

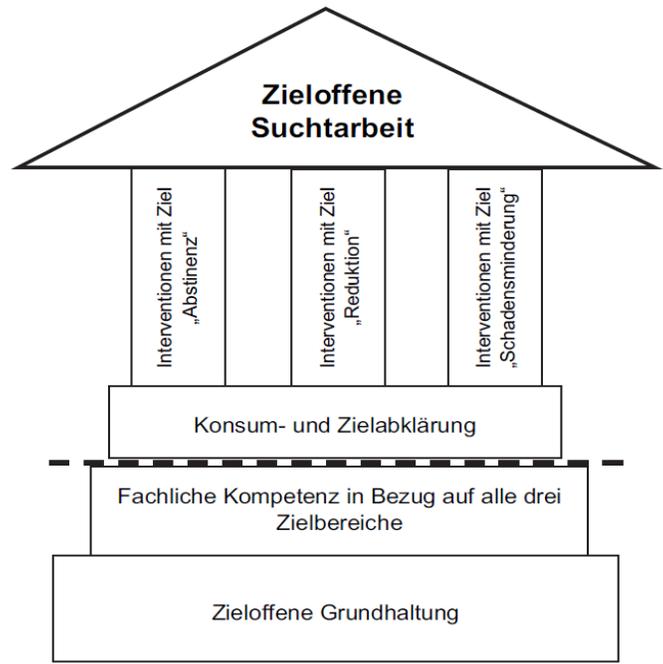


## Hat die Abstinenz in der stationären Behandlung ausgedient?

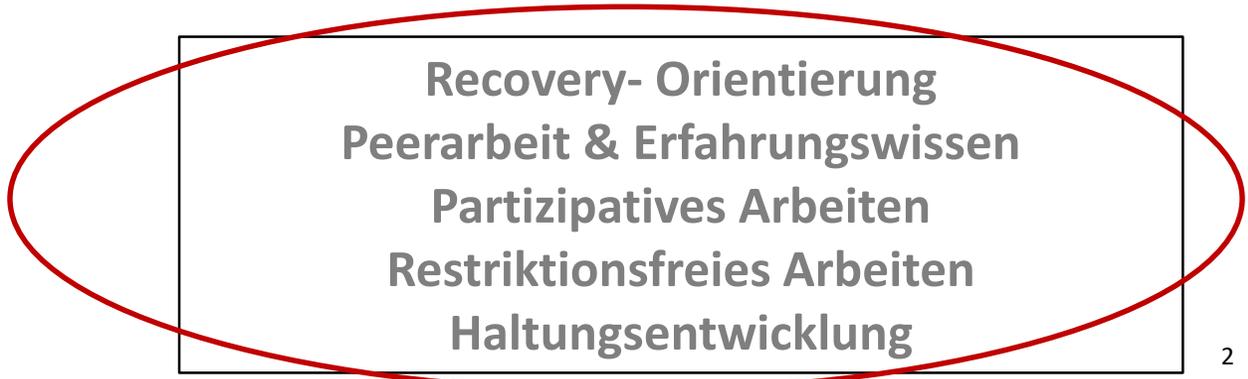
Zieloffene Suchtarbeit x Recovery = bedarfsgerechte  
Behandlung

Stefan Zahs & Dr. rer. nat. Jonathan Scheeff & Nina Brack

# «Der Weg zum Münsterlinger Modell»



Körkel J. & Nanz M. 2016



# Haltungsentwicklung



## TIMELINE

**2010** > Einführung Recovery-Orientierung, Peerarbeit & Erfahrene im prof. Team

**2011** > Umsetzung partizipatives Arbeiten

(Quantitative Untersuchung versch. Effekte 2010 – 2016)

