



## Kontroversen in der Rehabilitation substanz- bezogener Störungen:

Beeinflussen neurowissenschaftliche Erkenntnisse  
die Suchtbehandlung?  
Psychosomatische Therapie oder Entwöhnung?  
Der Rückfall: Versagen oder Chance?



**Saaletalklinik Bad Neustadt**



**Psychosomatische Klinik  
Bad Neustadt**

in Kooperation mit der



**Ev. Fachhochschule Nürnberg,  
Fachbereich Sozialwesen**

Impressum:  
Haus Saaletal GmbH  
Saaletalklinik  
Klinik Neumühle  
Adaptionseinrichtung Maria Stern

Redaktion: Dr. med. H. Röthke, Jörg Rieger, Dr. med. R. J. Knickenberg

Nachdruck nur mit Genehmigung der Haus Saaletal GmbH

# SCHRIFTENREIHE DER SAALETALKLINIK BAND I

## Kontroversen in der Rehabilitation substanzbezogener Störungen:

Beeinflussen neurowissenschaftliche Erkenntnisse die Suchtbehandlung?  
Psychosomatische Therapie oder Entwöhnung?  
Der Rückfall: Versagen oder Chance?

BERICHT ÜBER EINE GEMEINSAME VERANSTALTUNG DER  
SAALETALKLINIK BAD NEUSTADT  
und der  
PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

in Kooperation mit der  
EV. FACHHOCHSCHULE NÜRNBERG,  
FACHBEREICH SOZIALWESEN

am 12.10.2005 im ecksteinhaus, Nürnberg

Vorwort . . . . . 5

Kriterien für Abhängigkeit und therapeutisches Setting: . . . . . 6  
Suchtklinik oder Psychosomatik?  
*DR. MED. HELMUT RÖTHKE*  
*Ärztlicher Direktor, Saaletalklinik, Rehabilitationsklinik für Alkohol- und  
Medikamentenabhängige, 97616 Bad Neustadt a.d. Saale*

Neurobiologische Aspekte des Suchtgedächtnisses. . . . . 15  
*PROF. DR. MED. JOBST BÖNING*  
*Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS),  
97080 Würzburg*

Patienten mit psychosomatischen und Suchterkrankungen . . . . . 36  
in der Rehabilitation der Rentenversicherung  
*DR. REINHARD LEGNER*  
*Leiter des sozialmedizinischen Dienstes, Deutsche Rentenversicherung  
Niederbayern - Oberpfalz, 84028 Landshut*

Der Umgang mit süchtigen Patienten . . . . . 44  
in einer psychosomatischen Klinik  
*DR. MED. RUDOLF J. KNICKENBERG*  
*Ärztlicher Direktor Psychosomatische Klinik Bad Neustadt,  
97616 Bad Neustadt a. d. Saale*

Der kurze Weg zum Rückfall – Der lange Weg wohin? . . . . . 51  
*PROF. MED. DR. GUNTHER KRUSE*  
*Chefarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 30853 Langenhagen*

Das Projekt „Integrierte Versorgung“ . . . . . 66  
mit der Siemens-Betriebskrankenkasse  
*DR. MED. BRIGITTE MUGELE*  
*Chefärztin der Klinik für Sucht- und Psychotherapeutische Medizin,  
Klinik am Europakanal, 91056 Erlangen*

## **Kontroversen in der Rehabilitation substanzbezogener Störungen**

Die Tagung befasste sich mit unterschiedlichen Kontroversen in der Behandlung substanzbezogener Störungen. Zum einen ging es darum, den Versuch zu unternehmen, die Zuweisungspraxis für Suchtkliniken bzw. psychosomatische Kliniken zu beschreiben und Indikationen zur Zuweisung schärfer zu fassen.

Kontroversen wurden auch durch die neurowissenschaftlichen Aussagen zum Suchtgedächtnis hinsichtlich der Behandlung, Nachsorge und der Forderung nach Abstinenz aufgeworfen. Es stellte sich die Frage, ob die traditionelle Suchttherapie die neueren neurowissenschaftlichen Erkenntnisse in ausreichendem Maß berücksichtigt oder die Forschungsergebnisse für eine klinische Nutzung noch nicht aussagekräftig genug sind?

Weiterer Diskussionsbedarf ergab sich hinsichtlich des Behandlungsziels einer Entwöhnungsbehandlung. In der Suchtselbsthilfe ist dies immer noch ein Tabuthema. Ist die Auffassung berechtigt, dass ein Rückfall das Scheitern der Therapie bedeutet oder kann es notwendig werden, mit dem Rückfall zu leben?

Nach Darstellung der neurowissenschaftlichen Grundlagen für Abhängigkeitserkrankungen wurden die differentialdiagnostischen Aspekte zur Erarbeitung von Zuweisungskriterien, die Nachsorgemöglichkeiten und der Umgang mit Rückfällen vorgestellt.

Für die praktische Zusammenarbeit der Saaletalklinik und der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt ergibt sich daraus, dass Patienten der Psychosomatischen Klinik, bei denen nach Aufnahme eine Abhängigkeitserkrankung festgestellt wird, eine jeweils einwöchige qualifizierte Entgiftung und Motivationsphase vorgeschlagen wird. Im Rahmen der Motivationsphase werden Patienten der Psychosomatischen Klinik in der Saaletalklinik vorgestellt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass ein erheblicher Teil dieser Patienten für eine Entwöhnungsbehandlung motiviert werden kann. Bei den Patienten, die dieses Angebot aufgrund fehlender Krankheitseinsicht nicht wahrnehmen, kann die Behandlung in der Psychosomatischen Klinik nicht fortgesetzt werden. Der Hausarzt bzw. einweisende Arzt wird über das Bestehen einer Abhängigkeitserkrankung informiert, um die weitere Behandlung des Patienten entsprechend zu veranlassen.

Die Saaletalklinik verlegt ggfs. in Abstimmung mit dem zuständigen Sozialversicherungsträger überwiegend psychosomatisch erkrankte Patienten mit komorbider substanzbezogener Störung (z.B. Essgestörte oder Depressive) nach konsiliarischer Vorstellung und gegebener Indikation in die psychosomatische Rehabilitation.

Bad Neustadt im April 2006

Dr. med. H. Röthke

J. Rieger

Dr. med. R. Knickenberg

# Kriterien für Abhängigkeit und therapeutisches Setting: Suchtklinik oder Psychosomatik?

Dr. H. Röhke  
Saaletalklinik Bad Neustadt

## Kriterien für die Diagnose einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung (ICD 10) (mindestens 3 Kriterien)

- Auftreten einer vegetativen Entzugssymptomatik
- Toleranzentwicklung
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Konsumbeginn, konsumierter Menge und Beendigung des Konsums
- Starker Wunsch oder Zwang, Substanz zu konsumieren
- Eingeengte Muster im Umgang mit der Substanz
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

## Differentialdiagnose einer Abhängigkeitserkrankung

- Eine Abhängigkeitserkrankung ist einerseits abzugrenzen gegen schädlichen Konsum/Substanzmissbrauch
- Andererseits ist für das therapeutische Vorgehen die Differenzierung zwischen primärem und sekundärem Substanzkonsum von Bedeutung

## Komorbidity

- Eine hohe Komorbidity zwischen substanzbezogener Abhängigkeit einerseits und affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen andererseits ist durch viele Untersuchungen belegt.
- Vielfach ist zu Beginn einer Behandlung nicht klar, welche Erkrankung primär und welche sekundär ist
- Klar ist jedoch, dass beide Störungen behandlungsbedürftig sind

## Neurobiologische Aspekte

- Ein kontrollierter Substanzkonsum ist modulierbar, kann gesteigert, vermindert oder beendet werden
- Der süchtige Konsument dagegen kann seinen Konsum nur schwer oder gar nicht abbrechen: Er hat die Kontrolle über die Selbstverabreichung der Substanz verloren
- **Kontrollverlust** und **Chronizität** sind die zentralen Kriterien einer substanzbezogenen Suchterkrankung

## Medikamentenabhängigkeit (Opiate, Benzodiazepine)

Zur Genese der Abhängigkeit von Opiaten und Benzodiazepinen ist folgende Beobachtung an Schmerzpatienten interessant:

- Schmerzpatienten, die über einen längeren Zeitraum Opiate erhalten, entwickeln ein starkes Verlangen, wenn sie ihre Schmerzmitteldosis selbst bestimmen können
- Bei einer hochdosierten Schmerzmittelgabe nach festgelegtem Plan ohne Einflussnahme des Patienten tritt nach Absetzen kein Substanzverlangen mehr auf
- Ähnliche Beobachtungen wurden auch im Tierversuch bzgl. Alkohol, Amphetaminen und Nikotin gemacht

### **Patienten in einer Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen am Beispiel der Saaletalklinik Bad Neustadt**

- In der Saaletalklinik Bad Neustadt werden pro Jahr zwischen 700 und 750 Patienten stationär rehabilitiert
- Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei 85 Tagen
- Die Abstinenzquote 12 Monate nach Beendigung der stationären Rehabilitation liegt zwischen 35% und 65%, je nach Berechnung\*
- Die Nachsorgequote (Selbsthilfegruppen- und Beratungsstellenbesuch) für diesen Zeitraum liegt bei 70%

\* DGSS 1 - DGSS 4

## Bausteine der stationären Suchtrehabilitation (Basistherapie)

- Ärztliche Behandlung (Bezugsarzt)
- Bezugsgruppentherapie (4 x / Woche)
- Einzelgespräch ( 1 x / Woche)
- Gruppe ohne Therapeut (1 x / Woche)
- Bewegungstherapie (Leistungsgruppen)
- Ergotherapie (nach Neigung und Angebot)
- Medizinische Informationsgruppe (6 x)
- Suchtinformationsgruppe (1 x / Woche)
- Bezugspersonenseminar (2,5 Tage)

## Indikationsgruppen

- Selbstsicherheitstraining
- Stressbewältigungstraining
- Umgang mit Ärger und Aggression
- Entspannungsverfahren
- Genusstraining
- Frauengruppe
- Raucherentwöhnung
- Bewerbertraining
- Berufliches Grundleistungstraining

## Indikative Einzelangebote

- Berufliche Belastungserprobung (MBO)
- Rehabilitationsberatung
- Ernährungsberatung
- Einzelkrankengymnastik
- EDV-Grundkurs
- Bezugspersonengespräche

## Patientenstruktur

In einer Entwöhnungsklinik findet sich in der Regel ein eher heterogenes Patientengut:

1. Das Spektrum beginnt auf der einen Seite mit dem Rückenschmerzpatienten mit attestiertem Alkoholabusus, der eine orthopädische Rehabilitation beantragt hatte
2. über den „Spiegeltrinker“ mit KHK und PAVK, der nebenbei 40 Zigaretten täglich raucht, seinen Alkoholkonsum aber relativ unproblematisch einstellen kann
3. bis zur erwerbslosen bulimischen Patientin mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, die heimlich den Waschalkohol aus den Desinfektionsmittelspendern konsumiert

## Behandlungsdauer nach individueller Notwendigkeit

Entsprechend den beschriebenen Störungsbildern liegt die Dauer der stationären Rehabilitation zwischen

- 6 Wochen (Screeningbehandlung), z.B. Pat. 1
- und 28 (16 + 12) Wochen einschließlich Adaption (MBO-Phase), z.B. Pat. 3
- Pat. 2 liegt dazwischen (8 – 16 Wochen), je nach Möglichkeit der ambulanten Nachsorge

## Fallbeispiele

1. 49-j. Rentnerin, Alkohol, Nikotin, COPD, PNP, Anpassungsstörung
2. 49-j. Hausfrau, Tramal, Valium, Bulimie, narzisstische Persönlichkeitsstörung
3. 50-j. Kauffrau, Alkohol, Nikotin, rezidivierende depressive Störung
4. 59j. Rentner, Tavor, Nikotin, Panikanfälle bei einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung
5. 49-j. Polizeibeamter, Alkohol, Adumbran, Nikotin, ängstliche Persönlichkeitsstörung

## Anforderungen an die stationären Rahmenbedingungen

### Der stationäre Rahmen muss gewährleisten:

- Zuverlässige Unterbrechung des Substanzkonsums
- Medikamentöse Therapie eines unkomplizierten Entzugssyndroms
- Hilfestellung durch Kontrolle (Atemalkoholtest, Drogenscreening) wirksamer als Suchtdruck
- Abstinenz bekommt im Erleben eine positive Konnotation („Belohnung“)
- Eine hohe Dichte der Informationen über Sucht, Craving, Rückfälle und Komorbidität
- Rückfallprävention durch Medikation komorbider Störungen und durch enge Vernetzung mit ambulanter Therapie und Selbsthilfe

## Suchtklinik

- Therapie bis 16 Wo.
- Kontrollen als Hilfe zur Abstinenz
- Selbstwertstärkung
- Vorwiegend übende Verfahren
- Regression auf jeden Fall vermeiden
- Entgiftung im Vorfeld
- Übernahme von Gemeinschaftsdiensten und Selbstverantwortung
- Selten Rentenwunsch

## Psychosomatik

- Therapiedauer 6 Wo.
- Vereinbarungen zur Selbstkontrolle
- Konfliktbearbeitung
- Mehr aufdeckende Verfahren
- Regression begrenzt zulassen und deuten
- Vorher somatische Diagnostik/Therapie oder amb. Psychotherapie
- Häufig Wunsch nach Berentung

## Ergebnisse

- Im Setting einer Suchtklinik liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf einem modifizierten Umgang mit stereotypen Verhaltensweisen und der Stärkung des Erlebens von Selbstwirksamkeit
- Im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation findet eine differenziertere Betrachtung und Bearbeitung zu Grunde liegender psychodynamischer Muster statt

## Offene Fragen

- Welche Ziele sind für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker angemessen: Ausschließlich Totalabstinenz?
- Sind Punktabstinenz oder kontrollierter Konsum mögliche alternative Zielsetzungen i. S. von „harm reduction“?
- Einsatz von Anti-Craving-Substanzen (z.B. Accamprosat): Reichen Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen aus, um einen Einsatz auch in der Entwöhnungsbehandlung zu empfehlen?

