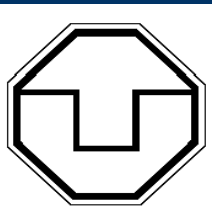


Komplexe Aufgaben für die Suchthilfe

Forum 2: Ambulante und stationäre Hilfen bei
Doppeldiagnosen

„Ambulante Psychotherapie - Hilfen, Hürden und Barrieren“



Überblick

1. Hilfen: Wie genau unterstützt die ambulante Psychotherapie bei Substanzkonsumstörungen?
2. Hürden: Indikationen für ambulante Psychotherapie, Voraussetzungen und Anforderungen an die Patient:innen
3. Barrieren: Problemfeld ambulante Psychotherapie in der Praxis

Ambulante Psychotherapie - Hilfen, Hürden und Barrieren

Das deutsche Suchthilfesystem

1. Niedrigschwellige Angebote (Möglichkeiten zum Erstkontakt, u. a. Streetwork, Konsumräume, Kontaktläden)
2. Suchtberatungs- und Behandlungsstellen
3. Entgiftung und qualifizierter Entzug
4. Ambulante und medizinische Rehabilitation als Maßnahme der gesetzlichen Rentenversicherung
5. Maßnahmen der sozialen Rehabilitation bei mehrfach geschädigten abhängigkeiterkrankten Menschen: Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
6. stationäre, teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie, ambulant betreutes Wohnens
7. Selbsthilfe
8. Straf- und Maßregelvollzug
9. *seit 2011: ambulante Psychotherapie bei Substanzkonsumstörungen als neuer Indikationsbereich (Psychotherapierichtlinienänderung 2011); Ambulante PT (d.h. Finanzierung über Krankenkassen) bis 2011 im Zustand des Substanzkonsums NICHT möglich, nur im Zusammenhang mit Rückfallprophylaxe im abstinenten Zustand*

Ambulante Psychotherapie - Hilfen, Hürden und Barrieren

Änderung der PT-Richtlinie (seit 2011)

(2) Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der **Abhängigkeit** von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz.

Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie **bei Abhängigkeit** von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von **maximal zehn Behandlungsstunden** erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Therapeutin oder von dem Therapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin oder von dem Therapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen.

Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz ergriffen werden.

1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.

Achtung: Nikotinabhängigkeit KEINE Indikation für PT!

Ambulante Psychotherapie - **Hilfen**, Hürden und Barrieren

Vorgaben durch Psychotherapierichtlinie **nur bei Diagnose Abhängigkeit, NICHT**
vorgegeben bei Diagnose Schädlichem
Gebrauch!

- bei Diagnose ICD-10 Schädlicher Gebrauch F1X.1 keine Vorgabe der 10 Stunden
- keine Abstinenzvorgabe
- kein Laborwert
- D.h. Therapieziel kann hier die Reduktion des Konsums/Punktabstinenz sein
- Was wenn Diagnosen erst im Verlauf der Therapie? 10 Psychotherapiestunden gelten auch hier bei Abhängigkeit (PT-Richtlinie! Laborwert in Akte dokumentieren, dann Therapie fortführen)
- Nicht zuletzt: was wenn Pat. „hin und wieder“ kifft/trinkt/etc., aber nicht die Kriterien für eine der beiden Diagnosen erfüllt?
 - ✓ Wo keine Diagnose, da auch keine Therapie
 - ✓ Funktionalität im ZS mit komorbiden psych. Störungen beachten (Persönlichkeitsstörungen, Soziale Phobie, Panikstörung, etc.)
 - ✓ Therapeutisch jedoch durchaus sinnvoll, über den Verlauf der Therapie immer wieder nachzufragen, ob sich das Konsummuster verändert hat!

Ambulante Psychotherapie - **Hilfen**, Hürden und Barrieren

regulärer Ablauf ambulante PT

- keine Überweisung vom HA nötig
- Sprechstunde (innerhalb von 4 Wochen Termin gesetzlich verankert, aber u.U. nicht beim „Wunschtherapeuten“, Fahrtzeit bis 60 Minuten für Fachärzte sei einzuplanen), Terminservicestellen KV 116117; Sprechstunde ist verpflichtend vor einer PT
- Sprechstunde führt nicht direkt sicher in eine PT; wenn kein PT-Platz in jeweiliger Praxis vorhanden, dann meist Warteliste oder gar keine Aufnahme mgl. (dann wieder KV 116117 – Vermittlung in Probatorik mgl. mit Formular vom Psychotherapeuten aus Sprechstunde)
- nach Sprechstunde (und Wartezeit von mehreren Monaten) folgt die sog. Probatorik
- nach Probatorik folgt direkt die Beantragung der Psychotherapiesitzungen (Kurzzeittherapie 12+12 oder Langzeittherapie 60; Umwandlung KZT 24 in LZT 60 mgl., max. 80 Therapiestunden bei Verhaltenstherapie; Tiefenpsychologische & Analytische PT höheres Stundenkontingent)
- Akutbehandlung (ohne Probatorik) NUR bei verfügbaren Therapieplätzen, auch hier Sprechstunde im Vorfeld verpflichtend
- Diagnose Substanzabhängigkeit (ICD-10: F1X.2): Sprechstunde → Wartezeit → Probatorik → Psychotherapie beantragen → Kurzzeittherapie 12 → zur/nach 10. Therapiesitzung Abstinenzpflicht mit Laborwertnachweis, erst dann 11. & 12. Therapiesitzung abhalten dürfen und weiteres 12 Therapiestunden einer Kurzzeithherapie beantragen dürfen
- **EGAL ob Doppeldiagnosen oder nur Substanzabhängigkeit als Behandlungsdiagnosen vorliegen, ohne Abstinenz und Laborwert geht es nach der 10. Therapiestunde bei F1X.2 sonst NICHT weiter - Ende der PT**

Ambulante Psychotherapie - **Hilfen**, Hürden und Barrieren

Was passiert in den ersten 10 Therapiestunden einer ambulanten PT– kurzer Einblick!

