

N° 3/2019

# Momentum

Das österreichische Journal für positive Suchttherapie  
Herausgegeben vom Anton Proksch Institut



**Stationäre oder ambulante Behandlung?**



# Editorial

**Liebe Leserin, lieber Leser!**

**W**ir freuen uns, Ihnen eine neue Ausgabe von „Momentum“, dem österreichischen Journal für positive Suchttherapie, vorzulegen! Anspruch unserer Publikation ist es, neue Impulse und Denkanstöße für die Behandlung von Suchtkranken zu geben sowie Wissenschaft und Praxis in Verbindung zu bringen. Also haben wir uns ein Thema vorgenommen, das in vielen Bereichen des Gesundheitssystems, aber insbesondere in der Suchttherapie immer noch kontrovers diskutiert

wird: ambulante versus stationäre Therapiekonzepte. Oder auch: ambulant vor stationär. Aber geht es nicht vielmehr um die optimale, passende Behandlung für die Betroffenen und einen Verbund aus ambulanter und stationärer Behandlung?

Als Österreichs größte Einrichtung für stationäre Suchttherapie inklusive einem Angebot für ganztägige ambulante Therapie/tagesklinische Behandlung, aber auch als Betreiber von Ambulanzen in Wien und Suchtberatungsstellen in Niederösterreich stellen wir uns diese Frage tagtäglich. Gleichzeitig beschäftigen wir uns mit der Struktur des heimischen Gesundheitssystems, denn wer welche Therapie bekommt, das darf nie eine rein organisatorische oder gar finanzielle Entscheidung sein. Eine Überzeugung, die wir mit dem Wiener Stadtrat für Gesundheit und Soziales, Peter Hacker, teilen (Interview Seite 8).

Neben interessanten Artikeln aus unserem Haus finden Sie in „Momentum“ auch einen Blick über den Tellerand, nämlich nach Südtirol (Seite 12). Dort gibt es mit dem Therapiezentrum Bad Bachgart eine innovative Einrichtung für Suchtkranke bzw. psychisch Kranke, deren Konzept wir uns diesmal näher anschauen.

Denn selbstverständlich sind auch wir am Anton Proksch Institut stets Forschende und Lernende, wenn es darum geht, chronisch suchtkranken Menschen eine Perspektive für ein selbstbestimmtes, gelungenes und erfülltes Leben

zu geben. Ausgangspunkt dafür ist fast immer ein Momentum, ein Punkt in einer Lebensgeschichte, an dem Veränderung zum Positiven möglich ist.

**In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine spannende Lektüre!**

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS  
Geschäftsführerin

PS: Abo-Bestellungen sind weiterhin kostenlos unter [abo@api.or.at](mailto:abo@api.or.at) möglich!



**4 Die individuelle Reise  
in ein erfülltes Leben**  
Wolfgang Ferdin

**8 „Eine Sucht kommt  
nie allein“**  
Interview mit Stadtrat  
Peter Hacker

**12 Körperlich, seelisch  
und sozial gesund**  
Martin Fronthaler und  
Helmut Zingerle

**16 Mehr als ein richtiger  
Weg**  
Wolfgang Preinsperger

**20 „Medizin ist im  
Umbruch“**  
Interview mit Michael  
Musalek

# Die *individuelle* Reise in ein erfülltes Leben

Ist die ambulante Suchtbehandlung – wenn es die Umstände erlauben – der stationären immer vorzuziehen? In dieser Diskussion, die auch unter ökonomischen Gesichtspunkten geführt wird, gibt es nicht immer einfache Antworten.

**WOLFGANG FERDIN**

Die Überwindung des süchtigen Konsummusters, die irgendwie nebenbei und ohne große Veränderungen im konkreten Alltag gelingen möge, erscheint den meisten Suchtkranken auf den ersten Blick als perfekte Option. Menschen mit Alkohol- und Medikamentensucht sind oft (noch) berufstätig, aber vielleicht schon seit Wochen im Krankenstand. Sie spüren den Druck der Umgebung, möglichst rasch wieder zurückzukommen, sonst wäre eventuell der Job in Gefahr und dann die Rückzahlung des Kredites etc.

Oft ist es auch die Familie, die viel Druck (Fremdmotivation) auf den Süchtigen oder die Süchtige ausübt, doch endlich die Hände vom Suchtmittel zu lassen. Der gelegentliche oder ständige „Funktionsausfall“ eines wichtigen Familienmitgliedes bringt ein System ohne Zweifel unter erheblichen Druck. Suchtkranke neigen dazu, aus dem Gefühl der Beschämung heraus negative Auswirkungen ihres pathologischen Konsummusters, so lange es irgendwie geht, zu verleugnen oder zu bagatellisieren. Dafür ist auch die verfälschte Selbstwahrnehmung durch die psychotrope Wirkung von Alkohol oder Beruhigungsmitteln (Medikamenten) mitverantwortlich.

## „Auszeit“ vom familiären Druckkochtopf

Eine stationäre „Auszeit“ aus dem familiären Druckkochtopf mit der Dauer von ein bis drei Wochen für eine qualifizierte Entzugsbehandlung (Akutbehandlung bei Alkoholsucht) oder von zwei bis vier Wochen (bei Medikamentensucht) erscheint da auf den ersten Blick wie eine unnötige Verzögerung der Übernahme aller zuletzt „vernachlässigten“ Pflichten. Dies gilt dann umso mehr, wenn noch eine stationäre Entwöhnungsbehandlung (Postakut-

behandlung) für weitere sechs bis acht Wochen im Anschluss daran angeboten wird, zumal ja dann die ärgste Problematik auch schon wieder überstanden scheint. Vollständig und nachhaltig soll die Abkehr vom süchtigen Konsummuster sein, der Weg dorthin aber möglichst rasch und nebenbei beschritten werden können. Was über die Jahre zur Sucht angewachsen ist, soll im „Schnellwaschgang“ überwunden werden.

Irgendwann kommt bei den meisten Betroffenen durchaus der Tag, an dem sie ihre Sucht (bzw. ihr krankhaftes Konsummuster) nicht mehr länger verleugnen können oder wollen. In diesem Moment spüren sie den zuvor verdrängten bzw. durch Alkohol oder Medikamente zusätzlich betäubten Druck plötzlich doch und sind motiviert, etwas dagegen zu tun. Hier öffnet sich nun ein „window of opportunity“, in dem die Suchtkranken professionell „abgeholt“ werden können. Dabei entscheidet auch die Vermittlung eines attraktiven Therapiezieles, ob die Suchtbehandlung wirklich gewollt und nicht nur als „guter Vorsatz“ vor sich hergeschoben wird. Abstinenz ist per se ja nicht attraktiv, eine zumindest temporäre Abstinenz ist für Suchtkranke aber die Voraussetzung für ein gesundes und freudvolles Leben ohne Sucht. Schließlich kommt es auch auf die Selbstwirksamkeitserwartung an. In anderen Worten: Der Suchtkranke braucht das Gefühl, das für ihn attraktive Ziel auch tatsächlich erreichen zu können, um sich auf den Weg zu machen.

## Ambulante Entzugsversuche

Jede suchtkranke Person, die professionelle Unterstützung aufsucht, tut das erst, nachdem Versuche, weniger zu trinken oder weniger Medikamente mit



**DR. WOLFGANG FERDIN** ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und seit 2011 Oberarzt am Anton Proksch Institut. Aktuell leitet er den Bereich „Psychische Komorbiditäten bei Sucht“ sowie die Angehörigenbetreuung. Er betreibt auch eine Wahlarztordination in Wien-Hietzing.



Suchtpotential einzunehmen, wiederholt gescheitert sind. Für eine ambulante Akutbehandlung muss eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein: eine große (intrinsische) Motivation, stabile soziale Verhältnisse, das Vorhandensein von unterstützenden Ressourcen, also keinesfalls ein Eingebettetsein in einem süchtigen konsumierenden sozialen Umfeld. Weiters sind eine kurze Dauer der Abhängigkeitserkrankung und nur mäßig ausgeprägte bzw. zu erwartende Entzugssymptome für eine solche Behandlung nötig, sowie weitgehende körperliche und psychische Gesundheit. Diese ambulante Entzugsbehandlung bei Alkoholsucht sollte ab nicht zu lange dauern, da der Einsatz von Benzo-

## Sucht ist *hinterhältig* eingeflochten in die **cerebrale Matrix.**

diazepinen (als wichtigsten Entzugsmedikamenten) nach einigen Wochen eine zusätzliche Sucht bewirken kann.

Bei reiner Medikamentensucht ist ein ambulanter Entzugsversuch fast immer zum Scheitern verurteilt. Erstens, weil praktisch immer eine ausgeprägte psychische Begleiterkrankung besteht; zweitens, weil die Entzugssysteme sowohl körperlich gefährlicher als auch psychisch ausgeprägter sind; drittens, weil es für die Suchtbehandlung lang wirksame Tranquilizer bzw. Sedativ braucht, die aber im ambulanten Setting eher ungeeignet sind.

