

Was kann stationäre Therapie besonders gut?

Ihr heutiger Stellenwert mit unterschiedlichen Konzepten,
Behandlungszielen und Therapiedauern trotz steigenden
Kostendrucks.

STATIONÄRE (DROGEN-)THERAPIE

- Übersicht
- Stationäre Therapie - Diagnostik und Behandlungsziele
- API-Abteilung D
- Historische Entwicklung und aktuelle Situation
- Therapeutisches Behandlungsmodell
- Fallbericht

DROGENSITUATION - ÜBERSICHT

- Zentral in Ö: Multipler Drogenkonsum inkl. Opioide
- Rund 35.000-40.000 Personen in Ö konsumieren risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen Drogen, Alkohol, Psychopharmaka)
- Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (Ballungszentren häufiger)
- Mehr als 3/4 der Betroffenen sind Männer
- Nur 8% sind unter 25 J., über 60% sind 35 J. oder älter
- Rund 26.600 Personen in drogenspezifischer Behandlung, davon:
- Leitdroge: 1. Opioide (21.800), 2. Cannabis (2.650), 3. Kokain und Stimulantien (1.750)
- Mehr als 1200 Personen in stationärer Behandlung in Drogeneinrichtungen (2021)

STATIONÄRE (DROGEN-)BEHANDLUNG – ÜBERSICHT

Forschungslage:

- ❑ Fehlen empirisch validierter Indikationskriterien, welche Behandlungsmodalität wann für wen geeignet ist
- ❑ Diskrepanz zwischen klinischer Erfahrung(groß) und Belegung der Wirksamkeit(begrenzt)
Gründe
 - Komplexitätsgrad multimodaler Behandlungsprogramme mit einer Vielzahl von ineinandergreifenden Interventionsebenen
 - (Psychiatrische) Komorbidität
(Kontrollierte klinische Studien + Untersuchung einzelner Interventionen schwierig bis unmöglich)
 - Unterschiedlichkeit der Versorgungssysteme, Behandlungssettings und –Philosophien

AUSSAGEN ZUR WIRKSAMKEIT VON PSYCHOTHERAPEUTISCHEN UND PSYCHOSOZIALEN INTERVENTIONEN (v.a. im stationären Setting) IM GEGENSATZ ZUR PHARMAKOLOGISCHEN FORSCHUNG BLEIBEN BEGRENZT

STATIONÄRE SUCHTBEHANDLUNG

Patient*innen haben den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie
Personen ohne Suchterkrankung auch

☐ Akutkrankenhaus

- Notfallbehandlung
- Krisenintervention
- Stabilisierung
- Behandlung akuter psychiatrischer/somatischer Erkrankungen
- Entzugsbehandlung

☐ Stationäre suchtspezifische Therapieeinrichtungen

- Teilentzugsbehandlung
- Vollentzugsbehandlung
- „Postakutbehandlung“
Stabilisierung
Entwöhnung
Rehabilitation
- Integrierte stationäre Kurz-/Mittel-/
Langzeit- Therapie

substitutionsgestützt – abstinenzgestützt

freiwillig – fremdmotiviert

MULTIDIMENSIONALE DIAGNOSTIK

Wodurch ist die Lebensqualität beeinträchtigt?

Welche Probleme bestehen aktuell?

Welche sind die belastendsten, dringlichsten, gefährlichsten?



Zieldefinition

Therapieplanung

MULTIDIMENSIONALE DIAGNOSTIK

- Substanzkonsum
=>Riskanter Konsum, Polytoxikomanie
- Psychische Gesundheit
=>Schwere psychiatrische Komorbidität, Instabilität
- Somatische Gesundheit
=>Behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung
- Ressourcen und soziales Netzwerk
=>Fehlende soziale Unterstützung, belastende Beziehungen, vernachlässigte Interessen
- Ausbildung und Beruf
=>Keine Tagesstruktur, ohne Beschäftigung/Ausbildung
- Wohnen
=>Wohnsituation nicht gesichert
- Finanzen
=>Fehlende Existenzgrundlage, Schulden
- Vorbehandlungen
=>Ambulante Therapie nicht erfolgreich oder nicht verantwortbar
- Motivation, Änderungs- und Behandlungsbereitschaft

