

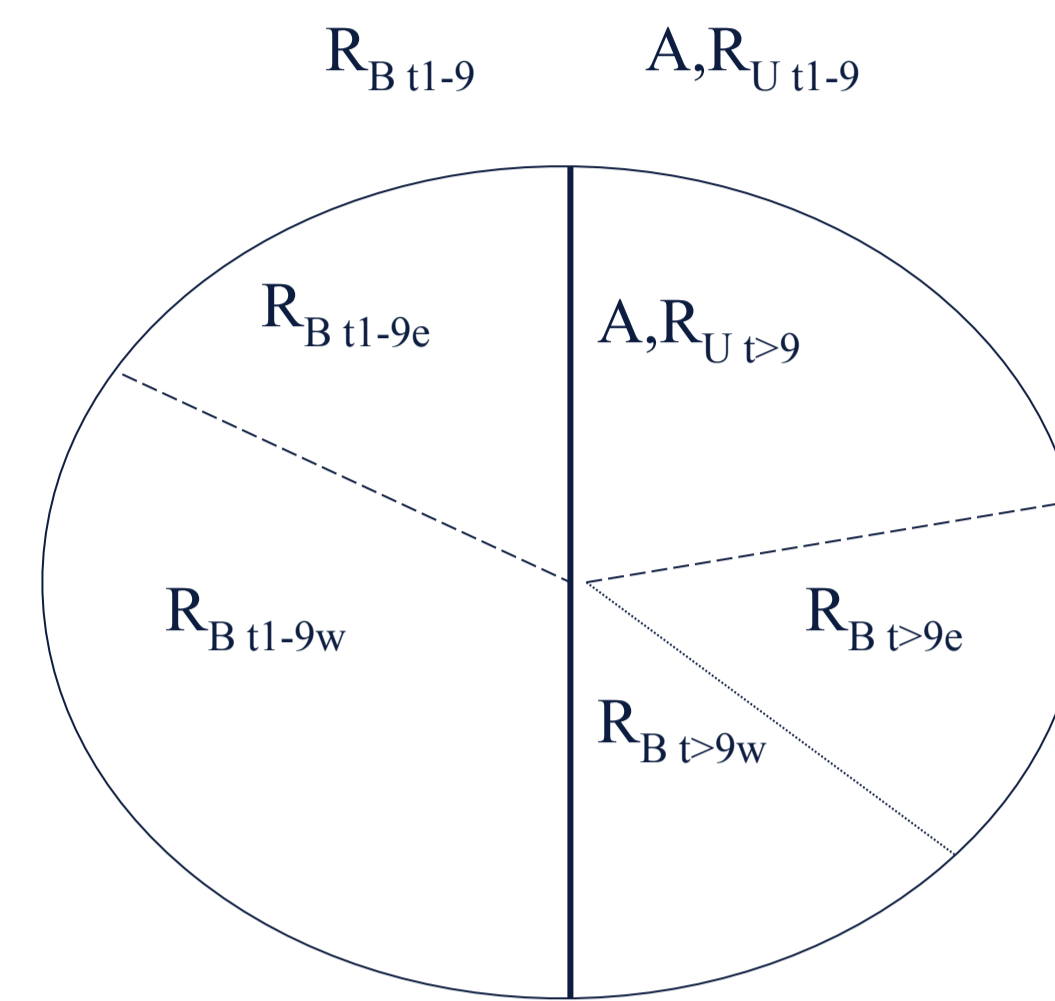
# Rückfallmanagement während stationärer Therapie Drogenabhängiger