### **Ohne Postakutbehandlung gehen**

#### **Entzüge meist ins Leere**

Die Wissenschaftswelt ist sich weitgehend einig, dass nicht etwa die Akut- oder Entzugsbehandlung allein „Gamechanger“ ist, sondern erst im nachhaltigen Zusammenschluss mit einer anschließenden Postakutbehandlung wirkt. In der Entzugsbehandlung wird kein Schalter im Gehirn auf „nicht mehr süchtig“ umgelegt. Sucht ist hinterhältig eingeflochten in die individuelle cerebrale Matrix, die als Ich-nahe Gewohnheit und Ressource erlebt wird, obwohl sie sich in der Zwischenzeit schon lange zu einer Krankheit bzw. zu einem Stressor verwandelt hat.

Eine Gewohnheit entsteht nicht von heute auf morgen, eine Änderung der Gewohnheit in Richtung Freisein von süchtigen Konsummustern funktioniert auch nicht von heute auf morgen. Auf dem Weg in Richtung eines schöneren und von schädlichen Suchtreflexen unabhängigeren Lebens braucht es eben Zeit, in der aktiv durch Motivationsarbeit, psychotherapeutische und suchtmizinische Maßnahmen eine neue gute Gewohnheit über die alte schlechte Gewohnheit „geschrieben“ werden kann. Laut S3-Leitlinie ist dabei vor allem wichtig, dass diese sofort und nahtlos (!) an die Entzugsbehandlung anschließt. Das Anton Proksch Institut nimmt hier eine Pionierrolle ein.

Die Postakutbehandlungsphase erstreckt sich in der Regel über viele Jahre, sie soll aber laut S3-Leitlinie mindestens ein Jahr lang dauern und entweder als ambulante oder als ganztägig ambulante Nachbetreuung an eine meist stationäre initiale Postakutbehandlung anschließen. Wiederum ist hier ein möglichst nahtloser Übergang wichtig,

## **Kontraindikationen zum ambulanten Entzug**

1. Bei einem Risiko eines alkoholbedingten Entzugsanfalles (also bei bestehender Epilepsie oder bei positiver Anamnese eines oder mehrerer entzugsepileptischer Anfälle).

2. Bei einem Risiko eines alkoholbedingten Entzugsdelirs (also bei positiver Anamnese diesbezüglich oder bei hoher regelmäßig getrunkenen Alkoholmenge und allgemein erwartbarer schwerer Entzugssymptome).

3. Bei schweren und multiplen psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen, insbesondere bei schwerer Depression, Persönlichkeitsstörung, Suizidalität oder zusätzlicher Süchte (Medikamente, Opiate).

4. Bei schweren und multiplen somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen, insbesondere Leberzirrhose, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus etc.

5. Bei fehlender sozialer Unterstützung im persönlichen Umfeld.

6. Wenn ein vorangegangener ambulanter Entzugsversuch nach drei Wochen Therapiedauer noch nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

*Aus der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (2016).*

wenn auch die Suchtkranken hier üblicherweise bereits stabiler sind. Die gleichzeitige und kombinierte Behandlung psychischer Begleiterkrankungen, die nicht selten wesentlich zur Suchtentwicklung beigetragen haben, ist ebenfalls eine Erfolgsbedingung. Welches Setting dann quasi die beste Behandlungsoption ist, sollte individuell entschieden werden.

### **Vorteile einer stationären**

#### **Postakutbehandlung (Entwöhnung)**

Vor einiger Zeit kam die 62-jährige Patientin S. zur stationären Entwöhnungsbehandlung auf die Abteilung I des Anton-Proksch-Institutes. Sie sagte, sie habe immer schon episodische Kontrollverluste bezüglich ihres Alkoholkonsums gehabt. Seit ihrer Pensionierung seien die Rausche dann zunehmend stärker, länger und bedrohlicher geworden. Weil sie nicht täglich getrunken habe, konnte sie sich lange Zeit weismachen, dass sie gar nicht alkoholkrank sei. Auch aktuell habe sie schon selbständig und ohne relevante Entzugssymptomatik vor drei Wochen wieder aufgehört zu trinken. Ihre Tochter, mit der sie in einem Haus in der Obersteiermark zusammenwohnt, habe sie auch schon seit vielen Monaten gedrängt, etwas zu tun, bei einer Psychotherapeutin in ihrer Region habe sie sich aber nicht verstanden gefühlt.

Beim Aufnahmegespräch frage ich sie, warum sie sich nun zu einer stationären Suchttherapie entschlossen habe. Ihre Antwort: „Schauen Sie, ich habe mich ja lange innerlich geweigert, meine Kontrollverluste mit Alkohol als Sucht zu interpretieren. Ich hatte ja immer trockene Intervalle ... Aber dann habe ich plötzlich begriffen, dass das meine Sucht ist. Jetzt konnte und wollte ich mich nicht länger anlügen! Die Psychologin hat meine Quartalsräusche genauso kleingeredet wie ich selber all die Jahre ... Ich brauche Leute, die sich mit meiner Alkoholsucht auskennen, kompetente Profis und ich wollte einrücken, ja, mir gefällt der Begriff. Er zeigt, dass es eine große Bedeutung hat. Ambulant ist mir jetzt zu wenig intensiv und kommt mir irgendwie halb vor. Das, was ich jetzt vorhabe, wird nicht nebenbei zu schaffen sein. Es ist mir wichtig, es ist mir ernst. Jetzt geht's um mich! Ich will auf keinen Fall wieder in gewohnte Muster zurückfallen.“

#### **Gewohnte Lebenswelt birgt Fallstricke**

Der große Vorteil einer zunächst stationären Entwöhnungsbehandlung ist der Abstand zur gewohnten Lebenswelt mit ihren Fallstricken der gewohnten Muster, auch im Zusammenhang mit Angehörigen (engl.: concerned significant others), die meist aus ihrer Belastung heraus co-abhängig und damit kontraproduktiv agieren. Ohne es zu wollen, erschweren sie oft die Konzentration auf eine echte Lebensneugestaltung, die nur aus der Mitte der suchtkranken Person kommen kann.

Im stationären Setting ist es wesentlich leichter, eine Vogelperspektive einzunehmen und damit einen echten Überblick über das aktuelle

eigene Leben zu haben, als in den Verstrickungen der ungelösten Konflikte des Alltags (Froschperspektive). In einer optimalen stationären Therapie gelingt die Schaffung von Schutzräumen vor sogartigen backlashes (Rückfälle, besser: Rückzüge) ins alte bzw. gewohnte Ich und von offenen Spielräumen, in denen mit viel Ermutigung und Entspanntheit eine Erprobung des neuen und gesundheitsorientierten Ichs möglich ist.

## **Im stationären Setting ist es wesentlich leichter, eine Vogelperspektive einzunehmen.**

### **Vorteile einer ganztägig ambulanten Therapie**

Bei Frau S. sprach die große Entfernung ihres Hauses in der Obersteiermark dagegen, eine fast ebenso intensive Postakutbehandlung im Anton-Proksch-Institut in Anspruch zu nehmen, nämlich in Form einer ganztägig ambulanten Therapie (kurz: GTAT, auch als „teilstationäre Behandlung“ bezeichnet). Diese Behandlungsoption verbindet die hohe Intensität einer stationären Suchtbehandlung mit einer täglich geleisteten Erprobung der dabei gewonnenen Stabilität und Integration in die bestehende Lebensrealität.

Gegen diese Option in der Postakutbehandlung sprechen vor allem schwere körperliche Begleiterkrankungen, aber auch eine zu große psychische Instabilität der Betroffenen. Das Fehlen eines Mindestmaßes an Unterstützung bezüglich der erforderlichen Abstinenzorientierung in ihrem Umfeld und eine zu große Entfernung schränken die Indikation weiter ein. Die Patientinnen und Patienten kommen nämlich täglich werktags in die ganztägig ambulante Therapie und verbringen hier strukturiert viele Stunden - in sozialer Einbettung einer therapeutischen Gruppe, die durch das Ziel geeint wird, sich in der professionellen Suchtbehandlung neu zu (er-)finden.

### **Resümee**

Leider erreichen wir durch unsere Suchtbehandlungsangebote aktuell nur ca. 15 Prozent der Suchtkranken in Österreich. Eine weitere Schwellensenkung bei der Inanspruchnahme von therapeutischen Angeboten ist damit unumgänglich. Alkohol- und Medikamentensucht gehören darüber hinaus ohnehin zu den meistunterschätzten Krankheiten überhaupt.

Die individuell beste Behandlungsoption ist in der Praxis jene, die erstens real vorhanden und zweitens nicht kontraindiziert ist und zu der sich drittens die suchtkranke Person, die uns „face to face“ gegenüber sitzt, auch motivieren lässt. ■

# „Eine Sucht kommt *nie* allein“

„Momentum“ hat den früheren Wiener Drogenkoordinator und heutigen Stadtrat für Soziales und Gesundheit, Peter Hacker, zu einem Gespräch mit Gabriele Gottwald-Nathaniel, Geschäftsführerin des Anton Proksch Instituts, eingeladen, um über aktuelle Schwerpunkte in der Suchtbehandlung zu sprechen.