MULTIDIMENSIONALE DIAGNOSTIK

- **Substanzkonsum**
=>Riskanter Konsum, Polytoxikomanie
- **Psychische Gesundheit**
=>Schwere psychiatrische Komorbidität, Instabilität
- **Somatische Gesundheit**
=>Behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung
- **Ressourcen und soziales Netzwerk**
=>Fehlende soziale Unterstützung, belastende Beziehungen, vernachlässigte Interessen
- **Ausbildung und Beruf**
=>Keine Tagesstruktur, ohne Beschäftigung/Ausbildung
- **Wohnen**
=>Wohnsituation nicht gesichert
- **Finanzen**
=>Fehlende Existenzgrundlage, Schulden
- **Vorbehandlungen**
=>Ambulante Therapie nicht erfolgreich oder nicht verantwortbar
- **Motivation, Änderungs- und Behandlungsbereitschaft**

- **Ziele in Bezug auf den Substanzkonsum**
 - **Substitutionsgestützt**
 - Teilentzugs-/Reduktionsbehandlung von anderen, zusätzlich konsumierten Substanzen unter Beibehaltung der Substitution
 - Umstellung von missbräuchlichem Konsum auf reguläre Einnahme des Substitutionsmedikaments
 - Optimierung der OAT – Dosisanpassung, Umstellung des Substitutionsmittels
 - **Abstinenzgestützt**
 - Vollentzugsbehandlung
 - Abstinenzhaltung - Rückfallprävention

LEITLINIE – QUALITÄTSSTANDARDS FÜR DIE OPIOID-SUBSTITUTIONSTHERAPIE

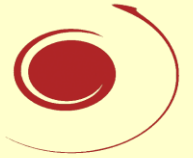
- 9. DIE ROLLE STATIONÄRER INTERVENTIONEN IM KONTEXT EINER OST



LEITLINIE –
QUALITÄTSSTANDARDS
FÜR DIE OPIOID-
SUBSTITUTIONS-
THERAPIE

MULTIDIMENSIONALE DIAGNOSTIK

- Substanzkonsum
=>Riskanter Konsum, Polytoxikomanie
- **Psychische Gesundheit**
=>Schwere psychiatrische Komorbidität, Instabilität
- **Somatische Gesundheit**
=>Behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung
- Ressourcen und soziales Netzwerk
=>Fehlende soziale Unterstützung, belastende Beziehungen, vernachlässigte Interessen
- Ausbildung und Beruf
=>Keine Tagesstruktur, ohne Beschäftigung/Ausbildung
- Wohnen
=>Wohnsituation nicht gesichert
- Finanzen
=>Fehlende Existenzgrundlage, Schulden
- Vorbehandlungen
=>Ambulante Therapie nicht erfolgreich oder nicht verantwortbar
- Motivation, Änderungs- und Behandlungsbereitschaft



□ **Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit**

- Erweiterte psychiatrische und somatisch-medizinische Diagnostik
 - Abklärung und Behandlung der psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten
- =>unter Konsumbedingungen im ambulanten Setting oft schwer oder nicht möglich

MULTIDIMENSIONALE DIAGNOSTIK

- Substanzkonsum
=>Riskanter Konsum, Polytoxikomanie
- Psychische Gesundheit
=>Schwere psychiatrische Komorbidität, Instabilität
- Somatische Gesundheit
=>Behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung
- **Ressourcen und soziales Netzwerk**
=>Fehlende soziale Unterstützung, belastende Beziehungen, vernachlässigte Interessen
- **Ausbildung und Beruf**
=>Keine Tagesstruktur, ohne Beschäftigung/Ausbildung
- **Wohnen**
=>Wohnsituation nicht gesichert
- **Finanzen**
=>Fehlende Existenzgrundlage, Schulden
- Vorbehandlungen
=>Ambulante Therapie nicht erfolgreich oder nicht verantwortbar
- Motivation, Änderungs- und Behandlungsbereitschaft

□ Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit

- Erweiterte psychiatrische und somatisch-medizinische Diagnostik
- Abklärung und Behandlung der psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten

□ Verbesserung der sozialen Gesundheit

- Aufbau von sozialen Perspektiven
 - Aufbau unterstützender Beziehungen
 - Distanzierung von der "Szene" und von delinquentem Verhalten
 - Ressourcenaktivierung, aktive Freizeitgestaltung
 - Alltagsbewältigung, Tagesstruktur, Beschäftigung, Jobsuche
 - Existenzsichernde Maßnahmen, geordnete Wohnsituation, Schuldenregelung
- => Soziale und berufliche (Re-)Integration

