

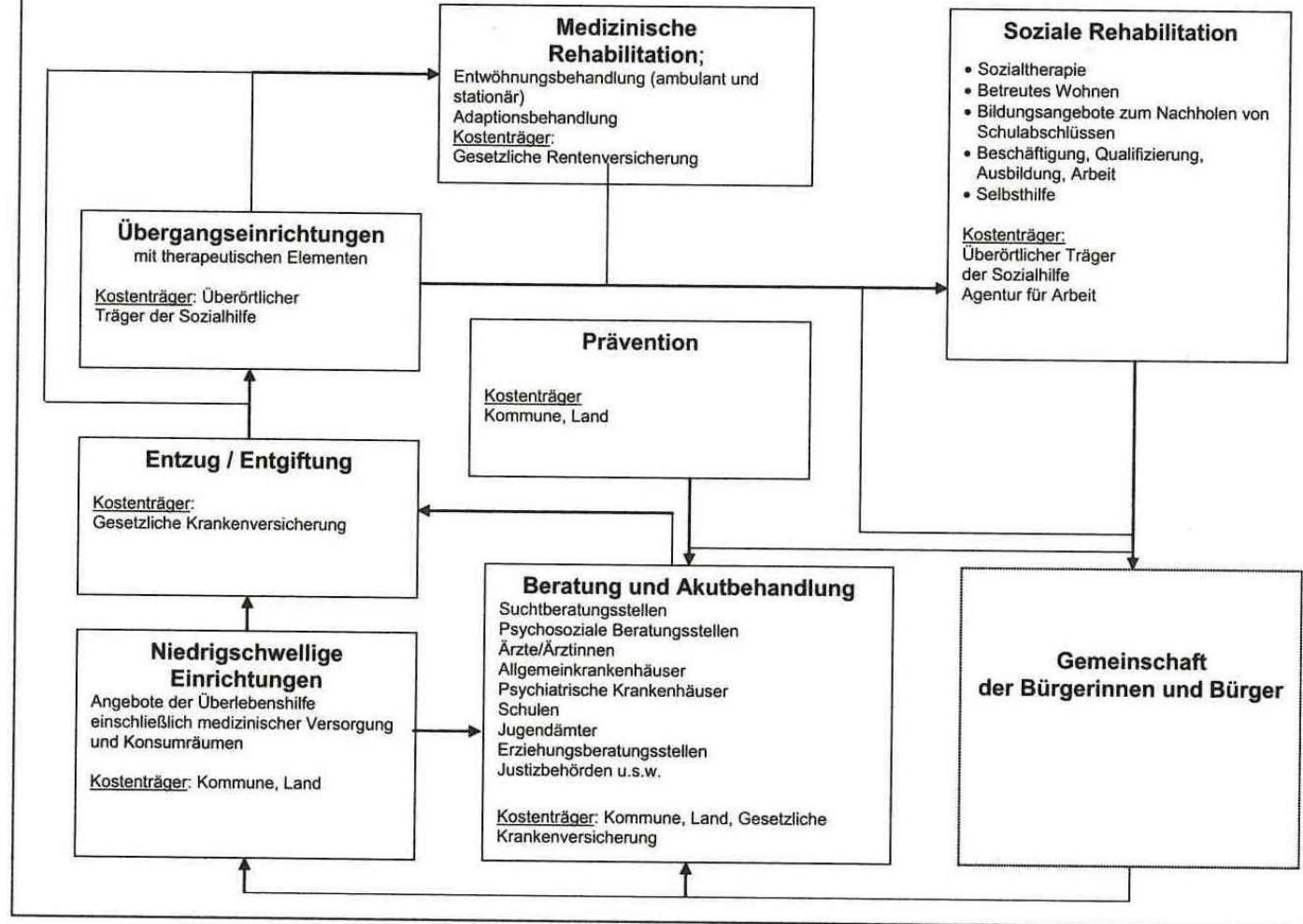
## 9. Nordrhein-Westfälischer Kooperationstag „Sucht und Drogen“ 2017

### „Mc Donaldisierung der Suchthilfe“ – Risiken einer Suchtkrankenbehandlung

05.07.2017

Dr. med. Ulrich Kemper  
Chefarzt des Zentrums für Suchtmedizin  
am LWL-Klinikum Gütersloh

# Hilfeangebote für Abhängigkeitskranke in Deutschland



*Verbundsystem der Hilfen*

(nach Leune 2012)

# Übersicht über Angebote in der Suchthilfe

Art der Einrichtung	Anzahl [gerundet]	Plätze [gerundet]
Beratungsstellen und -dienste (pro Jahr) ca.	< 1.300	> 500.000
Substitutionsbehandlung (registriert)		77.400
Niedrigschwellige Angebote	> 300	
Spezialisierte Krankenhausabteilungen	> 300	> 7.500
Psychiatrische Kliniken	300	> 220.000
Psychiatrische Institutsambulanzen		> 75.000
Entzug mit Motivationsanteilen	190	> 2.000
Ganztags Ambulante Rehabilitation	100	> 1.000
Vollstationäre Rehabilitation	320	13.200
Adaptionseinrichtungen	115	> 1.200
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	268	> 10.700
Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	112	> 1.200
Ambulantes Betreutes Wohnen	460	> 12.000
Arbeitsprojekte/Qualifizierungsmaßnahmen	250	>4.800
Selbsthilfegruppen	> 10.000	> 150.000

Quelle: Pfeiffer-Gerschel, T. et al., Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD, DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen, Drogensituation 2010/2011, [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de)

**Wir haben ein gut ausgebautes Hilfesystem für  
suchtkranke Menschen in Deutschland.  
In keinem Land gibt es eine höhere Zahl an  
stationären Behandlungsplätzen.**

## **Gefahren für die Suchthilfe:**

**Ökonomisierung**  
**Industrialisierung**  
**Medizinisierung**  
**Psychologisierung**  
**Zergliederung**  
**Pseudoempirie**

## **Schutzfaktoren in der Suchthilfe**

**Soziale Arbeit**  
**Personzentrierung**  
**Selbsthilfe**  
**Philosophie/Religion**  
**Kooperation**  
**Empirie**  
**Flexibilität**