Heinz C. Vollmer

salus Kliniken



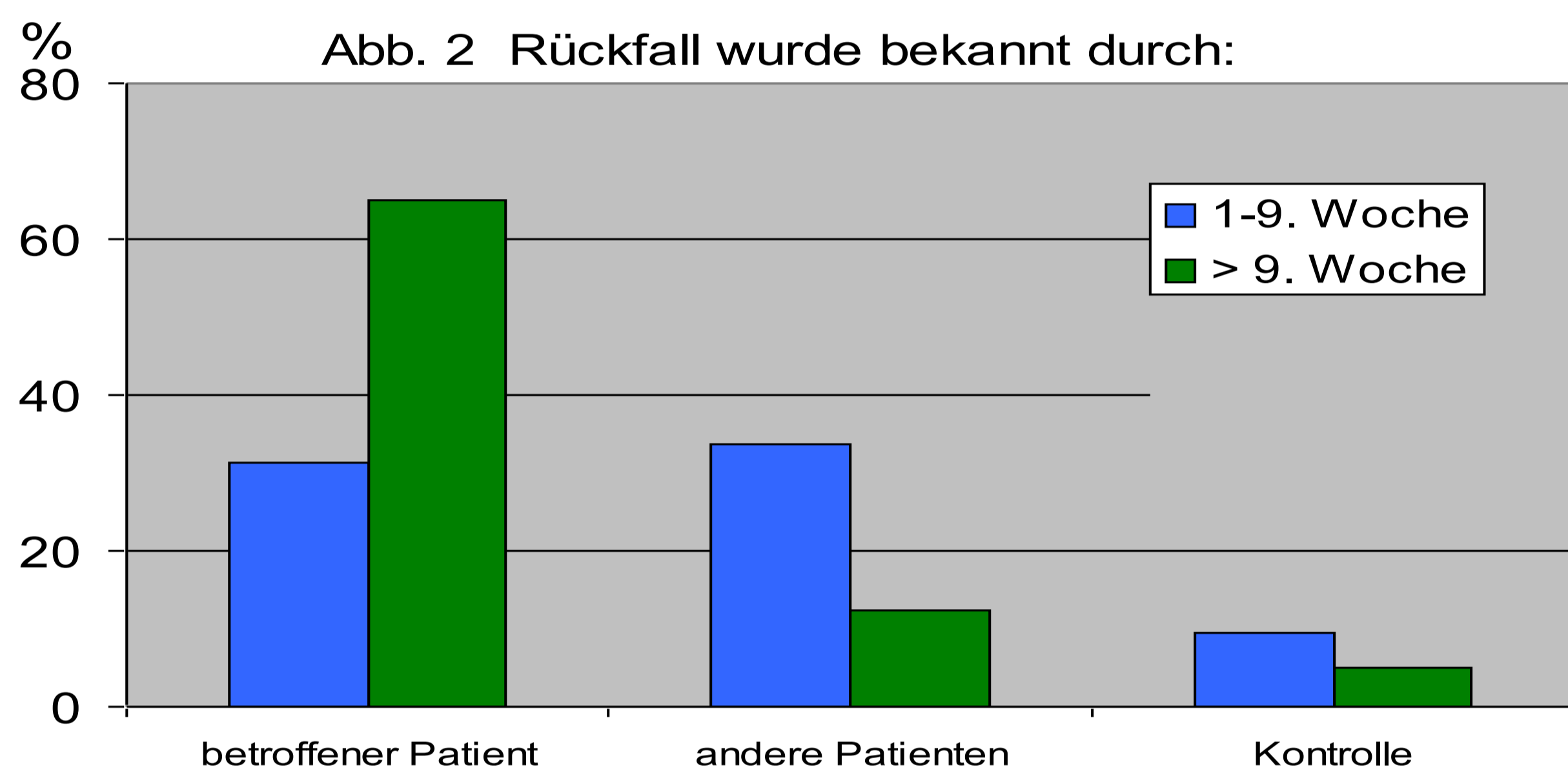
- Ziele** : Entwicklung eines evidenzbasierten Modells zum Rückfallmanagement und Verbesserung der therapeutischen Effizienz im Umgang mit Rückfällen während der Behandlung. Entwicklung einer prozess- und ergebnisorientierten Qualitätsmanagement-Strategie
- Methode** : Im Rahmen der normalen Versorgung (ohne Forschungsmittel) standardisierte Dokumentation sämtlicher bekannter Rückfälle während stationärer Behandlung im salus Therapiezentrum Friedberg durch die Einzeltherapeuten und bei allen regulären Therapie-Beendern die Erhebung von 3-Monatskatamnesen per Brief und/oder Interview und größtenteils durch Fremdkatamnesen. Rückfall ist definiert als mindestens einmaliger Gebrauch psychotroper Substanzen, außer Kaffee oder Tabak.
- Stichprobe:**
- 192 Drogenabhängige in stationärer Behandlung
  - DSM IV: 304.00: 65 %, 304.40: 3 %, 304.80: 32 %
  - Alter: 29 (SD = 6,9)
  - 18,8 % weiblich
  - Abhängigkeit von Opioiden, Amphetaminen oder Kokain seit: 7,6 Jahren (SD 5.1)
  - Gerichtliche Therapieaufgabe: 59.5 %
  - Übernahme aus stationärer Entgiftung: 43,2 %, aus JVA: 35,9 %