# **Neurobiologische (und klinische) Aspekte des Suchtgedächtnisses**

**Prof. Dr. med. Jobst Böning**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Bayerische Julius-Maximilians-Universität Würzburg

## **Gehirn und neuronale Plastizität**

**Das Gehirn macht 2% der Körpermasse aus**

- **Es verbraucht aber 20% aller Energie**
- **Es verfügt über 100 Milliarden Nervenzellen**
- **und über 100 Billionen Synapsen**

**Dialog zwischen Synapsen und Gehirn**

(Referenz für den Nobelpreis an Kandel 2001)

**„Change the mind, change the brain“**

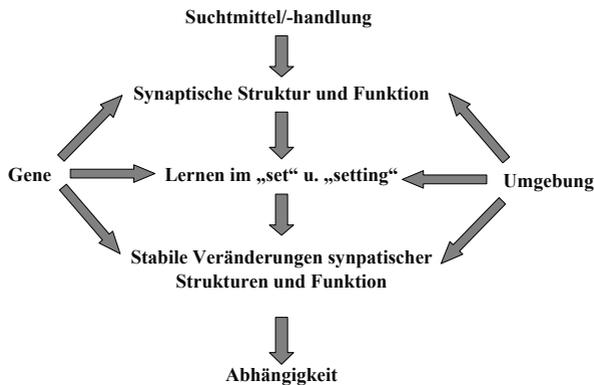
(Neuro Image 18 (2003): 401-403, Neuroplasticity (2004) Nature 10.)

# Funktionen neuronaler Plastizität

## 3 prägende Prozesse bestimmen das (Sucht) Verhalten

- Evolution (genetisch tradiertes Wissen in der Grundausrüstung)
- Prägung durch erfahrungsabhängige Entwicklung
- Modifikation durch lebenslanges Lernen

Entwicklung einer Abhängigkeit als Ergebnis neuroplastischer Veränderungen des Gehirns aus dem Zusammenwirken von Risikogenen, Umwelterfahrungen und wiederholter Suchtmittelexposition (nach Nestler 2000)



## Ideengeschichte des „Suchtgedächtnisses“

- **Wikler** postuliert 1948 das „konditionierte Entzugssyndrom“
- **Mello** prägt 1972 erstmals den Begriff „addiction memory“, gibt über die Entstehungsbedingungen aber völliges Unwissen zu
- **Kalant** spricht 1973 mit gleichsinniger Intention von „carry over“ und verbindet damit sowohl Toleranz wie Entzugssymptome
- **Edwards und Gross** sprechen 1976 von „reinstatement“, womit nicht nur die erneute Etablierung von Toleranz- und Entzugssphänomenen, sondern auch die des gesamten klinischen Abhängigkeitssyndroms gemeint ist
- **Schrappé** postuliert 1978 ein in der menschlichen Individualität fixiertes „Sucht-ZNS-Körpergedächtnis“
- **Barnes** spricht 1988 von neuronal fixierten Gedächtnisspuren
- **Jaffe, O‘Brian** (1992) resümierten: „Das Gedächtnis mag vielleicht die eigentliche Basis von Abhängigkeit sein“
- **Böning** (1992) entwirft ein integratives Konstrukt „Suchtgedächtnis“

## Hierarchie des „Suchtgedächtnisses“

**von der molekularen Trägerebene  
über die neuronal fixierte Musterebene  
bis in die psychologische Bedeutungsebene  
besonders im episodischen Gedächtnis  
zum Bestandteil der Persönlichkeit  
gewordenes Suchtgedächtnis**

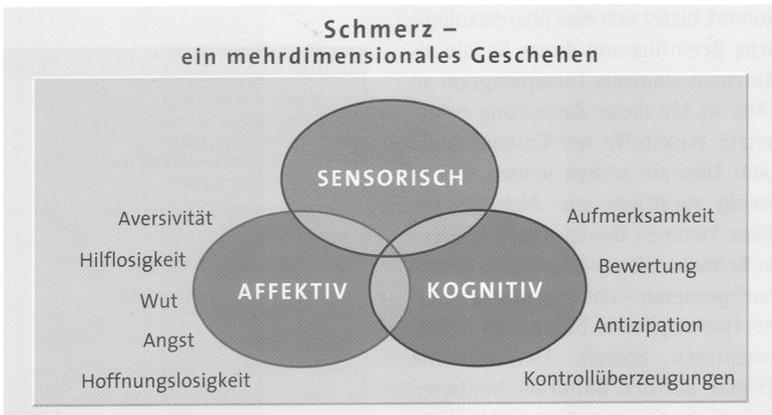
Böning (1992, 1994, 1996, 2000, 2001, 2002)

## Schmerzgedächtnis: Entstehung, Vermeidung und Löschung

Deutsches Ärzteblatt 98, Ausgabe 42 vom 19.10.2001,  
Seite A-2725 / B-2340 / C-2172

Sandkühler, Jürgen

**„.....unzureichend behandelte Schmerzen können Spuren im ZNS hinterlassen, die die Empfindlichkeit für Schmerzreize erhöhen..... , sich klinisch als Hyperalgesie äußern..... und über synaptische Veränderungen“ ein dauerhaftes, kognitiv-emotional fixiertes Schmerzgedächtnis bewirken.**



Short communication

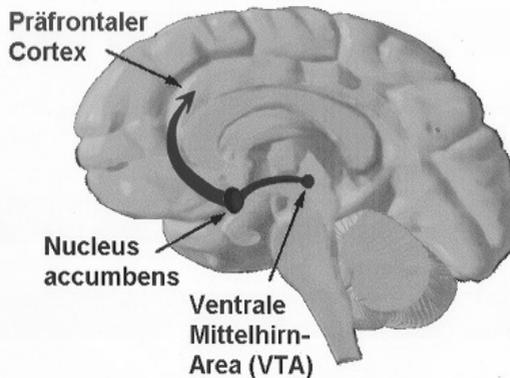
## Fear memory retrieval induces CREB phosphorylation and Fos expression within the amygdala

Hall J, Thomas KL, Everitt BJ.

Department of Experimental Psychology, University of Cambridge, Downing Street,  
Cambridge, CB2 3EB. UK.

Keywords: gene expression, hippocampus, learning and memory rat

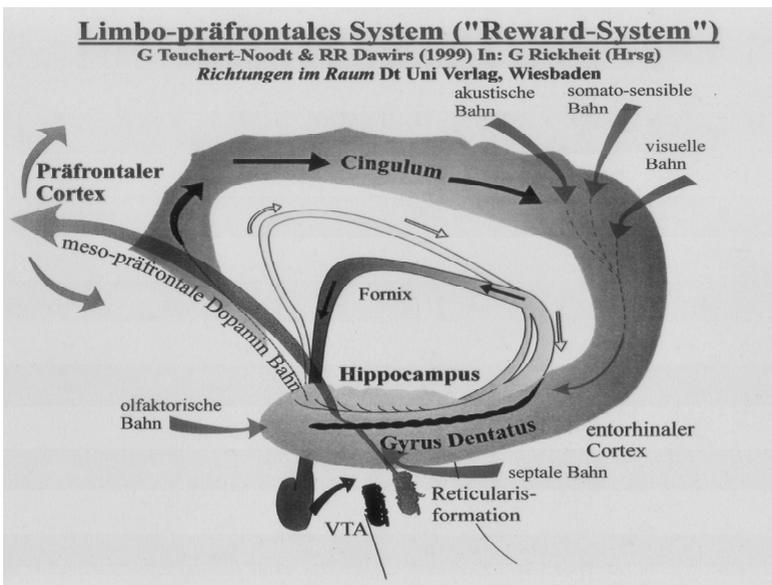
### Wichtige Teile des Belohnungssystems im menschlichen Gehirn

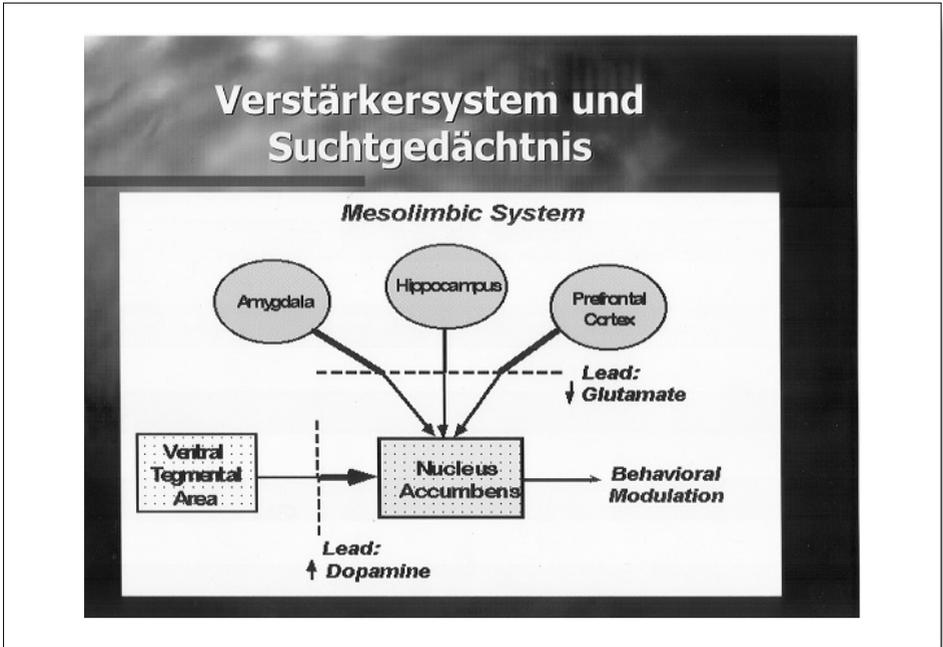


## Verhaltensverstärkungssystem

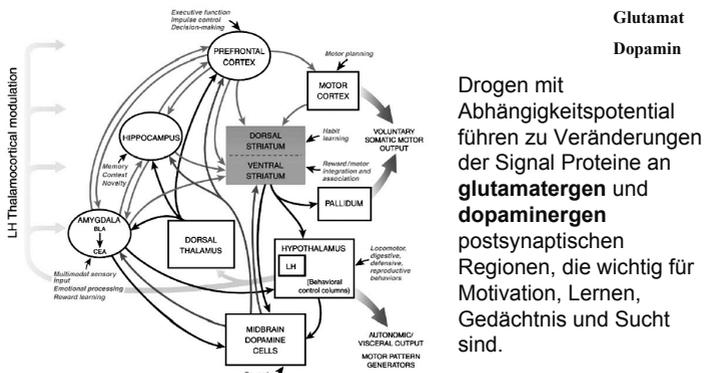
- phylogenetisch sehr alt
- Zweck: Sicherung des Überlebens
  - Aufsuchen von Reizen, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit von Ressourcen verbunden sind (Essen, Sex, Sicherheit)
  - Meiden von Gefahr
  - Verteidigung bei Angriff
- wird aktiviert bei: Hunger, Durst, Aggression, Bedürfnis nach Sex, Obdach, Territorium  
(alles was diese Defizite ausgleicht sind primäre Verstärker)
- wird aber auch bei Reizen aktiviert, die mit den primären Verstärkern assoziiert sind
- über Jahrtausende zunehmende anatomische und molekulare Komplexität ermöglicht eine flexiblere Anpassung des Verhaltens an Umgebungsbedingungen (zelluläre Plastizität ist z.B. für Kortex und Striatum sehr viel höher als für Hirnstamm)

Kelley, 2004





## Lernen, Gedächtnis, Sucht



Drogen mit Abhängigkeitspotential führen zu Veränderungen der Signal Proteine an **glutamatergen** und **dopaminergen** postsynaptischen Regionen, die wichtig für Motivation, Lernen, Gedächtnis und Sucht sind.

Figure 2. A Schematic View of Brain Circuitry Involved in Learning, Memory, and Addiction. Pathways coded by glutamate as the main neurotransmitter are shown in blue, while dopamine pathways are shown in red. Tan lines arising from the lateral hypothalamus (LH) indicate widespread direct and indirect projections from hypothalamus to neocortex and forebrain limbic structures, as discussed in Swanson (2000).

Kelley, 2004

## Zwei Pfade

- Durch chronischen Drogenkonsum kommt es zu neuronalen Veränderungen im ventralen und dorsalen Striatum
- Das führt zu suchtfördernden Prozessen der klassischen und operanten Konditionierung
- ➔ Zum Beginn der Abhängigkeit spielt die reiz-induzierte Aktivität im ventralen Striatum eine bedeutendere Rolle („action-learning“ = **drug memory**)
- ➔ Für die Aufrechterhaltung der Abhängigkeit ist jedoch die reizinduzierte Aktivität im dorsalen Striatum entscheidend („habit-learning“ = **addiction memory**)

(Everitt & Wolf, 2002)

### Drug memory: remembering of drug effects and situation of drug-intake

- **neurobiological basis: sensitivation**
- **sensitivation is based on long term potentiation (LTP) in dopaminergic and glutamatergic system (Vanderschuren & Kalivas, 2000)**
- **LTP was already observed after the first drug-intake (Ungless et al., 2001)**
- **This leads to increased synaptic connectivity (longer dendrite, higher spine density, increased amount of dendritic ramification in nuc. Accumbens, Robinson & Kolb, 1997)**

Spangel, 2001; Heyne et al., 2000

## **Addiction memory: holistic model**

- **neurobiological basis: glutamatergic mechanisms in hippocampus with changes of NMDA-receptors, e.g. by acute and chronic alcohol consumption**
- **Episodic (autobiographical) memory and implicit memory components („priming“, conditioning processes)**
- **Similar to pain- and anxiety memory**
- **Relevant for relapse**
- **Important for cue exposure therapy**

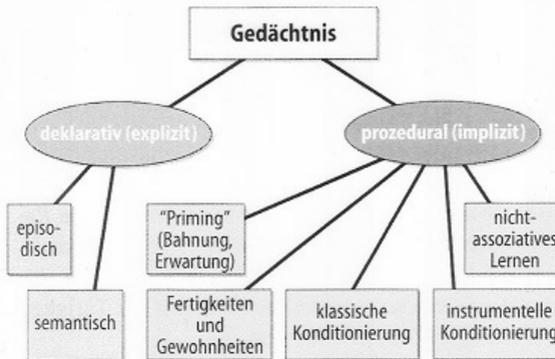
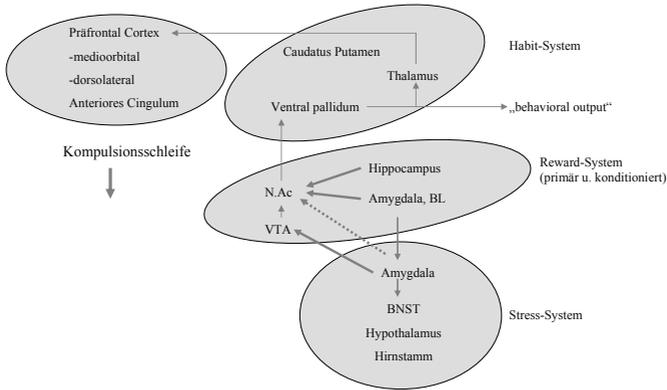
Böning, 2001; Spanagel, 2001

## **Fazit**

- Abhängigkeit entwickelt sich von „action“ zu einer Form des „habit-based learning“.
- Das ventrale Striatum ist vor allem beim „action learning“ involviert.
- Das dorsale Striatum ist vor allem beim „habit learning“ involviert.
- Männer und Frauen sollten getrennt ausgewertet werden.

