

Infobrief

Abteilung Suchtmedizin LWL-Rehabilitationszentrum Südwestfalen LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt

11. Ausgabe

Dezember 2010

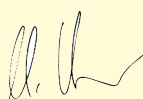
Sehr geehrte Kooperationspartnerin, sehr geehrter Kooperationspartner,

zunächst möchten wir Ihnen an dieser Stelle für die gute Zusammenarbeit in diesem Jahr herzlich danken. Wir wünschen Ihnen ein schönes Weihnachtsfest und alles Gute für 2011!

Wir wollen Ihnen aber auch in dieser Ausgabe des Infobriefes wieder Neues und hoffentlich für Sie Interessantes aus unseren beiden Suchtabteilungen berichten. Wir freuen uns über jede Rückmeldung, egal ob Lob, Anregung oder Kritik. Für Fragen und zusätzliche Informationen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.



Dr. Rüdiger Holzbach
Chefarzt Suchtmedizin



Dr. Thomas W. Heinz
Chefarzt Rehabilitationszentrum



Friedel Harnacke
Öffentlichkeitsbeauftragter

Abteilung Suchtmedizin

Suchttherapietage in Hamburg (Teil 2)

In unserem letzten Infobrief (10. Ausgabe, Juli 2010) hatten wir bereits berichtet, dass sieben Seminare der Hamburger Suchttherapietage von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Suchtmedizin gestaltet wurden. Dabei wurden alle sieben Seminare gut nachgefragt. Hier nun eine kurze Skizzierung der Seminare, über die wir im letzten Infobrief noch nicht berichtet haben.

Präventionsarbeit in Schulen

Das Spektrum der Präventionsarbeit an Schulen ist weit: Von der kurzfristigen Anfrage „Können Sie bei uns an der Schule et-

was über Sucht erzählen – das steht jetzt auf dem Lehrplan“ bis hin zur Prävention als bezahlte zusätzliche Leistung im Gesundheitssystem. Wie kann das Thema Sucht altersgerecht, spannend und „lehrreich“ an die Schülerinnen und Schüler und auch an die Eltern und Lehrkräfte herangebracht werden? Sollen Patienten mit in eine solche Veranstaltung genommen werden, und wenn ja, wie? Was sind sinnvolle mediale Hilfsmittel? Wie viele und welche Handouts sind sinnvoll? Sollen Eltern in eine solche Präventionsarbeit mit einbezogen werden im Sinne einer suchtspezifischen Aufklärung? Inwiefern macht die Kooperation mit anderen Institutionen außerhalb von Klinik und Beratungsstellen Sinn (Polizei, Gesundheitsämter)?

Mit diesen Fragen und weiteren Aspekten beschäftigte sich das Seminar von Gabi Brandenburg und Dr. Christiane Ihlow.

Das Seminar war gedacht als Einstieg für alle Berufsgruppen in das Themenfeld Prävention. Es sollte aber auch Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch geben – wie machen es die anderen, was geht, was geht nicht?

Scoregesteuerter

Alkoholentzug:

Die Vorgehensweise in der Suchtmedizin ist häufig mehr von Tradition als von wissenschaftlichen Erkenntnissen geprägt. Ein gutes Beispiel ist das Thema Alkoholentzug, der in fast jeder Klinik anders durchgeführt wird. Weit über 100 verschiedene Medikamente wur-

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

den bereits im Alkoholentzug erprobt und unzählige Strategien versucht. Der Schwerpunkt lag auf dem score-gesteuerten Alkoholentzug am Beispiel der „Hamburger Alkoholentzugs-Skala“. Damit werden typische Entzugserscheinungen standardisiert erfasst und mit Punkten bewertet. Je nach Punktzahl wird dann die Medikation gegeben. Das Seminar von Jasmin Obenauf und Dr. Rüdiger Holzbach richtete sich an Ärzte und Pflegekräfte auf Entzugsstationen, die sowohl ein einfaches, sicheres und wissenschaftlich überprüftes System für den Alkoholentzug, als auch den aktuellen wissenschaftlichen Stand zur Entzugsbehandlung kennen lernen wollten.

Drogenentzug für Paare:

Die gemeinsame Behandlung von Paaren auf einer Drogenentzugsstation gilt in der klassischen Suchtmittelmedizin als eine „Todsünde“. Unsere Schwerpunktstation für Paare zeigt aber, dass es einen hohen Bedarf für solche Angebote gibt – und dass es funktionieren kann!

