

10 Jahre Psychotherapeutengesetz

Perspektiven der Psychotherapeutischen Versorgung



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

4. Landespsychotherapeutentag in Baden-Württemberg

05. Juli 2008

Im Haus der Wirtschaft, Stuttgart,

Workshop 6
Psychologische Therapie der
Sucht zwischen
Suchtmedizin und Sozialarbeit

Rainer Baudis
Wolfgang Langer
Michael Müller-Mohnssen

Einführung

Teil I

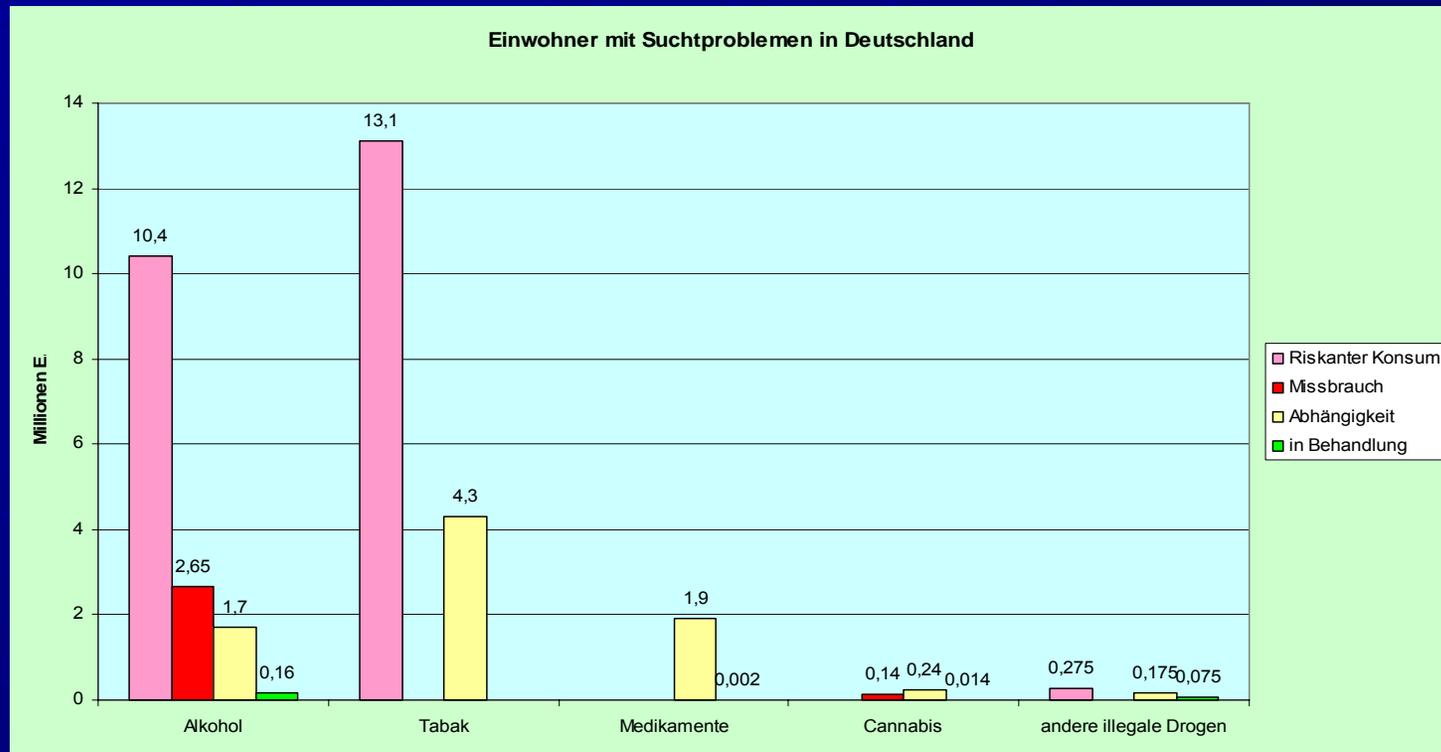
Suchterkrankungen gehören zu den häufigsten Psychischen Erkrankungen

12-Monats - Prävalenzen (Wittchen et al., 2005)

Depressive Störungen	9,1 %
Angststörungen	12,0 %
substanzbedingte Störungen	3,4 %
somatoformen Störungen	11,0 %

