

Wirkungen und Wirksamkeit der Therapie Drogenabhängiger

Heinz C. Vollmer

1. Wirkungen und Wirksamkeit im subjektiven Erleben

"Statt Schwerabhängige weiter in die Kriminalität zu treiben, sollte ihnen kontrolliert Heroin verabreicht werden" (FR, 18.2.1997), "Methadonpolitik gescheitert" (FAZ 1.7.1997), "Süchtige, denen anders nicht zu helfen ist sollen Heroin vom Staat erhalten" (Der Spiegel, 27.1.1997, "Ein 'Schweizer Weg' in Deutschland hätte vielleicht einem, vielleicht auch allen fünf Junkies in Bremen das Leben gerettet – und nicht nur ihnen" (Die Woche, 24.1.1997), "Die Schweiz handelt nüchtern und menschlich zugleich" (SZ, 30.9.97), "Das Heroin-Projekt sucht nüchtern nach einer hilfreichen Lösung. Dieses Konzept müßte eigentlich auch außerhalb der Schweiz funktionieren" (Die Zeit, 25.04.1997), "Städte setzen auf kontrollierte Heroinabgabe" (Focus, 13.10.1997)

Diese zwar aus dem Zusammenhang genommenen Zitate geben treffend Stand und Niveau der drogenpolitischen Diskussion in Deutschland wieder und verdeutlichen, daß Politik und Medien bei der Auseinandersetzung mit dem Thema "Wirksamkeit der Behandlung Drogenabhängiger" im Rahmen des Leitthemas dieses Bandes "Suchttherapie unter Kostendruck" nicht ausgeklammert werden können.

Therapien für Drogenabhängige werden nach politischen Begriffen kategorisiert (z.B. liberal vs konservativ), sind Bestandteil von Wahlkampfprogrammen häufig mit einseitiger Berichterstattung und Betonung der Mißerfolge der nicht erwünschten Vorgehensweisen. Die Erfolgsbeurteilung der Drogenpolitik reduziert sich vorwiegend auf die Anzahl der Drogentoten und auf die Prävalenzrate. Trotz Kenntnis der Komplexität des Themas werden monokausale Lösungsstrategien vorgeschlagen. Übersehen wird, daß nach diesem Modell die deutsche Drogenpolitik mit 134 Drogenabhängigen und 2,1 Rauschgifttoten pro 100.000 Einwohner (nur alte Bundesländer) sich in ihrer Wirksamkeit nicht wesentlich von anderen Ländern unterscheidet, zum Beispiel: Österreich: 205 und 2,2; Schweiz: 609 und 5,1; Spanien: 510 und 1,7; Italien: 262 und 1,4; Niederlande: 147 und 0,3; Großbritannien: 206 und 2,1; Frankreich: 234 und 0,9 (BKA 1993; Bühringer & Küfner, 1996; Bühringer, Künzel & Spies 1995).

Legt man komplexe Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodelle zugrunde, unter Einbeziehung volkswirtschaftlicher Aspekte des Drogenhandels, der geopolitischen Lage Deutschlands, gesellschaftlicher und kultureller Werte und Normen, dann sind einfache Zahlenvergleiche zwischen den Ländern mit der Schlußfolgerung besser, schlechter oder gleich gut bzw. schlecht überhaupt nicht möglich. Wie die folgenden Ausführungen zeigen werden, erfordern Vergleiche zwischen

einzelnen Maßnahmen (z.B. Therapien) ebenso eine komplexe Betrachtungsweise und sind nicht reduzierbar auf einfache Zahlenvergleiche (Vollmer 1991). Selbst ein Rückgang der Rauschgifttoden zwischen 1992 und 1993 um 17,2 % gestattet nicht die Schlußfolgerung, der Rückgang sei durch Maßnahmen der Drogenpolitik bedingt. Ohne eine Ursachenzuschreibung vorzunehmen kann lediglich gesagt werden, daß die Prävalenz- und die Mortalitätsrate im Vergleich zu anderen Ländern in Deutschland im mittleren Bereich liegt und daß es wünschenswert ist beide Werte zu verbessern durch Strategien auf der Grundlage ausführlicher und umfangreicher Analysen der komplexen funktionalen Zusammenhänge. Zu berücksichtigen ist dabei, daß politische Maßnahmen nicht nur bzw. selten kurzfristig wirken, sondern (positive sowie negative) Effekte mit mehrjähriger zeitlicher Verzögerung auftreten.

Im Unterschied zu anderen psychischen Erkrankungen wie Angst- und Eßstörungen, affektive Störungen etc. und selbst im Unterschied zur Alkoholabhängigkeit hat der Mißbrauch und die Abhängigkeit von illegalen Drogen eine wesentlich stärkere gesellschaftliche Relevanz, nimmt man die Berichte in den Medien als Beurteilungsgrundlage. Über die Behandlung von Eßstörungen (Lebenszeitprävalenz ca. 2,4 %, "Erfolgsquote" der Therapien ca. 30 %) oder von Angststörungen (Lebenszeitprävalenz ca. 15 %, "Erfolgsquoten" je nach Störung 25–80 %), Dysthyrie (3,6 % und ca. 40 %); Major Depression (16,1 % und ca. 60 %), Persönlichkeitsstörungen (3,3 % und unbekannt) (Margraf 1996, Wittchen & Perkonig 1996, Hahlweg & Ehlers 1997) wird nur selten in den Medien berichtet und wenn dann ausschließlich in sehr sachlicher Art und Weise. Selbst über Nikotinabhängigkeit mit einer Prävalenzquote von ca. 40 %, 70.000 tabakbedingten Todesfällen pro Jahr (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, zit. aus Junge 1996) und einer Erfolgsquote der Therapie von ca. 25 % gibt es trotz der hohen "Ansteckungsgefahr" für Gefährdete, der gesundheitlichen Schädigung durch passives Rauchen (ca. 400 Todesfälle pro Jahr (Robert Koch Institut, zit. aus Junge 1996) und der enormen Kosten durch Folgeerkrankungen nur sehr selten derartig emotional gefärbte und einseitige Berichte in den Medien.

Die Unterschiede in der Berichterstattung über Drogenabhängigkeit und über andere Störungen mit hoher Prävalenz und geringen Erfolgsquoten sind unmittelbar nicht nachvollziehbar, sondern würden umfangreiche soziologische und psychologische Analysen erfordern. Ein staatliches Verbot von Tabak dürfte wahrscheinlich ähnliche Reaktionen auslösen wie sie derzeit im Umgang mit Opiatabhängigen vorzufinden sind. Ohne damit eine tieferliegende Ursache zu nennen sind wahrscheinlich entscheidende Faktoren für die unterschiedlichen Reaktionen auf Behandlungsmaßnahmen bei Drogenabhängigen versus bei anderen Störungen, die volkswirtschaftliche Bedeutung der psychotropen Substanzen in Kombination mit der Illegalität und der Glaube die Prävalenzrate mit einfachen Mitteln unter den gegenwärtigen Stand von ca. 1,8 % (Lebenszeitprävalenz) reduzieren zu können.

Äußerungen von Politikern und Experten und Berichte in den Medien beeinflussen nicht nur die Wahrnehmung der Wirksamkeit von Therapien bei Laien, sondern wiederum bei Fachleuten, bei politischen Entscheidungsträgern und selbst bei

Drogenabhängigen. So haben sie Einfluß auf die tatsächliche Wirksamkeit von Therapien. Die Überzeugung eine Therapie erfolgreich zu bewältigen hat Einfluß auf den tatsächlichen Erfolg.

Die Frage der Wirksamkeit wäre leicht zu beantworten, wenn definitorische Klarheit und Einigkeit über die zur Darstellung der Wirksamkeit verwendeten Begriffe bestehen würde. Unter Wirksamkeit wird im folgenden verstanden, daß gewünschte Ziele durch eine Maßnahme (z.B. abstinenzorientierte Therapie oder Methadonsubstitution) erreicht werden. Der Grad der Erreichung wird in der Regel in Prozent ausgedrückt (x % leben abstinent oder Drogengebrauch um y % reduziert). Eine Maßnahme ist dann wirksam, wenn die Prozentzahl wesentlich, d.h. nicht zufallsbedingt besser ist als es ohne Durchführung der Maßnahme gewesen wäre. Unterschieden wird im folgenden zwischen dieser wissenschaftlich belegten Wirksamkeit, für die es klar definierte Regeln gibt (Kontrollgruppe, Struktur- und Beobachtungsgleichheit, Zufallsverteilung, Wiederholbarkeit etc.) und der Wirksamkeit im subjektiven Erleben von Patienten, Politikern, Journalisten, Fachleuten, etc. Die Wirksamkeitseinschätzung im subjektiven Erleben wird unter anderem beeinflusst durch persönliche Erlebnisse mit Drogenabhängigen und deren Angehörigen und durch Berichte in der Fachliteratur und den Medien (Zeitungen, Fernsehen, Hörfunk).

Die subjektive Wirksamkeitseinschätzung von Fachleuten und von mit dem Thema beschäftigten Entscheidungsträgern sollte sich so weit wie möglich an wissenschaftlichen Ergebnissen orientieren.

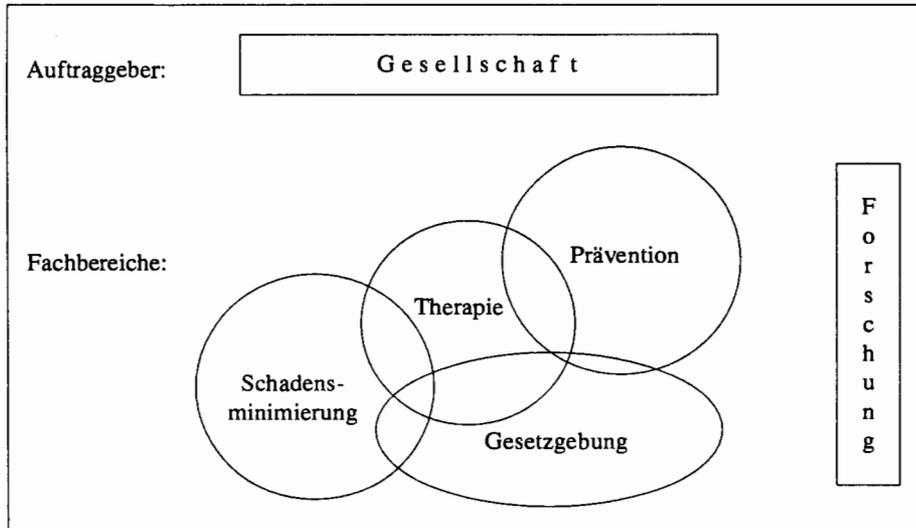
Im Unterschied zur Wirksamkeit handelt es sich bei den Wirkungen um nicht (unbedingt) angestrebte Effekte, sowohl positive als auch negative. Auch hier kann zwischen wissenschaftlich belegten und subjektiv erlebten Wirkungen unterschieden werden. Die subjektiven Einschätzungen von Wirkungen/Wirksamkeit können wegen ihrer Bedeutung in der öffentlichen Diskussion nicht übergangen werden, auch wenn in den folgenden Ausführungen die wissenschaftlich belegten Effekte im Vordergrund stehen. Zur Beurteilung der wissenschaftlich belegten Effekte ist eine Abgrenzung von den subjektiven Einschätzungen notwendig ebenso wie eine weitere Klärung der Begriffe Wirksamkeit und Therapie.

