiftet werden sollen

Die verschiedenen suchterzeugenden Substanzen unterscheiden sich erheblich bezüglich Pharmakokinetik und Abhängigkeitspotenzial (Abbildung 2). So haben Alkohol und Heroin eine kurze Halbwertszeit und können, sofern sie allein entzogen werden, innerhalb von 10 bis 14 Tagen entgiftet werden.

Dem gegenüber haben die meisten verwendeten Benzodiazepine (zum Beispiel Diazepam sowie Methadon) eine sehr lange Halbwertszeit und ein besonders hohes Abhängigkeitspotenzial. Da beide Substanzen ausschleichend entzogen werden, benötigt der Entzug jeder einzelnen Substanz mindestens drei bis sechs Wochen, gelegentlich länger. Die Entzugsbehandlung verlängert sich noch einmal, wenn von mehreren Substanzen entzogen werden muss, weil meist keine parallele, sondern nur eine sequenzielle oder allenfalls teilweise überlappende Entgiftung möglich ist. Wenn professionell kompetente, gut kooperierende ambulante Stellen verfügbar sind, kann häufig der erste Teil dieser langfristigen Entzugsbehandlung ambulant oder teilstationär erfolgen.

## 3. Behandlung psychiatrischer Komorbidität

Die Diagnose psychiatrischer Begleit- und Folgeerkrankungen ist bei Drogenabhängigen oft erschwert, weil die betroffenen Patienten im therapeutischen Kontext entweder intoxikiert oder entzünftig sind. In Entwöhnungskliniken treten Selektionskriterien auf, die repräsentative Untersuchungen erschweren. Seitdem Behandlungsangebote wie Substitution und niedrigschwelliger Zugang zu Entgiftungseinrichtungen für Drogenpatienten verfügbarer geworden sind, ist es möglich geworden, verlässliche Anhaltswerte zur psychiatrischen Komorbidität bei Drogenabhängigen zu gewinnen.

Aktuelle Zahlen (Günthner et al. 2000) belegen ohne Berücksichtigung von Persönlichkeitsstörungen eine psychiatrische Komorbidität von 55 %. Bei etwa 50 % der Patienten liegt eine Persönlichkeitsstörung vor (Burian und Smole 1997). Ein Bewusstsein für die Bedeutung von psychischen Traumatisierungen, die zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen, wächst erst in jüngerer Zeit und ist in der Behandlung für die Gesamtbehandlung gegenwärtig noch schwer überschaubar. Sicher ist, dass insbesondere unter Frauen ein hoher Anteil sexuell missbrauchter Patientinnen

ist. Die Gesamtsituation wird dadurch erschwert, dass die Betroffenen in der Drogenszene, insbesondere im Rahmen der Prostitution, regelmäßig retraumatisiert werden.

## 4. Behandlung somatischer Komorbidität

Körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen sind gerade bei den nicht abstinentmotivierten Patienten häufig. Wegen der eingeschränkten Kontrolle des Substanzkonsums werden körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen für viele der Patienten zum Motiv, sich in stationäre Krankenhausbehandlung zu begeben. Viele nutzen den psychiatrischen Rahmen, um hier unter geschützten Bedingungen die körperlichen Erkrankungen abklingen zu lassen. Im folgenden soll nur ein kurzes Schlaglicht auf die häufigsten körperlichen Erkrankungen bei Drogenabhängigen geworfen werden:

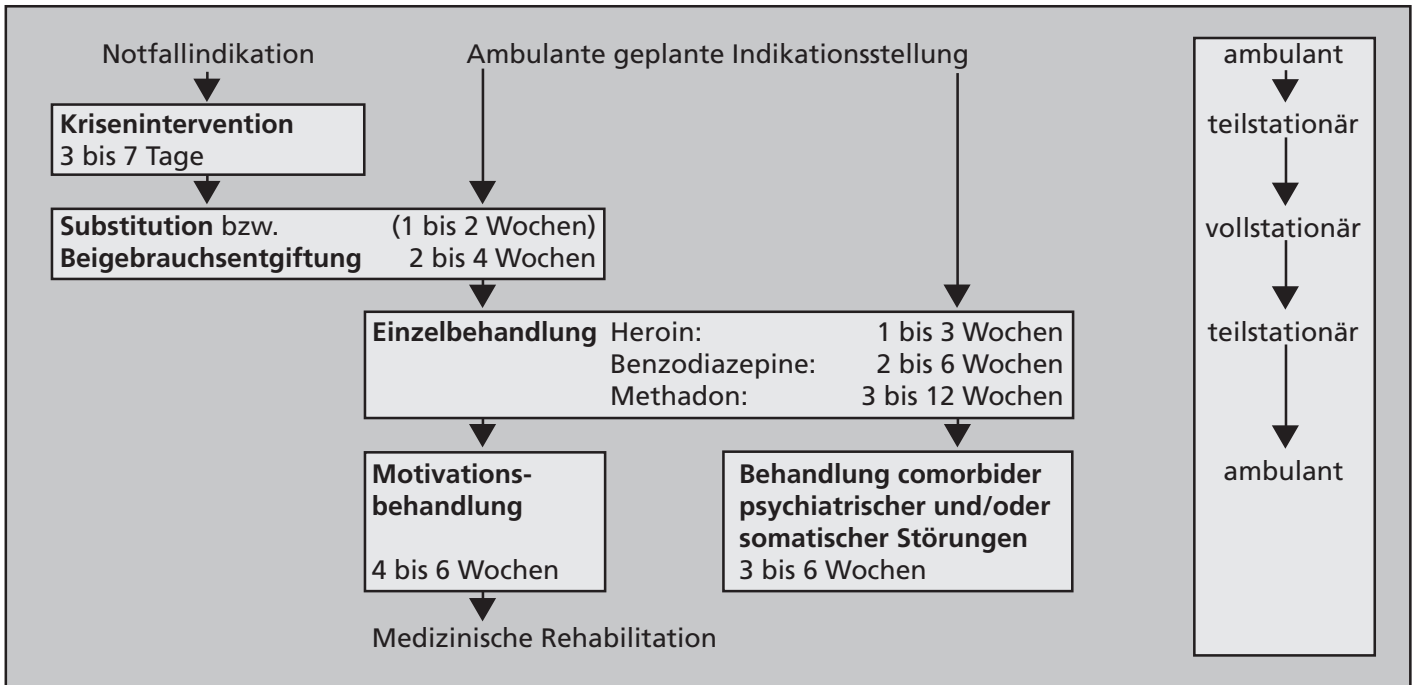
- Bis zu 95 % der Patienten sind mit einer *Hepatitis C* infiziert, die bei 40 bis 60 % chronifiziert. Bei 10 bis 20 % dieser chronifizierten Patienten geht die Erkrankung in eine Leberzirrhose über. Bei Patienten mit zusätzlichem Alkoholbeikonsum ist die Entwicklung eines Leberkarzinoms besonders häufig.
- Etwa 10 % aller Opiatabhängigen sind *HIV*-infiziert. Die Rate der Neuinfektionen unter Drogenabhängigen ist insgesamt fallend. Etwa 25 % aller *HIV*-Neuinfektionen entfallen auf Drogenabhängige.
- Bei jedem 7. bis 8. *HIV*-infizierten Patienten, der nicht in entsprechender Behandlung ist, wird eine *Tuberkulose*-infektion festgestellt.
- 5 bis 10 % aller Krankenhausaufnahmen drogenabhängiger Patienten sind durch eine bakterielle *Endocarditis* bedingt. Diese Erkrankung macht etwa 5 bis 10 % der Gesamtmortalität Drogenabhängiger aus (Gözl 1998).
- Gerade in psychiatrischen Abteilungen haben Weichteilinfektionen, also insbesondere *Spritzenabszesse*, eine hohe Bedeutung, die ihrerseits zu Endocarditiden führen können.

Patienten, bei denen das somatische Störungsbild offensichtlich und akut ist, werden oft in Allgemeinkrankenhäusern behandelt, die allerdings auf den professionellen Umgang mit Drogenabhängigen nur unzureichend eingestellt sind. Eine zunehmend bessere Vernetzung der Allgemeinen Krankenhäuser mit Psychiatrischen Kliniken und der Drogenhilfe sowie eine Qualifizierung der Kollegen über die Fachkunde suchtmedizinische Grundversorgung dürfte hier auf Fortschritte hoffen lassen.

## Zusammenfassung

Die genannten Ausführungen machen deutlich, dass eine stationäre Behandlung nur sinnvoll wird im Kontext eines Gesamtbehandlungskonzeptes, das nur in einem differenzierten Drogenhilfesystem mit ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsmöglichkeiten sicher gestellt werden kann. Unter den gegebenen Bedingungen werden Patienten in stationäre Behandlung genötigt, weil ambulant

**Abbildung 3: Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger**



über eine Methadonsubstitution eine Stabilisierung der Situation zur Etablierung angemessener Behandlungsmöglichkeiten gerade in den beschriebenen Phasen 1 und 2 strukturell nicht möglich ist. Das medizinische Drogenhilfesystem muss insbesondere nach der Verfügbarkeit von Institutsambulanzen auch an den psychiatrischen Abteilungen dringend ausgeweitet werden.

Die stationäre Behandlung Drogenabhängiger kann verschiedene Indikationen haben, wobei Kriseninterventionen, Motivationsbehandlungen und die Behandlungen psychiatrischer und somatischer Komorbidität im Vordergrund stehen. In vielen Fällen ist eine Entzugsbehandlung dafür nicht sinnvoll, so dass eine fortlaufende Substitution aufrechterhalten bleiben kann, um motivierend mit den Patienten zu arbeiten (Abbildung 3).

Insofern ist die Begrifflichkeit „Entzugsbehandlung“ als grundsätzlicher Terminus für stationäre Behandlungen Drogenabhängiger unzulässig eingeengt und wird der Realität des Versorgungsbedarfes nicht gerecht. In NRW wurde deswegen der Begriff „Entzugsbehandlung“ im Versorgungsdenken durch den Begriff „stationäre Akutbehandlung“ ersetzt (Kuhlmann et al. 1994).

Der körperliche Entzug unter stationären Bedingungen bedarf im Verlauf einer chronischen Erkrankung immer einer speziellen Indikation mit umschriebenen Zielsetzungen. In diesem Zusammenhang sind für die Dauer der stationären Behandlungen eine Reihe von Kriterien zu berücksichtigen, wobei neben der Behandlungsbedürftigkeit psychischer und körperlicher Begleit- und Folgeerkrankungen das vorhandene

ne Konsummuster von entscheidender Bedeutung ist. Der Überblick macht deutlich, dass eine einheitliche Behandlungsdauer der Komplexität der Problematik im Drogenbereich nicht gerecht wird. Letztlich müssen die Inhalte und Zielsetzungen stationärer Behandlung im Krankenhaus von Drogenabhängigen transparent, aber auch individuell sehr flexibel sein.

