

Stationäre Entwöhnungsbehandlung - Königsweg oder Anachronismus in der Suchtbehandlung?

Festvortrag

**Jubiläum „100 Jahre Hansenbarg“ am
27.08.2010**

Dr. Johannes Lindenmeyer

salus klinik Lindow

salus klinik Lindow

Psychosomatik (72 Betten):
Angst- und Zwangsstörungen
Depression
Essstörungen
Somatoforme Störungen
Persönlichkeitsstörung
Schädlicher Alkoholkonsum
Pathologisches Glücksspiel

Überregionale
Suchtpräventions-
fachstelle
Qualifizierung
Glücksspiel

Ambulanz Berlin
Glücksspiel-Sucht e.V.



Beratungsstellen
Werder, Brandenburg,
Teltow, Belzig

Ausbildungsinstitut SIV

Suchtabteilung (181 Betten):
Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
Nikotinabhängigkeit
Essstörungen und Sucht
Pathologisches Glücksspiel

Gewaltige Fortschritte der Suchtforschung

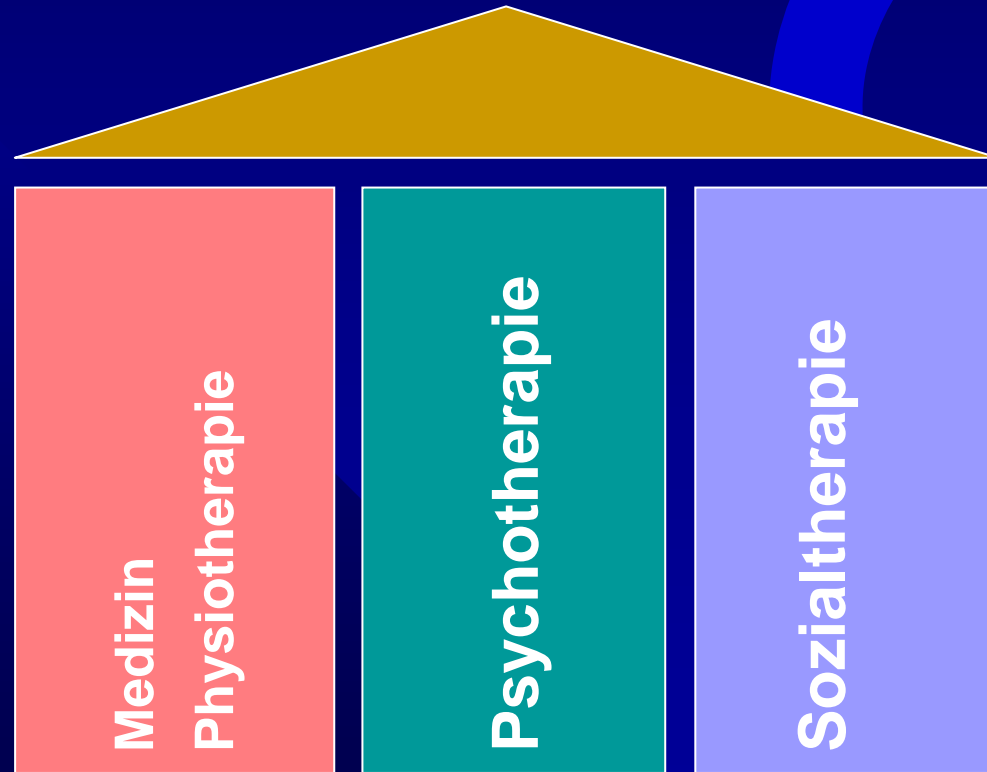
- **Anticravingsubstanzen**
- **Evidenzbasierte Behandlungskonzepte**
- **Neurobiologisches Suchtverständnis**
- **Genetisches Suchtverständnis**

Stagnation der Suchtbehandlung

- Mehrheit der Behandelten wird unverändert rückfällig
- Mehrheit der Betroffenen wird nicht erreicht



Interdisziplinärer Ansatz

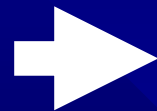


Historische Entwicklung der Entwöhnungsbehandlung

bis 1983

**standardisierte
Behandlung**

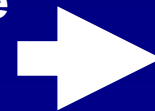
6 Monate
geschlossene Gruppe
Standardbehandlung



ab 1984

**individualisierte
Behandlung**

8-26 Wochen
offene Gruppen
indikative Gruppen



ab 1996

**vernetzte
Behandlung**

4-16 Wochen
offene Gruppen
indikative Gruppen
Einzeltherapie
Kombinationsbehandlung

1.