## Die im Rahmen des Abhängigkeitsprozesses zunehmend rekrutierten Schaltkreise

(mod. Nach Koob und LeMoal, 2001; Everitt und Wolf 2002 und Gerrits et al. 2003)

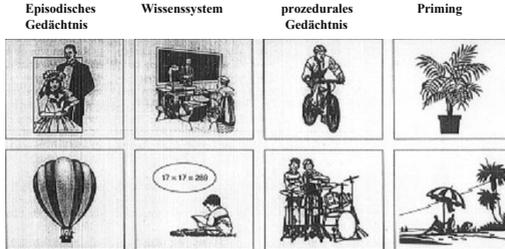


Klassifikation des Gedächtnisses. Deklaratives (explizites) Gedächtnis ist für die bewußte Wiedergabe von Fakten und Ereignissen verantwortlich. Prozedurales (implizites) Gedächtnis ist für die Wiedergabe von Fertigkeiten, Gewohnheiten, Bewegungsfolgen und Regeln sowie für die klassische Konditionierung verantwortlich. Priming bedeutet Erleichterung der Einprägung oder Wiedergabe durch einen unmittelbar vorher dargebotenen Reiz

## Die Gedächtnissysteme

Gegenwärtig werden vier Gedächtnisarten diskutiert  
 – zwei deklarative (der Inhalt lässt sich meist eindeutig sprachlich wiedergeben) und zwei nicht-deklarative:  
 -Das episodische Gedächtnis für autobiographische, großenteils signuläre Ereignisse sowie nach Ort und zeit bestimmte Fakten;

-das semantische Gedächtnis oder Wissenssystem für Weltkenntnisse, Schulwissen, Wissen um generelle Zusammenhänge, semantisch-grammatische Kenntnisse;  
 - das prozedurale Gedächtnis für mechanische und motorische Fertigkeiten und Handlungsabläufe;  
 - das Priming für erleichtertes Erinnern von ähnlich erlebten Situationen oder früher wahrgenommenen Reizmustern

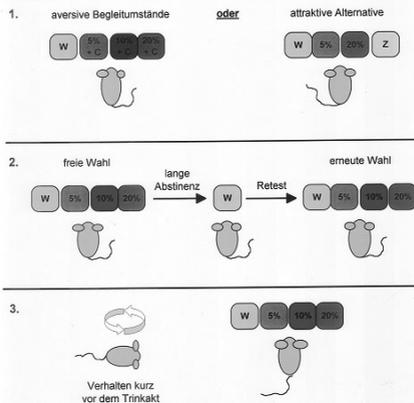


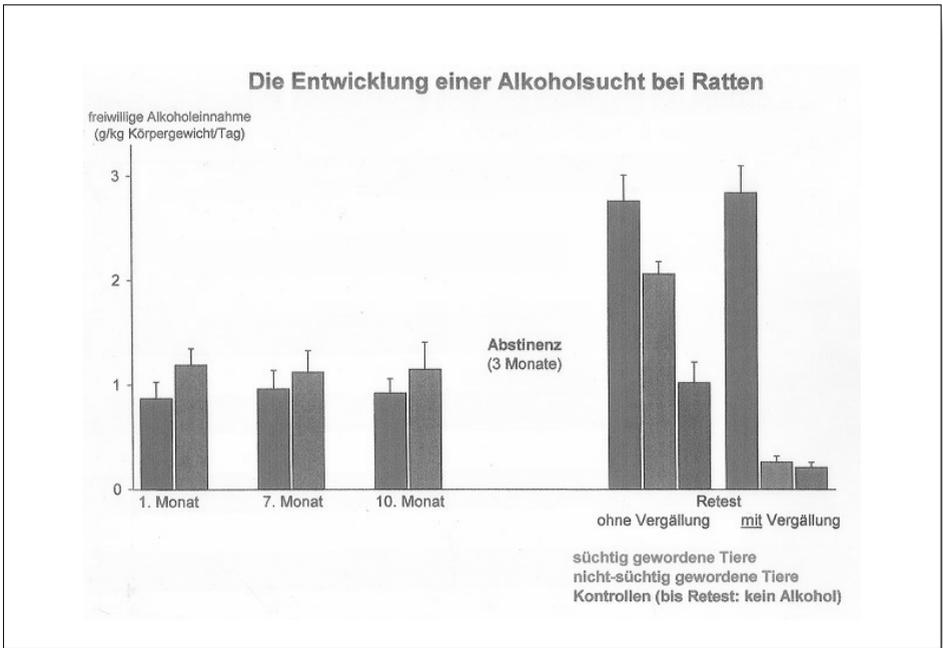
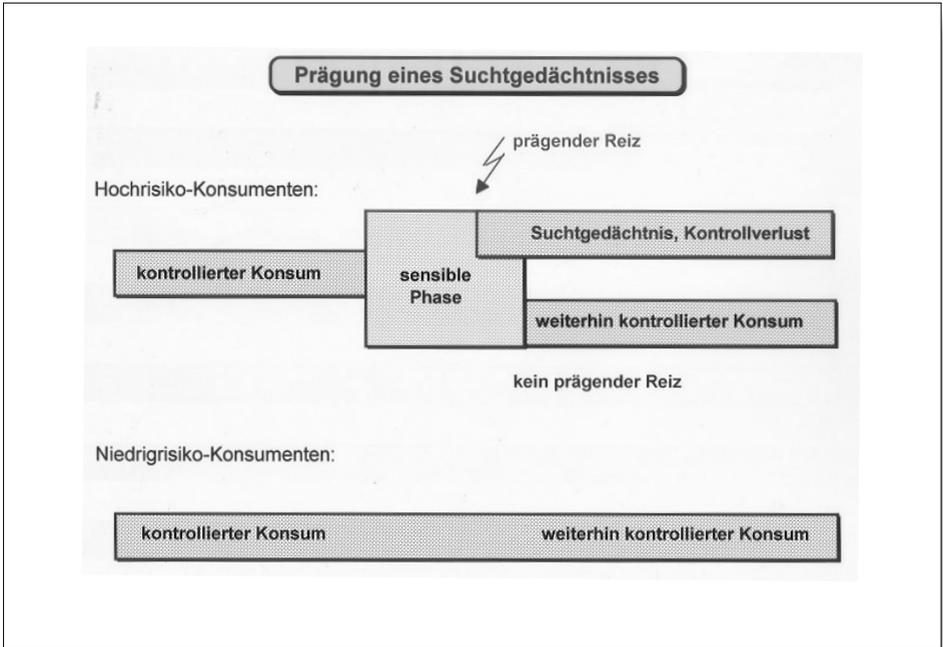
Relevante Strukturen

<b>Einspeicherung und Konsolidierung</b>	Limisches System	Limisches System	Basalganglien, Kleinhirn	Cerebraler Cortex
<b>Abspeicherung</b>	Cerebraler Cortex (vor allem Assoziationsgebiete)	Cerebraler Cortex (vor allem Assoziationsgebiete)	Basalganglien, Kleinhirn	Cerebraler Cortex (Gebiete um die primären sensorischen Felder)
<b>Abruf</b>	Temporo-frontaler Cortex (rechts)	Temporo-frontaler Cortex (links)	Basalganglien, Kleinhirn	Cerebraler Cortex

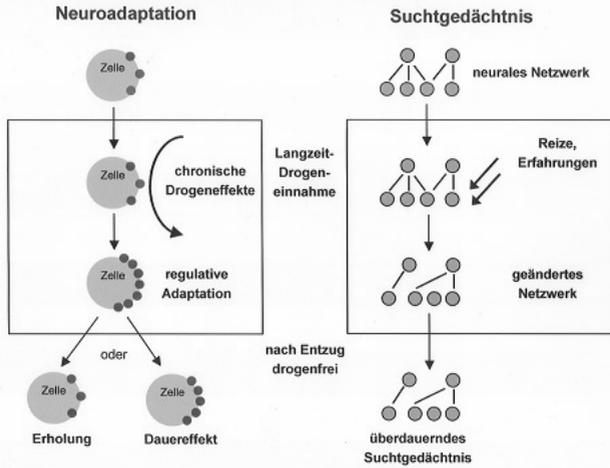
### Anforderungen an ein Tiermodell der Sucht

1. Nachweis eines Kontrollverlustes
2. Nachweis eines löschungsresistenten Suchtgedächtnisses (Rückfallgefahr)
3. Nachweis von Drogenverlangen (Craving)

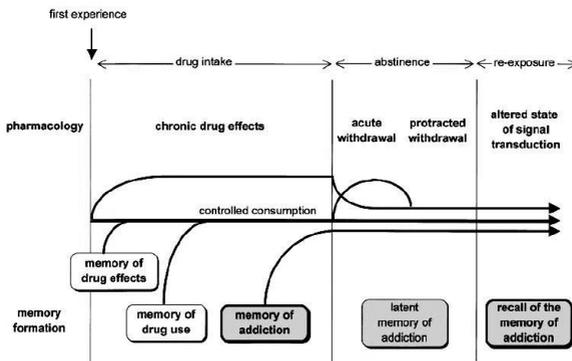




### Langzeitkonsequenzen einer andauernden Drogeneinnahme



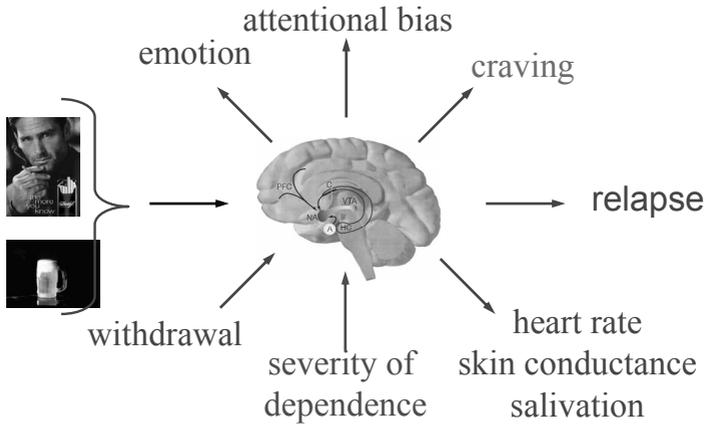
## Drug- and addiction memory



Schematic illustration of persisting consequences developing from long-term exposure to drugs

Heyne et al., 2000

### Addiction memory & cue reactivity & brain imaging



### reiz-induzierte Hirnaktivierung

fMRT

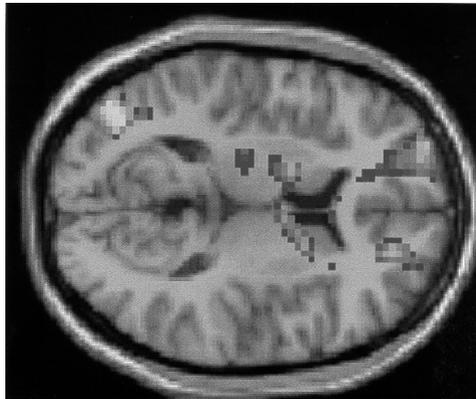
- Prefrontal cortex:**
  - executive and decision-making functions,
  - execution of goal-directed actions, episodic memory
- Orbitofrontal cortex:**
  - integration of emotion and natural drive states with behaviour
  - assessment of reward value against previous experience influencing action and choice
- Anterior cingulate cortex:**
  - attention and cognitively demanding information processing
  - attribution of emotional and motivational value to internal and external stimuli guiding appropriate response selection
- Nucleus accumbens:**
  - Limbic motor interface, integrating converging input from limbic sites related to appetitive and motivational aspects of rewards for output for effector sites
  - initiating and sustaining behavioural responses
- Dorsal striatum:**
  - consolidation of stimulus-response habits (presumed role in the switch from „action to habit“ i.e. the transition from drug abuse to drug addiction)
- Basolateral amygdala:**
  - processing emotionally significant stimuli
  - guiding conditioned and unconditioned approach or avoidance behaviour
- Hippocampus:**
  - contextual learning and memory consolidation and retrieval

modified after Weiss et al., 2005

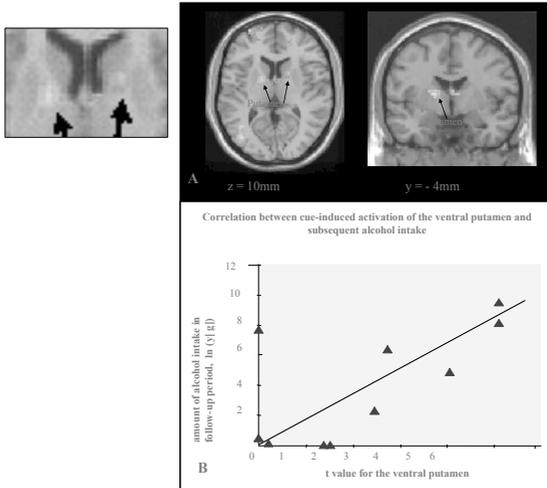
## Fazit?