Die bereits im § 140 des SGB V etablierte Möglichkeit der integrativen Versorgung (Maus 2000) sowie die geplante Etablierung von Fallpauschalen (Clade 2000) und sogenannten „Diagnostic Related Groups“ (DRG) stellen für das bestehende Krankenhaussystem eine große Herausforderung dar, in der aber gerade für die medizinische Drogenbehandlung großen Chancen liegen. Von einer integrierten und damit vernetzten Versorgung drogenabhängiger Patienten in der Region können Anbieter, Kostenträger und Patienten ggf. gleichermaßen profitieren. Eine qualifizierte Entzugsbehandlung folgt in einem solchen Rahmen bei Krisenbehandlungen, Motivationsbehandlungen und Behandlung von Komorbidität klaren fachlichen Qualitätsmerkmalen, bleibt aber flexibel und kreativ in der Wahl des Behandlungssettings und der individuellen Behandlungsdauer.

In der Planung zukünftiger qualifizierter Behandlung Drogenabhängiger sollten Fragen der Behandlungsinhalte sowie des Behandlungssettings nicht getrennt voneinander diskutiert werden, um den richtigen Mittelweg zwischen einer hochqualifizierten Behandlung für wenige und einer undifferenzierten Einheitsbehandlung für die große Masse finden zu können.

## Literatur

- *Burian, W., S. Smole* (1997): ‚Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen‘, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 20, 111-113.
- *Clade, H.* (2000): ‚Fallpauschalsystem: Kopernikanische Wende?‘, Deutsches Ärzteblatt 97 (28/29), B 1639-1641.
- *Gölz, J.* (1998): Moderne Suchtmedizin, Stuttgart (Thieme).
- *Günthner, A., C. Dedner, G. Schäfer, J. Berl, T. Kuder, T. Bader, W. Dengler* (2000): ‚Komorbidität bei Drogenabhängigen‘, Suchttherapie 1, 16-20.
- *Kuhlmann, T., H. E. Hasse, D. Sawalies* (1994): ‚Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW‘, Psychiatrische Praxis 21, 13-18.
- *Maus, J.* (2000): ‚Integrierte Versorgung: KBV will Rosinenpickerei und Einkaufsmodelle verhindern‘, Deutsches Ärzteblatt 97 (4), B 1396-1397.
- *Miller, W. R., S. Rollnick* (1999): Motivierende Gesprächsführung, Freiburg (Lambertus).
- *Ministerium für Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.)* (1999): Landesprogramm Sucht - Eine Gemeinschaftsinitiative, Düsseldorf.
- *Poehlke, T., I. Flenker, A. Follmann, F. Rist, G. Kremer (Hrsg.)* (2000): Suchtmedizinische Versorgung - Grundlagen der Behandlung, Bd. 1, Berlin-Heidelberg (Springer).
- *Poehlke, T., I. Flenker, H.-J. Schlüter, H. Busch* (2000): Suchtmedizinische Versorgung - Drogen, Bd. 2, Berlin-Heidelberg (Springer).
- *Poser, W., S. Poser* (1996): Medikamente - Missbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart (Thieme).
- *Prochaska, J. O., C. C. DiClemente* (1984): The Transtheoretical Approach - Crossing Traditional Boundaries of Therapy, Homewood (Dow Jones Irwin).
- *Reker, M.* (1998): Der Auftrag einer Drogen- (bzw. Alkohol-) Institutsambulanz im regionalen Verbund, Vortrag auf der 10. Jahrestagung der Suchtbereichsleiter am 19./20.11.1998 in Berlin.
- *Reker, M.* (1999): ‚Die Dauer der qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger zu Lasten der Krankenversicherung‘, Sucht 45 (6), 412-415.
- *Seidenberger, A., U. Honegger* (1998): Methadon, Heroin und andere Opiate, Bern (Hans Huber).

# Drogennotfallprophylaxe - Ein Auslaufmodell?

## Die Entwicklung des Modellprogramms

Von 1994 bis 1998 wurde unter dem Titel „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“ vom Bundesministerium für Gesundheit ein Bundesmodellprogramm finanziert. Dieses Modellprogramm war vom Bundesministerium für Gesundheit zunächst im Herbst 1994 in sechs Städten (Berlin, Bremen, Dortmund, Frankfurt am Main, Hamburg und Oldenburg) als Reaktion auf die Anfang der neunziger Jahre stark gestiegene Zahl der Drogentoten initiiert worden. Aus vorangegangenen Studien zum Drogennotfall (Heckmann et al. 1993) war bekannt, dass Drogenabhängigen nach einem Notfall zwar hochkompetent von den Rettungsdiensten und Kliniken bei der Überwindung einer lebensbedrohlichen Situation geholfen wird, eine umfassende somatische und psychosoziale Diagnostik und Behandlung in der Regel aber nicht stattfindet. Mit dem Modellprogramm sollte versucht werden, diese Versorgungslücke zu schließen.

In jeder der beteiligten Städte sollten zwei erfahrene Fachkräfte aus der Drogenhilfe Kontakt zu einem oder mehreren Allgemeinkrankenhäusern aufnehmen, in denen Drogennotfallpatienten behandelt wurden, und mit diesen Krankenhäusern eine enge Kooperation aufbauen. Im Idealfall sollte diese Kooperation so aussehen, dass die Fachkräfte der Drogenhilfe ein Büro im Krankenhaus erhielten und über alle neu aufgenommenen Patienten mit Drogenproblemen informiert werden. Dann sollten sie diese Patienten aufsuchen, ein Erstgespräch führen und gemeinsam mit dem Krankenhauspersonal für eine umfassende medizinische und psychosoziale Behandlung sorgen.

Sehr schnell zeigte sich, dass in den Krankenhäusern Drogennotfallpatienten nicht die einzigen Patienten mit Suchtproblemen waren. Die Mitarbeiter der Modellprojekte wurden bald von anderen Drogenabhängigen angesprochen, die sich zur stationären Behandlung anderer Erkrankungen im Krankenhaus aufhielten. Hinzu kamen Drogenabhängige, die zur Entgiftung auf einer internistischen Station aufgenommen worden waren, auf denen keine suchtspezifischen Fachkräfte beschäftigt waren. Vor allem aber wurden die Mitarbeiter von dem Stationspersonal danach gefragt, warum sie sich nur an die verhältnismäßig kleine Gruppe der Menschen mit illegalem Drogenkonsum, nicht aber an die ungleich größere Gruppe der Krankenhauspatienten mit Alkoholproblemen richteten.

In dieser Situation beschloss das Bundesministerium eine Ausweitung des Modellprogramms. Die Zahl der Standorte wurde auf elf erweitert (hinzu kamen Augsburg, Erfurt, Hannover, Leipzig und Stuttgart), und die Zielgruppe wurde ausgedehnt auf alle Krankenhauspatienten mit Suchtproblemen. In einzelnen Standorten wie Leipzig und Erfurt standen Alkoholprobleme im Vordergrund, während in mehreren Projekten in den alten Bundesländern der Schwerpunkt noch auf illegalen Drogen lag; generell sollten die Modellprojekte aber alle Patienten mit Suchtproblemen unabhängig von dem jeweiligen Suchtmittel ansprechen.

## Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Mit der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“ wurde das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) beauftragt. Inzwischen ist ein ausführlicher Bericht der wissenschaftlichen Begleitung erschienen (Arnold et al. 1999). Folgende Fragestellungen lagen der wissenschaftlichen Begleitung zu Grunde:

- Welche Zielgruppen werden in der Institution Krankenhaus erreicht?
- Wie arbeiten das System der Drogen- und Suchtkrankenhilfe und das Gesundheitssystem an der Schnittstelle Krankenhaus in der Versorgung von Patienten mit Alkohol- und Drogenproblemen zusammen?
- Lässt sich die Versorgung von Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen an der Schnittstelle Krankenhaus durch einen spezialisierten Suchthilfedienst verbessern?
- Welche Auswirkungen hat ein solcher Spezialdienst auf die Adressaten?
- Welche Auswirkungen hat ein solcher Spezialdienst auf die beteiligten Institutionen Krankenhaus und Drogen- und Suchtkrankenhilfe?

Diese Fragestellungen enthalten sowohl adressatenbezogene als auch institutionenbezogene Aspekte. Zunächst werden die Ergebnisse zu den adressatenbezogenen Aspekten vorgestellt.

Zwischen Januar 1995 und September 1998 wurden von der wissenschaftlichen Begleitung 4.966 Krankenhausaufnahmen dokumentiert. Damit wurden insgesamt 3.986 Krankenhauspatienten erreicht. Bei den restlichen Betreuungsepisoden handelt es sich um Wiederaufnahmen im Krankenhaus und in die Modellprojekte. Zu 730 Personen konnten im Rahmen eines Follow-Up eineinhalb Jahre nach der Krankenhausausschreibung erneut Daten erhoben werden. Eine weitere Nachbefragung ist inzwischen abgeschlossen.

Krankenhauspatienten mit Drogenproblemen unterscheiden sich von Drogenabhängigen in ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen dadurch, dass sie im Durchschnitt etwas älter sind, noch schlechter in soziale Netzwerke eingebunden sind und über weniger Ressourcen zur Überwindung ihrer Abhängigkeit verfügen. Der Frauenanteil ist deutlich höher als in der ambulanten und erst recht als in der stationären Drogenhilfe. Bei der Datenauswertung zum Behandlungsverlauf und bei den Daten aus dem Follow-Up zeigt sich darüber hinaus, dass die Morbidität und Mortalität in dieser Zielgruppe sehr hoch ist. Zwar hatten 77 % der Männer und 85 % der Frauen in der Vergangenheit bereits Kontakt zur Drogenhilfe, aber zum Zeitpunkt ihrer Krankenhausaufnahme wurden weniger als die Hälfte (46 % der Männer und 56 % der Frauen) aktuell durch Drogenhilfeeinrichtungen betreut.

Krankenhauspatienten, die nach einem Drogennotfall stationär aufgenommen wurden, sind im Durchschnitt zwei Jahre jünger als die anderen drogenabhängigen Patientinnen und Patienten. 32 % der weiblichen und 16 % der männlichen Drogennotfälle sind unter 21 Jahre alt. Fast alle anderen Unterschiede, die sich zwischen Drogennotfällen und anderen Drogenabhängigen im Krankenhaus zeigen, verschwin-

den, wenn man das Alter als Kontrollvariable berücksichtigt. Es sind also weniger soziodemografische oder suchtbioграфische Faktoren, auf die Drogennotfälle zurückgeführt werden können, als vielmehr riskante Situationen wie etwa nach einer Cleanphase, bei hochriskanten Konsummustern oder bei unerfahrenen und risikobereiten Konsumenten. Das Risiko für erneute Drogennotfälle sowie die Mortalitätsrate sind bei dieser Zielgruppe deutlich erhöht. Zum Drogenhilfesystem hat diese Zielgruppe noch weniger Kontakt als die anderen Drogenabhängigen im Krankenhaus.

Im Vergleich zu Klienten, die die Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe wegen Alkoholproblemen aufsuchen, ist die Zielgruppe der Krankenhauspatienten mit Alkoholproblemen durchschnittlich älter, die Integration in den Arbeitsmarkt niedriger und die Einkommenssituation schlechter. Nur 27 % der Männer und 21 % der Frauen verdienen ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit. Ein großer Teil dieser Zielgruppe wird mit dem Rettungswagen eingeliefert und/oder über die Notaufnahme erreicht. Morbidität und Mortalität sind insbesondere bei den Fällen, die durch die Rettungsdienste eingeliefert werden, hoch. 41 % dieser Zielgruppe hatten bereits Kontakt mit Institutionen der Suchtkrankenhilfe. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in ein Krankenhaus werden weniger als 10 % durch die Suchtkrankenhilfe betreut.

