

Pressestatements

anlässlich der Pressekonferenz zum 21. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. „Lebensalter, Suchtformen und Behandlungspraxis“ am 16. Juni 2008

Eine altersspezifische Betrachtung substanzbezogener Störungen

PD Dr. Ludwig Kraus, Alexander Pabst
IFT Institut für Therapieforschung, München

Hintergrund. Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen weisen deutliche Alters- und Geschlechtsunterschiede in der Verbreitung auf (Kraus, 2008). Der Anteil von Personen mit einem riskanten oder gefährlichen Alkoholkonsum zeigt gemessen an den Grenzwerten der WHO (>30g pro Tag für Männern und 20g pro Tag für Frauen) über das Alter einen eher u-förmigen Verlauf (Pabst & Kraus, 2008) und nimmt im Alter ab 60 Jahren wieder ab (Bühringer et al., 2000). Der Anteil starker Raucher (täglich 20 Zigaretten oder mehr) nimmt bis zum Alter von 40–49 Jahren zu und fällt danach ab. Während der Konsum von Cannabis bevorzugt unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfolgt (Wittchen & Nelson, 1998), nimmt der Medikamentenkonsum bis ins hohe Alter kontinuierlich zu (Rumpf & Weyerer, 2005). Ausgehend von der Altersverteilung des Substanzkonsums ist zu erwarten, dass es auch Unterschiede in der Altersverteilung substanzbezogener Störungen gibt. Für eine altersspezifische Betrachtung der im Zusammenhang mit Alkohol, Tabak, Medikamenten und Cannabis zu beobachtenden Störungen bei Erwachsenen werden die Daten der jüngsten Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys (Kraus, 2008), einer bundesweit durchgeführten, repräsentativen schriftlichen Befragung von 18- bis 64-Jährigen, verwendet. Für Jugendliche unter 18 Jahren werden zusätzlich die Daten des Early Developmental Stages of Substance Disorder Project (EDSP; Wittchen & Nelson, 1998), für Erwachsene über dem 65. Lebensjahr die Daten des Mikrozensus sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verwendet. Die Erfassung substanzbezogener Störungen wurde auf der Grundlage der diagnostischen Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) vorgenommen. Daten zur Opioidabhängigkeit in der Bevölkerung nach Alter liegen nicht vor. Die altersspezifischen Schätzungen zum Umfang substanzbezogener Störungen wer-

den den Behandlungsdaten aus der Suchthilfestatistik 2006 gegenübergestellt (Sonntag, 2007).

Substanzbezogene Störungen. Epidemiologische Ergebnisse weisen auf einen Anstieg substanzbezogener Störungen bereits im Jugendalter hin (Wittchen & Nelson, 1998). Schätzungen zum Umfang substanzbezogener Störungen in der Bevölkerung zeigen sowohl für Tabak als auch für Alkohol einen flachen Anstieg bis zum Alter von 25–29 Jahren, ein Maximum bei 30–39 Jahren und einen langsamen Rückgang bis zum Alter von 60–64 Jahren. Demgegenüber nimmt die Anzahl von Personen mit medikamentenbezogenen Störungen kontinuierlich zu. Angaben zum Konsumverhalten von Personen über 65 Jahre deuten auf einen weiteren Anstieg des Medikamentenmissbrauchs (insbesondere Benzodiazepine) mit dem Alter hin (Weyerer, Schäufele & Zimmer, 1998). Cannabisbezogene Störungen weisen einen hohen Anteil unter 20- bis 24-Jährigen und unter 30- bis 39-Jährigen auf. Im Vergleich zur Verbreitung in der Bevölkerung weist die Behandlungsstatistik eine unterschiedliche Verteilung der Behandlungsnachfrage auf (Sonntag, 2007). Die höchste Zahl an Patienten mit alkoholbezogenen Störungen findet sich in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen, bei opiatbezogenen Störungen in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen und bei cannabisbezogenen Störungen in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen. Die Anzahl von Personen, die aufgrund einer Störung im Zusammenhang mit Sedativen/Hypnotika um eine Behandlung ersuchen, erreicht ihr Maximum in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen. Bei der Tabakentwöhnung spielen die Einrichtungen der Suchthilfe keine Rolle (Sonntag, 2007).

