

Leitlinien und ihre Bedeutung für die Suchthilfe in Deutschland: Statement des Fachverbandes Sucht e.V.

Volker Weissinger, Ralf Schneider

Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung für Leistungserbringer sowie Patienten hinsichtlich einer angemessenen Vorgehensweise bei vorgegebenen Gesundheitsproblemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder muss (vgl. AWMF, ÄZQ; Hrsg.: Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung, Fassung 2005/2006, www.delbi.de). Hauptziel medizinischer Leitlinien ist es somit, unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen, gute klinische Praxis zu fördern und die Öffentlichkeit darüber zu informieren. Leitlinien haben die Aufgabe, das umfangreiche Wissen zu speziellen Versorgungsproblemen, das in Form wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Praxiserfahrung vorliegt, zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren. Von daher sind sie nicht als so genannte „Kochbuchmedizin“ zu verstehen, noch sollten sie die Meinung einzelner Fachexperten darstellen.

Leitlinien werden im Rahmen eines multidisziplinären Expertenkonsenses und nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen entwickelt. Grundlage eines solchen Konsenses ist die systematische Recherche und Analyse der Literatur sowie die Berücksichtigung der Erfahrungen der klinischen Praxis. Die Güte und Wirksamkeit von Leitlinien wird also wesentlich bestimmt von der Sorgfalt und kritischen Prüfung der Analysen und dem Evidenzgrad der verfügbaren Maßnahmen. Ihre potentielle Wirksamkeit entfalten können Leitlinien allerdings nur dann, wenn sie bei der individuellen Behandlung Berücksichtigung finden. Die Wirksamkeit von Leitlinien hängt deshalb letztlich von ihrer Akzeptanz ab. Neben berufspolitisch motivierten Akzeptanzproblemen, die im Selbstverständnis der Heilberufler begründet sein können, entscheiden vor allem die Praxistauglichkeit der Empfehlungen und die Art und Weise, wie sie an die Praktiker in den gängigen Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen vermittelt werden, ob die Leitlinien in der Alltagspraxis ankommen und damit erst wirklich wirksam werden. Um dies zu gewährleisten, sollten Leitlinien stets hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf regionaler oder lokaler Ebene überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Die Behandlungsleitlinien zu substanzbezogenen Störungen weisen über eine evidenzbasierte Suchtmedizin im engeren Sinne hinaus. Von daher war es auch sinnvoll, dass Experten verschiedener Berufsgruppen, aus unterschiedlichen Fachgesellschaften und Organisationen bei der Entwicklung beteiligt wurden (siehe Schmidt, L. G., Gastpar, M.: Entwicklung der Leitlinien, S. 1-9 in: Schmidt, L. G. et al. [Hrsg.]: Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, Köln 2006). Beispielsweise ist die medizinische Rehabilitation für Alkoholabhängige als Komplexbehandlung angelegt; sie verknüpft regelmäßig medizinische, psychotherapeutische, psychosoziale, arbeitsbezogene, soziotherapeutische und weitere Leistungen miteinander, die von verschiedenen Berufsgruppen interdisziplinär in Kooperation erbracht werden. Diese Art der Komplexbehandlung ist als eigener Behandlungsstandard zu bewerten. Vor diesem Hintergrund und aufgrund ethischer Überlegungen kann es nicht verwundern, dass die Evidenz einzelner Behandlungselemente aufgrund von Meta-Analysen randomisierter, kontrollierter Studien nicht belegt sein kann. Stattdessen gibt es aber eine Vielzahl von Studien, die den Therapieerfolg und die Wirksamkeit der Komplexbehandlung insgesamt nachweisen (z. B. Küfner, H., Feuerlein, W., Huber, M.: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der Vier-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung, in: Suchtgefahren [1988] 34, S. 157-172; Süß, M.: Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse, in: Psychologische Rundschau [1995] 45, S. 248-266, Zobel, M. et al.: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2002 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, in: Sucht aktuell [2005] 12, S. 5-15). Einzelne Behandlungsbausteine bzw. -module entfalten ihre Wirksamkeit erst im Rahmen einer theoretisch fundierten und indikativ orientierten Gesamtbehandlungsstrategie. An diesem Beispiel wird deutlich, dass mit der systematischen Recherche und Analyse der vorhandenen Literatur vielfältige Interpretations- und Methodenprobleme verbunden sind. Hierzu gehört, dass den Untersuchungen unterschiedliche Studiendesigns, verschiedene Zusammensetzungen von Stichproben, Unterschiede der Dauer, des Settings, der Zusammensetzung der Patienten und der Art der jeweiligen Behandlung, des Beobachtungszei-