- **Patienten mit einer erhöhten cue reactivity im dorsalen Striatum scheinen stärker rückfallgefährdet**

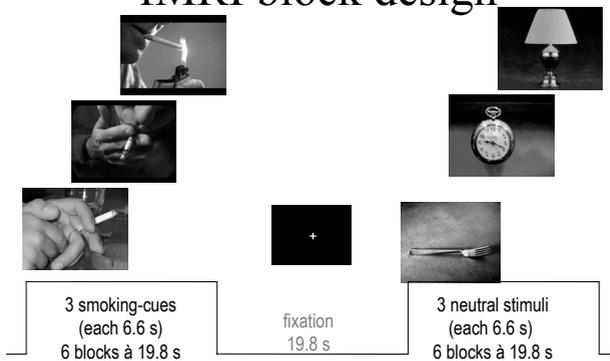
## Basalganglienaktivierung



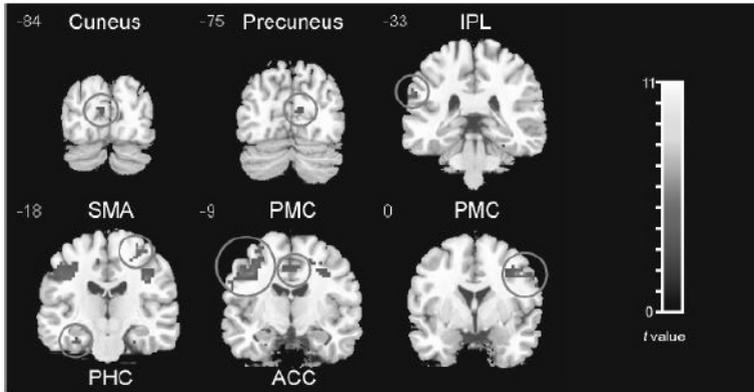
## Putamen korrelierte mit Rückfall



## fMRI block design



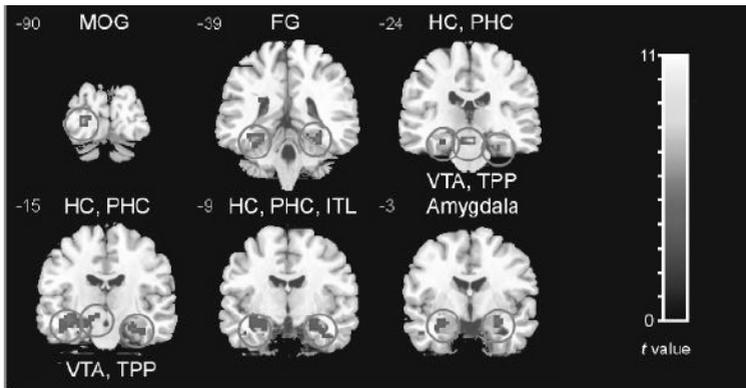
Neuronal cue reactivity in smokers, Smolka et al. Psychopharmacology, 2005,



Statistical parametric maps showing brain areas in which cue-induced BOLD changes were associated with **severity of nicotine dependence** ( $p < 0.005$ , cluster size  $\geq 10$  voxels)

IPL: Inferior parietal lobe; SMA: Supplementary motor area; PMC: Premotor cortex; PHC: Parahippocampus; ACC: Anterior cingulate cortex

Neuronal cue reactivity in smokers, Smolka et al. *Psychopharmacology*, 2005

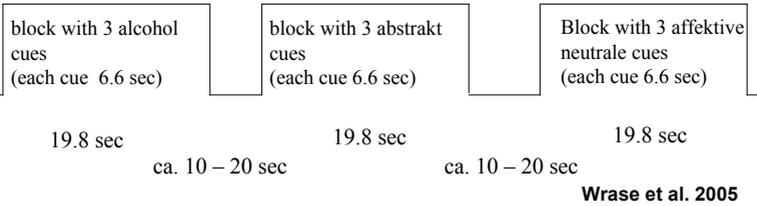
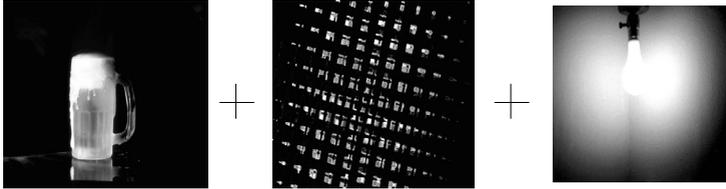


Statistical parametric maps showing brain areas in which cue-induced BOLD changes were associated with **with craving** ( $p < 0.005$ , cluster size  $\geq 10$  voxels)

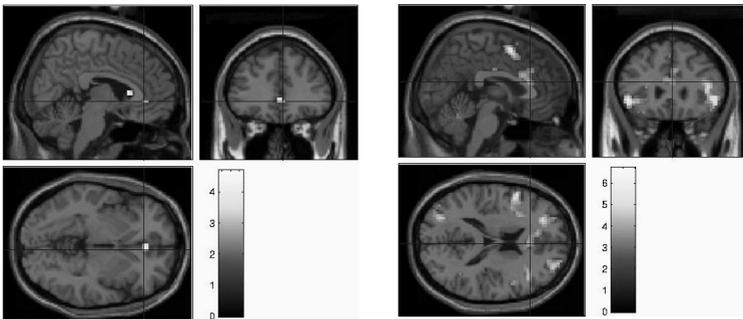
MOG: Middle occipital gyrus; FG: Fusiform gyrus; HC: Hippocampus; PHC: Parahippocampus; ITL: Inferior temporal lobe; VTA: Ventral tegmental area; TPP: Tegmental pedunclopontine nucleus

Neuronal cue reactivity in smokers, Smolka et al. *Psychopharmacology*, 2005

### Design of the Study

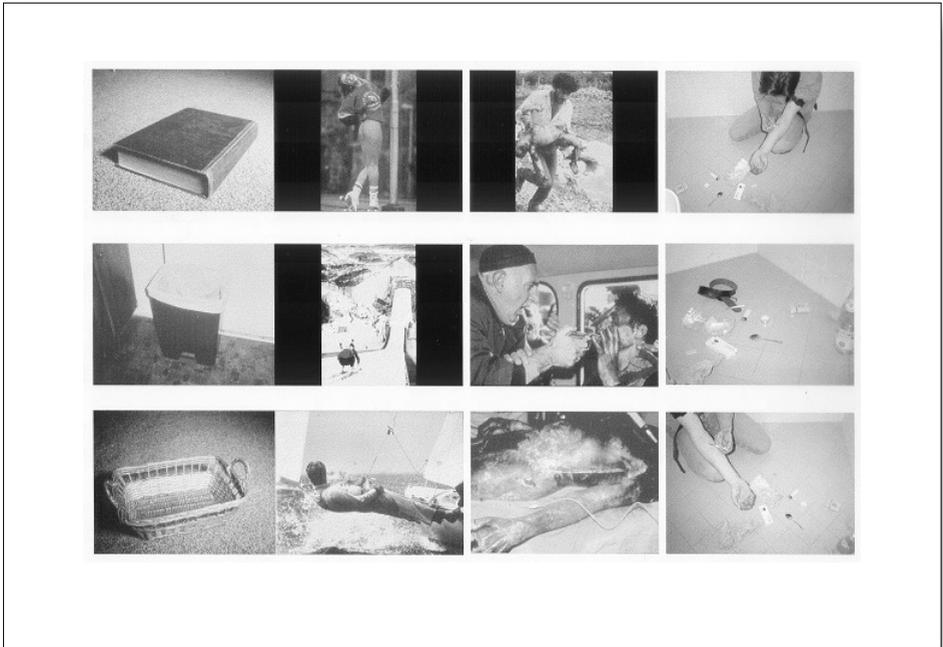


**comparison: abstinent and relapsed patients with controls**  
**contrast: abstinent pictures > neutrale pictures**

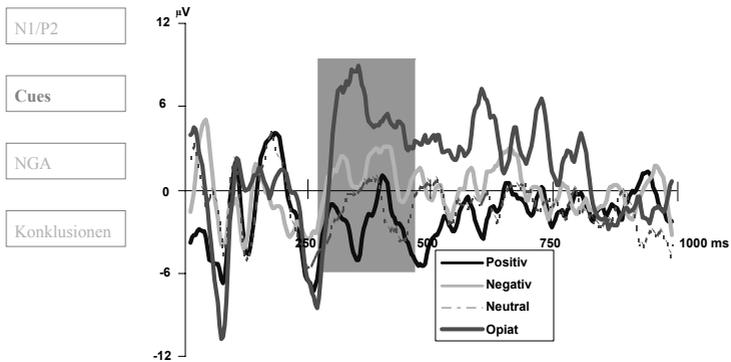


abstinent patients > controls

relapsed patients > controls



### EKPs Opiatabhängigkeit (n=3) Höhere P300-Amplituden nach Opiat-Cues



## Suchtgedächtnis

- Klinische Manifestation = cue reactivity (Böning et al., 2000)
  - subjektive Ebene: starkes Verlangen
  - physiologische Ebene: Anstieg der Herzrate, Salivation, verringerte startle Amplitude
  - neuronale Ebene: Anstieg der BOLD-response in bestimmten Hirnregionen
  - Verhaltensebene: Kontrollverlust

## Hierarchie des „Suchtgedächtnisses“

**von der molekularen Trägerebene  
über die neuronal fixierte Musterebene  
bis in die psychologische Bedeutungsebene  
besonders im episodischen Gedächtnis  
zum Bestandteil der Persönlichkeit  
gewordenes Suchtgedächtnis**

Böning (1992, 1994, 1996, 2000, 2001, 2002)

## „Klinisch manifeste Sucht ist keine Frage des Willens, sondern eine erworbene chronische Erkrankung des Gehirns“

modifiziert nach Alan Leshner

„Wer derart süchtig programmiert ist, muss lernen, über die teuflischen Verknüpfungen in seinem Kopf die Oberhand zu behalten“

### Zusammenfassung

1. Drogen mit Abhängigkeitspotential führen zu Veränderungen der Signal Proteine an **glutamatergen** und **dopaminergen** postsynaptischen Regionen.
2. Synaptische **Integration** von dopamin- und glutamaterg vermittelten Signalen (insbesondere an D1-, NMDA- u. AMPA-Rezeptoren) sind entscheidend für die Gedächtnisbildung.
3. Abhängigkeit entwickelt sich von „action“ (Drogengedächtnis) zu einer Form des „habit-based learning“ (Suchtgedächtnis).
4. Patienten mit einer erhöhten Reiz-Reaktivität auf alkohol-assoziierte Reize scheinen stärker rückfallgefährdet zu sein.
5. Es scheint geschlechtsspezifische Unterschiede zu geben.
6. Neuronale Plastizität beruht auf gelerntem Verhalten. Langfristige Abstinenzsicherung kann nur über das Erlernen von alternativem Verhalten erfolgen. Eine Möglichkeit dazu bietet das Reiz-Expositions-Training.

**Versicherte mit psychosomatischen  
und Suchterkrankungen in der  
Rehabilitation der  
Rentenversicherung  
Dr. R. Legner  
Nürnberg 12.10.05**



**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Niederbayern-Oberpfalz

## Erwerbsminderungsrenten2003 Erstdiagnose

Männer	Frauen
• ICD 10 F 24,5 %	• ICD 10 F 35,5%
• ICD 10 M 20,9%	• ICD 10 M 19,3%
• ICD 10 I 16,2%	• ICD 10 C 16,0%
• ICD 10 C 13,5%	• ICD 10 I 7,2%
• ICD 10 G 5,2%	• ICD 10 G 6,4%
• ICD 10 J 3,1%	• ICD 10 J 2,0%
• ICD 10 E 2,6%	• ICD 10 E 1,9%

## Erwerbsminderungsrenten2003 Erstdiagnose F

Männer	Frauen
• F30-F39 5,5%	• F30-F39 13,0 %
• F10-F19 4,9%	• F40-F48 10,7 %
• F40-F48 4,3%	• F20-F29 4,7 %
• F20-F29 4,2%	• F00-F09 1,5%
• F 00-F09 2,4%	• F10-F19 1,5%

## Stat. medizinische Reha 2003 Erstdiagnose

Männer	Frauen
• ICD 10 M 38,7 %	• ICD 10 M 38,8 %
• ICD 10 F 15,7 %	• ICD 10 C 21,1 %
• ICD 10 C 15,1 %	• ICD 10 F 19,3 %
• ICD 10 I 14,0 %	• ICD 10 I 5,2 %

## Stat. medizinische Reha 2003 Erstdiagnose F Gesamtzahl 130 000

- F 40-F48 35% davon 50% F43
- F 10-F19 30%
- F 30- F39 26%

## Abhängigkeitserkrankungen

- Abgeschlossene Maßnahmen 2003:  
51000
- Männer: 40 000
- Frauen: 11 000

Aufwendungen für Leistungen wegen  
psychischer Störungen 2003  
499 Millionen Euro

Aufwendungen für  
Entwöhnungsmaßnahmen 2003  
527 Millionen Euro

## **Komorbidität**

- In ca. 10% der Fälle im E-Bericht bei Leistung wegen psychischer Störungen Abhängigkeit als 2. oder 3. Diagnose
- In ca. 30 % der Fälle im E-Bericht bei Entwöhnungsmaßnahmen weitere psychische Störung als 2. oder 3. Diagnose

