



FORTBILDUNG SUCHTMEDIZIN HERAUSFORDERUNGEN DER STATIONÄREN SUCHTTHERAPIE

**Wünschenswertes in der
Zusammenarbeit zwischen
stationärem und ambulanten Setting**



Dr. med. Peter Schwörer
Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen
Psychiatrische Dienste

«TRUNKSUCHT UNHEILBAR»

Bis weit ins 19. Jahrhundert hinein galt Trunksucht als unheilbar

- Alkoholiker wurden ins Arbeitshaus gesteckt, wo Züchtigungen gang und gäbe waren**
- An Irrenanstalten wurden geschlossene Abteilungen errichtet und Alkoholkranke dort Interniert**
- Zugleich: Alkohol, insbesondere Wein, galt als wichtiges Pharmakon**

TRINKERASYLE UND TRINKERHEILSTÄTTEN

**Erste Trinkerheilstätte der Schweiz 1855
«Pilgerhütte» in St. Chrischona bei Basel.**

□ Auguste Forel gründet zusammen mit Eugen Bleuler im Jahre 1888 die erste moderne Trinkerheilstätte in der Schweiz in Ellikon.

□ 1891 wird die Heilstätte Nüchtern gegründet. Danach folgen weitere Gründungen.

□ Kantone gliedern ihren Arbeits- und Korrektionshäusern besondere Abteilungen für «unheilbare» Trinker an.

THERAPIEKONZEPT IN HEILSTÄTTEN

Die 3 A's:

- Abgeschiedenheit
- Arbeit
- Andacht

→ Ora et labora +Abstinenz

- Zumeist genormte Aufenthalte von mindestens 6 Monaten
- Leiter der Heilstätte ist ein Hausvater

AUFBAU DER STATIONÄREN DROGENTHERAPIEN

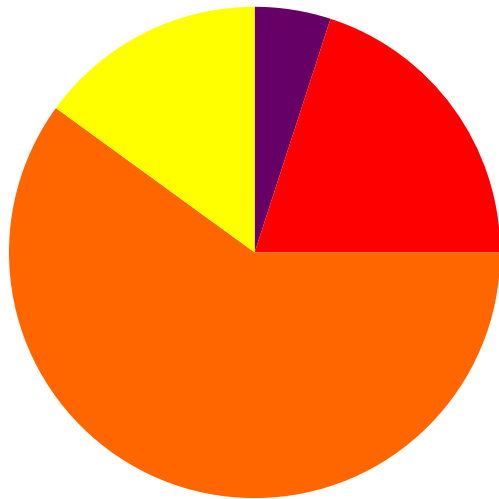
In den 1970er-Jahren war die Sozialpsychiatrie für die Konsumenten illegaler psychoaktiver Substanzen zuständig.

In der Schweiz besteht seit 1975 eine gesetzliche Grundlage zur Behandlung opioidabhängiger Personen mit dem Substitutionsmittel Methadon.

In den 1980er- bis 1990er Jahren wurde der Ausbau von stationären Entzugs- und Rehabilitationsangeboten für Menschen mit Suchterkrankung vorangetrieben.

Überwiegend unter privater Trägerschaft entstanden zahlreiche kleinere und grössere therapeutische Wohngemeinschaften (TWGs).

ALKOHOL: KONSUMMUSTER UND -GEWOHNHEITEN



- Alkoholabhängigkeit 5 %
- Problematischer Konsum 20 %
- Risikoarmer Konsum 60 %
- Abstinent 15 %

In Anlehnung an: <http://www.fosumos.ch/index.php/de/alkohol>

Psychiatrische
Dienste

solothurner
spitäler **so** **H**

Geschätzte Anzahl abhängiger
Personen (2007)



