Versorgungsvisionen - Welche Hilfen für welche Ziele in der modernen Suchttherapie?

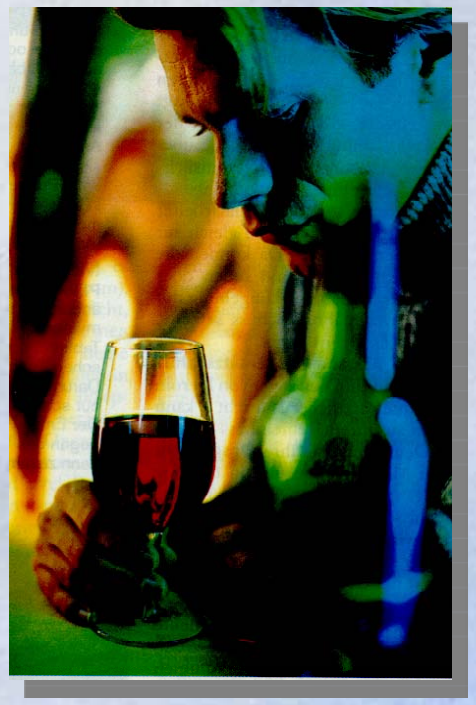
Prof. Michael Krausz

M.Krausz@mac.com

Überblick

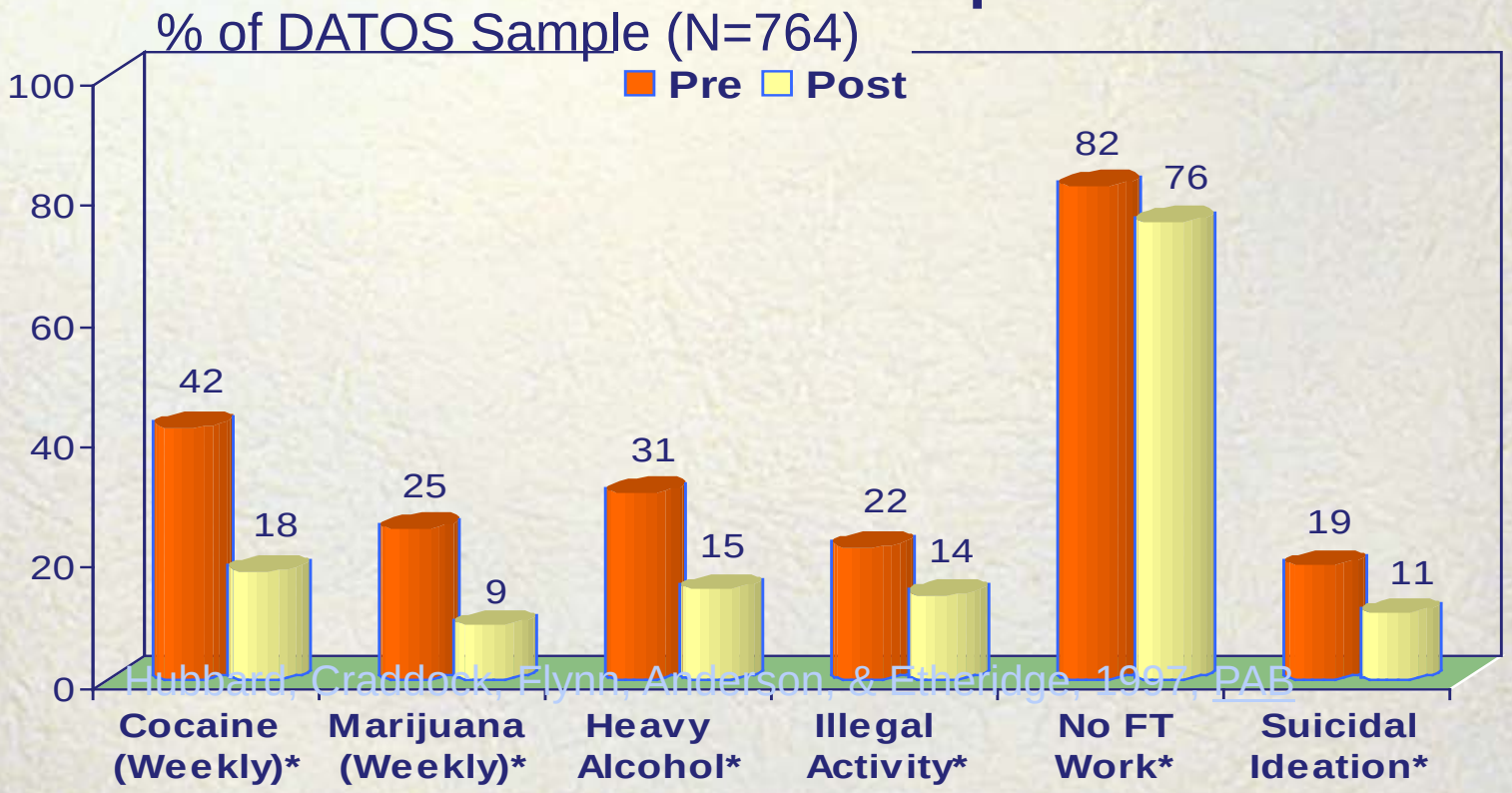
- Zwischenbilanz und Ziele der Suchttherapie
- Anforderungen an ein Versorgungssystem der Zukunft
- Visionen für ein innovatives Versorgungssystem