traums, der Ergebnisdefinition oder verschiedene Gesundheits- und Versorgungssysteme in unterschiedlichen Ländern zugrunde liegen. Von daher setzt eine sorgfältige Literaturanalyse voraus, dass man auch die Primärliteratur entsprechend einbezieht und sie vorsichtig interpretiert. Vorsichtig nicht zuletzt deshalb, da es sich häufig in der zitierten Primärliteratur um Wahrscheinlichkeitsaussagen/Tendenzaussagen handelt. Von daher gebührt den beteiligten Experten, die im wesentlichen an der Entwicklung der Behandlungsleitlinien substanzbezogene Störungen mitgewirkt haben, großer Dank. Denn nur mit erheblichem Engagement und Zeitaufwand war diese Aufgabe der Sichtung, Auswertung und Bewertung der Literatur wie auch der Einbezug der praktischen Erfahrungen möglich.

Generell ist davon auszugehen, dass Leitlinien und die Entwicklung strukturierter Behandlungspfade zunehmende Bedeutung für die multiprofessionelle Arbeit zur Behandlung substanzbezogener Störungen haben werden, wenn positive Effekte für Patienten, Therapeuten, Behandler und Kostenträger damit verbunden sind.

Erwartete Vorteile von Leitlinien (vgl. Buchborn, E.: Leitlinien-Richtlinien-Standards: Risiko oder Chance für Arzt und Patient, in: Bayerisches ÄrzteBL [1997] 52, S. 412-416) sind:

Mögliche Vorteile für Therapeuten/Behandler:

- Hilfe bei schwierigen Entscheidungen
- Erhöhung der fachlichen Kompetenz
- Verbesserung der Compliance
- Positive Bewertungen („Guter Ruf“), finanzielle Vorteile
- Rechtliche Absicherung von Therapieentscheidungen

Mögliche Vorteile für Patienten:

- Verringerung von Behandlungsrisiken
- Vermeidung von unnötigen Maßnahmen
- Möglichkeit der Beurteilung und Auswahl der Behandlung
- Unterstützung des Rechtsanspruchs auf Anwendung methodisch gesicherter Behandlungsverfahren
- Information und Aufklärung

Mögliche Vorteile für Kostenträger:

- Optimale Nutzung von Ressourcen auf wissenschaftlicher Grundlage
- Möglichkeit der Einsparung von Ressourcen
- Möglichkeit, Kontrolle und Einfluss auszuüben

Die möglichen positiven wie auch negativen Effekte von Leitlinien müssen überprüft werden. Linden (Linden, M.: Einfluss von Leitlinien, Standards und ökonomischen Vorgaben auf medizinische Entscheidungsprozesse, in: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, Qualität im Gesundheitswesen [2004] 98, S. 200-205) schlägt deshalb vor, die Leitlinien selbst auf ihre Evidenzbasierung hin zu prüfen.

Gerade bei der Behandlung von Suchtmittelabhängigen wäre der falsche Eindruck fatal, dass durch Leitlinien und Behandlungspfade der Erfolg garantiert ist. Wir haben es hier nämlich häufig mit chronischen Verläufen zu tun, welche Phasen der Verbesserung und Verschlechterung einschließen. Behandlungsleitlinien müssen solchen Verläufen Rechnung tragen.

Zukünftig werden die bisher auf definierte Substanzen bezogenen Leitlinien auch stärker berücksichtigen müssen, dass in der deutschen Versorgungswirklichkeit polyvalent Abhängige zunehmen. Für sie sind eigenständige Konzepte zu entwickeln.

Ebenso beschränken sich die derzeitigen Leitlinien auf einzelne umschriebene Bereiche wie Frühintervention, Akutbehandlung und Postakutbehandlung, wodurch Ansatzpunkte zur Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen diesen Bereichen und damit die Entwicklung überzeugender Behandlungsstrategien aus einem Guss zu wenig Beachtung finden.