Diskussion. Schätzungen des Umfangs substanzbezogener Störungen in der Allgemeinbevölkerung weisen je nach Substanz deutliche Unterschiede in der Alters-

verteilung auf. Sind drogenbezogene Probleme (Cannabis und Opiode) bereits bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verbreitet, rücken tabak- und alkoholbezogene Störungen erst im mittleren Alter zwischen 30 und 40 Jahren in den Vordergrund. Die Identifikation medikamentenbezogener Störungen und deren Behandlung insbesondere bei älteren Menschen stellt eine erhebliche Herausforderung dar. Häufig ist die Vergabe von Medikamenten (z.B. Benzodiazepine) mit der Behandlung anderer psychischer Störungen wie Depressionen verbunden. Damit sind medikamentenbedingte Störungen im Kontext des ärztlichen Verschreibungsverhaltens zu diskutieren. Bei der Betrachtung des Behandlungsbedarfs aus der Perspektive der Prävalenz substanzbezogener Störungen in der Bevölkerung werden zum einen Fälle wie z.B. Spontanremissionen ohne Behandlung mit einbezogen, zum anderen jedoch subklinische Formen riskanten Konsums mit hohen Risiken für akute und soziale Probleme vernachlässigt (Babor et al, 2005).

Bei der Interpretation der Schätzungen aus Bevölkerungsstudien muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse durch die Art der Zufallsauswahl (marginalisierte Bevölkerungsgruppen wie Wohnungslose und institutionalisierte Personen sind von der Befragung ausgeschlossen), das Antwortverhalten (Non-Response) sowie mögliche Unterschätzungen des Problemverhaltens systematischen Verzerrungen unterliegen können.

Aufgrund der sich ändernden demographischen Struktur der Bevölkerung muss sich die Suchthilfe auf eine Zunahme der Behandlungsnachfrage in der Gruppe älterer Suchtkranker einstellen. Für diese Gruppe muss einerseits der Zugang zum Hilfesystem erleichtert, andererseits altersspezifische Angebote entwickelt werden. Weiterhin weisen die epidemiologischen Ergebnisse zum Alter des Erstkonsums

(Kraus, Steiner & Pabst, 2008) und dem Alter des Auftretens erster Störungen (Wittchen & Nelson, 1998) auf die Notwendigkeit von differenzierten Behandlungsangeboten für Jugendliche und junge Erwachsene hin.

Literatur

American Psychiatric Association (1994). DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2005). Alkohol - Kein gewöhnliches Konsumgut (Herausgeber der deutschen Ausgabe mit Beiträgen zur Alkoholpolitik in Deutschland, Österreich und der Schweiz: L. Kraus, J. Rehm, G. Gmel, A. Uhl & F. Fröhner). Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 2003: Alcohol: no ordinary commodity).

Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.

Kraus, L. (2008). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Sucht, 54 (Sonderheft 1), S1-S63.

Kraus, L., Steiner, S. & Pabst, A. (2008). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen (IFT-Berichte Bd. 165). München: IFT Institut für Therapieforchung.

Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht, 54 (Sonderheft 1), S36-S46.

Rumpf H-J. & Weyerer S. (2005). Sucht im Alter. Sucht aktuell 12 (2), 28-33.

Sonntag, D. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006. Sucht, 53 (Sonderheft 1), 7-63.

Weyerer, S., Schäufele, M. & Zimmer, A. (1998). Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im hohen Alter. In: Havemann-Reinecke, U., Weyerer, S. & Fleischmann, H. (Hrsg.), Alkohol und Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit im Alter (S. 38-49). Freiburg i. Br.: Lambertus.

Wittchen, H.-U. & Nelson, C. B. (1998). The early development stages of substance abuse. European Addiction Research, 4, 5-82.

Ansprechpartner:

PD Dr. Ludwig Kraus
 Leiter des Fachbereichs Epidemiologische Forschung
 IFT Institut für Therapieforchung
 Parzivalstraße 25
 80804 München
 Tel.: 089 - 360804 30
 Fax: 089 - 360804 49
 E-Mail: kraus@ift.de
 www.ift.de

Wie wirkt die Suchtbehandlung? Eine altersspezifische Betrachtung

Peter Missel

Vorstandsmitglied des Fachverbandes Sucht e.V.

1. Zur Wirksamkeit der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt sich allein aus ökonomischen Gründen. Die Effektivität der Behandlung ist belegt. Kosteneinsparungen für unsere Gesellschaft ergeben sich durch die Vermeidung von Frühverrentungen und entsprechende Beitragszahlungen für die Rentenversicherung, die Reduktion von akutmedizinischen Kosten und den Rückgang von Arbeitsunfähigkeit und Krankheitskosten für die Arbeitgeber. Die Einsparungen übersteigen die Kosten der Behandlung bei weitem.