78 % der Klientinnen und 85 % der Klienten mit Alkoholproblemen haben in dem der Krankenhausaufnahme vorangehenden Monat mehrmals täglich Alkohol getrunken. Die aus den Angaben zu den Konsummustern unter Verwendung des Frequenz-Menge-Indexes errechnete durchschnittliche Menge reinen Alkohols liegt erheblich über den üblichen Grenzwerten, ab denen gesundheitliche Folgen wahrscheinlich werden (40 Gramm für Männer und 20 Gramm für Frauen). Entsprechend hoch sind die körperlichen Suchtfolgeschäden. Ganz offensichtlich werden im Krankenhaus Zielgruppen erreicht, bei denen ein dringender Bedarf an suchtspezifischer Behandlung vermutet werden kann.

Aus den Daten zur Behandlung im Krankenhaus, den psychosozialen Interventionen der Modellfachkräfte und den Ergebnissen des Follow-Up wurden adressatenbezogene Erfolgskriterien abgeleitet, die eine Evaluation des Modellprogramms ermöglichen. Folgende Erfolgskriterien werden verwendet: Die Liegedauer im Krankenhaus, die Durchführung der Behandlung, die Art der Entlassung, die Art der Kontaktaufnahme zu den Zielgruppen im Krankenhaus, die Nutzung der Angebote der Modellprojekte, die Vermittlung (vor allem von aktuell nicht von suchtspezifischen Institutionen betreuten) Klienten in weiterführende Hilfeangebote der Drogen- und Suchtkrankenhilfe, die im Follow-Up berichteten Erfolge dieser Vermittlungen und die - ebenfalls im Follow-Up erhobenen - Veränderungen in wichtigen Lebensbereichen wie zum Beispiel körperliche Situation, psychische Situation, Alkohol- und anderer Drogenkonsum. Dabei zeigt sich für die meisten Erfolgskriterien eine positive Tendenz. So wurden zum Beispiel 75 % der beratenen Patienten mit Alkoholproblemen an weiterführende Suchthilfeangebote vermittelt. Auch bei den Patienten, die zunächst keine Krankheitseinsicht gezeigt hatten, gelang in 60 % aller Fälle eine Weitervermittlung. Im Rahmen der Follow-Up-

Untersuchung zeigte sich, dass die Mehrzahl der Maßnahmen, in die während des Krankenhausaufenthaltes vermittelt worden war, noch andauerten oder planmäßig beendet worden waren. Dies gilt auch für die Patienten, die wegen Heroin oder anderer Drogen beraten und vermittelt worden waren.

Betrachtet man die institutionellen Auswirkungen des Bundesmodellprogramms, so ist in erster Linie an dabei erprobte Formen der Kooperation zwischen ambulanter Suchtkrankenhilfe und stationärem Krankenhaussystem zu denken. Kennzeichnend für das Bundesmodellprogramm „Drogennotfallprophylaxe“ ist, dass der modellhaft zu erprobende Suchthilfedienst an der Schnittstelle zwischen zwei Hilfesystemen liegt. Dabei gibt es zwischen dem Drogen- und Suchtkrankenhilfesystem auf der einen Seite und dem stationären Gesundheitswesen auf der anderen Seite zahlreiche Unterschiede, die sich zum Beispiel in der Finanzierung der Systeme, in den Organisationsstrukturen, in der beruflichen Sozialisation der Fachkräfte und deren sozialen Status ausdrücken. Diesen Differenzen steht aus fachlichen und rechtlichen Gründen das Gebot der Kooperation gegenüber. Solange nur gute Absichten und persönliche Anstrengungen hinter den Kooperationsbemühungen stehen, sind die Chancen für gelungene Kooperationen schlecht. Kooperierende Organisationen müssen gemeinsame Ziele bestimmen, eine gemeinsame Kultur und tragfähige Strukturen aufbauen und sich der Herausforderung, die eine Kooperation bedeutet, stellen (Langnickel 1997).

Schon vor Jahren hat Wienberg auf die strukturellen Schwierigkeiten hingewiesen, die sich aus der Segmentierung und Versäulung der verschiedenen Hilfesysteme für Abhängige ergeben (Wienberg 1992). Im Verlauf des Modellprogramms war die Organisation der Kooperation über die Grenzen zweier Versorgungssysteme hinweg in allen Standorten immer wieder eine schwierige Aufgabe.

Als institutionenbezogener Wirkungsfaktor kann die Wahl des Arbeitsansatzes betrachtet werden. Es zeichneten sich im Verlauf des Modellprogramms im wesentlichen zwei verschiedene Ansätze ab: Im „Betreuungsansatz“ werden die Klienten im Krankenhaus und auch noch nach der Entlassung sehr intensiv beraten und betreut, während der „Vermittlungsansatz“ nach der Kontaktaufnahme, einer Kurzanamnese und einer eher geringen Anzahl von motivierenden Beratungsgesprächen im Krankenhaus auf Weitervermittlung an andere Hilfeangebote für die Zeit nach der Entlassung zielt. Während der Betreuungsansatz eher dem Selbstbild eines Drogen- und Suchtberaters entspricht, ist der Vermittlungsansatz eher an das Setting des Krankenhauses angepasst. Ein weiterer institutioneller Wirkungsfaktor ergibt sich aus der Frage, ob es den Projekten gelungen ist, regelmäßig im Krankenhaus präsent zu sein. Hinsichtlich der Quantität der im Krankenhaus erreichten Patienten mit Substanzproblemen erwies sich der Vermittlungsansatz in Verbindung mit einer regelmäßigen Präsenz im Krankenhaus als erfolgreicher.

## Diskussion

Auf der Basis der institutionen- und adressatenbezogenen Erfolgskriterien lässt sich feststellen, dass es dem Modellprogramm gelungen ist, Methoden zu erproben, wie ein Suchthilfedienst in der stationären medizinischen Versorgung erfolgreich implementiert werden kann. Trotz dieser positiven Bewertung wird nur der kleinere Teil der Projekte nach dem Auslaufen der Modellprogrammphase weiterfinanziert. Die beiden prinzipiell für eine bedarfsgerechte Regelpraxis „Suchthilfedienst im Krankenhaus“ in Frage kommenden Geldgeber - die Krankenkassen für ein im Rahmen der Pflegesätze finanziertes Modell, Länder und Kommunen für ein analog zur ambulanten Drogenhilfe finanziertes Modell - haben bislang keine Bereitschaft gezeigt, die erheblichen Kosten für eine umfassende Versorgung zu übernehmen.

Alternativ hierzu bietet sich an, die beiden Systeme - stationäres Gesundheitssystem auf der einen Seite, ambulante Drogen- und Suchtkrankenhilfe auf der anderen Seite - stärker in die Verantwortung für die Arbeit mit Süchtigen an der Schnittstelle dieser beiden Systeme zu nehmen. Ärzte und Pflegepersonal müssten besser als bisher für suchtspezifische Themen und die Bedürfnisse von Süchtigen sensibilisiert und bereits in der Ausbildung stärker als bisher mit dem Thema konfrontiert werden. Auf der anderen Seite sollte die ambulante Drogen- und Suchtkrankenhilfe aufsuchende Arbeit im Krankenhaus als lohnenden Weg verstehen, bislang unbetreute Menschen mit Substanzproblemen in einer besonders ansprechbaren Situation zu erreichen. Hierzu besteht ein großer Fortbildungsbedarf, wahrscheinlich auch Bedarf nach weiterer modellhafter Anschubfinanzierung und nach politischer Steuerung.

Die im Rahmen des Bundesmodellprogramms eingesetzten Methoden wie etwa das „Motivational Interviewing“ (Miller und Rollnick 1999), die schnelle Vermittlung an weiterführende Hilfen und die enge Kooperation zwischen Drogen- und Suchtkrankenhilfe und dem medizinischen Versorgungssystem haben sich bewährt und werden in den beteiligten Institutionen in unterschiedlicher Form auch nach dem Ende des Modellprogramms eingesetzt. Wenn es gelingt, diese Ansätze fortzuführen und zu verbreiten, dann ist „Drogennotfallprophylaxe“ kein Auslaufmodell, sondern ein Modellprogramm, von dem wichtige Anregungen für die Regelversorgung ausgegangen sind.

## Literatur

- Arnold, T., M. Schmid, R. Simmedinger (1999): Suchthilfe im Krankenhaus - Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“, Baden-Baden (Nomos).
- Heckmann, W., K. Püschel, A. Schmoldt, V. Schneider, W. Schulz-Schaeffer, R. Soellner, C. Zenker, J. Zenker (1993): Drogennot- und -todesfälle, Baden-Baden (Nomos).
- John, U., U. Hapke, H.-J. Rumpf, A. Hill, H. Dilling (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung, Baden-Baden (Nomos).
- Langnickel, H. (1997): ‚Patentrezept Vernetzung? Zwischen Sparzwängen und Qualitätsansprüchen‘, in *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: QS 10 - Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe*, Bonn, 7-20.
- Miller, W. R., S. Rollnick (1999): Motivierende Gesprächsführung - Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Freiburg (Lambertus).
- Wienberg, G. (1992): Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn (Psychiatrie-Verlag).

# Kosten-Nutzen-Analyse „qualifizierter“ Entzugsbehandlungen bei Alkoholabhängigen

## Einleitung

Seit einigen Jahren werden in den psychiatrischen Kliniken und den psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäuser vermehrt sogenannten „qualifizierte“ Entzüge durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Kombination von medizinisch-psychiatrischen Behandlungselementen zur Überwindung der körperlichen und psychischen Entzugssymptomatik nach Absetzen einer psychotropen Substanz und psychologischen Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft und sozialarbeiterischer Unterstützung bei der sozialen Reintegration sowie Behandlungsvermittlung. Qualifizierte Entzugsbehandlungen werden von verschiedenen Seiten äußerst kritisch betrachtet:

- Es stellt sich die Frage, wer die Kosten für diese Behandlungsform übernimmt.
- Es ist unklar, welche Behandlungsdauer für die qualifizierte Entzugsbehandlung benötigt wird.
- Viele Behandlungselemente des qualifizierten Entzuges ähneln denen, wie sie im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung genutzt werden; so ist der qualifizierte Entzug unter Umständen als verkürzte Entwöhnung zu bewerten.

In der Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck ist Ende der siebziger Jahre durch den verantwortlichen ärztlichen Direktor der Klinik Prof. Dr. Dilling eine sogenannte Motivationstherapie als Element einer „erweiterten Entzugsbehandlung“ für Alkoholabhängige implantiert worden.

Die umfassende Entzugsbehandlung für Alkoholabhängige ist wohnortnah und niedrigschwellig gestaltet (Veltrup et al. 1996). Sie ist auf die individuelle Krankensituation des Patienten ausgerichtet. Die scharfe Trennung von medizinischer und psychologischer Behandlung wurde zu Gunsten eines multidisziplinären Ansatzes aufgehoben. Vor Teilnahme an der Motivationstherapie erhält jeder Patient ein Beratungs- bzw. Indikationsgespräch. Dies kann konsiliarisch am Krankenbett oder auch in der Fachambulanz stattfinden. In dieser ersten Therapiephase steht die medizinische Behandlung der körperlichen Entzugssymptome im Vordergrund. Die Dauer der Entgiftung ist vom individuellen Krankheitszustand des Abhängigen abhängig und reicht von drei bis 21 Tagen.

