

Stationäre Drogentherapie – Blick zurück nach vorn

Persona:

Harry Glaeske,

Vorsitzender Fachverband WESD eV., c/o Im Deerth 6, 58135 Hagen

Leiter des Bandlungszentrum Deerth – Hagen (Arbeiterwohlfahrt)

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und des Maßregelvollzug*

*„Untere staatliche Behörde für den Maßregelvollzug des Landes NRW“

- | | |
|---|-----------|
| - Fachklinik Im Deerth (med. Rehabilitation) | 28 Plätze |
| - Adaption Södingstraße (med. Rehabilitation) | 12 Plätze |
| - Maßregelvollzug (alle Einrichtungen) | 26 Plätze |
| - Nachsorge und Fachambulanz (betr. Wohnen) | 12 Plätze |
| - Forensische Nachsorgeambulanz | 5 z.Zt. |

Zitat

Prof . Dr. Wolfgang Heckmann:

„Der Königsweg heißt für mich drogenfreie Therapie. Das ist der beste Weg für einen Suchtkranken. Ich habe mich entschlossen, notfalls der letzte Fachmann in Deutschland zu sein, der sich noch getraut, das auszusprechen. ... Der Königsweg ist begrifflich genau genommen, ein Synonym für höchste Qualität, weil sich die Könige, zumal sie es sich leisten konnten, die schönsten Kleider verschafft haben, den wertvollsten Schmuck, das schmackhafteste Essen, das Beste zu trinken und auch die Wege, die am sichersten zum Ziel führten....“

Dieser Auszug eines Grundsatzartikels Prof. Heckmanns ist der Leitsatz des WESD-Verbands, dem Fachverband der westfälischen stationären Drogentherapie. Als Vorsitzender dieses Verbandes unterstreiche ich natürlich diese These – aber auch als Mitarbeiter der Drogenhilfe, der seit 1977 zunächst 5 Jahre ambulante Drogenberatung und anschließend 22 Jahre stationäre Drogentherapie mit allen Facetten begleitet hat.

Vor einigen Wochen hatte ich anlässlich eines gemeinsamen Fachvortrags die Gelegenheit, mit Professor Bossong über die Wirksamkeit von Sucht-Therapie zu diskutieren. Sie kennen vermutlich alle seine Forschungsergebnisse, nach denen ganz gleich ob und welche Behandlungsform absolviert wurde, sich die Ergebnisse dritteln. Als Sprecher der in unserem Fachverband zusammengeschlossenen Rehabilitationseinrichtungen ist mir dieses Ergebnis natürlich suspekt. Andererseits können wir so tun, als ob uns die erreichte Erfolgsquote der stationären Drogentherapie wirklich zufrieden stellt.

Auch – oder vielleicht gerade in wirtschaftlich kritischen Zeiten ist es sinnvoll Überlegungen anzustellen, ob unsere Behandlungsformen noch angemessen sind. Die Allheilformel: Ambulant vor stationär wird m.E. seitens der Leistungsträger inflationär gebraucht und trägt nicht zur Verbesserung der Rehabilitationsqualität bei. Sie mindert noch nicht einmal die Kosten. Dazu zunächst einen kurzen Ausflug in die Vergangenheit – unter anderem mit dem Versuch, immer wieder und wieder darauf hin zu weisen, dass sich stationäre Drogentherapie noch lohnt, ja sogar volkswirtschaftlich rechnet.

Können wir uns stationäre Drogentherapie noch leisten?