**Motivation fällt nicht vom
Himmel**

-

**Motivationspsychologische
Niederschwelligkeit**

Gestörte Trinkkultur



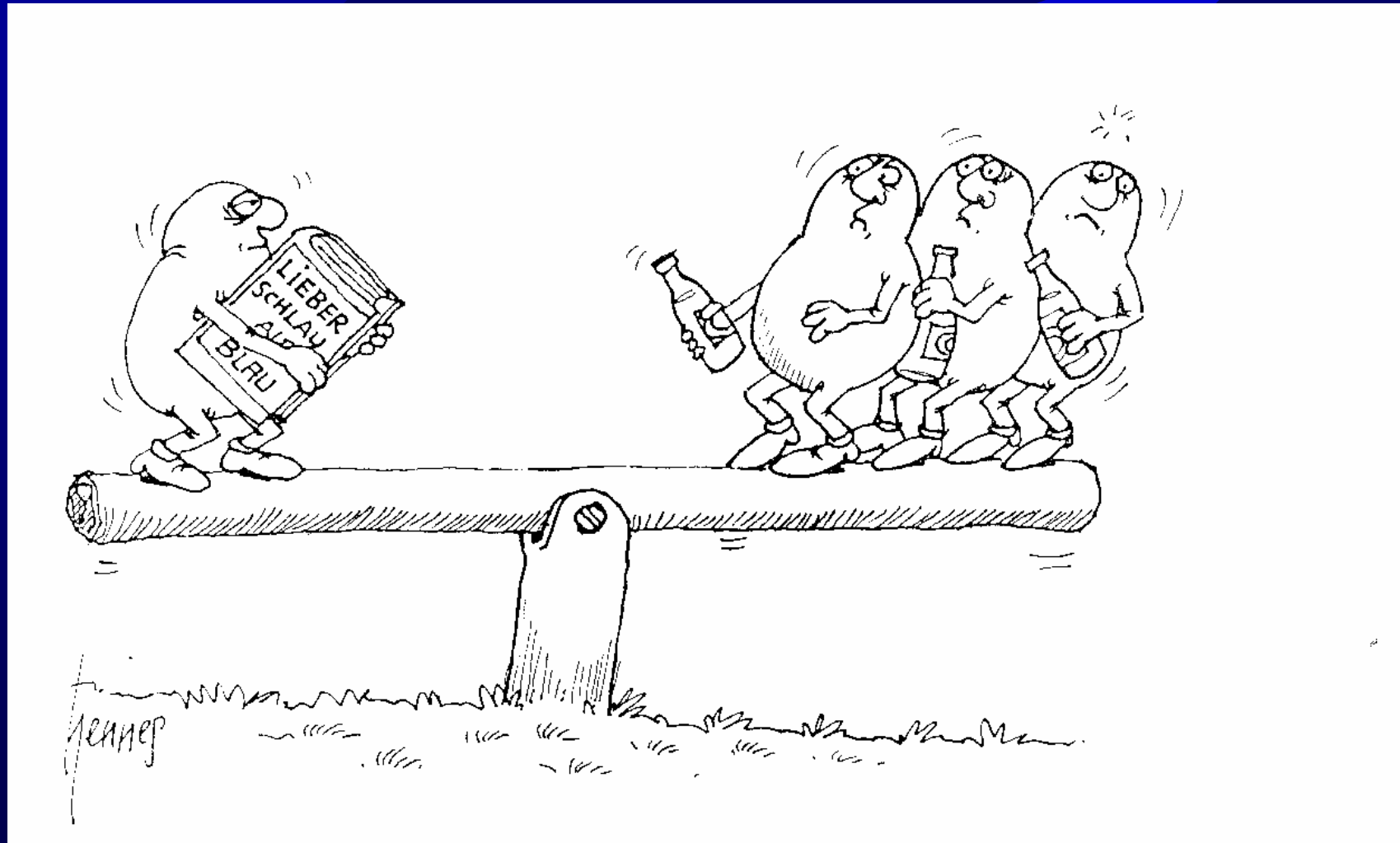
Pathologisierung der Biografie

Alkohol gehört dazu

Wozu?