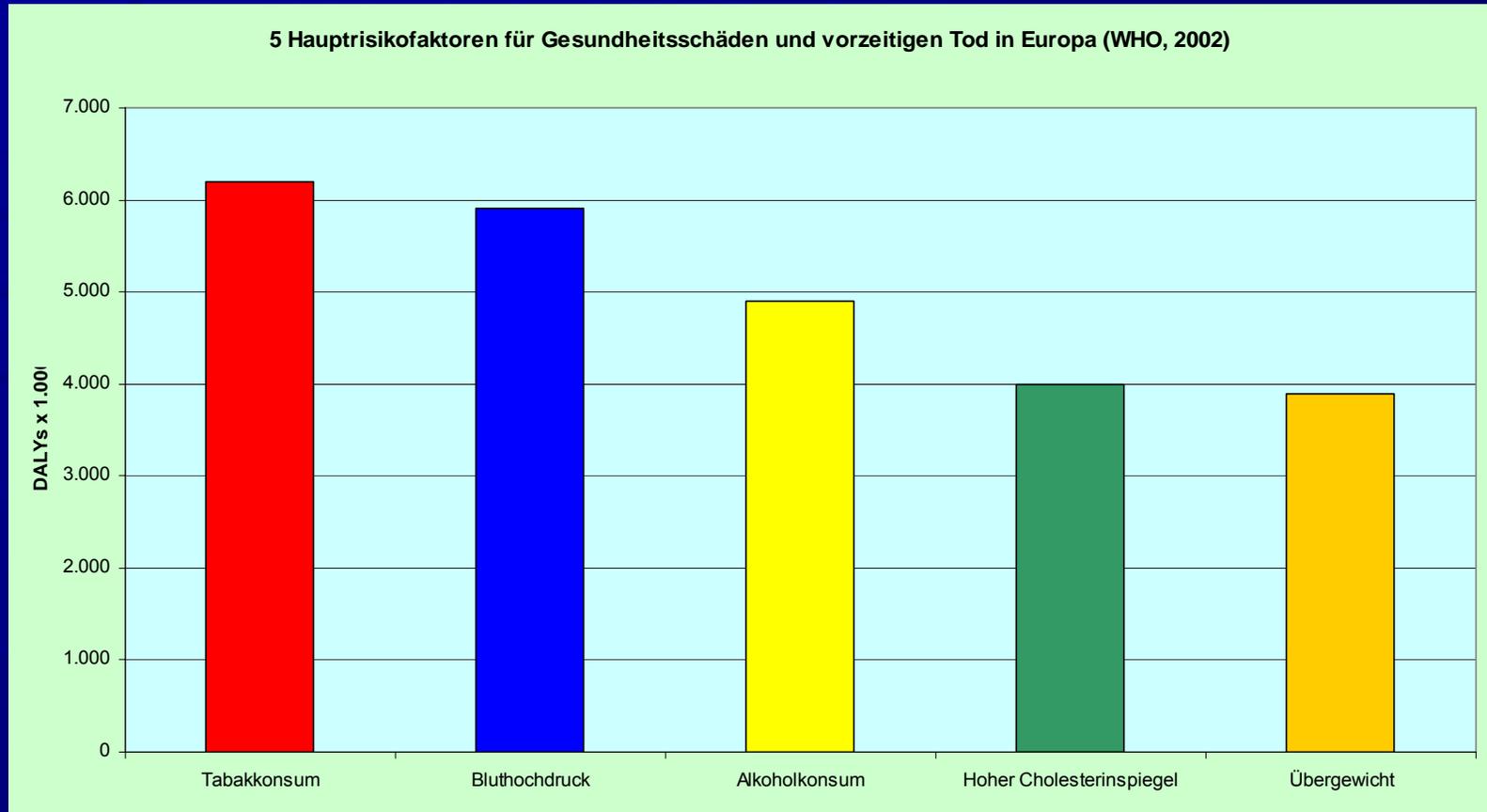
Epidemiologie substanzbezogener Störungen in Deutschland

(vgl. Bühringer, 2004)



Substanzbedingte (F1 -) Störungen
tragen bei der erwachsenen Bevölkerung
im arbeitsfähigen Alter
in den entwickelten Industrieländern
in hohem Maße bei zu
durch Krankheit oder Beeinträchtigung
oder vorzeitigen Tod
verlorenen Lebensjahren (DALYs)

Die 5 Hauptrisikofaktoren für Disability-Adjusted Life Years (DALYs) in Europa (WHO – Report, 2002)



Menschen

bei Alkoholabhängigen:
ca. 10% pro Jahr
ca. 15% – 20% lebenslang

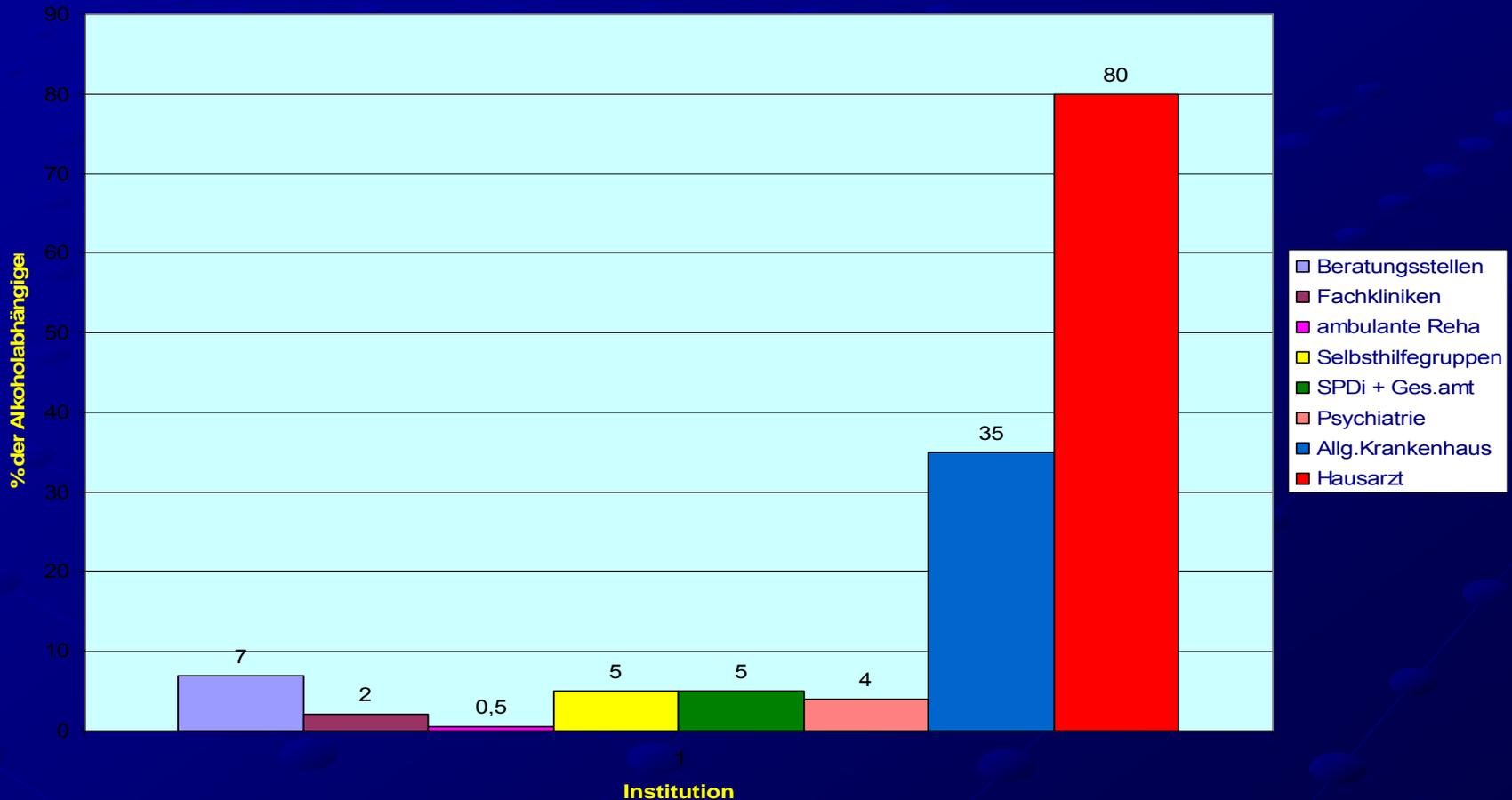
Leistungsangebote der Suchtkrankenversorgung

