

Therapie

8.1 Überblick und allgemeine Therapieaspekte

8.1.1 Überblick

Das umfangreiche Kapitel über Alkoholismustherapie wird wegen der besseren Überschaubarkeit in drei Abschnitte aufgeteilt, die jeweils unter einer unterschiedlichen Perspektive betrachtet werden.

Aus der Perspektive der Versorgungsplanung steht ein regionales oder länderübergreifendes Therapiesystem der Sucht im Mittelpunkt mit eigenen Frage- und Aufgabenstellungen sowie mit Rahmenbedingungen für die Therapieeinrichtungen und für die individuelle Therapieplanung.

Aus der Perspektive der Behandlungsmethoden werden die wichtigsten Behandlungsformen der Suchttherapie dargestellt.

Aus der Perspektive der individuellen Therapieplanung werden schließlich der Einsatz von Therapieprogrammen und Therapiemanualen sowie die verschiedenen Schritte und Abläufe individueller Therapien zum Teil im Sinne von Handlungsregeln beschrieben und es wird auf einige Probleme und Fragen im Therapieverlauf eingegangen.

Unter der nachstehenden Überschrift „Allgemeine Aspekte“ wird das Behandlungssystem der Sucht als Teil des Gesundheitssystems eines Landes oder einer Region verstanden. Wie die Gesellschaft auf Suchtphänomene im Sinne der öffentlichen Meinung gegenüber der Sucht reagiert und welcher Stellenwert der Sucht im Gesundheitssystem zukommt, stellen ebenfalls Rahmenbedingungen der Suchttherapie dar, die hier nur kurz berührt werden können. Ethische Grundsätze, die der Beschäftigung mit suchtkranken Menschen zugrunde liegen und in den letzten Jahren zunehmend diskutiert wurden, werden kurz erörtert. Schließlich werden noch der Aspekt der Marktwirtschaft in der Suchttherapie sowie die Rolle der Wissenschaft angesprochen.

8.1.2 Aspekte der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitssystemforschung beschäftigt sich mit Fragen der Gesundheitspolitik, der Organisation, der Finanzierung und der Effektivität von Gesundheits- und Krankheitsversorgung (s. Hessel u. Wasem 2002, Tretter et al. 2004). Sie gehört im Wesentlichen zum Bereich Öffentliche Gesundheit (s. Kap. 3). Die Versorgungsforschung gilt als Teil der Gesundheitssystemforschung und bezieht sich auf die beteiligten Krankenhäuser, Arztpraxen, Beratungsstellen und anderen Gesundheitseinrichtungen, aber auch auf die angebotenen Therapieformen stationär, ambulant, Entzugsbehandlung u. a.

Die zentrale Frage der Gesundheitsversorgung lautet: Welche Therapieformen müssen in welcher Anzahl und mit welchen Mitarbeitern bereitgestellt werden, damit eine optimale Versorgung für einen bestimmten Störungsbereich gewährleistet ist?

Diese Frage stellt sich sowohl für das Gesundheitssystem insgesamt wie auch für das Teilsystem der Suchttherapie. Die Bedeutung und Rolle des Therapiesystems Sucht werden im Wesentlichen durch die Gesundheitspolitik, die zentralen Versorgungsorganisationen staatlicher und nicht staatlicher Art, die medizinischen Wissenschaften und nicht zuletzt durch die öffentliche Meinung (Massenmedien) über Fragen zur Sucht (z. B. Willenssache oder Krankheit) bestimmt.

Der Therapie substanzbezogener Störungen liegen eine Reihe von Annahmen und Haltungen sowie mehr oder weniger evidenzbasierte Handlungsregeln der beteiligten Therapeuten, Gesundheitsorganisationen und der Gesellschaft zugrunde. Diese sind nur teilweise reflektiert, z. B. hinsichtlich der Abstinenzforderung, und nehmen auf die Entwicklung und Durchführung der Suchtbehandlung, möglicherweise auch auf deren Erfolg als Hintergrund und Rahmenbedingungen Einfluss. Dazu gehören:

- die Grundvorstellungen von Gesundheit und Krankheit und deren Prävention, allgemein und suchtspezifisch, vom Menschen hinsichtlich seiner Autonomie und Menschenrechte vom gesellschaftlichen Auftrag der Suchtbehandlung,
- die ethischen Standards gegenüber dem einzelnen Betroffenen sowie schließlich
- die Vorstellungen von Wissenschaft und deren Bezug zur Therapie suchtbogener Störungen.

