

# Offene Türen in der Akutbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen

Marc Vogel<sup>a</sup>, Benedikt Habermeyer<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

<sup>b</sup> Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrische Dienste Aargau, Brugg, Schweiz

## Summary

### Open doors in the acute treatment of substance dependence

The concept of “open doors” in in-patient psychiatry has fortunately increased in relevance in German-speaking regions in recent years. Although there is only little evidence supporting treatment in closed wards, this approach is often pursued in the management of substance dependence as to avoid relapse or treatment discontinuation.

Based on current literature, however, it cannot be deduced that this restrictive approach benefits patients or the course of treatment. There are even indications that closed treatment might be associated with negative effects. Although study results remain unsatisfactory and methodologically clean studies are urgently required, this context does not justify continuing the treatment of substance dependence in a closed setting.

Key words: addiction; substance dependence; alcohol; opiates; cocaine; compulsion



## Einleitung

In der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum hat sich in den letzten Jahren eine intensive Debatte um die Behandlung auf offenen statt auf geschlossenen Stationen entwickelt [1, 2]. Worum geht es dabei? Befürworter einer offenen Psychiatrie machen geltend, dass es an Evidenz für die Vorteile einer geschlossenen Behandlung fehle. Eine offene Behandlung gehe hingegen mit einer Verminderung von Zwangsmassnahmen ohne Anstieg von Suiziden oder Entweichungen einher und sei somit sowohl aus medizinischen wie ethischen Beweggründen anzubieten [3]. So forderte unter anderem die Zentrale Ethikkommission der deutschen Bundesärztekammer die Einführung einer «offene Türen»-Politik in Psychiatrischen Kliniken als eine Massnahme zur Reduktion von Zwangsmassnahmen [4]. Offene Türen könnten sich auch im Hinblick auf eine anzustrebende Entstigmatisierung der Psychiatrie als hilfreich erweisen.

In der Regel geht es in der Debatte um gemeinpsychiatrische Abteilungen, weniger im Vordergrund stehen auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisierte

Stationen. Für diese gilt jedoch ebenfalls, dass Entzüge sowie die Behandlung von Patienten mit begleitenden komorbiden psychischen Störungen («Dualdiagnosen») häufig in geschlossenem Rahmen erfolgen [5]. So ist auch der Diskurs über geschlossene Abteilungen in der Therapie der Sucht keineswegs neu. Im 19. Jahrhundert nahm man an, dass eine geschlossene Behandlung in spezialisierten Institutionen, z.B. in den sogenannten «Trinkerasylen», notwendig sei [6]. Die erste solche Institution in der Schweiz, die «Pilgerhütte» in Riehen, wurde 1855 gegründet. Auf der anderen Seite kam eine erste systematische Studie schon 1928 zum Schluss, dass zumindest Opiatentzüge ebenso effektiv im offenen wie im geschlossenen Rahmen erfolgen können [7]. In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts kritisierte Gorm Grimm [8] die stationäre Suchtbehandlung: «Den Patienten werden in den betreffenden Therapie-Einrichtungen nahezu alle bürgerlichen Rechte mit unglaublicher Selbstverständlichkeit entzogen; ein Gefängnisinsasse geniesst weit mehr Rechte und Freiheiten.» Aber auch heute noch trifft man nicht selten eine kustodiale und paternalistische Haltung in der Abhängigkeitsbehandlung an. In diesem Artikel soll die Frage nach den Evidenzen von offener Tür oder geschlossenen Massnahmen aus der Perspektive der Abhängigkeitserkrankungen aufgeworfen und anschliessend diskutiert werden.