Verbesserung der Lebensqualität und der Fähigkeit zur Lebensbewältigung

(PSYCHO-)THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSZIELE

- Reflexion der eigenen Situation unter stabileren Bedingungen (ohne sich für einen Entzug entschieden zu haben bzw. einen solchen erfolgreich absolviert haben zu müssen)
- Stärkung/Entwicklung der Ich-Funktionen – Realitätsbezug stärken, realistische Ziele setzen, Selbstkontrolle verbessern und Selbstfürsorge entwickeln, Verantwortungsübernahme
- Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung
- Verstehen der Bedeutung und Zusammenhänge der eigenen Suchterkrankung
- Erkennen der Bedeutung der Komorbidität für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung
- Verbesserung der Affektregulation und Impulskontrolle
- ...Unterstützung bei der Erreichung anderer i.e.S. psychotherapeutischer Behandlungsziele

VORTEILE DER STATIONÄREN THERAPIE

(Was kann stationäre Therapie besonders gut...)

- Integrierte multiprofessionelle Behandlung der Sucht und Komorbiditäten an einem Ort
- Hohe Intensität der Betreuung: 24/7 Fachpersonal vor Ort
- Therapeutische Gemeinschaft
- Haltgebende Struktur, Tagesstruktur
- Geschützte Umgebung
- Distanz zu oft problematischem Umfeld/suchtfördernder Umgebung
- Entlastung von äußeren Verpflichtungen, Fokussierung auf die therapeutischen Aufgaben
- Begleitete schrittweise Annäherung an Lebensrealitäten/Übernahme von Eigenverantwortung

Die Wahl des Settings richtet sich nach der Schwere des Krankheitszustands, nach den entsprechenden Behandlungsbedürfnissen, aber auch nach den Präferenzen und der Behandlungsbereitschaft des Patienten.
(Uchtenhagen 2002)

Partizipative Entscheidungsfindung
Individuelle Therapieplanung

API - ABTEILUNG D

- Stationärer Bereich mit 45 Behandlungsplätzen im Zentralbereich des API in Wien 23
- Teilentzugsbehandlungen
- Vollentzugsbehandlungen (1Monat)
- danach
- Stabilisierende Behandlungsphasen in der Dauer von 1 Monat
- Stationäre Therapie 3 Monate
- Stationäre (Langzeit-)Therapie – bei Notwendigkeit bis 6-9 Monate
- danach
- Ambulante oder teilstationäre Weiterbehandlung
- Therapieangebote substitutions- und abstinenzgestützt
- Spezielle Situation „alles unter einem Dach“ mit entsprechenden Vor- und Nachteilen

API - ABTEILUNG D - aktuell

- 50% Vollentzug / 50% Teilentzug
- > 80% HD Opioidabhängigkeit
- Alter: 19-61 J.
- 25% Frauen
- 25% keine gesicherte Wohnsituation, deutlich mehr mit Änderungswunsch/-bedarf
- 1/5 hat ein aufrechtes Arbeitsverhältnis
- 1/3 hat Kinder
- 2/3 Plan 4-Monatstherapie,
• davon bei jeder/m 5.: Planänderung auf 7 Monate Therapie

Entwicklung des Angebotes

- Erste (Langzeit-)Therapiestation Österreichs (Mödling)
- Drogenberatungs- und Vorbetreuungsstelle „Treffpunkt“ > Ambulatorium
- Half Way House bis 2014, danach betreutes Wohnen
- Abstinenzorientierung bis 2012
- Getrennte Entzugsstation bis 2017
- Zusammenführung der Entzugs- Kurzzeit- und Langzeittherapiestation (2017)
- Kurzzeittherapiestation „ZweiEins“ ab 2012
- 1. Paradigmenwechsel: 2012 – substitutionsgestützte Langzeittherapien
- 2. Paradigmenwechsel: Verkürzung auf 4 bis 7 monatige Therapien
- 3. Paradigmenwechsel: Zusammenführung der Entzugs- Kurzzeit- und Langzeittherapiestation
- Generationenwechsel: Die „alte Garde“ tritt ab.
- 4. (stiller) Paradigmenwechsel: Auslastungs- und Kostendruck zunehmend breiter, deutlicher spürbar
- 5. (stiller) Paradigmenwechsel: Gefahr von Drehtürbehandlungen aufgrund der kürzeren Therapiedauern. Patient*innen können immer weniger auf eine dauernde, intensive Betreuung zurückgreifen, was zu intensiven Rezidiven führt.