**2014** > Umsetzung restriktionsfreies Arbeit

**2021** > Evaluationsstudie «Restriktionsfreies Arbeiten»

**2021** > Schulung aller Mitarbeitenden in Motivational Interviewing

**2023** > Start Einführungsprozess der Zieloffenen Suchtarbeit gesamter Fachbereich

**Ziel: Ende 2024 Zertifizierung «Zieloffene Suchtarbeit»**

# Seit 2010 Partizipationselemente & Recovery

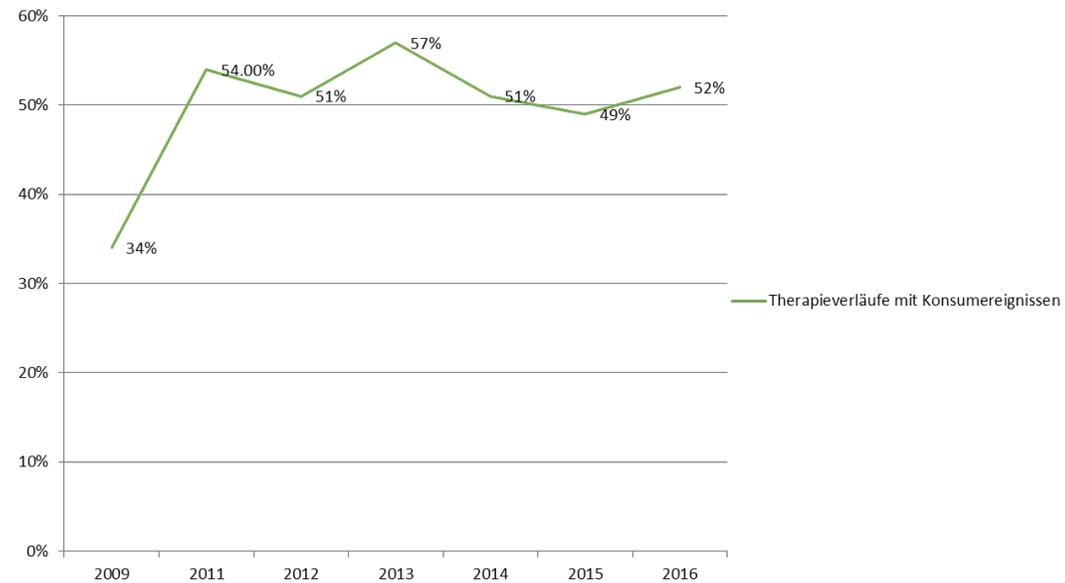
- Recovery Orientierte Grundhaltung
- Einbezug von Erfahrungswissen (Peermitarbeitende & Erfahrene)
- Partizipative interdisziplinäre Visite «nothing about us, without us»
- Offene Türen (keine geschlossenen Stationen mehr)
- Verzicht auf Kontrollfunktionen > Stärkung der therapeutischen Beziehung
- Pat. bestimmen ihre Behandlungsziele
- Betroffenen Einbezug in Weiterentwicklungen/Neuentwicklung



# Quantitative Untersuchung

- 50% weniger Therapieabbrüche und Verdopplung der regulärer Austritte
- 50% weniger Mehrfachhospitalisationen
- Mehr als doppelt so viele Patientinnen die in eine freiwillig Nachbetreuung organisieren

## Konsumereignisse



.... läuft z.Zt. weiter als Teil einer Studie zur Einführung von ZOS

## Seit 2014 Restriktionsfreies Arbeiten

Es werden keine Restriktionen eingesetzt, welche die Symptome der Abhängigkeitserkrankung betreffen!

- Keine Wertung der Symptome
- Keine Entlassung nach Konsum
- Keine Zimmerkontrollen, keine Gepäck- und Körperkontrollen
- Keine Urin- oder Atemalkoholkontrollen (nur bei Eintritt)

**ABER**: sozial problematisches Verhalten, wie z.B.:

Weitergabe von Substanzen, offener Konsum auf Station, Gewalt und/oder Drohungen, ist nicht akzeptiert und führen zu einer restriktiven Reaktion.