**aber:**

**Wo Gefahr ist, wächst das Rettende auch**  
**(Hölderlin)**

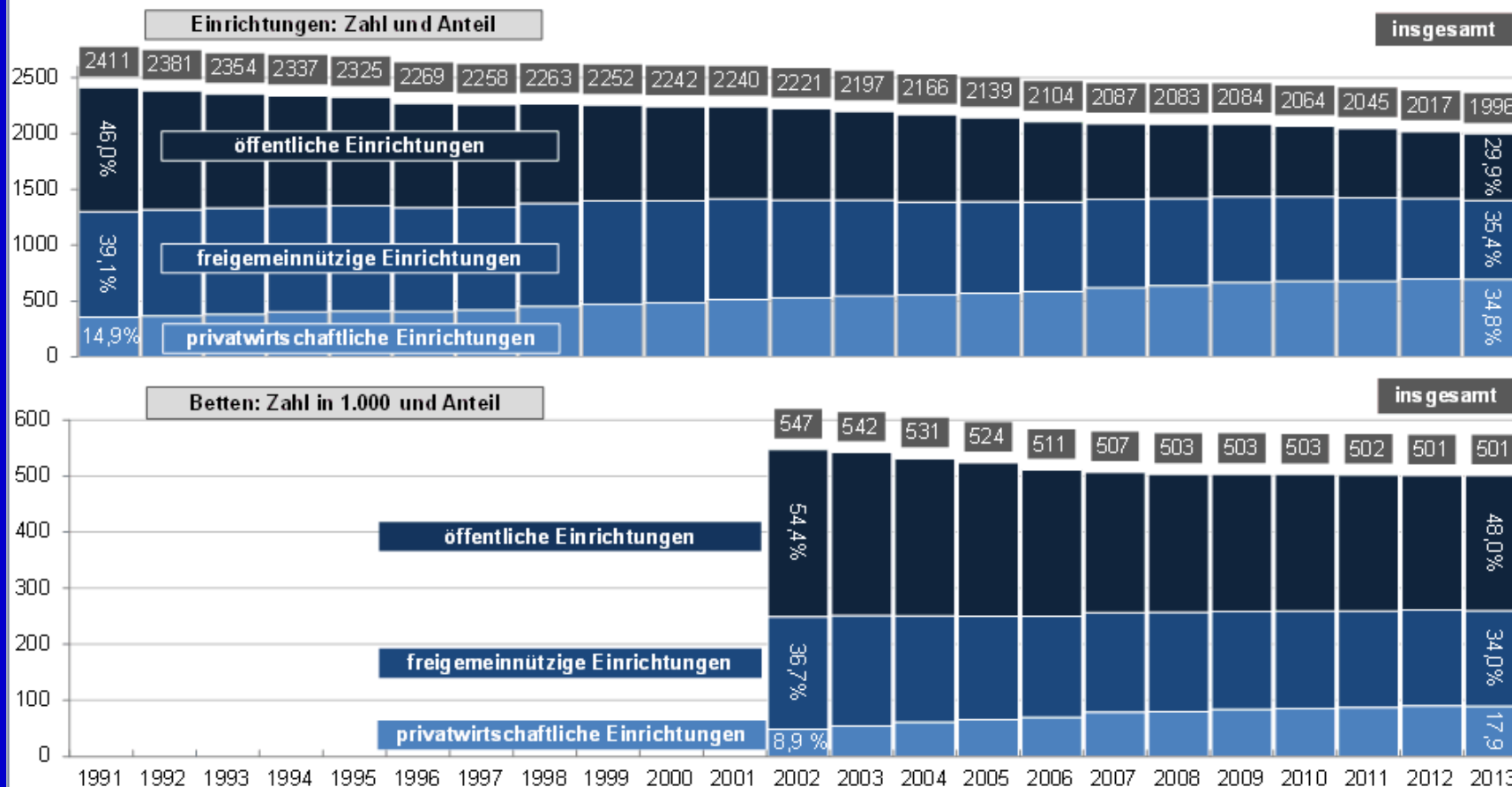
**Ökonomisierung**

# Folge der Spur des Geldes

(H. Mankell 2008)

## Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft 1991 - 2013

in % aller Einrichtungen und Betten und in absoluten Zahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2014), Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser

Im Jahr 2013 gab es in Deutschland 1.996 Krankenhäuser. Gegenüber 1991 hat sich die Zahl infolge von Stilllegungen kleiner Einrichtungen oder von Zusammenschlüssen um 415 verringert. Auch die Zahl der Betten ist rückläufig, von 547 Tausend (2002) auf 501 Tausend (2013). Da zugleich aber immer mehr Menschen ein Krankenhaus aufsuchen müssen (steigende Krankenhausfallzahlen je Einwohner) heißt dies, dass die Verweildauer im Krankenhaus stark gesunken ist...Mehr in der PDF-Datei

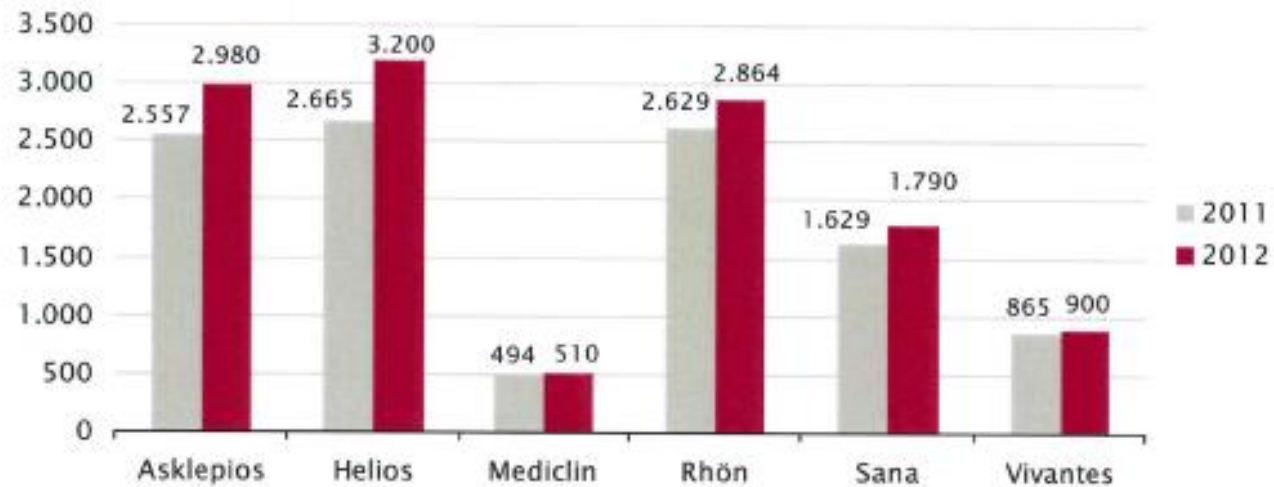


# Umsatzsteigerung

## Umsatzsteigerung ausgewählter Kliniken

(Quelle: Geschäftsberichte der angegebenen Unternehmen, Darstellung: GKV-Spitzenverband)