Die stationäre Landschaft der Drogenbehandlung hat sich in den letzten 20 Jahren gravierend verändert. Ursprünglich nahm in den damaligen Einrichtungen die Philosophie der therapeutischen Gemeinschaft einen großen Raum ein. Der eigentliche Wirkfaktor bestand im Wesentlichen darin, durch beispielhaftes Vorleben auf der Beziehungsebene therapeutisch auf „Klienten“ einzuwirken. Therapeuten gingen durchaus in den „frühen Jahren“ nach getaner Tagesarbeit gemeinsam mit den Klienten ein Bier trinken. Solche Konzepte haben sich überholt. Vom Beziehungsaspekt zwischen Therapeut und Patient her betrachtet, konnte man zumindest auf eine tragfähige Beziehung schließen. Heute findet die Behandlung auf der Basis wissenschaftlich fundierter psychotherapeutischer Verfahren statt, bei denen die Beziehung nur einen Aspekt darstellt. Die Bewohner stationärer Drogeneinrichtungen sind zu „Patienten“ geworden – und das auch im Sinne von Krankheit und Störungsbildern.

Oftmals werden erst in der abstinenten Phase während des stationären Aufenthalts psychische Erkrankungen, Essstörungen und dissoziale Strukturen auffällig. Mehrfacherkrankungen bilden die Regel und nicht die Ausnahme. Das Personal der Einrichtungen besteht aus hochqualifiziert ausgebildeten Psychotherapeuten, ergänzt durch Ärzte, Freizeitpädagogen und Sporttherapeuten. Besonders unverständlich ist dabei, dass die Träger der Einrichtungen mittlerweile auf einem Teil der Kosten sitzen bleiben.

Dabei scheint unbestritten, dass die stationäre Therapie wirksam ist. Professor Müller-Fahrnow vom Institut für Rehabilitationswissenschaften der FU – Berlin präsentierte im November 2002 anlässlich einer großen Fachtagung zur stationären Drogentherapie deutliche Fakten:

Demnach ist von folgenden Globalschätzungen auszugehen:

57% bis 66% der in stationärer Behandlung befindlichen Drogenabhängigen beenden zwar vorzeitig die Therapie, aber

20-30% **aller** Patienten (inklusive der vorzeitigen Beender) erzielen dennoch ein erfolgreiches Ergebnis.

60-80% aller Patienten **mit planmäßiger Beendigung** gelten als erfolgreich.

Die Rückfallwahrscheinlichkeit liegt nach 2 Jahren Abstinenz (Therapiezeit + Katamnese) bei 10-20% - die Abstinenzquoten in den meisten Studien beziehen sich auf illegale Drogen. Ließe man den Cannabiskonsum außer acht, würde das Ergebnis noch erheblich besser aussehen. Weiterhin erwähnt Müller Fahrnow eine Schweizer Studie, die von einer Integration der erreichten regulär Entlassenen von 84% spricht und immerhin noch von 36% aller ehemaliger Patienten.

Angesichts der schwierigen finanziellen Situation unseres sozialen Sicherungs- und Gesundheitssystems ist es wichtig festzuhalten, dass der Begriff „Integration“ sich auf alle bezieht, die zum Zeitpunkt der Fragestellung in Arbeit oder in Ausbildung befindlich waren oder bereits mehr als 6 Monate gearbeitet haben.

Somit ergäbe sich allein schon für die Rentenversicherung eine überaus positive Bilanz der Kosten-Nutzenrechnung. Gesamtwirtschaftlich ist für die Gesellschaft sogar der positive Saldo fast in einem Gegenwert von 1 zu 10 zu rechnen. Dieses wurde schon durch Hartwig und Pies 1992 mit ihrer Kosten-Nutzen-Gegenrechnung nachgewiesen.

Somit darf es nicht um die Bezahlbarkeit der stationären Drogenhilfe gehen, sondern um deren höchstmögliche Unterstützung. Denn sie nimmt sich auch der Patienten an, die in anderen Systemen ständig scheitern und zusätzliche Kosten verursachen.

Drogenmissbrauch und Kriminalität hängen eng zusammen!

Den Blick in die Zukunft richten heißt aber auch sich fragen, ob die stationäre Drogentherapie nicht noch erfolgreicher arbeiten könnte. Ich denke, JA. Vor allem, wenn man sie ließe und wenn sie selbst ihr bisherigen Verständnis von der Suchtbehandlung modifizieren würde.