## **Leistungen zur Teilhabe vor Rente**

## **Ziele der RV**

- Geldmittel möglichst effektiv einsetzen
- Negative Folgen für den Versicherten vermeiden

## **Unterschiedliche Auffassungen zu Indikation und Art der med.Reha**

- Behandelnder Arzt –Versicherter
- Behandelnder Arzt/Versicherter –Arzt beim RV-Träger
- Behandelnder Arzt/Arzt beim RV-Träger-Versicherter

## **Was steht als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung ?**

- Selbstauskunft des Versicherten
- Angaben zu AU-Zeiten mit Diagnosen
- Befundbericht, weitere ärztliche Berichte
- Sozialbericht (nur Sucht)
- Ev.Unterlagen aus früheren Reha-oder Rentenverfahren
- Begutachtungsergebnis

## **Verbesserung der Abläufe und der Inhalte**

- Klare Aussagen im Antragsverfahren
- Vorbereitung der Versicherten
- Information für die behandelnden Ärzte
- Information über Therapieangebote (Versicherte, Ärzte, Kostenträger)
- Berufliche Orientierung
- Nachbetreuung

## **Möglichkeiten des Kostenträgers**

- Schnelle Entscheidungen
- Qualitätssicherung (interne Abläufe, Kliniken)
- Einfluss auf die Therapieangebote

## **Möglichkeiten der Rehaklinik**

- Verlängerung der Therapie
- Abbruch der Therapie
- Wechsel der Einrichtung
- Beratung durch den Kostenträger



# Der Umgang mit abhängigen Patienten in einer psychosomatischen Klinik

Dr. R.J. Knickenberg  
Psychosomatische Klinik  
Bad Neustadt

1



## Suchtformen und ihre Behandlung

- **Drogen**
  - LSD
  - Heroin
- **Alkoholabhängigkeit**
- **schädlicher Gebrauch**
- **Cannabinoide**
- **Schmerzmittelabhängigkeit**
  - NSAR
  - Opioide, Opiate
- **Nikotinabhängigkeit**



Spezielle  
Suchtein-  
richtung

Psychoso-  
matik

Dr. R. J. Knickenberg

2



## Komorbidity

- **Bei alkoholabhängigen Männern**
  - 20-40% psychiatrische Komorbidity
    - Depressive Erkrankungen
    - Angststörungen
    - Persönlichkeitsstörungen
- **Bei alkoholabhängigen Frauen**
  - 30-60% psychiatrische Komorbidity
    - Zu gleichen Teilen Angststörungen und depressive Erkrankungen

Dr. R. J. Knickenberg

3



## Bedingungsgefüge der Abhängigkeit

- **Individuelle Faktoren /Disposition**
  - Lerngeschichte
  - Genetische Disposition
- **Umweltbedingungen /Exposition**
- **Spezifische Wirkung des Alkohols**

Dr. R. J. Knickenberg

4



## Disposition und Lernen

- **Alkohol**
  - **ohne oder ohne relevante biographische Belastung**
  - **und Beziehung**
    - schon in der Familie
    - Möglichkeiten psychodynamischen Verständnisses, Schemataübernahme, traits
  - **als neurotische Lösung**
    - Sekundärer Krankheitsgewinn, aufrechterhaltende Bedingungen

Dr. R. J. Knickenberg

5



Zur Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten mit einer Suchtproblematik in die Psychosomatik ist in erster Linie Hinweis gebend, ob es sich um einen Abusus oder eine Abhängigkeit handelt. Weiterhin sollte der Stellenwert des Alkohols für die neurotische Symptomatik abgewogen werden.

Dr. R. J. Knickenberg

6



Eine Aufnahmeindikation kann auch für den „trockenen Alkoholiker“ bestehen, wenn jetzt eine neurotische Störung vorherrscht und bezüglich der Abstinenz verlässliche Anstrengungen unternommen werden.

Dr. R. J. Knickenberg

7



## Fallvorstellung Anmeldung einer Patientin

JG 1964, Büroangestellte

Diagnosen 06/04, Psychiatrie:  
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Alkoholabusus,  
mittelgradige depressive Episode

Ärztlicher Dienst der Agentur für Arbeit 11/ 04:  
Depressives Erkrankungsbild bei emotional instabiler  
Persönlichkeit

Rehabilitationsträger, 04/ 05:  
Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dr. R. J. Knickenberg

8



## Die Berücksichtigung substanzbezogener Suchtformen in der Psychosomatik

- **Sorgfältige Suchtanamnese**
- **Beschreibung der Komorbidität**
- **Ermöglichung der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe**
- **Keine psychosomatische Weiterbehandlung, sondern Motivation zu einer Entwöhnungsbehandlung bei**
  - Erfüllung der Kriterien „Abhängigkeit“
  - Multiplem Substanzgebrauch
  - Besondere biografische Belastungen im Hinblick auf das Suchtmittel

Dr. R. J. Knickenberg

9



## Schädliche Gebrauch und psychosomatische Behandlung

- **Rahmenbedingungen**
  - Vertragliche Abstinenzvereinbarung
  - Ankündigung/ Möglichkeit zu Kontrollen
  - Bestimmung des Stellenwerts des süchtigen Verhaltens
  - Erarbeiten von alternativen, angemessenen Konfliktlösungen

Dr. R. J. Knickenberg

10



## Fallbeispiel

- **54 jährige Patientin, Büglerin, verh., 2 Kinder im Erwachsenenalter,**
- **Angespannte familiäre Konfliktsituation**
- **8 Jahre Alkoholkrankheit**
  - Leberzirrhose
  - 1 Jahr Abstinenz
  - Selbsthilfegruppe
  - Ambulante Suchttherapie
- **Eingeschränkte Konzentration**
- **Schwere depressive Anpassungsstörung**
- **Gutachterliche Stellungnahme:**
  - Reduziertes quantitatives Leistungsvermögen
  - Überprüfung in 2 Jahren
  - Bei weiterer Stabilisierung stationäre psychosomatische Rehabilitation

Dr. R. J. Knickenberg

11



## Therapeutisches Vorgehen

- **Bestimmung der Absicht des schädlichen Gebrauchs**
  - Bewältigung von Alltagskonflikten
  - Leistungsverbesserung
  - Abwehr von Kränkungen
  - Verbesserung der Entspannungsfähigkeit

Dr. R. J. Knickenberg

12



## Therapeutisches Vorgehen

- **Motivation ohne Konfrontation**
- **Streßbewältigungstraining**
- **Verbesserung der sozialen Kompetenz**
- **Förderung der Konfliktbewältigungsfähigkeiten**
- **Mentales Training zur Vorbereitung auf die poststationäre Zeit**

Dr. R. J. Knickenberg

13



## Rahmenbedingungen im stationären setting

Abstinenz während der stationären  
Behandlung?  
Verträge?  
Bei Verstoß?

Dr. R. J. Knickenberg

14

Tagung der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, Fort- und Weiterbildung 2005  
12.10.05 in Nürnberg

**Kontroversen in der Rehabilitation substanzbezogener Störungen:**

Psychosomatische Therapie oder Entwöhnung?

Vortrag G. Kruse, 14 Uhr

Thema:

**Der kurze Weg zum Rückfall – Der lange Weg wohin?**

Sehr geehrter Herr Röthke, lieber Herr Knickenberg!

Vielen Dank für die Einladung zu diesem Vortrag. Wer mich kennt, weiß, dass der besondere Reiz der Annahme der Einladung darin zu sehen ist, dass die Betitelung der Tagung, beginnend mit dem Stichwort „Kontroversen“, besonders verlockend auf mich wirkte. Deshalb fiel mir die Zusage besonders leicht, noch leichter als so schon, da Herr Dr. Knickenberg mich seit Jahren bei der Leitung der Langeooger Psychotherapiewoche als Beiratsmitglied außerordentlich tatkräftig, zuverlässig und konsequent unterstützt.

Bei seiner Einladung wird Herr Knickenberg bereits gewusst haben, dass ich als Urviech der gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung schon Lunte gerochen habe, als sich zunehmend, auch durch Ihre Tagung, andeutete, dass die Psychosomatiker offenkundig auf dem Wege sind, ein neues „Fass aufzumachen“, indem sie nämlich jetzt die Suchtkranken ins Blickfeld nehmen, wenn nicht bereits als angedachte zukünftige Hauptaufgabe, so doch immerhin und das ist ja letztlich positiv, insofern, als man offenkundig nun doch das Augenmerk mehr darauf richtet, dass ein nicht geringer Prozentsatz von Patienten, die in der Psychosomatik behandelt werden, nebenbei nicht unerhebliche Suchtprobleme haben, oder anders ausgedrückt, Restaurants, Lokale und Kneipen der Kurorte einen erheblichen

Umsatzrückgang zu verzeichnen haben werden, wenn auch an Psychosomatischen Kliniken Abstinenz Voraussetzung jedweder Therapie wäre.

Eines war ja bereits zuvor für mich ein Stein des Anstoßes, schon bevor die Psychosomatik die Sucht ins Blickfeld nahm, nämlich die Tendenz zur Psychiatrie light. Dies nur am Rande, auf keinen Fall will ich hier die Diskussion der Kontroverse zwischen Psychosomatik und Psychiatrie wieder aufwärmen.

Der ursprünglich angedachte Titel von Herrn Knickenberg: „Scheitern ist vorprogrammiert. Der Umgang mit dem Rückfall“ klang mir ein wenig zu fatalistisch, wengleich er sicherlich realistisch ist, der neue Titel: „Der kurze Weg zum Rückfall – der lange wohin“ klingt für mich erwartungsvoller und gleichzeitig rätselhafter, was den Vorteil haben könnte, dass Sie mir in den folgenden Minuten besser zuhören können.

Um Ihren Adrenalinspiegel in dieser fortgeschrittenen Nachmittagsstunde etwas in die Höhe zu treiben, werde ich den ketzerischen Teil meiner Ausführungen an den Anfang legen. Spätestens seit Abschluss der unseligen Empfehlungsvereinbarung, also seit zwei Jahrzehnten, ärgere ich mich über den Unsinn, dass aus Hamburg, München, Berlin oder Gütersloh - wie immer auch die Großstadt heißen mag - Patienten, die vor Ort behandelt werden könnten, Reisen in alle Himmelsrichtungen vorgeschrieben bekommen, nur weil der Leistungsträger es so möchte, um Häuser zu belegen wegen bestehender Belegungsgarantien oder um strukturschwachen Regionen aus politischen Gründen unter die Arme zu greifen. Dieser Entwöhnungstourismus sucht in der restlichen freien Welt seinesgleichen.

Man möchte fast argwöhnen, dass es nicht nur darum geht, berufsrehabilitationsunfähige Spreu vom Weizen zu trennen, sondern auch darum, von vornherein eine Vielzahl von Patienten gar nicht erst in eine Motivationsphase vor Ort hineingeraten zu lassen, denn wo kämen wir kostenmäßig hin, wenn man allen eine Chance gäbe, dort trocken zu werden, wo sie im Schlamassel sitzen.

Ich erlaube mir noch einen weiteren Sarkasmus: 40 000 Leberzirrhose-Tote pro Jahr, und das in mittleren Lebensjahren, sind letztlich auch eine unerhörtes Sparpotential für Rentenzahlungen, entlasten den Arbeitsmarkt und das Sozialamt. Arbeitsplätze in der alkoholverarbeitenden und distribuierenden Industrie wollen auch erhalten

werden, so dass bewusst eine Politik betrieben zu werden scheint, die bestimmte schicksalhafte Verläufe brutaldarwinistisch in Kauf nimmt.

Menschen, die nach der Entgiftung bestens in derselben Klinik weiterbehandelt werden könnten, müssen entlassen werden, um dann, Wochen später, wenn sie nicht inzwischen mehrfach wiederaufgenommen wurden, eine Reise anzutreten, vorbei an 12 Bahnhofs- und sonstigen Kiosken, bis sie an der Therapiestätte im Bayrischen Wald, in der Mark Brandenburg oder in sonstigen idyllischen Regionen anlangen. Meine Damen und Herren, wer das schafft, bei dem braucht man sich nicht zu wundern, dass seine Prognose günstiger ist als die derjenigen, die einen solch hübschen Trip nicht antreten dürfen.

- **Diesen** Patienten bzw. ihren Therapeuten glaube ich herzlich gerne, dass ihre Trockenheitszeiten länger sein werden als die der anderen Gruppe. Forschungsergebnisse, die das belegen, kommen mir so vor, wie diejenigen, die beweisen, dass Gesunde älter werden als Kranke
- **Jenen** anderen Patienten fehlt es aber an den elementarsten Voraussetzungen dafür, entweder, weil sie zu viele Kontraindikationen aufweisen oder, weil sie gar keinen Koffer haben, den sie mit Utensilien für eine 3-Monatskur vollpacken könnten.

Noch eins!! Im Jahrbuch Sucht 98 ist von HÜLLINGHORST zu erfahren, dass von den 11300 Therapieplätzen in Suchtfachkliniken 75% ein bundesweites Einzugsgebiet haben und dass sage und schreibe jährlich ca. 24000 Entwöhnungsbehandlungen von den Rentenversicherern genehmigt wurden. Vielleicht kann ich ja nicht rechnen, aber so sind es offenbar pro Platz 2 Klienten der Rentenversicherer. Eine weitere Frage ist allerdings, ob genehmigt auch angetreten bedeutet.

Eine Antwort darauf verdanke ich Frau Kulick von der LVA Rheinland-Pfalz. Sie offenbarte, dass von rund 1500 Anträgen auf stationäre Entwöhnungsmaßnahmen ca. 900 genehmigt werden, dass weitere 100 die bewilligte Kur gar nicht erst antreten und ca. 250 Kuren nicht plangemäß zuende geführt werden. Kurzum nur 40 % der ursprünglichen Antragsteller erlangen das, was sie sollten, wollten oder eventuell auch brauchten.