Abstinenz als Teilhabeverlust



Motivierungsstrategien

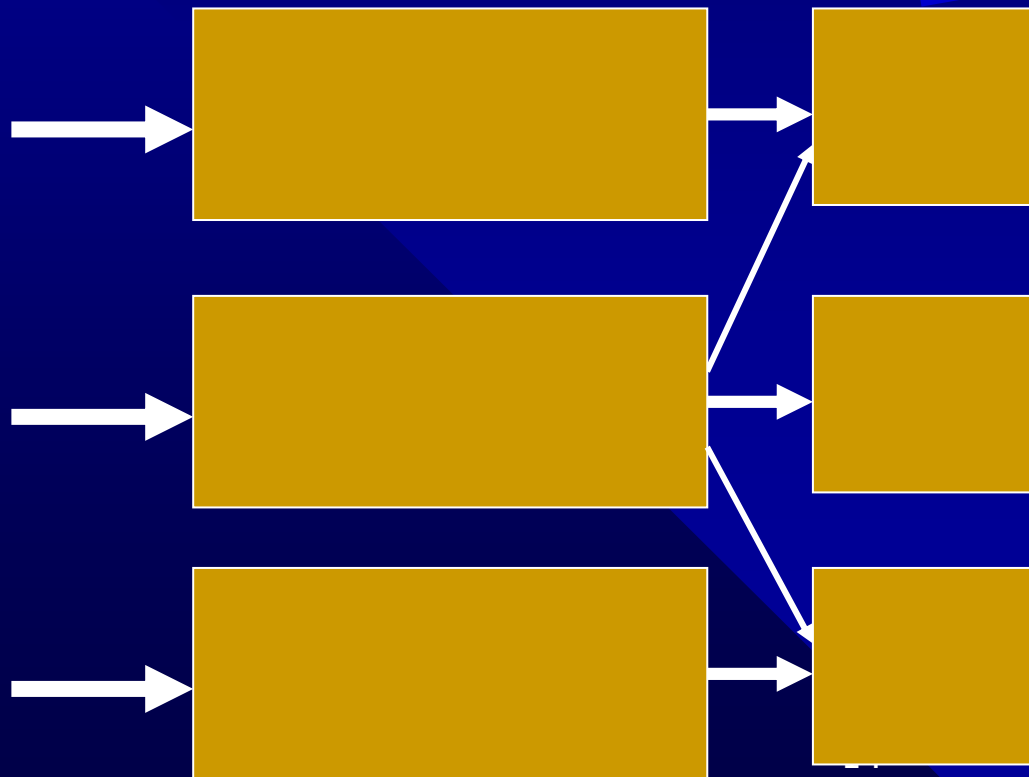
- **Motivational Interviewing**

- **Zeit**
- **Herauslösen aus Umfeld**
- **Individualisierung**
- **Wahlmöglichkeiten**
- **Integration in Subgruppe**

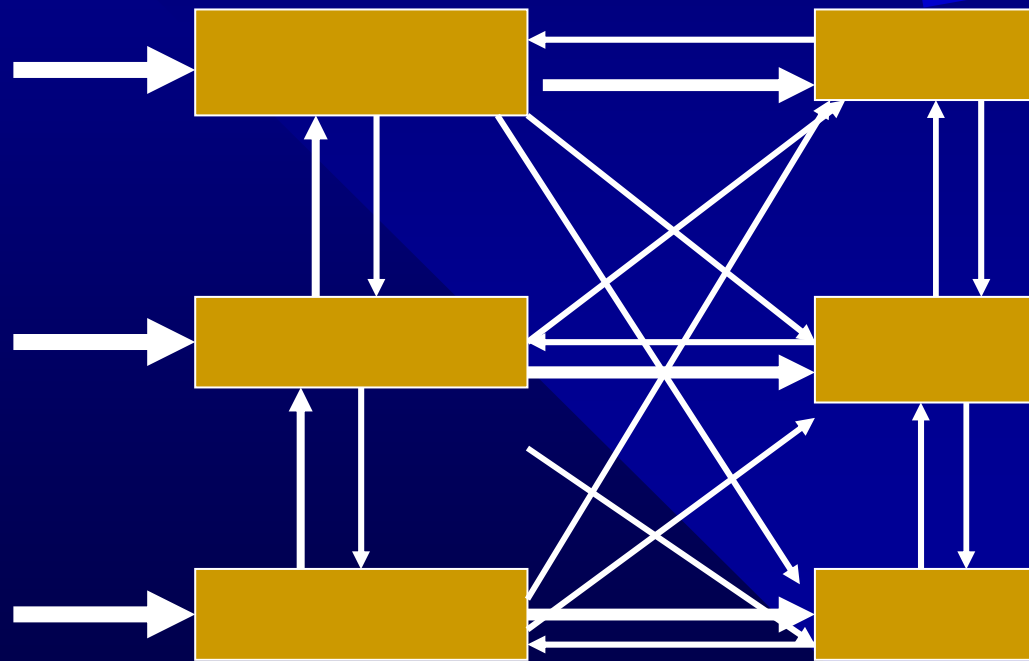
Das Paradoxon der Niederschwelligkeit

- **Niederschwellige Settings erfordern hochschwellige Eingangsvoraussetzungen**
- **Hochschwellige Settings ermöglichen niederschwellige Eingangsvoraussetzungen**

Kombi-Behandlung am Montag



Kombi-Behandlung am Montag



- mehr „Verkehr“ zwischen den Behandlern
- mehr Behandler pro Patient
- Verkürzung der Beitrags jedes Behandlers
- Spezialisierung der Behandler