Schließlich sind Leitlinien notwendigerweise „rückwärtsgerichtet“ denn sie sollen ja auf evidenzgeprüften Verfahren basieren und eine solche Prüfung braucht Zeit. Danach vergehen unter Umständen Jahre, bis sie über das Konsensusverfahren in eine Leitlinie aufgenommen werden, und nach ihrer Verabschiedung sollen sie für mehrere Jahre weiter gültig sein. Dies darf nicht dazu führen, dass die Entwicklung innovativer Ansätze und Methoden aufgrund der noch nicht belegten Evidenz verhindert wird.

Eine abschließende Wertung der vorliegenden Leitlinien ist zum derzeitigen Zeitpunkt nicht möglich. Schmidt und Gastpar (2006) ist in ihrer Forderung zuzustimmen, dass zukünftige Untersuchungen zu Anwendbarkeit und Nutzen der Leitlinien in der Praxis sowie zu Begrenzungen und Verbesserungen wünschenswert sind. Erst deren Ergebnis würde eine fundierte Bewertung der Leitlinien ermöglichen.

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Aussagen wird im weiteren auf einige wesentliche Aspekte und Folgerungen aus den vorliegenden Leitlinien eingegangen (siehe Schmidt, L.G. et al. (Hrsg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen, Köln [2006]).

1. Alkoholbezogene Störungen

1.1. Screening und Kurzintervention

Die Ergebnisse einer Vielzahl empirischer Untersuchungen belegen den Erfolg mini-

maler bzw. kurzer Interventionen im Rahmen der medizinischen und psychosozialen Basisversorgung. Der Erfolg herkömmlicher Kurzintervention wurde bislang vorwiegend in frühen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung bzw. bei riskantem oder schädlichem Gebrauch überprüft.

Folgerung:

Die Implementierung entsprechender Screening-Verfahren und Kurzinterventionen sollte insbesondere in die medizinische Regelversorgung einfließen, und es sollten entsprechende Anreizsysteme gefördert werden. Hierzu sind insbesondere die Krankenkassen, die Ärzteschaft, die Krankenhäuser und die Suchtkrankenhilfe aufgerufen.

1.2 Akutbehandlung

Als zentrales Behandlungselement der Alkoholabhängigkeit im Akutbereich hat sich in Deutschland die etablierte „qualifizierte Entzugsbehandlung“ bewährt. Diese umfasst Maßnahmen der Diagnostik, der Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms sowie der Erhöhung der Änderungsbereitschaft und -kompetenz und Motivierung des Patienten, eine Entwöhnungsbehandlung (Postakutbehandlung) in Anspruch zu nehmen.

Folgerung:

Die aktuellen durchschnittlichen Behandlungszeiten für den qualifizierten Entzug liegen deutlich unter den in der Leitlinie von den Experten genannten. Hier stellt sich die Frage, welche Bedeutung der Leitlinie von Seiten der zuständigen Kostenträger eingeräumt wird und ob sich dadurch neue Ansatzpunkte für eine Konsensbildung mit den Behandlern ergeben. Die Wirksamkeit der Entzugsbehandlung sollte ferner kontinuierlich überprüft werden, um Belege für den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und -erfolg nachweisen zu können. Hierbei sind auch der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit und entsprechende Begleiterkrankungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollte bei der Weiterentwicklung der Leitlinie Wert darauf gelegt werden, zu untersuchen, wie das Schnittstellenmanagement zwischen Akutbehandlung und Entwöhnung gestaltet und weiter gefördert werden kann.

1.3 Postakutbehandlung

Der Begriff der Postakutbehandlung umfasst Maßnahmen der Entwöhnung und medizinischen Rehabilitation sowie der Nachsorge. Von daher bezieht sich die Leitlinie auf mehrere Bausteine der Behandlung. Die Effektivität der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit konnte vielfach nachgewiesen werden und eine im internationalen Vergleich hohe Ergebnisqualität ist belegt. Auch für die ambulante und teilstationäre Behandlung liegen einzelne Wirksamkeitsnachweise vor. Von daher werden auch Behandlungen im ambulanten Setting emp-

fohlen. Die Zuweisung zu den verschiedenen Settings erfolgt auf der Grundlage entsprechender Indikationskriterien. Es kann ferner von einem positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg ausgegangen werden. Nachsorge als weitergehende ambulante Behandlungsphase wird ebenso wie die Teilnahme an Selbsthilfegruppen nach einer erfolgten Entwöhnungsbehandlung empfohlen.

