

Kurzzeittherapie / Kombitherapie

—

Möglichkeiten und Grenzen aus der Sicht eines Praktikers

Johannes Lindenmeyer

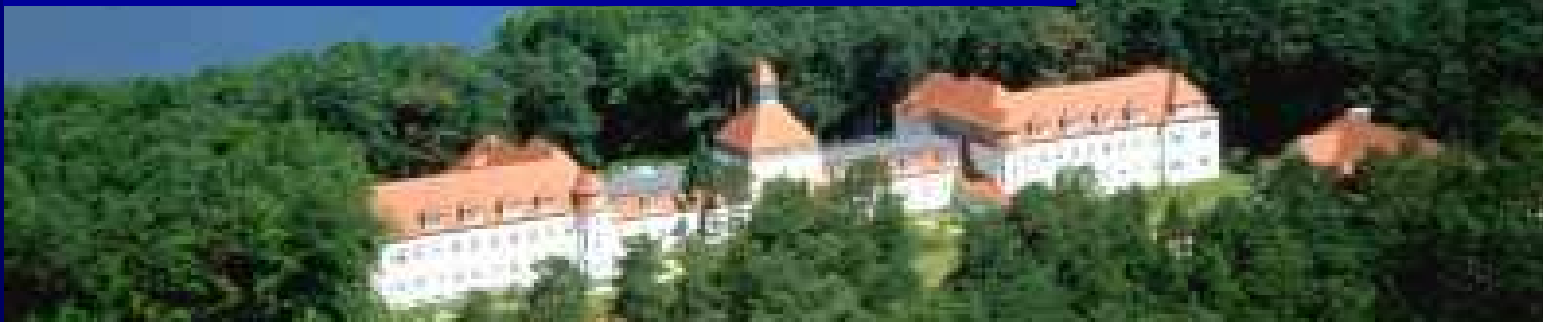
salus klinik Lindow

salus klinik Lindow

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

**Überregionale
Suchtpräventions-
fachstelle**

Ambulanz Berlin



**Beratungsstellen
Werder, Brandenburg,
Teltow, Belzig**

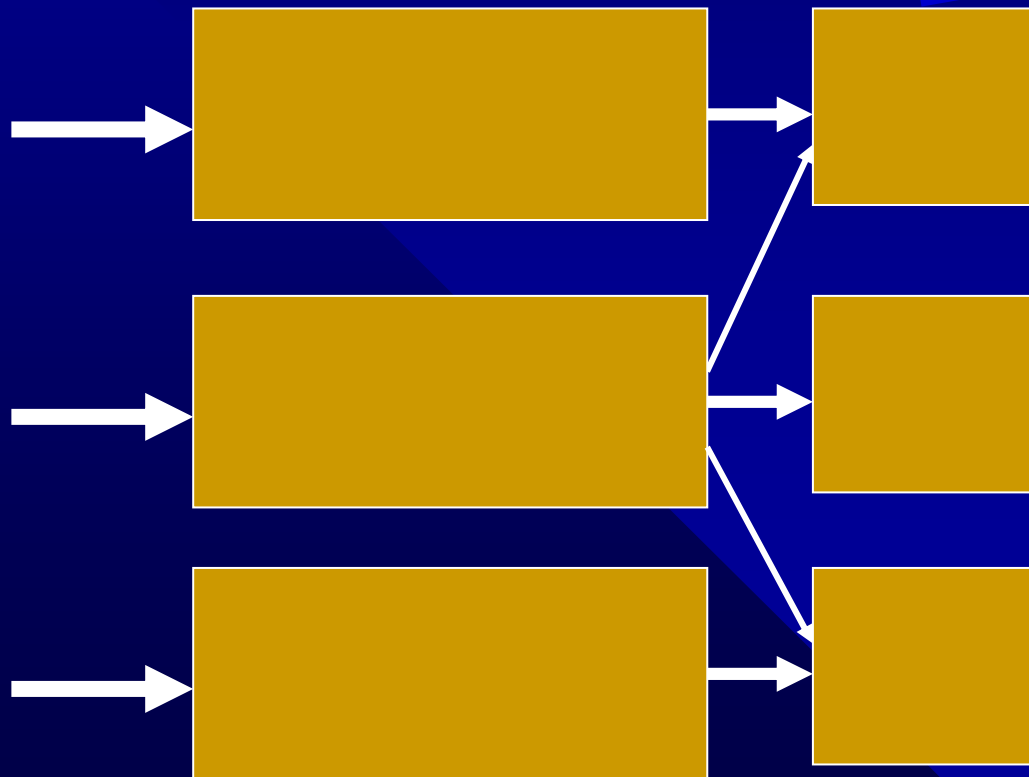
Suchtabteilung (181 Betten):
Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
Nikotinabhängigkeit
Essstörungen und Sucht
Pathologisches Glücksspiel

Integrierte Versorgung „am Sonntag“

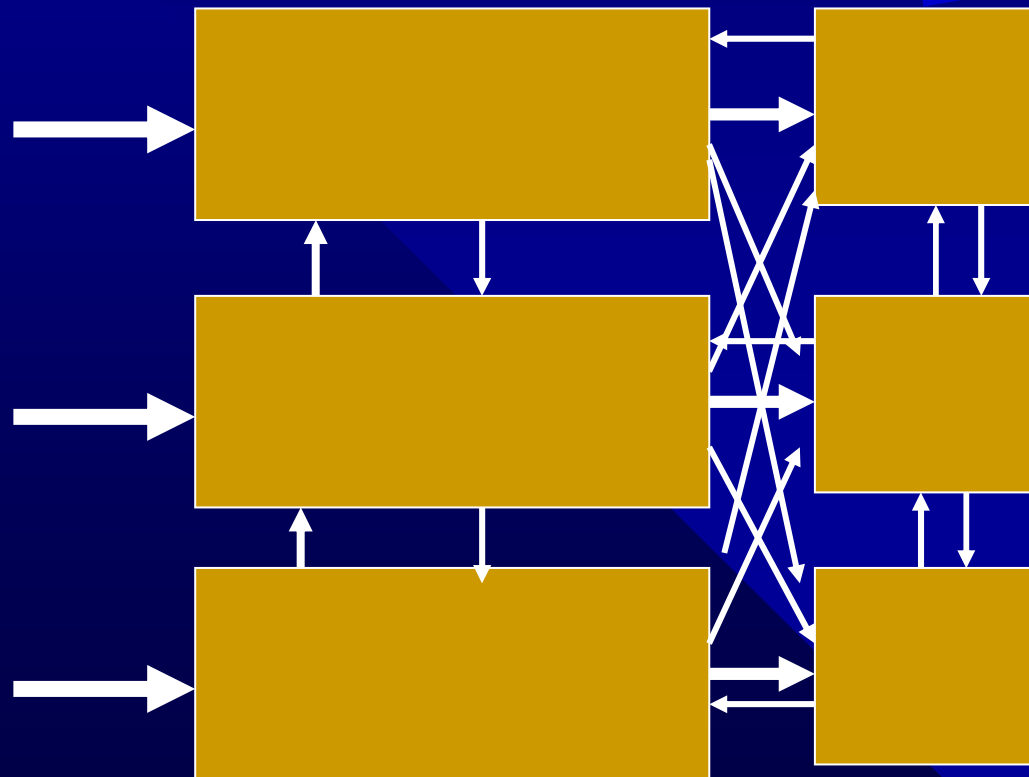
Effizienteres Suchthilfesystem: Mehr Patienten effektiver bei geringeren Kosten versorgen durch:

- Verbesserte Allokation
- Überwindung von Schnittstellenproblemen
- Reduktion von aufwendiger Behandlung
- Gemeindenähe

Was bedeutet integrierte Versorgung für die Suchthilfe?