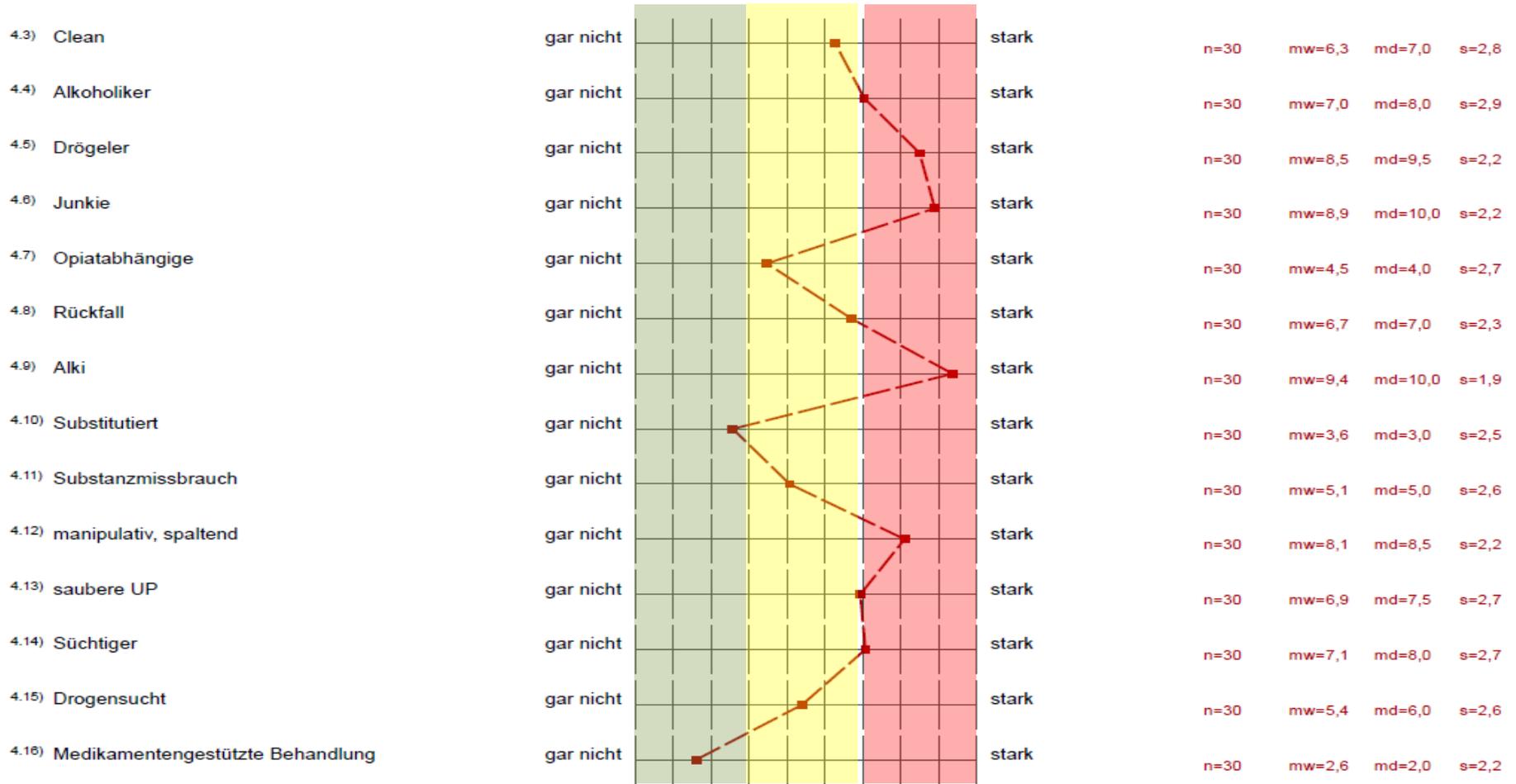
# Qualitative Untersuchung 2021/22

## «Restriktionsfreies arbeiten in der Suchttherapie»

Zahs, S.; Schleyer; P., 2022

## Wording in der Behandlung:

### Wie bewerten Sie den Gebrauch der folgenden Worte?

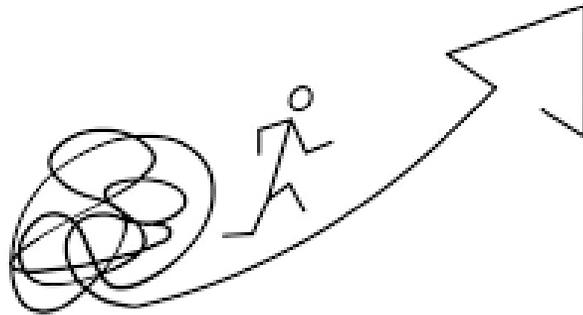


■ unproblematisch  
■ problematisch  
■ Stark problematisch

## Einige Ergebnis:

- Restriktionsfreies Arbeiten wird von den Mitarbeitenden als sehr wichtig und sinnvoll bewertet!
- Restriktionsfreies Arbeiten, Partizipation und Recovery hängen eng zusammen
- Fördert in besonderem Mass die positive Beziehungsgestaltung
- Patient:innen kommen sehr schnell in die Offenheit und Selbstwirksamkeit
- Entstigmatisierendes Wording ist grundlegend wichtig
- Restriktionen sind Therapie hinderlich, unnötig und unverhältnismässig
- Ergebnisse der Untersuchung und weitere Studien belegen den Sinn eines restriktionsfreien Therapieangebotes»

**... unser weiterer Weg zu einer  
Zieloffenen Grundhaltung**



## Strukturierte Auseinandersetzung mit .....

- .... gesellschaftliche Haltung/ Erwartungen
- .... alte «Zöpfe» der Suchttherapie
- .... Abstinenzdenken
- .... gesundheitspolitische Vorgaben
- .... therapeutische Richtlinien
- .... wissenschaftliche Evidenz