2. Die Säulen der Drogenpolitik und ihre Vernetzung

Zur Beurteilung der Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen bei Drogenabhängigen soll vorweg, in Anlehnung an die 4 Säulen (Prävention, Überlebenshilfe und Schadensminimierung, Therapie, Repression) der Schweizer Drogenpolitik, eine Aufteilung in 5 Bereiche vorgenommen werden; Bereiche, die in Darstellungen und Diskussionen häufig vermischt und verwechselt werden. Um Personen zu helfen, die Drogen mißbräuchlich gebrauchen bzw. die gefährdet sind, gibt es Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen, die zu einer Reduzierung des Angebots von Drogen und zu einer Reduzierung der Nachfrage führen sollen. Diese Maßnahmen lassen sich in folgende fünf Bereiche einteilen:

1. Primäre Prävention mit dem Ziel die Anzahl der Neuerkrankungen niedrig zu halten
2. Schadensminimierung mit dem Ziel kurzfristige Hilfe für aktuelle Probleme und dadurch langfristig eine Reduzierung von Infektionen und körperlichen Erkrankungen und der Delinquenz
3. Therapie mit dem Ziel Wiederherstellung der Gesundheit und/oder Linderung der Beschwerden und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
4. Forschung mit dem Ziel theoretisch und empirisch fundiertes Wissen zur Verfügung zu stellen, um den 5 Bereichen (einschließlich der Forschung selbst), Entscheidungen zur Erreichung ihrer Ziele zu erleichtern.
5. Gesetzgebung mit dem Ziel Rahmenbedingungen für die Umsetzung der fünf Bereiche zu schaffen (einschl. der Gesetzgebung selbst).

Abb. 1: Modell einer nationalen Strategie zur Unterstützung drogengefährdeter und -abhängiger Personen über die Reduzierung des Angebots und der Nachfrage von Drogen



Diese fünf Fachgebiete zur Angebots- und Nachfragereduzierung überschneiden sich teilweise und beeinflussen sich gegenseitig. Der Gesetzgeber regelt durch wen und in welchem Umfang Rehabilitationsmaßnahmen finanziert werden (z.B. durch Sozialgesetzbuch, SGB VI), hat Einfluß auf Maßnahmen zur Schadensminimierung und Therapie (z.B. durch die Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung, BtMVV), regelt Freiheit der Forschung (z.B. Grundgesetz, Art. 5, III) und beeinflusst indirekt die Verfügbarkeit (präventiver Aspekt) von Drogen (z.B. durch das Betäubungsmittelgesetz, BtMG). Die Richtung der gegenseitigen Wechs-

selwirkungen ist häufig unbekannt. Die ärztliche Verschreibung von Heroin oder die Methadonsubstitution ohne begleitende Therapie zur Schadensminimierung kann sich für Abhängige langfristig motivierend auf den Beginn einer abstinenzorientierten Therapie auswirken; gleichzeitig sind negative Effekte auf präventive Maßnahmen vorstellbar, die sich in einer Erhöhung der Inzidenzrate ausdrücken würden, da Gefährdete auf Drogenangebote von Abhängigen und Mißbrauchern, die sozial integriert und körperlich *gesund* sind eher eingehen (Welz & Niedermaier 1983). Die Ausbreitung der Drogenabhängigkeit hängt von der Aktivität sehr weniger Abhängiger ab, so daß genauere Voraussagen über Intensität und zeitlichen Verlauf der Verbreitung kaum möglich sind. Aus theoretischer Sicht kann vermutet werden, daß potentielle positive Effekte der Schadensminimierung sich positiv auf den Bereich Therapie aber negativ auf die Prävention auswirken können.

Der Einfluß einzelner Fachbereiche auf die Wirksamkeit von Therapien und deren Wechselwirkungen soll durch ein weiteres Beispiel verdeutlicht werden. Die Begrenzung finanzieller Mittel für Rehabilitationsmaßnahmen durch den Gesetzgeber (z.B. Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz, WFG) kann zu einem Absinken der Erfolgsquoten führen und wiederum zu einem Ansteigen der Inzidenz, da mehr gefährdeten Personen Drogen angeboten werden. Ein Kriterium für die sogenannte Schwerstabhängigkeit sind die "Anzahl der Therapieversuche", eine Voraussetzung für die Aufnahme in ein Substitutionsprogramm. Die Kürzung finanzieller Mittel für den Bereich Therapie führt zu einer Zunahme der substituierten Patienten und damit zu einer Zunahme der Neuerkrankungen, da einige dieser Patienten mit Drogen handeln werden. Gleichzeitig kann es eine verzögerte gegenläufige Tendenz geben. Durch den Kostendruck verkürzte Therapien führen zu mehr Innovationen im Rehabilitationsbereich und langfristig zu verbesserten Therapien mit entsprechend guten Erfolgsquoten, so daß wiederum mehr Abhängige trotz vorheriger Mißerfolge Interesse an einer Therapie haben und die Unterstützung durch die Gesellschaft für abstinenzorientierte Therapien wieder zunimmt. Auch wenn dem Autor dieses Artikels die obigen Hypothesen zu politischen und gesellschaftlichen Einflußfaktoren auf die Wirksamkeit von Therapien und zu den Wechselwirkungen wahrscheinlich erscheinen, sind diametral entgegengesetzte Hypothesen gut begründbar.

Wenn empirische Grundlagen zur Entscheidungsfindung fehlen bzw. unzureichend sind, dann werden in guter Absicht persönliche, teils von institutionellen Interessen abhängige Kriterien hinzugezogen. Nicht die Ergebnisse der wenigen empirischen Untersuchungen zur Therapie oder zur Schadensminimierung haben Einfluß auf politische und gesellschaftliche Entscheidungsträger, sondern die Darstellung und Vermarktung der Ergebnisse, teils unter Einbeziehung der subjektiv erlebten Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen. Wechselseitige Interaktionen zwischen den einzelnen Fachgebieten und anderen gesellschaftlichen Institutionen führen dann zu einem gesellschaftlichen Zwangsprozeß. Von den Drogenabhängigen unabhängige institutionelle Interessen rücken immer stärker in den Vordergrund, obwohl geglaubt wird in ihrem Interesse zu handeln (Vollmer 1995). Diese gesellschaftlichen Interaktionen entsprechen denen in Familien mit einem abhän-

gigen Mitglied, sind wegen ihrer Komplexität, Vernetzung und Dynamik nicht leicht durchschaubar und geben dem Abhängigen starken Einfluß auf die Aufrechterhaltung der krankheitsfördernden gesellschaftlichen Bedingungen. Um dem gesellschaftlichen Zwangsprozeß zu entgehen und um effektive und kostengünstige Maßnahmen für Drogenabhängige und -gefährdete anzubieten sind Diskussionen und Entscheidungen auf der Grundlage theoretischer und empirischer Forschung notwendig, die unabhängig von den Interessengruppen durchgeführt werden. Ungenaue Abgrenzungen zwischen den einzelnen Fachgebieten und unklare Zuständigkeiten und personelle und institutionelle Abhängigkeiten sollten vermieden werden. Zum Beispiel sind Schadensminimierung und Therapie häufig unklar definiert. Nach welchen Kriterien ist die Methadonsubstitution oder die Heroinsubstitution die Schadensminimierung, der Therapie oder der Vorbereitung auf eine abstinenzorientierte Behandlung zuzuordnen. Bei der Substitution zur Schadensminimierung sind andere Ziele vorrangig als bei der Substitution als Therapie oder als Rehabilitationsmaßnahme. Je nach der Zuordnung zu einem Fachbereich sind andere Berufsgruppen zuständig bzw. mitwirkend und entscheiden über Teilziele und über sinnvolle Interventionen und prägen durch ihre Fachkompetenz die Qualität der einzelnen Bereiche.

Wie die obigen Beispiele verdeutlichen, können Wirkungen und Wirksamkeit therapeutischer Interventionen nicht unabhängig von den 4 anderen Bereichen gesehen werden. Nur die Konzentration auf die Qualität aller 5 Fachbereiche und nicht die einseitige Konzentration auf einen oder zwei Fachbereiche kann für die Gesellschaft zu kostengünstigeren und wirkungsvolleren Lösungen führen. Qualität beinhaltet nicht nur eine möglichst hohe Wirksamkeit eines jeden einzelnen Fachbereichs, sondern auch eine Minimierung negativer Wirkungen einschließlich gegenseitiger Hindernisse und Blockaden der Fachbereiche untereinander.

Isolierte Einzelaktionen verschiedener Institutionen oder Bundesländer bzw. europäischer Länder führen trotz hoher Qualität zu negativen Effekten auf andere Fachbereiche. Negative Effekte können nur auf ein Minimum reduziert werden durch konzertiertes Vorgehen, unabhängig von parteipolitischen und institutionellen Interessen. Unterstützende gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen sind notwendig aber keine hinreichenden Voraussetzungen für eine Verbesserung der Wirksamkeit von Therapien. Wie die folgenden Ausführungen zeigen werden, sind insbesondere in den Fachbereichen Forschung und Therapie Transparenz des Vorgehens und Einhaltung von Minimalankriterien unerlässlich.