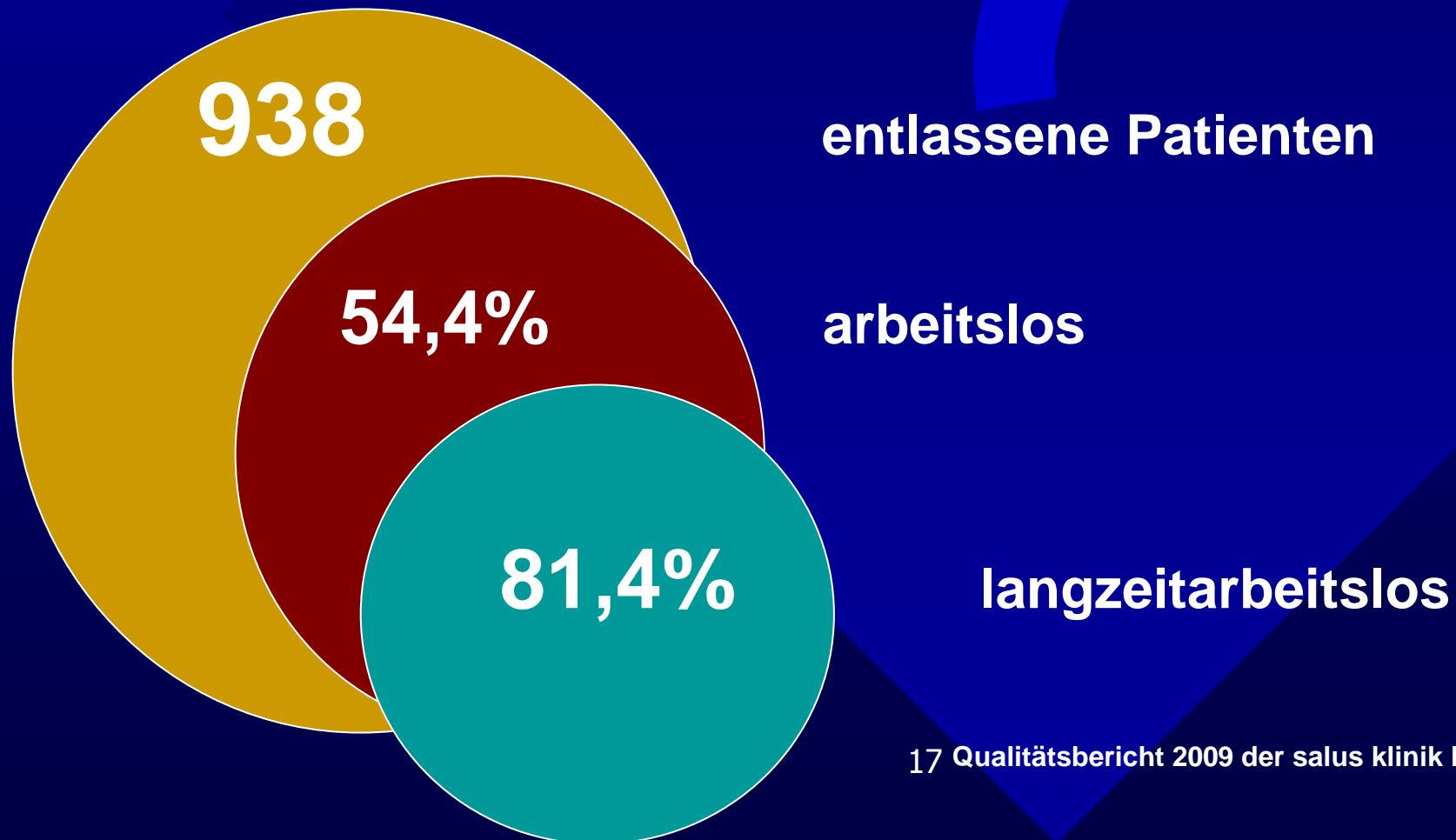
2.