Selbsthilfegruppen	> 10.000	>100.000
Psychosoziale Beratungsstellen	> 1.000 mit <4.000 Mitarbeitern	ca. 275.000 Klienten ca. 10.000 ambulante Rehabilitationen
Suchtfachkliniken	ca. 150 Einrichtungen mit ca. 11.000 Plätzen	> 40.000 stationäre Behandlungen
suchtpsychiatrische Einrichtungen	Ca. 7.000 Betten	ca. 200.000 Behandlungen

Landespsychotherapeutentag 2008

Jährliche Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Suchtkranke

(Zahlen nach WIENBERG, 2001)



Probleme der gegenwärtigen Versorgungsstruktur

- **zu hochschwellig** (zu geringe Inanspruchnahme, zu späte Intervention)
- **zu aufwändig** (z.B.: sehr hoher Anteil vollstationärer Behandlung, Parallel- und Doppelbehandlung in verschiedenen Systemen)
- **zu wenig vernetzt:** Fehlplatzierung von Patienten, Schnittstellenprobleme zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern, Behandlungsabbrüche und Wartezeiten beim Übergang in anderen Leistungsbereich
- **zu wenig effektiv:** (empirisch) Wirksames wird zu selten gemacht, und weniger Wirksames zu häufig (Behandlungsqualität!), Wirksamkeit von vielen in der Suchtkrankenversorgung üblichen Behandlungsbestandteilen (z.B. Ergotherapie, Entspannung) bisher empirisch nicht ausreichend überprüft und daher nicht bekannt

Aktuelle Trends und Veränderungen

- **Ambulantisierung:** mehr niedrigschwellige und ambulante Behandlungsformen und verkürzte stationäre Verweildauern
- **Professionalisierung:** mehr Einsatz evidenzbasierter medizinischer und psychotherapeutischer Verfahren (Behandlungsleitlinien)
- **Vernetzung:** Minderung von Schnittstellenproblemen, Nutzung von Synergieeffekten

Ausblick

Das Versorgungssystem für Suchtkranke verändert sich Deutschland derzeit sehr rasch in Richtung

- Verkürzung der Behandlungszeiten und Ambulantisierung der Behandlung
- Effizienzsteigerung durch Professionalisierung und Qualitätsmanagement
- Niedrigschwelligkeit und Vernetzung

Noch steht allerdings der Beweis aus, dass durch die aktuellen Veränderungen im Versorgungssystem

- mehr Suchtkranke erreicht und
- vergleichbare Behandlungserfolge
- bei reduzierten Fallkosten erreicht werden können

