

LPK Landespsychotherapeutenkammer
Rheinland-Pfalz

Fachtagung 22.09.2018

„Sucht macht Lust zur Last –
wie Psychotherapie helfen kann“

„Ambulante Suchtbehandlung“

Andreas Stamm
Suchtberatung Trier e. V. - Die Tür
Oerenstraße 15, 54290 Trier


„Meine Themen für heute“

- Suchthilfesystem, Schwerpunkt Rheinland-Pfalz
- Ambulante Sucht-Beratung und Sucht-Rehabilitation
- Zusammenarbeit der Systeme Gesetzliche Krankenversicherung und Rentenversicherung
- Stellung der PP und KJP in der Suchthilfe
- Kooperation Suchthilfe – Gesundheitssystem
- Arbeit von PP und KJP in der Suchthilfe, mögliche Perspektiven

Quelle: www.dhs.de

„Ambulante Suchtbehandlung“ als Teil des „Suchthilfesystems“

Am Beispiel der Behandlung der Alkoholabhängigkeit:

Motivationsphase	Akuttherapie	Medizinische Rehabilitation	Stabilisierung
<p>Suchtberatungsstelle, Haus- oder Facharzt, Krankenhaus, Psychiatrie, psychosoziale Versorgung</p> <p>Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> Motivation zum Handeln gegen Abhängigkeit Vermittlung in weiterführende Behandlung Beratung von Betroffenen, Angehörigen, Fachkräften, Selbsthilfegruppen Vernetzung <p>Finanzierung durch freiwillige kommunale Mittel („Allgemeine Daseinsfürsorge“)</p>	<p>Kliniken, psychiatrische Einrichtungen, Fachambulanzen</p> <ul style="list-style-type: none"> Entgiftung des Patienten unter ärztlicher Aufsicht <p>Finanzierung durch Krankenversicherung</p>	<p>ambulant: psychosoziale Beratungs- und Behandlungseinrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> 12 bis 18 Monate ein- bis zweimal wöchentlich therapeutische Gruppen- oder Einzelgespräche <p>stationär: Fachkliniken</p> <ul style="list-style-type: none"> Kurzzeittherapie: 6 bis 8 Wochen Langzeittherapie: 12 bis 16 Wochen therapeutische Einzel- und Gruppengespräche und weitere Angebote Festlegung der Nachsorgemaßnahmen <p>Finanzierung ambulanter und stationärer Entwöhnungsbehandlung durch Renten- oder Krankenversicherung</p>	<p>Nachsorge: Arzt, Fachberatungsstelle, Adaptionseinrichtungen, Selbsthilfegruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Gesprächstermine Bewältigung der Abhängigkeitsproblematik Schaffung neuer sozialer Kontakte Schaffung neuer Perspektiven <p>Finanzierung durch Rentenversicherung, zum Teil auch durch Krankenversicherung oder kommunale Mittel</p> 

Quelle: Alkoholatlas, 2017

Das Suchthilfesystem in Deutschland am Beispiel der „Versorgungsstrukturen“ (www.dhs.de)

Grundlagen, der „normative Rahmen“ der „Versorgungsstrukturen“:

- Vielfältige Rechtsgrundlagen (SGB u.a.)
- Vielfältige fachliche Grundlagen (ICD, ICF, Teilhabe)
- 11 „typische/häufige Personengruppen oder Menschen mit besonderem Hilfebedarf“
- 35 beschriebene Interventionen im Hilfesystem
- Finanzierung und Versorgungsrealität

Weitere fachliche Standards:

- S3-Leitlinien

Quelle: www.dhs.de

Das Suchthilfesystem in Deutschland (www.dhs.de)

„Versorgungsstrukturen“, Interventionen im „ambulanten“ Hilfesystem:

1. PRÄ – Prävention und Frühintervention
2. Akutbehandlung
3. Beratung und Betreuung
4. JH – Hilfen zur Erziehung (SGB VIII)
5. BS – Suchtberatung im Betrieb
6. Beschäftigung, Qualifizierung
7. Suchtbehandlung
8. Eingliederungshilfe
9. Justiz
10. PF – Hilfen für Pflegebedürftige
11. SH – Selbsthilfe

Quelle: www.dhs.de

Suchthilfesystem Rheinland-Pfalz und Förderung durch das Land (msagd.rlp.de, 2018)