## Stationäre Therapie von Abhängigkeitserkrankungen

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen erfolgt heute üblicherweise in mehreren Phasen. Zu Beginn steht meist der Substanzentzug, der nach den geltenden Leitlinien zumindest für alkoholabhängige Patienten in Form der sogenannten qualifizierten Entzugsbehandlung in der Regel im stationären Setting erfolgen sollte [9]. Diese beinhaltet neben der medikamentösen Behandlung der Entzugssymptomatik auch somatische und psychologische Diagnostik, sowie psychosoziale und motivationsfördernde Interventionen. An die akute Phase schliesst sich idealerweise eine

Postakutbehandlung an, die sowohl im (teil-)stationären als auch im ambulanten Rahmen erfolgen kann, beispielsweise als Entwöhnungs- oder Rehabilitationsbehandlung, Psychotherapie oder medikamentöse Rückfallprophylaxe. Hier steht u.a. das Erlernen eines substanzfreien Lebensstils, des Umgangs mit dem Substanzverlangen, oder der Vermeidung von cravingauslösenden Situationen im Vordergrund.

Während der geschilderte Ablauf typisch für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist, stehen für andere Substanzen Alternativen zur Verfügung. So ist bei der Opioidabhängigkeit das Ziel der Akutbehandlung in der Regel der Beginn einer opioidgestützten Behandlung und ggf. die Entgiftung von nichtverordneten Substanzen [10]. Der Opioidentzug wurde mittlerweile als Behandlung der ersten Wahl von der opioidgestützten Behandlung abgelöst. Wird er dennoch durchgeführt, so erfolgt er häufig über einen längeren Zeitraum im ambulanten Setting. Die ambulante Behandlung ist auch bei anderen Substanzen wie z.B. Cannabis oder Kokain in der Regel Mittel der ersten Wahl, allerdings kann bei Vorliegen einer schweren Ausprägung oder von Komorbiditäten ein stationärer Aufenthalt notwendig sein.

### **In Bezug auf die Begleitphänomene existieren in der Schweiz und in Deutschland bedeutende regionale Unterschiede zwischen verschiedenen Kliniken.**

Häufig sind es aber schwere Intoxikationen, damit verbundene Verhaltensauffälligkeiten oder somatische oder psychische Komplikationen, die zu einem stationären Aufenthalt führen. Hier sind insbesondere auch psychische Komorbiditäten (sog. Doppeldiagnosen) wie affektive Störungen, substanzinduzierte oder endogene Psychosen oder posttraumatische Belastungsstörungen zu erwähnen. Liegt eine Selbst- oder Fremdgefährdung vor, so erfolgt die stationäre Einweisung allenfalls auch per Fürsorgerischer Unterbringung (FU). In Bezug auf diese Begleitphänomene existieren in der Schweiz und in Deutschland bedeutende regionale Unterschiede zwischen verschiedenen Kliniken. Teilweise werden auch selbst- oder fremdgefährdende substanzabhängige Patienten mit FU, Patienten mit schweren Intoxikationen oder solche mit im Vordergrund stehenden substanzinduzierten Psychosen im Suchtbereich behandelt (wie z.B. in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel). In anderen Kliniken erfolgt die Behandlung dieser Patienten jedoch auf zumeist geschlossen geführten allgemeinpsychiatrischen Abteilungen, und die Verlegung auf eine, offen oder geschlossen geführte, suchtspezifi-

sche Abteilung wird erst nach Abklingen der zum Eintritt führenden Symptomatik erwogen.

So werden also in manchen Kliniken die Suchtabteilungen zwar offen geführt, jedoch ein erheblicher Teil gerade der schwerer betroffenen Patienten zumindest in der Akutphase trotz bestehender Abhängigkeitserkrankung auf geschlossenen allgemeinpsychiatrischen Abteilungen behandelt. Evidenz zu dieser Fragestellung findet sich in der Literatur nicht, somit ist es von regionalen Gegebenheiten und Vorlieben abhängig, wie die Behandlung organisiert ist.