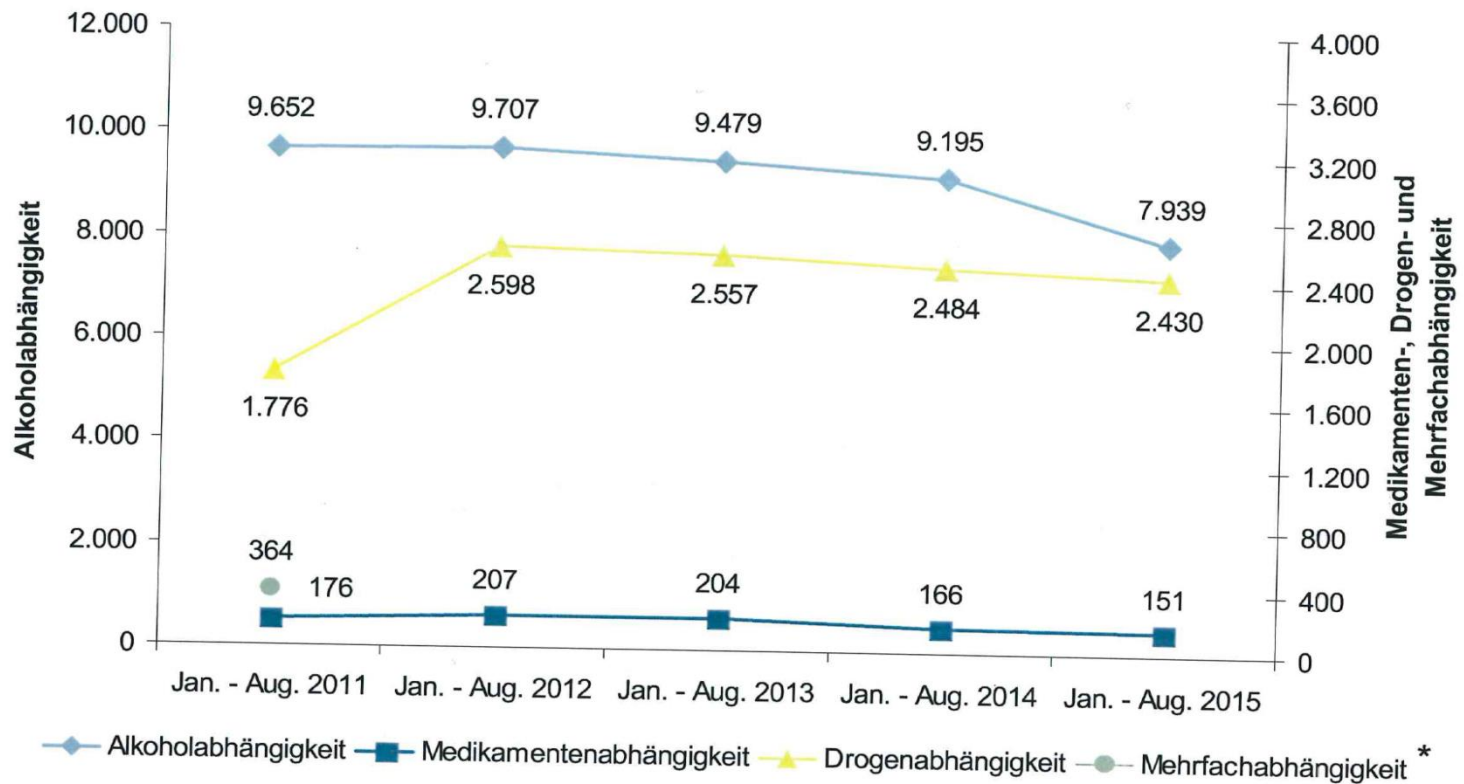
Angaben in Mio. €



# Deutsche Rentenversicherung Bund

## Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

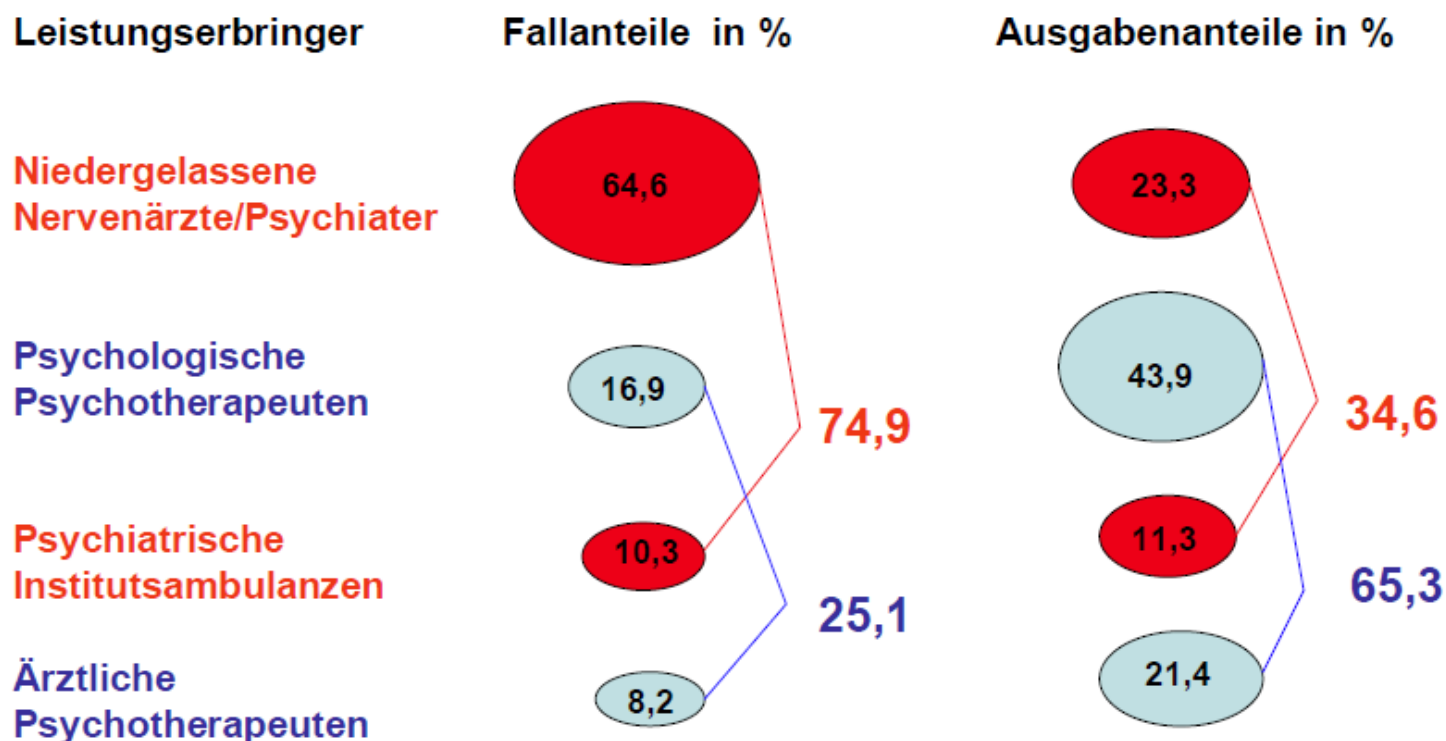
Bewilligungen nach Indikation Januar bis August 2011 bis 2015