Ausgangspunkt



Suchtbehandlung wirkt!

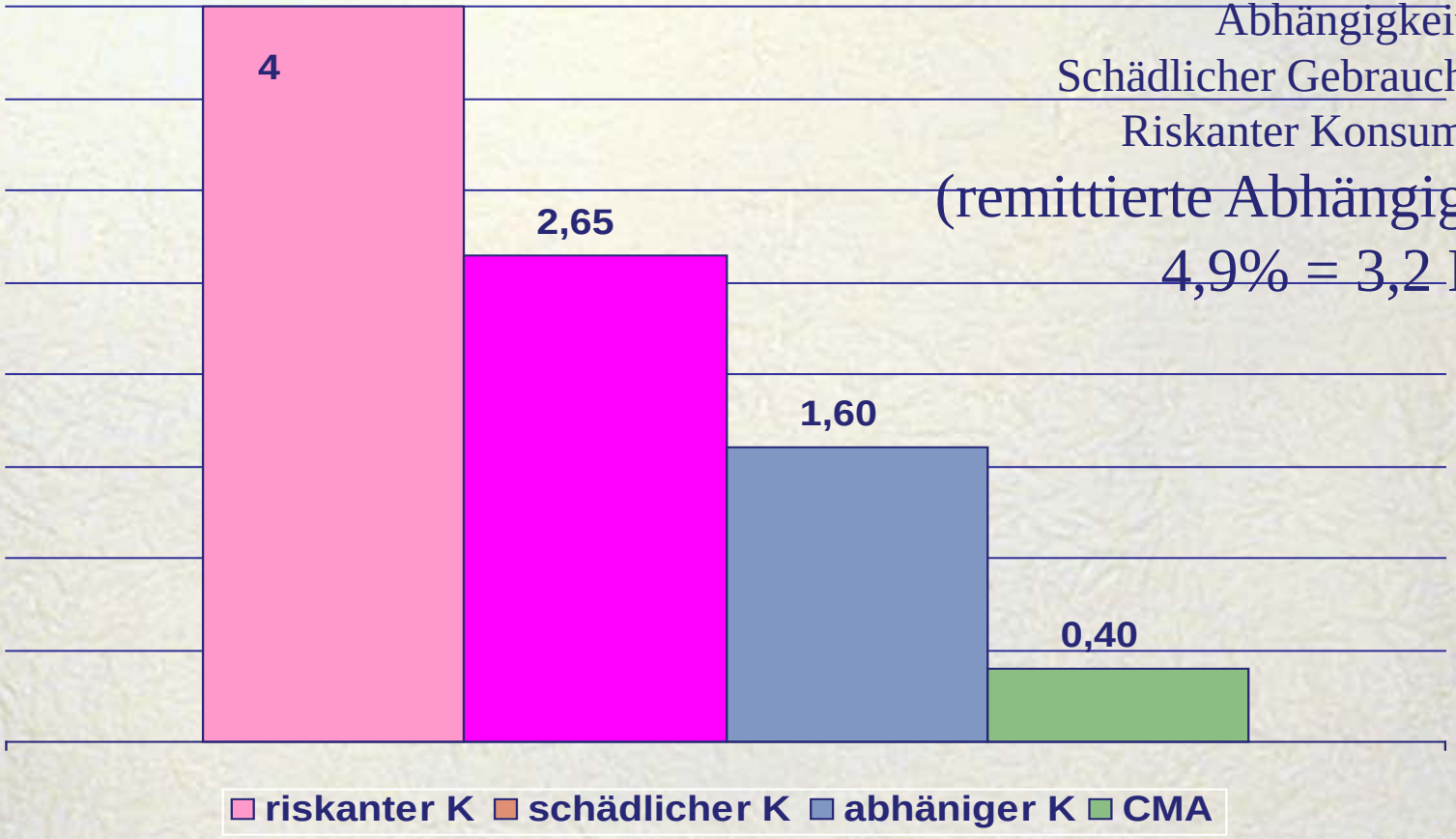
Belege - z.B. DATOS, NTORS - z.B. amb. Abstinenztherapie