It`s the economy, stupid

-

Teilhabeorientierung

Arbeitslosigkeit



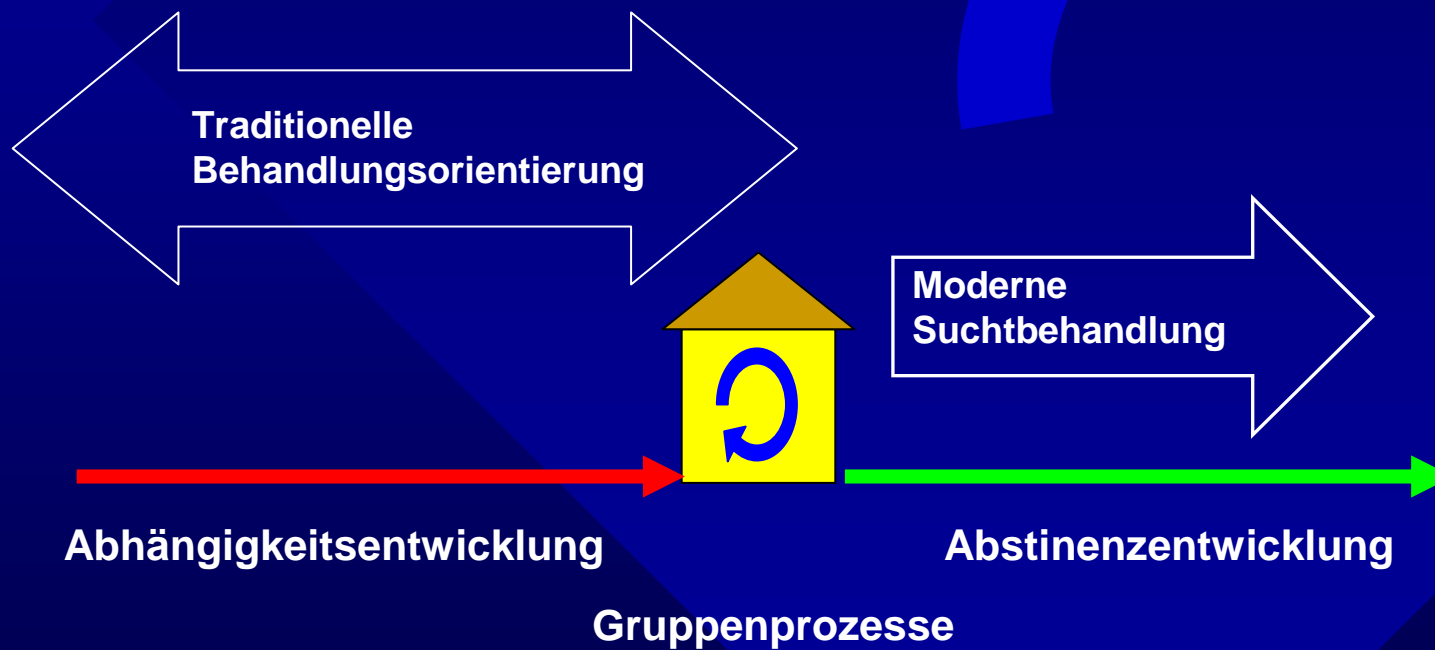
Wirksamkeit vs. Effektivität

Meara & Frank 2005

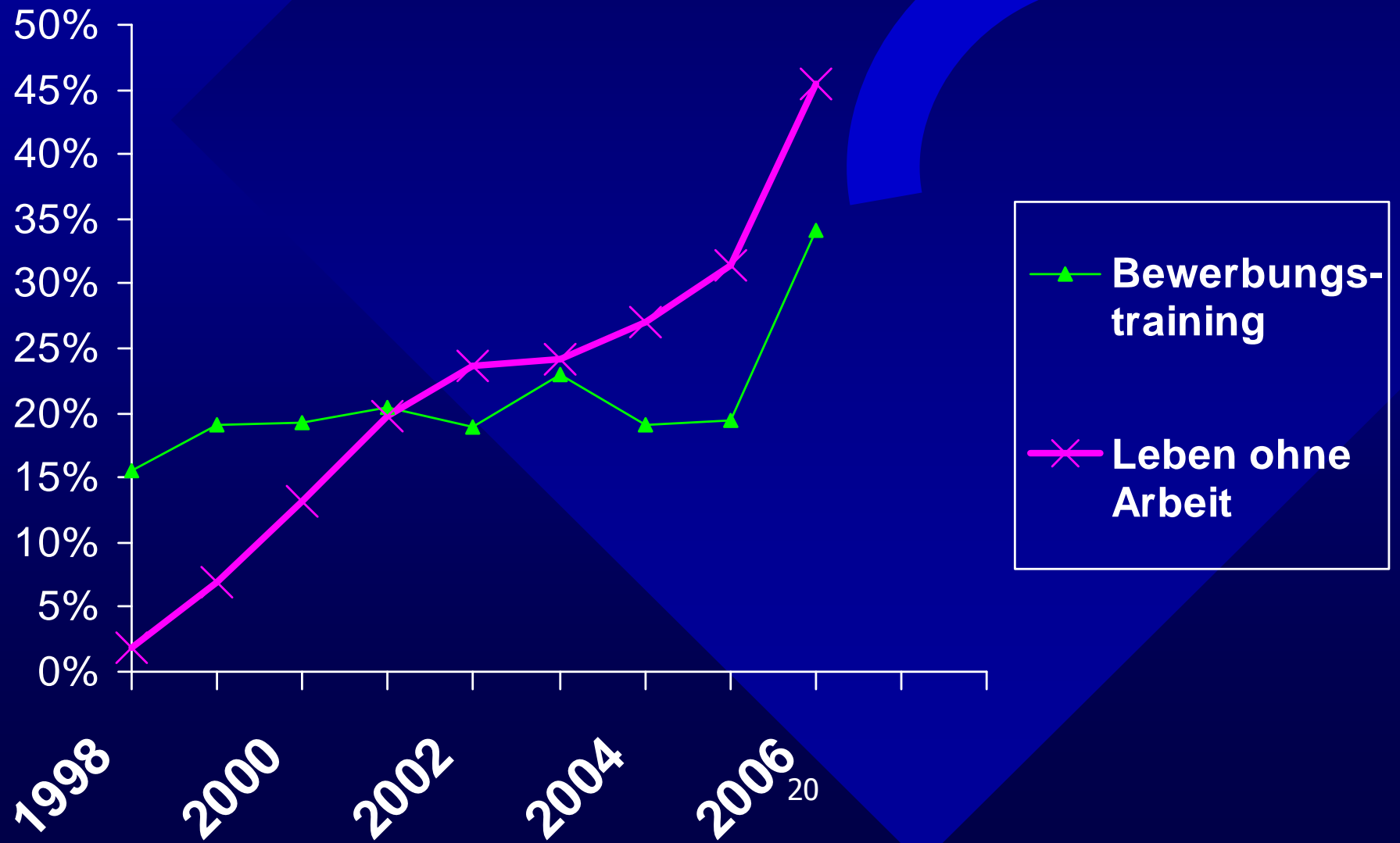
Suchtverhalten \neq Produktivität

- Kein Beschäftigungsanstieg durch isolierte Suchtbehandlung
- Beschäftigungsanstieg erst durch Zusatzmodule

Teilhabeorientierte Behandlungsperspektive



Allokation nach Teilhabechancen



Wirksamkeit Teilhabebezogene Maßnahmen sind lohnend

- Rückgang der Arbeitslosenquote innerhalb von 1-Jahres-Katamnese-Zeitraum um 20,6%
- Überdurchschnittliche Erfolgsquote (48,2% nach DGSS 4) bei 1-Jahreskatamnese, trotz fast doppelt so hoher Arbeitslosenquote

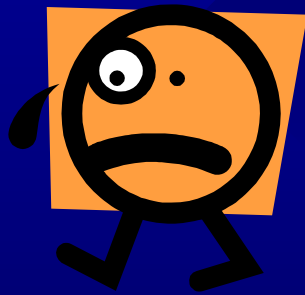
3.

Evidenzbasierte Allokationsentscheidungen

Heterogenes Patientengut

- 45,6% psychische Komorbidität
- 95,2% organische Beeinträchtigungen