**MODERATION: KRISTINA SCHUBERT-ZSILAVECZ**

**Im Wiener Gesundheitswesen gibt es große Umbrüche. Wo wird die Stadt in den kommenden Jahren Schwerpunkte in der Suchttherapie setzen?**

**Hacker:** Wir haben noch viel Arbeit vor uns, um den Umgang mit der Psychiatrie insgesamt zu normalisieren. Denn Erkrankungen der Seele werden teilweise noch immer als Skurrilität oder Schwäche betrachtet. Das geht Hand in Hand mit dem Suchtthema. Wir leben in einem Land, in dem mehr Alkohol als Apfelsaft konsumiert wird. Daher steht das Thema Alkoholsucht weit oben auf der Agenda. Die Grenzen zwischen normalem Alltagskonsum, risikobehaftetem Konsum und krankhaftem Konsum sind fließend. Man wird nicht von einem Tag auf den anderen süchtig.

**Das heißt, die Enttabuisierung ist ein erster Schritt.**

**Hacker:** Genau. Der zweite Schritt ist eine intelligente Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs. Stationär sind wir gut aufgestellt, aber wir müssen vor allem im ambulanten und semi-stationären Bereich, also beispielsweise bei Tagesaufenthalten, noch viel experimentieren und neue Methodiken ausprobieren. Es gibt auch Grauschattierungen zwischen voller stationärer Behandlung und rein

ambulanter. Das ist eine Grundfrage im Umgang mit dem Thema psychische Gesundheit. Da gehört das Thema Sucht zwingend dazu.

**Was heißt das konkret?**

**Hacker:** Es geht ja bei allen Suchterkrankungen auch um die Begleitphänomene der Destabilisierung. Da gibt es die ewige Frage, was zuerst da war, die nur situationsbedingt beantwortet werden kann. Fakt ist, dass wir auch im Sozialbereich nach neuen Ideen suchen und vieles ausprobieren, etwa bei der Wohnungslosenhilfe.

**Gottwald-Nathaniel:** Eine Sucht kommt nie allein. Ich finde es deshalb wichtig, Sucht als Teil einer psychiatrischen Grunderkrankung zu betrachten. In meinen über 20 Jahren Berufserfahrung habe ich noch nie erlebt, dass jemand „nur“ süchtig war. Und hier müssen wir uns neue Möglichkeiten anschauen und ausprobieren: Noch vor einigen Jahren war schwer vorstellbar, dass Betroffene täglich, fünf Tage die Woche zu einer ganztägigen ambulanten Therapie zu uns an die Klinik in den 23. Bezirk fahren. Aber die Patientinnen und Patienten nehmen diese Angebote an, weil sie lernen möchten, mit ihrer chronischen Erkrankung zu leben. Mittlerweile





Fotos: Felicitas Matern

haben wir sogar eine zweite Gruppe dafür eröffnet. Therapiekonzepte müssen heute auch Alltags- und Umfeld-tauglich sein.

**Hacker:** Es war auch ein Tabubruch, ambulante Drogenberatung zu machen, weil die gängige Meinung war, dass jeder mindestens eineinhalb Jahre ins Bett muss.

**Gottwald-Nathaniel:** Außer dem Ziel der Abstinenz hat's damals nichts gegeben. Heute wissen wir, dass Abstinenz EIN Therapieziel ist, aber nicht ausschließlich. Dass heute Betroffene älter werden, hat unter anderem auch damit zu tun, dass die medizinische Versorgung umfassender und besser geworden ist. Neben den unterschiedlichen Maßnahmen zur Risikominimierung sind Drogensersatzprogramme dabei ein wesentlicher Faktor.

***Inwieweit ist es Ihrer Meinung nach gelungen, Sucht zu entstigmatisieren?***

**Hacker:** Wenn ich zurück in die 1980er Jahre blicke, ist uns viel geglückt. Einer der wichtigen Punkte war, dass wir Suchttherapie nicht als philosophische Debatte angelegt haben, sondern sehr pragmatische Lösungen gesucht haben. Das unterscheidet uns von vielen anderen Städten.

***Können Sie ein Beispiel nennen?***

**Hacker:** In der Schweiz haben sie Substitutionsbehandlungen nur in Spezialeinrichtungen gemacht und Sprizentausch nur in Sprizentauscheinrichtungen usw. Bei uns kann man stattdessen einfach zum praktischen Arzt oder in die Apotheke gehen. Da macht man gleichzeitig irrsinnig viel an „Normalisierungsarbeit“, weil es für die Bevölkerung normal ist, zum Arzt oder in die Apotheke zu gehen. Damit kann man eine ganz andere Wirkung erzielen, wenn es darum geht, sich normal in einer Gesellschaft zu bewegen.

***An welchen internationalen Vorbildern orientiert sich Wien bei seinen Sucht-Konzepten?***

**Hacker:** Erstens haben wir einen guten Grund, stolz zu sein auf das, was wir haben. Zweitens: Wer in diesem Stolz verharrt, wird träge, der Stillstand droht. Wir müssen permanent die Dinge, die wir tun, hinterfragen und über die Stadtgrenze hinaus nach neuen Idee Ausschau halten und Anregungen suchen.

**Gottwald-Nathaniel:** Für mich ist die Strategie „Alkohol leben können“ der Stadt Wien bzw. der Sucht- und Drogenkoordination Wien, der Wiener

## #darüberredenwir

Unter diesem Motto steht eine aktuelle Kampagne der Psychosozialen Dienste Wiens. Ziel ist die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Stigmatisierung wirkt als zweite Krankheit. Sie vergrößert soziale und gesundheitliche Probleme und schränkt Heilungs- und Integrationschancen ein. Das Selbstwertgefühl von Betroffenen wird nachhaltig gestört, auch ausgelöst durch die falsche Darstellung von psychisch Erkrankten in den Medien. Wie relevant das Thema ist, zeigt die Zahl der Betroffenen: Ein Drittel der ÖsterreicherInnen wird zumindest einmal in seinem Leben psychisch krank oder durchlebt eine psychische Krise. Die anderen zwei Drittel haben Angehörige, die psychisch krank sind.

Das Anton Proksch Institut als Teil des Netzwerkes lässt im Rahmen der Kampagne eine Patientin zu Wort kommen, die von ihrer Suchterkrankung erzählt:

### **Große Familie, viel Druck**

*Ich bin 53 Jahre alt. Als Kind war ich auffällig, weil ich so einzelgängerisch war. Ich war ständig auf Rückzug vor meiner großen Familie mit vier Geschwistern. Sehr oft bin ich in den Wald gegangen, habe dort Selbstgespräche geführt und mich mit mir selbst wohl gefühlt. Meine Mutter war sehr dominant und ich habe sehr unter ihr gelitten. Sie war eine Vorzeigemutter, wenn es um Äußerlichkeiten und Materielles ging, nach innen wurde es aber ganz anders gelebt. Sie hat das Maximale von uns gefordert, weinen gab es nicht. Zum Vater habe ich mich immer mehr hingezogen gefühlt, der war das Gegenteil der Mutter und hat nicht alles so ernst gesehen. Ich war ein ziemlicher Tollpatsch als Kind und bin in jedes Fettnäpfchen gestiegen. Dadurch hatte ich ständig das Gefühl, mich verstecken und genieren zu müssen. Meine Eltern haben dieses Gefühl bestärkt. Meine Geschwister waren in meinen Augen immer intelligenter und sportlicher als ich.*

### **Alkohol, um Scheu zu überwinden**

*Mit 16 habe ich schon gerne getrunken, meist aus dem Likörschrank der Eltern. Ich merkte, dass ich mit Alkohol locker und lustig wurde und ich meine Scheu überwinden konnte. Deshalb war ziemlich früh erkennbar, dass ich eine Suchtproblematik entwickeln könnte, aber aufgrund der vielen Kinder war kein Augenmerk auf mich. Mit nicht einmal 20 Jahren bekam ich meine erste Tochter,*

*wenig später habe ich mich vom Kindsvater getrennt, weil ich einen anderen Mann kennengelernt habe. Der hat mich allerdings ständig betrogen, verlassen und wenig wertgeschätzt. Diese Beziehung hat mich richtig in den Alkohol getrieben und man kann sagen, dass ich zu diesem Zeitpunkt schon eine Alkoholikerin war - und depressiv. Ich glaube, dass ich schon vorher depressiv war und so zum Alkohol gekommen bin. Der wiederum verstärkt die Depressionen. Mit 34 habe ich das erste Mal einen Alkoholentzug gemacht. Anfangs war ich so schwer krank, dass ich mich kaum mehr bewegen konnte, aber nach sechs Wochen fühlte ich mich wie neu. Das hielt zehn Jahre an, danach wurde ich rückfällig. Seit 2011 bin ich immer wieder auf Entzug bzw. im Spital. Dieses Mal hoffe ich, dass ich mich selbst ernster nehme. Ich habe das große Bedürfnis zufriedener und gelassener zu sein. Ich rede gar nicht von Glück, sondern von Zufriedenheit als guter Ausgangsbasis, um trocken zu bleiben. Das heißt auch, mit meiner Erkrankung zu leben. In meinen depressiven Phasen wage ich es kaum, mich der Gesellschaft zu stellen, weil ich da so angreifbar und verletzbar bin.*