Die „Köch*innen“ und die „Speisekarte“

- Das Team/Die Köch*innen:
 - Psychiater*innen und Allgemeinmediziner*innen
 - Ergotherapeut*innen
 - Sozialarbeiter*innen
 - Psychotherapeut*innen
 - Pflegekräfte

Die „Köch*innen“ und die „Speisekarte“

- Angebote/Speisekarte:
 - Visiten (hoch- und mittelfrequent)
 - Aktivierung und Arbeitstherapie
 - Sozialarbeit in Einzel- und Gruppensetting
 - Psychotherapeutische- und Psychologische Gruppen (offene Kleingruppen)
 - Einzeltherapie
 - Großgruppe
 - Hausplena
- Psychoedukative Gruppen
- Frauengruppe
- Alltagsbegleitung
- Selbsthilfegruppen
- Peer-Betreuung
- Gruppe zur ambulanten Überleitung
- Rückfallpräventionstraining
- Sport- und bewegungstherapeutische Angebote
- Kreativtherapeutische Gruppen
- Aktivitäten außerhalb der Einrichtung

- Annäherung an ein INTEGRIERTES BEHANDLUNGSMODELL
 - Keine Trennung zw. Therapie- und Realraum
 - Annäherung an eine Haltung in der jede Patient – Therapeut – Beziehung als Übertragungsraum verstanden wird.

BEHANDLUNGSMODELL

- Teamarbeit als zentraler Raum diese Prozesse verstehen, (be)deuten zu können:
 - Integrative Foren/Fokalkonferenzen
 - Kleinteam
 - Hauptvisite
 - (Fall)Supervision
 - Morgenbesprechung
 - Mittagsbesprechung
 - Organisatorische Foren:
 - Organisationsteam (mit Patient*innen)
 - Koordinationsteam
 - Morgenbesprechung

Wirkfaktoren der stationären Therapie

- Beziehung
- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Motivationale Klärung
- Problembewältigung

Wirkfaktoren der stationären Therapie

- Beziehung

- „Wenn man in der Beratungsstelle mit antisozialen Kindern zu tun hat, dann ist es sinnlos, einfach eine Psychotherapie zu empfehlen.“(Winnicott, S 102).
- Beziehung vs. Setting/Setting → Beziehung

Wirkfaktoren der stationären Therapie

- Beziehung
- Verstehen des Symptoms als Auflehnung gegen die Deprivation

„Der antisozialen Tendenz liegt eine Hoffnung zugrunde. Hoffnungslosigkeit ist das Wesensmerkmal des Kindes, das Deprivation erfahren hat, nun aber natürlich nicht ständig antisozial handelt. In den Phasen der Hoffnung aber zeigt das Kind seine antisoziale Tendenz. Das mag für die Gesellschaft unangenehm sein und auch für einen selbst, wenn einem das Fahrrad geklaut wird; die nicht persönlich Beteiligten können jedoch erkennen, daß [sic] hinter dem Zwang zu stehlen eine Hoffnung steht.“ (Winnicott, S. 161)

Wirkfaktoren der stationären Therapie

- Ressourcenaktivierung
 - Aktivtherapie
 - Sozialarbeit
 - ATH
 - Alltag
 - Gruppentherapie
 - Einzeltherapie
- Problemaktualisierung
 - Sozialarbeit
 - Fallbesprechungen/Team
 - Gruppe
 - Hausgemeinschaft (Alltag – Großgruppe)
 - Einzeltherapie

Wirkfaktoren der stationären Therapie

- Motivationale Klärung
 - Sozialarbeit
 - Gruppe
 - Einzeltherapie
 - Hausgemeinschaft (Alltag – Großgruppe)
- Problembewältigung
 - Reflexion in Sozialarbeit und Gruppentherapie
 - Außenkontakte
 - Standortgespräche
 - Angehörigengespräche

Fallbeispiel: Herr A., 31J.

- Therapieplan: Teilentzug + 6 Monate (7-Monatstherapie)
- Konsum vor Aufnahme: Substitol ret. 800mg (i.v.), mehrmals monatl. Kokain i.v., Benzodiazepine und Cannabis gelegentlich
- Konsumbeginn: Alkohol, Benzodiazepine, Cannabis und Nikotin: 10. LJ., Heroin 11. LJ. nasal, ab 12. LJ. intravenös, Kokain 13.LJ.
- Überdosierungen: mehrmalig, er könne es gar nicht genau überblicken
- Vordiagnosen:
 - Polytoxikomanie inkl. Opiode
 - Rezidivierende depressive Störung
 - ADHS in der Kindheit
 - kombinierte Persönlichkeitsstörung – emotional-instabil, dissozial
 - HIV-Infektion seit 2020 bekannt, seit 2 Jahren keine Therapie
 - 05 und 06/23 zweimalig stationär Allgemeinkrankenhaus wegen Spritzenabszessen
 - 04/23 Sturz auf die U-Bahngleise – Verletzung linkes Knie

Fallbeispiel: Herr A., 31J.