Verschärfte Allokationsfragen



welches Behandlungssetting?
welche Behandlungsangebote?
welche Behandlungsdauer?
welcher therapeutischer Stil?



wie wahrscheinlich ist ein Behandlungserfolg
bei welchem Behandlungsaufwand?

Allokationsbegrenzungen

- **Mangelnde Bereitschaft bzw. Motivation der Patienten**
- **Psychische/körperliche Einschränkungen der Patienten**
- **Rückfallgeschehen**
- **Verkürzte Behandlungsdauer**
- **Beschränkte Ressourcen der Einrichtung**

Problem Fallgruppe

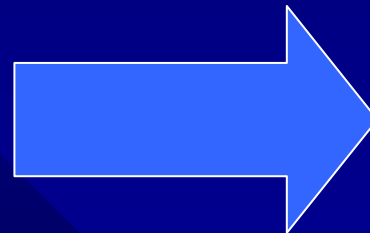
- **Bestimmung der relevanten Dimensionen**
- **Berücksichtigung der Kombination von verschiedenen Dimensionen**

RMK - Fallgruppenbildung

Müller-Fahrnow, Spyra, Möllmann et al.



15 Variablen



AL-1

AL-2

AL-3

AL-4

Latente Klassenanalyse

RMK - Bedarfsgruppenbildung

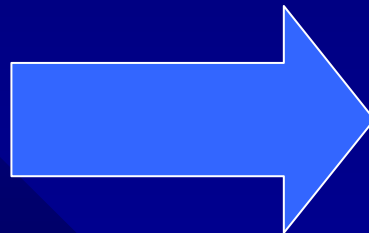
Müller-Fahrnow, Spyra, Möllmann et al.

