



**Bayerische  
Akademie für  
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel. 089-530 730-0

Fax 089-530 730-19

Email [bas@bas-muenchen.de](mailto:bas@bas-muenchen.de)

<http://www.bas-muenchen.de>

**Dokumentation**

**11. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern  
am 6. April 2005 in München**

**Alkoholabhängigkeit - Aktuelle Wege der Therapie bei  
Deutschlands Droge Nr. 1**

**BAS e.V.** (VR 15964)

**Bankverbindung:**

Bank für Sozialwirtschaft AG

Konto-Nr. 8890100

BLZ 700 205 00

**1. Vorsitzender:**

Prof. Dr. med. Jobst Böning

**2. Vorsitzender:**

Prof. Dr. med. Michael Soyka

**Schatzmeister:**

Bertram Wehner

Dipl.-Sozialpäd. (FH)

**Vorstandsmitglieder:**

Christiane Fahrmbacher-Lutz

Apothekerin

PD Dr. med. Norbert Wodarz

**Verantwortlich für die Ge-  
schäftsstelle:**

Bertram Wehner

## 1. Begrüßung und aktuelle Informationen

Herr PD Dr. Wodarz, Vorstand der BAS e.V., begrüßt in Vertretung von Frau Fahrmbacher-Lutz die Teilnehmer der Netzwerktagung.

Frau Dr. Erbas berichtet über die 19. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung, die am 17. März 2005 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde. Darin werden sowohl Änderungen zu den Anlagen des BtMG (z.B. Aufnahme von Organismen und biologischen Materialien, die zu Rauschzwecken missbraucht werden könnten → Pilze) als auch Änderungen der BtM-Verschreibungsverordnung (z.B. Vereinheitlichung und Anpassung von Höchstverschreibungsmengen von Buprenorphin und Fentanyl für eine Reichdauer von 4 Wochen) aufgeführt. Der genaue Wortlaut der 19. BtMÄndV findet sich unter folgender Internetadresse:

<http://217.160.60.235/BGBL/bgbl1f/bgbl105s0757.pdf>

Nachdem das Internetforum des Netzwerkes Sucht, das auf der Netzwerktagung vor einem Jahr vorgestellt wurde, keinerlei Resonanz erfahren hat, werden vorläufig keine aktuellen Themen zur Diskussion eingestellt. Vom Anbieter des Forums, Herrn Meyer-Philippi, war zu erfahren, dass professionelle Suchtforen generell wenig genutzt werden.

Frau Dr. Queri teilt mit, dass die BAS inzwischen auch bei der Psychotherapeutenkammer als Fortbildungsveranstalter akkreditiert ist, so dass für die Teilnahme an Netzwerktagungen Fortbildungspunkte erhältlich sind. Ferner informiert sie über die für den 15. April geplante Tagung „Tabakkonsummuster im Wandel – Effekte der (Verhaltens)-Prävention oder der Preise?“ und lädt die Netzwerktagungsteilnehmer dazu ein.

## 2. Überblick über das Hilfesystem und aktuelle Therapiekonzepte in der Behandlung Alkoholabhängiger

(Dr. Heinrich Küfner, Dipl.-Psych., ift München)

### Defizite in der Suchtbehandlung

Nach wie vor (siehe Wienberg, 1992) sind Alkoholabhängige durch Therapieangebote nur schwer erreichbar, wobei die Kontaktaufnahme zu den Betroffenen am besten im Krankenhaus und beim niedergelassenen Arzt funktioniert. Derzeit werden rund 90 % der Betroffenen nicht erreicht.

Ein weiteres Problem stellen die Übergangsphasen aus dem Bereich Kontakt-Entzug bzw. Entzug-Entwöhnung dar. Hier kommt es häufig zu zeitlichen Verzögerungen, so dass der unmittelbare Anschluss der Phasen nicht gewährleistet ist.