Die Paarkonstellation kann eine Ressource, aber auch einen „aufrechterhaltenden Faktor“ darstellen und umgekehrt der Suchtmittelkonsum eine instabile Beziehung noch aufrecht erhalten. Egal welche Überschrift für ein Paar gilt, das entsprechende Thema gehört bereits in der Entzugsbehandlung aufgegriffen, denn hier werden die Weichen für die Anschlussbehandlung gestellt. Macht eine gemeinsame Therapie Sinn oder sollte jeder Partner für sich einen eigenen Weg wählen? Eigene Untersuchungen haben gezeigt, dass sich Paare von Drogenabhängigen, die ohne Partner in die Behandlung kommen, in verschiedenen Parametern sehr deutlich von einander unterscheiden. Dies muss in der Behandlung genauso berücksichtigt werden, wie die individuelle Paarsituation.

Anhand der von uns erhobenen Daten und der konkreten „Alltagserfahrungen“ mit der Paarklientel haben Silke Böttner und Andrea Lutterbüse die wesentlichen Behandlungselemente der Station vorgestellt.

Der Benzodiazepinentzug:

Es gibt viele Menschen, die von Non-Benzodiazepinen und Benzodiazepinen abhängig sind, aber nur wenige betrachten sich selbst als abhängig

und treten einen Entzug an. Anhand eines Drei-Phasen-Modells des Langzeitkonsums von Benzodiazepinen lassen sich die Widerstände gegen einen Entzug leicht umschiffen. Der Entzug gelingt allerdings nur dann, wenn einige pharmakologische Besonderheiten der Non-Benzodiazepine und Benzodiazepine berücksichtigt werden und auf die Besonderheiten der Menschen im Benzodiazepin-Entzug eingegangen wird. Das Seminar von Dr. Rüdiger Holzbach richtete sich an alle Berufsgruppen, die mit Medikamentenabhängigen in Beratung und Behandlung zu tun haben, und vermittelte die wesentlichen, oben skizzierten Grundzüge. Insbesondere die pharmakologischen Besonderheiten können auch beim Entzug von Benzodiazepinen bei polytoxikomanen Patienten angewandt werden.

Personalia:

In den Monaten seit Erscheinen des letzten Infobriefes, haben sich, u. a. bedingt durch die Situation als Ausbildungsklinik, einige personelle Veränderungen ergeben:

Frau Ellen Peters, seit 2008 in der Abteilung Suchtmedizin, zuletzt Stationsärztin der SW 03, hat im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung auf eine geschlossene allgemeinpsychiatrische Station gewechselt. Dafür ist Herr Ibrahim Elhag als Stationsarzt neu in der SW 03 tätig. Er absolviert sein psychiatrisches Weiterbildungsjahr als Neurologe.

Frau Irmtraud Waigand-Rüschenschmidt verlässt die Abteilung ebenfalls klinikintern und wechselt in die Abt. Gerontopsychiatrie. Sie war zunächst als „PIP-lerin“, dann als Diplom-Psychologin im Bereich der Warsteiner Alkoholentzugsstationen tätig. Ihr folgt Diplom-Psychologe Malik Mbamba nach, der zunächst in der Forensik in Eickelborn und danach mit geteilter Stelle in der Abteilung Gerontopsychiatrie der Klinik tätig war.

Herr Thomas Pieper, Sport- und Bewegungstherapeut am Standort Warstein, wechselte ins Lehramt am Evangelischen Gymnasium in Lippstadt. Mit Hilda Oel konnte eine „alte Bekannte“ nach Beendigung der Elternzeit wieder für die Suchtmedizin gewonnen werden. Zusätzliche Stunden übernehmen Herr Rainer Schorlau als Lauftherapeut und Frau Annika Seiferlin.

Fragen an den Nr.5 Sucht-Doktor



Es hat etwas länger gedauert als geplant, aber jetzt ist er da, der „neue Suchtdoktor“.

Ankündigung

Suchtbehandlung als „Insellösung“ in einer Fachklinik gehört Gott sei Dank schon lange der Vergangenheit an. Aber auch die „einfache Behandlungskette“ reicht inzwischen in vielen Fällen nicht aus. Suchtpatientinnen und -patienten bedürfen immer häufiger neben der Behandlung der eigentlichen Abhängigkeitserkrankung der Therapie weiterer Störungen, Beeinträchtigungen oder der Berücksichtigung spezieller Hintergründe. Ein differenziertes Netzwerk mit weiteren Behandlungs-, Therapie- oder Hilfemaßnahmen ist zwingend erforderlich, um den Behandlungserfolg nicht aufs Spiel zu setzen. Dieses Risiko minimieren verbindliche Kooperationen unterschiedlicher Anbieter.