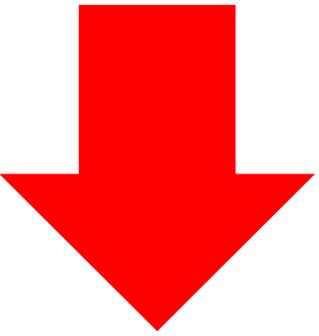
## Behandlung von Opioidabhängigkeit: Sind Urinproben legitim?

(Schweizerisches Ärzteblatt 05/2022)

«Die von der kantonalen öffentlichen Behörde» (oder Spitälern) «vorgeschriebenen **UP Kontrollen stellen einen Eingriff in die durch Art. 13 der Bundesverfassung (BV) und Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention geschützte Privatsphäre** und im weiteren Sinne in das durch Art. 10 Abs. 2 BV garantierte Recht auf persönliche Freiheit **dar**. Der **Eingriff** ist **umso schwerwiegender, wenn die Urinabgabe unter Sichtkontrolle** der betreuenden Person erfolgt. Solche Einschränkungen sind nur dann rechtlich zulässig, wenn sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen, ein öffentliches Interesse verfolgen und die auferlegten Mittel in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Effekt stehen.»

«**UP Kontrollen zeigen eine veraltete Sichtweise der Gesundheitsfachpersonen auf**. Klinische Erfahrung und medizinische Forschung haben gezeigt, dass die Anwendung von **UP Kontrollen in den meisten Fällen nicht zu den erhofften Ergebnissen** führt. Da **UP wissenschaftlich wenig aussagekräftig und ethisch fragwürdig** sind und die Rechte der in Behandlung befindlichen Personen verletzen.»