3. Wirksamkeit in Abhängigkeit von Therapiedefinitionen und -zielen

Aussagen über Wirksamkeit und Wirkungen therapeutischer Maßnahmen setzen voraus die Messung von Veränderungen bei den behandelten Patienten zwischen den Zeitpunkten Beginn und Ende der Behandlung und möglichst einige Wochen bzw. Monate nach Abschluß der Behandlung. Zur Erfassung der Wirksamkeit ist

zusätzlich eine Definition des Soll-Zustandes notwendig, denn Wirksamkeit bedeutet inwiefern vorher festgelegte Ziele erreicht wurden. Die Beurteilung der Wirksamkeit einer Therapie ist abhängig von Zieldefinitionen. Eine Therapie mit dem Ziel "Abstinenz von allen psychotropen Substanzen" wird eine geringere Erfolgsquote haben als eine Therapie mit dem Ziel "reduzierter Drogengebrauch". Außerdem ist die Erfolgsquote vom Zeitpunkt der Katamnese abhängig. In der Regel ist sie bei Abschluß der Behandlung am höchsten, reduziert sich stark innerhalb der ersten sechs Monate und bleibt nach einem Jahr fast konstant. Die Aussagen "die Erfolgsquote beträgt bei der Behandlung 30 %" oder "die Abbruchquote beträgt 40 %" sind somit bedeutungslos, wenn nicht die Kriterien für Erfolg (bzw. Abbruch) und die Zeiträume genannt werden. Engagierte Wissenschaftler forderten vor ca. 20 Jahren in Abgrenzung zur früher vorwiegend symptomorientierten Verhaltenstherapie *kombinierte* Erfolgsmaße (z.B. Sobell & Sobell, 1978) wie Abstinenz, feste Arbeitsstelle, zufriedene Partnerschaft, psychisches Wohlbefinden etc. Mit einer Zunahme anspruchsvoller Ziele wird die Erfolgsquote sinken, so daß sich kombinierte Erfolgsmaße nicht durchsetzen konnten. Man beschränkte sich wieder auf den Gebrauch psychotroper Substanzen (Nikotin ausgenommen) und an zweiter Stelle der Arbeitssituation. Zum Beispiel gilt eine Therapie Alkoholabhängiger in Deutschland als erfolgreich wenn 1/3 abstinent leben, ca. 1/4 ihren Alkoholkonsum wesentlich reduziert haben und x % (unterschiedlich je nach Arbeitsmarktlage) einer festen Arbeit nachgehen. Inzwischen weisen verschiedene Behandlungsprogramme für ausgewählte Stichproben bessere Ergebnisse vor und selbst eine Kombination von Erfolgsmaßen, brauchen diese Programme nicht mehr zu scheuen.

Bei der Behandlung Drogenabhängiger ist ein entgegengesetzter Trend in den Zielbestimmungen zu verzeichnen. Das *kombinierte* Behandlungsziel Abstinenz von Opiaten, Amphetaminen, Kokain, Halluzinogenen, Inhalantien wird als Erfolgskriterium selbst in einigen abstinenzorientierten Behandlungsprogrammen aufgegeben. Stattdessen werden die Kriterien unabhängig voneinander dargestellt (x % abstinent von Opiaten, y % abstinent von Kokain etc.) und unterschiedliche Katamnesezeiträume zusammengefaßt. Der Katamnesezeitpunkt wird zwar sinnvollerweise ab Therapiebeginn gerechnet, aber wer zum Katamnesezeitpunkt noch in Behandlung ist bleibt häufig unklar. Im Vergleich Therapiebeginn versus durchschnittlich x Monate nach Therapiebeginn kann diese abstinenzorientierte Therapie (Typ S) als erfolgreich eingestuft werden, wenn sich der Drogengebrauch signifikant reduziert hat, auch wenn unbekannt ist ob und wieviele Patienten abstinent von Opiaten *und* Kokain *und* Amphetaminen leben und wieviele dieser Patienten sich noch in Therapie befinden. Die Methodik entspricht dem Vorgehen der meisten Substitutionsprogramme: Katamnesezeiträume ab Behandlungsbeginn, keine vorweg definierte Therapiedauer, keine getrennte Auswertung für Patienten nach abgeschlossenen und laufenden Therapien, getrennte Auflistung des Gebrauchs psychotroper Substanzen, d.h. keine kombinierten Erfolgsmaße nach Minimalankriterien (z.B. Abstinenz von Opiaten, Amphetaminen und Kokain). Vorteil dieses Vorgehens ist eine sehr individuelle Gestaltung der Therapieziele, entsprechend der Motivationslage eines jeden Patienten. Dementsprechend sind

höhere Haltequoten als bei den bisher üblichen abstinenzorientierten Therapien (Typ A) zu erwarten.

Auch wenn in den abstinenzorientierten Programmen (Typ A) mit Rückfällen gearbeitet wird, gibt es eindeutig formulierte Therapieziele, die verbindlicher Bestandteil der Therapiekonzeption sind. Abstinenz von Opiaten, Amphetaminen, Kokain, Halluzinogenen, Inhalantien und Erwerbsfähigkeit nach Abschluß der Behandlung und langfristige Aufrechterhaltung der Abstinenz und Erwerbsfähigkeit durch weitere je nach Therapieschule unterschiedliche Ziele (z.B. Ich-Stärke, subj. Selbstkompetenz) sind vorrangige Behandlungsschwerpunkte. Eine Beurteilung der Wirksamkeit von Therapien ist durch die klaren Zieldefinitionen wesentlich einfacher und Vergleiche zur Hypothesengenerierung, um die Therapien zu verbessern sind trotz vieler Einschränkungen eher möglich.

Nicht zu verwechseln sind therapeutische Vorgehensweisen und die Darstellung von Ergebnissen. Auch wenn das Ziel Abstinenz von psychotropen Substanzen ist, wird entsprechend den Theorien und empirischen Befunden zur Motivation in der Behandlung mit diesem Ziel flexibel umgegangen. Je nach problemspezifischer Veränderungsphase in der sich ein Patient befindet, werden Interventionen differenziell eingesetzt oder ein Therapieziel (z.B. Cannabisgebrauch) vorübergehend zurückgestellt (Vollmer 1993). Bei Beendigung der Behandlung sind in der Regel nicht alle Ziele erreicht, aber Voraussetzungen für weitere Veränderungen in Selbstkontrolle geschaffen.

Im Gegensatz zu dem flexiblen Vorgehen in den abstinenzorientierten ambulanten und stationären Therapien (Typ A) wird bei der Darstellung der Ergebnisse "rigider" vorgegangen. Zur Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung wird geprüft, ob bestimmte vorher definierte Minimalkriterien erreicht worden sind, meistens die gleichzeitige Abstinenz von mehreren psychotropen Substanzen und die Erwerbsfähigkeit. Bei den Substitutionsprogrammen und den ambulanten Programmen (Typ S) wird das flexible therapeutische Vorgehen bei der Darstellung der Ergebnisse übernommen. Erfolge sind bei jedem Programm unterschiedlich definiert. Der Grad der Wirksamkeit einer Behandlung ist abhängig von der Definition der Therapieziele. Bei den Methadonsubstitutionsprogrammen und den ambulanten Programmen (Typ S) wird ein Teil der Therapieziele bzgl. des Gebrauchs psychotroper Substanzen in Abhängigkeit von der Wirksamkeit der Therapie definiert.

Nicht nur in der Methodik, sondern in ihren theoretischen Modellen gibt es zwischen den Substitutions-, Heroinverschreibungs- und den ambulanten Therapien (Typ S) im Vergleich zu den Therapien (Typ A) wesentliche Unterschiede, die sich auf die Beurteilung der Wirksamkeit auswirken. Den ersteren Programmen liegt ein biologisches Krankheitsmodell zugrunde. Methadon wird zum Beispiel als ein Medikament gesehen, in der Verwendung vergleichbar der Behandlung chronischer Herzkrankheiten, Diabetes etc. (Newmann 1995). Die ambulanten und stationären Therapien (Typ A) gehen eher von einem ganzheitlichen Ansatz aus. Biologische Faktoren sind nur eine Dimension der Abhängigkeitserkrankung. Eine medikamentöse Behandlung findet symptomorientiert nur zeitlich sehr begrenzt statt (z.B. medikamentöse Behandlung der Entzugserscheinungen) oder ist bei

längerfristiger Behandlung ursachenorientiert (z.B. Persönlichkeitsstörung). Der ganzheitliche Ansatz wird deutlich durch die interdisziplinären Behandler-Gruppen (Ärzte, Sozialpädagogen, Psychologen, Arbeitstherapeuten) und durch die den Programmen zugrundeliegenden Therapiedefinitionen.

Unter Therapie wird der Einsatz von zeitlich begrenzten, wissenschaftlich fundierten, transparent dargestellten und nachprüfbar Maßnahmen durch dafür qualifizierte Personen verstanden, um folgende Ziele zu erreichen: Linderung der Beschwerden und Wiederherstellung der Gesundheit. Die Psychotherapie hat zusätzlich die Ziele psychische Probleme zu bessern oder zu beseitigen und die persönliche Weiterentwicklung zu fördern. Vorrangiges Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit, sowohl aus körperlicher als auch aus psychischer Sicht. Bis auf den zeitlichen Aspekt werden sich Substitutionsbehandlungen, abstinenzorientierte Therapien des Typs A und S nicht voneinander unterscheiden. In der Operationalisierung obiger Begriffe und in der praktischen Umsetzung bestehen wahrscheinlich größere Unterschiede, die in anderen Veröffentlichungen noch herausgearbeitet werden müßten.

Bei der abstinenzorientierten Behandlung (Typ A) Drogenabhängiger werden in der Regel *alle* genannten Ziele angestrebt, einerseits formal bedingt durch die gesetzlich festgelegten Kostenträger (Rentenversicherungsträger, Krankenkassen etc.), andererseits inhaltlich durch Wechselwirkungen zwischen den Zielen bedingt. Körperliche Gesundheit, psychisches Wohlbefinden, Erwerbsfähigkeit, geringe Beschwerden, persönliche Weiterentwicklung beeinflussen sich gegenseitig. Erwerbsfähigkeit wirkt sich positiv auf psychisches Wohlbefinden und auf körperliche Gesundheit aus und umgekehrt.