RB t1-9 : erster bekannter Rückfall in den ersten 9 Wochen der Therapie,  
 RB t1-9e : und vorzeitige Entlassung,  
 RB t1-9w : und Weiterbehandlung  
 A, RU t1-9 : abstinent oder unbekannter Rückfall in den ersten 9 Wochen,  
 A, RU t>9 : abstinent oder unbekannter Rückfall während der gesamten Therapie,  
 RB t>9e : erster bekannter Rückfall nach der 9. Therapiwoche und Entlassung,

## Rückfallhäufigkeit in Relation zur Gesamtstichprobe

43 % der Patienten wurden innerhalb der ersten 9 Wochen ( $t_{1-9}$ ) rückfällig (Abb.1). Mit 69,9 % wurde die Behandlung fortgeführt ( $R_{B t1-9w}$ ). Nach der 9. Woche ( $t_{>9}$ ) kam es bei 38,5 % der Patienten zu einem Rückfall und 85 % wurden weiter behandelt ( $R_{B t>9w}$ ). Die Rückfälle wurden in der Regel bekannt durch die Patienten selbst und nur selten durch zufallsverteilte Kontrollen (Abb. 2).



Gesamtstichprobe ( $G = R_B, R_U, A$ ):

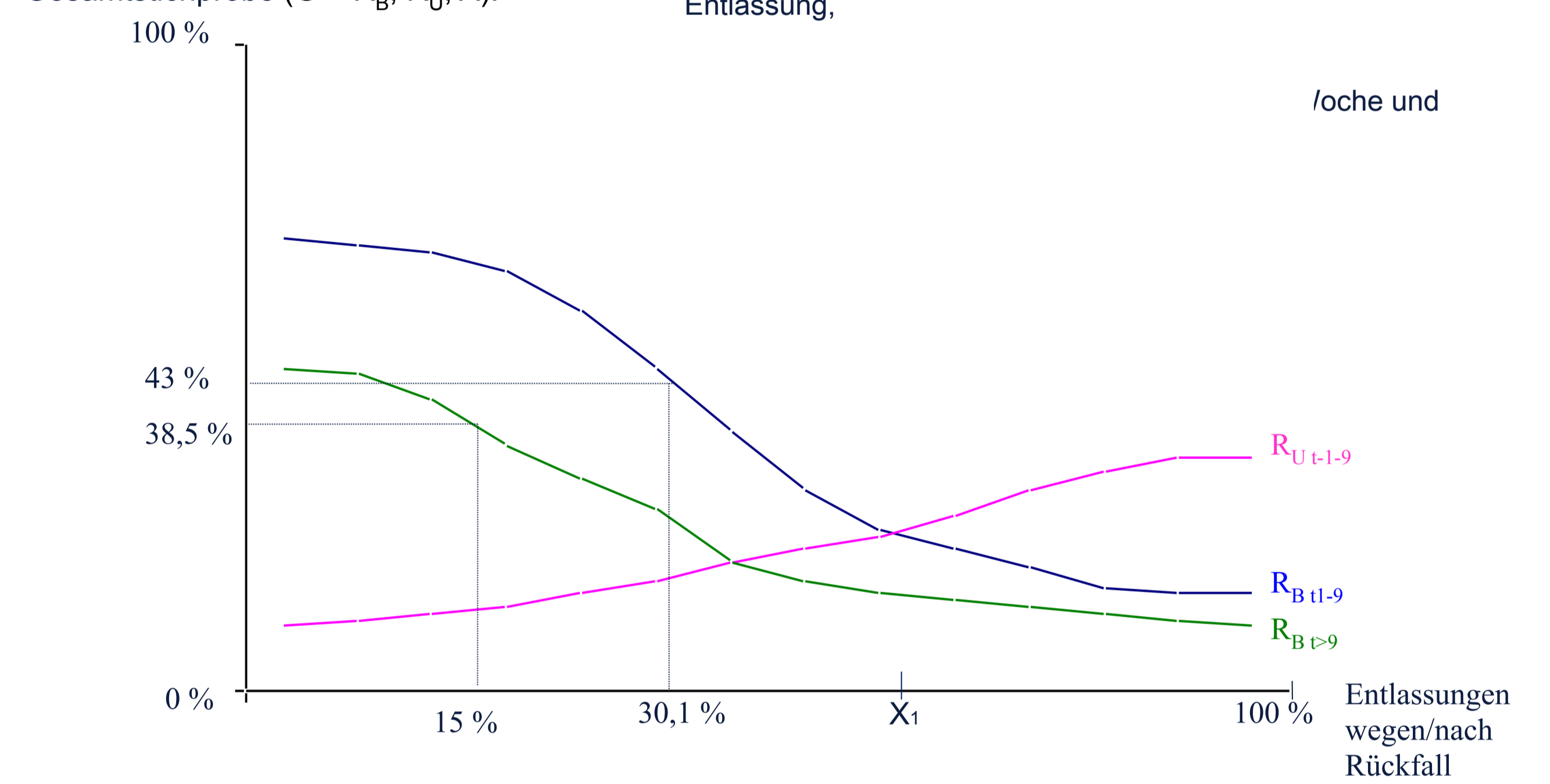
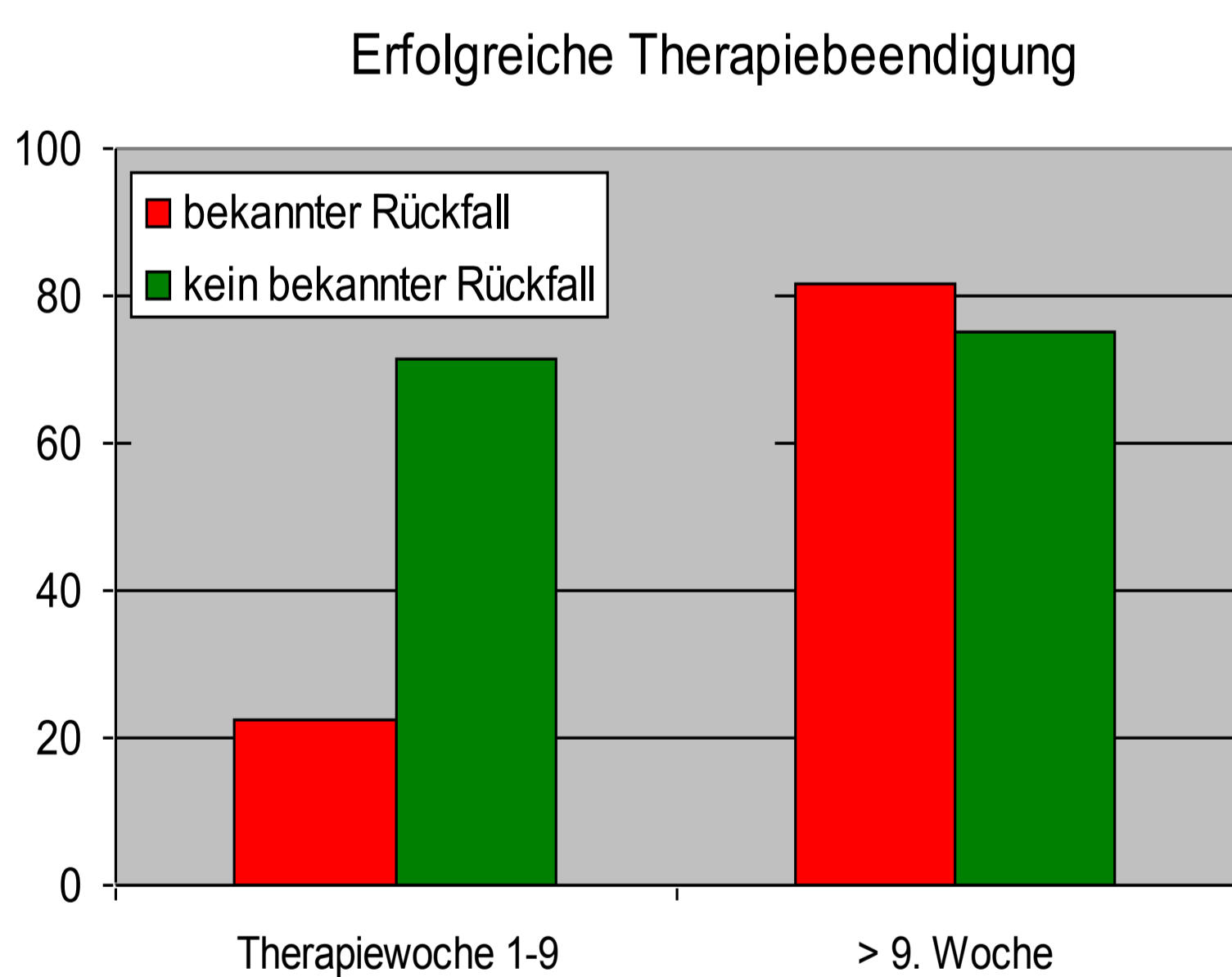