### **Offener Umgang, keine Stigmatisierung**

*Mein enges Umfeld weiß über den Alkoholismus und die Depressionen Bescheid, auch meine Nachbarn. Ich gehe sehr offen damit um, denn ich bin nicht so naiv zu glauben, dass man mir die Alkoholikerin nicht ansieht. Die meisten sind mir sehr wohlgesonnen und freuen sich, wenn ich einen Entzug geschafft habe. Selbst meine Eltern reden ganz normal mit mir über das Problem, meine Schwestern sind sowieso meine engsten Freundinnen und meine große Stütze. Ich würde aber nicht unbedingt meinem zukünftigen Arbeitgeber gleich davon erzählen.*

*Ich rede offen über mein Problem, weil so ein Geheimnis mit sich herumzutragen, unfrei macht. Man begibt sich sonst dauernd in Situationen, in denen man lügen muss und Angst hat erlappt zu werden.*

### **Links**

[www.facebook.com/darueberredenwir](https://www.facebook.com/darueberredenwir)  
[www.psd-wien.at](http://www.psd-wien.at)



Im Rahmen der Kampagne #darüberredenwir des Psychosozialen Dienstes Wien wird unter anderem auf Social Media versucht, das Thema psychische Erkrankungen zu enttabuisieren.





Peter Hacker, Wiener Stadtrat für Gesundheit und Soziales, im Gespräch mit Gabriele Gottwald-Nathaniel, der Geschäftsführerin des Anton Proksch Instituts.

Gebietskrankenkasse und der Pensionsversicherungsanstalt ein gutes Beispiel, aber natürlich auch das „Orpheusprogramm“ zur Lebensneugestaltung bei uns am Anton Proksch Institut. In der Vergangenheit kamen innovative Ideen und Konzepte überwiegend aus dem Bereich der illegalen Suchtarbeit. Es ist uns allen bewusst, dass wir z. B. betroffene Alkoholranke häufig viel zu spät zu einer stationären, aber auch zu einer ambulanten Behandlung bekommen. Hier eine Strategie zu implementieren, die zum Ziel hat, Menschen früher zu beraten und zu behandeln, halte ich nicht nur für sinnvoll, sondern auch für wichtig. Dass sich durch die Implementierung neuer Strategien die Systeme und Abläufe ändern, ruft nicht immer nur Verständnis hervor, ist aber notwendig.

**Hilft ambulante Behandlung dabei, Hemmschwellen abzubauen?**

**Gottwald-Nathaniel:** Das Thema Sucht ist sehr schambesetzt. Zugleich kennt fast jeder jemanden im Freundes- oder Familienkreis, von dem/der man sich denkt: der/die trinkt zu viel. Und immer ist die Frage, wie man damit umgeht. Ich bin überzeugt davon, dass das Ansprechen und Benennen der Dinge besser ist als ständiges Verharmlosen, denn es gibt der Person die Möglichkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Patientinnen und Patienten bei uns antworten unisono auf die Frage, was ihnen geholfen hätte: „Wenn mich jemand angesprochen hätte.“ Die Leute haben immer das Gefühl, wenn ich mit jemandem reden will, muss ich mich gleich einer Behandlung unterziehen, aber so ist es nicht. Es braucht Information. Wir sind eine Nation, die viel trinkt, aber es gibt einen Unterschied zwischen

Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit, und dafür fehlt den Menschen nach wie vor das Gefühl. Das zu vermitteln, ist unser aller Aufgabe.

**Hacker:** In der Kultur des Personalmanagements hat sich in den letzten Jahren viel verändert. Es geht viel tiefer in die Lebenswelt der Menschen hinein, Stichwort Work-Life-Balance, Arbeitszufriedenheit, Arbeitsplatzgestaltung, Feedbackkultur. Für unser Anliegen – einen intelligenten, reflektierten Umgang mit Menschen mit Erkrankungen – ist das positiv.

**Gottwald-Nathaniel:** Stationäre Patientinnen und Patienten mit Spielsucht haben teilweise Schulden in einer Höhe, die kaum vorstellbar ist. Und oft haben diese Menschen viele Gehaltsexekutionen hinter sich und keiner hat mal gefragt, was los ist. Ich denke schon, dass man als Unternehmen auch reagieren sollte. Deshalb glaube ich wirklich, dass sich auch Therapiekonzepte dieser Veränderung im Ansatz anpassen müssen. Stationäre Behandlung brauchen wir, wir werden sie immer brauchen. Die Frage wird zunehmend sein für wen, wie lange und was ist das Ziel danach. Ambulante Vorbereitung, Nachbehandlung, teilstationäre Aufenthalte oder auch kurzfristige stabilisierende Aufenthalte verknüpft mit (berufs-)rehabilitativen und (re-)integrierenden Maßnahmen halte ich für die Herausforderungen und notwendigen Weiterentwicklungen bei der Behandlung von Suchtkranken.

**Hacker:** Ein wichtiges Thema wird sein, wie sich die Gesundheitsfinanzierung weiterentwickelt. Derzeit leben wir ja mit der getrennten Finanzierung von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Behandlung. Dieses Ping-Pong zwischen Sozialversicherung einerseits, Ländern andererseits und uns im ambulanten Bereich, müssen wir verändern. ■



# Körperlich, seelisch und sozial *gesund*

„Momentum“ blickt über den Tellerrand: Wie gelingt nachhaltige Suchtbehandlung anderswo? In Bad Bachgart in Südtirol setzt man auf die gemeinsame Behandlung von Sucht und psychosomatischen Erkrankungen.

**HELMUT ZINGERLE UND MARTIN FRONTHALER**

Immer häufiger sind bei Patientinnen und Patienten mehrere Störungsbilder – so genannte Komorbiditäten – vorhanden. Aus diesem Umstand rührt die gemeinsame Behandlung von Abhängigkeiten und psychosomatischen Problematiken. Sie betont somit die Gemeinsamkeiten verschiedener bio-psycho-sozialer Krankheitsbilder und ermöglicht auch im therapeutischen Handeln eine hohe Flexibilität. Nach Bedarf und Notwendigkeit können so die Behandlungsschwerpunkte für die Patientinnen und Patienten in die jeweiligen spezifischen Module verschoben werden.

## **Modul „Sucht“**

Im Modul „Sucht“ stehen die Therapie verschiedener substanzgebundener Abhängigkeiten (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Nikotinabhängigkeit und Mehrfachabhängigkeiten) und nichtsubstanzgebundener Abhängigkeiten (wie z.B. pathologisches Glücksspielen) im Mittelpunkt. Die Bearbeitung verschiedener psychischer Störungsbilder, die mit Abhängigkeiten oft eng verbunden sind, wird durch das Angebot spezieller Therapieelemente z.B. aus dem Modul „Psychosomatik“ ermöglicht.

## **Modul „Psychosomatik“**

Im Modul „Psychosomatik“ liegt das Hauptaugenmerk auf der Behandlung psychischer/psychosomatischer Störungsbilder. Dazu gehören affektive Störungen, Angst und Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungs- und Traumafolgestörungen. Verschiedene Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Probleme wie z.B. somatisierte Schmerz-

störungen gehören ebenso in dieses Behandlungsmodul.

## **Modul „Essstörungen“**

Schließlich werden im Modul „Essstörungen“ die verschiedensten Formen eines gestörten Essverhaltens behandelt. Dafür wurde ein spezifisches Therapieprogramm entwickelt, das sich durch seine Struktur und seine Behandlungsdauer von den anderen Modulen etwas unterscheidet.

Trotzdem gilt für die verschiedenen Module und für die jeweiligen Krankheitsbilder als allgemeiner Behandlungsleitsatz: *„So viel Trennung wie notwendig und so viel Gemeinsamkeit wie möglich.“* Durch die Erfahrungen der vergangenen Jahre sehen wir uns in der Sinnhaftigkeit dieser Idee bestätigt. Die Teilnahme an Störungsbilderübergreifenden Therapiebausteinen bietet den Patientinnen und Patienten Begegnungsmöglichkeiten mit anderen, ein besseres Verständnis für deren Problembereiche und doch auch einen Blick auf das Gemeinsame. Oft können damit belastende Vorurteile bezogen auf einzelne Krankheitsbilder abgebaut werden.

Für Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik wird ein besseres Erkennen der zugrundeliegenden psychischen oder psychosozialen Faktoren an der Suchtentwicklung gefördert. Bei Menschen mit psychosomatischen Störungen kann verstärkt auf die besondere und oft unterschätzte Gefahr eines Substanzmissbrauchs bzw. einer Abhängigkeitsentwicklung vor allem bezogen auf Medikamente hingearbeitet werden. Für alle Behandlungssuchenden ist es uns wichtig, die



**DR. PHIL. HELMUT J. ZINGERLE** studierte Psychologie, Erziehungswissenschaft und Philosophie in Innsbruck und arbeitet als klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut. Bis Oktober 2019 war er Direktor des Therapie-zentrums Bad Bachgart in Südtirol. Neben seiner Lehrtätigkeit ist Zingerle auch Präsident der Gesellschaft zur Erforschung nichtsubstanzgebundener Abhängigkeiten.