Diese Ziele entstammen nicht methodischen Überlegungen, sondern kulturell-gesellschaftlich verankerten Wertvorstellungen. Die Ziel- und die Therapiedefinition wird nicht aufgegeben, wenn der in ihnen bestehende hohe Anspruch (noch) nicht erfüllt werden kann, sondern es wird versucht, ohne die Patienten therapeutisch zu überfordern, Interventionen zu entwickeln, mit deren Hilfe die Ziele langfristig erreicht werden können. Dieses Vorgehen hat bei der Therapie der Alkoholabhängigkeit, die vor 150 Jahren als kaum behandelbar galt zu den inzwischen ausgezeichneten Ergebnissen geführt. Ein Gegenbeispiel ist die Nikotinabhängigkeit. Über 25 % der Alkohol- und Drogenabhängigen würden gerne ihren Tabakgebrauch beenden. Trotzdem führen gesellschaftlich verankerte Einstellungen der Therapeuten dazu, daß nicht wahrgenommen wird, daß die Patienten durch die gleichzeitige Behandlung der Drogen- bzw. Alkoholabhängigkeit *und* Nikotinabhängigkeit, nicht überfordert werden. Ebensoviele Patienten leben abstinent von Alkohol und Drogen, wenn gleichzeitig die Nikotinabhängigkeit (zwar mit geringem aber signifikantem Erfolg) behandelt wird (Joseph 1992).

Die Bestimmung der langfristig gewünschten Therapieziele kann nicht eine Frage des nach wissenschaftlichen Erkenntnisstandes momentan Erreichbaren sein. Wissenschaftliche Ergebnisse sind nicht nur ein Resultat objektiver und rationaler Forschung, sondern werden nicht unwesentlich beeinflusst durch die von der Darstellung der Ergebnisse erwartete Aufmerksamkeit (in der Fachwelt, teils

in den Medien) und finanzielle Unterstützung (für weitere Forschungsvorhaben), ein in der Wissenschaftstheorie sehr vernachlässigtes Thema (Franck 1997). Daher muß die Definition von Therapie und Therapiezielen vorwiegend eine Frage kulturell-gesellschaftlicher Wertvorstellungen sein, unter Einbeziehung wissenschaftlicher empirischer und theoretischer Ergebnisse.

4. Kostendruck beeinflußt die Wahrnehmung von Ursachen

Sind die methodischen Voraussetzungen erfüllt, Therapie und Ziele eindeutig definiert, dann gibt es leider immer noch Hindernisse, die die Beurteilung der Wirksamkeit erschweren. Die Verwendung der Begriffe Wirkungen und Wirksamkeit setzt die Möglichkeit des Erkennens kausaler Zusammenhänge voraus. Die Notwendigkeit kausale Zusammenhänge zu erkennen wurde bereits im 5. Jh. v. Chr. formuliert, und zwar sowohl für die Entstehung von Erkrankungen als auch für deren Behandlung. Es war ein großer Verdienst der hippokratischen Ärzte, das formuliert zu haben, was man später Determinismus nennen sollte. "Der Zufall (wie sich z.B. eine Krankheit entwickelt, unabhängig von der Hilfe Anderer), erweist sich als ein Nichts, ... die ärztliche Kunst aber hat und wird immer sowohl in dem Warum als in den Prognosen ihren Bestand haben" (Hippokrates, zit. aus Grmek 1996, S. 57). (Ärztliche) Wissenschaft ist nur dann Wissenschaft wenn sie begründend ist.

Bereits im 5. Jh. v. Chr. wurde versucht sowohl kausale Zusammenhänge bei der Entstehung von Krankheiten als auch bei deren Behandlung zu erkennen, sogar mit der Unterscheidung zwischen auslösenden und tieferliegenden Ursachen. Pflanzen (abführende, brechreizauslösende, harntreibende) wurden als Heilmittel eingesetzt, um verschiedene Ursachen einer Erkrankung (z.B. schlechte Säfte im Körper) zu behandeln. Erfolge gab es, Erfolgsquote ist uns unbekannt. Eine Wissenschaft gab es, aber keine empirische Wissenschaft im heutigen Sinne, die theoretischen Überlegungen waren wichtiger als alle Beobachtungen (Jetter 1992).

Die Behauptung von Aristoteles, daß Frauen weniger Zähne haben als Männer, hielt sich über Jahrhunderte – wahrscheinlich bedingt durch die herausragende Stellung und Bedeutung von Aristoteles –, obwohl durch einfaches Zählen feststellbar ist, daß keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern besteht. Die kausalen Zusammenhänge, wie sie vor 2000 Jahren formuliert wurden, sind heutzutage faszinierend, erscheinen uns aber teilweise absurd. Wie zutreffend oder absurd sind die kausalen Zusammenhänge, die wir heute vermuten, sowohl bei der Entstehung einer Abhängigkeit als auch bei der Behandlung, wenn zum Beispiel Vertreter verschiedener Therapieschulen glauben, daß ihre Interventionen erfolgreicher sind. Wo übersehen wir Ergebnisse und Fakten und realisieren nicht wie unser Denken und unsere Theorien unsere Wahrnehmung beeinflussen; was nehmen wir selektiv wahr bzw. was übersehen wir, weil wir es nicht sehen wollen? Um

zu verdeutlichen, daß wir heute die gleichen Probleme haben wie die Ärzte und Philosophen vor 2000 Jahren, zwei aktuelle Beispiele:

In dem Wissenschaftsteil einer renommierten Tageszeitung erschien im Sommer '97 ein Bericht mit folgendem Titel:

Bier senkt auch Infarktrisiko

Bei über 2000 Personen, die über einen Zeitraum von 8 Jahren befragt wurden, fand man heraus, daß Personen, die täglich ein Glas Wein (diese These wird seit Jahren in der Presse vertreten) oder ein Glas Bier (eine neue These) trinken, halb so viele Todesfälle und Herzinfarkte wie die abstinent lebenden Männer und Frauen haben. Hier wurden zwei Ereignisse beobachtet:

- geringer Alkoholkonsum (x_1) und geringe Anzahl von Todesfällen/ Herzinfarkten (y_1)
- und kein Alkoholkonsum (x_2) und höheres Infarktrisiko (y_2).

Daß der biertrinkende Journalist bzw. Wissenschaftler jetzt schlußfolgert: Bierkonsum senkt Infarktrisiko ist psychologisch nachvollziehbar. Die Richtung der Schlußfolgerung ist hier:

$$x \Rightarrow y$$

das niedrige Infarktrisiko folgt auf den niedrigen Alkoholkonsum. Ein abstinent lebender Journalist bzw. Wissenschaftler, mit Ängsten vor einer Herzerkrankung kann mit gleichem Recht genau umgekehrt schlußfolgern

$$x \Leftarrow y$$

und würde dann die Überschrift verfassen:

Personen mit geringerer Lebenserwartung leben gesünder oder höheres Infarktrisiko führt zur Abstinenz.

Sie ahnen eventuell ihr Gesundheitsrisiko, leben abstinent, und verlängern dadurch ihre insgesamt verkürzte Lebenserwartung. Diese Hypothese würde der Wissenschaftler weiter verfolgen. Aber, die Richtung dieser Schlußfolgerung entspricht nicht unserem Zeitgeist und der Artikel würde wahrscheinlich seltener gelesen werden.

Wenn zwei Ereignisse miteinander korrelieren, dann gibt es noch zwei weitere Möglichkeiten der Schlußfolgerung:

$$x \Leftrightarrow y$$

d.h. die beiden Ereignisse beeinflussen sich wechselseitig. Bier senkt sowohl das Infarktrisiko und Personen mit niedrigem Infarktrisiko trinken eher gemäßigt Bier, oder:

$$\begin{array}{c} z \\ / \quad \backslash \\ x - y \end{array}$$

d.h. die beiden Ereignisse werden durch eine derzeit noch unbekannt Variable beeinflußt bzw. stehen mit dieser Variablen in Wechselwirkung. Ein Beispiel

wäre: ein bestimmtes Gen_z führt zu einem niedrigen Infarkttrisiko und zu gemäßigttem Alkoholkonsum.

Ebenso verhält es sich, wenn die beiden Ereignisse Therapie und Abstinenz zusammen bzw. in zeitlicher Folge auftreten. Folgende Schlußfolgerungen sind möglich:

- 1) Therapie führt zur Abstinenz ($x \Rightarrow y$)
- 2) in diese Therapie gehen Patienten, die in einem Jahr noch abstinent leben werden ($x \Leftarrow y$).

Die Richtung dieser Schlußfolgerung ist nicht leicht nachvollziehbar. Plausibler ist folgendes Beispiel: "schwierige" Patienten werden eher an "sehr qualifizierte" Therapeuten vermittelt, so daß diese Therapeuten, dadurch schlechtere Ergebnisse haben, also nicht der Therapeut die schlechten Ergebnisse verursacht, sondern der Therapeut erhält schwerer behandelbare Patienten.

- 3) Wechselwirkung: der Patient hilft dem Therapeuten, daß dieser eine gute Therapie macht und der Therapeut hilft dem Patienten, daß dieser abstinent lebt ($x \Leftrightarrow y$)
- 4) der Erfolg hat nichts mit der Therapie zu tun, es ist eine andere Variable, die wir derzeit nicht kennen

$$\begin{array}{c} z \\ / \quad \backslash \\ x \quad - \quad y \end{array}$$

Diese Beispiele zeigen, daß kausale Schlußfolgerungen über Ereignisse, die zeitlich zusammen oder aufeinanderfolgend auftreten, nur als Hypothesen betrachtet werden können. Die Richtung unserer Schlußfolgerungen und selbst unsere Wahrnehmung wird beeinflusst durch unsere uns nicht immer bewußten Theorien, durch unsere Denkstile und durch unser soziales Umfeld. In vielen empirischen Studien konnte nachgewiesen werden, daß die meisten Drogenabhängigen unter sehr problematischen Familienverhältnissen aufgewachsen sind. So wird der familiären Situation bedeutender Einfluß auf die Entstehung einer Abhängigkeit beigemessen. Diese Hypothese kann zutreffen. Sie kann aber auch falsch sein, wenn man berücksichtigt wieviele Kinder und junge Erwachsene nicht psychisch gestört sind, obwohl sie unter sehr ungünstigen Familienverhältnissen aufgewachsen sind.