Bei diesem Zugangsansatz gucken also 60% der Patienten in die Röhre, erhalten also keine Wegweisung, geschweige denn ein Ziel genannt. Sie trinken weiter oder

müssen sich mit gemeindenahen Varianten begnügen. Wenn das medizinisch betrachtet nicht eine verkehrte Welt ist - oder vornehmer ein „Inverse Car Law“, dann weiß ich auch nicht!!!

Noch trostloser wird es, weil wir natürlich die Tatsache berücksichtigen müssen, dass der Großteil der eigentlich notwendigen Anträge gar nicht erst gestellt wird, weil man dort, wo die Süchtigen zuerst landen, weiß, dass solche Anträge nur dann Aussicht auf Erfolg haben, wenn man sie beim Rentenversicherer als die Hautevolee des Alkoholismus anpreist. Aber immerhin: Geht der Antrag erfolgreich durch, entschwindet immerhin ein Bruchteil der Alkoholiker-Gruppe zur Therapie am Wiesengrund.

Meine Einladung verdanke ich sicherlich nicht zuletzt auch der Tatsache, dass ich mit Herrn Körkel vor Jahr und Tag ein Buch geschrieben habe, mit dem Titel: „Mit dem Rückfall leben“, was in der x-ten Auflage erschienen ist, einige therapeutische Verkrustungen, wenn nicht geknackt, so doch aufgezeigt hatten. Inzwischen will es keiner je anders gesehen oder je anders gemacht haben, was ja ein schönes Ergebnis ist.

Wie kommt es eigentlich, dass Alkoholismus oft zu spät oder gar nicht vermutet wird? Versuchen wir uns also hier nur kurz in der Diagnostik, ausnahmsweise einmal scherzeshalber.

#### **Alkoholiker ist man dann, wenn man mehr trinkt als der behandelnde Arzt.**

Das spielt darauf an, dass der Ärzteschaft keinesfalls das Präsidium in Abstinenzverbänden angeboten werden würde. Das Abhängigkeitsrisiko ist in der Ärzteschaft 30-100 mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung. In den USA sind 90% der bedeutsamen Erkrankungen berufstätiger Ärzte Abhängigkeitserkrankungen. Dieser Zustand könnte eine Teilerklärung dafür sein, dass manifester Alkoholismus nicht erkannt und therapeutisch angegangen wird.

Es ist also nicht nur so, dass die Diagnose verzögert gestellt wird, auch mit der Krankheit insgesamt, insbesondere ihrem Verlauf, hat man so seine Schwierigkeiten, insbesondere angesichts der Rückfälligkeit, womit wir beim Thema wären.

Die Wirklichkeit sieht so aus:

Sollten diese oft körperlich und seelisch schwer gestörten Patienten die "Sprünge an den therapeutischen Trog", wie KISKER es einmal formuliert hat, geschafft haben, so

darf es nicht Wunder nehmen, dass viele rückfällig werden, heißt es doch sogar in Platons Symposion: "Ich meinesteils erkläre Euch, dass ich mich in Wahrheit ziemlich unwohl befinde vom gestrigen Trinken und einiger Erholung bedarf... Vergebens...."

Tatsächlich haben bereits im Laufe von vier Jahren nach Beendigung einer in bundesdeutschen psychiatrischen Kliniken oder Suchtfachkliniken durchgeführten intensiven stationären Entwöhnungsbehandlung (stationäre Therapie) mehr als 54% der Alkoholabhängigen erneut Alkohol konsumiert, was nicht überrascht, denn nach MATAKAS u.a. hatten 40% der Patienten bei regulärer Entlassung aus der Entwöhnungstherapie gar nicht die Absicht, in Zukunft abstinent zu leben.

In einer amerikanischen Studie wird sogar von 81% Rückfälligkeit innert 4 Jahren gesprochen.

Was versteht man nun unter Rückfall?:

Mindestens fünf Sichtweisen bzw. Definitionen von Rückfällen können auseinandergehalten werden:

1. das enge Rückfallverständnis
2. der Ausrutscher (in Abgrenzung zum schweren Rückfall)
3. der trockene Rückfall
4. der systemische Rückfall
5. der iatrogene Rückfall

Am Verbreitetsten ist die enge Sichtweise des Rückfalls. Nach dieser ist jeglicher erneuter Suchtmittelkonsum ein Rückfall. Durch die Einfachheit dieser Definition schafft sie Klarheit und Verhaltensorientierung, nämlich am besten die Finger vom ersten Glas zu lassen, andererseits reduziert sie die Vielfalt von Trinkverläufen auf zwei Extreme und verhindert dadurch ein differenziertes Rückfallverständnis.

Unter dem Ausrutscher nach Marlatt steht ein einmaliger bzw. kurzzeitigen Alkoholkonsum, wobei darauf hingewiesen werden soll, dass der Konsum einer

Schnapspraline keineswegs in einem gleichsam biologisch determinierten Absturz enden muss.

Der trockene Rückfall ist gekennzeichnet mit dem während früheren Trinkverhaltens korrespondierenden Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen.

Im systemischen Rückfall sieht man den unbewussten Versuch, durch erneutes Trinken dem realen oder phantasierten Auseinanderbrechen der Familie entgegenzusteuern, wobei man nicht vergessen darf, dass die Familie den ein wenig trinkenden Mann durchaus gerne hat, mitunter aber Schwierigkeiten, mit einem knochentrockenen, ängstlich depressiven Manneswesen zusammenzuleben.

Unter iatrogenem Rückfall versteht man die Verordnung alkoholhaltiger bzw. stimmungsverändernder, insbesondere anxiolytischer bzw. dämpfender Medikamente (Stichwort Tranquillizer, Clomethiazol).

Betrachten wird nun die Rückfallraten, so ist festzuhalten:

1. 1- bis 3wöchige Entgiftungs-/Motivationsbehandlungen führen zu deutlich höheren Rückfällen (84% Rückfällige in einer Einjahres-Nacherhebung), als mehrmonatige Entwöhnungsbehandlungen, die mit 52% Rückfällen innerhalb eines Jahres über die Runden kommt.
2. Das Rückfallrisiko bei Frauen ist höher als bei Männern
3. Die Rückfallwahrscheinlichkeit ist bei Therapieabbrechern deutlich erhöht bzw. 100%,..
4. Alkoholabhängige, die auf äußeren Druck hin eine Behandlung aufnehmen, zeigen überraschender Weise keine schlechteren Behandlungsfortschritte und weisen nach Behandlungsende keine höheren Rückfallquoten auf als die sogenannten „eigenmotivierten“, also die Menschen, die früher aus dieser Urmotivation heraus therapeutischer Weihen für würdig gehalten wurden.
5. Man kann ruhig einmal erwähnen, dass es in Deutschland auch etwas besser ist, als in der restlichen Welt, denn hier haben wir nach den entsprechenden Therapiemaßnahmen weniger Rückfälle, als in anderen Ländern, z.B. in den USA oder auch in Skandinavien. Beispielsweise sind gemäß der größten US-Amerikanischen Studie 4 Jahre nach Abschluss einer stationären

Entwöhnungsbehandlung 93% Alkoholabhängige rückfällig, während dies in Deutschland nur bei 54% der Fall ist. Trotzdem darf man dies natürlich fast, wenn es die Hälfte ist, als einen Normalfall betrachten.

Wir sehen also, dass es trotz der aufgezeigten positiven Wirkung von Alkoholismusbehandlungen unter den Abhängigen und in ihrem Umfeld ein Schreckgespenst gibt: den Rückfall. Nach dem Muster eines entweder – oder – Denkens wird er meist pauschal mit Misserfolg gleichgesetzt: Entweder „man hat es geschafft“ oder „alles war umsonst“ (ähnlich wie im umgekehrten Fall, das Abstinenzgelöbnis: ab Morgen ist Schluss!).

Wenn in dem Vortragstitel davon gesprochen wird, dass es kurze Wege zum Rückfall gibt und man nicht weiß, wohin der lange Weg mit der Trockenheit führen wird, so ist daran zu erinnern, dass Menschen offenbar nicht nur über längere Zeit in die Sucht hineinwachsen, sondern sie bedürften natürlich auch längerer Zeiträume, um sich ihrer wieder – mit Rückfällen – zu entledigen.

Halten wir also fest, dass die Mehrzahl der Alkoholabhängigen - ob zuvor "nur entgiftet" oder auch "entwöhnt" - über kurz oder lang rückfällig wird. Rückfälle stellen insofern eher den Normalfall als den Ausnahmefall dar. Die Annahme, dass Abhängige nach einer Entgiftungsbehandlung, ggf. mit anschließender Entwöhnungstherapie "normalerweise" zu dauerhafter "Trockenheit" gelangen würden oder müssten, ist irrig.

Es handelt sich demzufolge nicht um exotische Krankheitsbilder oder -verläufe. Man wird - wie gesagt - mit dem Rückfall leben müssen, -sei es als Patient, - sei es als Therapeut.

Die Therapiemarschroute: Entgiftung - Entwöhnung - Selbsthilfegruppenbesuch - dauerhafte Abstinenz läßt sich nur bei einem Teil der Alkoholkranken einschlagen. Jedoch, selbst wenn dieser Weg erfolgreich beschritten wird, stellt sich die Frage, ob in diesen Fällen grundsätzlich Abstinenz mit Erfolg gleichzusetzen ist. Angesichts des global betrachteten gesundheitlichen Zustands etlicher trockener Alkoholkranker sind hieran Zweifel angebracht. **Noch fragwürdiger erscheint die Formel in der Umkehrung: Rückfälligkeit bedeutet immer einen therapeutischen Misserfolg.**

Ich werde Ihnen nichts Neues mitteilen, wenn ich darauf hinweise, dass Rückfälle sehr unterschiedliche Phänomene sind. Rückfälle dauern nämlich unterschiedlich lange an und verlaufen unterschiedlich schwer. So waren nach den Ergebnissen der bereits genannten, groß angelegten Studie des Münchner Max-Planck-Instituts für Psychiatrie im Zeitraum von 18 Monaten nach der stationären Therapie 53,5% der Rückfälligen (nur) "leicht rückfällig", insofern ihre Rückfälle maximal drei Tage andauerten. In den ersten vier Jahren nach der Entlassung haben 31% der Rückfälligen niemals und 9% ein einziges Mal bis zum Rausch getrunken. 48% der Rückfälligen erlebten keinen Kontrollverlust. Mäßiges Trinken über vier Jahre hinweg kam äußerst selten - bei 2,6% der Alkoholabhängigen - vor. Insgesamt gesehen, führt also nicht jedes erneute Trinken zu Symptomen körperlicher Abhängigkeit bzw. "pathologischem Trinkverhalten" (Kontrollverlust, Erinnerungslücken, Orientierungsstörungen usw.), zu einer Beeinträchtigung des Lebensalltags (z.B. zu Schwierigkeiten im familiären Zusammenleben oder am Arbeitsplatz) und schon gar nicht zu einer erneuten stationären Behandlung wegen Alkoholmissbrauchs.

Weiterhin sind Rückfallverläufe wesentlich dynamischer als gemeinhin angenommen wird. Es zeigt sich nämlich, dass bei der Mehrzahl der Abhängigen ein Schwanken zwischen Abstinenz, schwerem Trinken und/oder mäßigem Trinken die Regel ist (a.a.O.). Mit der Zeit wird ein Teil der Rückfälligen abstinent und ein Teil der bislang Abstinenten trinkt wieder Alkohol. So kommt es dazu, dass im ersten (33%), dritten (37%) und achten (34%) Halbjahr nach stationärer Therapie stets annähernd ein Drittel aller Ex-Patienten rückfällig ist, also der Anteil der Rückfälligen nicht zunimmt.

Bereits die bisher referierten, differenzierenden Ergebnisse können die pauschal negative Sicht des Alkoholrückfalls als Katastrophe relativieren. Zu diesem Ergebnis kommt man auch, wenn man sich vergegenwärtigt, dass sich die Ergebnisse von Alkoholismustherapien durchaus mit einer Vielzahl anderer medizinischer, psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Behandlungsergebnisse messen können.

Wir wissen, dass viele Wege nach Rom führen, und das ist gut so, aber nicht jeder will nach Rom oder sich überhaupt vom Fleck bewegen.

Zunächst geht es also um die pure

## SICHERUNG DES ÜBERLEBENS

Gerade bei Alkoholabhängigen mit langer Alkoholkarriere, sozialer Entwurzelung und hirnorganischen Schädigungen ist die dauerhafte Abstinenz kein realistischer Maßstab für eine Erfolgsbemessung psychiatrischer Entzugs- und Motivationsbehandlungen.

Sie ahnen schon, dass ich so etwas wie eine Gipfelbesteigung mit Ihnen plane und der Aufstieg kann also mit dem Versuch gesunderen Überlebens fortgesetzt werden.

Realistisch erscheinen existenzsichernde Behandlungsangebote, zuvorderst Entgiftungen, die ohne den Anspruch an Langzeitabstinenz oder das Einholen von Abstinenzgelübden auskommen: "Es ist [nämlich] durchaus erfolversprechend, durch immer wieder neue Entgiftungen möglichst viele suchstofffreie Zeiten zu erreichen und in diesen Zeiten ein qualifiziertes Behandlungsangebot zur Verfügung zu haben" Es gibt eine große Anzahl von Patienten, für die in diesem Sinne eine kurzzeitige Unterbrechung des Trinkens und die vorübergehende körperliche Erholung (zunächst einmal?) die höchste Stufe der Gesundheit darstellt. Dies als Realität zu betrachten, bedeutet auch, letztlich zu akzeptieren, dass wiederkehrende schwere Rückfälle zu manchen Suchtverläufen dazugehören.