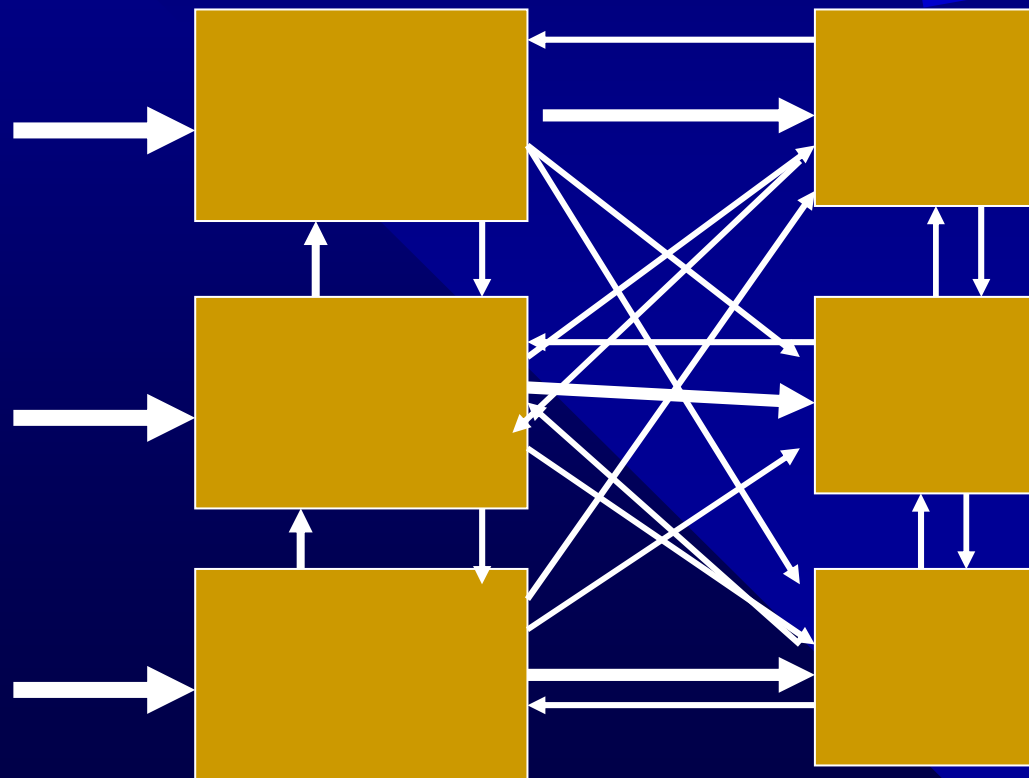


Was bedeutet integrierte Versorgung für die Suchthilfe?



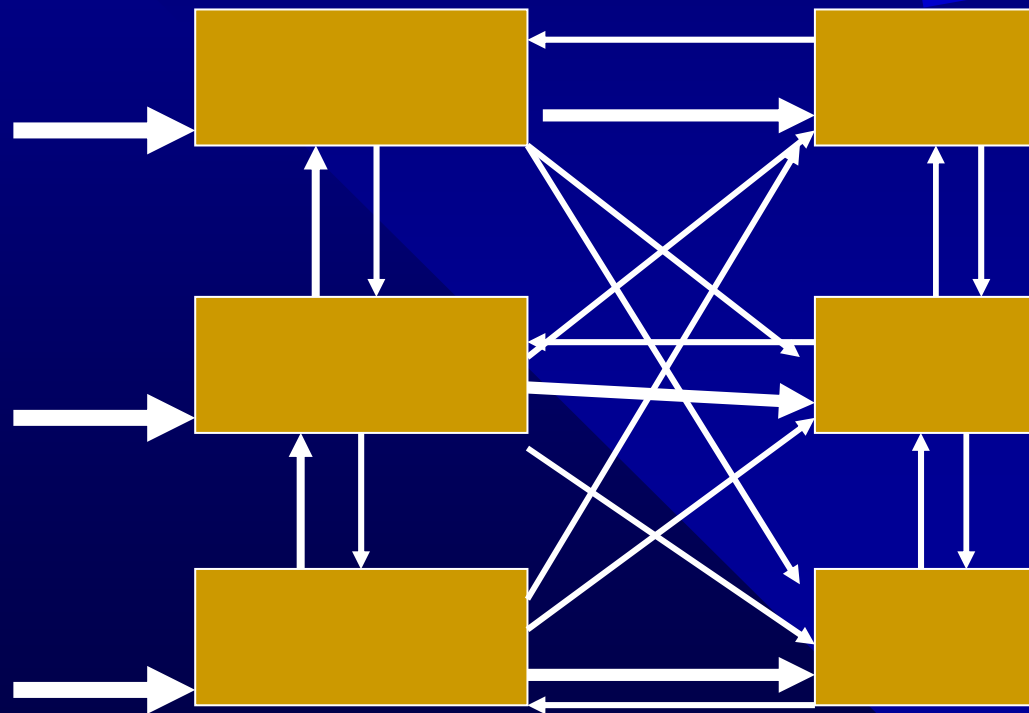
- mehr „Verkehr“ zwischen den Behandlern
- mehr Behandler pro Patient

Was bedeutet integrierte Versorgung?



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

Was bedeutet integrierte Versorgung für die Suchthilfe?



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

Konsequenz

- Der angestrebten Effizienzsteigerung durch integrierte Versorgung stehen potentielle Effizienzminderungen gegenüber
- Integrierte Versorgung hat nur in Bereichen mit erheblichem Effizienzmangel Vorteile

Überblick

- Settingallokation auf dem Prüfstand
- Schnittstellenproblematik
- Optimierungspotential „am Montag“

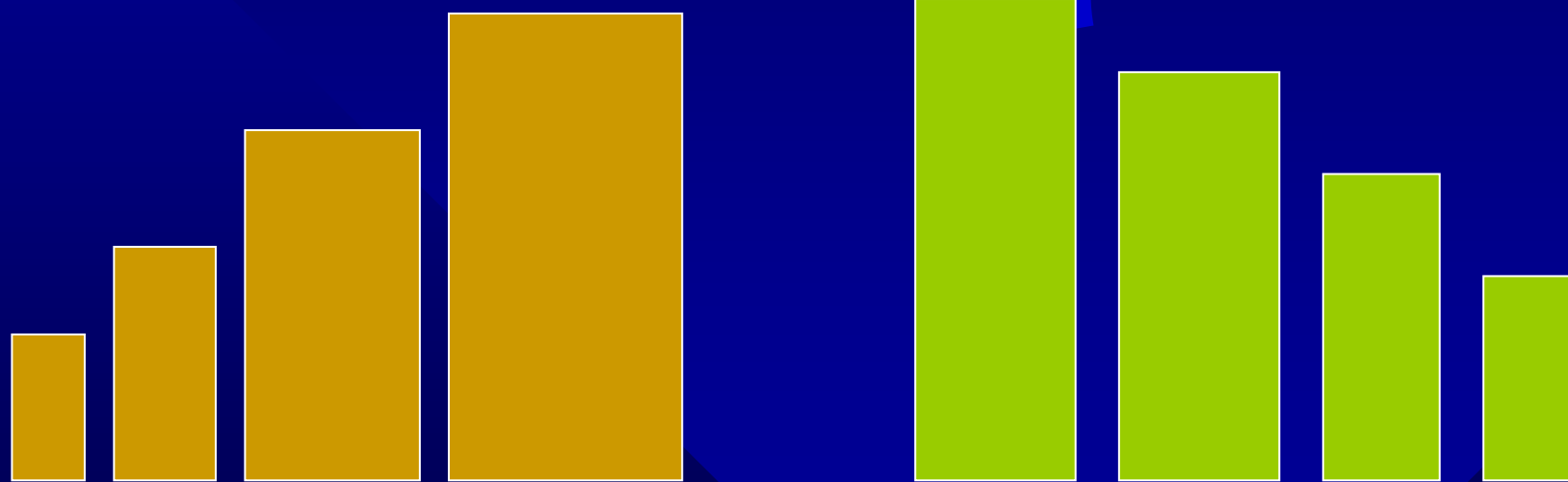
1

Settingallokation auf dem Prüfstand

Kritische Überlegungen zur Settingallokation

- Stepped care vs. Safety first

Integrationsparadigma stepped care vs. step down?