Behandlung ganzheitlich auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene anzusetzen. Begleitet werden unsere Patientinnen und Patienten von einem multiprofessionellen Team, bestehend aus verschiedenen Gesundheitsberufen.

## Die Therapie ist ein gemeinsames Projekt von Patientinnen und Patienten und therapeutischem Team.

### Das Therapiekonzept

Bad Bachgart steht für eine stationäre Psychotherapie, die sich an einem multimodalen Ansatz mit verhaltenstherapeutischen und systemischen Schwerpunkten orientiert. Dieser Ansatz wird ergänzt durch Methoden aus anderen psychotherapeutischen Schulen (z.B. ACT, Schematherapie u.v.m.) und durch verschiedene körperorientierte Verfahren. Ergotherapie, Kunsttherapie, Sport- und Tanztherapie, Schreibtherapie, Medical-Yoga und Qigong, ein Kochtraining, Aromapflege und Sozialberatung sowie eine tiergestützte Therapie mit Pferden, Lamas und Zwergziegen sind für uns unverzichtbare Bausteine, die in einem individuell ausgerichteten, maßgeschneiderten Therapieplan angeboten werden.

Die Therapie ist nach unserem Verständnis ein gemeinsames Projekt von Patientinnen und Patienten und therapeutischem Team und stellt an die Betroffenen einige Anforderungen:

1. *Mut*: Es braucht den Mut und die Bereitschaft, sich auf Neues, vielleicht auch Ungewohntes einzulassen.

2. *Geduld*: Es braucht Geduld und Durchhaltevermögen, da die gewünschten Veränderungen im Regelfall nicht in so kurzer Zeit erreichbar sind.

3. *Kraft*: Es braucht Kraft, weil Lebensveränderungen manchmal auch schmerzhaft sind.

4. *Selbstmanagement*: Der von uns wirkliche Behandlungsplan erfolgt nach den Grundüberlegungen einer „Selbstmanagement-Therapie“, wie sie von Kanfer, Schmelzer und Reinecker vorgeschlagen wurden. Damit sind unsere Patientinnen und Patienten die Hauptakteure im Prozess und wir, das therapeutische Team, eigentlich nur, wie Kanfer es nennt, die „Änderungsassistentinnen und -assistenten“.

5. *Schonung*: Im stationären „Schonraum“ sollen unter geschützten Bedingungen neue Verhaltens- und Denkmuster erprobt und Lösungsmöglichkeiten überprüft werden.

6. *Gemeinschaft*: Als dafür geeignetes Konzept sehen wir eine modellhafte „Therapeutische Gemeinschaft“, die durch gegenseitige Unterstützung und Wertschätzung, aber auch durch konstruktive Konfrontation mit problematischen Verhaltensweisen gekennzeichnet ist.

7. *Lebensqualität*: Ausgerichtet ist die Behandlung auf die Wiederherstellung von Lebenskompetenz, Lebensfreude und Lebenszufriedenheit und auf die Verbesserung der Lebensqualität durch Veränderung des Lebensstils.

### Therapiephasen und Therapieziele

Die ca. acht Wochen dauernde stationäre Behandlung im Therapiezentrum Bad Bachgart lässt sich im Wesentlichen in drei Phasen gliedern:

Nach einer organmedizinischen Überprüfung des allgemeinen Gesundheitszustandes und einem Erstgespräch in unserem Zentrum wird über die Aufnahme in die stationäre Behandlung entschieden. Die Wartezeit ist relativ kurz, auch eine direkte Übernahme von einer Krankenhausabteilung, in der z.B. bei Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeit der körperliche Entzug durchgeführt wurde, ist möglich.

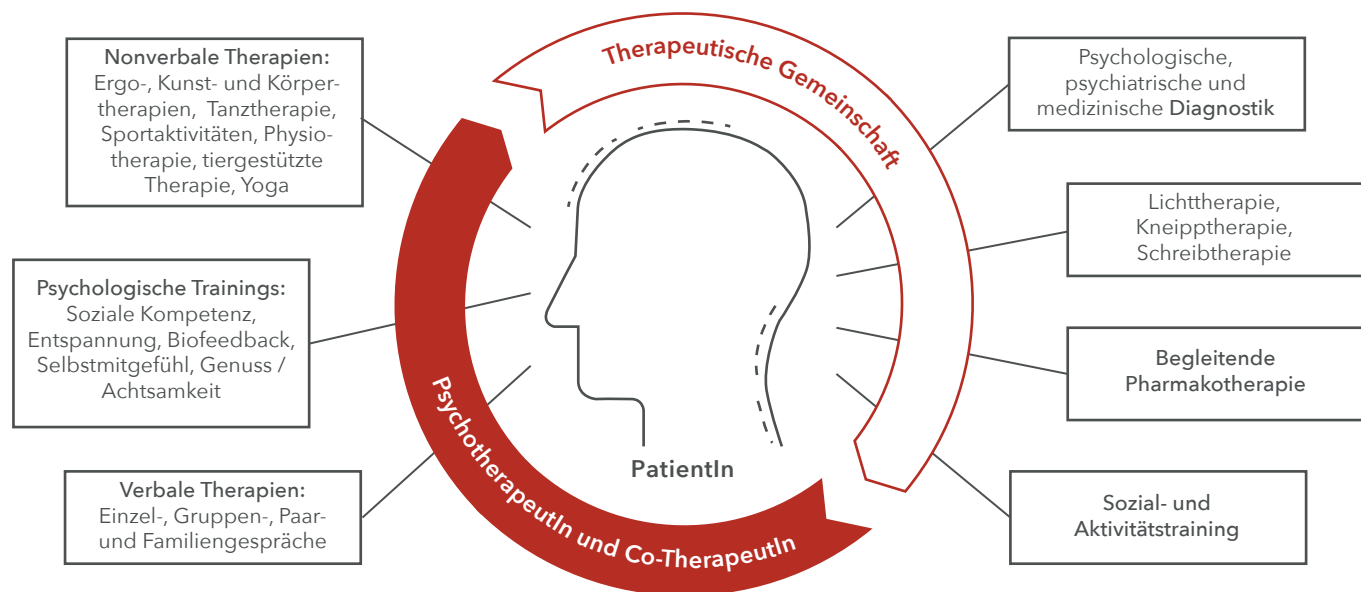
## Historischer Rückblick

Bereits **1889** wurde vom praktischen Arzt Dr. Paul Steger aus Mühlbach, einem kleinen Ort zehn Kilometer außerhalb von Brixen in Südtirol, ein Kurbad auf der Anhöhe zwischen Mühlbach und Rodeneck auf einer großen Lichtung inmitten der Natur errichtet. Es wurde von ihm bis in die Zeit nach dem ersten Weltkrieg betrieben.

Gut 100 Jahre später, im Jahr **2001**, wurde von der Südtiroler Landesregierung nach mehrjähriger Renovierungs- und Neubauphase das heutige Behandlungszentrum mit 65 Therapieplätzen seiner Bestimmung übergeben. Es gehört zum Südtiroler Sanitätsbetrieb und ist somit eine öffentliche Gesundheitseinrichtung mit

entsprechendem Versorgungsauftrag. Mit der Inbetriebnahme des Therapiezentrums Bad Bachgart wurde die Lücke zwischen den bestehenden ambulanten Behandlungsangeboten für Suchterkrankungen und psychische Störungen und den jeweiligen Krankenhausabteilungen in Südtirol geschlossen.

## Bausteine der stationären (Psycho)therapie



### Eröffnungs- bzw. Orientierungsphase

Die Eröffnungs- bzw. Orientierungsphase – die ersten zehn Tage des Aufenthaltes – wird bestimmt durch die Aufnahmegespräche mit den ärztlichen und psychologischen Bezugstherapeutinnen und -therapeuten, durch die erste Sichtung der Problematiken sowie durch eine psychologische Diagnostik. Außerdem werden die individuellen Therapieziele gemeinsam mit den Bezugstherapeutinnen und -therapeuten geklärt und bestimmt und die Patientinnen und Patienten werden in die „Therapeutische Gemeinschaft“ eingegliedert. Aus diesen ersten Informationen wird der Therapieplan abgeleitet.

### Intensivphase

In der Intensivphase erfolgt die unmittelbare Bearbeitung der definierten Problembereiche in den Einzel- und Gruppentherapien, die Durchführung verschiedener therapeutischer Übungen, die verbindliche Teilnahme an den ausgewählten Therapiebausteinen, die Überprüfung der erreichten Fortschritte, die Einbeziehung der Familienangehörigen u.v.m. Abhängig von den individuellen Voraussetzungen wird von den Patientinnen und Patienten ein „Therapiebuch“ geführt. Damit wird auch der Therapieverlauf dokumentiert. Dieses Therapiebuch bleibt auch nach Beendigung der Therapie im Besitz der jeweiligen Patientinnen und Patienten und ermöglicht im weiteren Verlauf einer ambulanten Therapie einen Rückblick auf die jeweiligen Stationen, die in der stationären Therapie durchlaufen wurden.