Folgerung:

Die Leitlinie Postakutbehandlung bestätigt damit die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen und die Differenzierung des Behandlungssystems in Deutschland. Entwicklungsbedarf der Leitlinie besteht z. B. hinsichtlich der empirischen Fundierung von Indikationskriterien für die verschiedenen Behandlungssettings (ambulant, teilstationär, stationär, Kombinationsbehandlung). Darüber hinaus sollte auch angesichts schwieriger ökonomischer Rahmenbedingungen dem festgestellten positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg besondere Bedeutung beigemessen werden.

2. Tabakabhängigkeit

Ein Wirkungsnachweis besteht nur für eine geringe Anzahl von Behandlungsansätzen. Viele auf dem Markt befindlichen Raucherentwöhnungsverfahren entbehren einer soliden wissenschaftlichen Grundlage oder einer klaren theoretischen Fundierung. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Empfehlungen:

Die Effektivität der ärztlichen Kurzintervention in der Tabakentwöhnung ist in vielen Studien überprüft worden und durch Meta-Analysen gut belegt. Die höchsten Erfolgsaussichten sind durch eine professionell geleitete Einzel- oder Gruppentherapie in Verbindung mit einer medikamentösen Therapie gegeben. Selbsthilfemanuale zur Raucherentwöhnung scheinen einen signifikanten therapeutischen Effekt zu haben, besonders wenn sie individualisiert werden. Eine signifikante Überlegenheit der Individualtherapie gegenüber der Gruppentherapie lässt sich nicht zeigen.

Folgerung:

Der Tabakabhängigkeit und deren Behandlung im Bereich der Suchtkrankenhilfe sollte insgesamt verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die Leitlinie enthält zahlreiche Hinweise zur Effektivität unterschiedlicher Behandlungsmethoden sowie zu spezifischen Risikogruppen. Es sollte zu den basalen Aufgaben des Arztes und der Mitarbeiter/innen im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung gehören, dem Thema Tabakabhängigkeit verstärkt Aufmerksamkeit zu widmen und entsprechende Interventionen durchzuführen.

3. Cannabisbezogene Störungen

Die Mehrheit der behandlingssuchenden Cannabiskonsumenten ist im Durchschnitt 5–10 Jahre jünger als Heroin- und Kokainabhängige. Ferner konsumiert die Mehrheit keine anderen illegalen Drogen und ist besser sozial integriert im Ausbildungs- und Erwerbsprozess. Die alleinige Cannabisabhängigkeit wird überwiegend ambulant behandelt. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung richtet sich nach der Schwere des Entzugssyndroms, der Rückfallgefährdung bzw. ambulanter Therapieresistenz, der Schwere der komorbiden Störungen, der Schwere der Folgeschäden. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt sich aufgrund der häufig gravierenden psychischen und sozialen Dimension der Suchterkrankung auch im Sinne einer Frühintervention eine stationäre Behandlung. Im deutschsprachigen Raum liegen hierzu noch keine kontrollierten Studien vor. Bislang existiert im deutschsprachigen Raum noch keine kontrollierte Behandlungsstudie.

Folgerung:

Die Leitlinie sieht es als notwendig an, vor dem Hintergrund wachsender Behandlungszahlen spezielle Einrichtungen zur Behandlung von Cannabisabhängigen zunehmend vorzuhalten. Darüber hinaus wird neben der Aufklärung der Hausärzte gefordert, dass die psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen ihre traditionell auf Heroin- und Kokainabhängigkeit ausgerichtete Struktur ändern, um den behandlingssuchenden Cannabiskonsumenten spezifischer gerecht zu werden. Dies betrifft auch in der Nachsorge die Organisation spezifischer Selbsthilfe- und Psychoedukativgruppen. Darüber hinaus sind Forschungsstudien zur Wirkung längerfristiger Interventionen, die auch störungsspezifisch auf die Komorbidität eingehen, erforderlich.