Schließlich sind auch zahlreiche Indikationsfragen noch ungelöst. So muss beispielsweise noch geklärt werden, wer mehr von einer ambulanten im Vergleich zur stationären Behandlung profitiert bzw. für

wen die Kurzzeittherapie vorteilhafter als die Langzeittherapie ist. Im ambulanten Bereich fehlen multizentrische Studien, die bei der Klärung dieser Fragen weiterhelfen könnten. Ferner muss noch geklärt werden, welche Vorteile ein stepped care-Vorgehen nach dem Prinzip der minimalen Intervention (die kostengünstigste Maßnahme wird zuerst ausprobiert, bei Erfolglosigkeit wird die nächst intensivere Therapieform erprobt) im Vergleich zur selektiven Zuordnung von Therapiemaßnahmen bringt. Auch ist noch nicht geklärt, welche Art der Behandlung - ob störungsspezifisch oder unspezifisch (z.B. motivierende Gesprächsführung) - für wen den meisten Erfolg bringt.

### Struktur der Suchtbehandlung

Der Suchttherapie liegen zwei verschiedene Ansätze zu Grunde, wobei bei dem einen die *Abstinenzorientierung* im Mittelpunkt steht und der andere vorrangig eine *Schadensminimierung* ohne aktuelle Abstinenzorientierung beabsichtigt.

Die *Akutbehandlung* besteht aus einer Kontaktphase, in der die Motivation des Patienten abgeklärt wird bzw. auch eine akute Krisenintervention erfolgen kann, an die sich möglichst zeitnah die Entzugsbehandlung anschließen sollte. Je nach Ansatz kann es sich hierbei auch um einen Teilentzug handeln.

In der *Postakutbehandlung* findet die Entwöhnungs- mit der daran anschließenden Nachsorgephase statt. Letztere ist im professionellen Bereich etwas vernachlässigt; hier spielen Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle.

### Wirksamkeit/Abstinenzraten

#### a) Behandlungsdauer:

Heute ist eine stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung über eine Dauer von sechs Monaten nicht mehr üblich, wobei dafür bei fehlender empirischer Begründung in erster Linie ökonomische Gründe ausschlaggebend sein dürften. Die MEAT-Studie (Küfner & Feuerlein, 1989) untersuchte 18 Monate nach Behandlungsende prognostisch unterschiedliche Gruppen hinsichtlich ihrer Behandlungsdauer (6-8 Wochen, 4-5 Monate, 6 Monate). Dabei zeigte sich, dass sowohl die prognostisch ungünstigste (40% Abstinente) als auch die günstigste Gruppe (75% Abstinente) bei einer 6-monatigen Therapie nach 18 Monaten die höchsten Abstinenzraten aufweisen. Bei Patienten mit mittlerer Prognose gibt es nur geringfügige Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungsdauern, wobei hier eine Behandlungszeit von 6-8 Wochen zum größten Erfolg führt (50% Abstinente). Süß (1995) konnte in einer Untersuchung zu Abstinenz- und Besserungsrate für Deutschland eine deutliche positive Korrelation (.50) zur Behandlungsdauer feststellen. In US-amerikanischen Studien fand sich kein entsprechender Zusammenhang, da dort derartig lange Therapien unbekannt sind.

Eine Metaanalyse von Bleich et al. (2005) zur derzeit im Trend liegenden Kurzzeitintervention ergab beispielsweise, dass nur einer

von vier Patienten mit positivem Screening für eine solche Therapie geeignet ist. Eine andere Metaanalyse (Moyer et al. 2002) zeigte, dass insbesondere Patienten mit weniger schwerem Trinkverhalten von Kurzzeitinterventionen profitieren.

b) Setting (ambulant/stationär):

Die Befundlage zeigt, dass der Trend „ambulant vor stationär“ nicht gerechtfertigt ist. Eine selektive Indikation ist wahrscheinlich: Das heißt, es wird Personen geben, die insbesondere von einer ambulanten Therapie profitieren, aber auch solche, für die ein stationärer Aufenthalt geeigneter ist. Es mangelt diesbezüglich allerdings noch an entsprechender empirischer Absicherung.

c) Therapieform:

Manualisierte Vorgehensweisen dominieren mittlerweile das psychosoziale therapeutische Angebot. Zugrunde liegen dabei ganz unterschiedliche psychologische Konzepte (Verhaltenstherapie/Lerntheorie, Kognitive Therapie, Psychoanalyse, Familientherapie). Nach wie vor haben Selbsthilfegruppen eine zentrale Bedeutung. Darüber hinaus gibt es die pharmakologische Therapie. Keine dieser Therapieformen hat für sich genommen besonders herausragende Erfolge verzeichnen können. Vielversprechend ist eine Kombinationstherapie: Psychotherapie mit pharmakotherapeutischer Unterstützung.

### Behandlungsleitlinien

Derartige Leitlinien existieren sowohl für den Bereich der Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen (Mundle et al., 2003) als auch bei riskantem, schädlichem und abhängigem Konsum (ist so noch nicht im ICD-10 aufgenommen) für Screening, Diagnostik und Kurzintervention (Rist et al., 2004). Ziel ist es, neue Zielgruppen in der medizinischen Grundversorgung zu erreichen sowie Screening und Kurzinterventionen (1-3 Sitzungen) in der Primärversorgung zu etablieren. Über den Grad der Umsetzung lässt sich derzeit noch nichts sagen.

Für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen sind Behandlungsleitlinien derzeit in Arbeit.

### Manualisierte Therapie

Durch die systematische Beschreibung eines Therapieansatzes wird eine Einheitlichkeit der Therapieformen und die Einhaltung von Qualitätsstandards ermöglicht. Zu diesem Zweck sind u.a. Inhalte und Ablauf von Therapiesitzungen beschrieben. Zum Einsatz kommen Manuale in erster Linie im ambulanten Bereich. Empirisch ist allerdings (noch) nicht belegt, dass manualisierte Ansätze den Erfolg einer Maßnahme verbessern.

Problematisch ist die Manual-Treue, nicht zuletzt wegen der Schwierigkeit die Inhalte ausreichend flexibel abzufassen.

### Therapeutenrotation

Bei dieser Langzeitbehandlung mit rund zweijähriger Dauer werden fünf bis sechs Therapeuten für die Behandlung schwerer gestörter Alkoholiker eingesetzt. Anfangs finden tägliche Kontakte statt; auch im weiteren Verlauf ist eine hohe Kontaktfrequenz möglich. Durch den Therapeutenwechsel ist einerseits die Gefahr einer problematischen Bindung an den Therapeuten gering, andererseits profitiert der Patient von den verschiedenen Einflüssen seiner Behandler.

Ein Beispiel für den Einsatz der Therapeutenrotation ist das ALITA-Programm (**A**mbulante **L**angzeit-**I**ntensiv**t**herapie für **A**lkohol**k**ranke).

### Folgerungen

Die Indikationsstellung vor Behandlungsbeginn bleibt schwierig. Die motivierende Gesprächsführung ist eine sinnvolle Basiskompetenz, die alleine jedoch nicht ausreichend ist. Vermutlich wird sich eine Mischung aus Stepped Care-Vorgehen und selektiver Allokation durchsetzen.

Evidenzbasierte Therapieprogramme (Programme mit nachgewiesenem Nutzen) werden an Bedeutung gewinnen, wobei pharmakotherapeutische und psychosoziale Therapieansätze stärker integriert werden. In diesem Zusammenhang werden störungsspezifische und manualisierte Therapieprogramme an Verbreitung gewinnen. Es gibt eine Tendenz zu ambulanten Therapien und Kurzzeitinterventionen. Dem qualifizierten Entzug (Entgiftung und psychosoziale Beratung, ggf. Einleitung weiterer therapeutischer Maßnahmen) wird mehr Effizienz zugeschrieben als der einfachen Entgiftung. Mittlerweile haben sich zahlreiche Ansätze der Frühintervention im Allgemeinkrankenhaus entwickelt.