- ... für diejenigen, die erreicht werden

Alkoholiker sind nicht alle gleich

Prävalenz von Alkoholproblemen (12 Monats Prävalenz) (ab 18 Jahre)



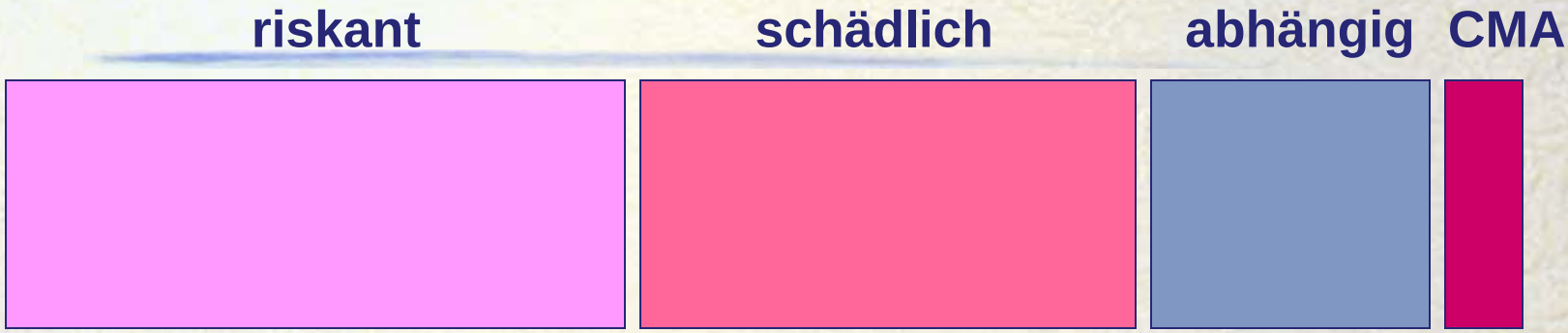
Abhängigkeit 2,4%
Schädlicher Gebrauch 4%
Riskanter Konsum 5%
(remittierte Abhängigkeit 4,9% = 3,2 Mill)

Kraus/Bauernfeind 1998 & BMG-Expertengruppe

Wieviele und welche Personen benötigen Interventionen?

- Inhomogene 4 Gruppen - von riskant konsumierenden bis zu chronisch mehrfach Beeinträchtigten
- Probleme sind kontinuierlich ausgeprägt (die kategorialen Gruppen eher heuristisch)
- Auf „problematischen Konsum“ bezogene Bedarfe bestehen bei allen Gruppen
- Alle Gruppen minus X (= die selbst remittierenden) benötigen (unter public health Gesichtspunkten) spezifische Interventionen

Wieviele und welche werden erreicht?



Über Fachberatungsstellen
139 600 = 7,0%
Über Fachkliniken durchgeführte Entwöhnungsbehandlungen
34 900 = 1,7%