Wir nehmen eher Informationen auf, die unseren persönlichen Theorien entsprechen und vertreten Schlußfolgerungen, die von dem für uns relevanten sozialem Umfeld akzeptiert bzw. gewünscht werden. Ein differenziertes Abwägen potentieller kausaler Zusammenhänge wirkt schnell langweilig und uninteressant. Spektakuläre Ergebnisse werden häufig erwartet, Begriffe wie Turbo-Therapie entsprechen dem Zeitgeist. Durch politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Faktoren können solche Tendenzen verstärkt werden. So ist sehr wahrscheinlich, daß in der Gesundheitsversorgung ebenso wie in der Forschung durch knappe finanzielle Mittel und durch zunehmenden Erfolgsdruck sich Wahrnehmungs- und Denkstile entwickeln und Beurteilungsfehler ungewollt zunehmen, die zu einer teilweisen Ausblendung der Realität führen, wodurch Weiterentwicklungen behindert bzw. verzögert werden.

5. Wirkungen und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Sicht

Neben einem breiten Spektrum an Therapien für Drogenabhängige gibt es in Deutschland eine Vielzahl von auf eine Behandlung vorbereitenden Betreuungsangeboten (z.B. durch Drogenberatungsstellen), die erfahrungsgemäß positiven Einfluß auf die Wirksamkeit der auf sie folgenden Therapie haben können. Empirisch fundierte Belege gibt es für diese aus methodischer Sicht nur sehr aufwendig prüfbar Hypothese nicht. Auf diese Ansätze wird daher trotz deren Bedeutung nicht eingegangen. Die folgenden Angaben beschränken sich auf deutschsprachige Studien. Beispielhaft werden Daten zu Wirksamkeit und Wirkungen der verschiedenen Behandlungsformen dargestellt.

1) Entzugsbehandlung

Der körperliche Drogenentzug kann erfolgen mit oder ohne eine psychosoziale Betreuung durch ein interdisziplinäres Team (z.B. Einzelgespräche, Motivierungsgruppen). Zur rein körperlichen Entgiftung konnten in der Fachliteratur keine empirischen Ergebnisse bezüglich Wirksamkeit und Wirkungen gefunden werden. Zur Entzugsbehandlung mit begleitender psychosozialer Betreuung, mißverständlich häufig als "qualifizierter Entzug" bezeichnet gibt es hingegen mehrere Studien. Ungefähr 50 % beenden die Entzugsbehandlung planmäßig und leben zu diesem Zeitpunkt abstinent von psychotropen Substanzen (außer Nikotin) (de Jong & Bühringer 1978, Mann & Kapp 1997).

12 % der Behandelten hatten zum Zeitpunkt: "durchschnittlich 214 Tage nach der Behandlung (s=114 Tage)" noch keinen Rückfall gehabt. 19 % hatten eine "Entwöhnungstherapie" begonnen, 24 % wurden anschließend von Suchtberatungsstellen betreut und 22 % von Hausärzten. 7 % der vor der Behandlung Erwerbslosen (53 %) hatten bei Abschluß eine feste Arbeit. (Mann & Kapp 1997). Diese Angaben basieren auf einer Gesamtstichprobe von 1.341 Patienten. 48 % der Patienten konnten zur Katamnese nicht erreicht werden. Die tatsächliche Anzahl der abstinenten Patienten und derjenigen mit nachfolgender Betreuung und Arbeit dürfte somit höher liegen. Negative Nebenwirkungen werden nicht berichtet. Die durchschnittliche Verweildauer der Entzugsbehandlung betrug 14 Tage. Auf Grundlage der Ergebnisse bescheinigen die Autoren ihrer Therapie "eine hohe Behandlungswirksamkeit" (Mann & Kapp 1997, S. 43)

2) Ärztliche Verschreibung von Heroin, Morphin, Methadon

Diese Behandlungsform wird in der Schweiz im Rahmen von Forschungsprojekten durchgeführt. Sie ist in Deutschland nicht gestattet. Die Einführung der ärztlichen Verschreibung von Heroin wird von einigen Fachleuten gefordert. Die Ver-

schreibung injizierbaren Heroins ist dem Morphin und Methadon überlegen. Die Haltequote betrug über 6 Monate 89 % und über 18 Monate 69 %. Bei den Personen, die in Behandlung blieben verbesserten sich signifikant im Vergleich Beginn der Behandlung versus 18 Monate nach Beginn:

- a) der Body-Mass-Index, die Anzahl der Abszesse, der somatische Zustand, die Phlegmone, die psychische Gesundheit (ärztliche Beurteilung und SCL-90, z.B. im Wert Depression)
- b) der illegale Heroingebrauch, der Kokain- und Cannabisgebrauch. Zum Beispiel 74 % der Patienten nahmen nach eigenen Angaben nicht mehr illegal Heroin zu sich, 41 % waren abstinent von Kokain und 34 % von Cannabis.
- c) die Wohnsituation (79 % stabile Wohnsituation vs 57 % zu Beginn), die Arbeitssituation (32 % mit fester Arbeit vs 14 %), die Schulden Situation (34 % schuldenfrei vs 15 %), die soziale Situation (keine Szenebesuche mehr 55 % vs 14 %), und das Einkommen (nicht illegal 90 % vs 31 %).

Die jährliche Sterblichkeitsrate betrug bei der Gesamtstichprobe 1,0 %. Bei Patienten aus Abstinenzbehandlungen beträgt sie 0,7–1,1 % und 2,6 % aus Methadonbehandlungen. Eine Nebenwirkung war die signifikante Zunahme von Berentungen 27 % vs 18 %.

Die Autoren empfehlen auf Grundlage ihrer positiven Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit der Behandlung "eine restriktiv gehandhabte, auf die beschriebene Zielgruppe ausgerichtete Weiterführung der heroинunterstützten Behandlung ... in entsprechend ausgerüsteten und kontrollierten Polikliniken ..." (Uchtenhagen, Gutzwiller & Dobler-Mikola, 1997, S. 141).

3) Substitution mit Methadon oder Codein/Dihydrocodein

Am häufigsten verbreitet ist in Deutschland die Substitution mit Methadon an der ca. 30.000 Drogenabhängige teilnehmen, mit Codein/DHC werden ca. 10.000 Drogenabhängige substituiert. (Bühringer, Künzel & Spies, 1995) Substitution mit gleichzeitiger psychosozialer Betreuung, wie es in der BtMVV gefordert wird, scheint selten zu sein und wird vorwiegend von Drogenberatungsstellen und Klinikambulanzen durchgeführt. Seit der Einführung der Substitutionsprogramme hat die Forschung im Bereich Drogenabhängigkeit stark zugenommen.

Bei einem ausführlich in der medizinischen und psychosozialen Betreuung dokumentierten Programm betrug die Haltequote nach 3 Jahren 80 % (Raschke 1994). Für bestimmte Patientengruppen wurden Verbesserungen u.a. in folgenden Bereichen nachgewiesen: Rückgang von Abszessen von 44 auf 18 %, Rückgang Hepatitis 37 auf 27 %. 33 % der Patienten lebten abstinent von Heroin, 42 % von Kokain, 30 % von Benzodiazepinen. Depressive Verstimmungen und Angstzustände traten seltener auf. 64 % waren erwerbstätig bzw. in Ausbildung, 56 % begingen keine Straftaten mehr. Die Autoren halten fest "daß das Hamburger Modell der Substitution erfolgreich ist und bei allen Beteiligten – ÄrztInnen, TherapeutInnen und BetreuerInnen, ApothekerInnen sowie bei den Substituierten – eine bemerkenswert hohe Akzeptanz genießt" (Raschke, Vertheim & Kalke 1994, S. 21).

Zusätzlich zu den Einschränkungen aus methodischer Sicht, die bei Vergleichen zwischen verschiedenen Therapien bestehen, sind zwischen den Substitutionsprogrammen keine Vergleiche wegen der geringen Transparenz in der Darstellung der Daten möglich. Daß es sich bei dem methodischen Vorgehen dieser Programme nicht um eine substitutionspezifische Vorgehensweise handeln muß, zeigt der Untersuchungsplan von Küfner, Vogt & Weiler (1997), deren Studie weitere Aufschlüsse über die Wirksamkeit dieser Behandlungsform gestatten wird.

4) Ambulante abstinenzorientierte Therapie, Typ S

Charakteristika dieser Behandlungsform wurden oben beschrieben. Wieviele Patienten an dieser Behandlungsform teilnehmen ist unbekannt. Während der bis zu 18 Monate dauernden Therapie verbesserten sich die Patienten wesentlich im Drogengebrauch. 59 % nahmen kein Heroin mehr, 71 % kein Kokain, 93 % keine Amphetamine, 96 % keine Barbiturate und 92 % keine Benzodiazepine. Gesundheitliche Beschwerden reduzierten sich besonders bezüglich Abszessen und Venenleiden. Depressive Angstzustände nahmen ab. 95 % der Patienten konnten nach körperlicher und psychischer Begutachtung wenigstens eine Teilzeitbeschäftigung ausüben. 64 % der Patienten gingen einer geregelten Arbeit nach oder befanden sich in Ausbildung. 94 % waren nicht mehr straffällig geworden. Die Autoren stellen fest, daß diese Art der Therapie – "entgegen der früheren Skepsis – möglich und erfolgreich durchführbar" ist und daß "das therapeutische Angebot bei den KlientInnen auf breite Akzeptanz stößt" (Raschke, Vertheim & Kalke 1996, S. 83)

5) ambulante abstinenzorientierte Therapie, Typ A

Auch bei dieser Therapieform ist unbekannt wie häufig sie in Deutschland durchgeführt wird. In einem Verhaltenstherapieprogramm mit einer Behandlungsdauer von 9 Monaten betrug die Haltequote 45 %. 6 Monate nach Therapieende lebten 18 % abstinent von Opiaten, Amphetaminen und Kokain. 55 % der Patienten waren erwerbstätig bzw. befanden sich zur 6-Monatskatamnese in Ausbildung, 23 % bezogen Sozialhilfe, 2 % verdienten durch illegale Geschäfte Geld. 89 % hatten eine feste Wohnsituation, verstorben war in den 6 Monaten kein Patient. Negative Wirkungen der Therapie werden nicht berichtet.

Die Autoren schlußfolgern, daß "ambulante Therapien für Drogenabhängige möglich sind und eventuell nicht schlechtere Ergebnisse als stationäre Therapien haben" (Spies, Böhmer & Bühringer 1992, S. 330).

