

Infobrief

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

15. Ausgabe

Dezember 2012

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 2013!

Wir wollen Ihnen 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



Bertrand Evertz
Chefarzt Rehabilitationszentrum
Südwestfalen



Friedel Harnacke
Öffentlichkeitsbeauftragter



Das Ende des qualifizierten Entzugs in Deutschland?

In den somatischen Krankenhäusern wird schon seit Jahren im Rahmen des DRG-Systems mit Fallpauschalen gearbeitet. 2013 beginnt auch in der Psychiatrie die schrittweise Umstellung auf ein solches System unter der Überschrift „Pauschalisiertes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP). Suchterkrankungen werden demnach, unabhängig von der Substanz, in zwei Schweregrade eingeteilt. Mit fortschreitender Dauer der Behandlung wird das Entgelt reduziert, ohne Berücksichtigung von eventuell auftretenden Komplikationen bzw. schweren Verläufen. Dies bedeutet zum Beispiel für einfache Suchterkrankungen, dass die ersten sechs Tage mit dem Faktor 1,3 multipliziert werden, vom siebten bis zum elften Tag nur noch mit

einem Faktor in der Größenordnung von 1,0 und die nachfolgenden Tage dann nur noch mit ca. 0,8. Das finanzielle Anreizsystem ist also darauf angelegt, Patienten nur möglichst kurz in der Behandlung zu behalten.

Ein fachfremdes weiteres Instrument beim pauschalisierten Entgeltsystem ist die „Fallzusammenführung“. Wird ein Patient innerhalb von 21 Tagen nach Entlassung wieder aufgenommen, wird nicht wieder mit dem höheren Berechnungsfaktor der ersten sechs Tage begonnen, sondern die Behandlungsdauer vom vorausgegangenen Aufenthalt wird angerechnet. So ist automatisch nur noch ein niedriger Erlös zu erzielen. Damit wird nicht nur für die Suchtmedizin, sondern

für alle psychiatrischen Disziplinen die Errungenschaft komplexer Behandlungsangebote und angemessener stationärer Behandlungsdauern mit einem Schlag zerstört. Es entsteht ein ethisch und moralisch nicht zu rechtfertigender Druck und Gewissenskonflikt, ausgelöst durch die Verantwortung gegenüber dem einzelnen Patienten einerseits und den wirtschaftlichen Interessen der Klinik andererseits.

Finanziell „unattraktive Patienten“ tragen dann das Risiko, dass sie gar nicht mehr zur Behandlung aufgenommen werden. Was dies für psychisch kranke Menschen bedeutet, kann sich jeder, der mit Betroffenen arbeitet, ohne Weiteres ausmalen. Die Politik offensichtlich nicht. Die gewachsene Akzeptanz für psychi-

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

sche Erkrankungen in der Bevölkerung hat zu einer häufigeren Diagnosestellung und damit auch zu einer häufigeren Behandlung geführt. Die Politik entscheidet nun für die Gesellschaft, dass diese Kosten nicht gewünscht werden. Es ist an der Zeit, dass wir als Gesellschaft der Politik deutlich machen, dass eine solche menschenverachtende Politik nicht erwünscht ist.

Für die Abteilung Suchtmedizin der LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt werden diese Neuerungen im Jahr 2013 noch nicht greifen, so dass wir wie bisher behandeln können und jeden Tag längere durchschnittliche Verweildauer in der Klinik im Sinne von Haltekraft als Qualitätsfaktor unserer Arbeit sehen werden. Bis 2017 werden die finanziellen Auswirkungen des veränderten Finanzierungssystems die beiden Kliniken aber stufenweise immer härter tref-

Neuer Flyer aus der Serie „Fragen an den Suchtdoktor“

Der neue Flyer mit dem Titel **„Entzug und Suchtdruck – Alles Kopfsache?!“** informiert über Möglichkeiten sowohl Entzugserscheinungen als auch Suchtdruck nicht nur einfach hinzunehmen, sondern aktiv zu werden und den Druck zumindest erträglich zu gestalten und so die potentielle Rückfallgefahr zu minimieren.

Der Flyer kann ab Anfang März beim Öffentlichkeitsbeauftragten Sucht (s. Impressum) bestellt werden.



fen. Nun hoffen wir, dass die Politik aufgrund der massiven Proteste der Fachverbände und hoffentlich auch einer breiten Öffentlichkeit uns auch zukünftig ermöglichen wird, einen qua-

lifizierten Entzug mit Motivationsbehandlung, Behandlung von Begleiterkrankungen, Klärung psychosozialer Probleme und Direktverlegung in die Reha zu ermöglichen.