Ca. 10%

Die wirkliche Wirklichkeit

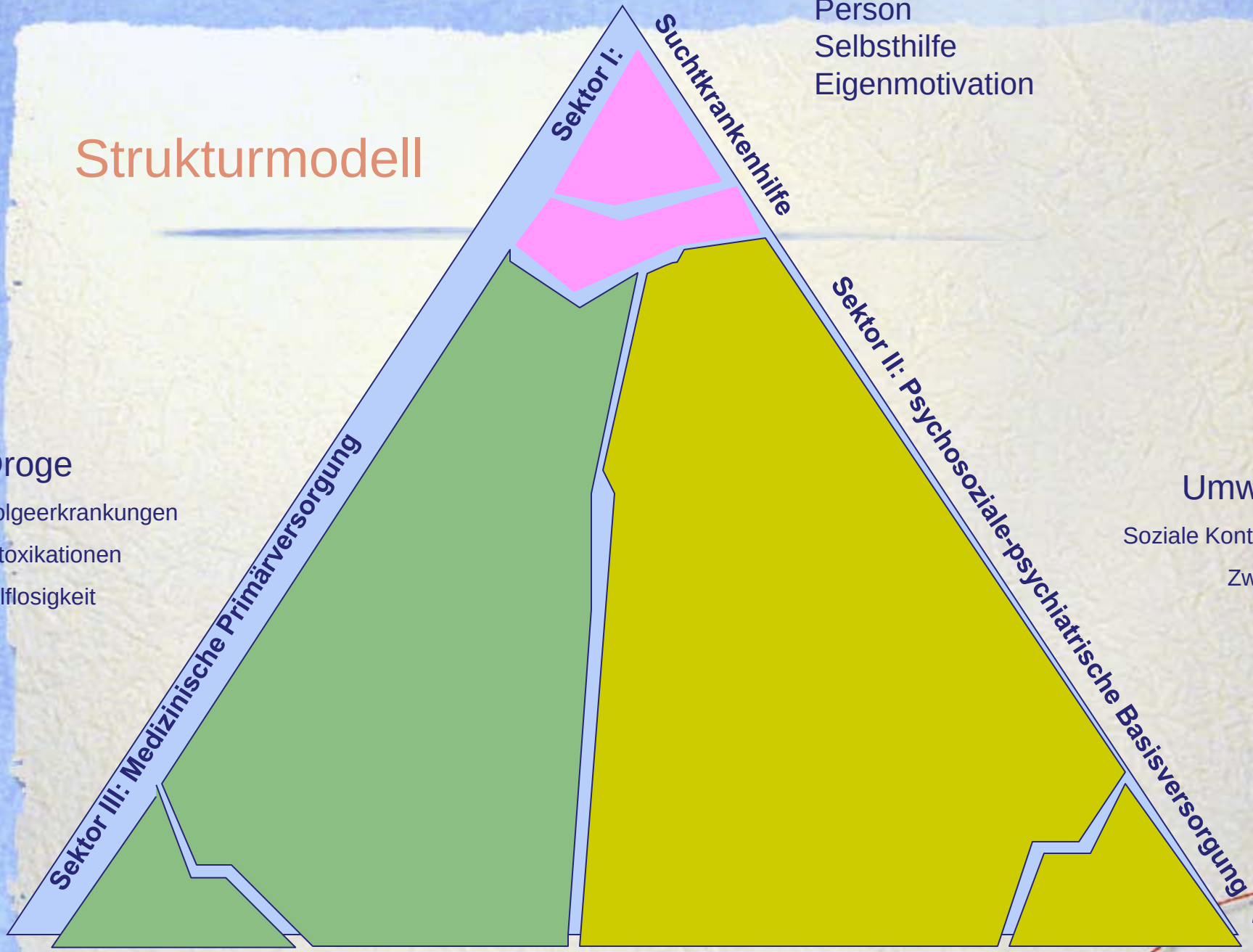
- **Diversifität** der Anforderungen
- **Multimorbidität** (Herz Kreislauf, Tumore, Infektionen, Psychische Störungen)
- **Hohe Mortalität** (Suizid, Infektionen, Unfälle)
- **Marginalisierung** und Stigmatisierung auch im medizinischen System
- Kaum spezialisierte Versorgung, zuwenig Ressourcen

Interventionszeitpunkt

- Bezogen auf die Gesamtproblematik reagiert das Suchtversorgungssystem unangemessen: hinsichtlich Art und Umfang, Folgen, Ressourcen, Zielen, Regeln/Wege der Verhaltensänderung
- Folgewirkung: Menschen werden suchtspezifisch sehr spät erreicht
  (bei Abhängigkeit dauert es 20 Jahre bis 70% e
  sind - Wienberg 2001)
- „Time lag“ zwischen Bedarf und Aktion ist von ethischer, fachlicher, gesundheitlicher und ökonomischer Relevanz