### Die Abschlussphase

Die Abschlussphase zeichnet sich dadurch aus, dass neben der Prüfung der Zielerreichung eine psychologische Diagnostik noch einmal wiederholt, die Fortsetzung einer ev. ambulanten Therapie organisiert und die Rückkehr in das reale Lebensumfeld vorbereitet werden. Wenn bei Beginn der stationären Therapie die Vorstellung des Einzelnen

in der Großgruppe der „Therapeutischen Gemeinschaft“ erfolgt ist, dann geschieht dies auch bei der Verabschiedung, bei der jeweils ein Resümee über den Verlauf der Behandlung gezogen wird. Alle Patientinnen und Patienten bekommen mit Entlassung aus der stationären Behandlung einen ausführlichen Bericht ausgehändigt.

### „Ehemaligentreffen“

Die Gruppentherapie mit den unterschiedlichsten inhaltlichen Schwerpunkten gehört in unserem Zentrum zu den Grundpfeilern der Behandlung. Deshalb wird den Patientinnen und Patienten auch noch nach der Entlassung die Möglichkeit zur Teilnahme an verschiedenen Nachbehandlungsgruppen (Sucht/ Psychosomatik, Glücksspiel) in unserem Haus angeboten. Schließlich gehört auch das einmal jährlich organisierte „Ehemaligentreffen“, zu dem hunderte von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen kommen, zur besonderen Tradition des Therapiezentrum Bad Bachgart.

### Schlusswort

Mit dem Modell Bad Bachgart als Einrichtung für eine stationäre Psychotherapie haben wir in Südtirol einen Weg beschritten, der eine professionelle und wissenschaftlich fundierte Form des Umgangs mit dem weitgefassten Thema psychosoziale Gesundheit gewährleistet. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen, die Berücksichtigung der Tatsache, dass Probleme und Ziele von Menschen sich ständig ändern können, führt zur Notwendigkeit von entsprechender Flexibilität und größtmöglicher Individualisierung in der Planung und Durchführung von Behandlungspfaden, getragen von einem therapeutischen Optimismus.

Bad Bachgart ist in seinen therapeutischen Bemühungen Teil eines Netzwerkes von Diensten und Organisationen, die die Hilfe für Menschen zu ihrer zentralen Aufgabe gemacht haben. ■



**DR. MARTIN FRONTHALER** ist Psychologe und Psychotherapeut in Systemischer Familientherapie und akademisch geprüfter Sexualberater. Außerdem leitet er die Abteilung Psychosomatik im Therapiezentrum Bad Bachgart in Rodeneck, Südtirol.

# Mehr als *ein* richtiger Weg

Ambulant oder stationär? Substitutions- oder abstinenzbasiert? Bei der Behandlung Drogensüchtiger sollte die Antwort sein: sowohl als auch.

**WOLFGANG PREINSPERGER**

In der Behandlung Drogenkranker kam es mit der Etablierung der Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige – in Österreich vor etwa drei Jahrzehnten – zu einem Auseinanderdriften von Haltungen, Arbeitszugängen und Konzepten zwischen dem ambulanten und stationären Betreuungs- und Behandlungssystem.

Während sich im ambulanten Bereich parallel zur Ausbreitung der Opiatsubstitution eine Vielfalt von unterschiedlichen Handlungsansätzen entwickelte, blieben die stationären Einrichtungen lange überwiegend auf längere Therapien sowie auf Abstinenz von sämtlichen Suchtmitteln abzielende Behandlungen beschränkt. So entwickelten sich zwei parallel arbeitende und nicht immer gut aufeinander abgestimmte Behandlungssysteme. Stationäre Behandlungszugänge gerieten zunehmend in die Defensive, die deutlich vielfältiger werdenden ambulanten Angebote gewannen an Bedeutung.



**PRIM. DR. WOLFGANG PREINSPERGER, MBA,**

ist Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychiatrische Medizin. Er ist stellvertretender ärztlicher Leiter des Anton Proksch Instituts und leitet auch die Tagesklinik.

## **Wandel der Konzepte**

Ursprünglich war es umgekehrt: Die Behandlung Drogenabhängiger in spezialisierten Einrichtungen begann in Österreich 1972 mit der Eröffnung einer Abteilung für Drogenkranke in einer bereits gut etablierten großen Behandlungseinrichtung für Alkohol Kranke, dem Anton Proksch Institut in Wien. In der Folge entstandne, stationäre Einrichtungen für diese Zielgruppe hielten ein ähnliches Angebot vor: Vollentzugsbehandlungen und daran anschließende Langzeittherapien. In diesem Sinn konzipierte stationäre Behandlung wurde lange als der Königsweg in der Behandlung Drogenkranker gesehen. Ambulante Einrichtungen erbrachten parallel dazu vor allem Beratungs- und Vorbetreuungsleistungen.





Diese Situation hat sich inzwischen grundlegend geändert. Das Modell der Therapiekette mit einer in sich scheinbar logischen Abfolge von Therapiephasen oder Therapiestufen hatte bei einer Erkrankung mit der Tendenz zu chronischen Verläufen und zum Auftreten von Erkrankungsrezidiven („Rückfällen“) durchaus Schwächen. Es konnte, mit dem Paradigma stationärer Behandlung als eigentlicher Behandlung, nur unzureichend auf diese Ereignisse reagieren.

#### **Flexible ambulante Behandlung**

Ambulante Behandlung bot bei chronischen Suchtverläufen flexiblere, unmittelbarere Unterstützungsmöglichkeiten und konnte die notwendige Kontinuität in der Betreuung gewährleisten. So kam es zu einem Ausbau des ambulanten Sektors, der durch die Einführung der Substitutionsbehandlung 1987 einen wesentlichen Schub erfuhr.

Parallel zur Substitutionsbehandlung und teilweise auf deren Basis entwickelte sich eine Vielzahl an Ansätzen der Schadensminderung („Harm Reduction“) für weiterhin konsumierende Opiat- oder Mehrfachabhängige. Diese sind von der Absicht getragen, auch dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten eine adäquate medizinische Grundversorgung und soziale Unterstützung bereitzustellen sowie einer weiteren Verschlechterung der Erkrankung und der Erkrankungsfolgen vorzubeugen – und das gänzlich unabhängig von einer Bereitschaft oder Fähigkeit zum Erreichen einer Drogenfreiheit.

#### **Differenzierung des Angebotes**

Im Rahmen dieser Entwicklung kam es – vor allem im städtischen Bereich – zu einer Differenzierung

von Einrichtungstypen in der ambulanten Versorgung Drogenkranker mit verschiedenen Schwerpunkten:

1. *Von Erstberatung bis zu langfristigen ambulanten Betreuungen*
2. *Niedrigschwellige, sich dem Konzept der Harm-Reduction verpflichtet fühlende Einrichtungen – Kontakt- und Anlaufstellen*
3. *Medizinisch-psychiatrische Behandlung in spezifischen Ambulatorien*
4. *Einrichtungen mit Schwerpunkt auf Substitutionsbehandlung*
5. *Vermittlung in weiterführende Therapien*
6. *Ambulante Weiterbehandlung nach stationären Therapien*
7. *Ambulante Einrichtungen mit einem spezifischen, zielgruppenorientierten psychotherapeutischen Angebot*

## Die stationäre Behandlung Drogenabhängiger hat sich lange Zeit kaum verändert.

### Ambulante Angebote

Abseits des stationären Behandlungsbereichs haben sich im Rahmen ambulanter Behandlungszugänge und in deren Kontext weitere Einrichtungstypen bzw. Angebote entwickelt:

1. *Tagesstrukturierende Einrichtungen bis hin zu einem teilstationären, tagesklinischen bzw. ganztägig ambulanten Behandlungsangebot*
2. *Straßensozialarbeit und weitere Formen aufsuchender Suchtarbeit*
3. *Möglichkeiten der chemischen Analyse von Straßendrogen*
4. *Krisenübernachtungsmöglichkeiten, Notschlafstellen*
5. *Betreute Wohnformen für mittel- und langfristiges Wohnen*
6. *Übergangswohnheime bzw. Übergangswohngemeinschaften für die Zeit zwischen einem stationären Behandlungsaufenthalt und selbstständigem Wohnen*
7. *Sozialökonomische Beschäftigungsbetriebe*
8. *Arbeits- und Ausbildungsvermittlungsprojekte*

Manche Einrichtungstypen wie etwa Konsumräume für i.v.-applizierende Opiatabhängige sind in Österreich bislang nicht verwirklicht.

Zusätzlich zu den eben genannten spezifischen Suchtbehandlungseinrichtungen kommt auch niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sowie Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie eine bedeutende Rolle in der ambulanten Versorgung Drogenkranker zu, vor allem in der

Substitutionsbehandlung und der medizinischen Basisversorgung.

Inzwischen können substituiert bleibende Patientinnen und Patienten auch stationäre rehabilitative Behandlungsprogramme in Anspruch nehmen – ebenso wie vollentzogene Personen. Auch die Verkürzung und Flexibilisierung der Behandlungsdauern ist ein wesentliches Merkmal gegenwärtiger Entwicklungen.