Nach Abklingen der schwerwiegendsten körperlichen Entzugssymptome werden die Patienten im Rahmen eines strukturierten Therapieprogramms behandelt. Die Dauer beträgt 21 Tage. Es werden jeweils bis zu zehn Patienten in einer halboffenen, geschlechtsheterogenen Gruppe zusammengefasst. Zu den Behandlungselementen gehören tägliche gruppentherapeutische Sitzungen, ärztliche Visitengespräche, einzeltherapeutische Maßnahmen, autogenes Training, Informationsgruppen, eine Angehörigengruppe, Musik- und Werktherapie, Frühgymnastik, Sozialsprechstunden und der Besuch von vier verschiedenen Selbsthilfegruppen. Im Bedarfsfalle werden auch Gespräche mit Angehörigen angeboten. Die Ziele der Motivationstherapie lauten: Konsolidierung des körperlichen Entzuges, Entwicklung eines angemessenen Problemverständnisses, Konsolidierung der Abstinenzentscheidung, Entwicklung von Selbstkontrolle

und Realitätswahrnehmung, Entwicklung von sozialer Kompetenz und Inanspruchnahme weiterführender Hilfe.

Ein wichtiger Behandlungsschwerpunkt ist die Entwicklung von angemessenen Bewältigungsstrategien für den Umgang mit rückfallgefährdenden Situationen und mit eingetretenen Rückfällen. Aktuelle innere und äußere Lebensbedingungen werden aus dem Gesichtspunkt der Rezidivgefährdung mit dem Patienten anhand des Rückfallmodells von Marlatt und Gordon (1985) bearbeitet. Es werden alternative Verhaltensstrategien im Umgang mit Gefährdungssituationen eingeübt. Es soll deutlich werden, dass jeder Vorgang weniger eine Verkettung schicksalhafter Zufälle, sondern eine Abfolge von herbeigeführten Situationen und getroffenen Entscheidungen ist. Die Patienten bekommen vermittelt, dass sie selbst entscheidenden Einfluss auf einzelne Schritte ihres Problemverhaltens bzw. ihres Problemlösungsprozesses nehmen können.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung sozialer Kompetenz geht es darum, die im Vorlauf der Abhängigkeitsentwicklung häufig reduzierten Kontakt- und Kommunikationsfertigkeiten zu verbessern. Konkrete Perspektiven in wichtigen Lebensbereichen (Familie, soziale Kontakte, Beruf, Freizeitgestaltung) werden mit dem Patienten erarbeitet. Der Schwerpunkt liegt dabei im kurz- bzw. mittelfristigen Bereich.

## Studie 1: Langzeitverlauf bei entzugsbehandelten Alkoholabhängigen

Es wurde der Verlauf von insgesamt 116 Patienten über einen Zeitraum von sechs Jahren nach Abschluss der stationären Entzugsbehandlung verfolgt. 58 Patienten nahmen an der ausschließlich medizinisch-psychiatrischen Entzugsbehandlung teil und erhielten zusätzlich ein motivationales Einzelgespräch mit dem Ziel, die Patienten zur Teilnahme an der Motivationstherapie bewegen (Lange, Veltrup und Driessen 2000). Die Beschreibung der Stichprobe findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

	Entzug I N = 58	Entzug II N = 58
Alter .....	42,2 .....	40,4
	(SD 0,3)	(SD 9,7)
Männer .....	66,8 % .....	70,7 %
Verheiratet .....	25,9 % .....	36,2 %
Hauptschule .....	60,3 % .....	60,3 %
Arbeitslos .....	36,2 % .....	41,4 %
Frühere Entzugsbehandlung .....	50,0 % .....	50,0 %
Frühere Entwöhnung .....	19,0 % .....	15,5 %

Die Patienten wurden vier Monate (erreicht: 84,5 %), acht Monate (erreicht: 72,4 %), 12 Monate (erreicht: 71,5 %) und 72 Monate (erreicht: 66,4 %) nach Abschluss der Entzugsbehandlung im Rahmen eines persönlichen halbstandardisierten Interviews nachbefragt. 17,3 % der Patienten sind im Untersuchungszeitraum verstorben. Die wichtigsten Resultate der Studie sind:

- Das Inanspruchnahmeverhalten im Zusammenhang mit weiterführender Hilfe ist bei den Patienten des erweiterten Entzuges höher als bei den Entgiftungspatienten.
- Das nachklinische Trinkverhalten der beiden Behandlungsgruppen ähnelt sich immer mehr. Signifikante Unterschiede lassen sich zumeist nicht feststellen.

Tabelle 2: Inanspruchnahme weiterführender Hilfe

	Entzug I N = 58	Entzug II N = 58
<b>Selbsthilfegruppen</b>		
bis 4. Monat .....	25,9 %	46,6 % <sup>a</sup>
5. bis 8. Monat .....	15,5 %	20,7 %
9. bis 12. Monat .....	13,8 %	15,5 %
3. bis 72. Monat .....	17,2 %	22,4 %
<b>Entwöhnungsbehandlung</b>		
bis 4. Monat .....	0,0 %	1,7 %
5. bis 8. Monat .....	12,1 %	3,4 %
9. bis 12. Monat .....	1,7 %	1,7 %
13. bis 72. Monat .....	5,2 %	5,2 %

<sup>a</sup> $\chi^2 = 5,37$ ,  $p = 0,02$

Durchgängig abstinent über 72 Monate lebten 6,9 % der Patienten nach dem Entzug II und 3,4 % der Entzug-I-Patienten. Die genauen Angaben über den Verlauf der Abstinenz findet sich in Tabelle 3. Die Prozentangaben beziehen sich auf die jeweilige Ausgangsstichprobe (konservative Erfolgsbemessung).

Tabelle 3: Aufrechterhaltung von Abstinenz

	Entzug I N = 58	Entzug II N = 58
Bis 4. Monat .....	32,8 %	34,5 %
Bis 8. Monat .....	13,8 %	22,4 %
Bis 12. Monat .....	5,2 %	17,2 % <sup>a</sup>
Bis 72. Monat .....	3,4 %	6,9 %

<sup>a</sup> $\chi^2 = 4,24$ ,  $\chi^2 = 5,37$ ,  $p = 0,02$ ,  $p = 0,04$

## Studie 2: Lübecker AOK-Studie

In enger Zusammenarbeit mit der AOK Schleswig-Holstein wurde nach Prüfung der datenschutzrechtlichen Bedingungen eine Studie mit dem Ziel initiiert, den Verlauf der AOK-Mitglieder unter den Patienten des Entzuges I (Entgiftung) und dem erweiterten Entzug (Entzug II) unter dem Gesichtspunkt der Inanspruchnahme von weiteren Leistungen des Gesundheitssystems fünf Jahre nach Abschluss der Indexbehandlung zu prüfen (Driessen et al. 1999). Die Ausgangshypothese lautete: Patienten, die an einer erweiterten Entzugsbehandlung teilnehmen, profitieren von dieser Maßnahme in einem solchem Umfang, dass sie in der Folge seltener (langfristig) arbeitsunfähig sind und seltener und weniger lange Krankenbehandlungszeiten benötigen.

Von den 180 untersuchten Patienten, die zum Zeitpunkt der Indexbehandlung Mitglied der AOK waren (Entzug I = 79 Patienten, Entzug II = 101 Patienten), sind während der folgenden Jahre 11,7 % verstorben, 31,1 % wechselten die Krankenkasse bzw. beendeten die Mitgliedschaft bei der AOK für einen Zeitraum von über sechs Monaten, 0,6 % ge-

hörten der Seekasse an, und von 4,4 % konnten keine Angaben im weiteren Verlauf gefunden werden. So konnten für 94 Probanden (52,2 % der Ausgangsstichprobe) Angaben zur Berechnung der Hospitalisierungsfrequenz und -dauer erhoben werden. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit liegen nur bei regulär Versicherten vor. Es konnten von 29,4 % der Ausgangsstichprobe diese Daten erhoben werden.

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung

	Entzug I N = 37	Entzug II N = 57
Alter .....	43,4	41,8
	(SD 11,1)	(SD 10,2)
Männer .....	64,9 %	80,7 %
Anzahl v. komorbiden somatischen		
Diagnosen vor Indextherapie <sup>a</sup> .....	4,1	5,6
	(SD 3,3)	(SD 2,7) <sup>b</sup>
Anzahl v. komorbiden psychiatrischen		
Diagnosen vor Indextherapie <sup>a</sup> .....	2,2	2,3
	(SD 1,8)	(SD 1,6)
Behandlungsdauer der Entzug-I-		
Indextherapie in Tagen .....	22,0	14,0
	(SD 24,2)	(SD 29,1)

<sup>a</sup> Anzahl aller Diagnosen, die in der Versicherungsdatei im Zeitraum von fünf Jahren vor der Indextherapie vermerkt waren

<sup>b</sup>  $p = 0,02$

Die beiden Gruppen unterscheiden sich in einigen Merkmalen voneinander. So waren die bei der AOK geführten somatischen Diagnosen in den fünf Jahren vor der Indexbehandlung bei den Entzug-II-Patienten im Mittel höher als bei den Patienten im Entzug I.

In den fünf Jahren vor der Indextherapie sind die Patienten im Mittel fünfmal zu einer nicht genauer zu spezifizierenden stationären Therapie aufgenommen worden. Nach der Indextherapie zeigen sich erhebliche Unterschiede (Tabelle 5).

Tabelle 5: Hospitalisierungshäufigkeit und -dauer

	Entzug I N = 37	Entzug II N = 57	P
<b>Hospitalisierungen</b>			
5 Jahre vor Indextherapie .....	5,4	4,4	
	(10,2)	(4,4)	
5 Jahre nach Indextherapie .....	7,3	3,5	*
	(11,3)	(4,4)	
Differenz nach-vor Indextherapie .	+1,9	-0,8	
	(8,4)	(4,5)	
Weniger Hospitalisierungen .....	35,1 %	56,1 %	*
Unveränd./mehr Hospitalisierung .	64,9 %	43,9 %	
<b>Kumulative Hospitalisierungsdauer (Tage)</b>			
5 Jahre vor Indextherapie .....	62,6	65,2	
	(108,0)	(73,2)	
5 Jahre nach Indextherapie .....	135,8	55,7	***
	(167,3)	(75,4)	
Differenz nach-vor Indextherapie .	+73,1	-9,5	
	(143,8)	(89,5)	
Weniger Hospitalisierungstage .....	37,8 %	62,2 %	*
Gleich/mehr Hospitalisierungstage	61,4 %	38,6 %	

In Tabelle 6 findet sich der Vergleich der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und dem Bezug von Krankengeld für die Patienten, bei denen während der gesamten Zeit ein regulärer Versicherungsstatus bestanden hat.