Aus der Leitlinie würde somit eine stärkere Differenzierung und Spezialisierung des Suchthilfesystems folgen, womit zusätzliche personelle und strukturelle Ressourcen verbunden sind. Derzeit besteht beispielsweise nur eine geringe Zahl an Spezialambulanzen in Ballungsräumen. Eine stärkere Ausrichtung der Suchtkrankenhilfe auf cannabisbezogene Störungen darf allerdings nicht dazu führen, dass Interventionen bei anderen substanzbezogenen Störungen reduziert werden

4. Opioidbezogene Störungen

4.1. Akutbehandlung

Unter Akutbehandlung wurden Maßnahmen zusammengefasst, die innerhalb eines Zeitrahmens von bis zu 8 Wochen die Behandlung der akuten Intoxikation, des Entzugssyndroms und der Einstellung des Patienten auf eine abstinenzorientierte und substitions-gestützte Langzeit-

oder Postakutbehandlung umfassen. Der narkosegestützte Opiatschnellentzug mit Opiatantagonisten wird wegen seiner Risiken und besonderer Non-Compliance bei der Postakutbehandlung nicht empfohlen.

Folgerung:

In der Versorgungsrealität liegen auch beim Entzug von Opioiden die Behandlungszeiten für die Akutbehandlung deutlich unter dem geforderten Zeitrahmen, so dass sich die Verfolgung von über die Detoxifikation im engeren Sinne hinausweisenden Zielsetzungen (wie z. B. Förderung der Motivation zur Abstinenz und zur Inanspruchnahme von Postakutbehandlung oder Eingrenzung von sozialen Suchtfolgeschäden) in der Praxis als problematisch erweist. Hier ist es notwendig, entsprechende Standards für die Behandlung unter Berücksichtigung der Fallschwere im Konsens zwischen Leistungsträgern und Behandlern zu entwickeln.

4.2 Postakutbehandlung

Unter Postakutbehandlung werden die abstinenzorientierte Behandlung und die Substitutionstherapie zusammengefasst.

Insgesamt zeigen Substitutionsprogramme mit höheren Dosierungen und weniger strikten Ausschlusskriterien eine bessere Haltequote und ein günstigeres Therapieergebnis (weniger Kriminalität, weniger Beikonsum) als Programme mit niedrigen Dosen und strengen Ausschlusskriterien. Für die abstinenzorientierte Therapie sind empirisch validierte Indikationskriterien für eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung bislang unbekannt. Die Entscheidung des Patienten, gestützt durch professionelle Beratung scheint derzeit die erfolversprechendste Vorgehensweise für die Auswahl des Settings zu sein. Die abstinenzorientierte ambulante Behandlung Opioidabhängiger dauert in der Regel 1 Jahr. Die besten Ergebnisse für die stationäre Entwöhnungsbehandlung wurden mit einer 6–9-monatigen Behandlung erzielt. Berichtet werden Erfolgsquoten von 29–37% für die stationäre Entwöhnungsbehandlung und 30% für die ambulante Therapie. Die Leitlinie bestätigt die Wirksamkeit der vorhandenen Behandlungsansätze. Ein umfangreiches Behandlungssetting wird im Rahmen der abstinenzorientierten Therapien empfohlen.

Folgerung:

Die vorhandenen Behandlungsstandards und -dauern der abstinenzorientierten Behandlung sollten auf der Grundlage der Leitlinie erhalten bleiben. Die Behandlung kann je nach Motivation, Komorbidität und sozialer Lage ambulant, stationär oder teilstationär erfolgen. Die Setting-Auswahl hängt von der Ausgangslage des Patienten, seiner Änderungsmotivation und Therapiebereitschaft ab.

Substitutionsgestützte Therapien sind dann indiziert, wenn das Ziel der Suchtmittelfreiheit unmittelbar und zeitnah nicht

erreichbar ist. Das Prinzip der Schadensminimierung steht hierbei im Vordergrund. Zur substitutionsorientierten Therapie gehört standardgemäß eine psychosoziale Behandlung. Die Frage der Finanzierung der psychosozialen Behandlung im Rahmen der Substitutionstherapie ist verbindlich zu klären.