Die AWMF-Leitlinie zur Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen (Geyer et al., 2006) unterstreicht gleichfalls, dass die Effektivität der stationären Postakutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit vielfach nachgewiesen worden ist. In Meta-Analysen (vgl. Süß, 1995; Sonntag und Künzel,

2000) wurde eine im internationalen Vergleich hohe Ergebnisqualität belegt.

Die Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen Abhängigkeitskranker belegen weitere Forschungsergebnisse aus der stationären Behandlung von alkoholabhängigen Personen:

- In einer Untersuchung des sozialmedizinischen Behandlungserfolgs reduzierten sich im poststationären 5-Jahres-Zeitraum im Vergleich zum Zeitraum von 2 Jahren vor Antritt der Entwöhnungsbehandlung bei suchtbedingten Erkrankungen die Arbeitsunfähigkeitsfälle um 83,1 %, die Arbeitsunfähigkeitstage um 75,3 %, die Krankenhausfälle um 63,4 % und die Krankenhaustage um 76,7 % (vgl. Klein et al., 1997).
- 87 % der Rehabilitanden sind zwei Jahre nach einer stationären Suchtrehabilitation noch im Erwerbsleben verblieben. Auch dies spricht für die hohe Wirksamkeit der Behandlung (Egner und Grünbeck, 2004).

- Eine Expertise zur Sucht-Rehabilitation in Deutschland der Humboldt-Universität zu Berlin belegt den ökonomischen Nutzen der Sucht-Rehabilitation für die Rentenversicherung, der sich durch die Verhinderung von Frühberentungen ergibt. Die ca. 5.300 wegen ihrer Alkoholkrankheit jährlich Frühberenteten kosten die gesetzliche Rentenversicherung bis zum Erreichen einer Altersgrenze demnach ca. 550 Mio. €, das entspricht einem Pro-Kopf-Kostenanteil von ca. 103.000 €. Dies übersteigt die gesamten Ausgaben der Rentenversicherung für die Rehabilitation aller Abhängigkeitskranker von 524,6 Mio. € im Jahr 2004 mit 52.536 Leistungen (vgl. Müller-Fahrnow, 2002).

Das Fazit der Deutschen Rentenversicherung, dass das vom Gesetzgeber vorgegebene Rehabilitationsziel einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in der Suchtrehabilitation also offensichtlich in einem größeren Umfang erfüllt wird und sich die Investition in

die Suchtrehabilitation lohnt (vgl. Reimann, 2002), hat sich durch eine Vielzahl von Untersuchungen somit bestätigt.

Von daher sollte die Inanspruchnahme von nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungsformen für abhängigkeitskranke Menschen nicht nur aus ethischen und sozialpolitischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen gefördert werden.

2. Katamnesen in der Suchtbehandlung

Im Zuge einer verstärkten Diskussion im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren auch das Thema „Qualitätssicherung“ zunehmend Bedeutung erlangt. In der medizinischen Rehabilitation wurde zuerst von der Rentenversicherung ein umfangreiches Qualitätssicherungsprogramm entwickelt, das sich als ein Mittel zur Sicherstellung der Qualität der Behandlung und des Rehabilitationserfolges unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen versteht. Die Leistungserbringer im stationären Bereich sind verpflichtet, sich an den dort vorgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Im Rahmen des übergreifenden Sozialgesetzbuches IX wurden als konkrete Anforderungen hinsichtlich der Qualitätssicherung formuliert, dass einrichtungsübergreifende vergleichende Qualitätsanalysen durchgeführt werden sollen und die Leistungserbringer ein Qualitätsmanagement sicherzustellen haben. Traditionell gehört die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote für Abhängigkeitskranke zu den vorrangigen Aufgaben des Fachverbandes Sucht e. V. und seiner Mitgliedseinrichtungen. Besonderer Wert wird hierbei neben der Struktur- und Prozessqualität auch auf die Ergebnisqualität gelegt. Der Fachverband Sucht e.V. publiziert seit dem Entlassjahrgang 1996 klinikübergreifende Katamnesen seiner Mitgliedseinrichtungen.

Der Auftrag der Rehabilitation im Sinne des SGB IX – an dem sich auch der Rehabilitationserfolg misst – liegt darin, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw. zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern. Diese Ziele sind aber nur unter der Voraussetzung zu erreichen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahmen gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren.

Die Katamnesen (Nachbefragungen von Patienten) des Fachverbandes Sucht e.V. von Fachkliniken für Alkohol- und Medika-

mentenabhängige orientieren sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ (DGSS, 1985, 1992, 2001; vgl. auch „Kerndatensatz Katamnese“, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2004).