Es wäre vermessen, hier einen Gesamtüberblick geben zu wollen. Die umfassenden Darstellungen zur klinischen Psychologie und Psychotherapie (z. B.

Perrez u. Baumann 2005; Wittchen u. Hoyer 2006; Hiller et al. 2007 oder der psychiatrischen Behandlung, z. B. Möller 2006) gehen mehr oder weniger systematisch auf diese Bereiche ein. Wir versuchen, jene Bereiche kurz anzusprechen, die im Sinne von Standards und Leitlinien die Entwicklung und Durchführung der Alkoholismustherapie beeinflussen. Sie werden meist erheblich durch den jeweils zeithistorischen Kontext bestimmt.

Die Bedeutung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs speziell bezogen auf Sucht wurde bereits in Kapitel 1 dargestellt. Ethische Standards, wie sie gegenwärtig durch die Charta der Menschenrechte von Helsinki (ursprünglich 1964, zuletzt revidiert 1996) geprägt sind, bestimmen die ethischen Rahmenbedingungen generell der Therapie, aber auch die von wissenschaftlichen Studien.

■ Ethische Fragen

In der Suchtbehandlung können sich eine Reihe ethischer Grundkonflikte ergeben:

Der erste besteht in der Gegenüberstellung des Wohls des Einzelnen und der ethisch-medizinischen Verpflichtung, dieses an die erste Stelle zu setzen, im Vergleich zu der Verpflichtung gegenüber dem Wohl der Allgemeinheit bzw. der Gesellschaft. Dieser Gegenüberstellung entspricht die Entwicklung von bevölkerungsbezogenen Ansätzen (Public Health) der Suchtprävention einerseits und dem individuellen klinischen Therapieansatz andererseits. Beide Ansätze gilt es angemessen zu beachten. In der Empowerment-Bewegung versucht man, den einzelnen Patienten zu stärken, im Public-Health-Ansatz liegt der Schwerpunkt auf gesamtgesellschaftlichen Maßnahmen und deren Effektivität.

Ein zweiter ethischer Grundkonflikt ergibt sich aus dem immer vorhandenen Machtgefälle zwischen Arzt/Therapeut einerseits und dem Klienten/Patienten andererseits (asymmetrische Beziehung). Auch hier geht es um die Stärkung des Patienten durch Informationen und Transparenz der Behandlungsmöglichkeiten und des therapeutischen Vorgehens (empowerment).

Ein dritter ethischer Konflikt entsteht durch den alten medizinischen Grundsatz „Nicht schaden“, wenn gleichzeitig mit einer Behandlung auch Nebenwirkungen auftreten und eventuell Verluste von Lebensqualität mit einer Therapie verbunden sind. In wissenschaftlichen Studien kann das Vorenthalten einer Therapie für die Zwecke einer Kontrollgruppe zu einem solchen Konflikt führen.

Ein vierter ethischer Konflikt entsteht durch die Zuschreibung von Verantwortung bzw. Nichtverantwortung für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens durch den Patienten selbst. Dabei wird das Thema

des freien Willens angesprochen, das durch die Ergebnisse neurobiologischer Studien, z. B. der berühmt gewordenen Studien von Libet (2005) über die bewusste Steuerung der Armbewegungen, neu angestoßen wurde und Anlass für nicht zulässige Verallgemeinerungen über die Vorbestimmung des Handelns durch neurobiologische Mechanismen war.

Schließlich entsteht ein weiterer ethischer Konflikt aus der finanziellen Förderung von Suchttherapie und Suchtforschung durch Wirtschaftsunternehmen, die gleichzeitig vom Verkauf der Substanz profitieren.

Ethische Richtlinien und Standards sind Rahmenbedingungen sowohl für jede Form der Therapie als auch für wissenschaftliche Studien zur Therapie einer Störung oder Krankheit. Sie sind von praktischer Relevanz für Behandlungsverträge und im wissenschaftlichen Bereich für den erforderlichen Ethikantrag einer Studie, für die in Deutschland entsprechende Ethikkommissionen eingerichtet wurden. In der Medizin gibt es mit dem Eid des Hippokrates von Beginn an medizinisch-ethische Leitlinien, die in einer der jeweiligen Zeit angepassten Form weiterhin Gültigkeit haben (s. Eich in Hiller et al. 2007).