Die Abteilung Suchtmedizin plant für den 30. März 2011 einen Fachtag zu dem Thema „Kooperationen in der Suchtbehandlung“. Neben einem Vortrag über medikamentöse Behandlung in der Sucht sollen bestehende Kooperationen vorgestellt werden zu den Themen:

- > Behandlung abhängigkeitskranker Migranten
- > Behandlung komorbider Störungen – Sucht und Psychose
- > Behandlung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker
- > und als „Alternativthema“ Behandlung Medikamentenabhängiger

Dieser Tag soll vornehmlich der Information und dem fachlichen Austausch dienen. Die Einladung und das Programm erhalten Sie etwa Mitte Februar per Post.

LWL-Rehabilitationszentrum Südwestfalen

Verkürzte Therapiezeiten für Abhängigkeitskranke

Mit Rundschreiben vom 28.07.2010 hat die Deutsche Rentenversicherung Westfalen über die Reduzierung der Regeltherapiedauer bei stationären und ganztägig ambulanten Leistungen für Abhängigkeitskranke informiert.

Seit diesem Zeitpunkt werden Leistungen bei Standardtherapien von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

- für Alkohol- und Medikamentenabhängige bis zu 14 Wochen (stationär) bzw. 12 Wochen (ganztägig ambulant) und
- für Drogenabhängige bis zu 22 Wochen (stationär) bzw. 20 Wochen (ganztägig ambulant) bewilligt.

In diesem Rundschreiben hat die DRV Westfalen auch darauf hingewiesen, dass die Leistungen im Rahmen des Budgets verlängert werden können. Das bedeutet, dass eine Verlängerung im Rahmen des Budgets nur bei Standardtherapien mit bewilligten Regeltherapiedauern von 14 bzw. 12 Wochen (Alkohol- und Medikamente) und 22 bzw. 20 Wochen (Drogen) möglich ist. Ausschließlich Regeltherapien finden bei der Budgetierung Berücksichtigung, da ein Budget erst ab 12 Wochen Behandlungsdauer gebildet wird.

Ausdrücklich nicht möglich ist eine Verlängerung im Rahmen des Budgets bei Wiederholungs- und Rückfallbehandlungen sowie Therapieversuchen. Letzteres bedeutet in der Praxis, dass für Wiederholungstherapien nur sechs bis maximal acht Wochen genehmigt werden. Dabei spielt es offensichtlich keine Rolle, wie lange die letzte Therapie zurückliegt (s. weiter unten).

Aus dieser neuen Regelung ergeben sich für die Fachkliniken, aber vor allem auch für die betroffenen Patientinnen und Patienten, nicht unerhebliche Probleme. Therapieinhalte kön-



Die Therapeutin Christel Mahlich erläutert den Wochentherapieplan.

nen nicht einfach gekürzt oder die Bearbeitung der Inhalte beschleunigt werden, denn mit dem bis dato gebotenen und auch zwingend erforderlichen Umfang hatten bereits nicht wenige Patientinnen und Patienten Probleme. Dabei muss man berücksichtigen, dass inzwischen deutlich über 80 Prozent der Abhängigen, die zu uns in die Therapie kommen, neben der Suchterkrankung weitere Störungen, Beeinträchtigungen oder spezielle Hintergründe (z. B. Migrationsproblematik) mitbringen. Am Beispiel der folgenden zwei skizzierten Fälle wollen wir aufzeigen, welche Auswirkungen diese Kürzungen seitens der Leistungsträger für die Betroffenen haben können.

Krisensituationen können längere Behandlungszeiten erfordern

Frau S.* ist alkoholabhängig und beginnt ihre stationäre Therapie vor Inkrafttreten der neuen Regelung. Sie bekommt eine Kostenzusage für 16 Wochen. Es ist die erste Therapie von Frau S.. Somit steht erst einmal im Vordergrund, Akzeptanz der Erkrankung zu schaffen und Hintergründe und Zusammenhänge, aber auch Auswirkungen zu beleuchten. Im Verlauf der nächsten Wochen wird deutlich, dass Frau S. über wenig Eigenständigkeit, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein verfügt. Sie hat ihr Leben weitestgehend am Partner und dessen Vorgaben ausgerichtet. Überspitzt formuliert: „Er war der Chef und ich hab’ seine Vorgaben erfüllt, bzw. es versucht.“ Aber das hat sie – Tendenz zuneh-

mend – nur unter Einfluss von Alkohol ertragen, wobei die Trinkmenge langsam aber stetig größer wurde, was wiederum dazu führte, dass sie die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllen konnte. Das hatte dann immer häufiger Kritik des Partners und Probleme in der Beziehung zur Folge.

