

# Die Bedeutung der stationären Therapie für Drogenabhängige<sup>1</sup>

Gerhard Bühringer

## 1. Aktuelle Situation

Die stationäre (abstinenzbezogene) Behandlung von Drogenabhängigen hat in den letzten Jahren ihren früheren hohen Stellenwert verloren. Vor Einführung der flächendeckenden Substitution mit Methadon um etwa 1990 war sie bis auf wenige Ausnahmen die alleinige Behandlungsform. Entzugsbehandlungen wurden nur durchgeführt, wenn der Klient zu einer nachfolgenden stationären Entwöhnungsbehandlung bereit war. Ambulante abstinenzbezogene Behandlungsmöglichkeiten wurden nicht angeboten. Sie galten unter Praktikern als „Kunstfehler“ bzw. als nicht realisierbar, obwohl bereits vor 20 Jahren gezeigt werden konnte, dass die ambulante Entwöhnungsbehandlung durchaus eine Alternative mit vergleichbaren Ergebnissen sein kann (Feldhege, Krauthan, Schulze, Schneider und Vollmer, 1977; Dehmel, Klett und Bühringer, 1986).

Derzeit werden pro Jahr etwa 11.000 Klienten stationär in drogenfreien Einrichtungen behandelt. Die Zahl qualifizierter Entzüge als alleinige Behandlungsmaßnahme ist nicht bekannt, dürfte aber wegen der Probleme mit der Finanzierung eher gering sein. Den größten therapeutischen Anteil stellen ambulante Methadon-Substitutionen mit etwa 52.000 Patienten (Spiegel, H., Simon, R., Hüllinghorst, R. & David-Spickermann, M., 2002).

Die stationäre abstinenzbezogene Behandlung hat nicht nur eine relativ gesehen geringere quantitative Bedeutung gegenüber früher, sie hat auch an gesundheitspolitischem und fachlichem Interesse verloren: In den letzten zehn Jahren wurden kaum wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Behandlungsform durchgeführt. In den Modellprogrammen des Bundes spielt sie im Gegensatz zu früher ebenfalls keine Rolle mehr. Auf wissenschaftlichen oder praxisbezogenen Tagungen ist sie kaum noch ein Thema; die Öffentlichkeitsarbeit der Träger und Verbände für diese Behandlungsform erscheint ebenfalls gering. Dies liegt nicht an der erfolgreichen Bewältigung früherer Probleme: Indikati-

onskriterien, Abbruchquote, Therapiedauer und Rückfall nach Entlassung sind nach wie vor aktuelle Fragestellungen.

Die Erklärung für den drastischen Bedeutungsverlust innerhalb von weniger als 15 Jahren ist einfach: Die Methadon-Substitution bietet eine höhere Erreichungsquote (Anteil der Drogenabhängigen, die pro Jahr in Behandlung sind), dadurch eine Reduzierung der drogenbezogenen Störungen in der Population der Drogenabhängigen, die Abbruchquote während der Behandlung ist geringer. Zwar stehen langfristige und umfassende Analysen der Vor- und Nachteile der beiden Interventionsformen aus, doch aus der Sichtweise der öffentlichen Gesundheit hat die Substitution zumindest kurz- und mittelfristig erhebliche Vorteile.

Mögliche Konsequenz dieser Entwicklung wäre ein „geordneter Rückzug“ in Hinblick auf den Abbau der Behandlungskapazitäten im stationären Bereich auf eine wesentlich geringere Anzahl als bisher. Allerdings werden – entgegen vieler Vermutungen – nach wie vor eine im Vergleich zu früher unveränderte Anzahl von Bewilligungen für die stationäre Entwöhnungsbehandlung ausgesprochen: 1997 lag diese Zahl bei 7.128, 2002 bei 8.498 (Spiegel et al., 2002).

Der folgende Beitrag befasst sich mit den Vorteilen der stationären abstinenzbezogenen Behandlung und leitet daraus Konsequenzen und Vorschläge für die Weiterentwicklung dieser Behandlungsform ab. Unter „stationärer Behandlung“ wird dabei immer die *abstinenzbezogene* Behandlungsform in der in Deutschland üblichen Form der medizinischen Rehabilitation verstanden. Auf die ambulante Entwöhnungsbehandlung unter Substitution mit Methadon (vgl. z.B. Küfner, Vogt und Weiler, 1999) sowie die ambulante abstinenzbezogene Behandlung wird nicht eingegangen, da sie bis heute eine geringe Rolle spielt.