250'000 Alkoholabhängige

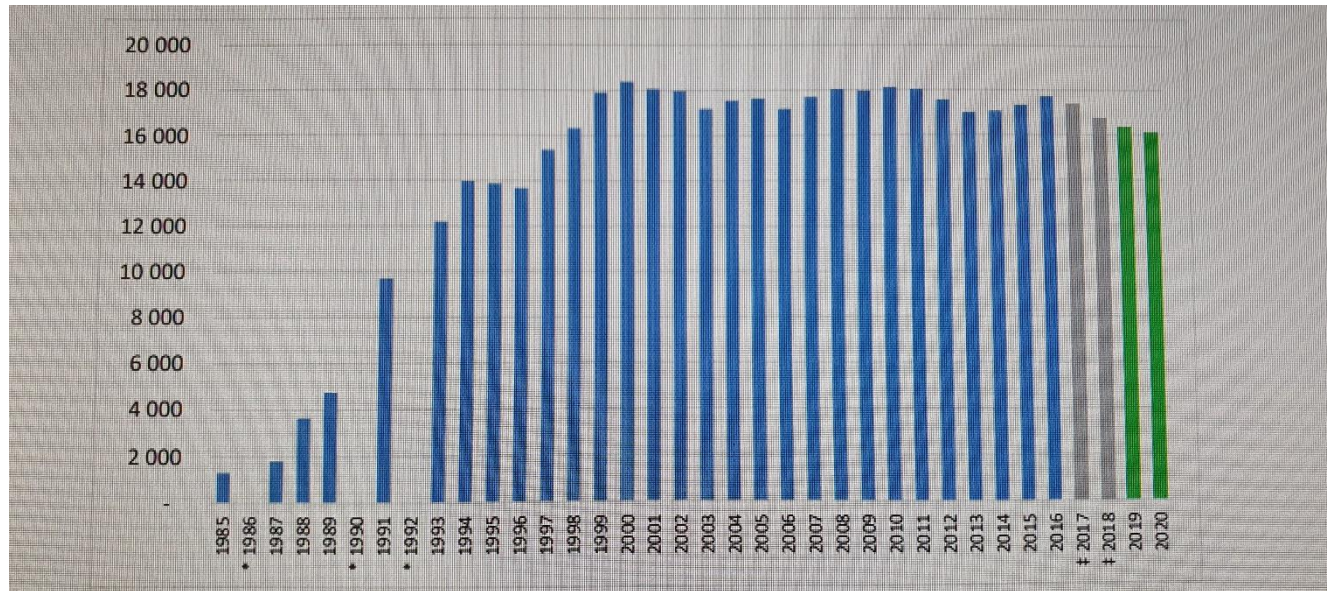
Quelle: Kuendig, 2010

Psychiatrische
Dienste

solothurner
spitäler **so** **H**

ANZAHL DER PERSONEN IN SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG, 1985-2020

SUCHTSCHWEIZ / ACT-INFO



ANZAHL DER PERSONEN IN SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG, NACH GESCHLECHT UND KANTON (2020)

SUCHTSCHWEIZ / ACT-INFO

Kanton	Männer	Frauen	unbekannt	Total
Total *	11'685	4'330	129	16'144
AG	516	221	0	737
AI	2	0	0	2
AR	84	35	0	119
BE	1'882	703	0	2'585
BL	303	104	0	407
BS	655	293	0	948
FR	432	102	0	534
GE	906	302	0	1'208
GL	57	15	0	72
GR	213	69	0	282
JU	88	41	0	129
LU	541	197	0	738
NE	441	178	0	619
NW	25	7	0	32
OW	29	10	0	39
SG	658	181	0	839
SH	74	23	0	97
SO	469	182	0	651
SZ	55	22	0	77
TG	289	109	0	398
TI	708	225	0	933
UR	10	2	0	12
VD	1'160	473	0	1'633
VS	307	76	0	383
ZG	55	20	3	78
ZH	1'945	797	126	2'868
Doppelerfassungen	-219	-57	0	-276

Anmerkung: * Total ohne Doppelerfassungen.