### Angebote des Anton Proksch Instituts

Welche neueren Behandlungsangebote oder -programme sind das nun konkret? Innerhalb des eher medizinisch bzw. eher akut ausgerichteten Bereiches, der verkürzt als „Entzugsstation“ bezeichnet wird, findet sich mittlerweile eine breite Angebotspalette. Exemplarisch soll hier jene der Drogenabteilung des Anton Proksch Instituts kurz dargestellt werden:

1. *Vollentzugsbehandlungen (Entzug aller Substanzen)*
2. *Teilentzüge von anderen konsumierten Substanzen bei Beibehalten oder gegebenenfalls Reduktion einer Opiatsubstitution*
3. *Teilentzüge und Vollentzüge mit anschließender stationärer Therapie in Programmen unterschiedlicher Dauer (stabilisierende Behandlungsphase von einmonatiger Dauer, stationäre Therapien mit drei, sechs oder neun Monaten Dauer)*
4. *Teilentzüge und Vollentzüge mit anschließender tagesklinischer („ganztägig ambulanter“) Therapie von drei Monaten Dauer oder anschließender ambulanter Behandlung*
5. *Umstellung von intravenösem auf oralen Konsum des Substitutionsmittels, wenn dies ambulant nicht gelingt*
6. *Andere somatisch, psychisch, sozial und konsumbezogen stabilisierende Behandlungsaufenthalte, wenn die jeweilige angestrebte Stabilisierung ambulant nicht gelingt*
7. *Stationäre Kriseninterventionen*

### Vermehrt substitutionsbasierte Zugänge

Auch im Kontext von Therapie- bzw. Langzeittherapiekonzepten sind inzwischen neben abstinenzbasierten auch substitutionsbasierte Zugänge etabliert. In vielen Einrichtungen sind diese Behandlungsbereiche voneinander getrennt. Im Anton Proksch Institut hingegen wird seit einigen Jahren das Prinzip einer integrierten Behandlung verfolgt. Vollentzogene und weiterhin substituiert bleibende PatientInnen werden auf der gleichen Station aufgenommen, in den gleichen therapeutischen Gruppen gemeinsam behandelt und teilen den Behandlungsalltag in vollem Umfang miteinander. Die Erfahrungen in diesem realitätsnahen Behandlungszugang sind äußerst ermutigend.

Bei einer gemeinsamen Behandlung von entzogenen und substituierten Patientinnen und Patienten innerhalb einer Station besteht die Möglichkeit, dass vollentzogene Personen bei Instabilität wieder auf ein Substitutionsmedikament eingestellt werden können – in derselben Einrichtung. Die Patientinnen und Patienten verbleiben in denselben Therapiegruppen, im selben Therapieprogramm bei denselben Behandlerinnen und Behandlern. Größtmögliche therapeutische Kontinuität ist somit gewährleistet.

### **Wechselseitiges Wissen um Kompetenzen**

Die unterschiedlichen Spielerinnen und Spieler in diesem System sind gefordert, sich eine Kultur des Zusammenspiels zu erarbeiten. Sie müssen um die Qualität und die Möglichkeiten der Mitspielerinnen und -spieler wissen, erkennen, in welchen Situationen sie selbst gefordert sind und wann sie jemand anderen einsetzen müssen. Das Wissen um die Möglichkeiten anderer Bereiche des Versorgungssystems dürfte mancherorts noch ausbaufähig sein, ebenso die Kommunikation. Der Respekt vor den Leistungen, die von denen, die man selbst erbringt, inhaltlich weiter entfernt sind, erst recht. Noch immer existieren ins Dogmatische gehende Überzeugungen zur Behandlung von Suchtkranken, die einander diametral entgegengesetzt sind.

So argumentieren manche für die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen einerseits mit der Rückfallquote bei abstinenzbasierter Behandlung, vor allem aber mit der Rate an tödlichen Überdosierungen bei Rückfällen. Bezug wird hier regelmäßig auf eine Studie genommen, jene von Strang und Mitarbeitern über die Mortalität nach Entzugsbehandlung aus dem Jahr 2003: Innerhalb eines Jahres nach einer Entzugsbehandlung starben fünf von 137 PatientInnen (3,6 %). Alle Todesfälle hatten vollständig entzogene Patientinnen und Patienten betroffen, die somit die Opiattoleranz verloren hatten. Die Verstorbenen unterschieden sich etwa signifikant von den anderen Patientinnen und Patienten der Studie durch ihre soziale Isolierung – ein durchaus ernst zu nehmender Risikofaktor im Kontext abstinenzbasierter Programme.

### **Abstinenzbasierte Behandlung vor dem Aus?**

Aber lässt sich daraus schon die Forderung nach dem Aus für abstinenzbasierte Behandlungen ableiten? Man müsste darüber diskutieren, wie die Betreuung bzw. Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten dieser Studie nach dem Entzug war. Man könnte argumentieren, dass es sich um Entzugsbehandlungen ohne nachfolgende längere stationäre Therapien gehandelt hat, teils auch ohne weitere ambulante Betreuung. Es wäre mitzubedenken, welche anderen Unterstützungsangebote es gegeben hat – und vieles mehr. Doch daran besteht nicht immer Interesse, wenn eigene Positionen untermauert werden sollen.

Mit diesem Beispiel, das sei betont, soll die hohe Überdosierungsgefahr bei vollständig entzogenen Patientinnen und Patienten nicht heruntergespielt werden. Diese besteht. Ihr kann jedoch durch wiederholte sorgfältige Information begegnet werden, zum Beispiel mit dem Rat, gegebenenfalls deutlich geringer zu dosieren, nicht alleine zu konsumieren etc. Auch ist manchmal zu hören, dass die Behandlungsdauer keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Dafür finden sich in manchen

## **Noch immer existieren *dogmatische Überzeugungen* zur Behandlung von Suchtkranken.**

Studien zwar Anhaltspunkte, demgegenüber in vielen anderen Studien jedoch deutliche Belege für das Gegenteil.

Positionen, dass Substitutionsbehandlung Kapitulation vor der Sucht bedeute, werden zwar seltener, halten sich bei manchen Akteuren aber. Nicht alle machen sich die Mühe, über den Tellerand der eigenen praktischen Erfahrungen zu blicken und die eindeutigen Belege für die vielfältige Wirksamkeit und die Erfolgsgeschichte der Substitutionsbehandlung zur Kenntnis zu nehmen.

Entwertungen des jeweils anderen Behandlungszuganges lassen sich noch immer finden, wenn auch – und das gibt Anlass zur Hoffnung – weniger häufig. ■

## **Zusammenfassung**

Das Suchthilfesystem in seiner Gesamtheit hat inzwischen differenzierte ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungszugänge entwickelt, die auf Basis einer Substitutionsbehandlung oder abstinenzbasiert in Anspruch genommen werden können. Auch die inzwischen möglichen differenzierten Behandlungsdauern sind positiv. Allerdings ist der in den letzten Jahren seitens mancher Kostenträger entwickelte Druck auf länger dauernde Therapien als zunehmend problematisch einzuschätzen.

Eine gute Verknüpfung der Potentiale des stationären und ambulanten Bereiches ist langfristig für die Nutzerinnen und Nutzer des Suchthilfesystems eine wesentliche Voraussetzung für die Wirksamkeit der Angebote. Gut begleitete Übergänge zwischen substitutionsbasierten und auf Abstinenz ausgerichteten Ansätzen sind dies ebenso.

Unstrittig ist, dass es für eine gute, angemessene Versorgung Suchtkranker all dieser Ansätze bedarf.

# „Medizin ist im Umbruch“

Seit mehr als zehn Jahren setzt das Anton Proksch Institut mit seinem Kongress Maßstäbe im Sucht-Diskurs. Michael Musalek, ärztlicher Leiter des Anton Proksch Instituts, gibt einen Ausblick auf den Kongress im Jänner 2020.

INTERVIEW: ANDREA HEIGL

**Das Thema des Kongresses Anfang kommenden Jahres ist sehr breit angelegt: „Medizin - quo vadis?! Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation im Wandel“. Mit welchem Erkenntnisinteresse haben Sie dieses Thema ausgewählt?**

Die Medizin befindet sich in einer sehr interessanten, aber nicht ganz gefahrlosen Umbruchzeit. Der eine Umbruch, den ich im Moment sehe, ist von einer sehr mechanistisch aufgefassten, evidenzbasierten Medizin hin zu einer menschen- und dialogorientierten, humanbasierten Medizin - mit all den Spannungsfeldern und positiven Möglichkeiten, die sich dabei auf tun. Auf der anderen Seite haben wir eine immer stärkere Ökonomisierung der Medizin mit steigenden Dokumentationspflichten, was dazu führt, dass die Ressourcen für eine humanbasierte Medizin, die sehr stark vom Gespräch zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin getragen wird, geringer werden. In diesem Spannungsfeld befinden wir uns, und es wird an uns Menschen, die in der Medizin tätig sind, liegen, sich dieses Spannungsfeldes anzunehmen. Sonst tun das Menschen, die nicht in der Medizin tätig sind. Und alle Entwicklungen in der Medizin haben natürlich auch Auswirkungen auf die Tätigkeiten in einer Suchtklinik.