Psychologie und Psychotherapie

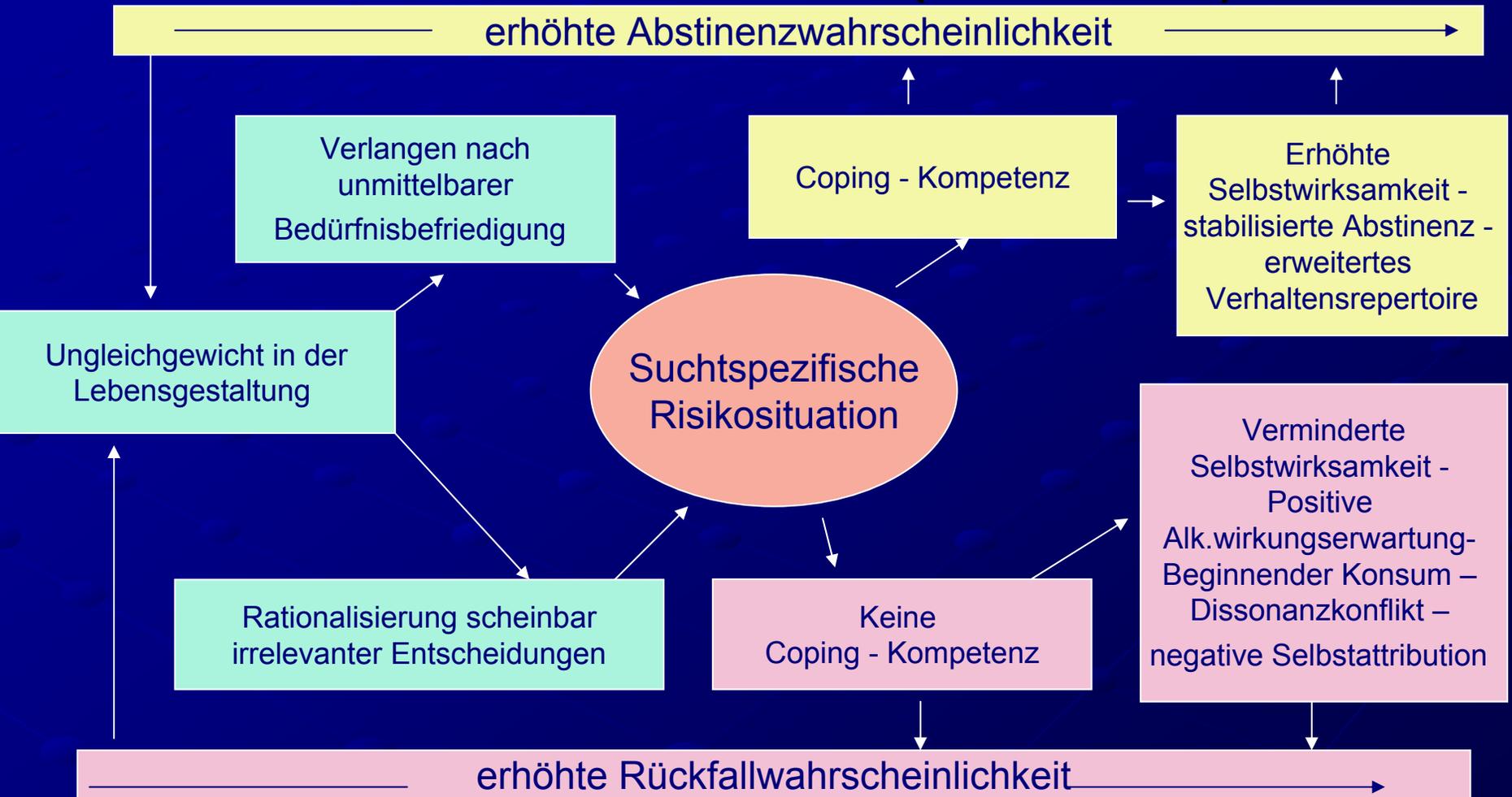
Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der Sucht



Das Psychologische Störungsmodell der Alkoholabhängigkeit

- **Lernpsychologie:**
 - **operantes Konditionieren** (Entwicklung suchtmittelabhängigen Verhaltens) und
 - **klassisches Konditionieren** (Aufrechterhaltung des suchtmittelabhängigen Verhaltens, Cues, rückfallauslöser)
- **Modell – Lernen (BANDURA):** Übernahme komplexer Verhaltensmuster, Einstellungen und Wirkungserwartungen
- **Selbstwirksamkeitserwartung (BANDURA):** Kompetenzerwerb, Veränderungsmotivation
- **Automatisierte Behandlungsabläufe (TIFFANY, 1990)**
- **Erwartungs-Wert-Modelle (z.B. KRAMPEN, 1982)**
- **Selbstregulation (KANFER, 1970 ff.)**
- **Kognitive Modelle der Sucht (BECK et al., 1993; MARLATT et al., 1985 ff.)**
- **Motivation (z.B. RHEINBERG, 2004)**
- **Attributionsmodelle (z.B. McHUGH, 1979)**
- **Informationsverarbeitung:** Reizdiskrimination, Reizstimulation, Selbstaufmerksamkeit

Das sozial-kognitive Rückfallmodell von MARLATT (1985 ff.)



Psychologie und Neurobiologie der Sucht

Das Lernpsychologische Störungsmodell der Sucht erweist sich als gut kompatibel mit neurobiologischen Modellen und findet seine Entsprechung auch im Tiermodell der Sucht

(z.B. Spanagel et al., 1999; Wolfgramm, 1996 ff.)

- Entsprechung zum neurobiologischen Suchtmodell der veränderten Regulation von **Neurotransmittersystemen (z.B. GABA, Glutamat)** bei Alkoholabhängigkeit: Auslösung von Craving durch konditionierte Stimuli (konditioniertes Entzugssyndrom)
- Entsprechung zum Neurobiologischen Suchtmodell der Funktion des **dopaminergen mesolimbischen Belohnungssystems (reward-system)** bei Alkoholabhängigkeit: Interne und externe Stimuli führen zur Aktivierung des Reward-Systems (erhöhte Dopaminausschüttung) und steigern über die positive Wirkungserwartung die Motivation zum Konsum, die Umsetzung konsumvorbereitender Handlungen und die verstärkte Wahrnehmung und Selektion suchtrelevanter Stimuli.
- Kondensationsprodukte von Alkohol (Aldehydmetabolite) können mit Neurotransmittern zu körpereigenen Morphinen (**Endorphinen**) metabolisieren. Die Endorphinausschüttung führt zum Wunsch nach weiterem Alkoholkonsum

Psychologische Psychotherapie der Sucht

Evidenzbasierte Beispiele

Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit

- Behandlung durch Bestrafung
- Behandlung durch Überredung und Bekehrung
- Formulierung des Alkoholismus als Krankheit durch anglo-amerikanische und deutsche Psychiater (Ende des 18. u. Beginn des 19. Jhdts) und die Neuformulierung des Krankheitskonzepts durch Jellineks Phasen- und Typenlehre (Ende der 1940er Jahre)
- Krankheitsbegriff der WHO (1950, 1958)
- Sozialrechtliche Anerkennung in Deutschland (seit 1968)
- Sozialrechtliche Regelung „Empfehlungsvereinbarung „Sucht“ der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger (1978 und 2001)

Psychologische Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Verhaltenstherapeutische Behandlung auf der Grundlage des „Klassischen Konditionierens nach PAWLOW“:

- Elektrische Aversionstherapie (Kantorovich, UdSSR 1929)
- Chemische Aversionstherapie (Lemere & Voegtlin, USA, 50er Jahre)
- Symbolische Aversionstherapie (Cautela, USA 1970)
- Cue Exposure, Expositionstraining (Marlatt, 1976; in D: Lindenmeyer, 1995 ff., Hautzinger, 1998 ff.)