(Baud, Broers, Junod, & Schmitt-Koopermann, 2022)



# Gesellschaftliche Haltungen und Sichtweisen

illegale Substanzen

Vs.

legale Substanzen



# »Wir sagen **NEIN** zu **DROGEN!**«

Realsatire am Politischen  
Aschermittwoch: Söder  
berauscht die CSU-Fans mit  
Tiraden gegen die  
Drogenlegalisierung



# Ist Abstinenz als Ziel alleiniges noch zeitgemäss?

Obwohl mittlerweile "State of the art" in der Suchttherapie, dass die Abstinenz nicht mehr das einzige Therapieziel ist, blieb das Ziel "Abstinenz" im therapeutischen Denken weiterhin so dominant, dass es hinderlich für die Weiterentwicklung der Suchttherapie geworden ist. Möglicherweise schafft die völlige Abkehr von der Abstinenz als Therapieziel erst die Voraussetzungen, um eine moderne Suchttherapie entwickeln zu können.

(Ekkehard Madlung, 2006)

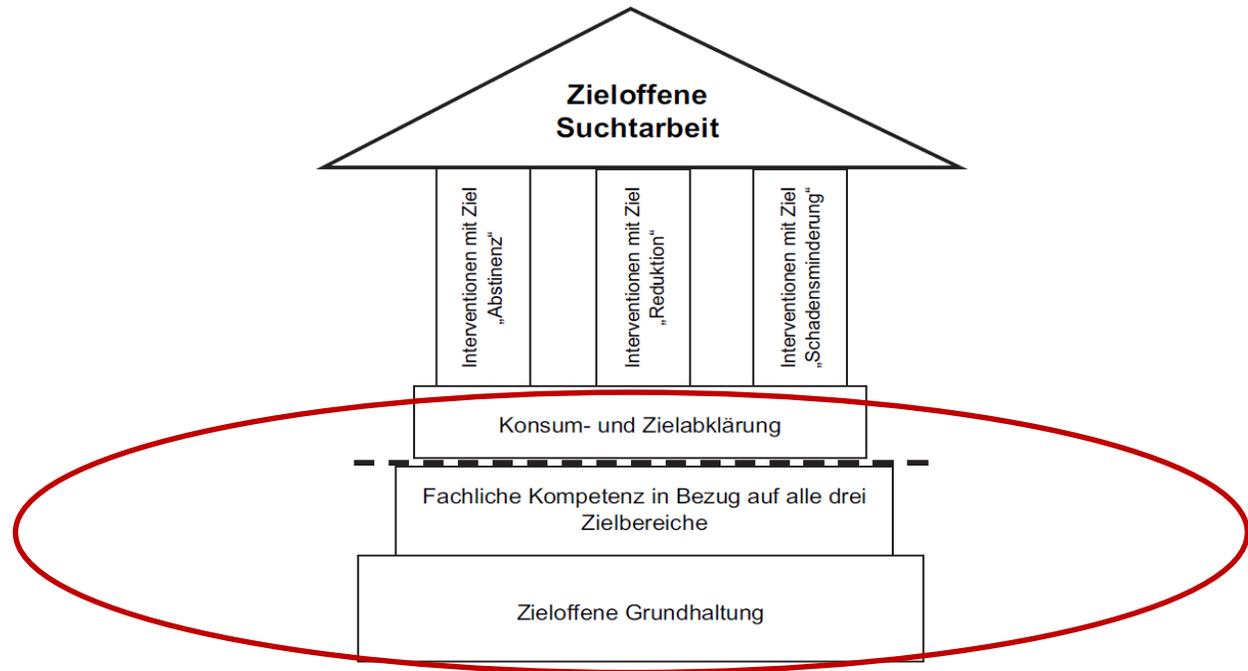
**Erst wenn es gelingt die Sucht aus der  
Heimlichkeit zu befreien, können  
Betroffene in die Genesung einchecken!**

S. Zahs

Es war also allerhöchste Zeit!