Ein wesentlicher Unterschied in der Rehabilitation und Behandlung der beiden Suchtformen „Abhängigkeit von legalen und illegalen Stoffen“ liegt in der Delinquenz der drogenabhängigen Patienten. Sie beeinflusst maßgeblich den gesamten Beratungs- und Behandlungsverlauf. Meines Erachtens ist diesem Umstand in der Vergangenheit zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden, denn alles spricht dafür, dass gerade bei diesem Patientenkreis die geringsten Behandlungserfolge erreicht werden.

Bei der Sichtung gängiger Literatur stößt man sehr schnell auf drei gängige Grundthesen des Zusammenhangs von Delinquenz und Drogenkonsum:

* Aus: „Suchtprobleme hinter Mauern“, DHS 2002, vergl. Kufner et al., 1999

- Drogenabhängige sind kriminell, weil sie drogenabhängig sind.
- Drogenabhängige betreiben Drogenmissbrauch weil sie kriminell sind.
- Drogenmissbrauch und Kriminalität stehen als Ausdruck eines devianten Lebensstils.

- Kriminell, weil drogenabhängig:
 - Die beginnende physische Drogenabhängigkeit - verbunden mit Toleranzsteigerung ermöglicht nicht mehr die Aufrechterhaltung der gewohnten Lebensbezüge. Zur Finanzierung wird auf mehr und mehr kriminelle Aktivitäten zurückgegriffen. Die Kriminalität ist danach eine zwangsläufige Folge der Drogenabhängigkeit.
- Drogenmissbrauch, weil kriminell:
 - Diese entgegengesetzte Hypothese setzt früheres delinquentes Verhalten voraus, welches letztendlich den Konsum von Drogen einschließt. Drogenmissbrauch ist danach Ausdruck / Folge eines vorausgehenden kriminellen Verhaltens.
- Drogenmissbrauch und Kriminalität als Ausdruck eines devianten Lebensstils:
 - Als zentraler Risikofaktor für Drogenmissbrauch wie auch für Delinquenz wird ein in der Kindheit und Jugend entwickelter devianter Lebensstil angesehen. Kriminalität kann sowohl in Kombination mit Drogenmissbrauch als auch unabhängig davon auftreten.

Die Betrachtung der dritten These verlangt nach der Definition des „devianten Lebensstils“: Das Münchener Institut für Therapieforschung (IFT – Kufner, Bühringer) unterscheidet hier mindestens drei Gruppen von Einflussvariablen:

1. Disposition
2. Familie
3. Peer-Group

■ Disposition:

Hierunter zu verstehen sind:

- Genetisch bedingte hohe Impulsivität
- Gering ausgeprägte Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit auf der Grundlage sozialer Regel- und Normensysteme
- Umwelteinflüsse, etwa eigene Gewalterfahrungen (z.B. als Opfer von Kindesmissbrauch mit der Folge einer geringen sozialen Empathieentwicklung)

■ Familie:

Folgende familiäre Bedingungen sind erwähnt:

- Wenig emotionale Wärme
- Geringe Orientierung an Normen und Werten
- Abwechselnder, inkonsistenter Erziehungsstil
- Opfer familiärer Gewalt

■ Peer-Group:

Eine Rolle spielen:

- Anerkennungsprobleme
- Schulprobleme, Schulversagen
- Cliques mit delinquenter oder antisozialer Haltung

Die Verfügbarkeit der Suchtmittel wird dabei vorausgesetzt.

Einen zusätzlichen Aspekt berücksichtigt Quensel* in seinem interaktionistischen Ansatz. Er sieht abweichende Verhaltensweisen primär als Versuch, mit nicht akzeptierten Mitteln ein Problem zu lösen (meist ist das Anfangsproblem klein!)