Erste Ergebnisse der Lippstädter Benzodiazepinstudie

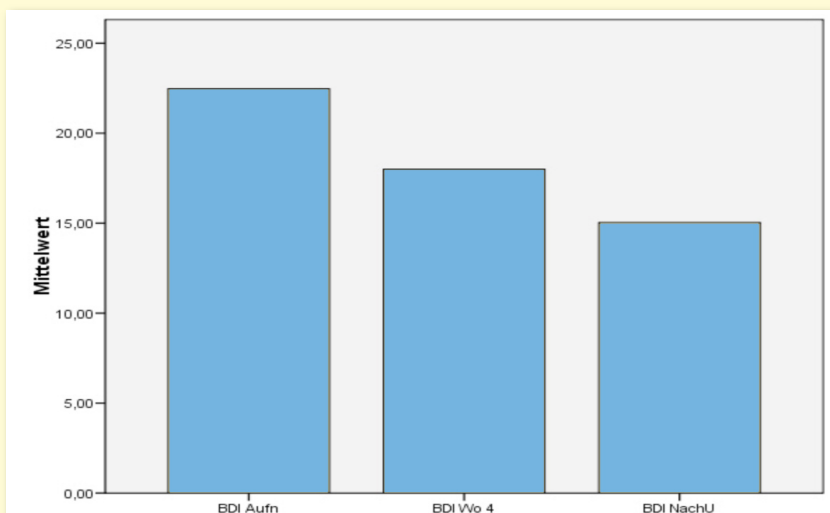
Seit rund acht Jahren erfolgt mittlerweile am Standort Lippstadt die Behandlung von „reinen“ Medikamentenabhängigen. Weiterhin ist dieses Angebot bundesweit einmalig, und in vielen Reportagen in Radio, Fernsehen und Printmedien wurde in den letzten Jahren darüber berichtet. Auch der Besuch der Bundesdrogenbeauftragten Frau Dyckmans 2011 in Lippstadt erfolgte vor dem Hinter-

grund dieses Schwerpunktes (2012 besuchte sie außerdem den Standort Warstein wegen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojektes für suchtkranke Migranten).

Nachfolgend sollen erste Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitforschung im Rahmen der Behandlung von Medikamentenabhängigen vorgestellt werden, die in Kooperation mit

dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) erfolgte. Dazu wurden 101 Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Krankheitsanamnese, Begleitstörungen, dem Entzug und dem ersten halben Jahr nach der Krankenhausentlassung befragt.

Im Schnitt waren die Behandelten 50 Jahre alt, seit mehr als acht Jahren abhängig und 61 Prozent waren Frauen. Über 80 Prozent schlossen den Entzug ab. Zum Entlass-Zeitpunkt sahen 84 Prozent aller Patienten (unter Einschluss derjenigen, die vorzeitig gingen) ihren psychischen Zustand als besser oder sehr verbessert im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt an. Die Patienten verbesserten sich auch im Hinblick auf depressive Symptome, gemessen mit dem BDI, bei dem Werte ab 20 Punkte als eine depressive Störung gewertet werden (s. Grafik). Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung sechs Monate später waren 63 Prozent abstinent (50 Prozent durchgängig).



Posttraumatische Belastungsstörungen

Bereits im letzten Infobrief haben wir darauf hingewiesen, dass wir am Standort Lippstadt-Benninghausen parallel zur Entzugsbehandlung eine Anbehandlung posttraumatischer Belastungsstörungen planen. Bei der Einführung erster Behandlungsbau- steine zeigte sich, dass viele der Betroffenen einer solchen Behandlung überraschender Weise kritisch gegen- über standen. So fühlten sich zum Beispiel einige Patientinnen und Pa- tienten von den Mitpatienten unter Druck gesetzt, doch mal zu erzäh- len, warum sie in die „Traumagrup- pe“ gehen würden. Dies führte zum Teil zu vermehrten Symptomen der Traumastörung. Es gab auch Patien- ten, die aufgrund der Vorerfahrung mit Therapeuten in anderen Entzugs- einrichtungen ihre Traumastörung eher dissimulierten, um mit ihren Er- innerungen und dem damit verbun- denen Gefühlschaos nicht wieder konfrontiert zu werden.