Aus methodischen Gründen ist ein nachträglicher Vergleich zwischen verschiedenen Behandlungsformen problematisch und kann lediglich der Hypothesengenerierung dienen, auch wenn die Stichproben parallelisiert wurden (Vollmer 1991). Möglich durch die Transparenz in der Darstellung der Daten zeigt diese Studie wie sich durch die Bildung von Untergruppen (auch wenn sie methodisch und inhaltlich gut begründet sind) die Ergebnisse verändern. Zum Beispiel betrug die Halte-

quote bei der Gesamtstichprobe 33 % und bei der parallelisierten Gruppe 45 %. Wie diese Studie zeigt kann und darf in Forschungsprojekten auf eine Darstellung der Gesamtstichprobe nicht verzichtet werden.

6) Therapeutische Gemeinschaft

Zu einem Zeitpunkt als die abstinenzorientierte Behandlung Drogenabhängiger nicht für möglich gehalten wurde (Dole, Nyswander & Kreek, 1966, Zit. aus Platt & Labate (1976) entwickelten ehemalige Drogenabhängige (siehe Yablonsky 1990) und Familienangehörige von Abhängigen (Jost 1985) stationäre Behandlungsmöglichkeiten, die durch Abhängige oder Familienangehörige geleitet wurden, mit starker Betonung von Selbsthilfegruppen und von Arbeitsprojekten, beabsichtigt keine Einzelbetreuung, mit umfangreichen Regelsystemen einschließlich Sanktionen bei Nichtbeachtung und mit insgesamt hohen Anforderungen für den Verbleib in der therapeutischen Gemeinschaft. Beispiele sind bzw. waren Synanon, Phoenix, Odyssee, Daytop. Trotz ihrer historischen Bedeutung und nach Erfahrungsberichten von ehemaligen Abhängigen hohen Wirksamkeit für bestimmte Gruppen, gibt es im deutschsprachigen Raum keine wissenschaftlichen Daten zu Wirksamkeit und Wirkungen. Therapeutische Gemeinschaften sind in Deutschland nur noch vereinzelt vorzufinden. Viele stationäre Therapieprogramme haben sehr von den Erfahrungen und Erkenntnissen der therapeutischen Gemeinschaften profitiert und haben in unterschiedlich starker Ausprägung Elemente in ihre Behandlung aufgenommen.

7) Stationäre abstinenzorientierte Therapien

Das Behandlungsspektrum dieser Therapien ist sehr breit gefächert und erstreckt sich über Behandlungen mit Schwerpunkt erlebnispädagogische Maßnahmen, Gestalttherapie, tiefenpsychologische Ansätze, Psychodrama und Verhaltenstherapie. Am verbreitetsten sind erlebnispädagogische und eklektische Ansätze. In Deutschland gibt es ca. 100 Einrichtungen mit insgesamt ca. 5000 Behandlungsplätzen. Die Therapiezeit betrug in der Regel 12 Monate, bei einigen Einrichtungen auch 9 oder 18 Monate. Effekte durch die Verkürzung der Therapiezeiten, bedingt durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz, WFG, sind bei den folgenden Zahlen nicht berücksichtigt. Die Haltequote betrug bei einem Verhaltenstherapieprogramm mit neunmonatiger Dauer 24 %. Abstinenz von Opiaten, Amphetaminen, Kokain lebten 1 Jahr nach Therapieende (einschließlich der Abbrecher) 37 % und 35 % waren erwerbstätig oder befanden sich in Ausbildung. Die Autoren schlußfolgern auf der Grundlage ihrer Ergebnisse es "besteht eine realistische Chance für einen harten Drogenkonsumenten, der sich heute in einer stationären Behandlung begibt, wenn nicht beim ersten, so doch dann beim wiederholten Therapieversuch drogenfrei zu werden" (De Jong & Henrich 1978, S. 308).

Bei dieser Behandlungsform steigt mit zunehmender Verweildauer die Wahrscheinlichkeit für ein abstinentes Leben. Bei Patienten mit einer 12 monatigen Behandlung war die Rückfallwahrscheinlichkeit signifikant geringer als bei Patienten mit 8 monatiger Behandlung. Patienten, die direkt im Anschluß an die stationäre Therapie an einer Nachsorgebetreuung teilnehmen, wurden signifikant seltener rückfällig (Herbst 1992). Die Länge der Abhängigkeitsdauer, die Anzahl vorheriger vorzeitiger oder regulär beendeter Therapien, extreme Persönlichkeits- und Depressionswerte korrelierten nicht mit Therapieerfolg (Vollmer, Ellgring & Ferstl 1992). Sogenannte "Schwerstabhängige" haben in einer stationären Therapie die gleiche Erfolgswahrscheinlichkeit wie die nicht "Schwerstabhängigen".

6. Die beste Behandlungsform für Drogenabhängige

Bis auf die therapeutische Gemeinschaft gibt es für alle oben genannten Behandlungsformen wissenschaftliche Studien, die zeigen, daß es einem bestimmten Anteil der Abhängigen nach der Behandlung besser geht als zu Beginn. Kontrollierte klinische Studien zu Wirksamkeit und Wirkungen liegen nicht vor und die Rate der Spontanheilungen ist unbekannt, so daß bei keiner Behandlungsform gesagt werden kann, die Verbesserungen nach der Behandlung sind mit Sicherheit auf die Therapie zurückzuführen. Es gibt aber vereinzelte empirische Hinweise, daß die Verbesserungen wenigstens zu einem Teil durch die Therapie verursacht sind (Vollmer 1991). In der Praxis scheint die Qualität der einzelnen Therapien sehr unterschiedlich zu sein. Außerdem gibt es größere Schwankungen bei den Erfolgsquoten, die in der Regel aber keine Rückschlüsse auf die Qualität der Therapie gestatten. Die Analyse potentieller negativer Nebenwirkungen wird in fast allen Studien vollständig vernachlässigt, Untersuchungen zu potentiellen Wirkvariablen gibt es kaum. Bei der Substitution ist die Höhe der Methadon-Tagesdosierung (Uchtenhagen, Gutzwiller & Dobler-Mikola, 1997), bei der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln die Art der Substanzen (Heroin i.v.) und bei der stationären Therapie eine individuelle Therapieplanung und -durchführung (Vollmer, Ferstl & Ellgring 1992) und die Verweildauer für den Erfolg von entscheidender Bedeutung (Herbst 1992)

Ist eine abstinenzorientierte stationäre Therapie für Drogenabhängige hilfreicher als eine ärztliche Verschreibung von Heroin i.v.? Die Antwort lautet eindeutig "Nein". Hat die abstinenzorientierte Therapie versagt? Ist die Substitutionsbehandlung ein Mißerfolg? Die Antworten lauten wiederum "Nein". Warum die Antworten nur nein lauten können, wird im folgenden begründet. Ebenso wie bei der ersten Frage, handelt es sich bei den beiden letzten Fragen um eine (indirekte) vergleichende Beurteilung. Zum Beispiel die Substitutionstherapie hat versagt, weil sie wesentlich weniger erfolgsversprechend ist als die stationäre abstinenzorientierte Therapie oder vice versa.

Das Ziel einer vergleichenden Beurteilung ist, Entscheidungskriterien für die Zuweisung zu einer Behandlungsform zu haben. Abhängige sollen die Behandlung erhalten, die für sie die größten Erfolgsaussichten hat und die geringsten Kosten

verursacht. Außerdem führen Vergleiche zu einer Selektion und Ausdifferenzierung des Behandlungsangebotes. Die Behandlungsformen werden stärker gefördert und häufiger angeboten, die sich für die Mehrzahl der Patienten als effizienter herauskristallisieren. (Vollmer, in Vorbereitung). Dazu werden Erfolgsquoten der verschiedenen Behandlungsformen miteinander verglichen. Aber bei unabhängig voneinander durchgeführten Therapien oder Therapiestudien sind diese Vergleiche nicht möglich, da sich die Patienten der verschiedenen Behandlungsformen voneinander unterscheiden. Im Substitutionsprogramm sind sogenannte "Schwerstabhängige", in den stationären Programmen Patienten, die abstinent leben möchten, in den ambulanten Programmen Patienten mit einem stabilen sozialen Umfeld etc. Um diese methodischen Probleme zu lösen, um Behandlungen miteinander vergleichen zu können, werden in der medizinischen und der klinisch-psychologischen Forschung kontrollierte klinische Studien durchgeführt. Die Patienten werden nach Zufall auf verschiedene Behandlungsformen aufgeteilt, so daß sich die Gruppen nicht voneinander unterscheiden. So kann man mit beträchtlichem Forschungsaufwand zu dem objektiven, nachprüfbar und durch weitere Studien wiederholbarem Ergebnis kommen, daß die Behandlungsform A wirksamer ist als B und weniger negative Nebenwirkungen hat. Trotz größter wissenschaftlicher Sorgfalt und Seriosität in der Darstellung der Ergebnisse hätte man sowohl aus praktischer als auch aus erkenntnistheoretischer Sicht ein wertloses Ergebnis bzw. eine wertlose Antwort auf die Frage welche Therapie wirksamer ist. Noch wertloser ist die Antwort, wenn ohne sorgfältige wissenschaftliche Studien behauptet wird: "Substitution ist erfolgreicher" oder "abstinenzorientierte stationäre Therapien sind erfolgreicher" oder "die Substitutionstherapien haben versagt", wie es derzeit gelegentlich durch Fachleute und Entscheidungsträger geschieht.

Die beliebte und gerne gestellte Frage nach der wirksameren Behandlungsform ist aus mehreren Gründen sinnlos:

1) Aus methodischer Sicht ist eine Zufallsverteilung zwischen (sehr unterschiedlichen) Behandlungsformen überhaupt nicht möglich. Die Patienten bleiben in wichtigen potentiellen therapierelevanten Variablen verschieden. Zum Beispiel wenn ein Patient nach Zufall in ein Substitutionsprogramm gelangt und nicht in die abstinenzorientierte Therapie, in die er bewußt oder unbewußt wollte, dann hilft keine Gleichheit in den übrigen für den Therapieerfolg prognostisch irrelevanten Variablen wie Alter, Drogenbeginn, Anzahl abgebrochener Therapien etc., um zwei sehr ähnliche und vergleichbare Gruppen zu bekommen. Der eine Patient nimmt zweifelnd am Substitutionsprogramm teil, ein anderer ebenso an der abstinenzorientierten Therapie. Ob sich dieser Effekt aufhebt ist fraglich, da unbekannt ist, wie die Verteilung bezüglich dieser Variablen in der Gesamtpopulation der Drogenabhängigen ist und da es derzeit keine Meßinstrumente gibt, um diese und ähnliche Variablen zu kontrollieren.