■ Beteiligte Organisationen

Unmittelbaren Einfluss auf das Therapieangebot und auf die Durchführung der Suchttherapie haben die Leistungsträger, das sind die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sowie nachrangig die Gemeinden als Träger der anfallenden Sozial- und Krankheitskosten, welche gemeinsam mit dem Medizinsystem den Behandlungsbereich bestimmen. Übergeordnet üben staatliche Organisationen wie das Bundesministerium für Gesundheit BMG bestimmenden Einfluss auf Alkoholpolitik und Suchtforschung aus. Im Suchtbereich kommen noch die Selbsthilfeorganisationen und Abstinenzbewegungen, wie die Anonymen Alkoholiker, der Kreuzbund, der Guttemplerorden oder das Blaue Kreuz hinzu, mit zum Teil professionellen Therapieeinrichtungen (genauere Darstellung s. Kap. 8.2.7).

■ Gesundheitsmarkt

Ob das gegenwärtige Gesundheitssystem an Marktprinzipien oder mehr an einer Planwirtschaft orientiert ist, ist wahrscheinlich nur dahingehend zu beantworten, dass im Gesundheitssystem von beiden etwas, wenn auch mit einer stärkeren Gewichtung der planwirtschaftlichen Steuerung vorhanden ist. Das Risiko einer Verkrustung und geringen Innovationsbereitschaft in einer planwirtschaftlichen Orientierung braucht eine Ergänzung durch marktwirt-

schaftliche Prinzipien, die für einen sanften Wettbewerb sorgen. Beides sollte von ethischen Prinzipien geleitet sein.

Durch den Bezug zu marktwirtschaftlich orientierten Unternehmen ergibt sich die schon erwähnte Frage: Nach welchen Standards können Therapie- und Präventionsprojekte durch Wirtschaftsunternehmen gefördert werden (Sponsoring, s. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie: Ethikleitlinien)? Eine solche Förderung ist besonders prekär im Fall von Unternehmen, die von der Produktion und dem Verkauf von Tabak, Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen, profitieren. Eine Verpflichtung zur Transparenz und Offenlegung finanzieller Förderungen – ganz gleich, welcher Art – ist in jedem Fall eine notwendige Voraussetzung, um die Unabhängigkeit einer Studie oder eines Projekts zu gewährleisten. Ein weiteres Problem ist die Zulassung oder Beschränkung von Werbung für Alkohol und Tabak, aber teilweise auch für Psychopharmaka mit unter Umständen problematischen Versprechungen.

■ Beratung oder Therapie

Beratung und Therapie (Pharmakotherapie und Psychotherapie) sind im Wesentlichen rechtlich geprägte Begriffe und nur sekundär inhaltlich definiert. Zur Ausübung von Heilkunde sind in Deutschland bislang nur 3 Berufsgruppen berechtigt, nämlich Ärzte, approbierte Psychotherapeuten und Heilpraktiker. Andere Berufsgruppen fungieren als Heilhilfspersonen, wie z.B. Krankenschwestern oder Pfleger. In der Versorgung Suchtkranker bilden aber die Sozialpädagogen die größte Berufsgruppe, die rechtlich selbständig nur eine Beratung durchführen darf. Auch klinische Psychologen ohne Approbation als Psychotherapeut sind rechtlich hinsichtlich ihres Kompetenzbereichs schwer einzuordnen. In der Tendenz zeichnet sich ab, dass die bisher für medizinische Rehabilitationsbehandlung geforderte Zusatzausbildung zum Suchttherapeuten, die grundsätzlich auch für andere Berufsgruppen offen steht, zunehmend durch eine Master-Ausbildung in Sucht ersetzt wird und wahrscheinlich für Sozialpädagogen als Voraussetzung für die Behandlung im Suchtbereich gefordert wird.

Die gleiche Intervention im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung der Alkoholabhängigkeit wird als Therapie, im Rahmen einer Beratungsstelle als Beratung oder allgemeiner als psychosoziale Hilfe deklariert. Soweit es sich nicht um Prävention handelt, erscheint der Begriff der psychosozialen Therapie begrenzt auf die Suchtbehandlung am besten geeignet, um die verschiedenen Formen der Interventionen von Ärzten, Psychologen und Sozialpädagogen mit einem Begriff zu bezeichnen. Wir gehen davon aus, dass

noch ein weiterer Klärungsprozess unter Einbeziehung aller Beteiligten erforderlich ist.