Tabelle 6: Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld

	Entzug I N = 15	Entzug II N = 38	P
<b>Arbeitsunfähigkeit (Tage)</b>			
5 Jahre vor Indextherapie .....	133,9 .....	126,6	
	(110,1)	(117,1)	
5 Jahre nach Indextherapie .....	241,3 .....	163,6	
	(233,5)	(142,9)	
Differenz nach-vor Indextherapie .	+107,3 .....	+36,9	
	(224,2)	(140,1)	
Weniger Hospitalisierungen .....	33,3% .....	36,8%	
Unver./mehr Hospitalisierungen ....	66,7% .....	63,2%	
<b>Krankengeld (Tage)</b>			
5 Jahre vor Indextherapie .....	62,7 .....	36,3	
	(83,8)	(62,6)	
5 Jahre nach Indextherapie .....	219,7 .....	67,1 .....	***
	(187,4)	(73,4)	
Differenz: Nach-vor Indextherapie	+156,9 .....	+30,8	
	(174,2)	(97,5)	
Weniger Krankengeldtage .....	6,7 % .....	28,9 %	
Gleich/mehr Krankengeldtage .....	93,3 % .....	71,1 %	

Zusammenfassend konnten die Ausgangsvermutungen nur zum Teil bestätigt werden. Fazit bleibt, dass die erhöhten Ausgaben durch die Krankenversicherung durch den erweiterten Entzug in den Folgejahren mehr als eingespart werden können (Tabelle 7). Es zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der Indexbehandlung für den Entzug II die stationären Behandlungskosten deutlich höher sind als für den Entzug I, die stationären Behandlungskosten in den Folgejahren aber bei den Inanspruchnehmern vom Entzug II deutlich abnehmen, so dass - die Pflegesätze der Medizinischen Universität zu Lübeck (Stand 1998) angenommen - sich eine Kostenersparnis von 54,2 % ergibt.

Tabelle 7: Stationäre Behandlungskosten

	Entzug I	Entzug II
Entgiftung (Tagessatz: 416 DM) .....	9152 DM .....	5824 DM
Pauschale für Entzug II (21 Tage) .....		6500 DM
Stationäre Behandlungskosten innerhalb von 5 Jahren nach Indextherapie (Tagessatz: 416 DM) ..	56576 DM ....	23296 DM
Stationäre Gesamtkosten .....	65728 DM ....	35620 DM

### Studie 3: Lübecker Studie zur Förderung der aktiven Auseinandersetzung von Alkoholabhängigen mit ihrer Abhängigkeit

Es handelt sich um eine durch Bundesmittel geförderte Studie (John et al. 1997), die zwischen 1995 und 1997 durchgeführt worden ist. Von insgesamt 425 alkoholabhängigen Patienten, die im Untersuchungszeitraum in der psychiatrischen Klinik zur Aufnahme vorgestellt worden sind, konnten 322 randomisiert den zwei Behandlungsarmen zugeteilt und behandelt werden. Von diesen beendeten 94,1 % der Patienten ihre Therapie regulär. Die eine Interventionsform umfasste eine Entgiftungsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik. Während dieser Behandlung wurden drei motivationale Beratungsgespräche in Anlehnung an das „Motivational Interviewing“ von Miller und Rollnick (1991) durchgeführt. Die zweite Intervention beinhaltete die körperliche Entzugstherapie sowie die Teilnahme an einem zweiwöchigen gruppentherapeutischen Behandlungsprogramm. Die Maßnahmen umfassen weitgehend jene Elemente, wie sie in der Beschreibung des erweiterten Entzugsangebotes dargestellt sind. In der Abbildung sind die zentralen Inhalte der beiden Programme dargestellt:

#### Motivationale Interventionen

Motivationale Einzelberatung	Strukturierte Motivationstherapie
Drei halbstündige Einzelberatungen:	Zweiwöchiges, strukturiertes Gruppenangebot für 8 bis 10 Patienten:
• Entwicklung eines angemessenen Problemverständnisses	9 Gruppentherapiesitzungen
* Erfassung der Lebenssituation und Entwicklung von Zukunftsperspektiven	4 Selbsthilfegruppenbesuche
* Vermittlung von weiterführender Hilfe	4 Informationsgruppen
	10 Sitzungen Entspannungstraining
	4 ambulante Nachsorgegruppen
	Ärztliche Gruppen- und Einzelvisiten

In Tabelle 8 ist die Stichprobe skizziert. Zwischen den Patienten der motivationalen Einzelberatung und der strukturierten Motivationstherapie finden sich keine signifikanten Unterschiede. Eine ausführliche Ergebnisbeschreibung der Studie findet sich bei John et al. (1997).

Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung

	Motivationale Einzelberatung N = 161	Strukturierte Motivationstherapie N = 161
Alter .....	40,7 .....	42,2
Männer .....	72,7 % .....	71,4 %
Verheiratet .....	23,0 % .....	29,8 %
Arbeitslos .....	45,3 % .....	48,2 %
Frühere Entzugsbehandlung ....	46,0 % .....	45,4 %
Frühere Entwöhnung .....	19,9 % .....	16,7 %

Die zentralen Ergebnisse der Studie sind, dass bezüglich der Inanspruchnahme von weiterführender Behandlung sowie der Aufrechterhaltung der Abstinenz beide Interventionsgruppen sich nachklinisch nicht unterscheiden. In Tabelle 9 werden die Ergebnisse der ersten Sechs-Monats-Katamnese dargestellt. Es konnten von 69,2 % der ehemaligen Patienten nachklinische Daten erhoben werden.

Tabelle 9: Entwicklung in den ersten sechs Monaten nach Behandlung

	Motivationale Einzelberatung N= 161	Strukturierte Motivations-therapie N= 161
Besuch einer Selbsthilfegruppe	13,7 %	25,5 % <sup>a</sup>
Kontaktaufn. zur Suchtberatg.	6,8 %	6,8 %
Ambulante Therapie	9,9 %	12,4 %
Stationäre Entwöhnung	7,5 %	5,6%
Durchgehende Aufrechterhaltung von Abstinenz	27,3%	29,2%

<sup>a</sup> $\chi^2 = 8,24$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,02$

## Diskussion

Eine qualifizierte psychiatrische Akutbehandlung für Alkoholabhängige, welche sowohl die körperliche Entzugsbehandlung als auch psychologische Intervention umfasst, ist ein sinnvolles neues Element im Rahmen des sekundärpräventiven Unterstützungssystems bei Alkoholabhängigen. Es können Einstellungs- und Verhaltensänderungen erreicht werden. Als „Clearing-Stelle“ ist die psychiatrische Akutbehandlung auch zur weiteren Behandlungsplanung sinnvoll. Die katamnestic Ergebnisse zeigen Abstinenzraten, die deutlich unterhalb der Quoten liegen, die in Entwöhnungseinrichtungen erreicht werden (Missel et al. 1997). Beim nachklinischen Inanspruchnahmeverhalten zeigt sich, dass Patienten häufig erst nach längerer Zeit der Teilnahme an suchtspezifischen stationären Behandlungen zustimmen bzw. sich zum Besuch von Selbsthilfegruppen entschließen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse ergibt, dass mit einem qualifizierten Entzug-II-Programm spätere Folgekosten eingespart werden können. Unklar bleibt, welche Behandlungsdauer und welche konkrete Behandlungsform umgesetzt werden sollte. Die Studie 3 belegt, dass ein umfassendes und entsprechend personalintensives Therapieprogramm nicht unbedingt notwendig ist, um einen Behandlungserfolg zu erreichen. Vergleicht man die Abstinenzquoten nach der motivationalen Beratung mit den Ergebnissen der „reinen“ Entzug-I-Behandlung, so ist eine Verdoppelung der Abstinenzraten erreichbar. Eine dreiwöchige Entzug-II-Behandlung führt kaum zu anderen Ergebnissen als ein zweiwöchiges gruppentherapeutisches Programm. Die qualifizierte Entzugsbehandlung kann sicherlich zukünftig auch verstärkt in Allgemeinkrankenhäusern implantiert werden. Dazu gibt es bereits Erfahrungen und vereinzelt Modellprojekte.

Gleichzeitig belegen die Ergebnisse aber auch, dass auf die suchtspezifische Behandlung in Form von ambulanter und (teil-)stationärer Entwöhnung nicht verzichtet werden

kann. Die Akutbehandlung dient dem Ziel der Förderung von Änderungsbereitschaft, während die Inanspruchnahme von weiterführender suchtspezifischer Hilfe die Entwicklung einer entsprechenden Änderungskompetenz fördert. Die vernetzte Hilfe und damit die verstärkte Zusammenarbeit von Einrichtungen der medizinischen Versorgung, der Psychiatrie und dem suchtspezifischen Hilfesystem kann zukünftig sicher dazu beitragen, Patienten mit einer Suchtproblematik frühzeitig zu identifizieren und ihnen entsprechende Frühinterventionen anzubieten, um den Ausstieg aus der Sucht schneller zu schaffen. Chronisch Abhängige benötigen eine koordinierte Hilfe, um körperliche, psychische und soziale Folgen zu lindern oder zu heilen. Die qualifizierte Entzugsbehandlung wird ein wichtiges Behandlungselement in einem differenzierten Unterstützungssystem sein. Weitere Forschung ist notwendig, um abzuklären, welches Behandlungssetting, welche Therapiedauer und welche Interventionen auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten am wirksamsten sind.

## Literatur

- Driessen, M., C. Veltrup, K. Junghanns, A. Przywara, H. Dilling (1999): ‚Kosten-Nutzen-Analyse klinisch evaluierter Behandlungsprogramme am Beispiel einer erweiterten Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit‘, *Nervenarzt* 70, 463-470.
- U. John, C. Veltrup, J. Weber, M. Driessen, D. Metten, I. Müller, T. Wetterling H. Dilling (1997): Motivierung von Alkoholikern zur aktiven Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit im Rahmen psychiatrisch-stationärer Entzugsbehandlung - Abschlussbericht, Lübeck (Medizinische Universität).
- Lange, W., C. Veltrup, M. Driessen (1999): ‚Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen‘, *Sucht* 45, 235-244.
- Marlatt, G. A., J. R. Gordon (1985): *Relapse Prevention*, New York (Guilford Press).
- Miller, W. R., S. Rollnick (Eds.) (1991): *Motivational Interviewing - Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York (Guilford Press).
- Missel, P, W. Braukmann, H. Buschmann, A. Dehmlow, F. Herder, R. Jahrreis, E. Ott, C. Quinten, B. Schneider, U. Zemlin (1997): ‚Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker - Effekte einer klinikübergreifenden Katamnese‘, *Sucht aktuell* 4, 10-22.
- Veltrup, C., K. Junghanns, J. Weber, C. Urbinat, M. Driessen, T. Wetterling, U. John, H. Dilling (1996): ‚Stationäre Motivationstherapie (Entzug II) für alkoholabhängige Patienten‘, *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 49, 364-367.

## Qualifizierte Entgiftung – (K)ein Sparmodell für Kostenträger

Das Problemfeld der Suchterkrankungen hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Dies gilt auch für die Alkoholabhängigkeit. Schätzungen der Zahl der Alkoholkranken in Deutschland gehen weit auseinander: Überwiegend werden Zahlen in der Größenordnung von 2,5 bis 4 Millionen genannt; es liegen aber auch Schätzungen vor, die von bis zu 10 Millionen behandlungsbedürftigen Alkoholkranken ausgehen. Eine weitere Entwicklungslinie deutet darauf hin, dass es eine steigende Rate von Jugendalkoholismus gibt und dass nicht mehr überwiegend nur Jugendliche aus unteren sozialen Schichten betroffen sind.