Strukturmodell

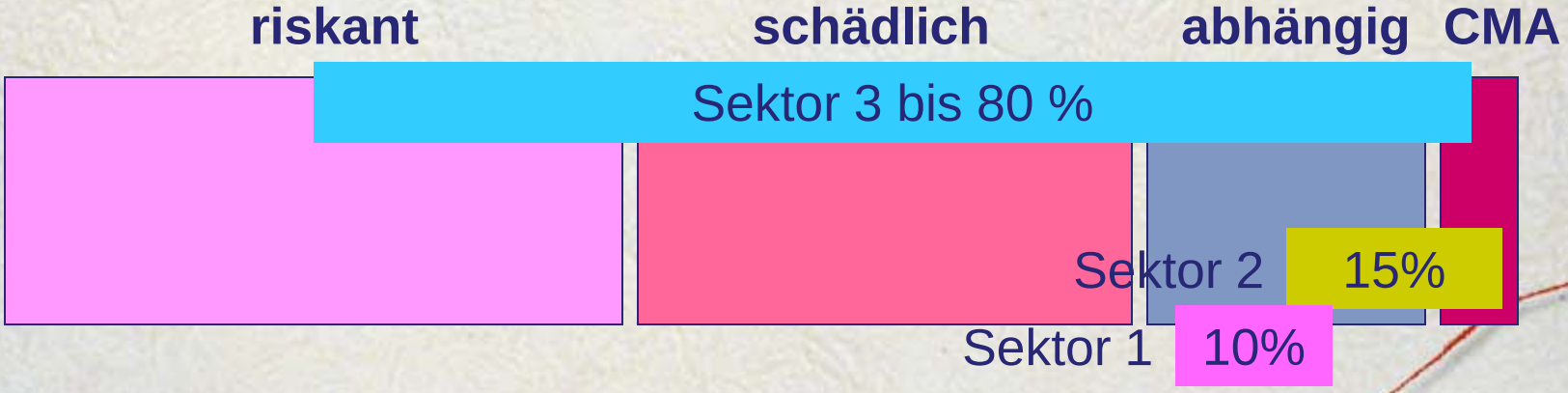


Struktur der Versorgung

- Dienste und Einrichtungen entsprechend ihres primären Zugangs zu Menschen mit Alkoholproblemen
- 1. Traditionelle **Suchthilfe** - Fachstellen, Beratung, Entgiftung, stationäre Entwöhnung
- 2. **Psychosoziale/psychiatrische** Basisversorgung (sozialer Folgeprobleme) - SozPsychD, psych. Kliniken, Wohnungslosenhilfe, Eingliederungshilfe
- 3. Medizinische **Primärversorgung** der körperlichen und psychischen Folgeprobleme - niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Psychiatrische Kliniken

Welcher der drei Sektoren erreicht wieviele Personen?

- Anteil der institutionellen 1-Jahres-Prävalenz an Alkoholabhängigen (Wienberg 2001)
- Sektor 1 - Suchtversorgung ca. 10%
- Sektor 2 - psychosoziale Basisversorgung ca. 10-15%
- Sektor 3 - Krankenhaus 30 - 35%
  niedergelassene Ärzte - 70 - 80%



Versorgungslage?

- Behandlungssystem ist auf Teilpopulation fixiert (abhängigen, aber noch integrierten Trinker)
- Erreicht wird insbesondere Gruppe 3 (Abhängigkeitsdiagnose)
- System ist - auf die Mehrheit bezogen:
  weder geeignet, noch effektiv und nicht attraktiv
  (WHO Studie - Trucker 2002)

Paradigmenwechsel in der Suchttherapie

- Fixierung der Suchttherapie auf die Abstinenz hat das therapeutische System einseitig ausgerichtet auf tw. unrealistische Ziele
- Diskussion in der WHO und Einigung auf Differenzierung der Ziele von Überlebenshilfe bis zur umfassenden Wiedererlangung von Gesundheit

Differenzierung der Ziele

- 7. Abstinenz und Gesundheit im WHO Sinn
- 6. Abstinenz
- 5. Streckung abstinenter Phasen
- 4. Minderung polyvalenter Phasen
- 3. Minderung von riskantem Konsummuster
- 2. Behandlung von Begleiterkrankungen
- 1. Überleben sichern



Begrenzung der Therapie Ressourcen

- Geringe Behandlungsprävalenzen z.B. HCV bei Drogenabhängigen (ca.5%)
- Manche wirksamen Therapien werden nicht bezahlt (Nikotinentzug)
- Behandlungszeiten bei Alkoholentzug stark eingegrenzt
- Insgesamt nur unter 10% in der BRD in spezialisierter Behandlung