Begriffsklärung. Inhaltlich unterscheiden sich Beratung und Psychotherapie vor allem hinsichtlich der Zielsetzung, weniger hinsichtlich der Methodik. Während bei einer Beratung Informationen zur Verfügung gestellt werden, zielt Psychotherapie auf dauerhafte Veränderungen des Verhaltens und der Einstellungen zur Sucht und darüber hinaus und nicht auf konkrete Hilfe zur Veränderung der äußeren Situation oder zur Aufgabelösung. In einer umfassenden Therapie sind neben einer eventuellen Pharmakotherapie alle 3 Ziele integriert, wofür hier die Bezeichnung psychosoziale Therapie gewählt wurde, die auch am besten zu den Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe (1995) passt (s. Abschnitt 8.2.1).

■ Evidenzbasierung

Nachdem lange Zeit unterschiedliche Therapie- oder Schulrichtungen die Entwicklung und Beschreibungen von Therapieansätzen geprägt haben, hat die Forderung nach einer Evidenzbasierung (vgl. Sackett et al. 2000, Schmidt et al. 2006) die zentrale, übergeordnete Rolle bei der Entwicklung von Therapiesystemen und Therapiekonzepten eingenommen, ohne deswegen die alten Einflussbereiche völlig abzulösen. In den Leitlinien zur Suchtbehandlung (AWMF-Leitlinien, Schmidt et al. 2006) wurde ein solcher Versuch unternommen. Je mehr empirische Studien in dem Bereich der Alkoholismusbehandlung vorliegen, desto eher ist eine solche Evidenzbasierung möglich, auch wenn ohne Einbeziehung theoretischer und medizinethischer Standards und ohne ökonomische Grundlagen die Entwicklung eines Therapiesystems grundsätzlich nicht möglich ist.

Wissenschaftstheoretische Grundpositionen heuristischen oder positivistischen Vorgehens bestimmen hauptsächlich, wie geforscht wird und welche Projekte durchgeführt werden. Das Ideal kontrollierter Studien (Randomisierung, doppelblind) hat einen sehr beschränkten Anwendungsbereich und muss um kontrollierte klinische Studien und qualitative Forschungsansätze erweitert werden (vgl. Gossop 2003, Bortz u. Döring 2006, Westermeyer 2005).

8.2 Das Therapiesystem Sucht

8.2.1 Überblick

■ Historische Entwicklung

Historisch betrachtet hat das Therapiesystem Sucht hauptsächlich durch den Einfluss von Mäßigkeitsvereinen und Abstinenzverbänden sowie das Engagement der Kirchen eine eigene Entwicklung durchlaufen, zum Teil neben dem etablierten medizinischen Gesundheitssystem im engeren Sinn (s. Watzl 1999, Aßfalg 2003). In den letzten Jahrzehnten wurde die Behandlung von Suchtstörungen wieder stärker in das Medizinsystem und speziell in die Psychiatrie eingebunden. Auf diese historischen Aspekte wird hier jedoch nicht näher eingegangen. Aus der eigenständigen Entwicklung der Suchttherapie ergibt sich aber ein Hinweis darauf, dass man überhaupt von einem eigenen Behandlungssystem Sucht sprechen kann.