## 2. Konkurrierende Störungsmodelle und ihre Auswirkung auf die Behandlung

Methadon-Substitution und drogenfreie Behandlung stellen nicht nur zwei unterschiedliche Interventionsangebote dar, sondern unterscheiden sich in relevanten Aspekten:

### 2.1 Störungsmodelle

Störungsmodell für die drogenfreie Behandlung ist ein „fehlangepasster Lebensstil“, der sich durch eine kritische Häufung von Risikofaktoren im Verlauf von Kindheit und Jugend (Erziehung, Bezugsgruppe, Angebotsituation) entwickelt hat. Komorbide (Entwicklungs-) Störungen sowie biologisch bedingte Vulnerabilitätsfaktoren spielen zwar eine relevante zusätzliche Rolle für die Ätiologie, weniger jedoch für die Therapiephilosophie. Die Verhaltenstherapie spricht z.B. davon, dass „abhängiges Verhalten“ nach den gleichen Lernprinzipien erlernt wurde und wieder im Rahmen einer Therapie verlernt werden kann. Diese „optimistische Therapieorientierung“ drückt sich auch in der entsprechenden Behandlungsethik aus: Ziel ist die Wiedererreichung einer selbständigen Lebensführung ohne Drogen. Im Mittelpunkt steht der Patient, der für eine umfassende Behandlung motiviert werden kann. „Motivation zur Veränderung“, „Selbstkontrolle“ und „Selbstbestimmung“ sind zentrale Begriffe moderner abstinenzorientierter Behandlung. Diese Konzepte dürfen nicht mit den überholten Modellen aus der Zeit um 1970 verwechselt werden (vgl. Bühringer, 1998, S. 353ff).

Dem gegenüber geht die Methadon-Substitution vom Krankheitskonzept einer „chronischen Störung“ aus, mit einem hohen Anteil von Bedingungsvariablen, die der Patient bzw. die Behandlung kaum beeinflussen kann (hohe Relevanz biologischer Vulnerabilität). Die Behandlungsethik ist darauf abgestimmt: Im Vordergrund steht die „Schadensminimierung“, da die vollständige Abstinenz nur sehr langfristig bzw. nur bei wenigen Personen möglich erscheint. Drogenabhängige werden nicht nur als Individuen mit Behandlungsbedarf gesehen, sondern unter dem Gesichtspunkt der öffentlichen Gesundheit auch als bevölkerungsbezogenes, umfassendes Problem, das Behandlungsstrategien auch für die Personen benötigt, die nicht zu einer umfassenden Behandlung bereit sind. Alle Maßnahmen im Vorfeld einer Substitution, die zumindest kurzfristig ebenfalls zur Schadensminimierung beitragen (z.B. Spritzentausch), spielen in dieser Behandlungsethik eine wichtige Rolle.

Risiko und Nutzen beider Krankheitsmodelle sind komplementär. Die Abstinenzbehandlung trägt ein hohes Risiko für

<sup>1</sup> Kurzfassung eines Vortrags anlässlich des Fachtags „Dialog stationäre Drogentherapie am 26.11.2002. Es wurde nur ausgewählte Literatur zitiert (weitere Literatur beim Autor).

Komplikationen bei Personen, die auf Grund des Behandlungsanspruches gar nicht erst in Behandlung kommen oder rückfällig werden, vermeidet aber durch die zeitliche Befristung der Behandlung und die „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Lebensbewältigung, Rückfallprävention) Chronifizierungsprozesse. Umgekehrt trägt das Konzept der „chronischen Störung“ ein hohes Risiko der Chronifizierung solcher Störungen, die grundsätzlich einer weiterführenden Behandlung zugänglich wären. Sie vermeidet aber mit ihrem Ziel der „Schadensminimierung“ sowie durch ihre dauerhafte und mehrjährige, letzten Endes unbefristete Betreuung kritische Komplikationen, die in unbehandelten Phasen des Konsums entstehen können.

Die genannten Risiken und Nutzen der beiden Störungsmodelle, Behandlungsethiken und Behandlungsverfahren beziehen sich auf Grund des bisherigen Forschungsstandes vor allem auf kurz- und mittelfristige Zeiträume. Langfristige vergleichende Kosten-Nutzen-Analysen (etwa über 10 oder 20 Jahre) stehen aus. Optimal für die Behandlung substanzbezogener Störungen wäre eine Kombination beider Störungsmodelle. Es gibt derzeit dazu leider wenig Ansätze, was auch daran liegt, dass die beiden Modelle jeweils der Medizin bzw. psychologischen Therapie zuzuordnen sind, deren Berufsvertreter darüber hinaus in weitgehend getrennten Versorgungsstrukturen tätig sind. Die Zielhierarchie in Tabelle 1 ist ein Beispiel für die Integration der beiden Störungsmodelle. Die zu Grunde gelegte Therapiephilosophie (Substitution) strebt auch in einer mehrjährigen Behandlung die übergeordneten Therapieziele aktiv und mit gezielten therapeutischen Verfahren an. In diesem Rahmen wird davon ausgegangen, dass Veränderungsprozesse unterschiedlich schnell ablaufen, dass zeitweilige „Veränderungsresistenzen“ bestehen und dass der

einzelne Patient in diesem Veränderungsprozess unterschiedliche Erfolge erreicht.