Entzugsbehandlungen sollten folglich als Teil eines längerfristigen Veränderungs- und Überlebensprozesses begriffen sowie vom Charakter des Vorläufigen, Halbherzigen und Ungenügenden befreit werden. Durch Entgiftungen erhöht man die suchstofffreien Zeiten - und damit die Wahrscheinlichkeit des (gesunden) Überlebens, der Erholung und Besinnung. Generell ist wünschenswert, mit der alkoholabhängigen Person nur diejenigen Behandlungsmaßnahmen einzuleiten, die sie mitzutragen bereit ist. Einsichten und Verpflichtungen zu Verhaltensweisen (wie z.B. Abstinenz), die die der Abhängige zu erbringen zur Zeit nicht willens oder in der Lage ist, nutzen niemandem. Es sollte deshalb u.a. darauf verzichtet werden, die in der Entgiftung befindlichen Abhängigen unter Druck zu setzen, um sie so zu einer

anschließenden stationären Therapie zu bewegen. Das Idealziel der dauerhaften Abstinenz braucht deshalb auch bei chronisch Abhängigen nicht grundsätzlich aufgegeben werden. Die Langzeitabstinenz bildet den Zielbereich, der bei entsprechenden Behandlungsfortschritten im kognitiven, motivationalen und sozialen Bereich erneut ins Gespräch gebracht werden kann und sollte.

Vor allem aber kann auch in Entzugsbehandlungen, die nicht zwangsweise Dauerabstinenz fordern, bei den betroffenen Personen die Motivation, Rückfälle nicht "auswachsen" zu lassen, sondern frühzeitig Hilfsangebote aufzusuchen, gefördert werden. Dieser Ansatz zieht als erste Konsequenz die Sichtweise nach sich, dass

häufigere Aufnahmen zur Entgiftung durchaus ein gutes Zeichen sein können, und zwar dann, wenn ein chronisch Abhängiger von sich aus zur Sicherung des möglichst gesunden Überlebens öfters und frühzeitiger als bisher die Klinik aufsucht. Solches Verhalten wird verstärkt, wenn es das Interesse der Mitarbeiter findet und als selbstverantwortliches Verhalten gewürdigt wird, wie z.B. in der folgenden Form: "Gut, dass Sie sich um einen Aufnahmetermin gekümmert haben, der früher liegt als sonst. So sind Sie kein Notfall und haben selbst Verantwortung für Ihre Gesundheit übernommen!".

Die Inanspruchnahme von Entgiftungen zu fördern, zieht als zweite Konsequenz nach sich, dass man es möglicherweise noch gehäuft als ohnehin schon mit chronisch Alkoholabhängigen zu tun haben wird, die sich ein "trockenes Leben" vorstellen können. Wenn diese Patienten zur stationären Wiederaufnahme kommen, geben sie - oft sehr zum Ärger der Therapeuten - an, zu viel getrunken zu haben. Jetzt wollten sie schnell entgiften und zukünftig endlich wahr machen, was sie sich immer wieder vorgenommen hätten, nämlich weniger zu trinken. Sicher ist, dass eine Klinik mit Vollversorgungsauftrag für einen Sektor völlig an den Erfordernissen und Gegebenheiten "vorbeitherapieren" würde, wenn sie sich auf solche Patienten nicht einstellt..

Neben Entzugsbehandlungen kommen für sozial entwurzelte, chronisch Alkoholabhängige weitere Maßnahmen in Frage, um zumindest das grundlegende Ziel des (gesunden) Überlebens zu sichern. Dazu gehören Wohnheime, die konzeptuell auf temporäre Rückfälligkeit ihrer Bewohner eingestellt sind und darauf nicht einzig und alleine mit disziplinarischen Maßnahmen reagieren. Tageskliniken, Notschlafplätze, Maßnahmen der unbürokratischen medizinischen Grundversorgung ohne Krankenschein, aufsuchende (Straßen-) Sozialarbeit u.a.m., bis hin zu medizinisch geleiteten

Ausnüchterungszentralambulanzen in Großstädten.

Die vorherigen Ausführungen sprechen insgesamt dafür, in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit mit bescheideneren Ansprüchen und größerer therapeutischer Gelassenheit zu Werke zu gehen und sich die folgende Sichtweise zu eigen zu machen: "Statt der Alternative 'progrediente Erkrankung' versus 'Stillstand der Krankheit durch Abstinenz' stellt sich therapeutischen Institutionen die Aufgabe der langfristigen, sogar lebenslangen Begleitung in der Sucht" (Schwoon u. Krausz 1990, S. 5), festgehalten im Klassiker: "Suchtkranke, die ungeliebten Kinder der Psychiatrie." Ratsam ist es, sich darauf einzustellen, dass man manche Alkoholabhängigen über lange Zeit hinweg in ihrer Sucht "nur" begleiten und keine grandiosen therapeutischen Erfolge erzielen kann.

Ohne Frage ist es erfreulich, wenn Patienten dauerhafte Abstinenz erreichen, man sollte diese aber nicht fest in seinen Erwartungshorizont einplanen und sich klarmachen, dass die eigene Arbeit auch dann nicht als sinnlos gelten kann, wenn man "nur" eine kurzzeitige Lebensverlängerung erreicht hat.

Machen wir uns fertig zum Gipfelsturm,

so gilt es, in der Therapie das Wort von Thomas Morus ( 1516, Utopia, was ich J. Petry verdanke) zu beherzigen:

"Du darfst aber auch nicht mit ungewohnten, unerhörten Worten auf Leute einhämmern wollen, bei denen dies doch keinen Einfluß hinterläßt, weil sie ganz anders denken. Nein, auf einem Umweg mußt du vorgehen und mußt dich bemühen, alle Dinge, soweit dies an dir liegt, zweckmäßig zu erledigen und das, was du nicht in etwas Gutes verwandeln kannst, doch mindestens so zu gestalten, wie es am wenigsten schlecht ist."

Mit anderen Worten, in dieser Gipfelregion könnte und sollte dann in einer Form therapeutisch gearbeitet werden, wie sie von KRYSTAL/RASKIN, HEIGL-EVERS, DÜHRSSSEN u.a. beschrieben worden ist.

In unserer Überlebenspyramide, die wir eben erstellt haben, sollen die Strahlen der Psychotherapie bis in die Niederungen der Überlebenssicherung scheinen. Dies ist kein Fehler oder Augenwischerei, sondern tatsächlich kann und sollte auf jeder dieser Stufen der entsprechende Patient von der ihm entsprechenden Psychotherapie erreicht werden.

Die psychotherapeutischen Behandlungsstrategien müssen nach psychodynamischem Verständnis im Anfangsstadium die gestörten Ich-Funktionen des Abhängigen beachten und hilfsweise vom Therapeuten übernommen werden. Letzterer muss darauf hinarbeiten, dass der Patient diese Mängel ausgleichen kann ("Nachreifung"). Es wäre in diesem Anfangsstadium der Therapie falsch, unbewusste innerseelische Konflikte ansprechen und bearbeiten zu wollen, bevor diese Nachreifung der Persönlichkeit geschehen konnte, weil sie den Abhängigen in Gefühlsstürme stürzen würde, die er noch gar nicht zu bewältigen in der Lage ist.

Gelingt es, die Ich-Funktionsstörungen in einer ersten Phase der Therapie hinreichend zu bearbeiten, sollte der Therapeut darauf achten, das gerade für Abhängige typische Geflecht von Erwartungen, Hoffnungen, Phantasien und damit unmittelbar verbundenen Enttäuschungen und Kränkungen zu bedenken. Falsch wäre es, die zu erwartende Spaltung als nur zu überwindenden Widerstand zu interpretieren und zu behandeln. Das hieße vom Abhängigen etwas zu verlangen, was sie erst im Laufe der Therapie erwerben können.

Die dritte Phase der Therapie ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Bearbeitung eines Erwartungs-Enttäuschungs-Konflikts immer wieder in der Beziehung zum Therapeuten vollzieht und dem Patienten dadurch die zu verinnerlichende Erfahrung ermöglicht wird, dass gute und schlechte Merkmale in einem Menschen (exemplarisch in der Person des Therapeuten) gleichzeitig existieren können und nicht bedrohlich sein müssen.

Auf der affektiven Ebene geht es darum, die Gefühlslage des Patienten richtig zu verstehen und dabei gleichzeitig anzustreben, dass der Patient auch selber in die Lage kommt, diese Gefühle zu beschreiben und mitzuteilen. Erst wenn es dem Patienten möglich gewesen ist, die ihn beherrschenden Gefühle einigermaßen zu verbalisieren, kann man unbesorgt weiter vordringen und - als zweiter Schritt - die Motive oder die begleitenden Vorstellungen für die erlebten Gefühle aufspüren. Schließlich - wenn Gefühl und Vorstellung beim Patienten ausreichend deutlich geworden sind - darf man sich daran wagen, auch die zugehörige Triebqualität in das Bewusstsein zu heben.

Mit OTT möchte ich noch auf die hervorragenden Bedeutung der Therapeut-Patient-Beziehung hinweisen, die getragen sein sollte durch gegenseitige Achtung, Respekt, und Wertschätzung, Sympathie, gegenseitige Verpflichtung, empathisches Verstehen und Resonanz, Offenheit und gegenseitige Bestätigung als Grundakkord.

Da es die Zeit zulässt, will ich noch auf das familiäre Gefüge zu sprechen kommen. Das wird durch den manifesten Alkoholismus, aber auch durch die Abstinenz der zuvor "nassen" alkoholabhängigen Person in außerordentlichem Maße erschüttert. Es kann zu einer Orientierungslosigkeit kommen, die schlechter auszuhalten zu sein scheint als das überwundene Stadium aktiven Trinkens. Folge davon können psychische oder psychosomatische Krankheitsbilder beim Patienten selbst, bei der Partnerin oder den Kindern sein, ggf. auch eine sich entwickelnde Suchtproblematik bei der bisher "trockenen" (und fürsorglichen) Partnerin. Für solche Phänomene wurde der Begriff "systemischer Rückfall" (Schmidt, 1992) geprägt. Er geht aus von der nicht seltenen Beobachtung, dass das familiäre Leben zunehmend starrer und die Atmosphäre bedrückender wird, nachdem der Abhängige keinen Alkohol mehr trinkt. Ein Lieblingshinweis von mir an dieser Stelle ist der auf die eingetretene schlecht ertragbare ideologisch überformte „Staubtrockenheit“.

Zurück zum System:

Das "abstinente familiäre System" kann sich offenbar auf die nun (infolge der Abstinenz) aufgebrochenen Konflikte, veränderten Bedürfnisse einzelner Mitglieder, neuen Nähe-Distanz-Regulierungen, neu zu bestimmenden Aufgabenverteilungen und Verantwortlichkeiten und ggf. auch freieren Gefühlsäußerungen nicht flexibel einstellen, so dass ein Auseinanderbrechen der Familie droht oder phantasiert wird. Die keineswegs bewußt eintretenden neuen Symptombildungen bei anderen Familienmitgliedern - oder der Rückfall des Abhängigen - stellen aus dieser Sicht intelligente Pseudolösungen dar, um wieder vertraute Nähe und bewährte Beziehungsmuster herzustellen. Versammelt um das neue oder wieder aufgetretene Symptom (Alkoholismus, Depressionen, Magersucht usw.) verbünden sich alle, und aufgetretene Divergenzen werden zugunsten der Verbindung gegen den gemeinsamen Feind "Krankheit" zurückgestellt.

Sie können aufatmen, denn ich nähere mich dem Ende. Vorher will ich aber noch

kritisch anmerken, dass ich den Vortrag hauptsächlich unter stationär-klinischem Blickwinkel gehalten habe und möglicherweise damit erneut der Entwicklung hinterherlaufe. Denn: glaubte man früher, nur das „Wegsperren“ oder monatelange Therapie könnten wirken, so musste man vor 15 Jahren unter dem Druck der Kostenträger sich öffnen für die Erfahrung, dass die Ergebnisse mit kürzeren Behandlungen nicht sonderlich schlechter sind, dass die Exposition des Alkoholikers in seine Umgebung durch tagesklinische Behandlung auch wirksam und hilfreich ist und inzwischen behaupten etliche, man könne überwiegend ganz auf stationäre Maßnahmen verzichten, wenn der Entgiftete in ambulante Behandlung sich begeben, bis hin zur These, dass man außer bei Delirien, auch die Entgiftung ambulant durchführen könne. Dass es dabei nicht zu Rückfällen käme, behauptet keiner.

Zum Schluss sei noch einmal ausdrücklich gewarnt vor überhöhten und schädlichen Therapieansprüchen und der Abgesang mit einer allgemeinphilosophischen Formulierung aus ODO MARQUARDS Arbeit "Zur Diätetik der Sinnerwartung" genommen:

"Wer nur jene perfekte Weltverbesserung zulässt, die die absolut gute Welt herbeiführt, infernalisiert das wirklich Mögliche und das Wirkliche. Aber die Negativierung des Zugänglichen, die Schlechtmachung jenes Guten, das auch noch im vorhandenen Unvollkommenen steckt, können wir uns nicht leisten: endliche Wesen haben nicht so viele Eisen im Feuer, dass sie auf irgendeines verzichten könnten. Wir müssen das Sensorium behalten für die Bonität selbst noch des Imperfekten!"

Mit der Bitte, unter diesem Blickwinkel auch meine Ausführungen zu beurteilen, bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit. Zum heiteren Abschluss noch ein Gedicht von **R. Gernhardt**:

## Nichttrinkerlied

Das Schicksal hat es so gefügt,  
 dass mir am Alkohol nichts liegt.  
 Mich lockt nicht Bier, nicht Gin, nicht Wein -  
 na ja, ein Wein, der darf schon sein.  
 Mich lockt nicht Korn, nicht Bier, nicht Gin -  
 ist das ein Gin? Dann immer rin!  
 Mich lockt nicht Wein, nicht Korn, nicht Bier -

da kommt ein Bier? Das nehmen wir!  
 Mich lockt nicht Gin, nicht Wein, nicht Korn -  
 her mit dem Korn! Und dann von vorn:  
 Das Schicksal hat es so gefügt.  
 dass mir am Alkohol nichts liegt, etc.