■ Vielfältigkeit und Komplexität der Behandlung

Dem mehrdimensionalen Bedingungsgefüge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Alkoholismus (s. Kap. 2) und den Unterschieden in den Verläufen (s. Kap. 6) entsprechen die unterschiedlichen Konzepte der Therapie hinsichtlich ihrer Therapieformen, Therapiekomponenten und Therapiemethoden, aber auch hinsichtlich ihrer Ziele. Eine monokausale Therapie, z. B. nur auf biologischer Ebene, ist nicht nur nach dem gegenwärtigen Stand des Wissens kaum zu erwarten, sondern entspricht auch nicht dem Grundverständnis von Sucht als einer Störung der Selbststeuerung des Substanzkonsums, die auf sehr verschiedenen Ebenen und durch unterschiedliche Behandlungsformen beeinflusst werden kann. Wenn es gelingt, einzelne Teile des „Ursachenbündels“ und einzelne Symptombereiche therapeutisch zu beeinflussen, so mag das für Teilgruppen von Abhängigen ein ausreichender Anstoß für eine Neuregulierung insgesamt sein, aber viele Alkoholabhängige werden Anstöße in mehr als einem Lebensbereich brauchen, um insgesamt einen neuen Zustand der Selbststeuerung des Suchtmittelkonsums zu erreichen. Dazu hat sich eine Vielfalt pragmatisch orientierter Therapiemethoden und -einrichtungen entwickelt, deren Effizienz in sehr unterschiedlichem Umfang belegt ist (s. Kap. 9). Verschiedentlich, vor allem im Bereich der Verhaltenstherapie und der medikamentösen Therapie, wurden mehr oder minder streng kontrollierte Studien zur Objektivierung der Wirksamkeit der einzelnen Verfahren angewandt. Oft werden die Schwierigkeiten unterschätzt, die bei der Übertragung der in Therapiestudien gewonnenen Resultate auf die Anwendung der Verfahren in der

Praxis entstehen (Externe Validität, Transferaufgaben). Ein weiteres Problem gerade bei der Therapieforschung ist die Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte, die sich z. B. bei der (aus wissenschaftlichen Gründen für notwendig erachteten) Einbeziehung unbehandelter Kontrollgruppen ergeben.

■ Beschreibung eines Therapiesystems

Die Beschreibung eines übergreifenden Therapiesystems kann sich orientieren an Zielgruppen, Therapiezielen und an dem Beschreibungsmodell zur Qualitätssicherung von Donabedian (1966) mit den Komponenten Struktur (Konzepte, Einrichtungen, Mitarbeiter), Prozess (allgemeine Therapiephasen, Stadien, Zugangswege, Maßnahmen) und Outcome, das in den Rehabilitationswissenschaften weit verbreitet ist. Die Ergebnisse des Therapiesystems Sucht werden in Kapitel 9 dargestellt. Ein weiterer Ansatz ist der Bezug zu Wirkfaktoren der Psychotherapie.

Eine vergleichende Beschreibung der Behandlungsmethoden setzt auf eine systematische, möglichst standardisierte Beschreibung von Therapiesystemen sowie Therapiekonzepten, über deren Struktur es bislang keinen Konsens gibt. So vielfältig die Bedingungsfaktoren für Alkoholismus sein können, so vielfältig können auch die Therapiemaßnahmen gestaltet sein. Dennoch lässt sich eine Strukturierung als Beschreibungsansatz erkennen.

Wir unterscheiden folgende Aufgaben, Bereiche und Begriffe:

- Aufgaben und Ziele des Behandlungssystems Sucht bzw. Alkoholismus
- die damit zusammenhängenden unterschiedlichen Zielgruppen, Aufnahmekriterien sowie dementsprechende Therapieangebote
- selektive Zuordnungsaufgaben für unterschiedliche Therapieangebote (z. B. Kurz- oder Langzeittherapie) und entsprechende Zuordnungsregeln
- Stadien und Phasen der Behandlung einschließlich Dauer
- Netz unterschiedlicher Therapieeinrichtungen von den Beratungsstellen bis zu den Suchtfachkliniken
- organisatorische Rahmenbedingungen wie Finanzierung, Organisation und Kooperation
- Therapiemethoden beschrieben als Therapiestrategien.

In den Begriff der Therapiestrategien gehen sowohl Therapieziele als auch Methoden, wie diese Ziele erreicht werden können, als grundlegende Komponenten ein.

■ Wirkfaktoren

In der allgemeinen Psychotherapieforschung wurden verschiedene Systeme von Wirkfaktoren entwickelt (Bergin u. Garfield 1994). Am plausibelsten und heuristisch nutzbar erscheinen die 5 Wirkfaktoren von Grawe (1995), die aus der Analyse einer großen Menge von Evaluationsstudien gewonnen wurden. Er unterscheidet: 1) Problemaktualisierung, 2) Ressourcenaktivierung, 3) motivationale Klärung, 4) aktive Hilfe. Später kam noch der Wirkfaktor 5) Therapeut-Patient-Beziehung hinzu. Jede psychosoziale Therapie kann anhand dieser Wirkfaktoren beschrieben und überprüft werden.