Unabhängig vom Tür-Status bestehen zumindest in den ersten Behandlungswochen oft strenge Ausgangsregelungen. Verstöße gegen diese Regelungen oder Konsumvorfälle (festgestellt z.B. mittels unangekündigter Urinproben) führen zu einem Behandlungsabbruch. Dass ein Krankheitssymptom (Substanzkonsum) somit zum Abbruch der Therapie seitens der Behandler führt, ist ein im Bereich der Medizin sonst wohl nur selten anzutreffendes Paradoxon.

### **Evidenz zu offenen und geschlossenen Abteilungen aus der Allgemeinpsychiatrie**

Der geschlossenen Behandlung liegen neben einer gewissen Tradition diverse Befürchtungen zugrunde, z.B. dass selbst- oder fremdgefährdende Patienten von der Abteilung flüchten, und dass psychoaktive Substanzen oder unerwünschte Personen auf die Abteilung gelangen könnten [11–13]. Daneben wird oft davon ausgegangen, dass die Kontrolle durch das Personal auf geschlossenen Stationen höher sei [14]. Besonders in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind Bedenken in Bezug auf vermehrten Substanzkonsum und Therapieabbrüche zu erwähnen. Andererseits bestehen auch eine Reihe potentieller Nachteile. So ist die Patientenzufriedenheit auf geschlossenen allgemeinpsychiatrischen Akutabteilungen geringer [15], das Aggressionsniveau liegt gerade bei Überbelegung und einer Konzentrierung von Akutpatienten höher, und Zwangsmassnahmen sind häufiger [16, 17].

Nichtsdestotrotz beschäftigen sich wissenschaftliche Studien kaum mit der Fragestellung, ob eine offene oder geschlossene Behandlung in Bezug auf die genannten Argumente bei Abhängigkeitserkrankungen mehr oder weniger wirksam ist. So stammt die verfügbare Evidenz beinahe ausschliesslich aus Untersuchungen auf der Ebene von Gesamtkliniken oder von allgemeinpsychiatrischen Abteilungen. Eine Studie, die über 300 000 Patienten eines deutschen Klinikverbundes über einen Zeitraum von 15 Jahren

einschloss, zeigte, dass Kliniken mit ausschliesslich offenen Abteilungen sich in Bezug auf die Häufigkeit von Suiziden, Suizidversuchen, Entweichungen sowie Aggression und Gewalt nicht von solchen mit geschlossenen Stationen unterschieden [18, 19]. Allerdings wurden Zwangsmassnahmen in den offenen Kliniken wesentlich seltener angewandt [19]. Auf Abteilungsebene konnte gezeigt werden, dass eine Öffnung von zuvor geschlossenen allgemeinspsychiatrischen Abteilungen zu einer Abnahme der Isolationen und Zwangsmedikationen und einer Verbesserung der Abteilungsatmosphäre aus Sicht des Personals führt [20, 21]. Hier scheint sich insbesondere die subjektiv vom Personal erlebte Sicherheit zu verbessern [22]. Auch andere Studien fanden eine bessere Stationsatmosphäre auf offenen Abteilungen.

### **Evidenz zu offenen und geschlossenen Abteilungen und Substanzkonsum**

Substanzkonsum während der Behandlung wird in den verfügbaren Studien zum Türöffnungsstatus nur selten untersucht, obwohl eine Verringerung des Substanzkonsums von Seiten der Behandler oft als Grund für die Umwandlung einer offenen in eine geschlossene Abteilung genannt wird. In einer schwedischen Studie waren knapp 30% der befragten Stationsleitungen der Meinung, mit einer Schliessung den Substanzkonsum zu vermindern [5]. Entsprechend waren in der gleichen Studie auch 86% der auf substanzgebundene Störungen spezialisierten Abteilungen geschlossen. Diese Zahl stieg sogar auf 100%, wenn fürsorgerisch untergebrachte Patienten auf der Abteilung behandelt wurden.