AL-1

AL-2

AL-3

AL-4



?
Therapie-
bedarf nach
ETM

Veränderungsphasengerechtes Behandlungssetting

Schutz/Entlastung

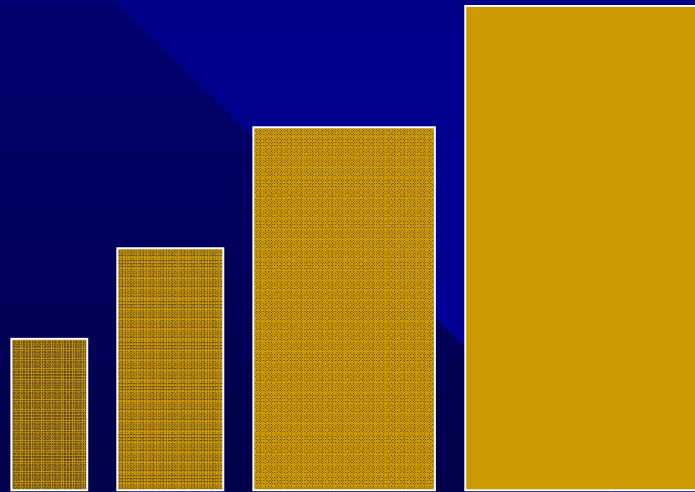


Precontemplation Contemplation Action Maintenance Rückfall

Realitätskonfrontation

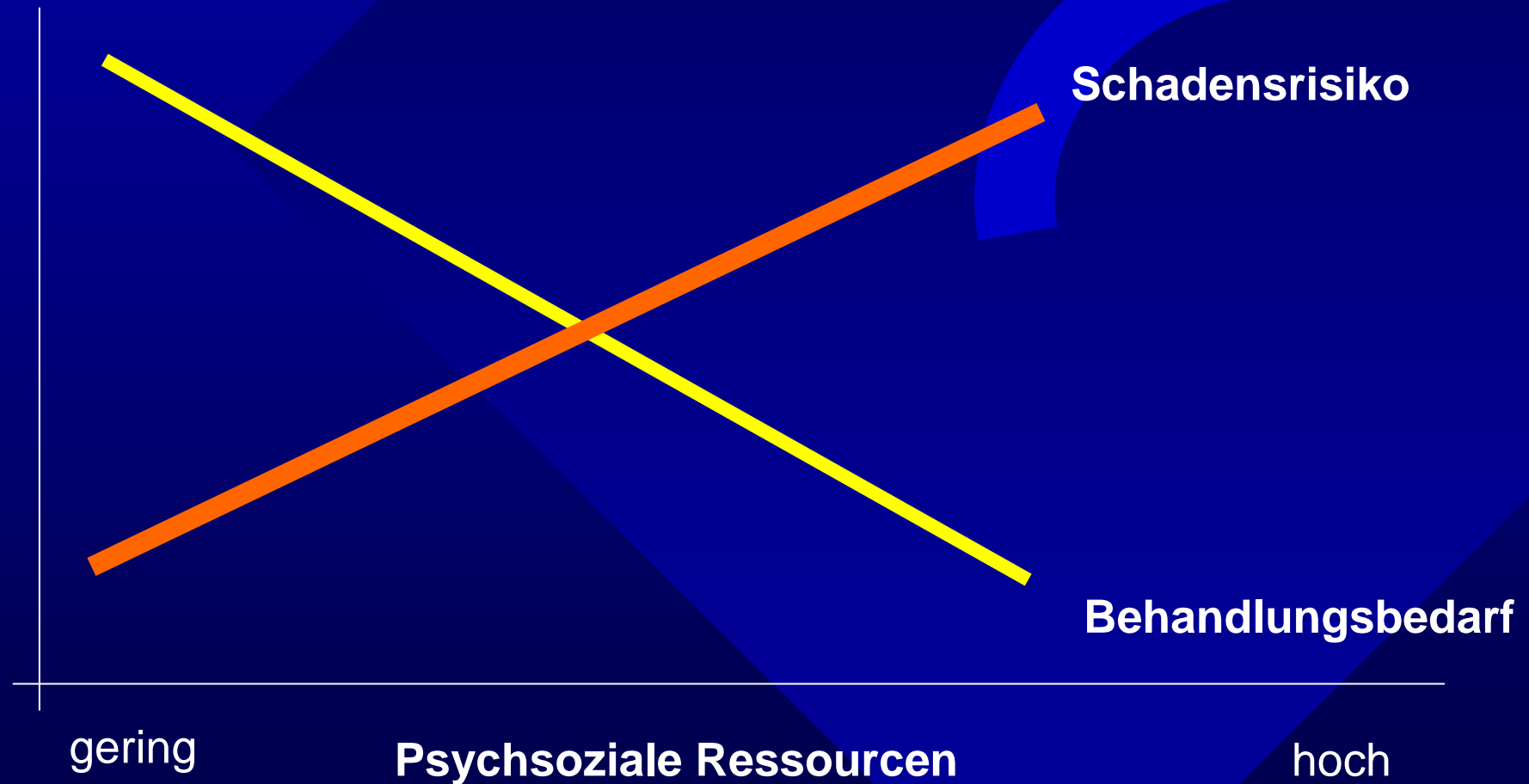
Allokationsparadigma **Stepped care**

- nur wenn einfache Behandlung X erfolglos - dann aufwändigere Behandlung Y

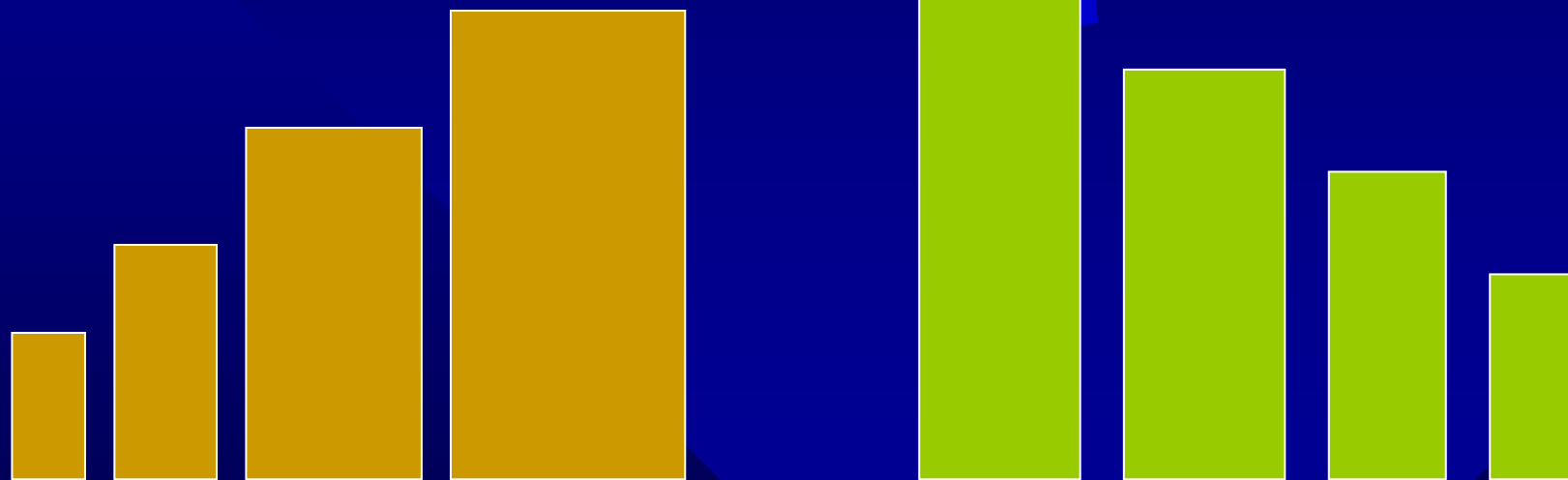


Allokationsproblem 3a

Paradox des Schadensrisikos



Vorteile von step down