\* wird seit 2012 nicht mehr bedient

Quelle: INFOSYS A+E

## Leistungserbringer, Fallzahlen und Ausgabenanteile in der ambulanten psychiatrischen Versorgung am Beispiel Bayern (2006)



**65 % für die psychotherapeutische Spezialversorgung**

**23 % für die psychiatrische Grundversorgung**

**11% für die Schwerkranken in psychiatrische Institutsambulanzen**

# Industrialisierung

# Wertschöpfungskette

Die derzeitige Leistungserbringung entlang der Wertschöpfungskette am Patienten im Krankenhaus folgt zudem weniger einer industriellen Fertigungslogik, sondern ist durch ein tradiertes, eher handwerkliches Arztverständnis geprägt. Aus ökonomischer Sicht sind die Ärzte dort einzusetzen (...) wo sie die größte Wertschöpfung erbringen. Mit der neuen ärztlichen Arbeitsteilung geht die Krankenversorgung denselben Weg der Industrialisierung wie die Automobilindustrie vor hundert Jahren.

„Klinikmanager“ zitiert von ehem. Bundesärztekammer-Präsident Jörg Friedrich Hoppe.

(Zitat nach Stegmann, Th. 2008)

**„Dem Diktat der Ökonomie liegt letzten Endes die implizite Vorstellung zugrunde, dass die Behandlung von kranken Menschen nach dem Modell der industriellen Produktion zu erfolgen hat. Unübersehbar folgt diese Annahme einem mechanistischen Menschenbild, das als Modell für alle Abläufe fungiert. Nach dieser ökonomisch-mechanistischen Vorstellung soll die Wahl und Ausgestaltung der Therapie nicht etwa Resultat einer Beziehung sein, innerhalb derer der Arzt sich mit seinem Patienten auseinandersetzt und dann im Einzelfall eine passende Behandlung vorschlägt, sondern es wird ein normierendes Management etabliert, das den Ablauf der Behandlungen im Vorhinein schon so vorstrukturiert, dass so wenig wie möglich dem ärztlichen Ermessensspielraum überlassen wird und stattdessen den Ärzten implizit beigebracht wird, Therapien als Resultat rein algorithmischen Denkens aufzufassen.“**

**In einer von Betriebswirtschaft dominierten Medizin werden alle Abläufe so vorgeplant, dass die Ärzte das Gefühl erhalten, ihre eigentliche Aufgabe bestünde darin, ihre Patienten so effizient wie möglich und mehr oder weniger nach Gebrauchsanweisung durch die Klinik zu schleusen. Durch eine solche Industrialisierung wird die Handlung des Arztes zu einem austauschbaren, ausschließlich objektiv beurteilbaren und prüfbareren Herstellungsprozess gemacht, hinter dem nicht der einzelne Arzt und seine Erfahrung steht, sondern ein norminierendes Management, das sich an festgelegten Regeln orientiert.“**

**Suchtmedizin ist Beziehungsmedizin aus G. Maio 2014**



# Mc Donaldisierung der Suchthilfe?

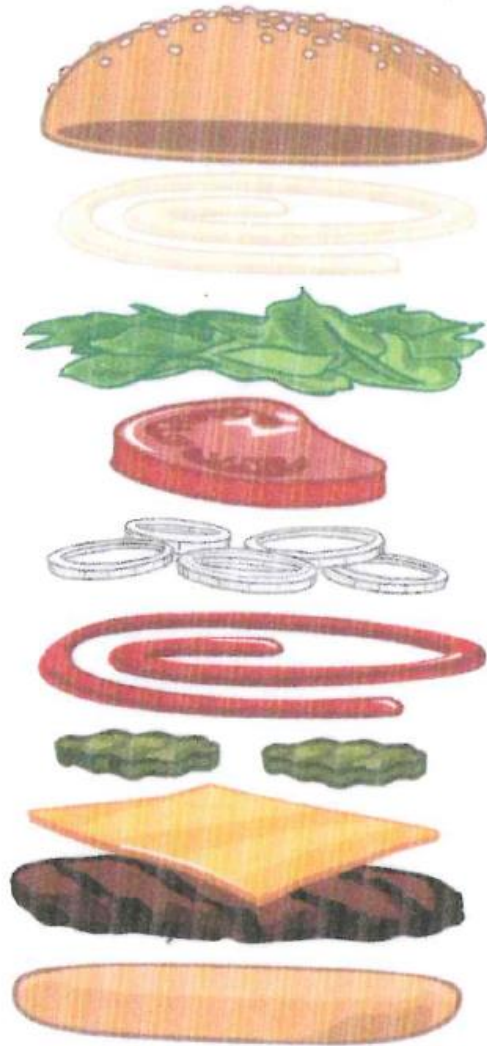
## Hauptaspekte:

Steuerung (control)

Kalkulierbarkeit (calculability)

Voraussagbarkeit (predictability)

Effizienz (efficiency)