Ein Angehörigengespräch unter Beteiligung von Frau S., ihrem Mann und dem Bezugstherapeuten (ausgebildet in systemischer Familientherapie) zeigte deutlich auf, dass eine Fortführung der Ehe die dauerhafte Abstinenz von Frau S. erheblich in Frage stellen würde. Zumal der Mann deutlich zum Ausdruck brachte, dass er selbst kein Interesse hatte und auch keine Notwendigkeit sah, an seiner „Chef-Rolle“ etwas zu ändern. Die einzig tragfähige Konsequenz daraus war die Trennung. Aber das musste Frau S. erst einmal erkennen und für sich akzeptieren. Erst danach konnte die entsprechende Entscheidung umgesetzt werden und die daraus resultierenden Schritte für sie auch Erfolg versprechend sein.

Nach einiger Bedenkzeit entschloss sich Frau S., „Nägel mit Köpfen zu machen“ und noch während der Therapie eine eigene Wohnung zu suchen, um nach ihrer Entlassung ein eigenständiges Leben zu führen. Doch kurz darauf reagierte sie mit heftigen Angstzuständen. Sie wurde so sehr von Zweifeln geplagt, ob sie allein zu recht kommen würde, dass sie eigent-

lich nur noch diese Gedanken im Kopf hatte. Sie war durch die vergangenen Jahre geprägt, immer war jemand da gewesen, der ihr gesagt hatte, was sie zu tun oder auch zu lassen hatte. So war sie kurz davor, ihre Entscheidung, sich von ihrem Mann zu trennen, wieder rückgängig zu machen, denn ihre Ängste und Zweifel waren so stark ausgeprägt, dass sie u.a. an erheblichen Schlafstörungen litt.

Für ihren Therapeuten war klar, dass zu diesem Zeitpunkt der Therapieerfolg stark gefährdet war - aber das Entlassungsdatum rückte immer näher. Weitere Gespräche führten dann dazu, dass Frau S. selbst nach der Möglichkeit einer Therapieverlängerung fragte. Sie wollte die zusätzliche Zeit nutzen, um sich intensiv mit ihrem mangelnden Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein, aber auch mit ihrer schwach ausgebildeten Eigenständigkeit zu beschäftigen, um so ihre Ängste und Zweifel in den Griff zu bekommen. Mit dieser Zielsetzung wurde dann rechtzeitig eine vierwöchige Verlängerung der Therapie beantragt und ohne Einschränkung vom Leistungsträger genehmigt.

Gleichzeitig ist es gelungen, einen heimischen Betrieb zu finden, in dem Frau S. im Sinne der Arbeitserprobung stundenweise in ihrem erlernten Beruf (in dem sie über viele Jahre nicht mehr tätig war) Erfahrung sammeln kann. So kann sie einerseits überprüfen, ob sie den heutigen beruflichen-technischen Anforderungen gewachsen ist, und andererseits im Umgang mit Kunden in den Bereichen Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit und Eigenständigkeit ihre Kompetenzen stärken. Zum jetzigen Zeitpunkt kann man diesbezüglich bereits eine deut-

lich positive Entwicklung feststellen. Das Behandlungsteam ist überzeugt, dass Frau S. die Therapie mit gutem Erfolg beenden und dann „ihren Weg gehen“ wird.

Bei Wiederholungstherapie keine Verlängerung möglich

Herr X.* hat bereits vor ca. zwölf Jahren eine Entwöhnungstherapie gemacht. Danach war er wieder voll erwerbstätig und hat einige Jahre abstinente gelebt. Nach etwa sieben Jahren kam es dann zum Rückfall. Zunächst ohne weitere Konsequenzen. Doch die Rückfälle häuften sich mit der Zeit, und irgendwann musste er wieder täglich Alkohol trinken. Seine „Selbstversuche“ und auch ambulante Maßnahmen zeigten nur kurze Zeit Wirkung, dann wurde er wieder rückfällig. Letztendlich entschloss er sich im August dieses Jahres, noch einmal eine stationäre Entwöhnungstherapie zu machen. Die DRV Westfalen als zuständiger Leistungsträger genehmigte zu seiner Überraschung nur acht Wochen, weil es sich um eine Wiederholungs- bzw. Rückfalltherapie handelte. Doch er ließ sich nicht beirren und trat ordnungsgemäß die Therapie an. Schnell wurde deutlich, dass Herr X. noch an einer zusätzlichen Störung litt. Es wurde eine manifeste Angststörung mit Panikattacken diagnostiziert. Diese Angststörung hatte unter anderem zur Folge, dass Herr X. nicht mehr auf Leitern oder Gerüsten arbeiten konnte. Sie beeinflusste nicht nur sein Trinkverhalten, sie hatte auch erhebliche Auswirkungen auf die Ausübung seines Berufes, denn Herr X. war im Baugewerbe tätig.