## **3. Mehr als Beratung und Therapie ... Die PSBB Donauwörth stellt sich vor**

(Dipl.-Psych., Dipl.-Soz. Hans Huber, Leiter der PSBB Donauwörth)

### Struktur und Aufgaben

Zur Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Donauwörth gehören zwei Außenstellen, 1 Kontaktladen und die Suchtberatung in der JVA Kaisheim. Sie ist für rund 200.000 Einwohner zuständig.

Zu den Aufgaben gehören neben Sekundär- und Tertiärprävention u.a. auch niedrigschwellige Angebote für Abhängige im illegalen Drogenbereich (30-40% der Klientel), die ambulante medizinische Rehabilitation Suchtkranker (Entwöhnung) sowie die ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitation und die Unterstützung der Selbsthilfe.

### Inhalte der Motivierungsphase

Diese Phase gestaltet sich in Form von Gruppenarbeit (15-20 Personen), wobei nur zwei bis drei Einzeltermine vorgesehen sind. Mit

dem Ziel einer positiven Beziehungsgestaltung werden zunächst allgemeine Informationen über Abhängigkeit (auch Co-Abhängigkeit), Folgeerscheinungen, Behandlungsmöglichkeiten und besondere Problembereiche der Drogenabhängigkeit (z.B. im Straßenverkehr) gegeben. In diesem Zusammenhang wird auch die Selbsthilfegruppenarbeit vorgestellt.

Eine Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der Veränderungsbereitschaft und eine umfassende Diagnostik, bei der auch der PREDI zum Einsatz kommt, sind weitere Inhalte der Motivierungsphase; bei Jugendlichen werden auch Gewalterfahrungen (aktiv und passiv) erfragt. Nach Möglichkeit wird auch das soziale Umfeld mit einbezogen.

Neben der Indikationsstellung für ambulante bzw. stationäre Rehabilitation erfolgt die Erstellung eines Behandlungsplans und die Kostenklärung für die durchzuführende Maßnahme.

Zentrales Thema der Motivierungsphase bildet das Suchtverhalten.

Nach Abschluss der zwei bis drei Monate dauernden Motivierungsphase werden die Patienten, beispielsweise in ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation, weitervermittelt.

#### Ablauf der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Voraussetzung für die ambulante medizinische Rehabilitation bilden eine vorangegangene Entgiftung im Krankenhaus oder beim niedergelassenen Arzt und die Teilnahme an der Motivierungsphase bzw. eine stationäre Reha-Maßnahme. Personen mit einer längeren Suchtvorgeschichte sind für eine ambulante Rehabilitation nicht geeignet.

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich an Psychodrama, Verhaltens-, Gestalt- sowie Familientherapie, wobei aktuelle Erkenntnisse der Gehirnforschung als Grundlage dienen. Beziehungsaufbau und Psychoedukation stehen im Vordergrund.

Diese neun bis zwölf Monate dauernde Therapiemaßnahme gliedert sich in eine rund zweimonatige Intensivphase, gefolgt von einer Gruppentherapie (7-10 Monate). Bei Bedarf erfolgt auch eine Paar-, Partner- oder Familientherapie. Mit den Kindern suchtkranker Elternteile werden während der Rehabilitationsbehandlung ein bis zwei spezielle „Kindertermine“ vereinbart.

Zentrales Thema der ambulanten Rehabilitation ist die Erarbeitung des zugrunde liegenden Störungsmodells.

Bei Rückfällen besteht die Möglichkeit einer vorläufigen Unterbrechung der Behandlung. Nach einer Bedenkzeit von vier Wochen ist eine Weiterführung oder auch ein endgültiger Abbruch möglich. Bei regulärem Behandlungsende findet eine Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe statt.

### Problembereiche der ambulanten Arbeit mit Abhängigen

Sinnvoll wäre es, die Behandlung der *Tabakabhängigkeit* als eigene Therapieeinheit einzubauen, wobei die Finanzierung allerdings noch ungeklärt ist.

Für den Bereich *Spielsucht* ist eine ambulante Rehabilitationsbehandlung nur möglich, wenn mindestens 50% der Patienten über eine entsprechende Diagnose verfügen.