4" Hamburger Bun Oberteil

11 g Mayonnaise

11 g Eisbergsalat

Tomatenscheibe

7 g Zwiebeln

7 g Ketchup

2 Gurkenscheiben

Käseschreibe

Hamburger Patty

4" Hamburger Bun Unterteil

**In den Niederlanden ist das Suchthilfesystem  
grundlegend umgestaltet worden**

**Innovationsprogramm  
„Resultaten Scoren“**

**(nach Schippers et al 2009)**

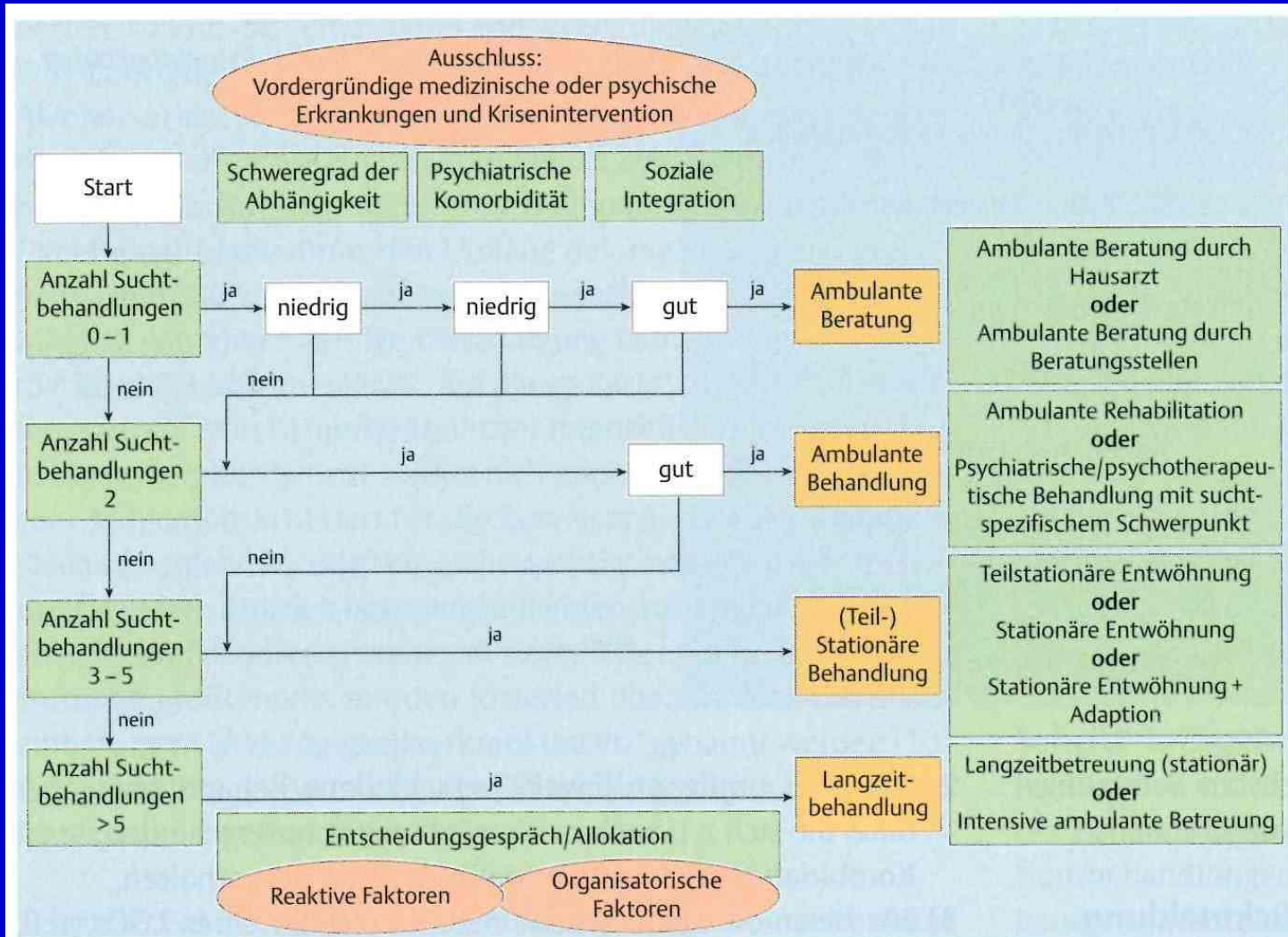
**Tabelle 1: Prozentsatz der Suchthilfeeinrichtungen, die das Manual oder die Leitlinie implementiert haben**

Nr.	Manual/Leitlinie	Implementierung 2005	Implementierung 2008
1.	Manual: Intake und Indikationsstellung	33 %	82 %
2.	Manual: Lifestyle-Training I (Individuell)	100 %	100 %
3.	Manual: Lifestyle-Training II (Individuell)	100 %	100 %
4.	Manual: Lifestyle-Training III (Gruppe)	50 %	64 %
5.	Manual: Lifestyle-Training IV (Gruppe)	42 %	73 %
6.	Manual: Kurzzeitige klinische Krisenintervention	33 %	55 %
7.	Manual: Präventionsprojekt »Homeparty«	42 %	64 %
8.	Manual: Präventionsprojekt »Zwei Tage Theater«	17 %	18 %
9.	Manual: Präventionsprojekt Werbung für Aufklärungsaktivitäten	25 %	27 %
10.	Manual: Nachsorge bei Teilzeit- und stationärer Behandlung	–	36 %
11.	Leitlinie: Doppeldiagnose und doppelte Hilfe	25 %	64 %
12.	Leitlinie: Stationäre Motivationsbehandlung	33 %	46 %
13.	Leitlinie: Casemanagement für Kinder von abhängigen Eltern	8 %	18 %
14.	Leitlinie: Casemanagement der niedrigschwelligen Suchthilfe	50 %	55 %
15.	Leitlinie: Einleitung zum Casemanagement im komplexen Hilfesystem	8 %	9 %
16.	Leitlinie: Klientenprofile und Arbeitsschemata	25 %	36 %
17.	Leitlinie: Outreaching Hilfesysteme	33 %	46 %
18.	Leitlinie: Organisation und Aufbau von Konsumräumen	25 %	73 %
19.	Leitlinie: Nicht reguläre Entlassung aus der Behandlung	17 %	64 %
20.	Leitlinie: Ambulante und stationäre Entgiftung	8 %	73 %
21.	Leitlinie: Selbsthilfe. Ungenutzte Möglichkeiten	17 %	18 %
22.	Leitlinie: Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige	–	46 %
23.	Leitlinie: Intensives Casemanagement	–	55 %