Stepped care

Step down
„safety first“

Kritische Überlegungen zur Settingallokation

- **Stepped care vs. Safety first**
- **Paradoxon der Niederschwelligkeit**

Das Paradoxon der Niederschwelligkeit

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

Planmäßige Behandlungsbeendigung

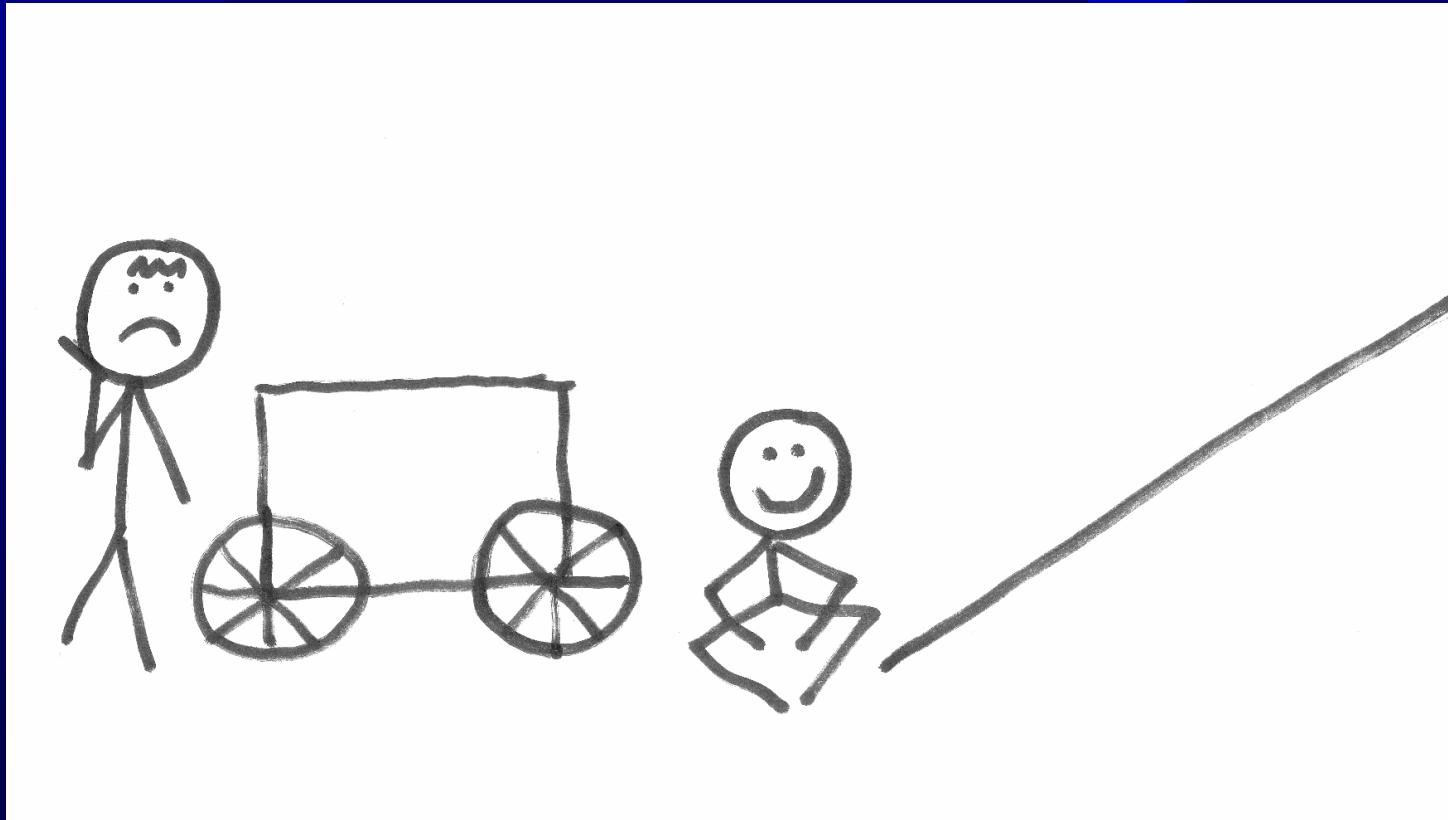
- Ambulante Behandlung < 40%
- Stationäre Behandlung > 80%

Kritische Überlegungen zur Settingallokation

- **Stepped care vs. Safety first**
- **Das Paradoxon der Niederschwelligkeit**
- **Veränderungsphasengerechtes Setting**

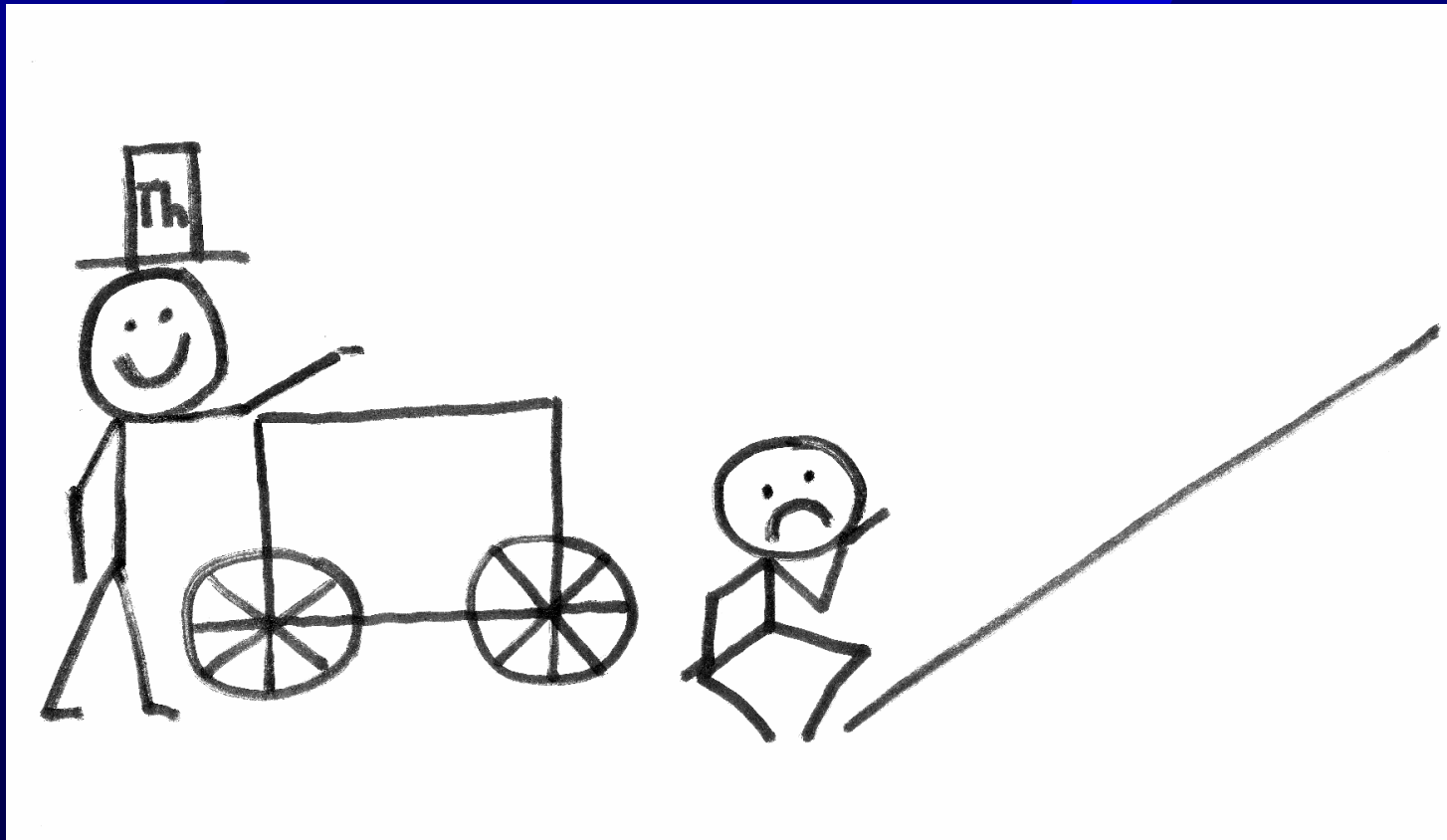
Precontemplation

Transtheoretisches Veränderungsmodell
(Prochaska & DiClemente)