Struktur, Angebote, Stand 2017:

- 43 Suchtberatungsstellen und 16 Außenstellen z. T. mit Schwerpunkten
- Weitere differenzierte ambulante und stationäre Angebote in RLP (Fachkliniken, Adaption, Wohnheime, Wohn- und Arbeitsprojekte)

Förderung durch das Land Rheinland-Pfalz, Schwerpunkte:

- Suchtberatung, Suchtprävention, aufsuchende Arbeit
- Glücksspielsuchtprävention und -beratung
- Schuldnerberatung
- Frauenspezifische Suchtberatung

Quellen:

Kleine Anfrage an die Landesregierung RLP zu Trägern
und Finanzierung der Suchtberatungsstellen I

Verwaltungsvorschrift des Landes RLP vom 30.03.2010

Förderung durch das Land RLP

Voraussetzungen

Verwaltungsvorschrift des Landes Rheinland-Pfalz

2.3.2 Multiprofessionelle Teams mit :

- ... Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagoginnen, Pädagoginnen, **Psychologinnen, approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen** (dies wird ausdrücklich nur für die Erziehungsberatung gefordert) ...

Anlage 2: Rahmenleistungsbeschreibung der Suchtberatungsstellen

- ... Aufklärung und Information, Prävention, ..., **Beratung, Vermittlung und Begleitung sowie Teilhabeplanung** ...

Quelle:

Verwaltungsvorschrift des Landes RLP vom 30.03.2010

Förderung durch das Land RLP Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Beratungsstellen

Umfrage 2016 unter den Suchtberatungsstellen

Berufsgruppen (PP und KJP wurden nicht explizit erfragt):

Beruf /Zeit	Psycho- logie	Päda- gogik	Soz.-Päd. Soz.-Arb.	Medi- zin	andere	Gesamt
Vollzeit	3	11	64	2	4	84
Teilzeit	20	17	112	6	35	190
Summe	23	28	176	8	39	274
In Prozent	8 %	10 %	64 %	3 %	14 %	100 %

(andere: vor allem Verwaltung, auch Soziologie, Ex-User und Praktikant)

Quelle: MASGD RLP, Umfrage bei den
Suchtberatungsstellen in Rheinland-Pfalz 2016

Warum soll aus fachlicher Sicht mehr psychotherapeutische Kompetenz in die „Beratung“?

In dem Begriff „Suchtberatung“ ist der Begriff „Sucht“ enthalten.

- Dies ist eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung.
- Es finden Diagnostik und Vermittlung statt (pro forma durch einen Arzt).
- Beratungsstellen sind bislang in den Vermittlungsprozess vorgeschrieben.

Dilemma:

- „Sucht“ als Krankheit, Kompetenz wird „irgendwie“ verlangt, aber nicht gefordert und nicht finanziert, Abgrenzung ggü. GKV und DRV.
- Zu fordern: Fachkompetenz, Diagnostik, Vermittlung, aber weiterhin sozialarbeiterische Suchtberatung, ggf. mit kollegialer psychotherapeutischer Unterstützung.

Quelle: Verwaltungsvorschrift des Landes
RLP vom 30.03.2010

„Suchtbehandlung“ im Sinne der Rentenversicherung = Rehabilitation, Erhalt der Erwerbsfähigkeit

Berufsgruppen:

„... auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene“

- Ärzte,
- approbierte psychologische Psychotherapeuten **oder** Diplom-Psychologen
- Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen
- sowie weitere Berufsgruppen, je nach Ausrichtung.

Für alle Berufsgruppen werden geeignete Qualifikationen verlangt („Ausbildung Suchttherapie“).

Quelle: Deutsche Rentenversicherung,
Vereinbarungen im Suchtbereich, 2. Auflage (8/2013)

Wo stehen die PP und KJP?

Unsere Berufsgruppe wird meistens nicht erwähnt bzw. „gefordert“!