# **MATE NC**

**Measurements in the Addictions for Triage  
and Evaluations- ICF-core-set and Needs for  
Care.**

# Darstellung der adaptierten Zusweisungsleitlinie

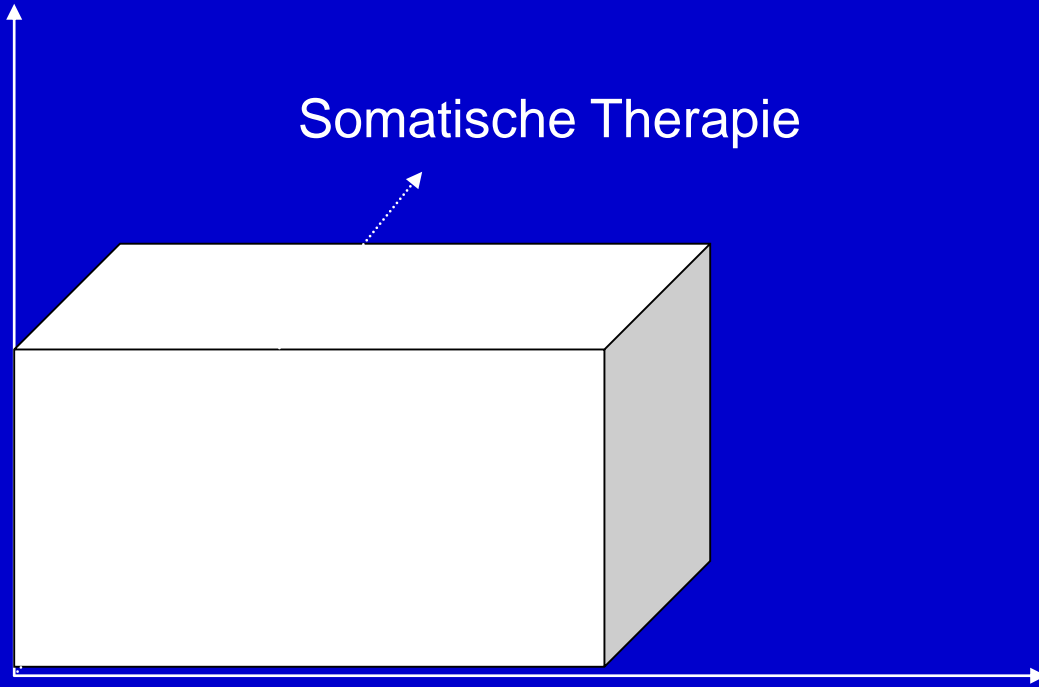


# Medizinisierung

**Von der Alkoholsucht → ICD 8 303**  
**zur Abhängigkeit → ICD 9**  
**zur psychischen Störung**  
**durch Alkohol → ICD 10**  
**zur Substanzgebrauchsstörung → DSM 5**



Soziale Unterstützung



Psychotherapie

**Dimensionen der Suchttherapie**

# Wirkprinzip nach Grawe 1997

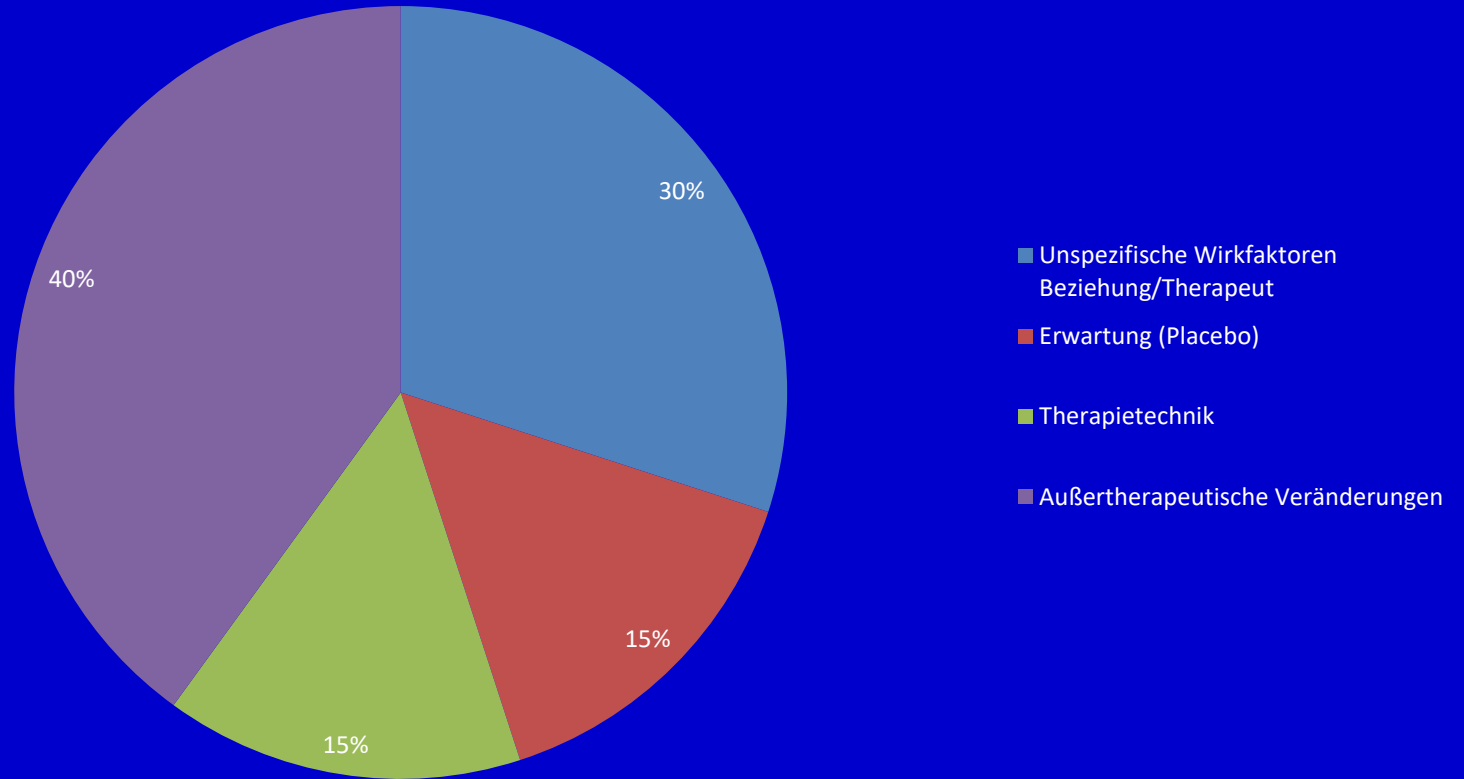
- **Ressourcenaktivierung**
- **Problemaktualisierung**
- **Aktive Hilfe bei der Problembewältigung**
- **Therapeutische Klärung**

# Wie viel Varianz klärt „therapeutic alliance“ für Therapieerfolg auf?

- 7 %        ?
- 20 %       ?
- 60 %       ?
- 80 %       ?
- (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011a, 2011b; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000).