Im Unterschied zu den Einschränkungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (Soziotherapie-Richtlinien 2001) wird Soziotherapie in der Leitlinie als integraler Bestandteil der Behandlung Drogenabhängiger empfohlen. Von daher ist der Gemeinsame Bundesausschuss dazu aufgerufen, die Ausschlusskriterien des § 37a SGB V (Soziotherapie-Richtlinien 2001) zu überdenken.

5. Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene

Hinsichtlich der Postakutbehandlung (Entwöhnung, Rehabilitation) existieren kaum relevante suchtmittelspezifische Therapieansätze, die sich allein auf eine der hier genannten Substanzgruppen beziehen. Wie in der Leitlinie bereits vermerkt ist, kommen Formen eines dauerhaften Monokonsums eher selten vor. Im fortgeschrittenen Stadium einer Suchtstörung können die Gruppen der politoxikomanen Drogenkonsumenten mit bzw. ohne schädlichen Gebrauch/Abhängigkeit von Opiaten unterschieden werden.

Folgerung:

Studien zur Evidenzbasierung von unterschiedlichen Behandlungssettings und -methoden sind erforderlich, um genauere Aussagen hinsichtlich deren Wirksamkeit für die Konsumenten von Kokain oder so genannter Partydrogen (mit bzw. ohne zusätzlichem Konsum weiterer Drogen) treffen zu können. Eine ausreichende medizinische und psychiatrische Grundversorgung muss während der gesamten Postakutbehandlung ebenso gewährleistet sein wie die Regulierung sozialer Angelegenheiten oder psychotherapeutische Angebote. Zu prüfen, inwieweit auch Monokonsumten von dem bestehenden Suchtkrankenhilfesystem angesprochen werden können, ist Aufgabe der Versorgungsforschung.

6. Medikamentenabhängigkeit (Sedativa Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)

Etwa 40% aller Benzodiazepin-Verschreibungen mündet in eine Langzeiteinnahme. Die Verordnung sollte auf 2–4 Wochen beschränkt werden, ein Entzugssyndrom tritt nach mindestens 8 Wochen Expositionsdauer auf, bei extrem hohen Dosen kann dies in kürzerer Zeit geschehen. Die

Entzugsbehandlung sollte bei schweren Intoxikationen oder Hinweisen auf frühere schwere Entzüge in einem Krankenhaus erfolgen.

Bei Medikamentenabhängigkeit von Sedativa/Hypnotika findet sich eine erhebliche Komorbidität vor allem mit Angstkrankheiten, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und ADHD. Arzneimittelabhängige werden in Deutschland nur selten in Suchtfachkliniken einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen. Evidenzbasierte Daten zur Differentialindikation und Effektivität der Entwöhnungsbehandlung bei Abhängigen von Sedativa/Hypnotika existieren nach Darlegung in der Leitlinie bisher kaum.

Folgerung:

Die Leitlinie enthält detaillierte Angaben zum Entzug bei Medikamentenabhängigkeit. Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung sowie der Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen für Medikamentenabhängige. Initiativen zur Prävention und Schulung der verschreibenden Ärzte zu einem rationalen Umgang mit entsprechenden Arzneimitteln werden als notwendig angesehen. Eine Verstärkung entsprechender Initiativen auch über die Ärzteschaft ist von daher dringend erforderlich.

Schlussfolgerung:

Die genannten Beispiele zeigen, dass aus den Leitlinien ein erheblicher Diskussions- und Handlungsbedarf resultiert. Dabei sind die Themen in der Regel nicht neu und die Inhalte auch bereits an verschiedenen Stellen dargelegt worden. Neu ist allerdings die Aufbereitung der Inhalte in Form von Leitlinien und die Herstellung eines Konsenses maßgeblicher Experten. Ob sich für die Implementierung und Gestaltung von Rahmenbedingungen durch die systematische Aufarbeitung und Zusammenstellung der besten verfügbaren Evidenz aus Expertensicht neue Impulse ergeben, bleibt abzuwarten. Fest steht aber: An den Behandlungsleitlinien Substanzbezogene Störungen kommt keiner der Akteure in der Suchtkrankenhilfe und -behandlung mehr vorbei.

Autoren:

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.

Ralf Schneider
Vorsitzender des Vorstandes
des Fachverbandes Sucht e.V.

Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel. (02 28)26 15 55
Fax (02 28)21 58 85
E-Mail: sucht@sucht.de
<http://www.sucht.de>