2) Hinzu kommt, daß es aus ethischen Gründen nicht vertretbar ist, einen Patienten mit dem Wunsch nach abstinenzorientierter Behandlung nach Zufall einer Substitutionstherapie zuzuordnen und vice versa. Nach empirisch noch ungeprüften Erfahrungen und nach theoretischen Überlegungen (Bandura 1979) hat die Entscheidung des Patienten für eine bestimmte Behandlungsform bzw. Therapieeinrichtung Einfluß auf den Therapieerfolg. Zwei oder mehrere gleiche Patientengruppen zusammenzustellen, um (den Patienten bekannte und mit bestimmten Erwartungen verknüpfte) Behandlungsformen miteinander zu vergleichen ist somit derzeit nicht lösbar. Die Frage nach der wirksameren oder schlechteren Behandlungsform ist bei Berücksichtigung methodischer Grundkenntnisse sinnlos und aus ethischer Sicht nicht verantwortbar.

Angenommen diese methodischen Probleme wären gelöst, es wäre möglich die Gruppen so aufzuteilen, daß sich Patienten mit gleicher positiver Einstellung in den zu vergleichenden Behandlungsformen befinden und es gäbe Meßinstrumente, die Gleichheit der Gruppen in diesen und anderen therapierelevanten Variablen zu kontrollieren, die Frage nach der besseren oder schlechteren Behandlungsform wäre weiterhin nicht sinnvoll, da die Antwort wertlos wäre, wie die folgenden Ausführungen zeigen werden.

3) Der Grad der Wirksamkeit ändert sich mit der Zeit. Dieses kann in sehr kurzen Zeiträumen (z.B. im Jahresabstand) in positiver oder negativer Richtung geschehen, bedingt durch den Einfluß gesellschaftlicher, politischer und ökonomischer Faktoren. Die Veränderung finanzieller Unterstützung für eine Behandlungsform führt zu Veränderungen in der Wirksamkeit. So wird eine durch die finanzielle Situation bedingt verkürzte Behandlungszeit zu einer geringeren Erfolgsquote führen, sowohl bei Substitutionsprogrammen als auch bei abstinenzorientierten Therapien. Ebenso hat die Forschung Einfluß auf die Wirksamkeit einer Behandlung. Solange keine Behandlungsform überragend ist – der Regelfall bei der Behandlung der meisten psychischen Störungen – wird die Behandlungsform nach einiger Zeit am wirksamsten sein, die am stärksten gefördert und erforscht wird. Jede Behandlungsform kann innerhalb bestimmter Grenzen durch Forschungsprojekte wesentlich wirksamer gestaltet werden, indem potentielle Wirkvariablen und Indikationskriterien analysiert werden, negative Bausteine der Behandlung herausgefiltert und verändert werden, positive Bausteine gefördert werden. Somit ist die alltägliche Wirksamkeit einer Behandlungsform nicht nur von der Behandlungsform selbst abhängig, sondern von Faktoren, die nicht der Behandlungsform genuin zugehörig sind, wie ideelle und materielle Unterstützung im Rahmen der Fachbereiche Therapie und Forschung. Wirksamkeit als Selektionskriterium für die Bevorzugung einer Behandlung hätte vor 30 Jahren dazu geführt, daß sich die zu jener Zeit noch erfolglosen abstinenzorientierten Therapien nicht hätten entwickeln können und bei vielen anderen Erkrankungen wären die Fortschritte der Medizin und der klinischen Psychologie nicht möglich gewesen. bzw. hätten wesentlich mehr Zeit erfordert. Es gab Zeiten, da wurde für die Behandlung Alkoholabhängiger die Aversionstherapie als sehr wirksam eingeschätzt. 60 % der Abhängigen lebten ein und zwei Jahre nach der Aversionstherapie mit Emetin vollständig abstinent (Voegtlin & Lemere 1942). In den sechziger Jahren ergaben Kontrollgruppenvergleiche, daß mit Antabus behandelte Patienten bezüglich Abstinenz und Persönlichkeitsentwicklung erfolgreicher waren (Erfolgsquote 53 %) als Abhängige, die mit Hypnotherapie, Milieuthérapie und Verhaltenstherapie behandelt worden waren (Baekeland et al. 1971, zit. aus Feuerlein 1975). In einer Studie von Ends & Page (1957) zeigte eine verhaltenstherapeutische Behandlung schlechtere Ergebnisse als eine nicht-direktive Gruppentherapie und sogar schlechtere Ergebnisse als eine unbehandelte Kontrollgruppe (zit. aus Feuerlein 1975). In ihrer umfangreichen Literaturübersicht kommen hingegen Grawe, Donati & Bernauer (1994) zu der Schlußfolgerung, daß durch Verhaltenstherapieprogramme bedeutsame Fortschritte bei der Behandlung Alkoholabhängiger erzielt wurden.

Teils basieren diese Wirksamkeitsbeurteilungen auf nicht statthaften subjektiven Einschätzungen, teils auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien. Unabhängig von dieser Datengrundlage, seien es subjektive Erfahrungen oder wissenschaftliche Ergebnisse, ist das Kriterium Wirksamkeit nicht brauchbar, wenn sich die vergleichenden Urteile bezüglich der Wirksamkeit in so kurzer Zeit ändern. Die vor 30 Jahren hochgelobte Antabus-Behandlung ist heute zum Beispiel nur noch aus historischer Perspektive interessant.

4) Ein weiterer Grund warum die Frage nach der wirksameren Behandlungsform oder Aussagen über das Versagen bestimmter Behandlungsformen nicht möglich sind ergibt sich aus den obigen Ausführungen (Punkt 3) zum Einfluß kulturell-gesellschaftlicher Werte auf die Therapie. Behandlungsformen mit unterschiedlichen kulturell-gesellschaftlichen Wertvorstellungen sind nicht miteinander vergleichbar, da sie unterschiedliche Ziele anstreben und bei gleichen Zielen andere Schwerpunkte setzen. Einzelne Ziele isoliert herauszugreifen und über verschie-

dene Behandlungsformen miteinander zu vergleichen ist schon im Vorfeld eine Mißachtung der Behandlungsform, die durch die Auswahl der Therapieziele unterrepräsentiert ist. Zum Beispiel die Beschränkung auf das Therapieziel gesundheitlicher Zustand wird der abstinenzorientierten stationären Therapie nicht gerecht und das Therapieziel Anzahl abstinenter Tage wird den Substitutionstherapien nicht gerecht.

Es wurden vier Begründungen dargestellt, warum bei sehr unterschiedlichen Behandlungsformen, wenn die Erfolgsquoten im normalen Bereich liegen (etwa zwischen 20 und 40 % Erfolge) nicht die allgemeine Wirksamkeit einer Behandlung das Entscheidungskriterium für die Zuweisung von Patienten und für die Bevorzugung einer Behandlungsform durch die Gemeinschaft sein kann. Was hier an Beispielen der Substitutionsbehandlung und der abstinenzorientierten stationären Behandlung verdeutlicht wurde trifft ebenso auf andere sehr unterschiedliche Behandlungsformen zu. Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, sind aus gleichen Gründen nicht vergleichbar. Die Frage nach der wirksameren Therapie ist irrelevant, Wirksamkeit eignet sich nicht als Kriterium zur Argumentation und scheinbaren Beweisführung der Überlegenheit einer Behandlungsform.

Ein potentiell Entscheidungskriterium sind hingegen kulturell-gesellschaftliche Werte und Normen. Zum Beispiel, die Therapeutischen Gemeinschaften haben sich vor 30 Jahren auf dem Hintergrund kulturell-gesellschaftlicher Wertvorstellungen entwickelt, nach Wirksamkeitskriterien hätten sie damals nicht entstehen dürfen. Sowohl auf individueller Basis als auf gesellschaftlicher Ebene können moralische Werte und Normen einer Gemeinschaft Entscheidungsgrundlagen für die Bevorzugung bestimmter Behandlungsformen sein. Auf der individuellen Ebene ist für einen in Deutschland lebenden Moslem eine abstinenzorientierte stationäre Behandlung die Therapie der Wahl, selbst wenn hier die Erfolgswahrscheinlichkeit geringer sein sollte als bei der ärztlichen Heroinverschreibung. Auf der gesellschaftlichen Ebene könnte zum Beispiel in den Niederlanden die Bevorzugung der Methadonsubstitution und der ambulanten Therapieprogramme Typ S die richtige Entscheidung sein. Welche Behandlungsformen in Deutschland vorrangig anzustreben sind, kann hier nicht analysiert werden. Wertewandel der letzten Jahrzehnte und die allmähliche Entwicklung zu einer multikulturellen Gesellschaft wären zu berücksichtigen. Die Europäische Vereinigung wird verschiedene Kulturen enger zusammenbringen und einen flexiblen Umgang mit den verschiedenen Behandlungsformen verlangen. Betrachtet man die hohe Prävalenzrate in der Schweiz und die niedrige in den Niederlanden und in Deutschland, könnte die aus methodischer Sicht sehr gewagte Hypothese aufgestellt werden, daß die wirksamsten Interventionen diejenigen sind, bei denen kulturell-gesellschaftliche Werte und Maßnahmen miteinander in Einklang stehen, eine Fragestellung für ein interdisziplinäres Forschungsteam. Für kulturell-gesellschaftliche Werte gibt es wahrscheinlich keine objektiven Kriterien, sie wurden über Jahrhunderte tradiert und geformt und erfordern durch ihre Subjektivität gegenseitige Toleranz.

Anstatt der Frage welche Behandlungsformen wirksamer sind, ist für den Fachbereich Therapie die Frage relevanter, wie die Wirksamkeit der nach kulturell-gesellschaftlichen Werten ausgewählten Behandlungsformen weiter verbessert werden kann. Innerhalb einer Behandlungsform sind kontrollierte klinische Studien zur Identifizierung und Modifizierung wirksamer Interventionen sehr gut möglich.