*Quensel 1970 „Wie wird man kriminell?“

In Ergänzung zum Model Kufners und Bühringers werden dabei auch stets die sozialen Rahmenbedingungen berücksichtigt. Hierzu zählen z.B.: Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Ausgrenzung - aber auch polizeiliche und justizielle Reaktion auf Delinquenz und Kriminalität. In allen Ansätzen wird betont, dass es keinen Automatismus von Ursache und Wirkung gibt. Es handelt sich eher um Wahrscheinlichkeitsmodelle, das heißt, es gibt eine Reihe von Faktoren, die das Risiko von Drogenmissbrauch oder Delinquenz maßgeblich beeinflussen. Zusätzlich werden in der Forschung heute sog. protektive oder Schutzfaktoren untersucht, wie u.a.:

- Techniken der Stressbewältigung (Selbstmanagement)
- Selbstvertrauen - (Vertrauen in eigene, positive Kräfte)
- Verhaltenskompetenzen im Umgang mit Drogen

Welche Veränderungsfaktoren sind wünschenswert?

Die Analysen der Forschungsliteratur lassen den Schluss zu, dass delinquentes Verhalten in der Kindheit und Jugend eine größere Rolle für die spätere Entwicklung des Drogenmissbrauchs spielen können.

Die Frage, ob Drogenabhängige „Kranke“ sind - und deshalb nicht zu bestrafen, schließt sich bei der oft engen Verzahnung von kriminellen Verhalten und Abhängigkeit aus. Selbst in Ländern mit einer liberaleren Drogenpolitik als in Deutschland gibt es große Anteile drogenabhängiger Straftäter in den Haftanstalten.

Unter diesem Aspekt stationäre Drogentherapie zu verbessern hieße z.B. schon bei der Vorauswahl der Behandlungseinrichtung eine hinreichend kompetente Therapieeinrichtung auszuwählen, die in der Lage ist diese doppelt belastete Klientel zu behandeln. So könnte idealerweise bei der Vermittlung Drogenabhängiger wegen der engen lebensgeschichtlichen Verknüpfung von Drogenkonsum und Delinquenz schon in der Vorbereitungsphase eine evtl. vorhandene delinquente Vorgeschichte erfasst werden.

Spätestens in der stationären Einrichtung muss im Rahmen der Anamnese und Zielplanung eine mögliche Delinquenz erfasst werden. Werden Hinweise auf entsprechende Verhaltensmuster gefunden, kann dieses bei einer gezielten weiteren Gestaltung der Therapie berücksichtigt werden.

Ich mache an dieser Stelle deutlich, dass sich in meinen Ausführungen der Fokus auf den Zusammenhang zwischen Delinquenz und Drogentherapie bezieht, von daher andere Faktoren außen vor bleiben, die ebenfalls einer Differenzierung bedürften (z.B. Doppeldiagnosen, Genderfaktoren und Migrantproblematik).

Um erfolgreich mit delinquenten Patienten arbeiten zu können, müssen die Konzepte der Behandlungseinrichtungen diesen Anforderungen entsprechen. Das ist nicht selbstverständlich, denn der Großzahl der vorhandenen Einrichtungen liegt eher ein

- Defizitmodell (= Bekämpfung schädlicher Faktoren) zugrunde.

Für die genannte Zielgruppe delinquenter Patienten angemessener wäre auch unter Berücksichtigung der vorhin erwähnten Risiko- und Schutzfaktoren in jedem Fall der Fokus auf einen

- Kompetenzansatz (= Stärkung der positiven Faktoren) zu richten.
-

Stärkung der positiven Faktoren, im weitesten Sinne auch mit „Empowerment“ - also Ressourcenorientierung gleichgesetzt, als Strategie einer erfolgreicherer Behandlung drogenabhängiger Menschen.

Was bedeutet das?

Nicht die Einsicht in die eigene Unzulänglichkeit und strafbaren Handlungen sind das Ziel, sondern eine Neukonstruktion der Lebensperspektiven. Neue Handlungsmuster müssen eingeübt werden um dann ggfs. kriminelle Handlungen überflüssig werden zu lassen.