Psychiatrische
Dienste

solothurner
spitäler **so**H

ANTEIL DER VERSCHREIBUNGEN NACH ZUSATZMEDIKATION, NACH ART DES BEHANDLUNGSEINTRITTS + GESCHLECHT(2020)

SUCHTSCHWEIZ/ACT-INFO

	Total			Erstbehandlung		Wiederaufnahme	
	Total	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
N	929	670	259	178	84	492	175
Keine	36.2%	37.5%	32.8%	42.7%	29.8%	35.6%	34.3%
Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit	29.6%	29.7%	29.3%	29.2%	28.6%	29.9%	29.7%
Antidepressiva	20.5%	18.5%	25.5%	20.8%	22.6%	17.7%	26.9%
Neuroleptika	19.6%	18.8%	21.6%	16.3%	25.0%	19.7%	20.0%
Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit	11.3%	11.5%	10.8%	9.6%	9.5%	12.2%	11.4%
Andere Beruhigungsmittel/ Schlafmittel/ Sedativa	10.2%	9.0%	13.5%	5.6%	8.3%	10.2%	16.0%
Psychostimulanzien (z.B. Ritalin®, Modasomil®)	6.0%	5.8%	6.6%	5.1%	4.8%	6.1%	7.4%
Antiepileptika	4.2%	3.9%	5.0%	3.9%	3.6%	3.9%	5.7%
Opioide Analgetika	2.9%	2.8%	3.1%	3.9%	3.6%	2.4%	2.9%

Anmerkungen: Auswahl von Datensätzen, die mindestens eine der oben genannten Kategorien enthalten; Vertretene Kantone: AG, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS.

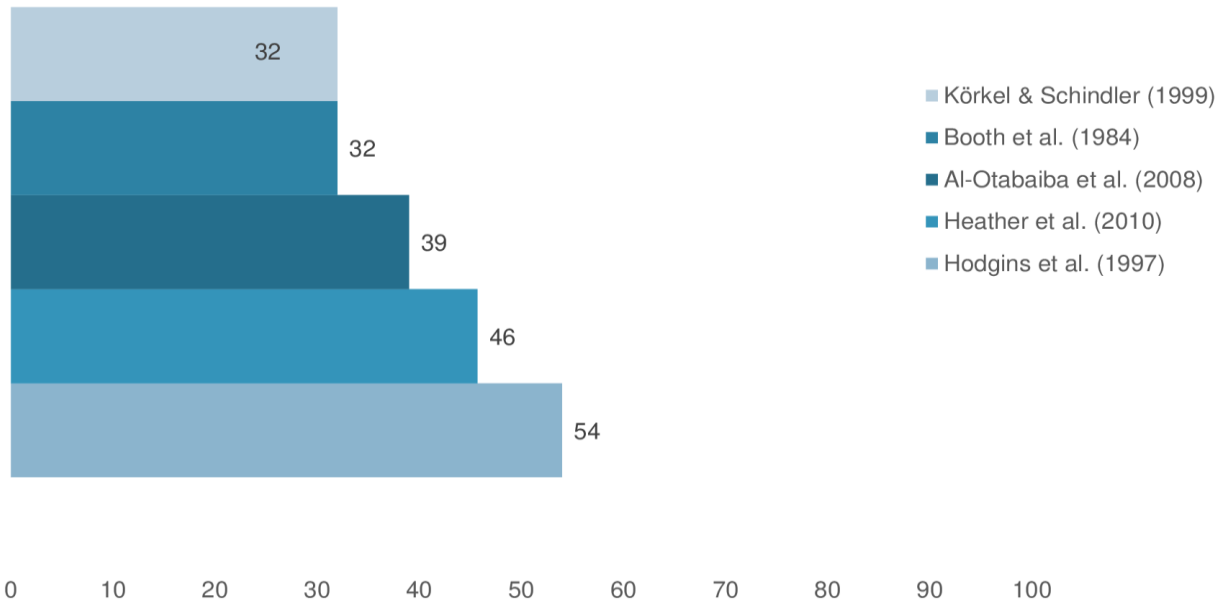
STATIONÄRE SUCHTTHERAPIE – GESTERN UND HEUTE

Die Erwartungen an die stationäre Suchttherapie waren schon immer hoch. Früher stand die Erreichung der Abstinenz im Vordergrund, heute sind die Ziele differenzierter und weniger normativ geworden.

Gleichzeitig wurden auch die Rahmenbedingungen für die stationären Institutionen komplexer und die Bedürfnisse der Patienten veränderten sich.