[Literatur beim Verfasser](#)

*Klinik für Sucht- und  
Psychotherapeutische  
Medizin*

**MODELLPROJEKT**

Akutbehandlung  
suchtkranker Menschen  
in einer

gemeindenahen

Klinik für Sucht- und  
Psychotherapeutische Medizin

als

Kompetenzzentrum  
in einer Region

*Klinik für Sucht- und  
Psychotherapeutische  
Medizin*

**MODELLPROJEKT**

Integrierte Versorgung



enge Verzahnung



stationär - ambulant

## I. Teilnehmer am Modell

Klinik  
für  
Sucht- und Psychotherapeutische  
Medizin  
und  
Siemens Betriebskrankenkasse

Wissenschaftliche Begleitung:  
durch FOGS (GOERGEN)

Finanziert vom:  
Bayerischen Staatsministerium  
für Umwelt, Gesundheit und  
Verbraucherschutz

## II. Ziele des Modells

- a. Verbesserung der Akutbehandlung und möglichst Frühbehandlung und Verhinderung von Begleit- und Folgeerkrankungen der Suchtleidenden (GOERGEN, W. et al., HAPKE, U. et al., John, U., VELTRUP, C. et al).
- b. Hierzu sollen alle Patienten mit akuter Suchterkrankung (sei es durch Alkohol, Medikamente oder Drogen, ebenso auch Spielsucht und Essstörungen (für diese besteht ein Sonderprogramm von längerer Behandlungsdauer)) aufgenommen und behandelt werden.

## II. Ziele des Modells

- c. Die Aufnahme erfolgt nach einer Beratung in der Ambulanz der Klinik für Sucht- und Psychotherapeutische Medizin, nach der stationären Behandlung ist die weitere Therapie ambulant in wöchentlichen bis 14-tägigen Einzel- und Gruppensitzungen vorgesehen für den Zeitraum von 1 Jahr.
- d. Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess (MUGELE, B.) sowie
- e. der Kinder, die von der Erkrankung eines Elternteils beeinflusst worden sind bzw. Klärung der Frage, ob für diese Kinder Hilfen notwendig sind.

## III. Ausgangslage

Nach wie vor sind Suchtkranke in der Bundesrepublik unterversorgt bzw. gibt es keine Akutversorgung, und das angesichts extremer Zahlen:

So betreiben ca. 5 Mio. Bundesbürger einen Hochdosiskonsum von Alkohol mit entsprechenden Folgen für zahlreiche Organerkrankungen, ca. 2,4 Mio. konsumieren Alkohol missbräuchlich und mindestens 1,5 Mio. sind bereits schwer krank.

Hinzu kommen 23,8 % der Bevölkerung als Raucher, ca. 1,5 Mio. Medikamentenabhängige und ca. 300.000 Abhängige von illegalen Drogen.

Außerdem ist bewiesen, dass mittelbar oder unmittelbar ca. 25 % aller Todesfälle durch Suchtmittel bedingt sind:

### III. Ausgangslage

42.000 Personen durch Alkohol, 111.000 tabakbedingt (43.000 durch Krebs, 37.000 durch Kreislauferkrankungen und 20.000 durch Atemwegserkrankungen). Angesichts dieser Zahlen ist es zwingend, von einer Volkskrankheit zu sprechen und es setzt immer wieder in Erschrecken, dass es keine adäquate Akutbehandlung gibt, obwohl das Bundessozialgericht die Sucht als Krankheit schon 1968 anerkannt hat. Durch diese nur sehr kurze Akutbehandlung (7 bis 14 Tage) hat sich der „Drehtür-Effekt“ in den Kliniken wieder beschleunigt, die Kranken müssen immer wieder erneut zur Akutbehandlung kommen, weil ihre Krankheit nicht mit den notwendigen und ausreichenden Mitteln behandelt werden konnte.

### IV. Welche Patienten sind geeignet?

- Mütter mit Kindern
- Patienten am Beginn einer Suchtkarriere
- Patienten mit schädlichem Gebrauch und somatischen Erkrankungen
- Patienten, die aus vielfältigen persönlichen oder sozialen Gründen keine längere Therapie anstreben oder anstreben können
- Patienten mit so genannten „Doppeldiagnosen“

## V. Ausschlusskriterien

- Drogenabhängigkeit (F11, F12, F14 bis F16) oder anderen als o. g. psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- Dekompensierte Leberzirrhose (Einschlusskriterium: Child A; Ausschlusskriterium: Child B)
- Dekompensierte Herzerkrankungen (Einschlusskriterium: NYHA 1 und 2; Ausschlusskriterium: NYHA 3 und 4)
- Dilatative Cardiomyopathie (DCM)
- Schwere kognitive Einschränkungen (z.B. amnestisches Syndrom F10.6)
- Akute Psychose (z.B. psychotische Störung (F10.5))
- Personen, die aufgrund ihrer Lebenssituation nicht regelmäßig am Behandlungsprogramm teilnehmen können (z. B. Montagearbeiter).

## VI. Die Therapie gliedert sich in 3 Stufen (nach MANN .K.)

### 1. Stufe:

Ambulantes Vorgespräch, nach dem lösungsorientierten Ansatz in der Psychotherapie (BERG, I. K. und MILLER, W. R. sowie BABOR, T.F. und HEATHER, N. ROLLNICK, S., BELL, A.).

Hier erfolgt auch die Entscheidung, ob überhaupt eine stationäre Therapie notwendig ist oder ob die Therapie auch ambulant erfolgen kann. Dies ist häufig der Fall, wenn „nur schädlicher Gebrauch und noch keine Abhängigkeit“ besteht (MUGELE, B.).

## 2. Stufe:

### Aufnahme zur stationären Behandlung

Hier erfolgt die Diagnostik aller somatischen und psychischen Grund-, Begleit- und Folgeerkrankungen, ebenso die Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess. Sofern das in der 1. Stufe notwendige Gespräch nicht möglich war, weil der Patient krisenhaft oder notfallmäßig aufgenommen werden musste, wird dieses auf Station durchgeführt.

Sofort nach der Aufnahme erfolgt die Motivation durch die verschiedensten Interventionstechniken (siehe HEATHER, N., ROLLNICK, S., DICLEMENTE, C.C., PROCHASKA, J.O.) und die psychotherapeutische Akutbehandlung, auch zunächst durch supportive Psychotherapie (LUBORSKY).

## 2. Stufe:

### Inhalt:

Intensive Gruppen- und Einzelpsychotherapie (tiefenpsychologisch oder auch verhaltenstherapeutisch je nach Struktur der Patienten (BECK, A.T. et. al., KÜFNER, H., ROST, W. D., LUDEKER, H. J., TRESS, W.), parallel dazu eigene Frauengruppe, Selbstsicherheitstraining, Stressgruppe, Sport- und Gestaltungstherapie, Einbeziehung der Selbsthilfegruppen.

Abschluss dieser 2. Stufe nach insgesamt 4 Wochen, dann Übergang in die 3. Stufe.

### 3. Stufe:

Weitere ambulante Therapie, Fortführung der Gruppen in 14-tägigen Abständen, ebenso in 8 – 14-tägigen Abständen jeweils Einzeltherapie, wiederum unter Einbeziehung der Angehörigen (Paar- und Familientherapie).

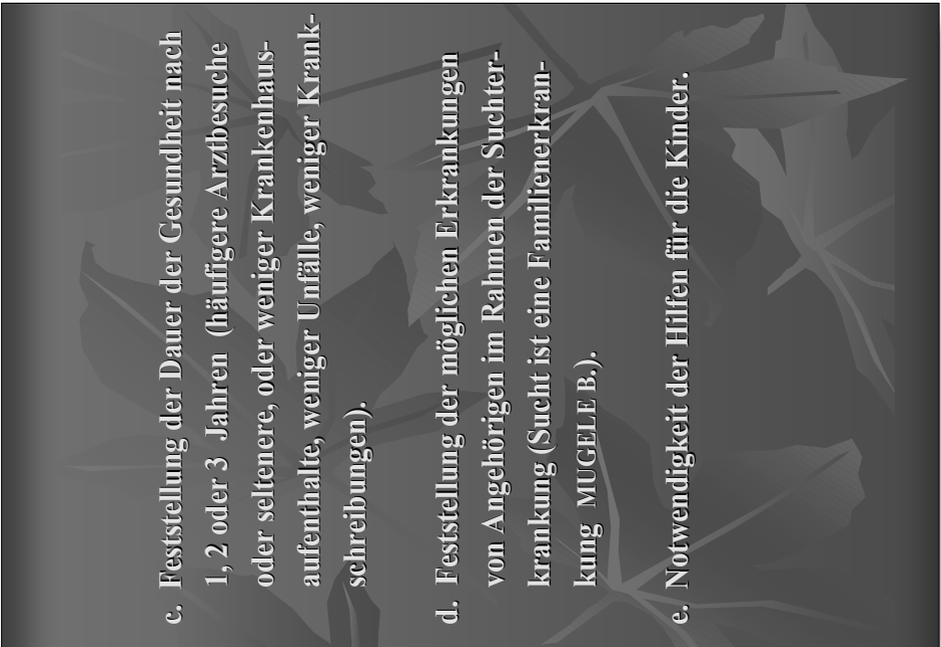
Hierbei kann die weitere Einzeltherapie auch durch niedergelassene Psychotherapeuten und Psychiater erfolgen oder in Beratungsstellen. Besuch der Selbsthilfegruppen.

## VII. Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung:

a. Feststellung, ob Kosten eingespart werden durch Sofort- und Frühbehandlung, u. U. auch nur ambulante Behandlung.

Eine Vergleichsgruppe wird automatisch durch die Patienten gebildet, die eine längere Akutbehandlung nicht wünschen bzw. nur bis zu 14 Tagen stationären Aufenthalt haben. Bei diesen könnten dann die Wiederaufnahme und Krankheitstage gezielt festgestellt werden.

b. Feststellung des Gesundheitszustandes der Patienten nach der Therapie.

- 
- c. Feststellung der Dauer der Gesundheit nach 1, 2 oder 3 Jahren (häufigere Arztbesuche oder seltenere, oder weniger Krankenhausaufenthalte, weniger Unfälle, weniger Krankenschreibungen).
  - d. Feststellung der möglichen Erkrankungen von Angehörigen im Rahmen der Suchterkrankung (Sucht ist eine Familienerkrankung MUGELE B.).
  - e. Notwendigkeit der Hilfen für die Kinder.

---

# VERÖFFENTLICHUNGEN

Jahresbericht 2003 der Haus Saaletal GmbH  
*25 Jahre Saaletalklinik*

Qualitätsbericht 2004 der Haus Saaletal GmbH  
*25 Jahre Klinik Neumühle*

Konzept Saaletalklinik

Konzept Klinik Neumühle

Konzept Adaptionseinrichtung Maria Stern

Flyer Saaletalklinik

Flyer Klinik Neumühle

Flyer Adaptionseinrichtung Maria Stern

## *Die Einrichtungen der Haus Saaletal GmbH*

Saaletalklinik  
*Rehabilitationsklinik für Medikamentenabhängige und Alkoholabhängige*

Klinik Neumühle  
*Rehabilitationsklinik für Drogenabhängige*

Adaptionseinrichtung Maria Stern  
*Medizinische Rehabilitationseinrichtung für suchtkranke Menschen*

kooperieren eng mit der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt

Informationen über die Psychosomatische Klinik finden Sie unter  
[www.rhoen-klinikum-ag.com](http://www.rhoen-klinikum-ag.com)

# So kommen Sie zu uns

## Anreise mit der Bahn

von Fulda mit dem Nahverkehrszug Gersfeld (Rhön), von dort aus mit dem Bus bis zum Bahnhof Bad Neustadt a. d. Saale

ab Würzburg Interregioverbindung über Schweinfurt, dort umsteigen in Richtung Erfurt nach Bad Neustadt a. d. Saale

aus den neuen Bundesländern oder Berlin über Erfurt, von dort Direktverbindung nach Schweinfurt über Bad Neustadt a. d. Saale

## Anreise mit dem Auto

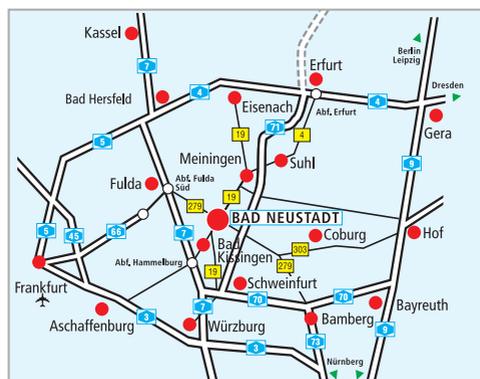
von Norden kommend über die Autobahn A 7 bis zur Ausfahrt Fulda-Süd/Bad Neustadt a. d. Saale, weiter über die B 279 in Richtung Gersfeld/Bischofsheim bis nach Bad Neustadt a. d. Saale

aus dem Nordosten auf der Autobahn A 71 bis zur Ausfahrt Bad Neustadt a. d. Saale

aus dem Süden kommend über Würzburg auf der Autobahn A 7 in Richtung Kassel, am Autobahndreieck Schweinfurt/Werneck in Richtung Schweinfurt (Autobahn A 70) bis zum Autobahndreieck Werntal, dann auf die Autobahn A 71 in Richtung Erfurt bis zur Ausfahrt Bad Neustadt a. d. Saale Süd

aus Süden und Südosten kommend Richtung Bamberg, dann auf der Autobahn A 73 (Frankenschnellweg) weiter Richtung Coburg bis zur Ausfahrt Breitengüßbach/Bad Neustadt a. d. Saale, auf der B 279 über Bad Königshofen nach Bad Neustadt a. d. Saale

**in Bad Neustadt a. d. Saale der Beschilderung ins „Kurviertel“ folgen, ganz durchs Kurviertel fahren, dann bergauf Richtung Rhön-Klinikum, die Saaletalklinik liegt auf halber Höhe links**



Träger: Haus Saaletal GmbH

Telefon: 09771 / 905-0 · Telefax: 09771 / 905-4610

e-mail: [stk@saaletalklinik-bad-neustadt.de](mailto:stk@saaletalklinik-bad-neustadt.de), [www.saaletalklinik-bad-neustadt.de](http://www.saaletalklinik-bad-neustadt.de)