(Bohus 2015)

# Prozentuale Anteile an der therapeutischen Wirkung



**(Lambert u. Barley (2001))**

Lewis Carroll, Alice im Wunderland. Das Caucus-Rennen: “Jeder hat gewonnen und alle sollen Preise haben”



Dodo-Bird-Verdict Rosenzweig 1936

**„Die Gesundheitsversorgung inklusive der Suchtkrankenversorgung sollte von der Orientierung des Einsatzes der Ressourcen für wenige Schwerstgeschädigte auf den Einsatz für die „große Mehrheit“ der Betroffenen umgestellt werden.“**

**(U. John et al., 2001)**

**Früher:**

**Salus aegroti suprema lex**

**Das Wohl des Kranken sei höchstes Gesetz**

---

**Heute:**

**Salus aegrotorum suprema lex**

**Das Wohl der Kranken sei höchstes Gesetz**

# Auslöser der Remission

**Auslöser, Lebensereignisse**

**Häufigste Bereiche (Carballo, 2007)**

**Familiäre Probleme**

**Gesundheit**

**Finanzielle Gründe**

**Wichtige Bezugspersonen**

**Negative persönliche Folgen**

**Soziale Konsequenzen**



# Aufrechterhaltende Bedingungen der Remission

Häufigste Bereiche (Carballo, 2007, Sobell, 2000)

**Soziale Unterstützung**

**Wichtige Bezugspersonen/Familie**

**Entwicklung nicht substanzbezogener Interessen**

**Vermeidung von Situationen, die im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum stehen**

**Aspekte im Zusammenhang mit Arbeit**

**Änderung des Lebensstils**

# Philosophie

Da der Markt dazu neigt, einen unwiderstehlichen Konsum-Mechanismus zu schaffen, um seine Produkte abzusetzen, versinken die Menschen schließlich in einem Strudel von unnötigen Anschaffungen und Ausgaben. Der zwanghafte Konsumismus ist das subjektive Spiegelbild des techno-ökonomischen Paradigmas. Es geschieht das, worauf schon Romano Guardini hingewiesen hat: Der Mensch „nimmt [...] Gebrauchsdinge und Lebensformen an, wie sie ihm von der rationalen Planung und den genormten Maschinenprodukten aufgenötigt werden, und tut dies im Großen und Ganzen mit dem Gefühl, so sei es vernünftig und richtig“. Dieses Modell wiegt alle in dem Glauben, solange sie eine vermeintliche Konsumfreiheit haben, während in Wirklichkeit jene Minderheit die Freiheit besitzt, welche die wirtschaftliche und finanzielle Macht innehat. In dieser Unklarheit hat die postmoderne Menschheit kein neues Selbstverständnis gefunden, das sie orientieren kann, und dieser Mangel an Identität wird mit Angst erfahren. Wir haben allzu viele Mittel für einige dürftige und magere Ziele.

(Papst Franziskus)

## Definition „Zieloffene Suchtarbeit“ (ZOS)

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

# Problem der Wertsetzung

Sind Abstinenz und Trinkmengenreduktion „gleichwertige“ Ziele?  
Oder muss ich nicht der „überlegenen“ Angehensweise den Vorzug geben?

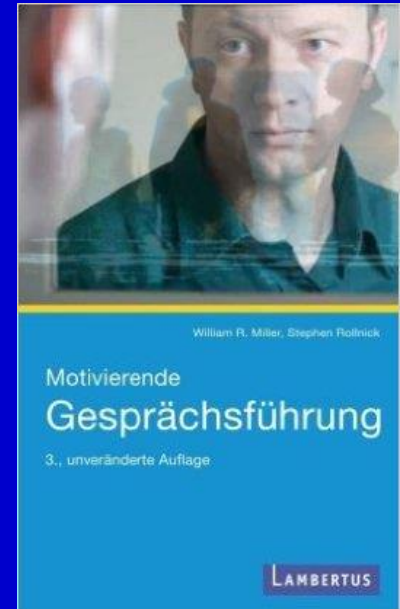
# Neutralität

ursprünglich:

Motivational Interviewing will Einfluss nehmen

jetzt auch möglich keine Impulse zu setzen

- a) weil der Therapeut nicht weiß, was der bessere Weg ist
- b) weil der Therapeut die Entscheidung der Klienten nicht beeinflussen will



# Equipoise

(wörtlich: Gleichgewicht)

## Definition:

Die Entscheidung ganz den Klienten überlassen.

Equipoise beruht auf einer absichtsvollen Entscheidung, den Klienten nicht mittels der eigenen beruflichen Rolle und der eigenen Fertigkeiten dahingehend zu beeinflussen, dass er eine bestimmte Entscheidung trifft oder sein Verhalten ändert.

## Effektivität von Behandlungs- methoden des Alkoholismus

Art der Behandlung	Anzahl Kontrollstudien	Effektivitätsindex
<b>Sehr gute Wirksamkeit (+6 oder mehr)</b>		
Social skills training	10	+18
Self-control training	17	+17
Brief motivational counseling	9	+13
Marital therapy, behavioral	7	+12
Community reinforcement approach	4	+6
Stress management training	10	+6
<b>Gute Wirksamkeit (+2 bis +5)</b>		
Aversion therapy, covert sensitization	7	+3
Behavior contracting	4	+3
Disulfiram, oral	10	+3
Psychotropic medication, antidepressant	4	+3
Disulfiram, implant	5	+2
<b>Mittlere Wirksamkeit (-1 bis +1)</b>		
Marital therapy, other (nonbehavioral)	3	+1
Psychotropic medication, lithium	6	+1
Cognitive therapy	7	0
Hypnosis	4	0
<b>Unzureichende Wirksamkeit (weniger als 3 Studien)</b>		
Acupuncture	1	+1
Calcium carbimide	1	+1
Residential/milieu, Minnesota model	1	+1
Residential/milieu, halfway house	1	-1
Alcoholics Anonymous	2	-2
Aversion therapy apnea	2	-2
Psychotropic medication, antipsychotic	2	-2
<b>Keine Wirksamkeit (-2 oder weniger)</b>		
Aversion therapy, electrical	15	-2
Aversion therapy, chemical (nausea)	5	-3
Confrontational interventions	4	-4
Psychotherapy (individual)	8	-4
Psychotropic medication, psychedelic	8	-4
Videotape self-confrontation	4	-4
Educational lectures/films	9	-5
Psychotropic medication, antianxiety	10	-6
Counseling, general	9	-7
Metronidazole	10	-8
Group psychotherapy	13	-9
Residential/milieu treatment	14	-12