- Frühere Behandlungen:

war vom 10.LJ an wiederholt stationär aufgenommen (KJPP Mauer-Öhling und Hinterbrühl, Klinik Graz, AKH), danach immer wieder in Spezialkinderwohnheimen, vom 13.-14.LJ therapeutischer Auslandsaufenthalt in Spanien, zwischen 2011 und 2017 mehrere stationäre (Langzeit-)Therapieaufenthalte, u.a. 6 Monate Therapie Grüner Kreis, 15 Monate API- 517 und Langzeittherapiestation

- Soziale Situation:

- Wohnen: seit 2020 obdachlos
- Ausbildung: Hauptschule ohne Abschluss, Malerlehre nach 1 J. abgebrochen
- Forensisch: Mehrjährige Hafterschaft, zuletzt 2017-2020,
offene Haftstrafe 1J. – Strafaufschub §39

Fallbeispiel: Herr A., 31J.

- Teilentzug:
 - Reguläre Einnahme der Substitution p.o.
 - Beendigung BK
 - Wiederbeginn mit Duloxetin

- HIV
 - Vorstellung AKH 4 Süd – Ambulanz

=> Therapiebeginn mit Biktarvy und Eusaprim ft.
- Knieschmerzen links nach Sturz 04/23
 - Röntgen unauff.
 - MRT: Teileinriss Patellasehne, V.a. Patellaspitzensyndrom
 - Orthopädische Ambulanz: OP-Indikation
- Zahnarzttermine
- Optiker – neue Brille

Fallbeispiel: Herr A., 31J.

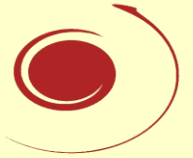
- Aus der psychologisch-therapeutischen Anamnese:
 - durchschnittliches sprachliches Intelligenzniveau
 - mittelschwere depressive Symptomatik
 - Selbstwahrnehmung/ Regulation des Selbst weist in einigen Bereichen Defizite auf
 - narzisstische Persönlichkeitsstörung
 - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline)
 - Dissoziale Persönlichkeitsstörung, beginnend vor dem 15.Lebensjahr
 - psychopathische Störung
 - Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitätssyndrom in der Kindheit ist nachweisbar.
 - Struktur: Die Bereiche Objektwahrnehmung, Selbstregulierung, Bindung an innere Objekte; Bindung an äußere Objekte sind tendenziell gering integriert.

Fallbeispiel: Herr A., 31J

- Aus dem Erleben des Patienten:
 - Langzeittherapie als nachholen der Kindheit/Jugend
 - Sicherheit und Konstante Beziehungen zu Personal und Mitpatient*innen
 - Erste „Verliebtheit“
 - Familiäres Setting
 - Überforderung mit ersten sexuellen Kontakten in der NB – Rezidiv
 - Zu tragen kamen die Wirkfaktoren: Beziehung und Ressourcen aktivieren und Problemaktualisierung beim 1. Aufenthalt, was es in weiteren Aufenthalten möglich machte an den Punkten Motivationaler Klärung und Problembewältigung zu arbeiten. Der Prozess ist noch nicht abgeschlossen.

Und was kann stationäre Therapie jetzt besonders gut?

KLINIKUM
AKADEMIE
FORSCHUNG



ANTON-PROKSCH-INSTITUT

- Mannigfachen Beziehungsraum anbieten, der nicht nur therapeutisch sondern auch menschlich ist.
- Korrektives Beziehungserleben anbieten.
- Reflexionsfähigkeit stärken aufgrund der dauernden Aufforderung im Therapie- aber auch im Alltag danach.
- Mentalisierungsfähigkeit im Gruppengefüge stärken.
- Abstand gewinnen lassen zu alten Mustern
- Ein „Leo“ sein
- Dynamiken verlangsamen und daher sichtbar werden lassen.
- Eine andere „Normalität“ schaffen.
- Sicherheit bieten
- Klarheit bieten
- Schönheit erfahrbar machen
- Erleben statt konsumieren

Aus der Sicht der Behandler*innen

- Stationäre Suchttherapie ist immer im Schnittpunkt der gesellschaftlichen (bewussten und unbewussten) Interessen und der individuellen (bewussten und unbewussten) Interessen der Patient*innen situiert. Die Behandler*innen müssen beides integrieren und daher eine scheinbar unmögliche Leistung vollbringen!