Professor Dr. Fiedler von der Universität Heidelberg setzt sich in seinen jüngsten Publikationen zum Thema „Ressourcenorientierte Psychotherapie...“ und in vielen Veröffentlichungen seit 2001 sehr gezielt mit diesem Thema auseinander. Bei seinen Forschungsergebnissen bezieht er sich überwiegend auf Patienten aus dem Strafvollzug, dem Maßregelvollzug - allgemein auf kriminelle Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung.

Zwar erwähnt auch Fiedler Untersuchungen in Amerika, nach denen hochgerechnet ca. 40% dieser Betroffenen ohne jegliche Behandlung innerhalb von 3-5 Jahren nicht wieder rückfällig werden, (siehe ähnliche Ergebnisse von Bossong) er betont aber auch ausdrücklich, dass selbst bei nur zusätzlichen 10% erfolgreicher Therapien der Gewinn für die Gesellschaft sehr groß sei, hält man sich vor Augen, dass kriminelle Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstruktur der Gesellschaft enorm viel Geld kosten. Fiedler geht dabei von ca. 50% Erfolg bei üblicher therapeutischer Behandlung aus.

Aus Studien weiß man, dass nicht wenige Therapeuten mit ihrer Behandlung eine Verschlechterung erzielen (vergl. auch Fiedler oder an anderer Stelle Bergin, 1966). Wir alle kennen das Problem des Behandlungsabbruchs, in der Forschung DROP-OUT - Phänomen genannt.

Viele Ergebnisse deuten darauf hin, dass besonders persönlichkeitsgestörte Patienten häufiger als andere eine Behandlung abbrechen. Bei der Erforschung dieses Problems gab es gravierende Unterschiede in der Einschätzung der Ursachen:

Die Psychotherapeuten sahen die Gründe für den Abbruch überproportional beim Patienten (wer kennt das nicht aus den eigenen Teamdiskussionen?): Fehlende Einsicht, mangelnde Motivation, Abwehrverhalten werden angeführt.

Die Patienten gaben andere Gründe an: Zweifel an der Kompetenz des Behandlers, Konfrontation mit den eigenen „Unzulänglichkeiten“, Konfrontation mit dem Ärger der Therapeuten. Es entwickelten sich sogar neue Unsicherheiten und Ängste betreffend der weiteren Therapie.

Beide Erklärungen wurden darauf untersucht, wer Recht hat. Kurz zusammengefasst: Die Patienten, die einen DROP-OUT hatten waren von ihren Therapeuten auch rechtzeitig erkannt worden - wurden aber mit der falschen Strategie behandelt. Mit ihnen wurde die mangelnde Motivation, bzw. die Psychodynamik ihres Handelns bearbeitet, nicht aber die so notwendigen Fragen von Therapievorbehalten oder Zeitproblemen geklärt. Die Patienten reagierten mit weiterem Rückzug und bekamen von den Therapeuten sogleich die Diagnose: Wachsende Therapieverweigerung.

Die Folge kann der Therapieabbruch sein. Nicht nur in dem Sinne, dass der Patient die Einrichtung verlässt, sondern auch dass der Therapeut von sich aus frustriert und „gekränkt“ wegen der mangelnden Einsichtsfähigkeit des Patienten die Behandlung aufkündigt.

Meine Erfahrungen mit meinen psychotherapeutisch tätigen Kollegen deuten auf genau diese Abfolgen hin. Nicht nur das, in den letzten Jahren habe ich weit mehr als 100 VDR – anerkannte Suchttherapeuten ausgebildet, die häufig zunächst nach diesem Muster reagierten: Bei „Widerstand“ in der Behandlung Skepsis gegenüber den Patienten und deren kritisierenswerten Personeneigenarten und mangelnde Fähigkeit, das Problemverhalten von der Person zu trennen. Das führte zu schon in der Vergangenheit der stationären Drogentherapie zu konfrontativen Behandlungsmethoden, obwohl schon Studien von Garland und Dougher 1991 oder Marshall et al, 1999 aufzeigten, dass Konfrontationsstrategien das Selbstbewusstsein und die Selbstwertschätzung des Patienten nicht erhöhen.

