

18. Jahrestagung des Suchtausschusses

Am 25./26. Januar 2007 fand im BKH Wöllershof bei Neustadt a. d. Waldnaab die 18. Jahrestagung des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser unter der thematischen Überschrift „Suchtkrankenbehandlung in der Psychiatrie: Umbruch mit Qualität“ statt. Es trafen sich ca. 100 Klinikleiter, Leiter von Suchtabteilungen,

Suchtforscher der gesamten Bundesrepublik. Aus dem breitgefächerten Programm werden drei Themenkreise herausgegriffen und hier nochmals besprochen. Es ging um Substitutionsfragen, insbesondere um Auswirkungen des Modellprojektes zur Heroinvergabe, die psychiatrische Comorbidität von Suchtkranken mit ihren Konsequenzen für die Praxis und die Beziehung zwischen Verweildauer und Wiederaufnahmerate als Qualitätsmerkmal in der Akutbehandlung Suchtkranker.

Frau Maria Eichhorn, Mitglied des Bundestages und Drogenbeauftragte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion griff in ihrem ausgesprochen sachkundigen Beitrag neben anderen Themen auch die Substitutionsfragen auf. Dabei begründete sie insbesondere die Position ihrer Fraktion gegen eine Etablierung der Heroinvergabe. Sie kam im Ergebnis von vielfältigen Gesprächen mit Fachleuten zu einer kritischen Beurteilung der Ergebnisse des Heroinmodellprojektes. Die angekündigte Überlegenheit der Heroin-

vergabe konnte sie nicht erkennen. Insbesondere bemerkte sie, dass das Abstinenzziel mit diesem Vorgehen keine ausreichende Förderung erfährt und weiterhin ca. 50 Prozent der Teilnehmer keine ausreichende Distanz zur Drogenszene erreichen. Weiter betonte sie, dass Heroinkonsum bundesweit rückläufig ist. Drogenabhängige haben in weiten Teilen des Landes ganz andere Behandlungsbedürfnisse. Für eine sehr kleine Gruppe würden mit der Heroinvergabe überaus hohe Aufwendungen eingesetzt, die an anderen Orten viel wirksamer zur Behandlung zu nutzen seien. So erfordere nach ihrer Meinung die starke Zunahme des Cannabiskonsums, insbesondere wegen der gegenüber früher erheblich gestiegenen THC-Gehalte der konsumierten Droge viel mehr Aufmerksamkeit. Jedenfalls beurteilte sie die Zulassung von Heroin auch wegen der erheblichen potenziellen Missbrauchsmöglichkeiten mehr als fragwürdig. Hier muss noch kommentierend vermerkt werden, dass der Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz selbst sich bereits vor Monaten eher skeptisch über die Heroinvergabe geäußert hat (siehe unter www.bdk-deutschland.de).

Frau Prof. Dr. Havemann-Reinecke (Uni Göttingen) berichtete US-Ergebnisse zur psychiatrischen Comorbidität von Suchtkranken. Grundsätzlich sieht sie bei psychiatrischer Comorbidität verschiedene Varianten. Zum einen kann es sich um ein zufälliges Vorkommen mehrerer Erkrankungen handeln, zum anderen um eine ätiopathogenetische Grundlage mehrerer Erkrankungen, weiter sind interaktionelle Effekte zwischen verschiedenen Erkrankungen denkbar. Es gab studienbezogene Schwankungen für das Zusammentreffen von Suchterkrankungen und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises von bis zu 50 Prozent der untersuchten Patienten, bei Borderline-Störungen in 34 bis 84 Prozent eine Kombination mit Suchterkrankungen, bei Angsterkrankungen von bis zu 25 Prozent. Affektive Erkrankungen waren bis zu 30 Prozent comorbid bei Suchtkranken anzutreffen bei einem deutlichen Überwiegen bipolar verlaufender

Erkrankungsfälle. Diese Ergebnisse verweisen sehr deutlich auf die Bedeutung der Behandlungszeit, um differenzieren zu können, um welche comorbiden Erkrankungen es sich handelt und um in einem weiteren Schritt auch angemessene Behandlung stattfinden lassen zu können.