Wir haben uns deshalb entschieden, den Schwerpunkt noch mehr als schon im Ansatz geplant, auf Stabi- lisierungstechniken und psychoedu- kative Maßnahmen zu konzentrie- ren. Dafür werden Infogruppen ein- geführt zu den häufigsten psychiatri- schen Begleit- bzw. Grundstörungen sowie Info-Poster in der Station auf- gehängt. Dabei werden den Patien- ten Ursachen, Symptome, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten der verschiedenen Krankheitsbilder er- läutert. Die Patienten können sich dann anhand dieser Informationen selbst entscheiden, ob sie das Thema im ärztlichen bzw. therapeutischen Gespräch vertiefen wollen. Die klas- sischen Entspannungsverfahren wer- den zugunsten von Stabilisierungs- übungen zurückgefahren. Darüber hinaus erfolgt eine sehr differenzier- te, störungsspezifische Psychophar- makotherapie, sofern die Betroffen- en dies für sich zumindest als eine mittelfristige Perspektive wahrneh- men wollen. Außerdem wird bei der Vermittlung in eine Entwöhnungs- therapie zusätzlich zu den Wünschen der Patientinnen und Patienten auch die Begleitstörung verstärkt berück- sichtigt.

LWL-Rehabilitations- zentrum Südwestfalen

Vakante Chefarztstelle wieder besetzt

Nach dem Weggang von Dr. Thomas W. Heinz konnte die vakante Chef- arztstelle „im Stillenberg“ nach nur drei Monaten wieder neu besetzt wer- den.

Nach bundesweiter Ausschreibung, die eine ansehnliche Bewerberzahl zur Folge hatte, haben sich der Land- schaftsverband Westfalen-Lippe und die hiesige Betriebsleitung für den Facharzt Bertrand Evertz entschieden. Seit dem 1. Oktober ist nun Herr Evertz neuer Chefarzt des LWL-Rehabilitati- onszentrums Südwestfalen.

Bereits nach kurzer Zeit wurde deut- lich, dass Herr Evertz nicht nur fundier- tes Fachwissen und umfangreiche Er- fahrungen in der Behandlung und Therapie von Abhängigkeitskranken mitbringt, sondern auch ein hohes Maß an sozialer Kompetenz.

An dieser Stelle aber auch ein herzli- ches Dankeschön an Frau Dr. Irene Faupel, die in der Zwischenzeit die kommissarische Leitung „des Stillen- berges“ übernommen hatte.



Bertrand Evertz stellt sich vor

Liebe Leserinnen und Leser,

nachdem ich nun zehn Wochen im LWL-Rehabilitationszentrum Südwest- falen tätig bin, nutze ich gerne die Gelegenheit, mich Ihnen in diesem In- fobrief kurz vorzustellen, damit Sie sich ein erstes Bild von meinen Zielset- zungen und Anliegen für unsere Ein- richtung sowie die Zusammenarbeit im Suchhilfenetzwerk machen kön- nen.

Die Behandlung von Suchtpatienten ist mir seit meiner frühen Assistenzarzt- zeit in der Schweiz ein besonderes An- liegen, nicht nur, weil ich die Gele- genheit hatte, schon in den ersten Be-

rufsjahren intensiv psychiatrisch und psychotherapeutisch mit ihnen arbei- ten zu dürfen, sondern auch, weil ich den Weg unserer Klienten aus ihrer Sucht heraus - so schwer er auch sein mag - immer wieder als menschlich bewundernswert und erfüllend erle- be.

Auch fachlich habe ich schon zu den Zeiten, als die Auseinandersetzung mit Suchterkrankungen auch in man- chen Bereichen der Psychiatrie eher ein Nebendasein führte, die Heraus- forderungen durch die vielschichtige Problematik der Betroffenen ge- schätzt. Dabei habe ich schnell festge- stellt, dass die Diagnostik und Thera-

pie der psychiatrischen Begleiterkrankungen besondere Sorgfalt und Aufmerksamkeit erfordert. Als persönliche Arbeitsschwerpunkte habe ich mich über die Jahre besonders im Bereich der komorbiden depressiven Erkrankungen und der Traumafolgestörungen, die bis heute im Vorfeld der Therapien noch deutlich unterdiagnostiziert werden, konzentriert. In verschiedenen Kliniken habe ich als Ober- oder Chefarzt entsprechende Therapiekonzepte eingeführt.

Trotz dieser Schwerpunkte halte ich es für sehr wichtig, sowohl als Arzt wie auch als Therapeut, in der Suchtbehandlung ein Generalist zu bleiben. Deshalb habe ich auch im Laufe meines Berufslebens praktisch in allen Settings und mit verschiedenen

Zielsetzungen (ambulant vs. stationär, legale vs. illegale Suchtmittel, akut vs. rehabilitativ, abstinenzorientiert vs. schadensmindernd) gearbeitet. Mein Herz schlägt aber letztlich für die Rehabilitation, da ich die dort gefestigte und weiter gelebte Abstinenz der Klienten für etwas sehr Wertvolles halte.