# «Der Weg zum Münsterlinger Modell»



Körkel J. & Nanz M. 2016

- Recovery- Orientierung
- Peerarbeit & Erfahrungswissen
- Partizipatives Arbeiten
- Restriktionsfreies Arbeiten
- Haltungsentwicklung

# Quo vadis, «Suchthilfesystem»?

- Kaum Menschen mit SUD kommen in Behandlung («treatment gap»)
  - 94% erhalten keine Unterstützung (SAMHSA: National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), 2021)
- Oftmals chronische Verläufe mit sich wiederholenden Zyklen mit Behandlungen, abstinenten Phasen und «Rückfällen» (z.B. McKay and Hiller-Sturmhofel, 2011)
- Hohe Abbruchquoten (~30%, Lappan et al., 2020)
  - „disziplinarische Entlassungen...“

# Warum funktioniert die Behandlung von Menschen mit SUD so schlecht?

- Was erwarten wir in Bezug auf den Konsum von Substanzen, wenn eine Person bei uns eine Behandlung in Anspruch nimmt?

➤ Abstinenz!

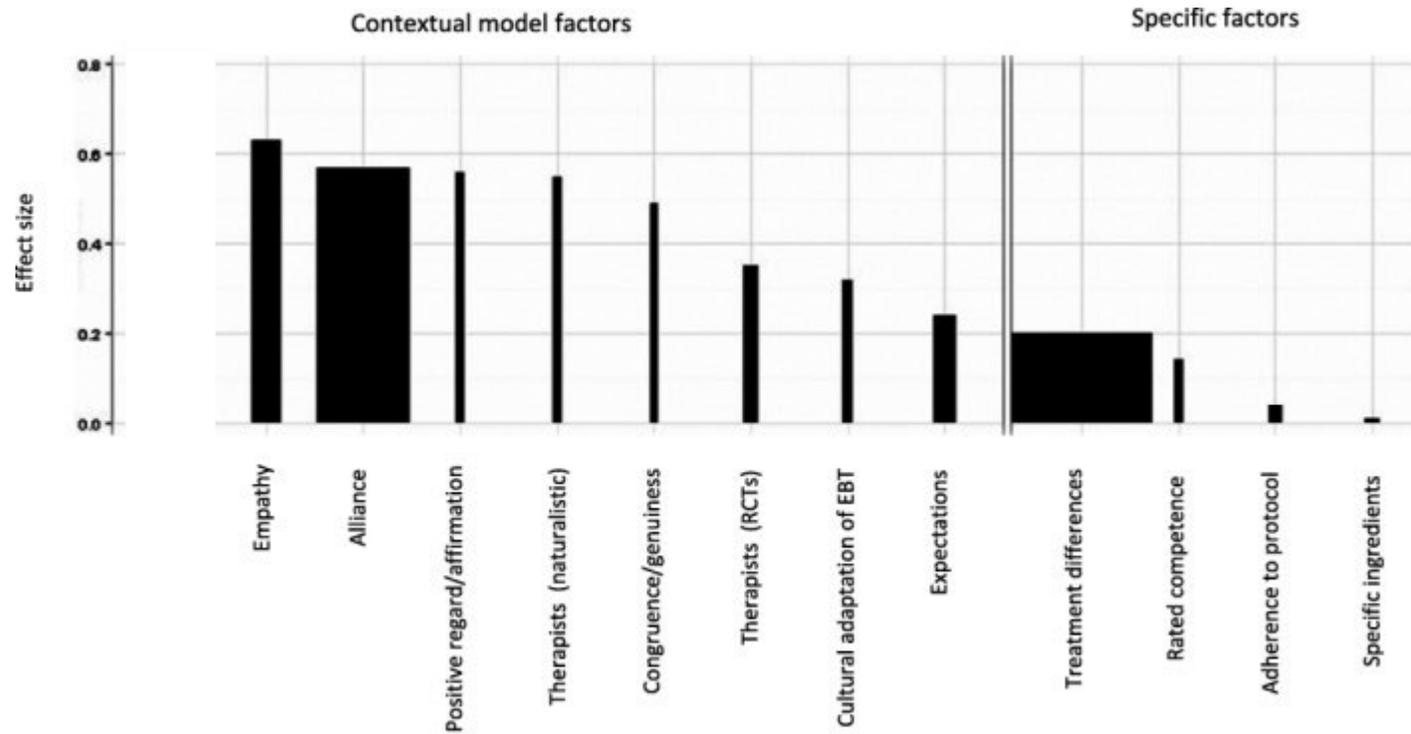
# Ausschliessliche Abstinenzangebote sind oftmals nicht passend