Gründe:

- Historische Gründe, es gibt den „Beruf“ erst seit dem Jahr 1999.
- Berufsständische Gründe, insbesondere Ärzteschaft und Sozialarbeit.
- Schlechter Ruf der Arbeit mit Suchtkranken
- Finanzielle Gründe: tariflicher Vergütungsanspruch bei entsprechender Benennung in VV, Konzept etc.
- **Andere Gründe?**

Ambulante Suchtbehandlung = Ambulante Rehabilitation Suchtkranker Menschen (ARS)

Behandlungsformen mit ihren Vorteilen:

- Ambulante Reha:
Aufrechterhaltung des stützenden Umfelds
Integration des Gelernten in den Alltag
(Teilhabe gedanke!)
- Stationäre Reha:
geschütztes Umfeld, „raus aus dem Alltag“
keine Konfrontation mit Suchtmittel
umfangreichere Behandlungsmöglichkeiten
- Kombibehandlung und Weiterbehandlung:
stationäre Phase zur intensiven Behandlung und Stabilisierung
intensive ambulante Phase im direkten Anschluss

Quelle: Deutsche Rentenversicherung,
Ambulante Rehabilitation, Anlage 3 ..., 2015

Ambulante Rehabilitation Suchtkranker Menschen (ARS)

Unterschiedliche Behandlungsformen seit 2015

Behandlungsform	Ambulante Rehabilitation Sucht (ganztägig)	Kombinationsbehandlung in der ambulanten Rehabilitation Sucht	Wechsel in die ambulante Rehabilitation	
Besonderheiten	Behandlungsform zeigt sich bereits vor Beginn der Leistung		Behandlungsform zeigt sich erst während der stationären / ganztägig ambulanten Rehabilitation	
Dauer	entfällt -	In der Regel bis zu 8 Wochen (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit), 14 Wochen (Drogenabhängigkeit).	Wechsel in ambulante Reha mit ungekürzter stationärer Phase:	Wechsel in ambulante Reha mit gekürzter stationärer Phase:
			In der Regel bis zu 12 Wochen (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit), 21 Wochen (Drogenabhängigkeit).	In der Regel bis zu 8 Wochen (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit), 14 Wochen (Drogenabhängigkeit).
ambulant	In der Regel bis zu 12 Monate und 80 Einheiten und 8 Bezugspersonengespräche, Verlängerung max. 18 Monaten und 120 Einheiten und 12 Bezugspersonengespräche	In der Regel bis zu 6 Monate, 40 Therapieeinheiten und 4 Bezugspersonengespräche.	In der Regel bis zu 6 Monate, 40 Therapieeinheiten und 4 Bezugspersonengespräche.	

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Ambulante Rehabilitation, Anlage 3 ..., 2015

Individuelle Voraussetzungen – Allgemeine Indikationskriterien laut DRV

- Mobilität und Belastbarkeit des Rehabilitanden
- angemessene Fahrzeit (möglichst in 45 Minuten)
- stabilisierendes/unterstützendes soziales Umfeld
- stabile Wohnsituation
- Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, regelmäßige Teilnahme etc.
- Abstinenzfähigkeit

- Berufsbegleitende Reha bei vorhandenem Arbeitsplatz,
- Belastungserprobung am Arbeitsplatz,
- Belastungserprobung im häuslichen Bereich, alltagsnahem Training
- Nutzung eines gesundheitsförderlichen häuslichen Umfelds

Individuelle Voraussetzungen – Kontraindikationskriterien laut DRV

- Personen mit fehlender Abstinenzfähigkeit,
- Personen mit starken körperlichen Einschränkungen
- Personen mit akuter Psychose oder Suizidalität
- Personen ohne ausreichende Deutschkenntnisse

Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder
Langzeitarbeitsunfähigkeit schließen ARS nicht aus!

Indikationen nach ICD-10 - behandelte Suchtformen

- Alkoholabhängigkeit (F10.2)
- Medikamentenabhängigkeit („Sedativa und Hypnotika“, F13.2)
- Drogenabhängigkeit (F11.2, F12.2, F14.2, F15.2, F16.2, F19.2)
- Pathologisches Glücksspiel (F63.0)
- Pathologischer PC-/Internetgebrauch
(F68.8, nicht alle Leistungsträger)

(Typische) Zielgruppen für ARS

- Suchtkranke Männer und Frauen ab 16 Jahren
- Personen in fester Arbeit
- Alleinerziehende, Pflegende
- Personen mit langen Abstinenzphasen (Rückfall)
- Studierende
- Stabilisierung im ambulanten Rahmen
- Hausfrauen / Hausmänner mit Kind

- Eventuell Parallelbehandlung ambulante Psychotherapie **und** ambulante Suchttherapie, unterschiedliche Schwerpunkte, Bedarf ?