Fehlplatzierungen

Bis zu 50% der PatientInnen in **stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung** streben **nicht** das Ziel der Abstinenz an



ZIELOFFENE HALTUNG

- «Ich bin auf kein Änderungsziel (z.B. Abstinenz) festgelegt.»
- «Ich traue suchtbelasteten Menschen zu, die für sie richtigen Entscheidungen treffen zu können.»
- Ich achte die Autonomie meines Gegenübers bzgl. Ziel und Behandlungsweg
- Ich halte meinen Rechthaberreflex in Schach.

Definition „Zieloffene Suchtarbeit“ (ZOS)

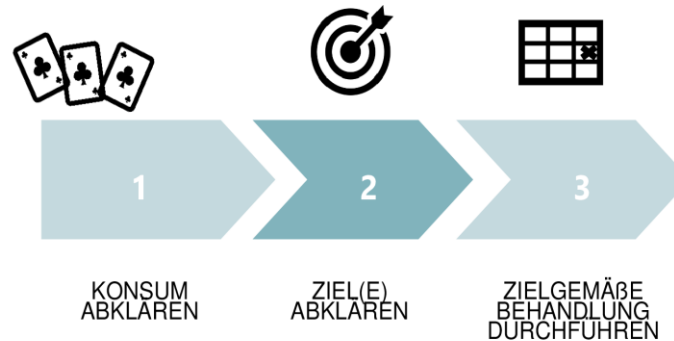
„*Zieloffene Suchtarbeit* (ZOS) bedeutet, mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer **Veränderung** ihres problematischen Suchtmittelkonsums **zu arbeiten**, und zwar auf das Ziel hin, das **sie sich selbst setzen.**“

Körkel (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15, 165-173.

PRAKTISCHE UMSETZUNG

Drei Schritte der praktischen Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit

22



... und alles im Geist („MI spirit“) und mit der Methodenkombination („MI style“) des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick 2013)