Contemplation

Transtheoretisches Veränderungsmodell
(Prochaska & DiClemente)



Von Precontemplation zu Contemplation

- **Sozialpsychologische Perspektive**

Der Sucht-Eisberg

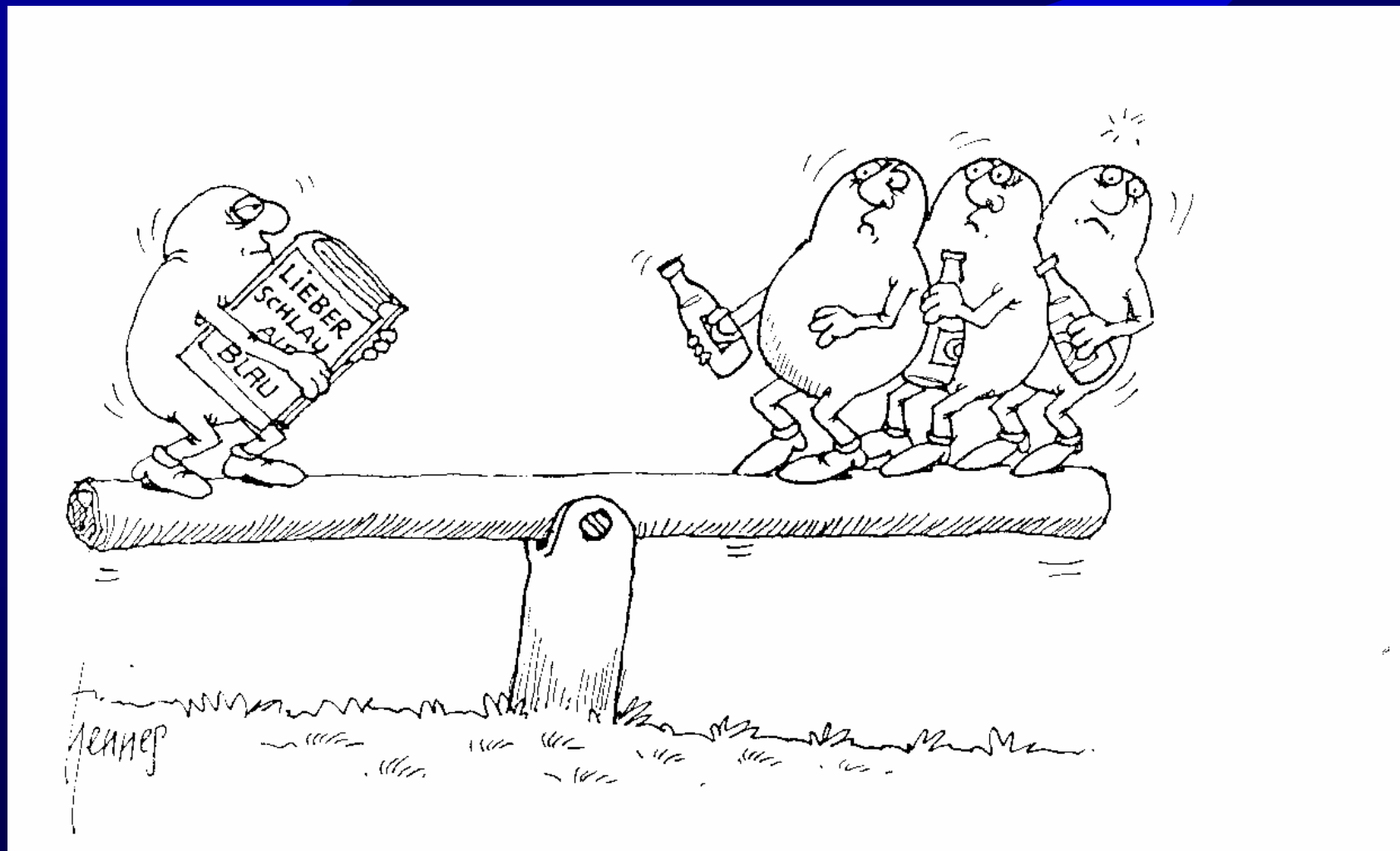


Alkohol gehört dazu

Wozu?



Lieber selten schlau?



Von Precontemplation zu Contemplation

- Sozialpsychologische Perspektive
- Neurobiologische Perspektive

Das Belohnungssystem

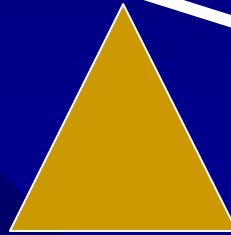


Wrase et al., 2003

Neurophysiologische Suchtmechanismen

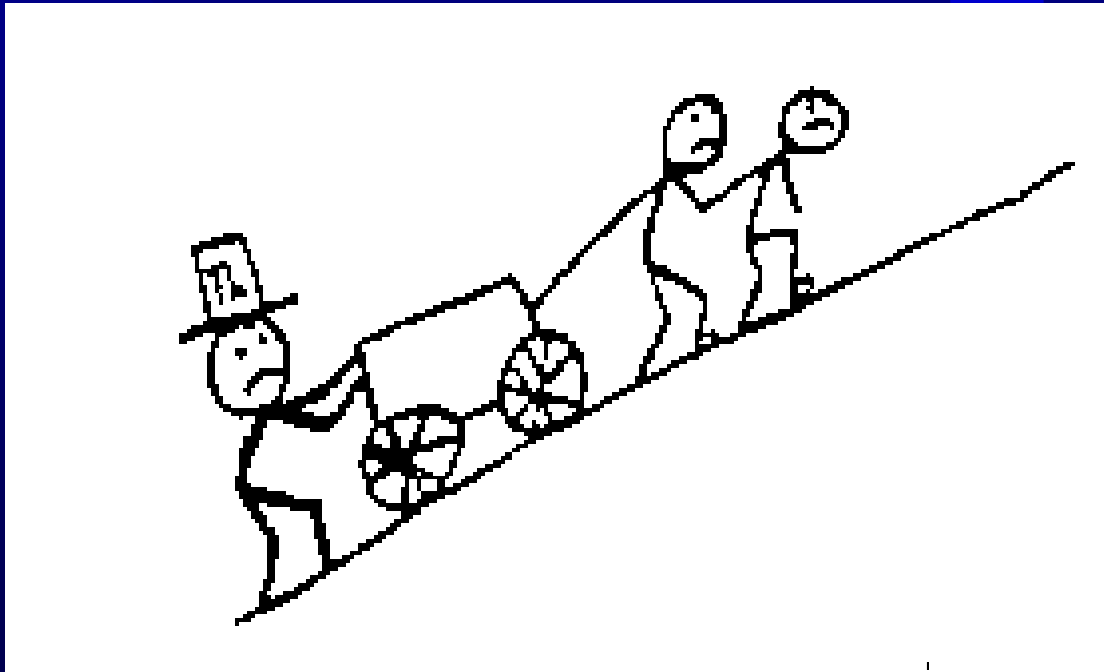
Anreiz

Kontrolle



Action

Transtheoretisches Veränderungsmodell
(Prochaska & DiClemente)