Insgesamt dürfte unbestritten sein, dass es vielfältige Ursachen gibt, aus denen heraus Menschen alkoholabhängig werden (können) und dass die Zunahme der Zahl Alkoholkranker - auch und gerade im Jugendalter - mit gesellschaftlichen Veränderungsprozessen in Zusammenhang steht. Auch wenn es hier nicht um eine Erörterung der sozioökonomischen Rahmenbedingungen in der Gesellschaft insgesamt gehen kann - um Wertewandel und Perspektivverlust, um in Frage stehende oder sich zumindest dramatisch verändernde Ausbildungs- und Beschäftigungsperspektiven und andere existenziell wichtige Entwicklungslinien -, so ist hier doch festzuhalten: Aus dem breiten Ursachengefüge für die mögliche Entstehung einer Suchterkrankung resultiert eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, die verschiedenen Ansatzmöglichkeiten in dem breiten Spektrum von der Prävention bis zur Therapie differenziert in den verschiedenen Handlungsfeldern sicherzustellen. Dies gilt auch für die Frage der finanziellen Ressourcen und deren Verwendung.

Entsprechend der verschiedenen Ansatzmöglichkeiten von der Prävention bis zu den unterschiedlichen Formen der Behandlung sind eine ganze Reihe von Institutionen im Bereich der Suchterkrankungen und speziell hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit tätig:

- Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke,
- Sozialpsychiatrische Dienste,
- stationäre Einrichtungen zur Entgiftung und für Entwöhnungsbehandlungen,
- komplementäre Einrichtungen,
- Selbsthilfegruppen.

Diese setzen an unterschiedlichen Phasen einer drohenden oder bereits eingetretenen Alkoholabhängigkeit an. Sicherzustellen ist dabei, dass die Betroffenen zum jeweiligen Zeitpunkt die „richtige“ Intervention oder Behandlung erfahren. Damit stellt sich nicht nur die Frage nach einem adäquaten Therapiekonzept einer einzelnen Institution; ebenso wichtig ist die Vernetzung, das Zusammenwirken in einem Gesamtprozess.

Die Vernetzung oder, noch weitergehend, die Integration von einzelnen, in verschiedenen Institutionen erbrachten Behandlungssegmenten zu einem optimierten Gesamtprozess ist von entscheidender Bedeutung für die weitere Entwicklung (und Entwicklungsfähigkeit) unseres bisher so übermäßig sektoral abgegrenzten Versorgungssystems insgesamt - von entscheidender Bedeutung sowohl hinsichtlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Behandlungsqualität wie auch der Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit. Mehrfach von verschiedenen Institutionen nach unterschiedlichen Diagnose- und Therapieansätzen erbrachte Leistun-

gen sind eben nicht notwendigerweise eine Voraussetzung für den Behandlungserfolg, sondern häufig Ausdruck der Ineffektivität, für die Patienten belastend und unter ökonomischen Gesichtspunkten eine Fehlallokation begrenzter Finanzmittel.

Die mit dem Gesundheitsreformgesetz ab 1. Januar 2000 in §§ 140a ff. SGB V geschaffene Rechtsgrundlage für die Bildung integrierter Versorgungsformen ist ihrerseits zwar eine notwendige, aber letztlich nicht hinreichende Bedingung. Andere rechtliche Rahmenbedingungen im vertrags-, vergütungs- und leistungsrechtlichen Bereich sind unverändert geblieben. Bildlich gesprochen besteht zwar die Möglichkeit, Inseln zu errichten. Wie sich die sie umgebende See ob dieser Landgewinnungsmaßnahme verhält und wie die Verbindungen zu anderen Inseln oder dem Festland aussehen werden, bleibt aber noch unklar. Unbeschadet dessen wird es notwendig sein, dieses Projekt in Angriff zu nehmen, weil der Kurs auf das richtige Ziel weist.

Was für das Gesamtsystem gilt, gilt auch für den hier zu erörternden Bereich der Behandlung Alkoholkranker. Gerade weil verschiedene Institutionen in den jeweiligen Phasen der Prävention und der Behandlung tätig werden, kommt es entscheidend auf das Zusammenwirken an. Grundsätzlich ist das auch von allen Beteiligten so anerkannt. In der Realisierung gibt es aber Schwierigkeiten und ungelöste Fragen. Inhaltlich unterschiedliche Auffassungen bestehen zum Beispiel

- über Art und Dauer von Behandlungsmaßnahmen,
- über die Therapieziele (Abstinenz - kontrolliertes Verhalten),
- über die Verbindlichkeit der Therapieziele,
- über die Verantwortlichkeit für das Erreichen der Therapieziele,
- über die erzielbaren Behandlungsergebnisse.

Auswirkungen ergeben sich hieraus sowohl für die Prozess- und Ergebnisqualität wie auch für die Wirtschaftlichkeit der Behandlung.

Die Behandlung Alkoholabhängiger und insbesondere die Phase der qualifizierten Entgiftung vollzieht sich an der Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und therapeutischen Einrichtungen im Bereich der Rehabilitation und damit auch in der überwiegenden Zahl der Fälle an der Grenzlinie unterschiedlicher Kostenträger. Die hier vorhandenen leistungsrechtlichen Regelungen sind eingebettet in ein Gesamtsystem, das die Möglichkeiten, in einzelnen Behandlungsbereichen Veränderungen zu erreichen, determiniert. Für die Behandlung Alkoholabhängiger und für die qualifizierte Entgiftung gilt - ebenso wie für andere Versorgungsbereiche unseres Gesundheitssystems auch -, dass bei insgesamt begrenzten Ressourcen der Optimierung von Therapie- und Prozessabläufen eine besondere Bedeutung zukommt.

# Qualifizierte Suchtbehandlung – Aufgaben der LVA im gegenwärtigen Gesundheitssystem

Die Landesversicherungsanstalt Hannover kann auf eine ebenso lange wie gute Tradition in der Suchtbehandlung zurückblicken. Unser gut eingespieltes, hochqualifiziertes Team von MitarbeiterInnen des Grundsatzreferates Rehabilitation, des Ärztlichen Dienstes und des Referates für fremde Kliniken entwickelt nunmehr seit Jahren gemeinsam mit den Anbietern bzw. Partnern im Suchtbereich in einer sicherlich vertrauensvollen Zusammenarbeit die Suchtbehandlung kontinuierlich weiter. Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass es - bei gleicher Zielrichtung aller Beteiligten - möglich ist, Teams erfolgreich miteinander zu vernetzen.

In unserem gegenwärtigen Gesundheitssystem sind es die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung und subsidiär der überörtliche Träger der Sozialhilfe, die für die Behandlung und dann im weiteren für die Rehabilitation Suchtkranker zuständig sind. Die Behandlung im Sinne der Akutmedizin, also in der Regel die Entgiftung, obliegt grundsätzlich der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Maßnahmen der medizinischen sowie beruflichen Rehabilitation werden überwiegend durch uns, die gesetzliche Rentenversicherung als Kosten- und Leistungsträger durchgeführt. In einem engen Zusammenhang hierzu stehen gewissermaßen als Partner die Beratungsstellen, die zunehmend ausgebaut betriebliche Suchtkrankenhilfe, der Sozialdienst in Krankenhäusern, die Suchtfachkliniken und die Selbsthilfegruppen.

Wie überall in der Rehabilitation profitiert die Krankenversicherung von den Maßnahmen der Rehabilitation. Hinzu kommt der Sozialhilfeträger, für den gerade durch diesen Personenkreis in der Folge hohe Kosten entstehen können. Der erfolgreich rehabilitierte Suchtkranke erspart somit volkswirtschaftlich gesehen erhebliche Folgekosten. Unser Benefit besteht in der Einsparung von Renten. Für beide gilt zudem, dass ihnen Beitragszahler erhalten bleiben. Aber vergessen wir den Süchtigen selber, seine Familie, Freunde und Angehörige ebenfalls nicht, denn sie sind die Hauptleidtragenden einer Sucht. Zudem sind sie unsere Auftraggeber. Vergessen wir das möglichst nie!

Vielleicht verstehen Sie nun, warum wir uns unserer Aufgabe unter der Wahrung verschiedener Blickpunkte mit einer derart großen Hingabe widmen. Ich denke, dass es uns gelungen ist, bei Wahrung des uns durch den Gesetzgeber erteilten Auftrages der gleichzeitigen Kosten- und Leistungsträgerschaft, die konzeptionellen Ansätze in der Rehabilitation der Suchtkranken mit Initiative und Kreativität fort- und weiterzuentwickeln.

Kostenträgerschaft bedeutet, dass wir für die Finanzierung der Maßnahmen zuständig sind. Dieses hat nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erfolgen. Die Wahrnehmung dieses Gebotes gehört somit zu einer unserer Aufgaben. Leistungsträgerschaft bedeutet, dass wir für Art, Umfang und Dauer wie auch den Ort der einzelnen Maßnahme verantwortlich sind. Dieser Auftrag beinhaltet ebenso die strukturelle wie auch die konzeptionelle Verantwortung - betriebswirtschaftlich gesprochen: Mit möglichst wenig Geld ist möglichst viel zu erreichen!

Dies geschieht innerhalb eines gesetzlichen Rahmens, und unser Leitsatz heißt „Rehabilitation vor Rente“, wie es auch § 9 Abs 1 Satz 2 SGB VI verlangt: „Die Leistungen zur Reha-

bilitation haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreicher Rehabilitation nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.“ Dies ist aber nicht so zu verstehen, dass kurz vor einer Rentengewährung noch eine Rehabilitation durchgeführt werden soll. Vielmehr sollte sie möglichst frühzeitig erfolgen, um so die Dauer des Leistungsvermögens im Erwerbsleben für eine möglichst lange Zeit aufrechtzuerhalten.

Hierbei sind persönliche Voraussetzungen zu prüfen. Gemäß § 10 SGB VI haben diejenigen Versicherten die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation erfüllt, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und insoweit durch Leistungen voraussichtlich

- bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,
- bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder der Eintritt von Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit abgewendet werden kann.

Wir kennen insbesondere zwei Leistungsbereiche der Rehabilitation in der Rentenversicherung:

1. *Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§ 15 SGB VI):* Medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden in stationärer, teilstationärer oder ambulanter Form erbracht. Die Leistungen umfassen alle insofern erforderlichen medizinischen Maßnahmen, insbesondere die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, mit Heilmitteln sowie die Ausstattung mit Hilfsmitteln.
2. *Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation (§§ 16 ff. SGB VI):* Zu den berufsfördernden Leistungen zählen auszugsweise
  - innerbetriebliche Umsetzungen,
  - Arbeitsplatzbeschaffungen, ggf. mit befristeten Lohnzuschüssen,
  - Anlernmaßnahmen mit teilweiser Lohnkostenübernahme,
  - berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung in einem Berufsförderungswerk oder einem Betrieb.

Als das Bundessozialgericht (BSG) in seinem wegweisenden Urteil 1968 die Abhängigkeit von Suchtmitteln in den Rang einer Krankheit erhob, wurde der Weg für die heutige Entwicklung geöffnet. Es war ein Urteil von erheblicher gesellschaftlicher Dimension.