Abb. 1 Rückfallhäufigkeit = f(Entlassungsstrategie)

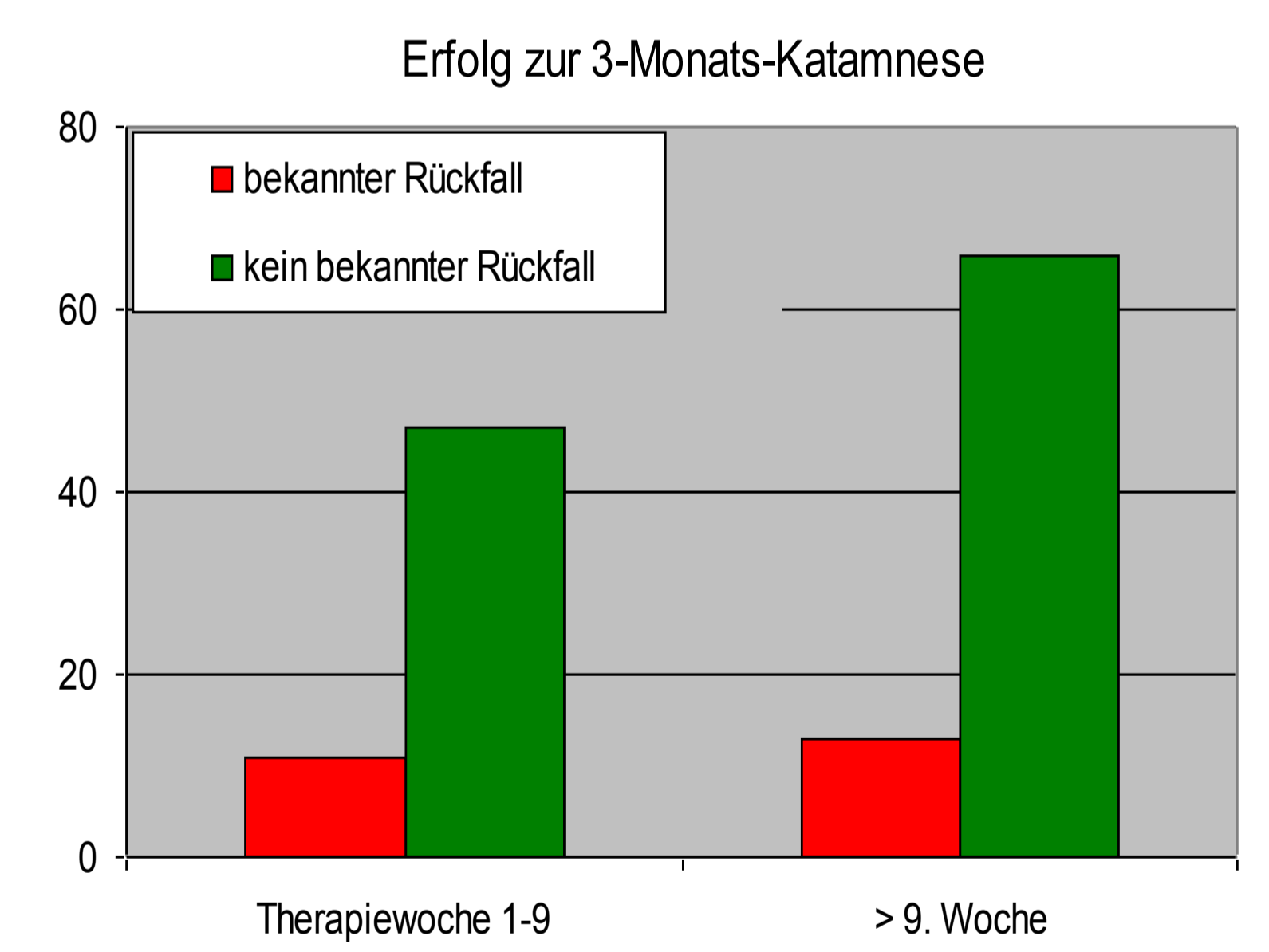
Sämtliche Rückfälle in den ersten 9 Wochen =  $R_{B t1-9} + R_{U t1-9}$