Als „abstinent“ werden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum von einem Jahr nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitationsmaßnahme weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen haben. Als „abstinent nach Rückfall“ wird eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens zwölf Wochen abstinent war. Als „rückfällig“ gelten alle anderen Personen einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben.

Zur Berechnung der Abstinenzquoten wurden die Berechnungsformen 1–4 nach den Standards der DGSS verwendet. Nach **Berechnungsform 1** werden alle erreichten Patienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Die **Berechnungsform 2** bezieht sich auf alle planmäßig entlassenen Patienten. In **Berechnungsform 3** werden die Angaben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten berücksichtigt. Bezugsbasis für die konservativste **Berechnungsform 4** sind alle entlassenen Patienten. Personen für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hiernach als rückfällig gewertet. Die katamnestiche Erfolgsquote fasst die „abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“ lebenden Patienten zusammen.

3. Eine altersspezifische Betrachtung

In der katamnestiche Untersuchung des Fachverbandes Sucht e.V. des Entlassjahrgangs 2005 von **Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige** (vgl. Missel et al., 2008) wurden insgesamt 10.269 Patienten aus 16 Einrichtungen nachuntersucht. **Es ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote für den Therapieerfolg von 79,2 %** (Antworter mit planmäßiger Entlassung).

Tab. 1: Aufteilung der Untersuchungsstichprobe auf Altersgruppen (Gesamtstichprobe, geschlechtsspezifische Aufteilung)

Altersgruppen	Geschlecht		
	Gesamt	Männlich	Weiblich
bis 30 Jahre	6,4 %	6,8 %	5,6 %
31 – 40 Jahre	25,2 %	26,2 %	22,8 %
41 – 50 Jahre	42,3 %	42,9 %	41,0 %
51 – 60 Jahre	21,4 %	20,5 %	23,7 %
61 Jahre und älter	4,6 %	3,7 %	6,9 %

In wissenschaftlichen Publikationen wird die katamnestiche Erfolgsquote zusätzlich auch nach der DGSS-Berechnungsform 4 für alle entlassenen Patienten eines Jahrgangs angegeben, um eine vergleichende Einschätzung der katamnestiche Erfolgsquote unabhängig von der Anzahl der antwortenden Patienten und unabhängig von der Anzahl der Therapieabbrecher zu dokumentieren und damit erst eine Vergleichbarkeit katamnestiche Untersuchungen zu gewährleisten. Der entsprechende Wert stellt aber eine Unterschätzung des tatsächlichen Therapieerfolges dar, da alle Nichtantworter ‚konservativ‘ als rückfällig gewertet werden (katamnestiche Erfolgsquote 2005 nach DGSS 4: 45,3 %).

In einer aktuellen Studie zur Ergebnisqualität der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Fischer und Missel et al., 2007) waren **55,1 % der erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung während des 12-Monats-Zeitraums nach der stationären Drogenrehabilitation abstinent** (nach Berechnungsform DGSS 4: 21,5 %). Diese Studie belegt auch für den Drogenbereich, dass sich eine abstinenzorientierte Behandlung lohnt und man bei vielen Patienten von gelungenen Rehabilitationsverläufen sprechen kann. Dies ist vor dem Hintergrund der äußerst schwierigen Ausgangssituation Drogenabhängiger mit Mehrfachbenachteiligungen im medizinischen, psychischen, sozialen und beruflichen Bereich ein ausgesprochen positives Ergebnis.

Ist nun aber die Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger vom Alter der Patienten abhängig?

In einer Untersuchung des Entlassjahrgangs 2004 aus 14 Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen mit insgesamt 9.638 Patienten wurde diese Fragestellung untersucht (vgl. Missel und Zobel, 2007). Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Aufteilung der Untersuchungsstichprobe auf fünf Altersgruppen.

Die Tabelle 2 zeigt die katamnestiche Erfolgsquoten für alle Patienten und die Patienten der einzelnen Altersgruppen nach den DGSS-Berechnungsformen 1 und 4.

Tab. 2: Katamnestiche Erfolgsquoten nach Altersgruppen

Altersgruppe	Katamnestiche Erfolgsquoten	
	DGSS 1	DGSS 4
bis 30 Jahre	64,8%	25,2 %
31 – 40 Jahre	71,9 %	36,9 %
41 – 50 Jahre	73,3 %	43,8 %
51 – 60 Jahre	76,0 %	50,4 %
61 Jahre und älter	81,5 %	57,3 %
Gesamt	73,8 %	42,9 %

Die katamnestiche Erfolgsquoten erhöhen sich mit zunehmendem Alter, dies gilt sowohl für die Teilstichprobe der planmäßig entlassenen Katamnesticheantworter wie für die Gesamtstichprobe.