Psychologische Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Verhaltenstherapeutische Behandlung auf der Grundlage des „Operanten Konditionierens nach SKINNER + ff.“

- Alkohol als Möglichkeit zur Spannungs-Reduktion (Conger, 1956)
- Verstärkerwirkungen des Trinkens (Mello & Mendelson, 1965)
- Verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie (Lazarus, 1965)
- Entwicklung von Kompetenztrainings auf der Grundlage des Selbstkontroll -/Selbstmanagement – Modells von Kanfer (1971 ff.)
- Das Konzept des „Kontrollierten Trinkens“ (Davies, 1962; Reinert & Bowen, 1968; Sobell & Sobell, 1973; Heather & Robertson, 90er Jahre)

Psychologische Rückfallprävention in den AWMF - Leitlinien

Psychologisch-psychotherapeutische Techniken mit dem Ziel der **Rückfallvermeidung und –bewältigung** durch kognitiv - verhaltenstherapeutische Verfahren:

1. Vermittlung von **Relapse-Prevention-Strategien** durch Erlernen von:
 - Identifikation suchtspezifischer Cues und Risikosituationen und Antizipation oder Vermeiden
 - Erlernen alternativer Coping – Strategien
 - Umgang mit erhöhtem Craving
 - Desensibilisierungs- und Relaxationstechniken
 - Selbstbelohnungs-Techniken
 - Soziales Kompetenztraining
2. **Vermittlung von Rückfall-Management-Techniken**
3. **Verstärkung abstinenten Verhaltens durch Gratifikationen** (z.B. im Rahmen von Community Reinforcement Strategien)

Alkoholismusspezifische Psychotherapie (ASP) (W. MILLER)

Manualisiertes, evidenzbasiertes kognitiv-behaviorales
Behandlungskonzept
(Projekt MATCH, Projekt COMBINE)

- Motivationsaufbau
- Kognitiv-behaviorales Fertigkeitentraining (Skills)
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen
- Unterstützung durch wichtige Person
- Soziale und Freizeitberatung
- Individueller Behandlungsplan
- Unterstützung der Medikamenten-Compliance
(rückfallpräventive Medikation)

Community Reinforcement Approach (CRA) (Nathan Azrin & George Hunt)

- Unterstützung bei der Jobsuche (Job Clubs)
- Ehepaar Counseling (Partner unterstützt Abstinenz)
- Social Skills Training (Monti et al.) (z.B. Kommunikationsfertigkeiten, Gefühlsmanagement)
- Timeout- und Entspannungsfähigkeiten
- Freizeitplanung
- Unterstützung im sozialen Umfeld

Behandlungsverfahren mit nachgewiesener Evidenz (Ia) in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit

(aus: Loeber S und Mann K. Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus. Nervenarzt 5. 2006. 559-566)

Therapieverfahren	Evidenznachweis	Evidenzbasierung
Motivationale Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> ● Miller et al. (2003) ● Chambless und Ollendick (2001) ● Berglund et al. (2003) ● Slattery et al. (2003) 	<p>Ia Ia Ia Ia</p>
Bewältigungstraining (kognitiv – verhaltenstherapeutisch)	<ul style="list-style-type: none"> ● Berglund et al. (2003) ● Slattery et al. (2003) 	<p>Ia Ia</p>
Soziales Kompetenztraining	<ul style="list-style-type: none"> ● Miller et al. (2003) ● Chambless u. Ollendick (2001) ● Slattery et al. (2003) 	<p>Ia Ia Ia</p>
Paar- und Familientherapie (überwiegend verhaltenstherapeutisch)	<ul style="list-style-type: none"> ● Miller et al. (2003) ● Chambless u. Ollendick (2001) ● Berglund et al. (2003) ● Slattery et al. (2003) 	<p>Ia Ia Ia Ia</p>
Reizexposition	<ul style="list-style-type: none"> ● Chambless und Ollendick (2001) ● Conklin u. Tiffany (2002) 	<p>Ia Ia</p>
Gemeindenaher Verstärkermodelle (CRA)	<ul style="list-style-type: none"> ● Miller et al. (2003) ● Chambless und Ollendick (2001) 	<p>Ia Ia</p>
Rückfallpräventive Medikation: Acamprosat	<ul style="list-style-type: none"> ● u.a. Mann et al. (2004) 	<p>Ia</p>

Ia = Metaanalyse randomisierter Studien

Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten in der psychiatrischen Suchtkrankenbehandlung

Teil II

Psycholog-inn-en in der Suchtkrankenbehandlung

Mehr als 1 500 Diplom-Psychologen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten arbeiten in der Suchtkrankenhilfe und Suchtkrankenversorgung!

- In den 1054 **ambulanten Beratungsstellen und ambulanten Behandlungsstellen der Suchthilfe** (0.47 Psychologen je Beratungsstelle, DHS) arbeiten über **500 Diplom-Psychologen**
- In **stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke** arbeiten annähernd **700 weitere Diplom-Psychologen und psychologische Psychotherapeuten** (11.312 vollstationäre Entwöhnungsplätze: 3,8 Diplom-Psychologen je 65 Behandlungsplätzen).
- Von den bundesweit ca. 61 000 Betten in **psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen** sind ca. 10 500 Betten (17.5 %) mit Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der Suchterkrankungen belegt. Auf der Berechnungsgrundlage der Personalverordnung Psychiatrie kann man bundesweit mit ca. **300 - 400 Psychologen in der Suchtkrankenversorgung** der stationären psychiatrischen Facheinrichtungen rechnen.
- Weitere Psychologinnen und Psychologen arbeiten im Bereich der störungsbezogenen Grundlagen- und Versorgungsforschung.