### 2.2 Versorgungsstrukturen

Die Substitution erfordert eine wesentlich geringere Versorgungsstruktur und einen geringeren Ausbildungsaufwand für die Mitarbeiter als eine stationäre abstinenzorientierte Behandlung. Niedergelassene Ärzte sind flächendeckend vorhanden, der Aufwand für Schulung und Durchführung der Substitution ist – pro Patient – gering. Dem gegenüber erfordert die drogenfreie Behandlung, insbesondere in stationärer Form, einen hohen Investitions- und laufenden Kostenaufwand, der Ausbildungsbedarf ist ebenfalls hoch.

### 2.3 Anreize für Verhaltensänderungen

Die Änderung des individuellen Störungsbildes, mit einer hohen Anforderung an die aktive Beteiligung des Patienten, ist zentraler Bestandteil jeder drogenfreien Therapie. Notwendige Verhaltensänderungen werden auf der kognitiven und Verhaltensebene eingeübt und durch positive Bekräftigung des Therapeuten bzw. Fortschritte im Therapieverlauf, damit verbundene Privilegien und letzten Endes durch den zeitnahen und erfolgreichen Abschluss der Behandlung verstärkt. Ziel der Therapie ist es, ein maximales Anreizsystem für einen abstinenzbezogenen Lebensstil aufzubauen, das im Laufe der Behandlung in die alltägliche Lebensumgebung des Klienten übertragen werden (z.B. Arbeitsplatz, Familie) bzw. mittels Selbstkontrolle vom Patienten selber gesteuert werden soll.

Die Entwicklung der Behandlungsstrukturen für chronische Störungen (z.B. Bewegungsapparat, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes) zeigt, dass diese in Deutschland kaum Anreize für Verhal-

tensänderungen in die Richtung einer dauerhaften Verbesserung der Störung bieten. Überspitzt kann man von einer „heimlichen Allianz“ von Versorgung und Patienten sprechen: Die Substitution bietet eine dauerhafte Erlössituation für den Arzt. Umgekehrt stellt sie für den Patienten, bei Ausnutzung aller Möglichkeiten zur Vermeidung des täglichen Arztbesuches (take home), eine optimale Möglichkeit dar, die schlimmsten Gesundheitsrisiken zu vermeiden, den erwünschten zusätzlichen Drogenkonsum nahezu unverändert weiterzuführen und – aufwändige – Verhaltensveränderungen zu vermeiden. Krankheitsmodell, Versorgungsangebote und Vergütungssystem stellen eine optimal aufeinander abgestimmte Kombination dar, die monetäre Interessen des Versorgungssystems (dauerhafte und stabile Einnahmequelle bei geringem Aufwand), die Interessen der öffentlichen Gesundheit (Reduzierung gravierender Komplikationen in der Population der Drogenabhängigen) und die Interessen des Patienten an einer Fortführung des Drogenkonsums zu verbinden (vgl. dazu ein Interview mit holländischen Drogenabhängigen; Ball und van de Wijngaart, 1994, zitiert nach Bühringer, Künzel und Spies, 1997, S. 252).

Insgesamt macht der obige kurzgefasste und bewusst überspitzt formulierte Vergleich der beiden Behandlungsalternativen, ihrer Grundlagen und ihrer Versorgungsstruktur deutlich, dass zahlreiche Argumente gegen die abstinenzorientierte Behandlung sprechen, erst recht in ihrer aufwändigen stationären Form. Bei dieser in der Fachöffentlichkeit zu beobachtenden Einschätzung spielt keine Rolle, dass es zahlreiche Mängel im System der Substitution gibt. Relevant dafür sind nicht so sehr fachliche Argumente, sondern Wertungen, ökonomische Argumente und gesundheitspolitische Strategien. Nur wenn gezeigt werden kann, dass es zumindest für Teilgruppen der Population spezifische Vorteile einer stationären abstinenzbezogenen Behandlung gibt (Evidenzbasierung), wird sie langfristig ihren Stellenwert behalten.

### 3. Grenzen der Substitution: Störungsbereiche für psychotherapeutische und soziale Maßnahmen

In Tabelle 2 sind Störungsbereiche und allgemeine Therapieziele für die Behandlung des Abhängigkeitssyndroms zusammengestellt. Der Schwerpunkt liegt bei schweren Ausprägungen des Störungsbildes, die eine allgemeine Vorbedingung für die Wahl einer stationären Behandlung darstellen. Die Anordnung der Ziele stellt keine zeitliche Reihenfolge dar.