- Bis zu 91% der Menschen mit einer SUD möchten ihren Substanzkonsum eher reduzieren oder kontrollieren (Falk et al., 2019)
- Betroffene nehmen meist dann eine Behandlung in Anspruch, wenn sie bereits schwer schwerwiegende negative Folgen erlebt haben (Kwiatkowski, Booth, & Lloyd, 2000)
- Hilfreicher wäre eine frühere, bedarfsgerechte Behandlung (Paquette et al., 2022)

# Ziele, welche von Betroffenen als am wichtigsten eingeschätzt werden (National Peer Council, 2021)

- Am Leben zu bleiben
- **Lebensqualität** zu verbessern
- Substanzkonsum zu reduzieren
- Psychische Gesundheit zu verbessern
- Grundbedürfnisse zu befriedigen
- **Selbstwirksamkeit** zu steigern
- Zugang zu Unterstützungsdiensten zu verbessern

# Wie wichtig ist das mit den Zielen?



# S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen

Die genannte Unterversorgung geht allerdings nur zum Teil auf die oben schon angesprochenen Defizite auf der Angebotsseite zurück. Viele Betroffene sind unsicher und schrecken gerade zu Beginn einer Abhängigkeit vor dem Aufsuchen einer Beratung und Behandlung zurück. In einer empirischen Untersuchung in den USA war knapp die Hälfte der Personen mit behandlungs-bedürftigen Alkoholproblemen trotz eigener Einsicht in die Notwendigkeit (noch) nicht bereit, vollständig auf Alkoholkonsum zu verzichten (SAMHSA, 2013). Vor diesem Hintergrund kam die international stark

beachtete englische Therapieleitlinie (NICE, 2011) zu dem Schluss, auch die Reduktion der Trinkmengen als zumindest intermediäres Therapieziel für PatientInnen mit einer Alkoholabhängigkeit anzuerkennen, ein Standpunkt den auch die *European Medicines Agency* vertritt (EMA, 2011). Auch die vorliegende Leitlinie schließt sich dieser Empfehlung an und die Autoren hoffen, dass dieser niedrigschwelligere Zugang deutlich mehr Menschen in eine Beratung und Behandlung führt als bisher.

# Fallbeispiel – ein „Klassiker“ im stationären Drogenentzug

- Konsummuster: Täglich Kokain (2-3g, nasal), täglich Cannabis (5g, geraucht), unregelmässig Alkohol (Menge schwanke)
- Pat. tritt in ein stationäres Setting mit abstinentem „Rahmen“ ein und wünscht einen vollständigen Verzicht von allen Substanzen
- Verlauf: Guter therapeutischer Prozess, v.a. in Hinsicht auf Kokain („Macht mein Leben kaputt.“), dennoch regelmässige Konsumereignisse v.a. mit Cannabis und Alkohol („Ein bisschen weniger wäre gut, aber ganz weglassen will ich das nicht.“)



Was tun wir in solchen Situationen?