Lediglich eine Studie ging der Frage nach, ob Türstatus (offen, teiloffen, geschlossen), Massnahmen zur Sicherung der Ausgänge oder die eingesetzten Suchtmittelscreenings mit dem Substanzkonsum der hospitalisierten Patienten assoziiert sind [23]. Zu diesem Zweck wurden Daten von 136 allgemeinspsychiatrischen Abteilungen in Grossbritannien erhoben. Es fanden sich jedoch keine signifikanten Zusammenhänge, insbesondere keine geringeren Raten von Substanzkonsum auf geschlossenen Abteilungen. Sogar für eine so drastische Massnahme wie den Einsatz von Drogenspürhunden war keine Abnahme des Substanzkonsums nachzuweisen, sondern eine Zunahme des Alkoholkonsums auf den betreffenden Stationen, vermutlich weil Patienten hierauf auswichen.

Auf der anderen Seite ist durchaus plausibel, dass eine Behandlung auf geschlossenen Abteilungen eher mit häufigerem Substanzkonsum als auf offenen Abteilungen verbunden sein könnte. So ist gesichert, dass eine

Behandlung auf geschlossenen Stationen zu einem Anstieg von negativen Affekten und Stresserleben führt [24]. Für beide Faktoren besteht aber durch das Auslösen von Craving [25] und Rückfällen ein Zusammenhang nicht nur mit der Entwicklung von Substanzabhängigkeit [26], sondern auch für deren Aufrechterhaltung [27]. Vor allem für Doppeldiagnosepatienten ist bekannt, dass der Substanzkonsum häufig im stationären Rahmen fortgeführt wird [28].

### **Evidenz zu offenen und geschlossenen Abteilungen in der Abhängigkeitsbehandlung**

In einer Studie der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel wurde die fakultative Öffnung der zuvor geschlossen geführten Akutabteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Dualdiagnosen wissenschaftlich evaluiert [29]. Dabei wurden jeweils dreimonatige Perioden unmittelbar vor (Periode 1), unmittelbar nach (Periode 2) und 9 Monate nach (Periode 3) der Änderung der Türpolitik miteinander verglichen. Abgesehen von der fakultativen Öffnungsmöglichkeit wurden keine konzeptuellen Änderungen in dieser Zeit umgesetzt. Die Abteilung war in Periode 2 an 84% und in Periode 3 an 86% der Tage geöffnet.

### **Es gibt Hinweise darauf, dass sich die mit der Öffnung einhergehenden Veränderungsprozesse, insbesondere bzgl. der therapeutischen Haltung, über längere Zeit entwickeln.**

Obwohl das Risiko, während der Behandlung Zwangsmassnahmen ausgesetzt zu sein, bereits vor der Öffnung vergleichsweise gering war, sank es in Periode 2 um 56% und in Periode 3 um 85%. Auch fand die Studie mögliche Hinweise, dass Patienten häufiger freiwillig auf die geöffnete Station eintraten oder sich zu einer Fortsetzung eines unfreiwillig begonnenen Aufenthaltes entschlossen, als dies auf der geschlossenen Station der Fall gewesen war. So sank das Risiko, mit einer laufenden fürsorgerischen Unterbringung hospitalisiert zu sein, um 20% respektive 67% in Periode 2 und 3, was möglicherweise mit einer höheren Bereitschaft der Patienten, sich auf die Behandlung auf einer offenen Abteilung einzulassen, zusammenhängen könnte. Die Autoren weisen darauf hin, dass eine Zuweisung oder Verlegung auf andere, geschlossene, Abteilungen innerhalb der Klinik nicht möglich war. Es gibt keine andere Klinik im Kanton, welche psychiatrische Patienten mit FU aufnimmt, weshalb ein Selektionseffekt ausgeschlossen werden konnte. Die Austrittsmodalitäten, also *Therapieabbrüche durch*