1. Therapeutischen Kontakt aufbauen und halten
2. Basale gesundheitliche Situation verbessern
3. Basale Lebensbedingungen verbessern
4. Kontrollierter risikoreduzierter Konsum von legalen Heroinersatzsubstanzen (Substitution)
5. Änderungsbereitschaft für einen drogendistanzierten Lebensstil aufbauen
6. Änderungsbereitschaft für Abstinenzorientierung aufbauen
7. Selbstvertrauen in die eigene Änderungskompetenz (self efficacy) fördern
8. Rückfallkritische Situationen bewältigen (auch Beikonsum neben einer Substitution)
9. Lebenskompetenzen außerhalb der Drogenszene verbessern
10. Körperlichen Entzug (Teilentzug)
11. Folgestörungen im sozialen Bereich abbauen
12. Neue Lebensplanung aufbauen
13. Individuelle Ziele bei komorbiden Störungen

Tab. 1: Hierarchie der Therapieziele bei Drogenabhängigen mit einem umfassenden Störungsbild (vor allem Heroinabhängige)

Störungsbereiche	Allgemeine Therapieziele
<b>1 Körperliche Abhängigkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entzug</li> <li>Toleranz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabile und langfristige Abstinenz</li> <li>hilfswise risikoreduzierter, kontrollierter Gebrauch von Ersatzsubstanzen (Heroin und Tabak)</li> </ul>
<b>2 Psychische Abhängigkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unterordnung von Verhaltensweisen und Lebensabläufen unter das Primat des Substanzgebrauchs</li> <li>Konsum trotz bewusster Selbst- und Fremdschädigung (Kontrollverlust)</li> <li>Craving (auch lange nach Entzug)</li> <li>Fehlende Motivation zur Veränderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akzeptanz der eigenen Störung und des Therapiebedarfs</li> <li>Aufbau von Veränderungsbereitschaft</li> <li>Aufbau von Selbstvertrauen in die eigenen Bewältigungskompetenzen</li> <li>Kenntnis der rückfallkritischen Situationen</li> <li>Aufbau von Bewältigungskompetenzen für rückfallkritische Situationen</li> </ul>
<b>3 Somatische Erkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Herz-Kreislauf Störungen (A)</li> <li>Leberstörungen (A + D)</li> <li>Karzinome (T)</li> <li>Infektionen (D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hellung</li> <li>hilfswise Linderung bei chronischen Störungen („Schadensbegrenzung“)</li> </ul>
<b>4 Psychische Funktionsstörungen (A + D)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wahrnehmungsstörungen</li> <li>Denkstörungen</li> <li>Konzentrationsstörungen</li> <li>emotionale Störungen</li> <li>Konfliktbewältigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kompetenzerwerb zur Erkennung und Bewältigung der Störungen</li> </ul>
<b>5 Folgestörungen im sozialen Bereich (A + D)</b> (Entwicklungsdefizite bei frühzeitigem Missbrauchsverhalten) <ul style="list-style-type: none"> <li>Körperhygiene</li> <li>Lebensführung, Zukunftsplanung</li> <li>Partnerschaft, Erziehung</li> <li>Arbeitsbereich, Schule</li> <li>Freizeitbereich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distanzierung von einem drogenbezogenen Lebensstil</li> <li>Behandlungsziele im Einzelfall („balanced lifestyle“)</li> </ul>
<b>6 Defizitäre Wert- und Normorientierung (A + D)</b> (Insbesondere bei primär deviantem/delinquentem Verhalten)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Förderung von Unrechtsbewusstsein</li> <li>Früherkennung von Risikosituationen</li> <li>Kompetenzerwerb zum Umgang mit Konfliktsituationen</li> </ul>
<b>7 Komorbidität (A + D)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>psychische Störungen (z. B. Persönlichkeits- und depressive Störungen)</li> <li>gelegentlich auch somatische Störungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlungsziele im Einzelfall</li> </ul>

Tab. 2: Störungsbereiche und allgemeine Therapieziele beim Abhängigkeitsyndrom mit ausgeprägtem Störungsbild (F 1x.2) (A = Alkohol, D = illegale Drogen, T = Tabak)

Aus der Abbildung wird deutlich, dass wichtige Merkmale des Störungsbildes von Drogenabhängigen Interventionen aus dem Handlungsbereich der psychologischen Therapien und sozialen Hilfsmaßnahmen erfordern. Diese konzentrieren sich vor allem auf folgende Aspekte:

### 3.1 Aufbau von Veränderungsbereitschaft

Für viele Patienten schafft die Substitution zwar eine gesundheitliche und emotionale Grundlage für die Bereitschaft zu Veränderungen in Hinblick auf die Distanzierung von einem drogenbezogenen Lebensstil, doch nicht diese Veränderungen selbst. Insofern ist die Annahme vieler Mitarbeiter illusorisch, dass eine langjährige Methadon-Substitution den Patienten befähigt, weitere Behandlungsziele anzustreben. Erforderlich ist das gesamte Repertoire kognitiver klinisch-the-

rapeutischer Verfahren sowie operanter Konditionierungsverfahren einschließlich des Aufbaus von Selbstkontrolle, um Veränderungsbereitschaft zu fördern und idealerweise langfristig in Selbstkontrolle überzuführen. Eng verbunden mit dem psychologischen Konstrukt der Veränderungsbereitschaft sind weitere Therapieziele wie etwa die Akzeptanz der eigenen Störung und des Therapiebedarfs oder der Aufbau von Selbstvertrauen in die eigenen Bewältigungskompetenzen.