Auch unter Berücksichtigung der potentiell intervenierenden Variablen wie Geschlecht, Erst- oder Wiederholungsbehandlung, Behandlungsdauer, Erwerbsstatus und Art der Behandlungsbeendigung zeigt sich durchgehend ein Anstieg der Ergebnisqualität mit zunehmendem Alter.

Die altersspezifische Analyse zeigt also bei Standardbehandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige einen altersspezifischen Effekt bei der Ergebnisqualität. Ältere Patienten sind erfolgreicher als jüngere Patienten. Bei jüngeren Patienten zeigen sich oftmals eine geringer ausgeprägte Motivation ‚für immer abstinent zu bleiben‘, aber auch Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung und der Ausprägung sozialer Kompetenzen.

In einigen Einrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. werden bereits seniorenspezifische Therapiemodule eingesetzt. Zusätzlich wird empfohlen, vergleichbare altersspezifische Behandlungsmodule insbesondere für jüngere Patienten in die Programme von Rehabilitationsfachkliniken im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen aufzunehmen.

Die stationäre Rehabilitation Suchtkranker wirkt nachhaltig. Möglichkeiten zur altersspezifischen Konzeptoptimierung bestehen. Der 21. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. mit dem Thema „Lebensalter, Suchtformen und Behandlungspraxis“ vertieft diese wichtige Thematik.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnestiche bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. Sucht, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2004). Deutscher Kerndatensatz Katamnestiche. www.dhs.de.

Egner, U., Grünbeck, P. (2004). Analyse der Rehaverlaufdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Sucht macht krank!, Schriftenreihe des FVS Bd. 27, Geesthacht, 64 – 73.

Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., Schwelm, H. (2007): Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnestiche). Teil II: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnestiche, Sucht aktuell 2/2007, S. 37 – 46.

Geyer, D. et al. (2006). AWMF-Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht, 52 (1), 8 – 34.

Klein, W., Missel, P., Braukmann, W. (1997). Effizienz stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg. Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, 7, 47 – 58.

Missel, P. und Zobel, M. (2007) Ergebnisqualität der stationären Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger: Eine altersspezifische Analyse. Sucht aktuell, 14/2, 26 – 30.

Missel, P., Zobel, M., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger V., Wüst, G. (2008). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnestiche des Entlassjahrgangs 2005 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 15/1, 13 – 24.

Müller-Fahrnow, W. et al. (2002). Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven – Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungsforschung – Humboldt-Universität zu Berlin. DRV-Schriften, Band 32.

Reimann, A. (2002). Vorwort in: Müller-Fahrnow, W. et al.: Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven – Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungsforschung – Humboldt-Universität zu Berlin. DRV-Schriften, Band 32.

Sonntag, D. und Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, 46, Sonderheft 2.

Süß, H. M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, 248 – 266.

Ansprechpartner:

Peter Missel
 Vorstandsmitglied des Fachverbandes Sucht e.V.
 Psychologischer Psychotherapeut,
 Leitender Psychologe der Kliniken Daun-
 Am Rosenberg
 Schulstr. 6
 54550 Daun
 Tel.: 06592 - 201-1230
 Fax: 06592 - 201-1205
 E-Mail: pmissel@ahg.de

Neue Formen von „Sucht“ im Beratungs- und Behandlungssystem

Ralf Schneider

Vorstandsmitglied des Fachverbandes Sucht e.V.

1. Zunehmende mentale Belastungen in der modernen Lebenswelt

Die Arbeitsplätze sind unsicherer geworden, die Herausforderungen der Lebens- und Ar-

beitswelt verändern sich und die mentalen Belastungen nehmen zu. Mit dieser Entwicklung korrespondiert eine dramatische Zunahme von psychischen Erkrankungen während der letzten Jahre. Laut DAK-Gesundheitsreport 2005 stieg ihre Häufigkeit

von 1997 bis 2004 um 70% an. Psychische Erkrankungen machen im Jahr 2007 (DAK-Gesundheitsreport 2008) 10,2% des Krankenstands aus. Sie stehen damit an vierter Stelle aller Krankheitsarten (hinter Muskel-Skelettsystem, Atmungssystem und Verlet-

zungen). Psychische Erkrankungen zählen zu den kostenintensivsten. Angst und Depression drohen zu den Volkskrankheiten der Zukunft zu werden. Und gerade Ängste, Einsamkeit und Belohnungsarmut stehen in enger Verbindung mit dem Bedürfnis, sich einen „Kick“ zu verschaffen und die Aufmerksamkeit auf Bestätigung gebende Tätigkeiten zu konzentrieren. Wenn dies im Übermaß geschieht, kann sich daraus eine eigenständige Störung entwickeln, die wie eine Sucht in Erscheinung tritt.