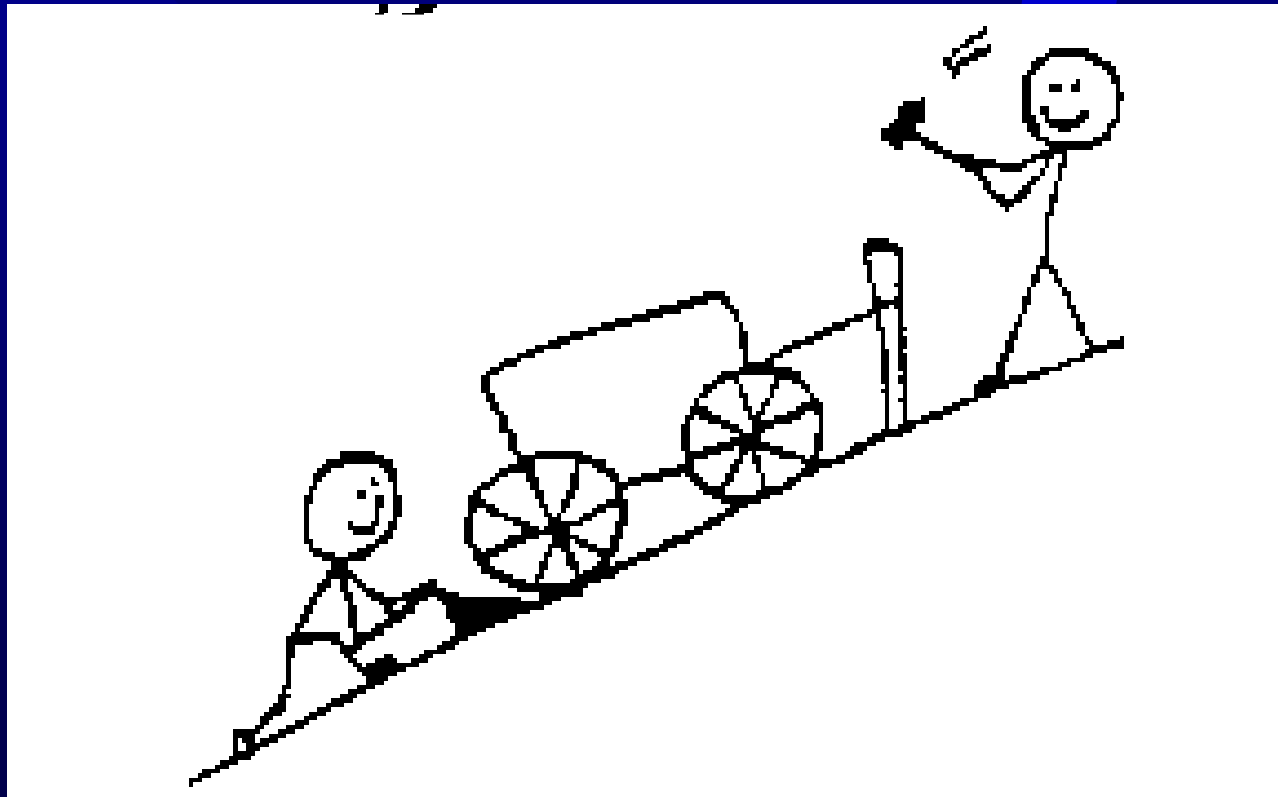


Optimale Veränderungsbedingungen

- **Intensität**
- **Direktivität**
- **Optimaler Schwierigkeitsgrad**
- **Systematische Abfolge**
- **Individualität**
- **Multimodalität**

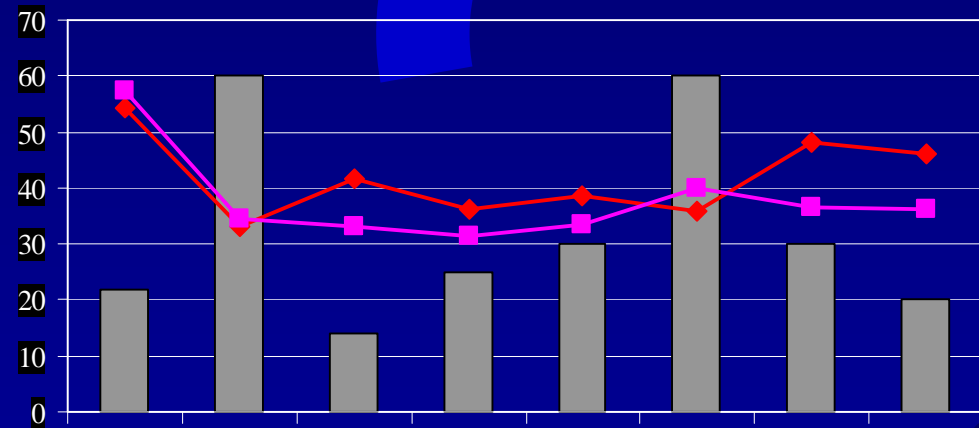
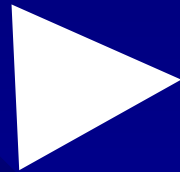
Maintenance

Transtheoretisches Veränderungsmodell
(Prochaska & DiClemente)



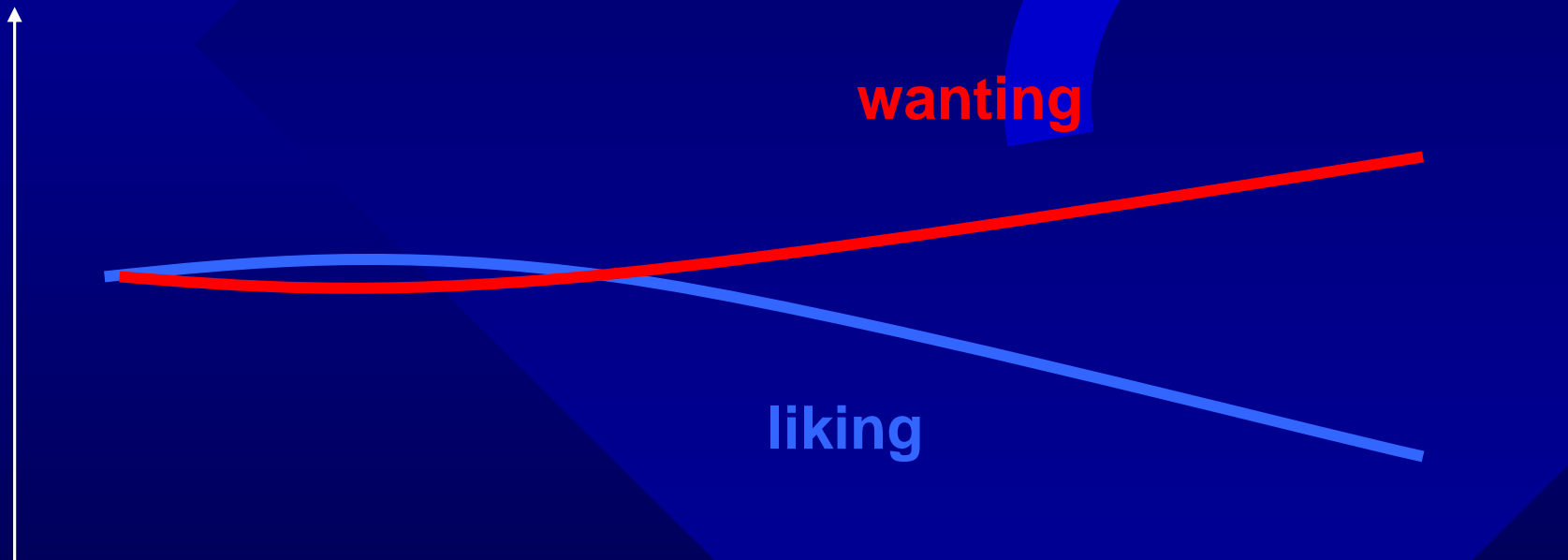
Vom Defizitmodell zur Risikosituation

Persönlichkeit
Soziale
Ressourcen



körperl. Beschw
pos
kontroll
plötzl. Verlang
soz. Verführ
Geselligkeit

Subkortikale Sensitivierung



Rückfallverlauf

- Lapse
- Relapse

3-faches Handicap

- Betroffener:
Abstinenzverletzungssyndrom
Neurobiologie
- Therapeut / Angehörige:
Emotionale Krise

Rückfallbewältigung

(N=261)

- 59,4% innerhalb von 3 Monaten nach Behandlungsende.
- 35,2% innerhalb von 3 Tagen beendet
- > 14 Tage nur noch 3,8% Rückfall beendet
- kein sign. Nutzen von erstmaligem SHG oder PSB-Kontakt bei Rückfall