### 3.2 Aufbau defizitärer Ressourcen (Lebenskompetenzen)

Bei Drogenabhängigen mit einem frühen Missbrauchsbeginn bzw. bei einer Abhängigkeit mit einem langjährigem Störungsbild zeigen sich primäre oder sekundäre defizitäre Lebenskompetenzen in zahlreichen Bereichen: Alltagsgestaltung und Selbstorganisation, Arbeits- und

Freizeitbereich, soziale Kontakte und Zukunftsplanung, Konflikterkennung und -verarbeitung, Bewältigung psychischer Funktionsstörungen und rückfallkritischer Auslöser. Auch hier sind psychologische Maßnahmen Therapie der Wahl.

### 3.3 Distanzierung von einem alkohol- oder drogenbezogenen Lebensstil

Es ist für viele Personen zunächst eine längere Substitution mit Methadon notwendig, um überhaupt die emotionale Ruhe und körperliche Gesundheit für weitere Therapieschritte zu erreichen. Aber auch hier erfordert jedes weitergehende Therapieziel den Einsatz von psychologischen Therapiemaßnahmen. Dazu ist es notwendig, zunächst einmal die Vorteile alternativer Lebensstile zu erkennen und zu akzeptieren, die persönlichen rückfallkritischen Bedingungen zu kennen, weiterhin eine emotionale Distanzierung von der Drogenszene, häufig verbunden auch mit einer räumlichen und personellen Distanzierung. Dieser Therapiebereich ist äußerst schwierig und erfordert intensive therapeutische Bemühungen und hohe fachliche Kompetenz.

### 3.4 Abbau primärer Devianz/Delinquenz

Insbesondere bei Drogenabhängigen, aber auch bei Alkoholabhängigen wird aus den Untersuchungen der letzten Jahre deutlich, dass deviantes und delinquentes Verhalten in vielen Fällen nicht Folge des Drogenkonsums auf Grund der staatlichen Strafbewehrung ist, sondern sich entweder unabhängig davon entwickelt, oder zur Entwicklung eines Drogenkonsums beigetragen hat (vgl. z.B. Rautenberg, 1998). In solche Fällen ist dieser Themenbereich direkt zu behandeln, da ansonsten der Patient – trotz erfolgreicher Substitution – diesen Lebensstil weiterführt. Kognitive Prozesse wie die Förderung von Unrechtsbewusstsein, der alternative Umgang mit Konflikten, die früher mit Gewalt gelöst wurden, bzw. der Aufbau alternativer finanzieller Ressourcen sind zentrale Therapieziele, und benötigen eine Kombination von psychologischen Therapien und sozialen Hilfen.

## 4. Vorteile stationärer abstinentbezogener Behandlung

### 4.1 Indikationen

Während früher in den meisten Fällen die Indikation für eine stationäre Behandlung quasi automatisch erfolgte, sind heute differenzierte Zuweisungskriterien notwendig, zur Vermeidung unnötiger Kos-

ten einerseits und unnötiger sozialer Belastungen für den Patienten andererseits (Probleme am Arbeitsplatz, Trennungsprobleme). Bereits vor vielen Jahren hat Schneider (1989) verschiedene Vorteile formuliert, die aus therapeutischer Sicht für eine stationäre Behandlung sprechen, soweit diese Aspekte im individuellen Einzelfall relevant sind (Tabelle 3).

Teilweise handelt es sich bei den Kriterien in Tabelle 3 nicht um Indikationskriterien im engeren Sinn, sondern um Vorteile einer zeitbefristeten stationären Behandlung, z.B. dann, wenn eine detaillierte Beobachtung des Patienten für weiterführende diagnostische und therapieplanende Zwecke notwendig ist. Damit wird auch ein Aspekt angesprochen, der in der bisherigen Diskussion zu kurz kam, nämlich die stärkere Orientierung der Therapiedauer am individuellen Einzelfall und an einer strikten Begründung der Notwendigkeit. Bereits vor mehr als 25 Jahren konnte in Studien gezeigt werden, dass eine hochindividualisierte Therapiedauer möglich ist, bei Drogenabhängigen etwa zwischen drei und acht Monaten, und dass es einfache und praxisrelevante diagnostische Kriterien gibt, die Dauer der stationären Therapie festzulegen (de Jong und Bühringer, 1978). Dies heißt, dass zahlreiche der genannten Indikationen einen stationären Aufenthalt begründen, aber nur für einen Teil des Gesamtbehandlungsplanes. Modelle für eine kombinierte ambulante-stationäre Behandlung wurden leider jahrelang nicht verfolgt, sind aber seit einiger Zeit in der Erprobung.