- Sprechstunde: Indikation PT klären, Verdachtsdiagnosen, Entscheidung Aufnahme ja/nein
 - Probatorik: differentialdiagnostische Klärung, Beziehungskreditaufbau, Fallkonzeption, Aufklärung über Ablauf Pat., Zielklärung, **Motivationale Gesprächsführung (therapeutische Grundhaltung & Techniken MI)**
1. Psychoedukation (1 Std.)
 2. Erarbeitung der Vor- und Nachteile des Konsums mit Hilfe der Waagschale/Bilanzierung (2 Std.)
 3. Analyse des eigenen Konsummusters (SORK) (1 Std.)
 4. Erarbeitung individuelles Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell (1 Std.)
 5. Vorbereitung Zieltag (2 Std.)
 6. Nachbesprechung Zieltag (1 Std.)
 7. Erarbeitung Umgang mit Verlangen/ evtl. Ablehnungstraining (2 Std.)
 8. Laborwert & ab 10. Stunde Rückfallprophylaxe & Behandlung Komorbiditäten/Doppeldiagnosen

Schädlicher Gebrauch: gleiche Interventionen ohne Abstinenzvorgabe, ohne Laborwert und ohne Zeitlimit

Ambulante Psychotherapie - Hilfen, Hürden und Barrieren

Kooperation mit SB im Verlauf der Therapie

- ergänzend zur ambulanten PT Anbindung an SB
- Gruppenangebote nutzen
- sehr gute (deutlich bessere als PT) Anbindung/Kooperation mit Angeboten psychosozialer Dienste vor Ort (u.a. Kontakt- und Begegnungsstätten, Schuldnerberatung, Betreutes Wohnen, Familienberatung, etc.)
- gemeinsame Termine mit Suchtberater:innen möglich & gewinnbringend
- Anträge auf stationäre Entwöhnung über SB
- Aber: PT behandeln Substanzkonsumstörung – Indikationsbereich PT seit 2011 → gemeinsames Erarbeiten der Abstinenz

Ambulante Psychotherapie - Hilfen, **Hürden** und Barrieren

generelle Voraussetzungen ambulante PT – hohe Schwelle?

- krankenversichert sein, deutsche Sprache (Dolmetscher/Sprachmittler-Therapie meist zu hohe Hürde auf Seiten Pat. und Therapeut:in; PT bei mehrsprachigen Kolleg:innen mgl.), nicht akut suizidal, gewisse körperliche/soziale/geistige Stabilität
- Veränderungsmotivation (d.h. nicht abstinenzmotiviert), Minimum - über das Thema Substanzkonsum in Therapie reden
- stationärer Entzug als absolute Indikation bei schwerer somatische Komorbidität: z.B. schlecht eingestellter Diabetes m., schwere Hypertonie, schwere Herz-Kreislaufkrankungen, Niereninsuffizienz, schwere gastrointestinale Erkrankungen mit Erbrechen/Durchfall, Lungenentzündung, dekompensierte Leberzirrhose, cerebrale Krampfanfälle in der Anamnese – ärztliches Konsil zur Beantragung PT

Welche Erfahrungen im Forum?

Weitere Hürden?

Was können wir tun, um Hürden zu verringern?

Ambulante Psychotherapie - Hilfen, Hürden und Barrieren

Welche konkreten Barrieren?

–WARTEZEITEN ambulante PT

- a) Option Ausbildungsinstitute Psychotherapie: teils deutlich kürzere Wartezeiten (Dresden: DGVT, IAP, IAP - AVM, IVT, ..)
- b) bereits zu Beginn stationärer Entwöhnung Therapieplatzsuche – nicht kurz vor Entlassung, Sprechstunde wahrnehmen innerhalb stationärer Behandlung (Heimfahrt)

–niedergelassene Kolleg:innen behandeln KEINE „Sucht“

- a) Recherche Google über Homepage (Suchbegriffe Psychotherapeut + Verhaltenstherapeut + Sucht + Substanzstörungen + Drogen + Stadtname)
- b) erst stationärer Entzug, dann PT; „altes“ Modell vor 2011 als PT nur im Zustand der Abstinenz möglich war

Welche Erfahrungen im Forum bei Vermittlungen Klient:innen in ambulante PT?

Weitere Barrieren?

Was können wir noch tun, um Barrieren zu verringern?

HÖR AUF DICH ZU ÜBERFRESSEN, HÖR AUF ZU TRINKEN, HÖR AUF SPÄT AUSZUGEHEN, HÖR AUF ZU STREITEN, HÖR AUF ZU PRÜGELN, HÖR AUF SÜSSES ZU KNABBERN, HÖR AUF ZU SPIELEN...



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

DP Anja Pixa, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (VT)

UFP TU Dresden gGmbH

Chemnitzer Str. 46a, 01187 Dresden

Spezialambulanz für Substanzkonsumstörungen & abhängige Verhaltensweisen

Tel.: ++49-351-463-39837

Email: anja.pixa@tu-dresden.de