Psychologische Psychotherapie in der psychiatrischen Suchtkrankenversorgung

- Von den bundesweit ca. 61 000 Betten in **psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen** sind ca. 10 500 Betten (17.5 %) mit Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der Suchterkrankungen (F1 – Diagnose) belegt.
- Auf der Berechnungsgrundlage der Personalverordnung Psychiatrie kann man bundesweit mit ca. **300 - 400 Psychologen in der Suchtkrankenversorgung** der stationären psychiatrischen Facheinrichtungen rechnen.

Psychologische Psychotherapie in der psychiatrischen Suchtkrankenversorgung 1

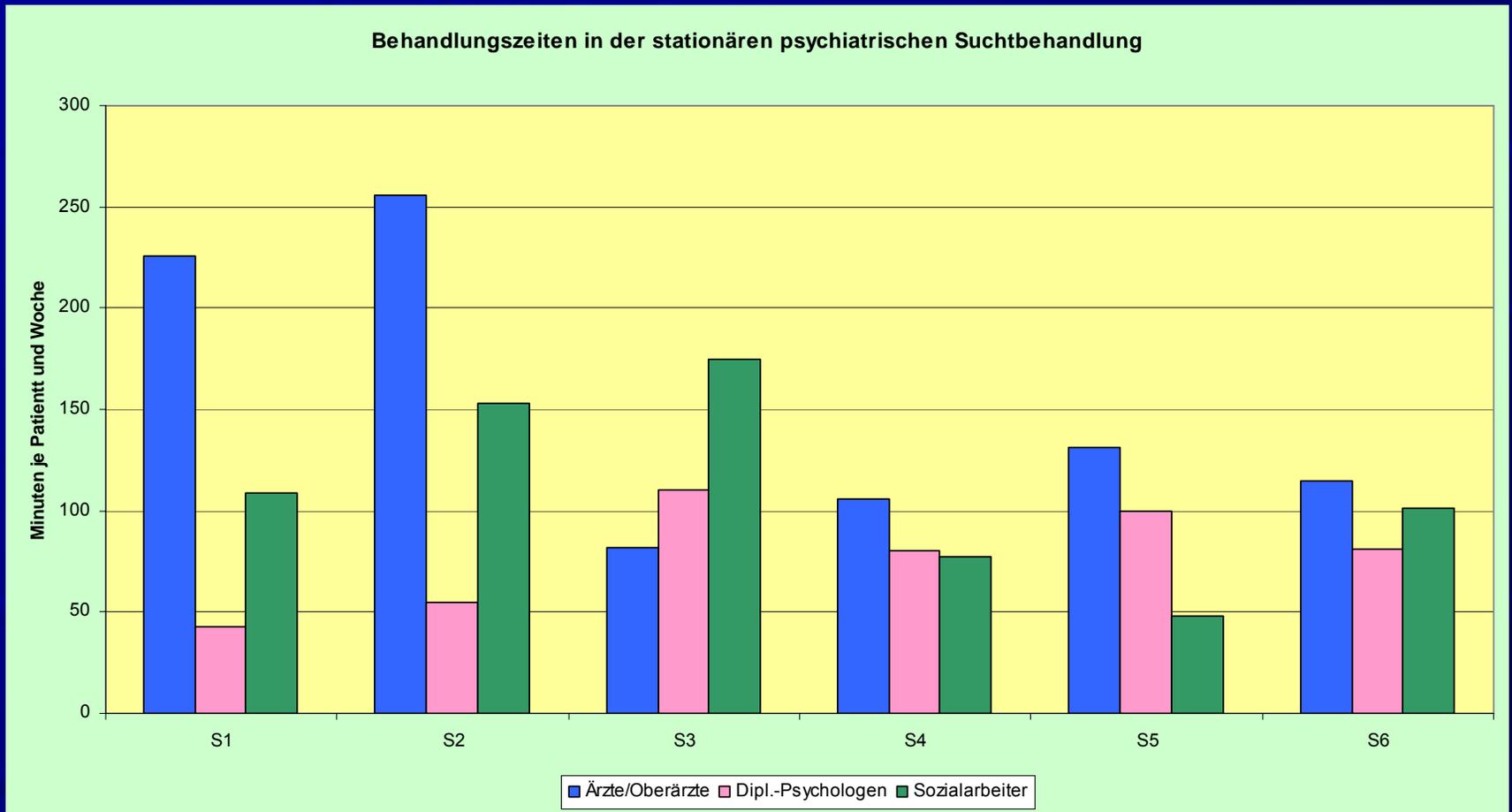
- Die Personalverordnung Psychiatrie (Psych PV) ist seit Anfang der 90er Jahre Bezugspunkt der Personalzumessung für die therapeutischen Berufsgruppen.
- Die Psych PV kennt noch keinen „Psychologischen Psychotherapeuten/-in“, sondern nur den Diplom-Psychologen
- Für die Suchterkrankungen in der Psychiatrie gilt eine eigene Tätigkeitszuweisung nach Behandlungstypen (S1 – S6).
- Seit Einführung der PsychPV steigen die personalintensiven (medizinischen) Behandlungstypen (S1 „Regelbehandlung“ und besonders S2 „Intensivbehandlung“ und sinken die mehr psychotherapeutische orientierten Behandlungstypen (S3 „Rehabilitative Behandlung“ und S5 „Psychotherapeutische Behandlung“)

Aufgaben der Psychologen in der suchtpsychiatrischen Behandlung (Psych PV)