8.2.2 Aufgaben und Ziele des Therapiesystems Sucht

Alkoholabstinenz allein oder gar nur die Beseitigung alkoholbedingter Folgeschäden sind keine ausreichenden Ziele des Behandlungssystems Sucht. Dadurch erscheint weder eine ausreichende Stabilität gewährleistet noch das Risiko eines Rückfalls ausreichend reduziert, solange Risikofaktoren für einen Rückfall in den verschiedenen Lebensbereichen nicht dauerhaft verändert werden. Manchmal wird auch von einer zufriedenen Abstinenz als Ziel gesprochen. Was als ausreichend gilt, orientiert sich an der Frage, ob durch jeweils neue Therapieansätze eine signifikant größere Erfolgswahrscheinlichkeit erreicht wird und die Kosten dafür erträglich erscheinen.

Abgesehen davon wird Gesundheit durch die WHO nicht allein als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als ein psychophysisches Wohlbefinden, das über die Beseitigung von Krankheit hinausgeht.

Primäres Ziel einer Suchtbehandlung ist und bleibt die Kontrolle des Alkoholkonsums in Form der Alkoholabstinenz und bei Fällen des schädlichen Gebrauchs auch in Form eines kontrollierten Konsums. Dieser sorgt bei entsprechender Definition (s. Kap. 9) für eine Vergleichbarkeit von Therapieergebnissen.

Sekundäre Ziele und Erfolgskriterien beziehen sich auf eine Verbesserung oder Stabilisierung anderer komorbider Störungen oder anderer Lebensbereiche, aber in dem Sinne, dass sich die Lösungskompetenzen des Abhängigen verbessern, und sich primär nicht nur die Lebensbedingungen verändert haben. Der globale Begriff der Lebensqualität (Donovan et al. 2005) erscheint als Zielkriterium häufig zu wenig differenziert und konkret. Je nach Behandlungsphase, Folgeerkrankung und komorbider Störung, z. B. einer Delirbehandlung, können unterschiedliche Kriterien als Therapieziele und Zwischenziele wichtig sein. Aus diesen Gründen ist übergeordnet eine umfassende Sichtweise der Therapieziele erforderlich.

■ Rangreihe (Hierarchie) der Therapieziele

Die Hierarchie der allgemeinen Therapieziele von Maslow (1954) mit verschiedenen Abwandlungen bezogen auf den Suchtbereich (Schwoon 2001) gibt einen ersten Überblick darüber, welche globalen Zielebenen betrachtet werden können, um die konkreteren und individuellen Therapieziele zu bestimmen (s. Abb. 8.1).

Neben dem möglichst gesunden Überleben geht es um die:

- materiellen bzw. finanziellen Grundlagen über die Existenzsicherung hinaus sowie um
- Stabilität und Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen
- Kontrolle des Alkoholkonsums bzw. Abstinenz
- Autonomie und Selbstverwirklichung.

Auch aus allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie, wie den von Grawe (1995), lassen sich allgemeine Therapieziele ableiten, die für jedes konkrete Therapieziel Gültigkeit haben. Die Wirkfaktoren Problemfokussierung, Motivationsförderung, Ressourcenaktivierung und aktive Hilfe können als Therapiestrategien dienen, die auf den speziellen Fall umgesetzt werden müssen und wofür die entsprechenden Methoden gewählt werden.

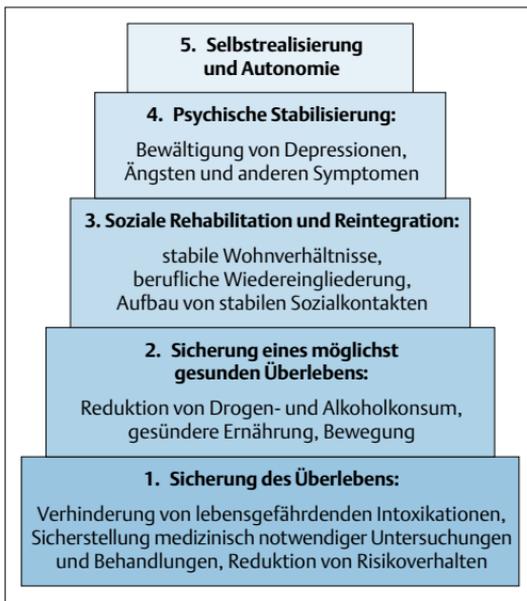


Abb. 8.1 Zielhierarchie in der Suchtbehandlung (modifiziert nach Maslow 1954, Körkel 1988).