#### 4.2 Wirkfaktoren für die stationäre Behandlung

Schneider (1989) hat verschiedene Wirkfaktoren im Sinne von Vorteilen der stationären Behandlung formuliert, die auszugsweise im Folgenden zusammengefasst sind:

- Lösung aus der gewohnten Umgebung  
Hier geht es vor allem um die Befreiung von täglichen Aufgaben, die Möglichkeit der Konzentration auf sich selbst, die Stabilisierung des Familiensystems als Chance für Änderungen, sowie die Möglichkeit eine Lebensbilanz und Lebensplanung aus der Distanz vollziehen zu können.
- Hausordnung  
Die Gewöhnung an einen geordneten Tagesablauf und geregelte Mahlzeiten, die Ein- und Unterordnung in soziale Strukturen, die Übernahme von Verantwortung und die Akzeptanz von Beschränkungen des Lebens ohne Suchtmittel sind wichtige Einflussfaktoren.
- Fokussierung auf sich selbst  
Schneider betont die Möglichkeit, eine

1. Befreiung aus aversiver Lebenssituation
2. Therapeutische Kontrolle über problematisches Verhalten
3. Sichere Umgebung beim Aufbau erwünschter Verhaltensweisen
4. Ausschaltung ungünstiger Verstärkungsbedingungen
5. Möglichkeit, Krisen unmittelbar aufzufangen
6. Möglichkeit zur detaillierten Beobachtung des Klienten
7. Beobachtungs- und Lernmöglichkeiten für den Klienten in einer Gemeinschaft von Gleichen „rund um die Uhr“
8. Erfahrung eines drogenfreien Lebensstils (Bühringer, 2003)

Tab. 3: Vorteile einer stationären Behandlung (Schneider, 1989)

Lebensbilanz zu ziehen, die Aufmerksamkeit auf im Alltag eher vernachlässigte Interessen und Lebensbereiche des Patienten zu lenken, die Wahrnehmung des Körpers und die Zielsetzung, diesen sorgfältiger als bisher zu behandeln.

- Neue Erfahrungen machen  
Hier geht es insbesondere darum, emotionale Situationen, Beständigkeit und Langeweile ohne Substanzgebrauch ertragen zu lernen, die Möglichkeit zu haben sich auf Fortschritte zu konzentrieren und sich etwas zuzutrauen.
- Erfahrung der Gemeinschaft mit anderen  
Aspekte sind die Begegnung mit Menschen, die gleiche Störungen haben aber unterschiedliche Bedingungen und Zusetzungen, die Erfahrung zu machen, als Abhängiger akzeptiert zu werden sowie die Reflexion eigener Normen und Gewohnheiten durch den Kontakt mit anders Denkenden.

Indikationskriterien und Wirkfaktoren in diesem Abschnitt sind bisher vor allem aus klinischer Erfahrung zusammengestellt worden. Notwendig ist ihre Überprüfung auf Grund vorhandener Forschungsergebnisse (vgl. z.B. Kufner, Denis, Roch, Arzt und Rug, 1994 oder Kufner, 2000).

#### 5. Anforderungen an die stationäre Behandlung

Stationäre Behandlungsprogramme für Drogenabhängige haben sich, etwa im Vergleich zu solchen für Alkoholabhängige, über Jahre relativ wenig weiterentwickelt. Fachlich überholte Therapieaspekte, wie etwa die für alle Patienten gleich lange Behandlungsdauer wurden trotz neuerer Erkenntnisse selten verändert. Weiterentwicklungen geschahen zumeist auf äußeren Druck, etwa der Rentenversicherungsträger. Insofern besteht ein erheblicher Innovationsbedarf, der im folgenden an einigen Beispielen skizziert wird:

- Individualisierung der Behandlung  
Schlagworte sind die Einführung einer

fachlich korrekten Diagnostik in Hinblick auf Störungen, Ressourcen, Veränderungsbereitschaft und Veränderungszuversicht, eine mit dem Patienten abgestimmte und darauf aufbauende Therapieplanung, je nach spezifischem Störungsbild ein höherer Anteil von Einzeltherapie, sowie die Individualisierung der Therapiedauer, die sich strikt an der Erreichung der Ziele orientieren sollte, für die eine stationäre Behandlung indiziert ist.

- Settingübergreifende Behandlungsplanung und Betreuung  
Damit ist gemeint, dass in der vorausgehenden ambulanten Phase ein Gesamtbehandlungsplan erstellt wird, der je nach individuellem Bedarf ambulante und stationäre Therapiephasen einbezieht. Weiterhin muss der Patient durch einen Mitarbeiter der Ambulanz kontinuierlich über die gesamte Behandlungszeit betreut werden (Konzept des Case Managers, vgl. Oliva, Görden, Schlanstedt, Schu und Sommer, 2001).
- Wichtige Merkmale der Therapiedurchführung  
Verschiedene Studien zeigen, dass es wichtige Aspekte der Behandlung gibt, die im Regelfall beachtet sein sollten. Dazu gehört z.B. die Einbeziehung erlebnispädagogischer Maßnahmen (Kufner et al., 1994), eine gute Therapeut-Patient-Beziehung, sowie die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die stationäre Behandlung.
- Differenzierung der stationären Behandlung nach Leistungsprofilen  
Über Jahre waren alle stationären Einrichtungen nahezu gleich strukturiert, Unterschiede gab es nur in Hinblick auf die Auswahl bestimmter Klientengruppen (z.B. Drogenabhängige mit Kindern, Schwangere). Hier ist eine weitere Differenzierung notwendig, da z.B. einige Patienten auf Grund intensiver Störungen im Bereich der Selbstorganisation, der Zeitplanung und der Arbeitsfähigkeit einen hohen Anteil von professioneller Arbeitstherapie benötigen, während dies wiederum bei anderen Klienten weniger relevant erscheint.