Die jetzige Stelle in Warstein erlebe ich wie ein Geschenk, da ich hier meine Vorerfahrungen vielfältig nutzen kann, auf ein ausgezeichnetes Team und eine beispielhafte Vernetzung sowohl innerhalb des LWL wie auch mit dem weitläufigen Suchthilfesystem bauen kann und eine sehr gute Unterstützung der Betriebsleitung erlebe. Somit bin ich in Warstein "angekommen".

Herzlichst, Ihr Bertrand Evertz

Ankündigung

Veranstaltung zur Einführung von Herrn Bertrand Evertz als Chefarzt

Für den 30. 01. 2013 ist eine halbtägige Veranstaltung anlässlich der Einführung des neuen Chefarztes Herrn Bertrand Evertz geplant. Thema der Veranstaltung „Komorbidität und Teilhabe bei Alkoholkranken“.

Weitere Informationen bekommen Sie über den Öffentlichkeitsbeauftragten Sucht (s. Impressum).

Das Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Wie die Posttraumatische Belastungsstörung gehören die Hyperaktiven Störungen, insbesondere das Vollbild eines ADHS, zu den etwas unbekannteren, aber wichtigen komorbiden psychiatrischen Krankheitsbildern. Die von ADHS betroffenen Menschen, meist männliche Kinder und Jugendliche, zeigen ein doppelt bis vierfach so hohes Risiko, später an einer Sucht zu erkranken, wobei Suchtmittel wie Cannabis, Amphetamine und Alkohol, die von den Betroffenen meist als deutlich symptomlindernd empfunden werden, im Vordergrund stehen. Neuere Studien gehen davon aus, dass bis zu einem Viertel der Suchtkranken ein zusätzliches ADHS aufweisen, was mit schwereren Verläufen und einer schlechteren Prognose einhergeht, insbesondere, wenn das ADHS unbehandelt bleibt. Im Rehabilitationszentrum Südwestfalen le-

gen wir daher großen Wert darauf, Patienten mit unerkanntem ADHS durch eine eingehende Krankheits- und Kindheitsanamnese und die genaue klinische Beobachtung zu ermitteln, wobei in unklaren Fällen eine erweiterte testpsychologische Abklärung hilfreich sein kann. Liegt tatsächlich ein ADHS vor, ist bereits die eingehende Aufklärung über die Diagnose und die Vermittlung der Zusammenhänge zwischen den Symptomen des ADHS und des Suchtmittelkonsums als wichtiger therapeutischer Schritt zu werten, der die Krankheitsbewältigung erheblich erleichtert. Die Klienten werden dadurch zudem ermutigt, sich in der Therapie mit den ADHS-spezifischen Verhaltensproblemen gezielt auseinander zu setzen.

Während in leichteren Fällen die verhaltenstherapeutisch ausgerichtete

Mitbehandlung im Rahmen der laufenden Psychotherapie ausreichen kann, sollte in schwereren Fällen die Möglichkeit einer medikamentösen Therapie geprüft werden. Dabei ist zu beachten, dass das ADHS durch Medikamente nicht zur Ausheilung gebracht werden kann, sondern nur die belastenden Symptome gelindert werden können, so dass das Risiko-Nutzen-Verhältnis sorgfältig abgewogen werden muss.

Umstritten ist der Einsatz von Methylphenidat (Ritalin), da dieser Wirkstoff als Amphetaminderivat bei Suchtkranken zur Suchtverlagerung führen kann. Als oft sehr gut wirksame und nebenwirkungsarme Alternative bieten sich dagegen noradrenerg wirkende Antidepressiva oder auch das neuere ADHS-Medikament Atomoxetin (Strattera) an, das ebenfalls kein Abhängigkeitspotenzial besitzt.

Eine weitere Besonderheit bei ADHS-betroffenen Suchtpatienten sind die aus frühen Schul- und Verhaltensproblemen resultierenden Brüche in der beruflichen Entwicklung, so dass die berufliche Wiedereingliederung einen besonders hohen Stellenwert hat. Hier bietet die Fachklinik Stillenberg neben verschiedenen Arbeitstherapieangeboten auch externe Praktika an, um realistische Belastungserprobungen durchführen zu können.

Impressum

Herausgeber

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

Verantwortlich / Redaktion

Friedel Harnacke, Öffentlichkeitsbeauftragter

Satz Druck Information

Heinz-Ulrich Fobbe
Hubert Joest
Friedel Harnacke
Telefon (02902) 82-1777
Fax (02902) 82-1779
f.harnacke@wkp-lwl.org

E-Mail