Ziele der ARS – aus Sicht von ...

- GKV: Erhalt und Wiederherstellung der Gesundheit
Förderung der Eigenverantwortung
- DRV: Erhalt und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
Erhalt und Wiedererlangung des Arbeitsplatzes, Alter ab 16 Jahren
- Rehabilitanden:
subjektive Linderung von Symptomen
verbesserte Teilhabe
(Teilhabebereiche: Körperfunktion, Aktivitäten, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben).

Umsetzung der ARS bei der Suchtberatung Trier Die Tür

Krankheits- und Veränderungsmodelle:

- ICD und ICF als diagnostische Grundlagen
- Soziale Lerntheorien zur Erklärung der Sucht
- Veränderung: TTM-Modell
- Psychoedukation
- Kognitive Verhaltenstherapie (Motivationsarbeit, Abstinenzentscheidung und Ambivalenz, Suchtverlauf, Funktionalität, Gefühlsregulation, Rückfallprophylaxe und Rückfallbearbeitung)
- Teilhabe- und Lebensweltorientierung
- Arbeit und Beruf (BORA-Konzept der DRV)

Umsetzung der ARS bei der Suchtberatung Trier Die Tür Rahmenbedingungen

- Fester Bezugstherapeut
- Feste Therapiegruppe (Schwerpunkt der Therapie), wöchentlich, i. d. R. abends 18.00 – 19.40 Uhr
- Gruppen nach ICD-Indikation
- Einzelgespräche: monatliche Statusgespräche, weitere Einzelgespräche nach Indikation
- Ärztliche Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- Einbindung von Angehörigen
- Nutzung weiterer interner und externer Hilfeangebote
- KEINE ANERKENNUNG nach § 35 BtmG
- Therapievertrag

Umsetzung der ARS bei der Suchtberatung Trier Die Tür

Kurz- und langfristige Therapieziele und Themen

- Abhängigkeit, Umgang mit Ambivalenz, Stress, Rückfall
- finanzielle Regelungen
- Gesundheit
- psychotherapeutische Ziele (z. B. Scham- und Schuldgefühle), Grenzen, Bedürfnisse
- Partnerschaft
- Kinder
- Eltern
- soziales Umfeld
- Freizeitgestaltung/Tagesstruktur
- Beruf/Wohnung (Arbeitsplatz, Leistungsdruck)

Quelle: Meyer / Bachmann, 2005,
Spielsucht, Ursachen und
Therapie, Arbeitsmaterial B3

Ambulante Sucht-Rehabilitation – Impressionen aus der Arbeit in Trier

Mögliche und (wünschenswerte) Entwicklungen:

- Zusammenarbeit mit Fachkliniken i. d. R. positiv
- Mehr Überweisungen an uns durch niedergelassene PP und KJP

Behandlungsergebnisse:

- Abbrüche meistens zu Beginn der Behandlung
- Bessere Ergebnisse bei ambulanter Weiterbehandlung
- Bessere Ergebnisse bei langen Behandlungszeiten, optimal 12 – 18 Monate
- Hohe Bedeutung der Therapiegruppe für die Rehabilitanden bei anfänglicher Skepsis
- Die Durchlässigkeit des Systems (ambulant – stationär – ambulant) wird regelmäßig genutzt, gute Ergebnisse bei Kombinationsbehandlung.
- Ärztliche Betreuung und indikative Angebote (Behandlungsteam).

Werbung für die Arbeit von PP und KJP in der Suchthilfe, mögliche Perspektiven für unsere Berufsgruppe

Mögliche und (wünschenswerte) Entwicklungen:

- Aufwertung von „Suchtberatung“, es handelt sich um die Beratung, Diagnostik und Vermittlung schwer psychisch kranker Menschen!
- Trend „ambulant vor stationär“ bzw. Kombi-Behandlung
(momentan überwiegen jedoch noch die stationären Behandlungen)
- Integration von PP und KJP in die ambulante Sucht-Rehabilitation:
Diagnostik, Therapieplanung, Durchführung von Psychotherapie,
Konzeptentwicklung, Qualitäts-Management, Interne Fallberatung,
Teamleitung
(Anpassung der Kostensätze! – gewünscht?).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Andreas Stamm

a.stamm@die-tuer-trier.de

Tel 0651 170 360