Optimales Therapiesetting

Schutz/Entlastung



Precontemplation Contemplation Action Maintenance Rückfall

Realitätskonfrontation





2

Schnittstellenproblematik

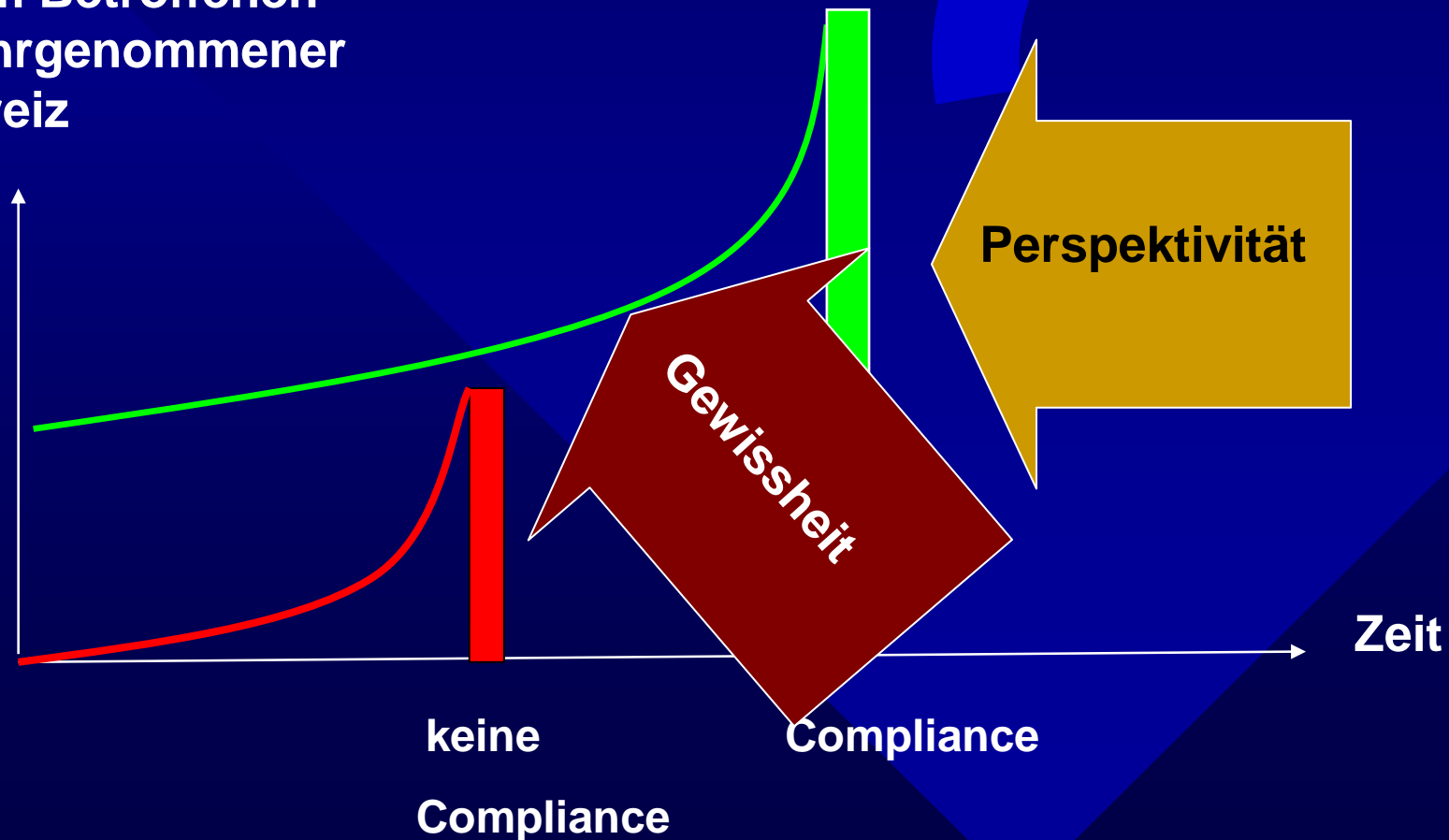
Compliance nur bei optimalen Schnittstellen

Vom Betroffenen
wahrgenommener
Anreiz



Compliance nur bei optimalen Schnittstellen

Vom Betroffenen
wahrgenommener
Anreiz



Schnittstellen im Suchthilfesystem

- **Eintritt in Suchthilfesystem**
- **Beratung - Behandlung**
- **Entzug - Entwöhnung**
- **stationär - ambulant**
- **Entwöhnung - Adaption**
- **Entwöhnung – Langzeitbehandlung**
- **Behandlung – Selbsthilfe**
- **Suchthilfe – Arbeitsverwaltung**
- **Medizinische Reha – berufliche Reha**
- **Rückfallbehandlung**

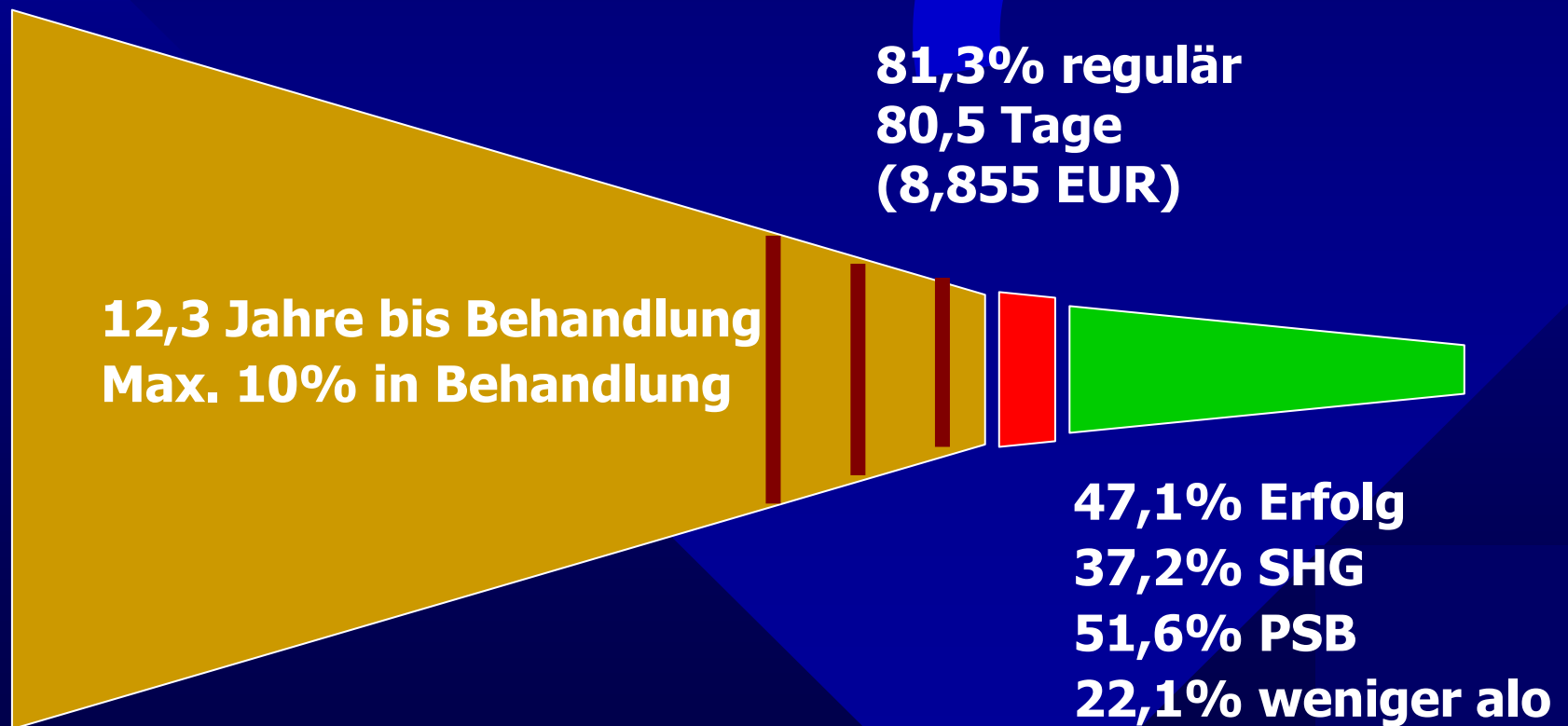
Alkoholabhängigkeit als chronische Erkrankung