Nach allen vorliegenden prognostischen Daten muss man davon ausgehen, dass die klassischen Süchte – offiziell laut ICD-10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)“ – sich in Häufigkeit und Schweregrad nicht verringern werden. Eine Ausnahme könnten vielleicht die Störungen durch Tabak machen, die sich bereits zurückgebildet haben. Die Suchthilfe muss keineswegs „neue Märkte“ erschließen, indem sie andere exzessive Verhaltensweisen zu Süchten umdeklariert. Aber in den letzten Jahren sind Verhaltensstörungen entstanden oder ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt, die so viel Leid und Folgeprobleme für die Betroffenen und die Gesellschaft mit sich bringen, dass man die Betroffenen damit nicht allein lassen darf. Diese Störungen bedürfen einer fachlich angemessenen Behandlung. Die Suchthilfe hat sich ihrer angenommen, weil ihre Strukturen und Arbeitsweisen dafür fachlich gut geeignet sind.

2. Neue Krankheiten durch veränderte gesellschaftliche und technologische Bedingungen

Ein Beispiel ist das pathologische Glücksspiel. Durch die erhebliche Zunahme der Zahl aufgestellter Glücksspielautomaten, deren technisch raffinierte Aufrüstung und die fast unbegrenzte Verfügbarkeit des Glücksspiels auch durch das Internet ist in den letzten fünfzehn Jahren die Zahl der Menschen, die an pathologischem Glücksspiel erkrankt sind, stetig gestiegen. Hier hat die Suchthilfe bereits flexibel auf einen neuen Bedarf reagiert.

Das Internet hat in den wenigen Jahren seines Bestehens rasant verbesserte Angebote für die Befriedigung aller vier psychologischen Grundbedürfnisse entwickelt. Es ist dabei so erfolgreich, weil ihm dies mit zunehmender Aktivierung des Belohnungssystems und ohne unmittelbare negative Folgen gelingt, die körperlich oder finanziell spürbar wären: Für das Bedürfnis nach Bindung und Zugehörigkeit gibt es Kontaktbörsen und Chat-Rooms, für das Bedürfnis nach Selbstwertsteigerung Blogs oder Computerspiele wie „Second Life“, für das Bedürfnis nach Kontrolle/Orientierung/Neugier Computerspiele wie „World of Warcraft“, das zugleich die Bedürfnisse nach Selbstwert und Zugehörigkeit

anspricht, für das Bedürfnis nach Lustgewinn Sexseiten für jede denkbare Ausrichtung und für die Meidung von Unlust in Form von Leere und Langeweile jede Menge Abwechslung und Kaufanreize. Wenn sich daraus Störungen mit Krankheitswert entwickeln, fassen manche Fachleute sie als „pathologischen PC-Gebrauch“ zusammen.

Bei den Merkmalen des pathologischen Glücksspiels und des pathologischen PC-Gebrauchs sind teilweise Parallelen zum Abhängigkeitssyndrom durch psychotrope Substanzen vorzufinden, welches sich durch eine Gruppe von körperlichen, kognitiven und Verhaltensphänomenen definiert. Solche Phänomene können der starke Wunsch oder Zwang zum Konsum, der Kontrollverlust bezüglich des Konsums oder eine Toleranzentwicklung gegenüber der Substanz, körperliche Entzugssymptome, die Vernachlässigung anderer Interessen oder der fortgesetzte Konsum der Substanzen trotz eindeutig negativer Folgen sein. Diese Phänomene lassen sich ähnlich bei Patienten mit pathologischem Glücksspiel oder pathologischem PC-Gebrauch finden, nur dass an die Stelle der psychotropen Substanz die Bedienung eines Apparates mit psychotropen Folgen tritt. Die psychotropen Folgen ergeben sich in ähnlicher Weise wie beim Substanzkonsum über die Aktivierung des dopaminergen Motivations- und Belohnungssystems.

3. Für den pathologischen PC-Gebrauch werden differenzierte diagnostische Kriterien benötigt

Der pathologische PC-Gebrauch, womit man vor allem die Online-Nutzung meint, nimmt nach bisherigen klinischen Beobachtungen einen chronischen Verlauf mit Teilhabestörungen auch im beruflichen und sozialen Bereich. Für einen solchen problematischen PC-Gebrauch wurde bisher jedoch keine international anerkannte Grenze zur Pathologie gezogen.