# CRA ...

**CRA = Community Reinforcement Approach**

-> **community = sozial/gemeindenah**

-> **reinforcement = Verstärkung**

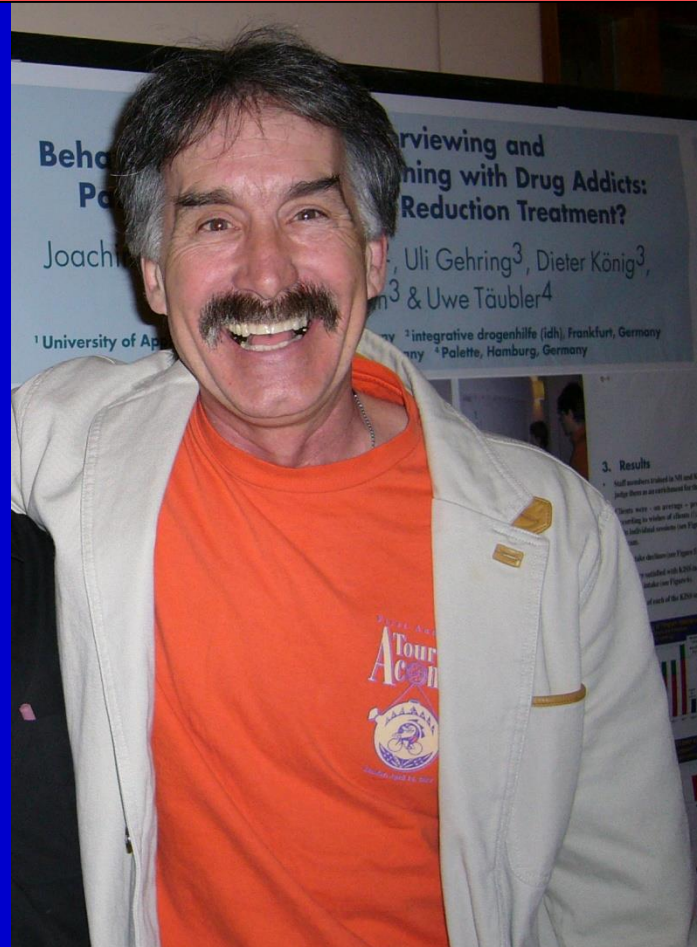
-> **approach = Ansatz**



# Das CRA-Team aus New Mexico



Jane E. Smith



Robert J. Meyers



John G. Gardin

## **1. Schritt:**

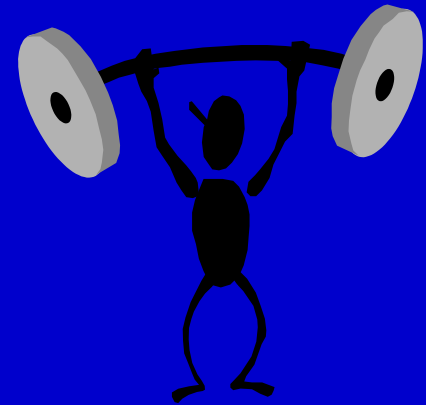
**Wir müssen herausfinden, was die relevanten Verstärker bei einem bestimmten Patienten/Klienten eigentlich sind. Da stehen zur Auswahl:**

- Partnerschaft
- Arbeit
- Wohnung(serhalt)
- Gesundheit
- Führerschein
- Stützende soziale Kontakte
- Haftverschonung
- Sorgerecht bzw. Besuchsrecht
- ...

## 2. Schritt:

Wir müssen herausfinden, wie diese/r  
Patient/Klientin

sich die nötigen Kompetenzen aneignen kann, um  
sein/ihr Ziel erreichen zu können.



- Ablehnungstraining

- Expositionstraining

- Gruppentraining

sozialer Kompetenzen

- Lebenspraktisches Training

- Problemlösetraining

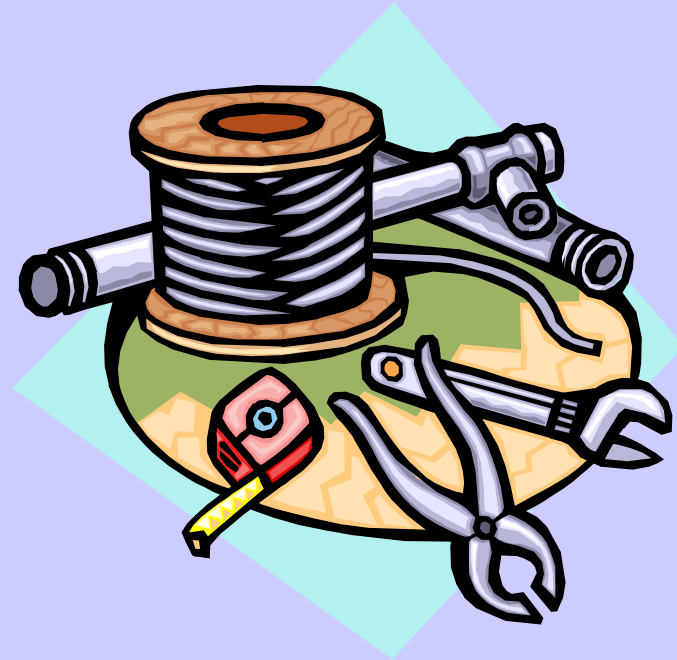
- Entspannungstraining

- Kognitives Training

- ...

# CRA – „Werkzeuge“

- Bedingungsanalyse
- Skills Training
- Erproben der Nüchternheit
- Zufriedenheits-Skalen
- Ziele der Beratung
- Rollenspiele
- Hausaufgaben



# CRA – Zufriedenheitsskala

Körperliche Gesundheit	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10
Freizeit und meines Privatlebens	
Arbeit	
Schul- und Ausbildung	
Umgang mit Geld	
Umgang mit Alkohol und wie er mein Leben betrifft	
Umgang mit Drogen und wie sie mein Leben betreffen	
Abstinenz und Nüchternheit	
Seelische Gesundheit	
Körperliche Aktivität	
Beziehung zu meiner/m Partner/in	
Beziehung zu meinen Kindern	
Beziehung zu meinen Eltern	
Beziehung zu meinen engen Freunden/innen	
Juristische Angelegenheiten	
Kommunikation mit Anderen	
Spirituelles und religiöses Leben	
Meine Zufriedenheit mit meinem Leben insgesamt	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Dr. med. Ulrich Kemper  
Chefarzt der Klinik für Suchtmedizin  
und der Bernhard-Salzmänn-Klinik  
am LWL-Klinikum Gütersloh  
Buxelstraße 50  
33334 Gütersloh**

**Tel. 05241/502 2550**

**Fax: 05241/502 2601**

**Email: [Ulrich.Kemper@lwl.org](mailto:Ulrich.Kemper@lwl.org)**