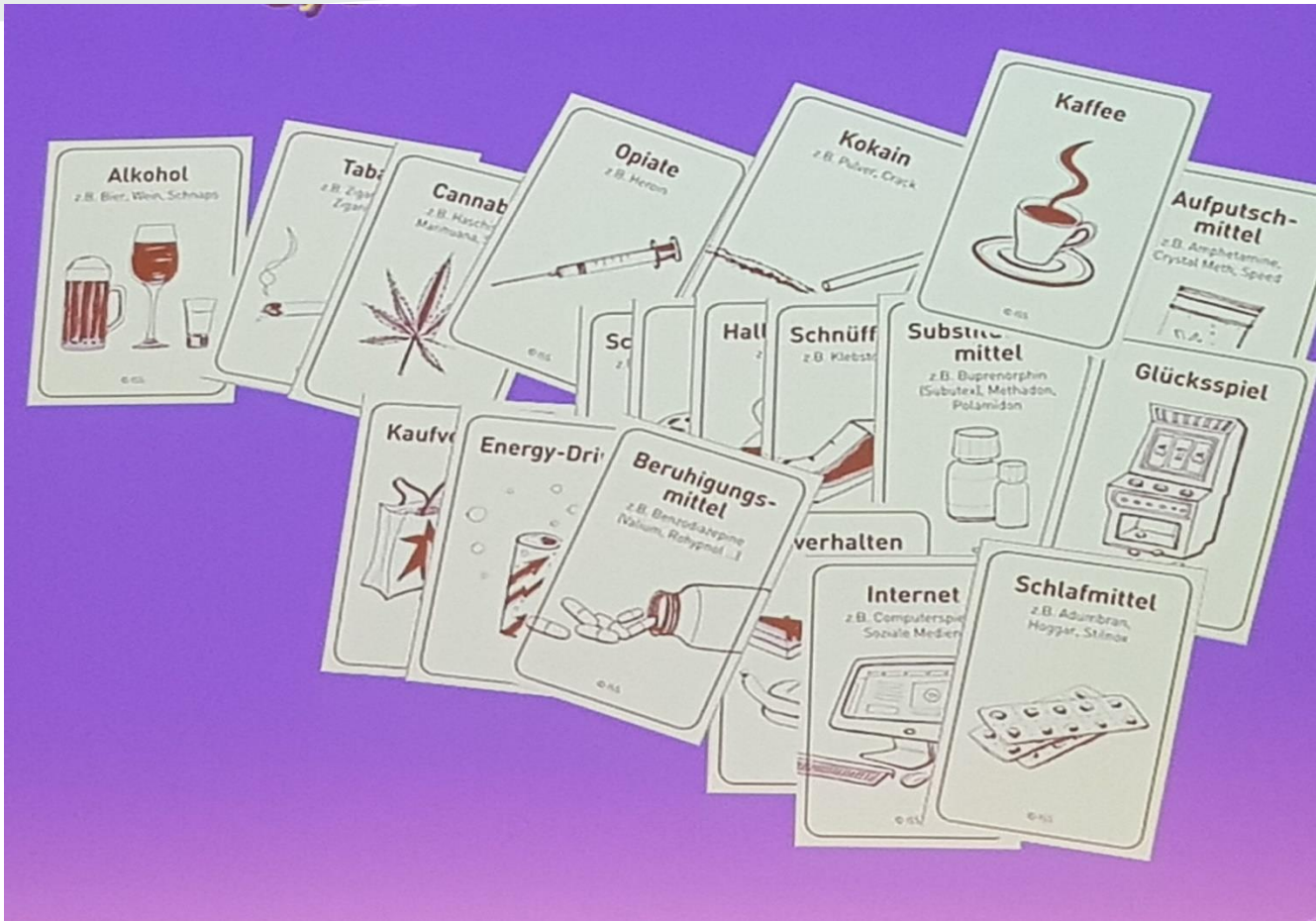
16.06.2022

© ISS (2022)

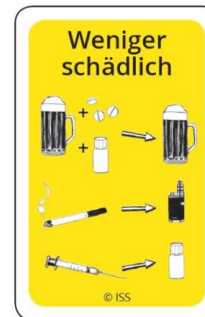
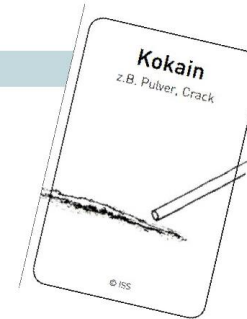
Psychiatrische
Dienste

solothurner
spitäler **so** **H**

SYSTEMATISCHE KONSUMABKLÄRUNG



2. Systematische Zielabklärung



THERAPIE DER ABHÄNGIGKEITS ERKRANKUNGEN

Meist nach einer Frühinterventions- und Motivationsphase (beim Hausarzt, Suchthilfe, Suchtambulatorium) folgt oftmals die stationäre Akuttherapie (Entgiftungs- bzw. qualifizierte Entzugsbehandlung), ggf. tagesklinische Behandlung oder weitere stationäre Entwöhnungsbehandlung bzw. stationäre Sozialtherapie gefolgt von einer ambulanten Stabilisierungsphase mit einem notwendigen Nachsorgesetting. (Betreute Wohnbegleitung, Selbsthilfegruppe, amb. Suchthilfe, amb. Psychotherapie, Apps, Blended Counselling)