Es dauerte dann noch zehn Jahre, bis es mit dem 20. November 1978 zu der Grundlage allen weiteren Vorgehens im Bereich der Suchtbehandlung in Form der Empfehlungsvereinbarung (EV) Sucht im stationären Bereich kam. 1981 folgte dann die EV zur Vorleistung bei Drogenabhängigen, 1985 wurde das Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) veröffentlicht. Die Nachsorge wurde erstmals in der EV über die Nachsorge 1987 bundesweit geregelt. 1991 folgte die EV zur Ambulanten Rehabilitation Sucht.

Weitergehende qualitätssichernde Maßnahmen erfolgten 1992 in Form des Kriterienkataloges für therapeutische Zusatzausbildungen. 1994 wurde über die Fachausschüsse des VDR die Verwaltungsvereinbarung für die regionalisierte ambulante Nachsorge verabschiedet. Sie beinhaltet auch Anforderungen an therapeutische Konzepte.

Auf breiter Ebene führte der VDR 1995 sein Qualitätssicherungsprogramm für die gesamte Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung ein. Befragungen von Rehabilitanden im Anschluss an Suchbehandlungen finden bereits seit längerem statt. Noch in diesem Herbst wird es dann zur Umsetzung des sogenannten Peer Reviews - das ist die gegenseitige Bewertung der durchgeführten Maßnahmen über die Auswertung des Entlassungsberichtes durch sogenannte Peers - kommen. 1995 wurde ebenfalls im Rahmen der Arbeitsgremien des VDR das Rahmenkonzept für die Adaptionphase erarbeitet.

1996 kam es zur Überarbeitung der EV Ambulante Rehabilitation Sucht.

Ich denke, dass die Chronologie der Ereignisse in den letzten 22 Jahren den steten Fortgang im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung unserer gemeinsamen Bemühungen um eine Verbesserung der Behandlung Suchtkranker aufzeigt. Für die LVA Hannover gilt, dass wir den gegenüber der Rentenversicherung häufig geäußerten Vorwurf, sie erreiche mit ihren Maßnahmen zu wenige Betroffene, da das vorgehaltene Angebot für den Einzelnen zu unattraktiv sei, immer in unsere Überlegungen einbezogen haben. Neben der inhaltlichen Übernahme des Gedankenguts der entsprechenden Empfehlungsvereinbarungen sowie der Grund- und Rahmenkonzepte haben wir in den letzten Jahren in kontinuierlicher eigenständiger Arbeit unsere Angebote differenziert. Bei einem gleich gebliebenen Gesamtrahmen haben wir spezielle Angebote in Absprache mit den Anbietern entwickelt und erproben sie.

Da eine mittlerweile über 20jährige Erfahrung über den biopsychosozialen Hintergrund von Suchtkranken und ihrer Therapie besteht, sehen wir uns nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines gerade in Niedersachsen dichten Netzes von hochqualifizierten Beratungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen zunehmend in der Lage, diese Ergebnisse aus Empirie und Forschung in neuentwickelte konzeptionelle Ansätze umzuwandeln.

So sehen wir hier die Möglichkeit zur Flexibilisierung - unter Wahrung der sogenannten „Objekt Konstanz“. Die Einhaltung dieser Konstanz ist für uns von zentraler Bedeutung. Im Interesse einer Flexibilisierung und damit der individuellen Anpassung an die Bedürfnisse einer betroffenen Person ergeben sich beispielsweise sowohl der Einsatz der Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation wie auch die der stationären Behandlung. Diese können dann in einer individuell angepassten Abfolge genutzt werden.

Der Erhalt der Objekt Konstanz erfolgt über eine „Pflege der Schnittstellen“. Dieser den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen angepasste Einsatz von -Behandlungsmodulen ermöglicht auf der Zeitachse eine Verlängerung der Prozesszeiten in sinnvoller, auf den Einzelfall bezogener Kombination. Dieses Verfahren dürfte zu besseren Ergebnissen im

sogenannten Outcome führen; es entspricht den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen und kann dabei zugleich sogar noch kostengünstiger sein.

Somit lautet unser gegenwärtiger Anspruch an uns selbst: Ausbau von Flexibilisierung und Diversifizierung, um somit eine Qualitätssteigerung zu erreichen. Und so sehen unsere derzeitigen Leistungen aus:

- *Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen:*
  - Zehn Monate einschließlich Adaption plus Nachsorge bzw. ambulanter Rehabilitation für von illegalen Drogen Abhängige;
  - sechzehn Wochen für Alkohol- und Medikamentenabhängige plus (falls erforderlich) Adaption und ambulante Rehabilitation;
  - beide Formen halten kurzzeitorientierte Konzepte vor.
- *Ambulante Entwöhnungsbehandlung:*
  - Achtzehn Monate gemäß Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht;
  - sowohl eigenständig als auch als eine nachgehende Behandlungsform indizierbar;
  - bei 50 anerkannten Behandlungsstellen in Niedersachsen besteht für die Form der Rehabilitation mittlerweile eine nahezu flächendeckende Versorgung.
- *Vernetzungen* vielfältiger Art zwischen den oben genannten Formen werden in laufenden Projekten ausgebaut.
- *Therapie auf dem Bauernhof* an den Standorten Varel und Sögel;
- *Psychose und Sucht* in Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus Osnabrück, der dazugehörigen RPK und den Drogeneinrichtungen Nettetal und Sögel;
- *Tageskliniken* bei Oldenburg und Hannover für von illegalen Drogen Abhängige;
- *Unterstützung der Selbsthilfe;*
- *Rehabilitation Abhängigkeitskranker unter Substitution (RAUS)* in Göttingen unter Einbezug der Einrichtung Waake und der RPK Göttingen;
- *Stabilisierungsorientierte Festigungsbehandlung (STOF);*
- *Entwöhnungsbehandlung im Modulsystem (EMS).*

Die Vielfalt der aufgeführten Maßnahmen dürfte Hinweis genug dafür sein, dass wir uns unter Berücksichtigung all unserer oben genannten Rahmenbedingungen unserer Aufgabe in einem positiven Sinn stellen. Insbesondere möchte ich Ihnen, als Kennern, unsere neuesten Entwicklungen - besser: Angebote - gewissermaßen ans Herz legen. Wir werden Sie gerne beraten, wenn Sie hierzu noch Fragen haben. Uns liegt nach wie vor die optimale Rehabilitation am Herzen. Wir verstehen uns nicht als Leistungsverhinderer.

## Suchtkrankenhilfe unter Kostendruck – und zwischen allen Fronten die Patienten?

Auch wenn die anwesenden Vertreter der Kosten- und Leistungsträgerseite sowie der Niedersächsische Landesdrogenbauauftragte sicher lieber zu hören bekämen, dass eine Verbesserung der Suchtkrankenversorgung im Lande Niedersachsen nicht mehr möglich ist, muss ich - praktisch Martin-Luther-haft - höchst subjektiv Partei ergreifen für diejenigen, die kostenmäßig zwischen allen Fronten sitzen, nämlich die schwerkranken und mehrfachgeschädigten Suchtkranken. Damit ist das Fragezeichen in meinem angekündigten Thema bereits zur Strecke gebracht: Da gehört ein Ausrufungszeichen hin!

Da hat es doch vor einigen Jahrzehnten das Urteil des Bundessozialgerichts gegeben, die Sucht als solche und nicht nur deren Folgen seien als Krankheit anzusehen, womit das Tor zur Finanzierung der Behandlung durch die Krankenkassen aufgestoßen schien. Die Freude währte nicht lange, denn bald zeigte sich, dass die Kassen mit den Rentenversicherern einen Dummen gefunden haben könnten, der sich bereit fände, kostenmäßig herangezogen zu werden. Diese Absprache wurde Empfehlungsvereinbarung genannt, eine wunderbare und eupheme Umschreibung dessen, dass man nun durch Kostenträgerzuständigkeitshin- undherschiebereien das Urteil gemeinsam unterlaufen und torpedieren konnte, denn man steckte sich den schwarzen Peter so lange zu, bis das Problem sich von selbst erledigte; immerhin ist auch die Suizidrate bei Suchtkranken deutlich höher als bei anderen Kranken. Das zuständige Bundesministerium konnte auf eine Nachfrage der Bundesdirektorenkonferenz sogar mit der an Chuzpe kaum zu überbietenden Antwort aufwarten, dass es bei der Versorgung der Suchtkranken kein Problem gäbe, weil die Zuständigkeiten per Vereinbarung ja geklärt seien.

Nicht genug damit: Gemeindenahe Versorgungskonzepte gingen mit den Bach hinunter, weil nun seit Abschluss dieser unseligen Empfehlungsvereinbarung, also seit gut zwei Jahrzehnten, ein Entwöhnungstourismus einsetzen musste, der in der restlichen freien Welt seinesgleichen sucht. So kann ich mich schwarz ärgern über den Unsinn, dass aus Hamburg, München, Berlin oder Osnabrück - wie auch immer die Großstadt heißen mag - Patienten, die vor Ort behandelt werden könnten, Reisen in alle Himmelsrichtungen vorgeschrieben bekommen, nur weil der Leistungsträger es so möchte, um eigene Häuser und solche von Abschreibungsgesellschaften wegen bestehender Belegungsgarantien zu füllen oder um strukturschwachen Regionen aus politischen Gründen unter die Arme zu greifen. Man möchte fast argwöhnen, dass es inzwischen nicht nur darum geht, berufsrehabilitationsunfähige Spreu vom Weizen zu trennen, sondern auch darum, von vornherein eine Vielzahl von Patienten gar nicht erst in eine Motivationsphase vor Ort hineingelassen zu lassen, denn wo kämen wir kostenmäßig hin, wenn man allen eine Chance gäbe, dort trocken zu werden, wo sie im Schlamassel sitzen?

Bewusst ist in meinen Ausführungen nicht die Rede von ungefähr 50.000 bis 100.000 Alkoholtoten und dem Missverhältnis des Hilfeengagements zu den mit 1812 minutiös festgehaltenen Drogentoten im Jahre 1999. Was lernen wir daraus? Die Leichen legaler Konsummuster zählt

man in Tausendern, die illegaler nach Köpfen. Angesichts dessen spreche ich im folgenden auch nur von den Alkoholkranken.

Hier erlaube ich mir außerdem noch einen weiteren Sarkasmus: Allein die 40.000 Leberzirrhose-Toten pro Jahr - und das in mittleren Lebensjahren - sind letztlich auch ein unerhörtes Sparpotenzial für Rentenzahlungen, entlasten den Arbeitsmarkt und das Sozialamt. Arbeitsplätze in der alkoholverarbeitenden und -distribuierenden Industrie wollen auch erhalten werden, so dass bewusst eine Politik betrieben zu werden scheint, die bestimmte schicksalhafte Verläufe brutaldarwinistisch in Kauf nimmt. Man könnte - wie in Amerika für die Raucher - für die Alkoholiker die Versicherungsprämien senken, zumindest in der Rentenversicherung.

Menschen, die nach der Entgiftung bestens in derselben Klinik weiterbehandelt werden könnten, müssen entlassen werden, um dann wegen des beabsichtigten Kostenträgerwechsels Wochen später - wenn sie nicht inzwischen mehrfach wieder aufgenommen wurden - eine Reise anzutreten, vorbei an zwölf Bahnhofs- und sonstigen Kiosken, bis sie an der Therapiestätte im Bayerischen Wald, in der Mark Brandenburg oder in sonstigen idyllischen Regionen anlangen.