- schleichende Entstehung
- gestörte Trinkkultur
- komplexes, gegliedertes Behandlungssystem
- mind. 1-jährige Abstinenzentwicklung

3

**Optimierungspotential
„am Montag“**

Die Behandlungsrealität



Tatsächliches Potential von integrierter Versorgung

- 1. Zugang zu Suchthilfesystem**
- 2. Teilhabebezogene Maßnahmen**
- 3. Suchtbehandlung**

1. Integrierter Zugang zum Suchthilfesystem

- Überwindung von Vermittlungshemmnissen bei Arbeitslosen durch Suchthilfesystem

Beispiel salus ambulanz

- **Teilhabebezogener Beratungsansatz**
- **Nahtlosigkeit / Austausch mit ARGE**
- **spezifische Intervention**
- **manualisierte Beratungsmodule**
- **Teilnehmermaterialien**
- **Maximaler Impact durch Gruppen**
- **EDV-Vernetzung mit Klinik**

11 Beratungsmodule

- 1) **Diagnostik** 4 EG in max. 2 Wochen
- 2) **Suchtberatung** 6 GT, 3 EG
- 3) **Motivationsförderung** 6 GT, 3 EG
- 4) **Vermittlung** max. 5 EG
- 5) **Informationsvermittlung** 5 GT
- 6) **Betreuung Wiedereingliederung** 8 GT, 3 EG
- 7) **Ambulante Nachsorge** 10 GT, 3EG
- 8) **Substitutionsbegleitung** 6 EG
- 9) **Beratung Alkohol im Straßenverkehr** 4 EG
- 10) **Alkoholmissbrauch** 6 GT, 1 EG
- 11) **Soziales Kompetenztraining** 10 GT

Nahtlosigkeit der Maßnahmen



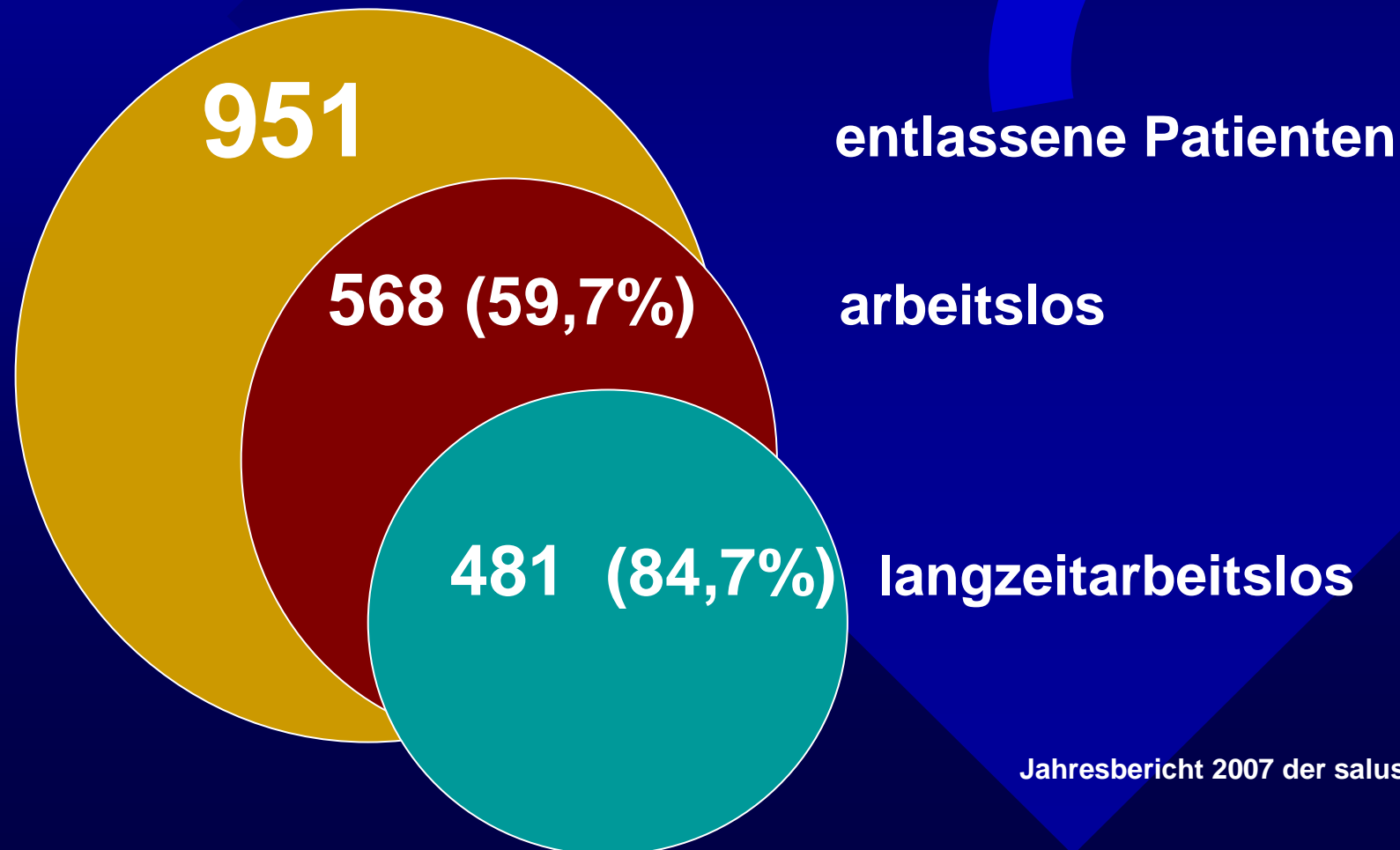
1. Integrierter Zugang zum Suchthilfesystem

- Überwindung von Vermittlungshemmnissen bei Arbeitslosen durch Suchthilfesystem
- Entzugsbehandlung durch Entwöhnungseinrichtungen
- Trinkzieloffene, abstinentzkompatible Intervention bei schädlichem Konsum

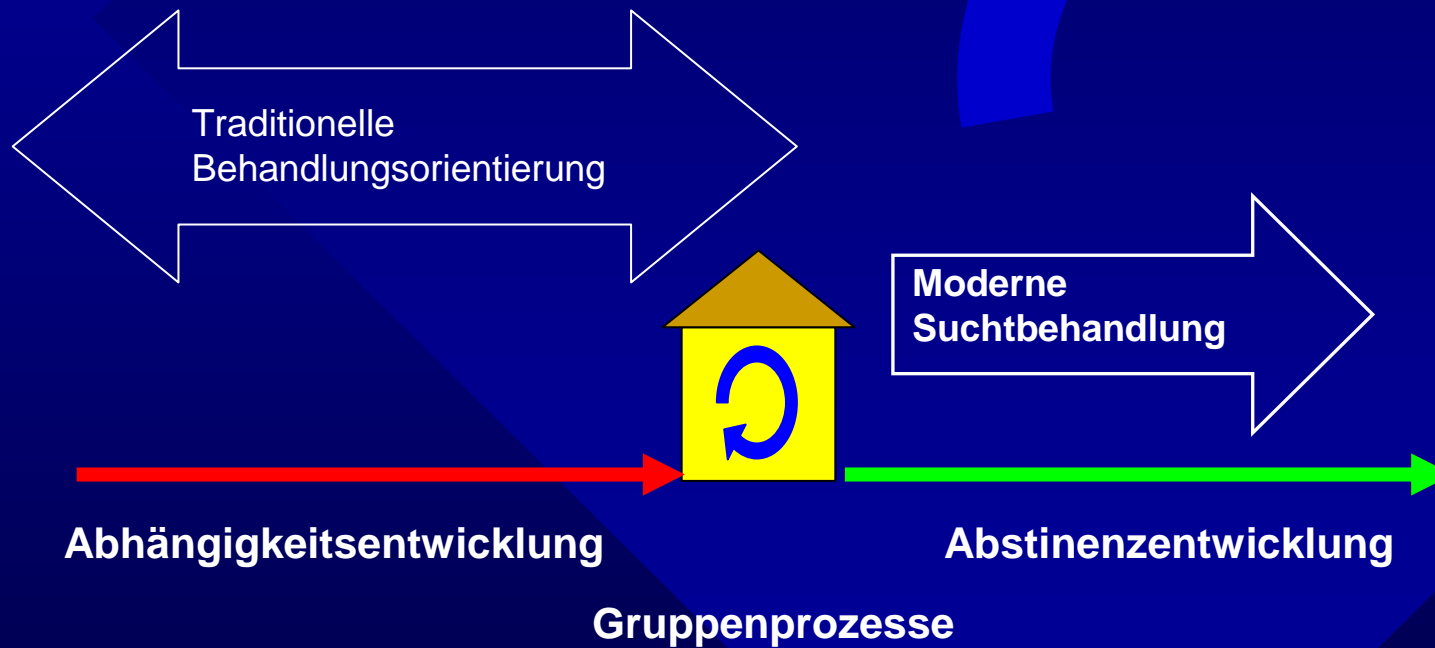
2. Integrierte teilhabebezogene Maßnahmen