- Interventionsverfahren für zentrale Bestandteile des Störungsbildes

Ohne dies an dieser Stelle ausführlich begründen zu können, muss bei der stationären Behandlung auf drei zentrale Aspekte der Behandlung von substanzbezogenen Störungen eingegangen werden: (1) die Einsicht in das Störungsbild und die Notwendigkeit einer Lebensstilveränderung, (2) die Motivation in Hinblick auf Änderungen des Verhaltens und (3) die Kompetenzförderung, um die Zielsetzung umsetzen und Rückfälle vermeiden zu können. Zur Umsetzung dieser Ziele sind moderne Verfahren zur Einsichtsbildung, zur Motivierung und Ressourcenförderung notwendig, die nach dem Stand aktueller Metaanalysen zu effektiven Verfahren (aus dem Bereich der Alkoholbehandlung, da es zu wenig Untersuchungen für Drogenabhängige gibt) überwiegend aus dem Interventionsrepertoire der Verhaltenstherapie stammen.

- Hohe fachliche Ausbildung der Mitarbeiter

Die genannten Anforderungen an die Inhalte der Behandlung erfordern eine wesentlich verbesserte fachliche Ausbildung der Mitarbeiter gegenüber früher. Darüber hinaus muss durch die Träger der Einrichtungen bzw. die übergeordneten Verbände sehr viel stärker als bisher darauf geachtet werden, den Transfer neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis sicherzustellen (vgl. Bühringer, 2001).

## 6. Vorschläge

Die Vorschläge orientieren sich daran, eine fachlich hochstehende stationäre Behandlung für diejenigen Drogenabhängigen zu schaffen, die für bestimmte Therapieziele bzw. Phasen der Therapie eine stationäre Behandlung benötigen:

1. **Verbandsinterne Fokussierung auf zentrale fachliche Defizite**  
In einer Art „Aktionsprogramm“ sollten die Träger- und Spitzenverbände stationärer Einrichtungen, nach einer „Schwachstellenanalyse“, gemeinsam an der Verbesserung wichtiger Mängel arbeiten: Hierzu gehören z.B. die Zuweisungsprozesse (Indikation), die Reduzierung der Abbruchquote, Kooperationsmodelle zur gemeinsamen Steuerung eines umfassenden Behandlungsplanes für Drogenabhängige (Verzahnung mit der ambulanten Behandlung und mit dem Arbeitsmarkt) sowie eine weitere Individualisierung der Behandlung.
2. **Fachliche Verbesserungen**  
Eine erhebliche fachliche Weiterentwicklung der Einrichtungen im Hinblick

auf Indikation, Diagnostik und Intervention ist notwendig und sollte, soweit vorhanden, auf der Basis evidenzbasierter Erkenntnisse erfolgen. Aktuelle Leitlinien auf der Basis von systematischen Analysen bzw. Konsensprozessen sollten umgesetzt werden (z.B. Havemann-Reinecke, Güntner, Küfner, Schallast, Schneider und Vollmer, in Druck)

3. **Systematischer Transferprozess Forschungs-Praxis**

Die Verbände müssen verbandseigene „Transferaktivitäten“ und „Transferagenturen“ (Bühringer, 2000) schaffen, die sich schwerpunktmäßig mit der kontinuierlichen Analyse neuer Forschungsergebnisse und der Umsetzung in die Praxis beschäftigen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass bei den Träger- und Spitzenverbänden keine wissenschaftlich ausgebildeten Referenten vorhanden sind, die diesen Transfer kontinuierlich organisieren könnten.

4. **Stärkere Profilierung und Differenzierung**

Jede stationäre Einrichtung sollte ein spezifisches Profil entwickeln und nach Außen darstellen (Indikationen, Vorteile, besondere Merkmale). Wo möglich, sollte das ausschließliche stationäre Angebot differenziert werden (Wochenend- und Kurzeitaufenthalte, Tages- und Nachtkliniken, angeschlossene Ambulanzen).

5. **Verbandsinterne Leitlinien und Standards**

Zur fachlichen Verbesserung der stationären Behandlung, aber auch zur gemeinsamen Darstellung ihrer Relevanz nach Außen sollten Leitlinien und Standards für wichtige Aspekte entwickelt werden, etwa zur Dokumentation, Diagnostik, Therapieplanung und zu Katamnesen.

6. **Gemeinsame Qualitätsstandards/Gütesiegel**

Leitlinien sollten überprüft und ihre Einhaltung durch ein Gütesiegel für fachlich qualitative Arbeit dokumentiert werden. Dieses Gütesiegel sollte zeitbefristet gelten und nur nach Überprüfung erneuert werden.