KONTROLLIERTES TRINKEN IM NACHSORGESETTING

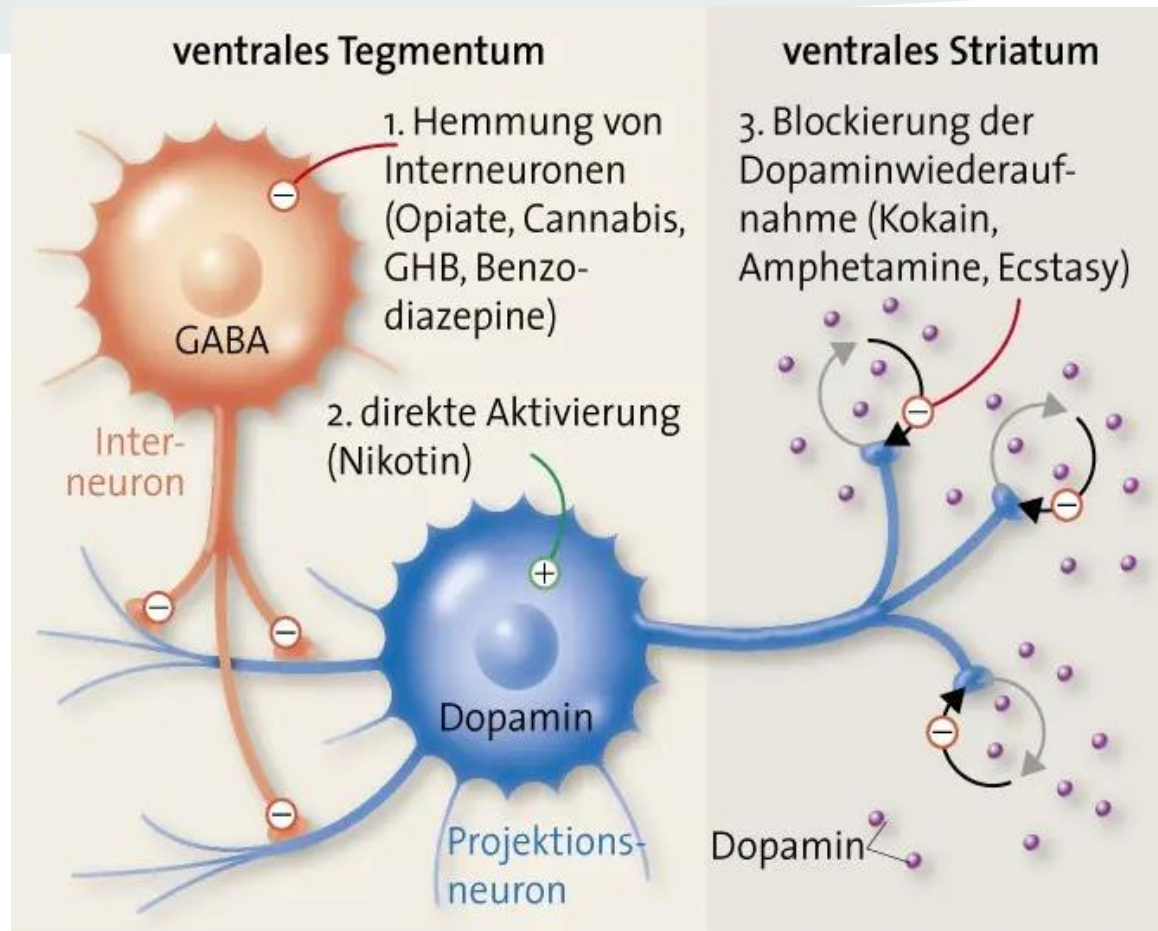
Das bedeutet nach Psychoeduktion und Vorbereitung de facto, **jeweils für eine Woche** im Voraus zu planen:

1. Anzahl alkoholfreier Tage
2. Maximale Alkoholmenge an Trinktagen
3. Maximale Alkoholmenge in der ganzen Woche

Und den **Kontext** festzulegen, wie etwa:

- Wann will ich Alkohol trinken – wann nicht?
- Wo will ich Alkohol trinken – wo nicht?
- Mit wem will ich Alkohol trinken – mit wem nicht?

NEURONALE WEGE IN DIE ABHÄNGIGKEIT



NEURONALE WEGE IN DIE ABHÄNGIGKEIT

Alle Sucht erzeugenden Drogen erhöhen den Dopaminspiegel im Nucleus accumbens, der von den dopaminergen Neuronen reguliert wird. Die Sucht entsteht dabei aber auf zwei etwas unterschiedlichen Wegen: Nikotin/Tabak etwa erzeugt Abhängigkeit, weil es Dopaminneurone direkt stimuliert; Kokain, Amphetamine und Ecstasy verändern dagegen Dopamintransporter, die in den synaptischen Spalt zwischen zwei Nervenzellen freigesetztes Dopamin wiederaufnehmen, und blockieren diesen Vorgang – insgesamt bleibt freigesetztes Dopamin also viel länger wirksam. Den dritten Weg in die Abhängigkeit bahnen Opiate, Cannabis, Gammahydroxybutyrat (GHB) – und offenbar auch Benzodiazepine: Diese Drogen hemmen die Interneurone und verstärken damit die Aktivität der Dopaminneurone.

DORMICUM (MIDAZOLAM)

Dormicum hat eine kurze Halbwertszeit (1-4h) und wirkt als Kurzhypnotikum (präoperativ, operativ).