Der Sammelbegriff „pathologischer PC-Gebrauch“ dürfte wohl auch noch zu pauschal für eine gezielte klinische Arbeit sein. Es bedarf einer Differenzierung zwischen exzessivem Online-Handel, pathologischem Kaufen, PC-bezogener Arbeitssucht, Arbeitsstörungen am PC, Cybersex / Pornographie, Computerspiel-Sucht, Online-Glücksspiel, Chat-/Beziehungssucht, „Messie“-Verhalten am PC / exzessive Informationssuche, PC-bezogenem Zwangsverhalten usw. Für einige Untergruppen des pathologischen PC-Gebrauchs wird von manchen Fachleuten der Begriff „Verhaltenssüchte“ verwendet. Unabhängig von der Begrifflichkeit gilt für alle diese exzessiven Verhaltensweisen, dass der PC und das Internet als Technologie lediglich das Medium der Störung sind, nicht ihr Kern. Die virtuellen Welten, die sich

über PC und Internet erschließen lassen, werden aber gewiss ein großes Zukunftsthema für das Suchthilfesystem sein.

Die bisher vorwiegend verwendeten diagnostische Kriterien des pathologischen PC-Gebrauchs sind: exzessive schul- oder berufsfremde PC- bzw. Internet-Nutzung von mehr als 30 Std. wöchentlich; ein zumindest zeitweiliges unwiderstehliches Verlangen, am Computer zu spielen; Ausrichtung des eigenen Lebens auf die Zeiten, die man mit der Chat- oder Spielgruppe verbringt (Zurücktreten der realen Erlebniswelt mit problematischen Auswirkungen auf Erleben und Verhalten); fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen; kompensatorische Suche nach Anerkennung, Kontrollkompetenz, Erfolgsergebnissen und Abfuhr von aggressiver Reaktionen; anhaltende exzessive Computernutzung trotz nachweislicher körperlicher, psychischer und sozialer Schäden; Automatisierung der Online-Aktivität bzw. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Dauer des Computerspiels; anklingende „Entzugserscheinungen“ bei veränderter Computernutzung (Nervosität, Reizbarkeit, Unruhe, Schlafstörungen).

4. Die Anerkennung des exzessiven Computerspiels als eigenständiges psychisches Störungsbild steht noch aus

Unabhängig von zukünftigen Forschungsergebnissen ist bei einigen Formen des Computerspiels schon heute aus klinischen Beobachtungen das Bild einer schweren Störung mit gravierenden sozialen, psychischen und körperlichen Folgen erkennbar. Gerade online-Spiele vom MMORPG-Typ (Massive Multiplayer Online Role Play Games), wozu beispielsweise „World of Warcraft“ zählt, scheinen ein hohes Suchtpotenzial in sich zu bergen, da sie gleichzeitig mehrere menschliche Bedürfnisse ansprechen. Empirische Studien weisen darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der psychopathologisch auffälligen Spieler diese Spielform nutzt.

Die Patientenzahlen nehmen parallel mit der Entwicklung der EDV und der Internetverbreitung zu.

Es bestehen häufig komorbide Persönlichkeitsstörungen und/oder Suchterkrankungen, über deren Wechselwirkung aber noch wenig bekannt ist. Manche Experten werten eine Persönlichkeitsstörung oder eine depressive Störung sogar als das primäre Problem und den pathologischen PC-Gebrauch eher als Symptom denn als eigenständige Störung.

Als eigenständiges Störungsbild mit einem Anspruch auf Behandlung ist das exzessive Computerspielen bisher allerdings (noch)

nicht anerkannt. Gleichwohl suchen Betroffene und deren Angehörige zunehmend nach fachlicher Beratung und Hilfe.

5. Es besteht ein erheblicher Forschungsbedarf zum problematischen PC-Gebrauch

In drei von vier Haushalten steht ein Computer. 60 Prozent der Deutschen nutzen das Internet fast täglich. Es ist angesichts der rasanten Entwicklung des Internets und der Verbreitung der Internetanschlüsse in Deutschland ein dringendes Erfordernis, den pathologischen PC-Gebrauch klar zu fassen und ihn gegen einen lediglich problematischen Gebrauch abzugrenzen, ihn in die medizinischen Diagnosesysteme einzuordnen und so die Möglichkeit einer fachgerechten Behandlung zu schaffen.

Der Fachverband Sucht unterstützt die Forderung nach wissenschaftlichen Untersuchungen des pathologischen PC-Gebrauchs, um die verschiedenen Problematiken des PC-Gebrauchs zu spezifizieren. Insbesondere die prädisponierenden Faktoren der Persönlichkeit und des kritischen Zeitfensters für den Beginn der Störung sowie die Entwicklungsdynamik müssen empirisch geklärt werden.