PD Dr. Wodarz (Uni Regensburg) berichtete über den Zusammenhang von Verweildauer und Wiederaufnahmerate in der Zusammenschau eigener Daten mit anderen europäischen und außereuropäischen Untersuchungen. Aus dem europäischen Raum waren bei einer Katamnese nach einem Jahr Behandlungserfolge in einer Spanne von 12 bis 63 Prozent der Fälle mit Alkoholabhängigkeit festzustellen. Dabei gab es einen Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und dem Therapieerfolg. Die Verweildauer beeinflussten der regionale Versorgungsauftrag der Krankenhäuser und soziodemographische Variable. Es wurden auch Untersuchungen aus den USA, insbesondere der Ära der psychiatrischen DRGs von 1984 bis 1988 referiert. In dieser Zeit kam es zu einer Verkürzung der Behandlungsepisoden mit einem erheblichen Anstieg der Wiederaufnahmerate. Dabei blieben kumulierte Behandlungsdauern weitgehend gleich, hatten aber einen zusätzlichen Negativeffekt durch die Chronifizierung der Abhängigkeitserkrankungen nicht kompensieren können. Diese Ergebnisse waren replizierbar. Gerade bei Suchterkrankungen und in der Geropsychiatrie waren in den USA unter den DRGs

schlechtere Behandlungsergebnisse nachweisbar. Wodarz verwies weiter explizit auf eine von Spießl et al. 2006 veröffentlichte Untersuchung, in der die Autoren über den Zeitraum von 1995 bis 2003 die Hypothese verfolgt hatten, dass bei einem Sinken der Verweildauer die Wiederaufnahmerate steigen müsse. Dies wurde statistisch bestätigt. Bei einer Verkürzung der Verweildauer von 20 Prozent stand dem eine Steigerung der Wiederaufnahmerate von 17 Prozent gegenüber. Drastische Erhöhungen der Wiederaufnahmerate ergaben sich, wenn die Verweildauer bei Suchtkranken in einem Korridor zwischen 3 bis 14 Tagen lag. Zu den Ursachen dieser Entwicklung wurde von Wodarz ausgeführt, dass die untersuchten Patienten schwerer krank zur Behandlung kamen, und zweitens mit einer geringeren Besserung aus der stationären Behandlung entlassen wurden als das früher der Fall war. Diese Tendenz war in der im Ärzteblatt Sachsen 2006 veröffentlichten Untersuchung von Domurath ebenfalls evident. Sogenannte „Heavy-user“, referierte Wodarz, mit mehr als 3 Aufenthalten in 12 Monaten waren gekennzeichnet durch Partnerlosigkeit, den Status des Alleinlebens und die Beschäftigungslosigkeit. Prognoseverschlechternd kam noch die mangelnde Integration der Patienten in das Suchtkrankenhilfesystem außerhalb der stationären Einrichtungen hinzu. Erfolgslimitierend erwies sich besonders die Entlassung infolge individuell zu kurzer Behandlungszeit mit ungenügen-

der psychophysischer Besserung und fehlender Stabilisierung der sozialen Situation. Erfolgreiche Maßnahmen im rehabilitativen Sektor, wie bei den Entwöhnungsbehandlungen in Deutschland üblich, wiesen eine stationäre Behandlungsdauer zwischen 3 bis 6 Monaten auf, die besseren Behandlungserfolg zeigte.

Es gibt offenbar zunehmend Belege aus der psychiatrischen Praxis, dass Behandlungszeit ein Qualitätsmerkmal bei chronisch verlaufenden Erkrankungen, wie den Suchterkrank-

kungen, ist. Verkürzungen der Behandlung zeitigen regelhaft eine höhere Wiederaufnahmerate. Diese ist verbunden mit einer rückfallbedingten Verschlimmerung der Erkrankung.

Die einzelnen Vorträge der Tagung sind im Detail nachlesbar unter: www.bdk-deutschland.de

Dr. med. Frank Härtel
Asklepios Fachklinikum Wiesen
Kirchberger Straße 2, 08134 Wildenfels
Suchtbeauftragter der
Sächsischen Landesärztekammer