- **Teilhabebezogener Schwerpunkt in Entwöhnungsbehandlung**

Arbeitslosigkeit



Teilhabeorientierte Behandlungsperspektive



2. Integrierte teilhabebezogene Maßnahmen

- **Teilhabebezogener Schwerpunkt in Entwöhnungsbehandlung**
- **Einleitung teilhabebezogener Nachsorge**

Einleitung von ambulanter Weiterbehandlung

Feste Terminvereinbarung bei Entlassung

Ambulante Reha Sucht 50,6%

Ambulante Psychotherapie 28,4%

Integrierte Einleitung von ambulanter Reha

Jun 2002

**Modellversuch der LVA
Brandenburg: Entscheidung
über ambulante Reha durch
salus klinik Lindow**

Jan 2003

**Entscheidung über ambulante
Reha durch alle Kliniken**

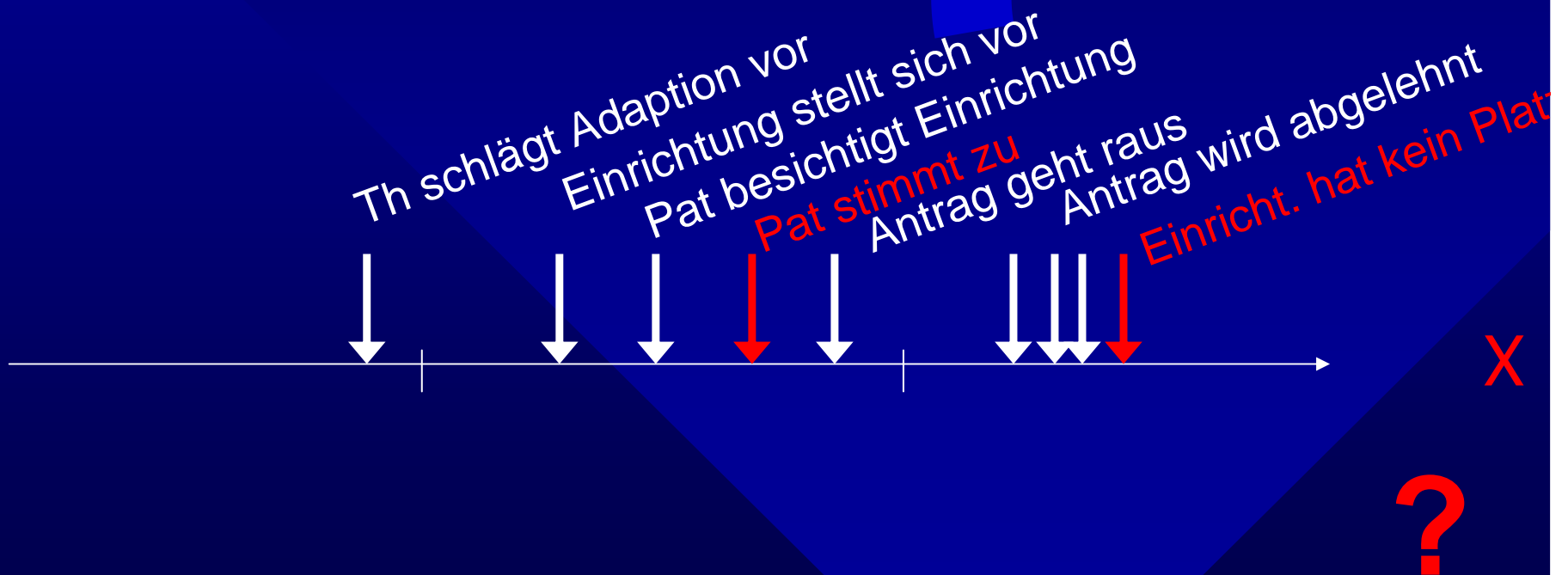
bis heute:

**kein Leistungsträger hat sich
angeschlossen**

2. Integrierte teilhabebezogene Maßnahmen

- **Teilhabebezogener Schwerpunkt in Entwöhnungsbehandlung**
- **Teilhabebezogene Nachsorge**
- **Einleitung von Adaption**

Schnittstelle Entwöhnung - Adaption



2. Integrierte teilhabebezogene Maßnahmen

- **Teilhabebezogener Schwerpunkt in Entwöhnungsbehandlung**
- **Teilhabebezogene Nachsorge**
- **Einleitung von Adaption**
- **Vermittlungstätigkeit von AA**

Initiative: Arbeitsvermittlung

- Nov. 02:** Landessuchtkonferenz: Einsetzung eines Arbeitskreises „Teilhabe an Arbeitsplätzen“
- 10 Mo:** Lösungssuche des Arbeitskreises
- Nov. 03:** Landessuchtkonferenz: Maßnahmen
- Aug. 04:** tatsächliche Zusammenarbeit mit lokaler AA
- Nov. 04** bundesweiter Erlass der AA
- Jan. 05** Anlaufschwierigkeiten von Hartz IV
- Mai 05** BfA übernimmt Kosten für Fahrten zu AA

- alle 14 Tage 6 Patienten
- d.h. 60% der Patienten mit Indikation

Schnittstelle: Entwöhnung - Arbeitsverwaltung

- **keine Kooperation zwischen Leistungsträgern und Arbeitsverwaltung bei Beratungsprozess während Reha**
- **keine Einleitung von Arbeitsförderungsmaßnahmen während Reha**
- **Finanzierung von privaten Arbeitsvermittlern erst bei 3 Monaten Arbeitslosigkeit nach Reha**

Teilhabebezogene Maßnahmen sind lohnend

- Arbeitslosenquote von 59,0% bei Entlassung sinkt innerhalb von 1-Jahreskatamnese-Zeitraum auf 37,9%
- Überdurchschnittliche Erfolgsquote (47,1% nach DGSS 4) bei 1-Jahreskatamnese, trotz fast doppelt so hoher Arbeitslosenquote
- Überdurchschnittliche, regelmäßige Inanspruchnahme von ambulanter Nachsorge

Kritisches Zeitfenster

N= 183

innerhalb von 3 Monaten

**arbeitslos bei
Entlassung**

60,8% aller Rückfälle

**erwerbstätig bei
Entlassung**

36,5% aller Rückfälle

p<.02

DGSS Standard 1

Erforderliche Nahtlosigkeit

Beratung und Vermittlung durch Agentur für Arbeit, Arbeitsgemeinschaft oder Kommune

Medizinische Rehabilitation

Kritisches Rückfallzeitfenster

**Ambulante, teilhabebezogene
Nachsorge
Adaptionsbehandlung**

Schlussfolgerung

Das Potential integrierter Versorgung liegt im effizienteren Zugang zum Suchthilfesystem und in der Effizienzsteigerung bei teilhabebezogenen Maßnahmen und Rückfall

Entscheidend ist die Nahtlosigkeit der Maßnahmen und die Verringerung des bürokratischen Aufwandes zugunsten von Therapiezeit