Behandlungsziele und Modalitäten

ein mehrdimensionaler Ansatz

Freiwillig

Therapeutic Community

Residential Treatment

Inpatient DETOX

Outpatient Drug Counseling

Outpatient DETOX

Methadone Reduction

Employment Training

Day Care

Night Care

User Rooms

Needle Exchange

Methadon Maintenance

Heroin Maintenance

ABSTINENZ ORIENTIERT

HARM REDUKTION

Psychiatric Treatment

Drug Free Prison Treatment (VOL)

Drug Free Prison Treatment (COM)

Employment Training

Forensic Drug Abuse Treatment

Budgeting

Diversion Motivation Centre

Methadone in Prison

Prison Therap. Comm.

Zwang

Kritische Zwischenbilanz

- Das Suchthilfesystem ist unterfinanziert weltweit
- Es erreicht nur einen Bruchteil der Betroffenen
- Es ist in vielen Bereichen nur ein Krisenintervention**s**system
- Es ist Institutionszentriert
- Es wird von der Forschung alleingelassen

Anforderungen

Anforderungen an ein Versorgungssystem der Zukunft

- Patientennah und Patientenorientiert in Erreichbarkeit, wie Zielen
- Methodische Integration zwischen traditioneller Medizin und moderner Evidenz, medizinischem System und Suchthilfe
- Integration von Prävention, Frühintervention, Krisenintervention, somatischer und psychologischer Therapie und Rehabilitation
- Stepped Care nach validierten und sich entwickelnden Prinzipien

Subjekte statt Schablonen

- Resubjektivierung
- Betroffenenbeteiligung - Peer involvement und education
- Recovery Modell
- Empowerment
- Kontextualisierung
- Antistigma
- Normalisierung

Mehr effektive Tools

- Um die Kernfragen im Verlauf effektiv anzusprechen müssen standartisierte, vermittelbare Vorgehensweisen für die Praxis zur Verfügung stehen z.B.:
  - Motivation zur Veränderung (Motivational enhancement)
  - Selbstkontrolle (Kontrolliertes Konsumieren)
  - Stressbewältigung (Stressbewältigungstraining)
  - Autonomieförderung (Psychoedukation u.a.)

Ressourcenorientierung

- Über den Verlauf entscheidet mehr als die Größe des Problems, die Verfügbarkeit von Ressourcen (Familie, Peers, Partnerschaft, Arbeit, Therapie u.a.)
- Und die Fähigkeit sie zu nutzen und effektiv zu machen (Zugang, Problemdefinition, Kommunikation, Moderation u.a.)

Patientenorientierte Suchtforschung

- Unter Einbeziehung der Betroffenen (User guided research)
- Versorgungsnah und integrativ (Unterordnung unter patienten- orientierte Fragestellungen)
- Mit Zentren internationaler Exzellenz und institutioneller Verankerung an den Universitäten und in der Aus und Weiterbildung (MPI für Suchtforschung?)

Leitwissenschaften

- aus dem Bereich der Public Health Forschung (Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Urban health)
- Und aus der integrierten Interventions-forschung (d.h. patientenorientierte Programme von Psychotherapien, Pharmakotherapien) evtl. als Gesamtangebot (z.B.kontrolliertes Trinken)

Welche Hilfen für welche Ziele?

„Das Rauchen aufzugeben zählt zu den einfachsten Dingen überhaupt.
Ich muss es wissen, denn ich habe es tausendmal getan.“

Mark Twain

Innovative Trends der Versorgung

- Ambulantisierung und Setting übergreifendes Arbeiten
- Niedrigschwellige Hilfen integriert in das medizinische System (Qualifizierung der Hausärztlichen Versorgung)
- Backup durch spezialisierte Zentren (z.B. für psychiatrische Komorbidität)
- Differenzierung von Tools nach Therapiezielen (Motivational Enhancement, Psychoeducation u.a.)
- Einbeziehung der persönlichen Netzwerke & Familien
- Verstärkung von Peer Education, Selbsthilfe und Empowerment - Recovery Konzept

Innovation in der suchtmedizinischen Grundversorgung

- Hausärzte und Allgemeinmedizin sind für 80% der Süchtigen die einzigen Kontakte zum Hilfesystem
- Ihre Unterstützung, Vernetzung, Motivation ist eine Kernfrage der Versorgung
- Integration von Mot. Interviewing, PSB, Kurzinterventionen u.a. Förderung von Spezialisierungen durch Zusatzqualifikationen