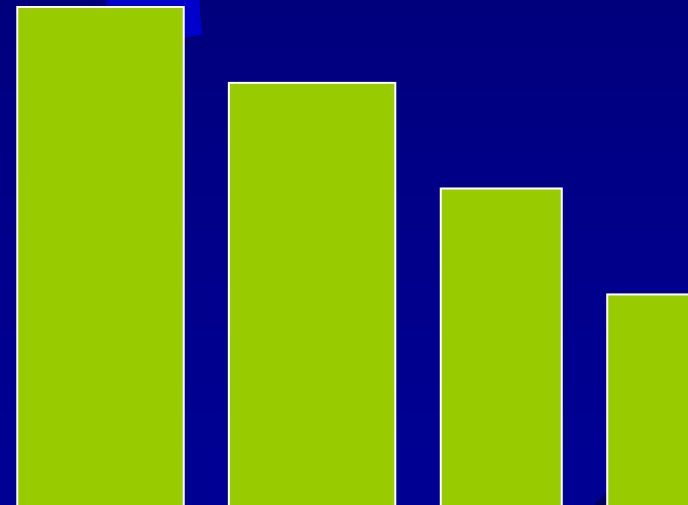


Stepped care

step down

Vorteile von step down

- Ausfallminimierung
- Schadensminimierung
- Motivationsoptimierung



step down

Schlussfolgerung

- **Stationäre Entwöhnungsbehandlung stellt in vieler Hinsicht unverändert das Optimum der Behandlung von chronischen Erkrankungen dar**
- **Suchtbehandlung sollte sich nicht an akutmedizinischen Behandlungsparadigmen / Leitlinien orientieren**
- **Von der medizinischen Rehabilitation könnten wichtige Impulse für die Erforschung von Allokationskriterien ausgehen**