**Ohne den Inhalt des Kongresses gleich vorwegnehmen zu wollen: Wo geht denn die Medizin hin?**

Ich denke, dass man den Weg in eine humanbasierte Medizin, also in eine Medizin von Menschen für Menschen, weitergehen sollte und muss. Das heißt, dass wir uns vor allem auch mit den Therapiezielen neu auseinandersetzen müssen. Denn das reine Wiedererlangen der Funktionsfähigkeit ist sicher zu kurz gegriffen. Gesundheit ist laut WHO definiert als körperliche, psychische und soziale Gesundheit, geht also deutlich über das Fehlen von Krankheit hinaus. Bei der psychischen Gesundheit bedeutet das, ein Leben führen zu können, das sowohl autonom als auch freudvoll ist.

**Ihr Vortrag trägt den Titel „Spuren, Pfade und Wege in eine schöne gemeinsame Zukunft“ - wie könnte diese schöne gemeinsame Zukunft aussehen?**

Wir werden unsere Therapieprogramme und -ziele individualisieren und gemeinsame Wege finden müssen, innerhalb der Medizin, aber vor allem mit Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen gemeinsam. Mit anderen Worten: Es geht ganz wesentlich um die dialogische Vereinbarung von Therapiezielen und Behandlungsmaßnahmen. Im





Seit mehr als zehn Jahren liefert der alljährliche Kongress des Anton Proksch Instituts neue Perspektiven zum Thema Sucht und dessen Behandlung. Im Bild: Der ärztliche Leiter Michael Musalek bei seiner Keynote.



Fotos: Marlene Fröhlich

Titel habe ich bewusst das „Schöne“ erwähnt. Wir sprechen oft von einer erfolgreichen Zukunft oder von einer guten Zukunft, aber das Schöne kommt meistens zu kurz. Dabei ist es wahrscheinlich die stärkste Ressource, die wir haben.

**Der Kongress des Anton Proksch Instituts wurde vor über zehn Jahren ins Leben gerufen. Was hat er in den Diskurs über Sucht eingebracht?**

Als wir mit dem Kongress begonnen haben, wollten wir ein Forum schaffen, in dem Fragen der Suchtdiagnostik und -behandlung umfassend behandelt werden können – auch über Berufsgruppen hinweg, also multiprofessionell. Am Anfang war die Sucht ganz im Zentrum des Kongresses, sehr bald hat sich im Zuge des gemeinsamen Diskurses aber herausgestellt, dass man die Suchterkrankung in ihrer ganzen Komplexität erfassen muss, wenn man eine entsprechend zielführende Therapie anbieten möchte. Dann muss man sich auch über die Suchterkrankung hinaus Fragen stellen. Daher haben wir einen Kongress über Komorbiditäten gemacht, über Burnout, über die Depression, und so weiter. Der Kongress hat sich außerdem immer als ein sehr qualitativvoller Fortbildungskongress verstanden, bei

dem die wissenschaftlichen Ergebnisse unterschiedlichsten Berufsgruppen zur Verfügung gestellt werden.

**Der Kongress findet Jahr für Jahr im Palais Ferstl in der Wiener Innenstadt statt, also in einem sehr gediegenen Ambiente. Ist das ein bewusstes Statement?**

Wir haben als Therapieziel im Anton Proksch Institut ein freudvolles Leben, es ist das Therapieziel schlechthin des Orpheus-Programms. Damit ist es auf der Hand gelegen, dass die Freude eine Rolle spielen soll, wenn wir darüber sprechen, was wir tun. Und die Freude ist nun einmal in so einem schönen Ambiente größer. ■

Der Kongress des Anton Proksch Instituts findet am 24. und 25. Jänner 2020 in Wien statt und trägt den Titel „Medizin – quo vadis?! Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation im Wandel!“. **Infos und Anmeldung: [www.api.or.at](http://www.api.or.at)**

## Seminar Step by Step

Das Projekt Step by Step ist eine Fortbildung zur Früherkennung und Frühintervention in der Schule, wenn es zu substanzbezogenen Auffälligkeiten von SchülerInnen kommt.

18. März 2020, 14.00-19.00 Uhr  
19. März 2020, 14.00-19.00 Uhr  
Sucht- und Drogenkoordination Wien,  
Modecenterstrasse 14/Block B/2. OG  
1030 Wien

Anmeldung unter:  
<https://bildung.sdw.wien/seminare>

## Seminar movin'

movin' ist ein mehrtägiges Fortbildungsangebot für MitarbeiterInnen aus Gesundheits- und Sozialeinrichtungen mit dem Ziel, MultiplikatorInnen in einem kompetenten Umgang mit Suchtmittelkonsumierenden Menschen zu stärken.



20. / 21. April und 8. Mai 2020,  
9.00-17.00 Uhr  
Sucht- und Drogenkoordination Wien,  
Modecenterstrasse 14/Block B/2. OG  
1030 Wien

Anmeldung unter:  
[bildung.sdw.wien/seminare](https://bildung.sdw.wien/seminare)

## E-Learning-Angebot

Das Institut für Suchtprävention bietet E-Learning-Module zu verschiedenen Themen und Bereichen der Suchtprävention an.

Alle Infos und Module unter:  
[bildung.sdw.wien/elearning](https://bildung.sdw.wien/elearning)



Fotos: Getty Images

## Aktuelle Buchtipps

Lesestoff zum Thema Sucht und psychische Gesundheit: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Anton Proksch Instituts geben Buchtipps.

### Paul Watzlawick: Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinn

Der Autor und Psychotherapeut Paul Watzlawick beschäftigt sich in diesem Buch mit der menschlichen Wahrnehmung und den damit verbundenen Sinneszuweisungen. Was ist denn Wirklichkeit? Jede und jeder erfährt sie aufgrund ihres bzw. seines kulturellen und sozialen Hintergrundes anders, subjektiv, was Watzlawick mit vielen anschaulichen Beispielen belegt. „So will es uns zum Beispiel nicht in den Sinn, dass die Suche der Grund dafür ist warum wir oft nicht finden.“ Mit diesen und anderen verbalen Verklammerungen entführt uns Watzlawick auf eine Reise durch die Themengebiete der Philosophie und Psychologie, ohne dabei auf Humor und wissenschaftlichen Anstand zu verzichten.

Daniel Grim, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe

### Alan Watts: The Way of Zen

Das Thema Achtsamkeit ist in aller Munde und findet seit langem Eingang in die Psychotherapie. Dabei ist der Ursprung und die Philosophie

achtsamkeitsbasierter Meditation oft nur knapp dargestellt. In diesem Buch bereitet der Autor Alan Watts die Perspektiven und Praktiken des Zen-Buddhismus in nachvollziehbarer und spannender Art auf, was eine Bereicherung für die Arbeit mit jenen Methoden sowie für die eigene Haltung darstellen kann.

Maximilian Hetzel, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe

### Christian Montag: Homo Digitalis - Smartphones, soziale Netzwerke und das Gehirn

Es ist an den Suchtexpertinnen und -experten, sich mit den Auswirkungen neuer Technologien auf den Menschen zu beschäftigen. Das Buch bringt eine leicht verständliche Einführung in das Thema und ist sowohl für Expertinnen und Experten als auch Laien eine gute Wahl. Der Autor hat einen Lehrstuhl in Deutschland und in Südkorea und ist somit in der Lage, uns eine Vorausschau darauf zu geben, was in Europa in ein paar Jahren kommen wird.

Oliver Scheibenbogen, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe

# IMPRESSUM

## **Herausgeber**

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

## **Medieneigentümer**

API Betriebs gemeinnützige GmbH  
Gräfin Zichy Straße 6  
1230 Wien  
+43 1/880 10-0  
www.api.or.at

## **Für den Inhalt verantwortlich**

Michael Musalek  
Gabriele Gottwald-Nathaniel

## **Wissenschaftlicher Beirat**

Ute Andorfer  
Roland Mader  
Michael Musalek  
Wolfgang Preinsperger  
Oliver Scheibenbogen

## **AutorInnen dieser Ausgabe**

Wolfgang Ferdin  
Martin Fronthaler  
Gabriele Gottwald-Nathaniel  
Wolfgang Preinsperger  
Helmut Zingerle

## **Redaktion & Projektmanagement**

Andrea Heigl, Kristina Schubert-Zsilavec  
(bettertogether Kommunikationsagentur)

## **Gestaltung**

Doris Lang, Markus Zahradnik-Tömpe  
(Schrägstrich Kommunikationsdesign)

## **Coverfoto**

Getty Images

## **Druck**

Gedruckt nach der Richtlinie  
„Druckerzeugnisse“ des  
Österreichischen Umweltzei-  
chens.  
gugler\*print, Melk,  
UWZ-Nr.609  
www.gugler.at



S T I F T U N G   
ANTON PROKSCH-INSTITUT WIEN

KLINIKUM  
AKADEMIE  
FORSCHUNG   
ANTON PROKSCH INSTITUT  
API BETRIEBS GEMEINNÜTZIGE GMBH