Anzuregen sind unbedingt Längsschnittstudien, um beispielsweise den Anteil derjenigen zu bestimmen, die ohne fremde Hilfe aus einem pathologischen PC-Gebrauch herauswachsen.

Es gibt im Bereich des pathologischen Glücksspielens bereits einige erste epidemiologische Studien und katamnestiche Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung. Entsprechende Untersuchungen sind auch zur Behandlung des pathologischen PC-Gebrauchs erforderlich. Diese Forschungslücke sollte zeitnah geschlossen werden.

6. Die Beratung und Behandlung Glücksspielsüchtiger könnte beispielhaft für PC-bezogene Erkrankungen sein

Die „Glücksspielsucht“ wird von der Internationalen Klassifikation psychischer Stö-

rungen (ICD-10-GM 2004/2005) im Kapitel F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – als „F63.0 pathologisches Spielen“ geführt. Das pathologische Glücksspiel ist damit als eigenständige behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt.

In Deutschland schwanken die Schätzungen der Bevölkerungsprävalenz zwischen 0,1 und 0,5%, d.h. zwischen 50.000 und mehr als 250.000 Spielsüchtigen. Die größte Problemgruppe bilden die Spieler an gewerblichen Geldspielautomaten.

Für die „Spielsucht“ existiert inzwischen ein funktionierendes Netz ambulanter und stationärer Behandlung. Die Qualitätsansprüche an die Behandlungseinrichtungen sind definiert und die Finanzierung der Behandlung ist über eine angemessene Dauer geregelt.

In der Behandlung des Pathologischen Spielens und des pathologischen PC-Gebrauchs gibt es etliche Parallelen bei den Behandlungszielen. Die wichtigste Parallele besteht im Abbau der zugrunde liegenden intrapsychischen und interpersonellen Defizite. Besondere Bedeutung haben dabei die Beziehungserfahrungen. Im Zentrum der Therapie stehen Kompetenzerlebnisse, Analyse der Bindungserfahrungen in der realen und virtuellen Welt, die Lockerung der starken emotionalen Bindung an die PC-Welt, nicht-konfrontative Motivierungsstrategien, Psychoedukation, Ausbau der Erlebnisfähigkeit, der sozialen Kompetenz und der Selbstwertregulierung.

7. Beratungs- und Behandlungsangebote zum problematischen PC-Gebrauch sind zu entwickeln

Es gibt bereits heute Patienten mit pathologischem PC-Gebrauch, die unabhängig von der Tatsache fehlender klassifikatorischer Rahmenbedingungen in ähnlichen Strukturen behandelt werden wie Patienten mit pathologischem Glücksspiel. Die Erfahrungen damit sind positiv. Bei problematischem PC-Gebrauch wird deshalb vorerst die Nutzung des ambulanten Bera-

tungssystems für pathologische Spieler empfohlen. Die ambulante oder stationäre Behandlung könnte in bereits bestehenden Rehabilitationseinrichtungen erfolgen. Je nach Vorliegen wesentlicher komorbider Störungen sollte die Behandlung – analog zum pathologischen Glücksspiel – in psychosomatischen oder Suchtabteilungen stattfinden.

Darüber hinaus wird es aber gerade für die meist jungen Computerspielabhängigen spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote geben müssen. Die Beratung sollte die Betroffenen „da abholen, wo sie stehen“, das heißt mit der Ansprache und Angeboten im Internet beginnen und eng vernetzt sein mit der Schulpsychologie, Erziehungs- und Studentenberatung und Familienhilfe. Da der Beginn einer problematischen Computer- und Mediennutzung fast immer in der Jugendzeit liegt, sind insbesondere Hilfsangebote für Eltern zu entwickeln. Fehl am Platz ist jedoch eine Pathologisierung der Jugend im Zusammenhang mit der Internetnutzung, da die meisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einer Phase exzessiver Computernutzung trotzdem gesund heran reifen. Derzeit ist der gesellschaftliche Fokus zu stark auf die Jugend, zu wenig auf die kranken Erwachsenen gerichtet.

Ansprechpartner:

Ralf Schneider

Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht e.V.

*Direktor der salus klinik Friedrichsdorf
Landgrafenplatz 1*

61381 Friedrichsdorf/Taunus

Tel.: 06172 - 950-100

Fax: 06172 - 950-133

E-Mail: r.schneider@salus-friedrichsdorf.de