*Patienten oder Personal versus Austritt in beiderseitigem Einvernehmen*, unterschieden sich dabei nicht signifikant zwischen offener und geschlossenen Perioden. Auch die Zahl der mit randomisierten Urinproben oder im normalen Stationsablauf festgestellten Substanzkonsumereignisse unterschied sich nicht signifikant zwischen den untersuchten Zeiträumen. Das Gleiche gilt für die Zahl der aggressiven Vorkommnisse. Die Stationsatmosphäre aus Sicht des Personals zeigte eine – wenngleich bei kleiner Fallzahl nicht signifikante – Tendenz zu einer Verbesserung insbesondere im Faktor Sicherheitserleben. Die deutlichere Ausprägung der Veränderungen in der späteren Periode könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich die mit der Öffnung einhergehenden Veränderungsprozesse, insbesondere bzgl. der therapeutischen Haltung, über längere Zeit entwickeln.

## Schlussfolgerungen

Für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen müssen dieselben hohen Anforderungen an die Verhältnismässigkeit von Eingriffen in die Patientenautonomie (dazu zählt auch die geschlossene Behandlung) gelten, wie bei allen anderen psychiatrischen Störungen. Ein solcher Eingriff liesse sich allenfalls rechtfertigen, wenn das Therapieziel nur auf diesem Weg sichergestellt werden könnte, durch diesen Eingriff keine negativen Auswirkungen zu befürchten wären, oder es durch das Unterlassen dieses Eingriffs mit hoher Sicherheit sogar zu negativen Auswirkungen für die Betroffenen kommen könnte.

Wie oben dargestellt lässt sich aber zur Zeit keine Evidenz für die Notwendigkeit einer geschlossenen Behandlung stoffgebundener Abhängigkeiten im Vergleich zu einer offenen Behandlung nachweisen, da die wesentlichen therapeutischen Ziele sich sowohl

im offenen als auch im geschlossenen Rahmen erreichen lassen. Gleichzeitig gibt es klare Hinweise darauf, dass eine überwiegend offene Behandlung mit einem Rückgang von Zwangsmassnahmen ohne einen Anstieg der Konsumereignisse verbunden ist. Auch wenn methodisch hochwertige klinische Studien noch fehlen, um eine Verbesserung der Stationsatmosphäre, eine Verminderung aggressiver Vorkommnisse oder sogar eine Verbesserung des langfristigen Therapieoutcomes im offenen Rahmen zu belegen, gibt es also keinen Hinweis auf eine Überlegenheit des geschlossenen Settings und durchaus Anzeichen für negative Effekte dieses Ansatzes.

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen wird oftmals durch lange und wechselhafte Verläufe geprägt und nur selten lässt sich dabei genau zuordnen, welche Faktoren schliesslich zu einer Besserung oder Stabilisierung beitragen. Es wäre vermessen anzunehmen, dass positive Veränderungen ausschliesslich auf medizinische Interventionen zurückzuführen sind, zumal es auch Verläufe gibt, in denen es sogar ohne jede Teilnahme an einem Therapieprogramm zu anhaltenden Remissionen kommt [30, 31]. Vor diesem Hintergrund muss also auch das Argument, dass nur durch die Sicherstellung der Therapieteilnahme negative Konsequenzen abgewendet werden können, kritisch hinterfragt werden. Dieser Ansatz scheint zumindest nicht für alle Patienten zuzutreffen und es ist zum jetzigen Zeitpunkt kaum möglich vorherzusagen, wer überhaupt von einem restriktiven Ansatz profitieren würde.

### Funding / potential competing interests

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

### References

The full list of references can be found in the online version of this article: 10.4414/sanp.2018.00597

---

Korrespondenz:  
Marc Vogel, MScPH  
Universitäre Psychiatrische  
Kliniken Basel  
Zentrum für Abhängigkeits-  
erkrankungen  
Wilhelm Klein-Strasse 27  
CH-4002 Basel  
Marc.Vogel[at]upkbs.ch