7. **Gemeinsame Forschung**

Hier sind praxisorientierte Fragestellungen gemeint, wie etwa die Varianz der Abbruchquoten in den Einrichtungen, ihr Bedingungsgefüge und Möglichkeiten, diese zu reduzieren. Die in großem Umfang eingeführten Dokumentationssysteme können hierzu einen ersten Einstieg bilden.

8. **Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit**

Neben einer fachlich hochstehenden Arbeit ist es notwendig diese auch nach

Außen stärker als bisher darzustellen. Dazu gehört die offensive Vermittlung der Vorteile einer stationären Behandlung (Indikationskriterien), die Übersicht über fachliche Angebote, über Qualitätsstandards und gemeinsame Forschungsanstrengungen. Die Vorteile des eigenen Störungsmodells einschließlich der damit verbundenen Wertorientierungen (drogendistanzierter, selbstkontrollierter Lebensstil) müssen offensiv vermittelt werden, ebenso der Beitrag, den eine erfolgreiche, abstinenzbezogene Behandlung für den Patienten, die Familie und für die Gemeinschaft leistet.

Wenn es den stationären Einrichtungen gelingt, konsequent eine moderne, evidenzbasierte Therapie umzusetzen, spezifische Indikationsregeln aufzustellen und sich auch danach zu richten, die stationäre Behandlung in den Gesamtbehandlungsplan einzubinden sowie die Grundlagen ihrer Behandlungsethik und ihres therapeutischen Menschenbildes in der Öffentlichkeit wie in der Fachöffentlichkeit zu vermitteln, dann wird sie ihre Rolle nicht nur bewahren sondern weiter ausbauen.

### Literatur:

- Ball, J.C. & van de Wijngaart, G.F. (1994). A Dutch's addict's view of methadone maintenance - an American and a Dutch appraisal. *Addiction*, 89 (7), 799-802.
- Bühringer, G. (2002). Störungen durch den Gebrauch von illegalen Drogen und psychotropen Arzneimitteln. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie, Modelle psychischer Störungen* (4. überarbeitete und ergänzte Aufl.) (S. 329-356). Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G. (2001). Forschung und Praxis im Bereich substanzbezogener Störungen: Königskinder, die nicht zusammenkommen? In R. Walter-Hamann (Hrsg.) *Menschenbild und soziale Dienstleistung. Ist Hilfe messbar - ist Leid zertifizierbar?* (S. 67-88). Freiburg: Lambertus.
- Bühringer, G. (2000). Von der Suchterkrankung zur substanzbedingten Störung. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Individuelle Hilfen für Suchtkranke. Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren* (S. 49-69). Freiburg: Lambertus.
- Bühringer, G. (1998b). § 5. Therapie und Rehabilitation. In A. Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts* (S. 333-443). München: C.H. Beck.
- Bühringer, G., Künzel, J. & Spies, G. (1997). Methadon-Substitution bei Opiatabhängigen. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 249-264). Göttingen: Hogrefe.
- De Jong, R. & Bühringer, G. (Hrsg.) (1978). *Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen. IFT-Texte 1*. München: Röttger.
- Dehmel, S., Klett, F. und Bühringer, G. (1986). *Description and first results of an Outpatient Drug-free treatment program for opiate depen-*

## Fachbeiträge

dents. In W. R. Miller und N. Heather (Hrsg.), *Treating addictive behaviors* (S. 263-277). London: Plenum Press.

Feldhege, F.-J., Krauthan, G., Schulze, B., Schneider, R. & Vollmer, H. (1977), Ergebnisse eines ambulanten Breitbandprogramms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger („Fixer“). *Forschungsberichte* Bd. 16, München: MPI Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit.

Havemann-Reinecke, U., Günthner, A., Kufner, H., Schallast, ?N., Schneider, R. ? und Vollmer, H. C. (in Druck). AWMF-Leitlinien: „Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioid“.

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

Kufner, H. Strategien der Indikation im Suchtbereich und empirische Ergebnisse (2000). Indika-

tionsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft mbH.

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

Oliva, H., Görden, W., Schlanstedt, G., Schu, M. u. Sommer, L. (2001). Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. Abschlussbericht zum Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case Management. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 139. Baden-Baden: Nomos.

Rautenberg, M. (1998). Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellen Verhalten und Drogenmissbrauch. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 103). Baden-Baden: Nomos.

Schneider, R. (1989). Stationäre Verhaltenstherapie der Alkoholabhängigkeit. In I. Hand & H.-

U. Wittchen (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlin: Springer.

Spiegel, H., Simon, R., Hüllinghorst, R. & David-Spickermann, M. (2002). Bericht des nationalen Knotenpunkts Deutschland an die EBDD. Drogensituation 2002.

### Der Autor:

*Prof. Dr. Gerhard Bühringer*  
*IFT-Institut für Therapieforschung*  
*Parzivalstr. 25*  
*80804 München*  
*Tel.: 089/36 08 04-11*  
*Fax: 089/36 08 04-19*  
*buehringer@ift.de*  
*www.ift.de*