Die Bezirke als Kostenträger fordern, dass in einer von ihnen bezahlten Therapiestunde auch die Führung einer Statistik, die Dokumentation und ggf. erforderliche Telefonate enthalten sind. Durch diesen bürokratischen Aufwand verringert sich die reine Beratungszeit von 50 auf 40 Minuten.

Schnittstellenprobleme gibt es zur Kinder- und Jugendhilfe, medizinischen Grundversorgung (Praxen/Krankenhäuser) und zur ambulanten Weiterversorgung (nach stationärer Reha). Die Krankenkassen sind noch zögerlich, was das Konzept „Integrierte Versorgung“ anbelangt. In den AWMF-Leitlinien ist festgelegt, dass der Hausarzt den Kontakt zur Fachberatungsstelle herstellen soll. Tatsächlich sind die Vermittlungsquoten nach wie vor schlecht (2004: 8,4% von niedergelassenen Ärzten, 5,5% von Kliniken in die Beratungsstelle vermittelt).

Schließlich bleibt noch zu erwähnen, dass es für den Bereich der ambulanten Nachsorge keinerlei empirische Untersuchungen zur Rückfallhäufigkeit gibt.

## **4. Diskussion / Anmerkungen / Fragen**

### Miniintervention, Schadensminimierung und Vernetzung

Herr Dr. Schneider und Herr Bayer weisen auf die Rolle der Apotheker hin, die noch nicht im Hilfesystem angekommene Personen in einem Beratungsgespräch ansprechen könnten. Durch ihre Kenntnis über verordnete Medikamente kann eine gleichzeitig bestehende Medikamentenabhängigkeit erkannt und eine ärztliche Behandlung angeregt werden. Herr Huber schlägt dazu vor, die Vernetzung mit den Beratungsstellen zu fördern, um so dem Patienten vor Ort in der Apotheke die Adresse einer Suchtberatungsstelle mitgeben zu können.

### Zunahme unversicherter Patienten

Frau Schröder von der PSB Landsberg teilte mit, dass seit diesem Jahr vermehrt unversicherte Klienten in die Beratungsstelle kämen, die auch nicht von gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen würden und spätestens nach einem Tag aus den Kliniken entlassen würden. Trotz Beratung bestünde für diese Personengruppe keine Chance auf Krankenversicherung.

### Gewichtung liegt auf Gruppenarbeit

Insbesondere in der Motivierungsphase scheint die Gewichtung auf der Gruppenarbeit zu liegen. Herr Huber begründet dies mit Vorgaben der Leistungsträger und betont, dass ein höherer Anteil an Einzelfallarbeit wünschenswert wäre.

### Einsatz spezifischer Techniken

Es werden spezifische Techniken wie z.B. Entspannungstechniken oder kurze Familienrekonstruktionen in der Motivierungsphase eingesetzt, aber es findet keine Psychotherapie im eigentlichen Sinne statt. Im Zentrum steht das Suchtverhalten des Patienten - das individuelle Suchtmodell/Rückfallmodell (Rückfallprophylaxe) soll erarbeitet werden.

### Befragung der Netzwerkansprechpartner

Für den Frühsommer dieses Jahres ist eine schriftliche Befragung der Netzwerkansprechpartner geplant, die u.a. den Grad der regionalen Vernetzung, die aktuellen Arbeitsschwerpunkte und die Einhaltung der Ziele des Netzwerks abfragen soll.

### Themenwünsche Netzwerktagungen

Von den Tagungsteilnehmern wurden keine Themenwünsche genannt. Innerhalb des letzten Jahres sind in der Geschäftsstelle Vorschläge eingegangen, die die Themenbereiche „Kinder drogenabhängiger Eltern“ und „Drogen und Führerschein“ nannten.

Die 12. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der BAS e.V. findet statt am

**Mittwoch, den 21.09.2004 im Nürnberger Rathaus**

**Themen und Anregungen für die Aktivitäten und Tagungsgestaltung des Netzwerkes Sucht nehmen wir wie immer gerne entgegen.**