Zum Beispiel bei der Substitutionsbehandlung sind Vergleiche verschiedener Substanzen und Applikationsformen oder Vergleiche verschiedener psychosozialer Betreuungsangebote möglich. Bei der abstinenzorientierten Behandlung sind Vergleiche zwischen ausgewählten Rückfallpräventionsprogrammen sinnvoll. Innerhalb der einzelnen Behandlungsformen kann die Wirksamkeit einzelner Interventionen wissenschaftlich geprüft werden und es sind objektive Vergleiche bezüglich Wirksamkeit und Wirkungen möglich. Die Frage welche Interventionen sind die wirksamsten ist sinnvoll, da sie zu einer Verbesserung der Behandlungsform führen kann. So gibt es bei jeder Behandlungsform eine wissenschaftlich, objektiv belegbare Wirksamkeit, die aber eingebettet ist in eine subjektive Perspektive, entsprechend der nach kulturell-gesellschaftlichen Werten ausgewählten Behandlungsform.

In den Diskussionen über Substitutionsprogramme, ärztliche Heroinverschreibung, abstinenzorientierte Therapien werden objektive und subjektive Perspektiven vermischt, so daß alle Beteiligten weder Recht noch Unrecht haben können, da sie unsinnige Fragen stellen und wertlose Antworten geben. Zusätzlich findet eine Vermischung der verschiedenen Fachbereiche statt, so daß die Diskussionen noch unsinniger werden und es schließlich nicht mehr um den eigentlichen Gegenstand geht, sondern ein gesellschaftlicher Zwangsprozeß einsetzt, in dem in guter Absicht Interessen von Fachleuten, Entscheidungsträgern und Institutionen im Vordergrund stehen. Die gesellschaftlichen Interaktionsmuster entsprechen denen einer Familie mit einem abhängigen Mitglied. Die Abhängigen und Gefährdeten verschwinden unmerklich aus dem Blickfeld. Mangelnde Transparenz in den Diskussionen, fehlende Trennschärfe zwischen den einzelnen Fachbereichen und zwischen verschiedenen Entscheidungskriterien führen zu falschen Erwartungen der Gefährdeten und der Abhängigen und langfristig durch Fehlentwicklungen zu enormen Kosten.

7. Thesen zur Verbesserung von Wirksamkeit und Wirkungen

- 1) Wirksamkeitsvergleiche zwischen unterschiedlichen Behandlungsformen (z.B. Substitution und abstinenzorientierte Therapie) sind aus methodischen, ethischen, systemischen und kulturellen Gründen nicht möglich.
- 2) Nicht statthafte Wirksamkeitsvergleiche führen, insbesondere bei Kostendruck, zu Fehlentscheidungen, verzögern Weiterentwicklungen und verursachen langfristig unnötige Kosten.
- 3) Kulturell-gesellschaftliche Werte und Normen sind bessere Entscheidungskriterien für individuelle Therapiezuweisungen und für eine ideelle und finanzielle gesellschaftliche Förderung ausgewählter Behandlungsformen.
- 4) Für jede Behandlungsform gibt es eine objektiv belegbare Wirksamkeit, die eingebettet ist in eine subjektive Perspektive, entsprechend den einer Behandlungsform zugrunde liegenden kulturell-gesellschaftlichen Werten. Subjektive

und objektive Perspektiven sollten nicht miteinander verwechselt werden. Die objektiv belegbare Wirksamkeit kann durch kontrollierte (vergleichende) Studien wesentlich verbessert werden. Die subjektive Perspektive kann, wenn überhaupt, nur sehr geringfügig modifiziert werden. Eine höhere Transparenz ist bei der subjektiven Perspektive anzustreben, erreichbar durch selbstkritische Reflektion und Diskussion.

- 5) Durch die Annäherung verschiedener Kulturen, unter anderem im Rahmen der europäischen Währungsunion, gewinnt die Transparenz und gegenseitige Toleranz bezüglich der subjektiven Perspektive zunehmend an Bedeutung, sowohl bei der Therapie und Schadensminimierung als auch bei der Festlegung von Forschungsschwerpunkten.
- 6) Die Wirksamkeit von Therapien ist abhängig von der Qualität und den Nebeneffekten der 5 Fachbereiche (Primäre Prävention, Schadensminimierung, (Therapie), Gesetzgebung, Forschung). Gegenseitige negative Einflüsse sind sehr wahrscheinlich; sie werden in der (Fach-) Öffentlichkeit unzureichend reflektiert.
- 7) Eine bessere Trennschärfe zwischen den Fachbereichen, die klare Definition von Zuständigkeiten (und deren Einhaltung), die Verwirklichung von Minimalanforderungen bei der Darstellung von Forschungsergebnissen, die Berücksichtigung von Wechselwirkungen zwischen den Maßnahmen der Fachbereiche sind Grundvoraussetzungen für wirksame Therapien und erfordern konzertierte Vorgehensweisen auf nationaler und internationaler Ebene.

Literatur

- Bandura, A. (1979). Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BKA (1993). Rauschgiftjahresbericht 1993. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bühringer, G. & Kufner, H. (1996). Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. In: K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.). Klinische Psychologie, Band 2: Psychologische Störungen und ihre Behandlung. Göttingen: Hogrefe, S. 513–588.
- Bühringer, G., Künzel, J. & Spies, G. (1995). Methadon Expertise. Baden-Baden: Nomos.
- De Jong, R. & Bühringer, G. (Hrsg.) (1978). Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen. München.
- De Jong, R. & Henrich, G. (1978). Ergebnisse eines stationären Programms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. In: R. de Jong & G. Bühringer (Hrsg.). Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen. München: Röttger, S. 281–310.
- Feuerlein, W. (1975). Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme.
- Franck, G. (1997). Ökonomie der Aufmerksamkeit. München: Hanser.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe.
- Grmek, M.D. (1996). Die Geschichte des medizinischen Denkens. München: Beck.
- Hahlweg, K. & Ehlers, A. (Hrsg.). (1997). Psychische Störungen und ihre Behandlungen, Klinische Psychologie 2. Göttingen: Hogrefe.
- Herbst, K. (1992). Prediction of dropout and relapse. In: G. Bühringer & J.J. Platt (Hrsg.). Drug addiction treatment research. Malabar: Krieger, S. 291–299.
- Joseph, A. M. (1992). Treatment of nicotine dependence in substance use disorder patients. In R. R. Watson (Hrsg.). Drug abuse treatment. Totowa: Humana, S. 121–135.
- Jetter, D. (1992). Geschichte der Medizin. Stuttgart: Thieme.
- Jost, L. (1985). Heroin – Hilfe ist möglich. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Junge, B. (1996). Tabak – Zahlen und Fakten um Konsum. In DHS (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 97. Geesthacht: Neuland, S. 19–30.

- Kufner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1997). Modellprojekt Methadon NRW. Ergebnisse zur Klärungsphase. (im Druck).
- Mann, K. & Kapp, B. (1997). Drogenentzug. Stuttgart: Sozialministerium Baden Württemberg.
- Margraf, J. (Hrsg.) (1996). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2: Störungen, Glossar. Berlin: Springer.
- Newmann, R. (1995). Methadon- nicht "Ersatzdroge", sondern Medikament. In: J. Gözl (Hrsg.) Der drogenabhängige Patient. München: Urban & Schwarzenberg, S. 35–38.
- Platt, J.J. & Labate, C. (1976). Heroin addiction. New York: Wiley & Son.
- Raschke, P. (1994). Substitutionstherapie. Freiburg: Lambertus.
- Raschke, P., Verheim, U. & Kalke, J. (1994). Ergebnisse und Folgerungen. In: P. Raschke (Hrsg.) Substitutionstherapie. Freiburg: Lambertus, S. 19–53.
- Raschke, P., Verheim, U. & Kalke, J. (1996). Ambulante Abstinenztherapie mit Drogenabhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1978). Behavioral treatment of alcoholic problems. New York: Plenum.
- Spies, G., Böhmer, M. & Bühringer, G. (1992). Evaluation of a drugfree outpatient treatment program for drug addicts. In G. Bühringer & J.J. Platt (Hrsg.) Drug addiction treatment research. Malabar: Krieger.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F. & Dobler-Mikola (Hrsg.) (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlußbericht der Forschungsbeauftragten. Manuskript
- Voegtlin, W. & Lemere, F. (1942). The treatment of alcohol addiction. Quart. J. Stud. Alcohol, S. 7171–802.
- Vollmer, H.C. (1991). Die vorzeitige Therapiebeendigung. In: Heigl-Evers, A., Helas, I. & Vollmer, H.C. (Hrsg.). Suchttherapie: psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch. Göttingen, S. 152–180.
- Vollmer, H.C. (1993). Therapie als kontinuierlicher Entscheidungsprozeß. In: Heigl-Evers, A., Helas, I. & Vollmer, H.C. (Hrsg.). Eingrenzung und Ausgrenzung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 67–100.
- Vollmer, H.C. (1995). Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. In: Heigl-Evers, A., Helas, I. & Vollmer, H.C. (Hrsg.). Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 30–78.
- Vollmer, H.C., Ellgring, H. & Ferstl, R. (1992). Prediction of premature termination of therapy in the treatment of drug addicts. In: Bühringer, G. & Platt, J.J. (Hrsg.). Drug addiction treatment research. Malabar: Krieger, S. 253–269.
- Vollmer, H.C., Ferstl, R. & Ellgring, H. (1992). Individualized behavior therapy for drug addicts. In: Bühringer, G. & Platt, J.J. (Hrsg.). Drug addiction treatment research. Malabar, S. 333–352.
- Welz, R. & Niedermaier, C. (1983). Diffusionstheorie der Ausbreitung des Drogenkonsums. In D. J. Lettieri & R. Welz (Hrsg.), Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen. Weinheim: Beltz, S. 235–245.
- Wittchen, H.-U. & Perkonig, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.) Grundlagen der Klinischen Psychologie, Klinische Psychologie 1. Göttingen: Hogrefe, S. 69–144.
- Yablonsky, L. (1990). Die therapeutische Gemeinschaft. Weinheim: Beltz.

Suchttherapie unter Kostendruck : Entwicklungen und Perspektiven / Fachverband Sucht e. V. – Geesthacht : Neuland, 1998 (Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. ; 21)

ISBN 3-87581-189-5

NE: Fachverband Sucht: Schriftenreihe des Fachverbandes ...