In der Vergangenheit wäre diese Situation nicht sehr außergewöhnlich für die zuständigen Therapeuten gewesen, da die Fachklinik Stillenberg auf solche Formen der Komorbidität eingestellt ist und die Therapie in einer Station entsprechend ausgerichtet hat. Hier werden beide Störungen parallel behandelt, was aber eine Mindesttherapiedauer von 16 Wochen voraussetzt.

Natürlich haben die Verantwortlichen sofort versucht, eine Verlängerung der Therapie zu erreichen. Leider aber wurden die Anträge abgelehnt, da es sich um eine Wiederholungstherapie handelte. Auch der Hinweis seitens des Leistungsträgers, die Angststörung könne heimatnah ambulant be-

handelt werden, war nicht wirklich hilfreich. Denn trotz Intervention der Therapeuten und des Chefarztes wurde ein ambulanter Termin in Heimatnähe für frühestens in einem Jahr in Aussicht gestellt. Also bleibt de facto keine andere Wahl, als eine intensive achtwöchige Suchttherapie durchzuführen, in Verbindung mit einer parallelen „Anbehandlung“ der Angststörung, in der Hoffnung, dass Herr X. soviel Kraft und „Handwerkszeug“ mitnimmt, dass er die Zeit bis zum Beginn der ambulanten Therapie seiner Angststörung unbeschadet übersteht.

Wir haben an dieser Stelle die beiden Fälle in Verbindung mit der Neuregelung der DRV Westfalen skizziert, nicht um hier ein allgemeines Klagelied anzustimmen oder (sicherlich berechnete) Diskussionen anzuregen. Wir erleben zur Zeit häufig, dass diese Regelung noch weitestgehend unbekannt ist. So möchten wir Sie einerseits informieren, Sie gleichzeitig aber auch bitten, diese Information an Ihre Klienten, die Sie beraten, behandeln, betreuen oder begleiten, weiterzugeben. Natürlich galt auch in der Vergangenheit, dass eine Therapie nur Aussicht auf Erfolg hatte, wenn die Betroffenen entsprechend motiviert waren und das nötige Krankheitsverständnis mitbrachten, bzw. Letzteres in der Anfangsphase der Behandlung hergestellt werden konnte. Ebenso war die aktive engagierte Mitwirkung in der Therapie eine Grundvoraussetzung, die Behandlung bis zum Ende durchzuführen. Aber wir wissen auch, dass in den „Kreisen der Betroffenen“ immer noch die Devise gilt: „Wenn es beim ersten Mal nicht klappt, dann nimmst du eben einen weiteren Anlauf.“ Diese Devise kann jetzt fatale Folgen haben. Daher gilt es mehr denn je, aufzuklären und aufzufordern, eine bewilligte Therapie mit der entsprechenden Ernsthaftigkeit, Energie und Wertschätzung anzutreten. * Die Namen wurden geändert.

Ankündigung

Die 16. Stillenberger Gespräche finden statt am 25. Mai 2011. Thema wird sein „Sex and Drugs and Rock and Roll – Sucht, Sexualität und seelische Gesundheit“. Es erwartet Sie eine interessante, spannende Suchtfachtagung zu einem Thema, das in der Suchthilfe (immer noch) weitgehend ausgeblendet wird.

Impressum

Herausgeber

LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt
Abt. Suchtmedizin und LWL-Rehabilitationszentrum Südwestfalen

Verantwortlich / Redaktion

Friedel Harnacke,
Öffentlichkeitsbeauftragter

Satz

Thorsten Jordan/Ulrich Fobbe

Copy

Hubert Joest

Information

Friedel Harnacke

Telefon (02902) 82-1777

Fax (02902) 82-1779

E-Mail f.harnacke@wkp-lwl.org