Wirkt rasch angstlösend und sedierend.

Wird subjektiv von Konsumenten meist in der Wirkung schwächer eingeschätzt. Wird oft zum Mischkonsum benutzt, um die Wirkung von Heroin /Opioiden zu verlängern oder z.B. mit Koks um die Wirkung auszubalancieren.

Macht eine anterograde Amnesie.

Risiko einer Atemdepression ist gross. Atemstillstände möglich, Dosierung muss altersentsprechend angepasst werden. Risiko von Herz-Kreislaufversagen bei Mischkonsum.

Eignet sich nicht zur Rezeptur auf Dauerrezept.

DIE KURZINTERVENTION IM AMBULANTEN HAUSÄRZTLICHEN BEREICH: DAS GESPRÄCH ERÖFFNEN

Ziel: Zeigen, dass eine ärztliche / therapeutische Bereitschaft besteht, über das Thema Alkohol zu sprechen, falls die Patientin oder der Patient dies wünscht.

Z.B.: „Darf ich Ihnen einige Fragen zum Alkoholkonsum stellen?“ Wird die Frage negativ beantwortet, ist dies zu akzeptieren.

Schon allein das Ansprechen ärztlicherseits unterstreicht die Relevanz dieses Themas.

Ein Nichtansprechen kann fälschlicherweise als beruhigende Botschaft verstanden werden.

DIE KURZINTERVENTION: DIE DIAGNOSE STELLEN

Ziel: offene Fragen stellen, um herauszufinden, ob ein Risikokonsum vorliegt.

Kann auch mithilfe von Kurzfragebögen erfolgen:

**AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test)
CAGE-Fragebogen**

FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION

AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST, WHO 1982)

1. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Nie | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 x im Monat oder weniger | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> 2 - 4 x im Monat | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 2 - 4 x in der Woche | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 4 x oder mehr die Woche | 4 Punkte |

FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION

AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST, WHO 1982)

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag (Standardgetränke)?

- | | |
|---------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 1 oder 2 | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 3 oder 4 | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> 5 oder 6 | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 7 - 9 | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 10 oder mehr | 4 Punkte |

FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION

AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST, WHO 1982)

3. Wie oft trinken Sie 6 (Männer) rsp. 4 (Frauen) oder mehr Gläser Alkohol (= Standardgetränk) bei einer Gelegenheit?

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Nie | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Weniger als einmal im Monat | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> Einmal im Monat | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Einmal in der Woche | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Täglich oder fast täglich | 4 Punkte |

FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION

AUDIT-C (KURZFORM ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

Total Punkte

Eine Punktzahl von 4 oder mehr bei Männern und 3 oder mehr bei Frauen weist auf einen problematischen Konsum hin.

CAGE Fragebogen für Alkoholkonsum

Der CAGE Fragebogen dient zum Screening eines Alkoholmissbrauchs. CAGE ist ein Akronym und steht für «Cut down drinking», «Annoyed by criticism», «Guilty feelings» und «Eye-opener».

Cut down drinking

Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Sie weniger trinken sollten?

Annoyed by criticism

Hat Ihr Umfeld Sie jemals durch Kritik an Ihrem Trinken verärgert?

Guilty feelings

Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schlecht oder schuldig gefühlt?

Eye-opener

Haben Sie jemals morgens als erstes etwas getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder einen Kater loszuwerden?

Interpretation

CAGE Punkte

0-1 Alkoholmissbrauch unwahrscheinlich

2-4 Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich

ZUSAMMENFASSUNG

01

Abstinenz bleibt als wertvolles Behandlungsziel auch im Rahmen Zieloffener Suchtarbeit erhalten

02

Die Ergänzung von Abstinenz um Konsumreduktion und Schadensminderung als gleichwertige Ziele ist sinnvoll

03

Konsumreduktionbehandlungen sind mindestens so effektiv wie abstinenzorientierte Behandlungen

04

Fachlich zu diskutieren ist nicht das “ob”, sondern das “wie geht es?” = Implementierung Zieloffener Suchtarbeit

BESTEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT



Psychiatrische
Dienste

solothurner
spitäler **so**H