Wer das schafft, bei dem braucht man sich nicht zu wundern, dass seine Prognose günstiger ist als die derjenigen, die einen solchen hübschen Trip nicht antreten dürfen. Den Therapeuten *dieser* Patienten glaube ich herzlich gerne, dass die Trockenheitszeiten länger sein werden als die der anderen Gruppe. Forschungsergebnisse, die das belegen, kommen mir so vor wie diejenigen, die beweisen, dass Gesunde älter werden als Kranke. Den *anderen* Patienten fehlt es aber an den elementarsten Voraussetzungen für eine Kur, entweder weil sie zu viele Kontraindikationen aufweisen oder weil sie gar keinen Koffern haben, den sie mit Utensilien für eine Drei-Monats-Kur vollpacken könnten.

Noch eins: Im Jahrbuch Sucht 1998 ist von Hüllinghorst zu erfahren, dass von den 11.300 Therapieplätzen in Suchtfachkliniken 75 % ein *bundesweites* Einzugsgebiet haben und dass sage und schreibe jährlich etwa 24.000 Entwöhnungsbehandlungen von den Rentenversicherern *genehmigt* wurden. Vielleicht kann ich ja nicht rechnen, aber so sind es offenbar pro Platz zwei Klienten der Rentenversicherer. Ein weiterer Einwand ist allerdings, ob *genehmigt* auch *angetreten* bedeutet.

Eine Antwort darauf verdanke ich Frau Kulick von der LVA Rheinland-Pfalz. Sie offenbarte, dass von rund 1.500 Anträgen auf stationäre Entwöhnungsmaßnahmen etwa 900 genehmigt werden, dass weitere 100 die bewilligte Kur gar nicht erst antreten und etwa 250 Kuren nicht plangemäß zu Ende geführt werden. Kurzum: Nur 40 % der ursprünglichen Antragsteller erlangen das, was sie sollten, wollten oder eventuell auch brauchten. Bei diesem Zugangssatz gucken also 60 % der Patienten in die Röhre, erhalten höchstens eine oder viele Entgiftungen. Sie trinken weiter oder müssen sich mit *gemeindenahen Varianten begnügen*. Wenn das medizinisch betrachtet nicht eine verkehrte Welt ist - oder vornehmer ein „Inverse Car Law“ -, dann weiß ich auch nicht!

Noch trostloser wird es, weil wir natürlich die Tatsache berücksichtigen müssen, dass der Großteil der eigentlich notwendigen Anträge gar nicht erst gestellt wird, weil man dort, wo die Süchtigen zuerst landen, weiß, dass solche Anträge nur dann Aussicht auf Erfolg haben, wenn man sie beim Rentenversicherer als die Haute Volée des Alkoholismus anpreist. Aber immerhin: Geht der Antrag erfolgreich durch, entswindet ein Bruchteil der Alkoholikergruppe zur Therapie am Wiesengrund, nachdem sie während der Wartezeit durch Trockenheitsbewährung ihre vermeintlich gute Prognose unter Beweis gestellt hat.

Nun will ich aufhören, ungeschminkte Verlautbarungen von mir zu geben. Es sind mir auch *Argumente für eine wohnortferne Suchtbehandlung* zugetragen worden, eine kleine Auswahl will ich kurz anklängen lassen:

- Die Möglichkeit durch Bündelung von Suchtpatienten, die Behandlung auf hohem qualitativen Niveau wirtschaftliche vertretbar durchzuführen;
- die Notwendigkeit für einen Teil der Patienten, vorübergehend aus ihrem desolaten bzw. suchstabilisierenden Umfeld herausgenommen zu sein, um überhaupt über das eigenen Leben nachdenken und überlegte Entscheidungen treffen zu können;
- generell die Entfernung aus dem Milieu und die Distanz von Tagesproblematik, letztere möglicherweise besonders wichtig für Frauen (Kinder, Haushalt und andere familiäre Verpflichtungen);
- Milieuwechsel „steigert Bereitschaft zu einer kritischen Evaluation des bisher geführten Lebens und die Bereitschaft zur Änderung“;
- Anonymität als Vorteil bei noch unbearbeitetem Scham-, Schuld- und Makelerleben, auch im Hinblick auf fortbestehende gesellschaftliche Stigmatisierung;
- Anonymität für Personen, die in Führungspositionen tätig sind und für die eine „verzahnte gemeindenaher Suchtkrankenversorgung“ nicht in Frage kommt;
- Stimulus der Konkurrenz der überregionalen Angebote versus ggf. bloße Pflichterfüllung bei regionaler Zuständigkeit und dadurch vorhandener Belegungsgarantien - tatsächlich ist Nähe keinerlei Qualitätsbeweis;
- dass der Humor noch nicht verloren ging, beweist der Wernadosche Hinweis auf die außerdem vorhandene Minigolfanlagen.

Wenn allerdings in einem Thesenpapier gegen die Versorgung von Suchtkranken in psychiatrischen Kliniken unter anderem mit dem Argument vom Leder gezogen wird, die Betreiber psychiatrischer Kliniken wendeten sich gegen eine indikationsbezogene Auswahl geeigneter Therapieeinrichtungen und würden leistungsfähige Methoden auf dem Altar einer vordergründigen Bequemlichkeit opfern, so haben sie offenkundig versäumt, zur Kenntnis zunehmen, dass es einerseits auch gemeindenah überaus differenzierte Angebote zu bewundern gilt und es darüber hinaus außerdem und andererseits die von etlichen Experten anerkannte Methodik der gemischtdiagnostischen Belegung von Stationen gibt, der ebenfalls Vorteile zugeschrieben werden - dekoriert mit dem Etikett der „Wiederentdeckung des Subjekts“.

Kommen wir zum Suchtalltag, wie er sich in der Gemeinde darstellt, in Betrieben, auf Parkbänken, in Männerwohnheimen, in Schlichtbausiedlungen, hinter den Bahnhöfen und an den Kiosken. Halden von Flachmännern säumen den Pfad dieser Süchtigen, Grünflächen wurden im Volksmund umbenannt - zum Beispiel in Hansaplatz nach dem Aldi-Bier -, die Produktion von Zündkerzen (Underberg) kann mit dem Bedarf nicht mehr Schritt halten. Wie viele unnütze Utensilien werden alleine deshalb gekauft, um nicht nur Schnaps im Einkaufskorb vor sich herzuschieben?

Das sind die Klienten, um die die Kliniken vor Ort sich kümmern müssen, um die Patienten, die das große Los des Aufenthalts in einer Suchtfachklinik nicht gezogen haben. Es geht also um Hilfe dort, wo sie nötig ist, im sozialen Umfeld, so toxisch es auch sein mag - man kann es ja nicht verlassen. Wie es um die chronisch mehrfachgeschädigten Alkoholiker aussieht, werde ich Ihnen nicht erzählen müssen. Nur am Rande sei erwähnt,

- dass sie zwischen 40 und 50 Jahren alt sind, beschäftigungspolitisch zunehmend uninteressant, und
- dass sie bereits vorher zu den eher sozial schwächeren Gruppierungen gehörten, inzwischen nicht selten obdachlos sind.

Bei den Alkoholikern in unserer Klinik - es handelt sich um 1.800 Fälle in den letzten drei Jahren - ließ sich zum Beispiel feststellen,

- dass ein Fünftel keine feste Bleibe hat,
- dass 50 % nicht familiär eingebunden sind,
- dass trotz teilweise ausreichender Schulbildung (Volksschulabschluss) ein Drittel keine berufliche Ausbildung durchlaufen hat und
- dass nur ein Drittel mit eigener Hände Arbeit seinen Lebensunterhalt verdient und auch nach Behandlung keine Aussicht auf Arbeit hat.

Gillicht moniert zu Recht, dass diesen in dieser Beschreibung deutlich gewordenen Patienten auf dem imaginären Weg in die Fachklinik zu viel zugemutet und abverlangt wird. Da passt es gut, dass sie sowieso dafür nicht in Frage kommen, weil sie keine beruflichen Rehabilitationschancen in sich tragen.

Die immer kürzer werdenden Kostenzusagen im Entgiftungsbereich, S2 und ggf. noch S1 nach Psych-PV, sprechen Bände über den Unwillen der Krankenkassen und deren Medizinische Dienste, sich dem Elend der Suchtkranken finanziell zu widmen. Wie soll ein Kranker nach zehn- oder zwölf-tägiger Entgiftung allein von seiner cerebralen Beeinträchtigung in dieser Phase einen Gewinn davontragen? Auch gelegentlich huldvoll gewährte Kostenübernahmen für Behandlungen, die sich qualifizierter Entzug nennen, ändern an dieser Primitivpsychiatrie nichts, denn so lange man längere und vernünftige Behandlungszeiten nur in Verstecken, die sich Psychosomatische Kliniken nennen, in Anspruch nehmen kann oder nur ständige diagnostische und neologistische Wortschöpfungen mit sekundärem und demnächst wohl auch tertiärem Alkoholismus Aussicht auf Kostenübernahmen eröffnen, solange ganze Psych-PV-Kategorien (S4 oder S5) unter den Tisch fallen und S6 nur schamvoll angezeigt wird bei den Stichtags-erhebungen, so lange wird man davon sprechen müssen, dass der Patient zwischen allen Fronten eingeklemmt ist.

# Verzeichnis der Referenten

*Thomas Belz*

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
Landesdirektion  
Geschäftsbereich Krankenhaus  
Kolumbusstr. 2  
30519 Hannover

*Prof. Dr. Dr. Hinderk M. Emrich*

Medizinische Hochschule Hannover  
Zentrum Psychologische Medizin  
Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie  
30623 Hannover

*Dr. med. Eberhard. Grosch*

Leitender Arzt des Medizinischen Dienstes  
der Landesversicherungsanstalt Hannover  
Lange Weihe 2  
30880 Laatzen

*Dr. med. Gunther Kruse*

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
im Klinikum Hannover  
Rohdehof 5  
30853 Langenhagen

*PD Dr. med. Götz Mundle*

Koordinationsstelle für Suchtforschung an der  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Osianderstr. 24  
72076 Tübingen

*Prof. Dr. med. Wolfgang Poser*

Universität Göttingen  
Zentrum Psychologische Medizin  
Abteilung Psychiatrie  
Von-Siebold-Str. 5  
37073 Göttingen

*Dr. med. Martin Reker*

Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen II  
Psychiatrische Klinik Gilead III/IV  
Remterweg 69-71  
33617 Bielefeld

*Lothar Rimpl*

Landesdrogenbeauftragter  
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit  
und Soziales  
Postfach 141  
30001 Hannover

*Dipl.-Soz. Martin Schmid*

Institut für Sozialarbeit und Sozialpolitik (ISS)  
Am Stockborn 5-7  
60439 Frankfurt am Main

*Dr. phil. Dipl.-Psych. Clemens Veltrup*

Therapieverbund Ostsee  
Geschäftsführung  
Weidenweg 9  
23562 Lübeck

Herausgegeben vom  
Niedersächsischen Ministerium  
für Frauen, Arbeit und Soziales  
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2  
30159 Hannover  
und der  
Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V.  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover

Januar 2001