- Grundversorgung: Mitwirkung bei Anamnese, Therapieplanung, Dokumentation, Teilnahme an Visiten und Verlaufsbesprechungen
- Einzelfallbezogene Behandlung: Einzelgespräche, Familiengespräche, Kriseninterventionen, einzelfallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Stellen
- Gruppentherapie incl. spezieller Therapie – und Trainingsprogramme
- Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten: Teilnahme an Konferenzen, Konzeptbesprechungen, Fortbildungen, Außenkontakte

Personalverordnung Psychiatrie

Behandlungszeiten je Patientengruppe



Psychologische Psychotherapie in der psychiatrischen Suchtkrankenversorgung 2

Aktuelle Tendenzen
in der suchtpsychiatrischen Versorgung:

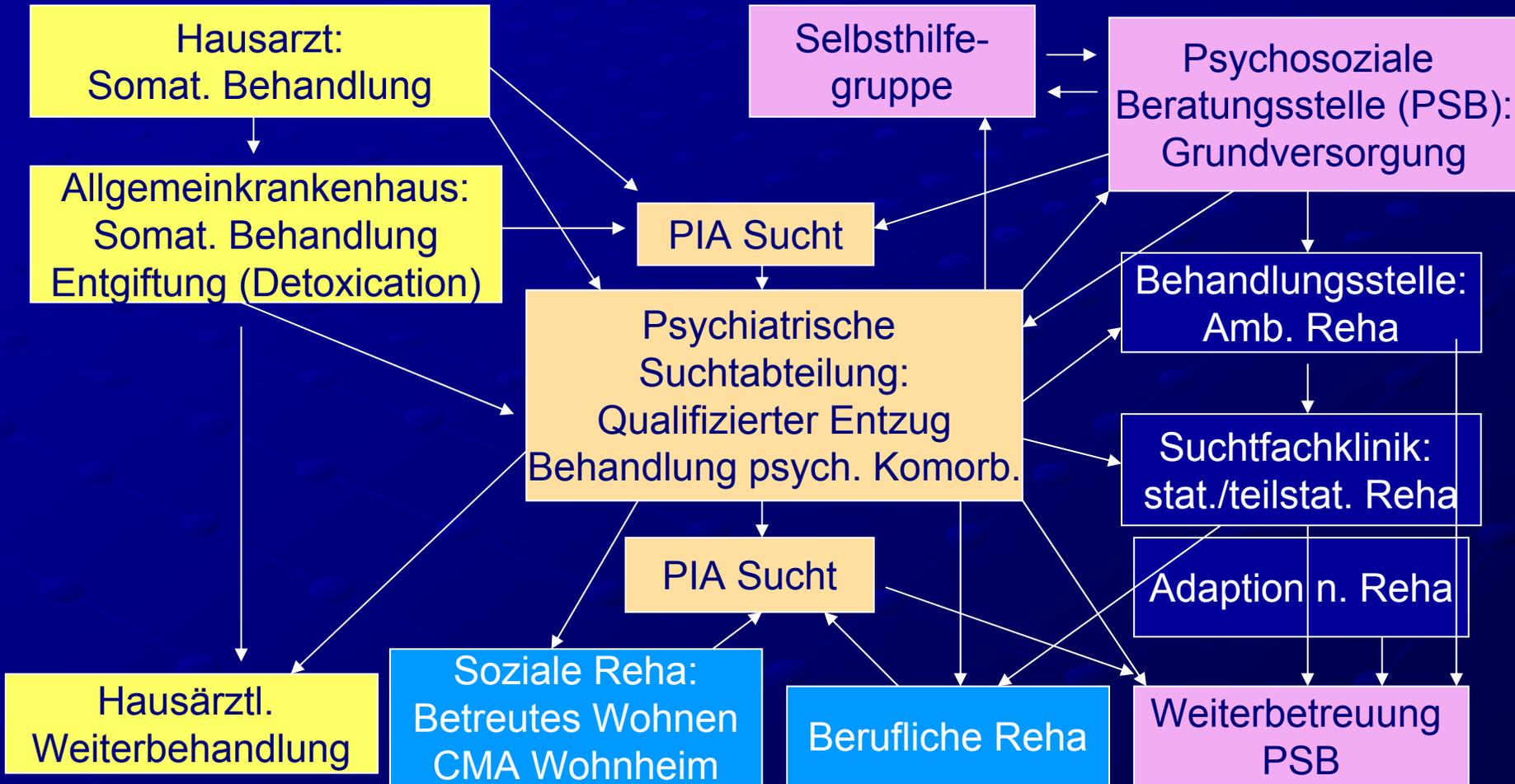
- Verkürzung der Verweildauern auf den Akutstationen (weniger Möglichkeiten zu psychotherapeutischen Interventionen, Ersetzen von Psychologen durch Ärzte/Sozialarbeiter, Durchführung von psychologischen Behandlungsmodulen durch Ärzte oder Sozialarbeiter oder Pflegekräfte)
- Meist kleinere teilstationäre (tagesklinische Einheiten) werden aus Kostengründen (meist knapp) vorzugsweise mit Ärzten/Sozialarbeitern/Pflegekräften und Ergotherapeuten) besetzt
- Während früher Diplom-Psychologen häufig Leitungsaufgaben auf Behandlungsstationen für Suchtkranke übernehmen konnten, werden derzeit viele dieser Stellen fachärztlich besetzt (versicherungsrechtliches Argument: „Facharztstandard“)

Psychologische Psychotherapie in der psychiatrischen Suchtkrankenversorgung 3

- Ausbau von Psychiatrischen Institutsambulanzen: diese werden ebenfalls bevorzugt mit Ärzten besetzt (Argument: Facharztstandard), mit budgetären Argumenten werden meist keine (teuren) zusätzlichen Psychologen/PPs eingesetzt
- Ärztliche Fachgesellschaften (wie DGPPN) definieren die Suchtkrankenversorgung zunehmend als eigentliche suchtpsychiatrische Aufgabe

Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten in den Regionalen Suchthilfenetzwerken

Typische Versorgungspfade



Regionaler Suchthilfeverband Ravensburg - Bodenseekreis



Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten in den Regionalen Suchthilfenetzwerken

- Niedergelassene psychologische Psychotherapeuten beteiligen sich in der Regel nicht an der regionalen Suchtkrankenversorgung
- Niedergelassene psychologische Psychotherapeuten behandeln Suchtkranke wenn, dann oft unter anderen Leitdiagnosen (sonst Probleme bei Antragsverfahren Richtlinien-Psychotherapie)
- Koordination der Regionalen Suchtkrankenversorgung meist über Suchtbeauftragte der Landkreise (Verwaltungskräfte oder Sozialarbeiter), seltener Ärzte (meist Suchtpsychiater), seltener Leiter von Beratungsstellen (manchmal Psychologen)

Suchttherapeutische Kompetenz von Psychologen/Psycholog. Psychotherapeuten

- Im Studium: in der Regel wenig störungsspezifische Wissensvermittlung
- In der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten: in der Regel Randthema
- Störungsspezifische Kompetenz muss sich der Psychologe/PP meist selbst erwerben
- Psychologen bilden zwar andere Berufsgruppen häufig hinsichtlich störungsspezifischer Kompetenz aus, haben aber selbst keine strukturierte und zertifizierte Ausbildung
- → „Curriculum Psychologische Suchttherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie

Psychologische Psychotherapeuten und Behandlungskompetenz im Bereich der Suchterkrankungen

Psychologische Positionen zur Suchtkrankenversorgung 1

- Der zentrale Ansatzpunkt für die Veränderung suchtbezogenen Risikoverhaltens, schädlichen oder abhängigen Konsumverhaltens bietet sich in einer Veränderung in psychischen Funktionsbereichen (Einstellungen, Werte, Motivation, Lernen, Verhaltensmodifikation, Regulierung von Emotionen, Kognitionen, etc.). In diesem Bereich liegt ausbildungsspezifisch eine besondere Fachkompetenz der Psychologen.

Psychologische Positionen zur Suchtkrankenversorgung 2

- Durch ihre zusätzliche psychotherapeutische Ausbildung erwerben Psychologische Psychotherapeuten weitere Kompetenz in der Behandlung psychischer Störungen und damit auch die Berechtigung, selbständig in diesem Heilberuf tätig zu werden (Approbation).

Psychologische Positionen zur Suchtkrankenversorgung 3

- Im Bereich der Behandlung suchtkranker Menschen hat die Psychologie in den letzten Jahrzehnten einen wesentlichen Beitrag geleistet zur Entwicklung einer modernen evidenzbasierten Suchtkrankenbehandlung:
- bei wesentlichen Modulen der AWMF – Leitlinien zur Behandlung substanzbezogener Störungen handelt es sich um psychologische Therapiemethoden (Kognitiv Behaviorale Therapie, Motivationale Verfahren wie Motivational Interviewing, Soziale Kompetenztrainings, Rückfallmanagement, verhaltenstherapeutische Paartherapie u.a.)

Psychologische Positionen zur Suchtkrankenversorgung 4

- Die Psychologie als Wissenschaft und psychologische Kolleginnen und Kollegen als Wissenschaftler haben in psychologischen und interdisziplinären Forschungsansätzen wesentliche Beiträge zur Weiterentwicklung unseres Störungs- und Veränderungswissens geleistet.

Psychologische Positionen zur Suchtkrankenversorgung 5

- Psychologische Psychotherapeuten sind daher von ihrer wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Ausbildung her in besonderer Weise befähigt, nach Lösungen für suchtbetragene Probleme in der Gesellschaft zu suchen und beim einzelnen Menschen zu behandeln, sowie die Forschung und Therapie in diesem Bereich weiter zu entwickeln.

Psychologische Positionen zur Suchtkrankenversorgung 6

- Die Kompetenzen von Psychologischen Psychotherapeuten sind daher in allen Bereichen der Suchtkrankenversorgung (von der Prävention über die Krankenbehandlung und Rehabilitation bis zur Nachsorge) und in der Suchtforschung erforderlich, um eine hohe Versorgungsqualität und deren Weiterentwicklung sicherzustellen.

Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS)

Fachgesellschaft für Suchtpsychologie
(www.suchtpsychologie.de)

Vorstand:

- Dr. Wilma Funke (TL FK Wied)
- Christian Heise (blv)
- Prof. Dr. Michael Klein (FH Köln)
- Dr. Johannes Lindenmeyer (GL FK Lindow)
- Michael Müller-Mohnssen (FAG Sucht SWZ)
- Dr. Jürgen Rink (GL FKEG)
- Christine Schindler (WB)
- Dr. Bernd Schneider (TL FK Tönisstein)
- Dr. Theo Wessel (GL FK Drogenhilfe TÜ)

Berufliche Interessenvertretung der Suchtpsycholog-inn-en

- AG „Leitende Psychologen“ in DGSPS
- Bisher nicht als Gruppe in den Landesverbänden der Krankenhauspsychologen
- Bisher nicht als Gruppe in den Landespsychotherapeutenkammern

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Michael Müller - Mohnssen

Abteilung Suchterkrankungen am Zentrum für Psychiatrie

Zentrum für Psychiatrie Weissenau

Weingartshoferstr. 2, D - 88214 Ravensburg

Tel. +49 751 7601 2465

Mail: michael.mueller-mohnssen@zfp-weissenau.de