Wie können wir in der stationären Drogentherapie delinquente Patienten besser erreichen?

Es muss darum gehen, den Patienten zu befähigen nach der Entlassung ein befriedigendes Leben zu führen, so dass sich die Devianz als Ersatz erübrigt. Das setzt voraus, dass das Fokussieren des Therapeuten auf Probleme durch Ressourcenorientierung und Vermittlung zwischenmenschlicher Kompetenzen und alternative Handlungsstrategien ersetzt wird. In der Verhaltenstherapie gehört das Training sozialer Fertigkeiten zu den Kernelementen. Klassisch durchgeführt erinnert es eher an Coaching und Training des Patienten. Dabei spielen sachliche Beratung und Supervision des Patienten eine wesentliche Rolle. Für viele Therapeuten wird dieser Ansatz sicherlich sehr befremdlich klingen, nimmt doch eher der Therapeut an Supervision teil. Es könnte doch zu einer Rollendiffusion kommen.

Im Klartext heißt das auch, fort vom Machtgefälle des kompetenten Therapeuten hin zum Solidarpartner des Patienten. Damit soll nicht verschleiert werden, dass der Therapeut auch weiterhin über Verbleib, Behandlung und Sanktionierung des Patienten entscheiden wird. Er tut es aber mit maximaler Transparenz und Identifizierung eines gemeinsamen Zieles. Konfrontative Strategien – wie heute noch in der Drogentherapie üblich – sollten aus dem Vokabular verschwinden.

Wesentliche Erfolge werden heute dann nachgewiesen, wenn ein Baustein der Behandlung von delinquenten Patienten die therapeutische Vermittlung sozialer Fertigkeiten und Bindungskompetenzen war. Es darf, wie in der Suchtbehandlung erfolgreich durchgeführt, die Rückfallprävention nicht fehlen. Auch der delinquente Patient muss seine persönlichen Rückfallrisiken kennen und selbständig vermeiden lernen. Hier kann, wie im Maßregelvollzug eingeführt, die lange Nachbetreuung, ggfs in Form von Nachsorgeambulanz, von Bedeutung sein.

Resultat

Ich komme zum Schluss. Die stationäre Drogentherapie ist von besonderem Wert innerhalb der Bausteine der Suchtbehandlung. Als abstinenzorientierte Behandlung muss sie sich allen Anforderungen stellen, die Süchtige mit sich bringen. Sie darf sich allerdings aus ideologischen Gründen nicht der Erkenntnis verweigern, dass ihre Patienten zum überwiegenden Teil delinquent sind. Sie muss lernen, diese Herausforderung anzunehmen und Konzepte entsprechend anpassen.

Das deckt sich durchaus nicht mit den Interessen der Leistungsträger. Diese verkürzen weiterhin pauschal Behandlungszeiten und verändern Begrifflichkeiten wie „Behandlung“ in „Rehabilitation“ um Einfluss auf Inhalte zu bekommen. Die Hausnahme von Terminologien wie u.a. „psychotherapeutische Behandlung“ aus den Konzepten schafft Anlass, weitere Kosten zu reduzieren. All dieses wird nur kurzfristig und dann auch nur bei einem geringen Anteil der Drogenbehandlungen zu Erfolg führen.

Lassen Sie uns nicht vergessen, dass jeder Prozentpunkt, der im Ringen um den Therapieerfolg erreicht wird, den gesellschaftlichen Nutzen um ein vielfaches mehr. Und es geht auch um die Gesundheit der noch jungen Menschen.