$X_1$  = optimale Entlassungsstrategie

## Behandlungsergebnis

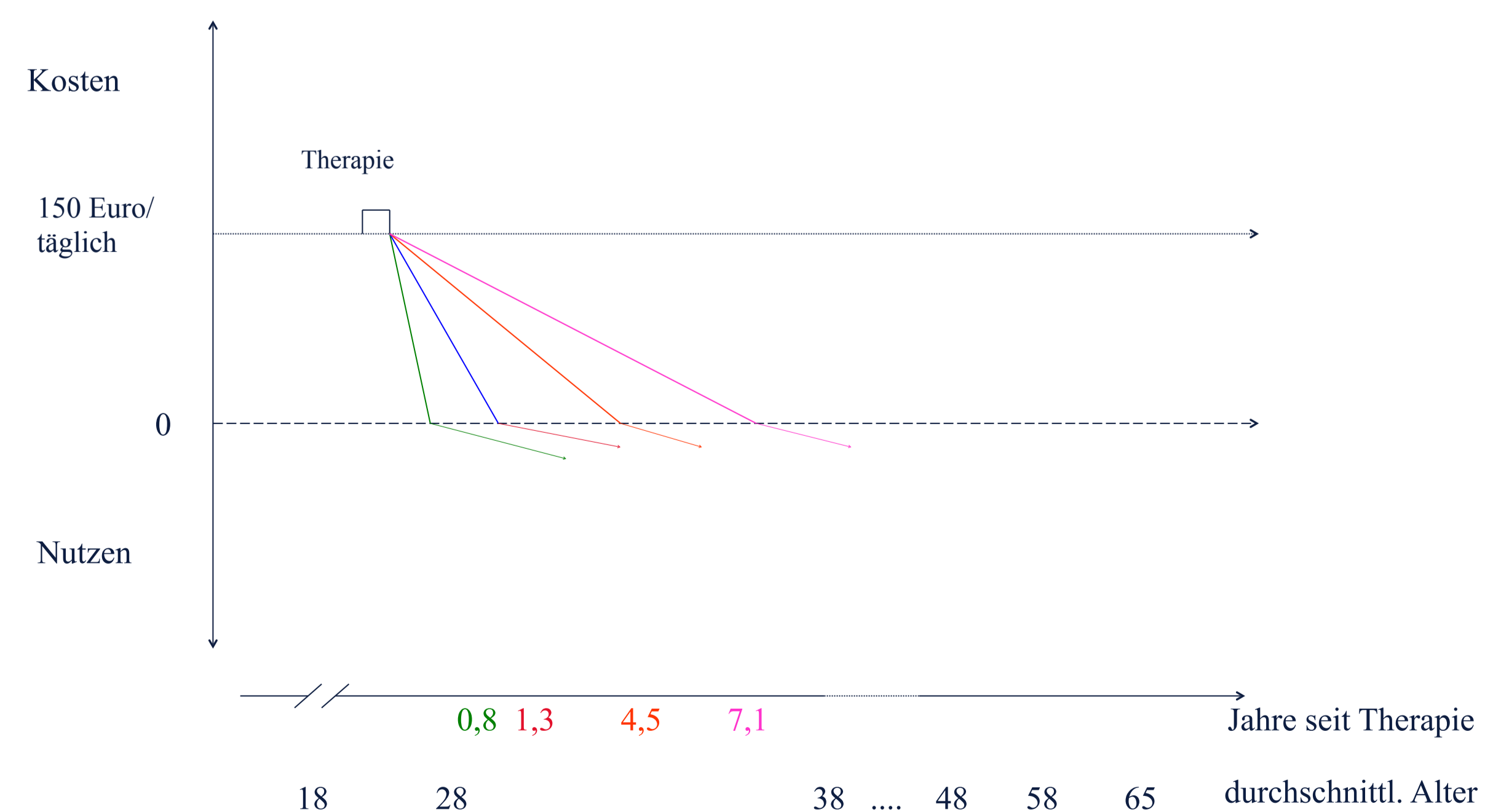


Abstinenten Patienten und unbekannt Rückfälligen ( $(A, R_U)_{t1-9}$ ) der ersten 9 Wochen waren signifikant häufiger erfolgreich bei Abschluss der Behandlung ( $p$ ) und zur 3-Monats-Katamnese ( $p$ ) als die bekannt Rückfälligen, die nach Rückfall weiterbehandelt wurden ( $R_{B t1-9w}$ ). Bei den Rückfälligen nach der 9. Woche gab es keine Unterschiede zum Therapieende ( $E_1$ ), aber einen signifikanten Unterschied zur 3-Monatskatamnese (Abb. 3). Nur 13 % der bekannt Rückfälligen ( $R_{B t>9w}$ ) waren 3 Monate nach Therapieende erfolgreich. Die Behandlungsergebnisse korrelierten nicht mit Rückfallmerkmalen wie harte Drogen vs. Alkohol, Rückfall in der Klinik vs. außerhalb etc..



## Kosten-Nutzen Schnittpunkt (break-even-point):

Für die Patienten, die während der gesamten Therapie abstinent lebten oder unbekannt rückfällig waren, wird ein volkswirtschaftlicher Nutzen spätestens nach 0,8 Jahren erreicht. Die Berechnung erfolgte nach Katamnesestandard DGSS 4, so daß der wahre Wert etwas niedriger liegen wird. Bei den Patienten, die in den ersten 9 Wochen rückfällig wurden, liegt der Kosten-Nutzen-Schnittpunkt im ungünstigsten Fall bei 7,1 Jahren (im günstigsten Fall wahrscheinlich bei ca. 6 Jahren).



## Fazit:

**Therapeutisch:** Eine verstärkte Prävention von Rückfällen während der Therapie kann die Erfolgsquote verbessern. Für rückfällige Patienten sind verbesserte Strategien der Rückfallbearbeitung notwendig. Nur 30 % der frühen und 15 % der späten Rückfälliger zu entlassen, ist zu niedrig angesetzt. Ob eine Weiterbehandlung möglich ist kann nur individuell entschieden werden, objektive, allgemeingültige Kriterien sind unbekannt.

**Qualitätsmanagement:** Eine empirische Prüfung obiger hypothetischer Funktionen (Abb. 1) und die Bestimmung der optimalen Quote von Weiterbehandlungen nach Rückfall wären durch weitere Studien im Rahmen der normalen Versorgung möglich. Unbekannte, wahrscheinlich konstante Größen (z.B. Erfolgsquote der vorzeitigen Beender) könnten durch lediglich zwei Forschungsstudien ermittelt werden und würden die Validität obiger und zukünftiger Ergebnisse verbessern. Für therapeutische Entscheidungen wären Schwellwerte für therapeutische Effektivität und volkswirtschaftlichen Nutzen, in Relation zum therapeutischen und finanziellen Aufwand, zu bestimmen.