Behandlung von Multimorbidität Back-up durch spezialisierte Zentren

- Komorbidität von schweren psychischen Störungen und Sucht gehören zu den komplexen Herausforderungen der Psychiatrie, deren Behandlung spezielle Erfahrungen benötigt
- Das gleiche gilt für die Behandlung von AIDS und Hepatitis u.a.
- Spezialisierte Zentren sind notwendig, um die Routineversorgung zu stützen und in Krisen zu übernehmen

Peers und Selbsthilfe

- Peers sind neben der Familie die größte Ressource und das wichtigste Korrektiv
- Selbsthilfe ist für die, die sie nutzen sehr effektiv
- Betroffene müssen an der Steuerung beteiligt werden, sie sind ein riesiges Potential!
- Ihre Einbeziehung gehört zu professionellen Versorgung

Notfallversorgung

- Krisen sind Knotenpunkte in Prozessen und nicht zufällig und unabhängig!
- Reintegration der Notfallversorgung als Ausgangspunkt von Veränderung
- Notfallversorgung als wiederkehrender Punkt im Verlauf im Umgang mit Rückfällen und Krisen
- Vernetzung mit anderen Teilen der Therapie

Visionen

„Wer Visionen hat, sollte zum Psychiater“

Helmut Schmidt

Wegweiser Internet

- Leicht zugängliche an die verschiedenen Bedürfnisse angepasste, sachliche Angebote, zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Patienten und ihres Umfeldes
- Initiierung eines interaktiven Kommunikationsprozesses über das Internet unter Einbeziehung von therapeutischen Ansätzen, Diagnostik und Information über Störung und Hilfeoptionen



Prävention und Erziehung

- Prävention ist integriert in den Erziehungsprozess und Teil des Therapieprozesses, die Jugendlichen werden:
  - Ausgerüstet mit den notwendigen Fähigkeiten (Selbstkontrolle - gläserne Schule, Konfliktfähigkeit, Kommunikation)
  - Und ausgerüstet mit dem notwendigen Wissen statt mit moralischen Exzessen
  - Sucht und exzessives Verhalten ist Thema und wird thematisiert von den Sozialisierungsinstanzen

Frühe Hilfe in einem integrativen System

- Durch leichten Zugang und schnellen Kontakt haben die Betroffenen auf allen Stufen die Möglichkeit der einfachen Kontaktaufnahme und Hilfe
- Im Krisenfall werden die Angehörigen aktiv in der Bewältigung unterstützt
- Es gibt Zielgruppenspezifische Interventionen (kontrolliertes Trinken, betrunkene Verkehrsteilnehmer, Adoleszente, Familien)

Krise, Krankheit, Recovery

- Die Medizin wird nicht mehr behindert durch ein Krankheitsmodell, dass bei den Infektionserkrankungen stehen geblieben ist
- Sie sieht Heilung als Prozess unter mehreren Beteiligten, mit viel Entscheidungsmöglichkeiten der Betroffenen!

Schnelle Hilfe in einem differenzierten System

- Heute kann es Jahrzehnte dauern bis ein Abhängiger in eine spezifische Behandlung kommt, das fördert Chronifizierung
- Die Verkürzung der Zeit ist ein wichtiger Qualitätsindikator des Versorgungssystems

Mehr als Krisenintervention

- Krisen sind Knotenpunkte in Entwicklungen, sie für Veränderungen zu nutzen ist die große Möglichkeit therapeutischer Systeme
- Sie sind Gefahr und Chance, darauf muss das Notfallsystem der Zukunft ausgerichtet sein

Therapie ist was hilft

- Entscheidender Parameter des Therapieerfolgs ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Nicht enge Therapiekonzepte sondern Akzeptanz und Verfügbarkeit sind Basis von Therapieerfolgen

Patientennahe Wissenschaft

- Die Schaffung klinischer Forschungskapazitäten und
- Die Ausrichtung der Wissenschaft an der kurz- und mittelfristigen Verbesserungen der Behandlung ist essentiell

Überwindung von Stigma

- Insbesondere im Hilfesystem selbst wird Sucht gesehen als Ausdruck und Ergebnis von Lebensweise und persönlichen Risikofaktoren
- Soziale und gesellschaftliche Verantwortung wird erkannt und wahrgenommen