**A:** Patient:in entlassen  
(offensichtlich nicht  
motiviert genug)

**B:** Verhalten ignorieren  
(Patient:in macht ja sonst  
gut mit)

**C:** Mehr Kontrollen und  
engerer Rahmen (Patient:in  
braucht das)

**D:** Patient:in erklären wie wichtig  
(uns) die Abstinenz für eine  
erfolgreiche Behandlung ist

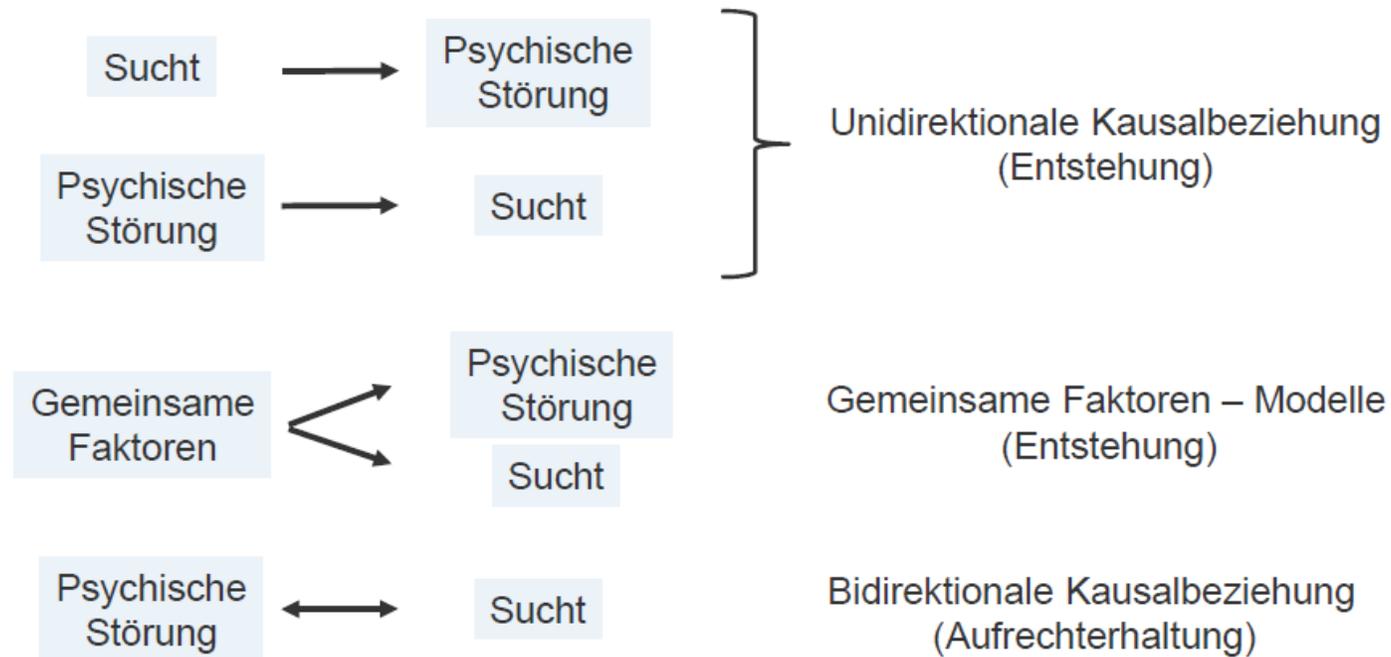
# Fallbeispiel – ein „Klassiker“ im stationären Drogenentzug



# Exkurs: Psychotherapeutisches Suchtverständnis

- **Selbstmedikationshypothese** (Khantzian 1997)
  - Konsum zur Linderung „unerträglicher inner-psychischer Zustände“
- **Komorbiditätsmodell** (Moggi et. al., 2018)
  - Gemeinsames Auftreten einer psychischen Störung und einer Störung durch Substanzkonsum
  - Komorbidität mit andere Achse-I Störungen bis zu 70% (Hulka et al., 2017)
  - Komorbidität mit Persönlichkeitsstörung: 50% (Euler et al., 2015),

# Ätiologiemodelle (Moggi et al., 2018)



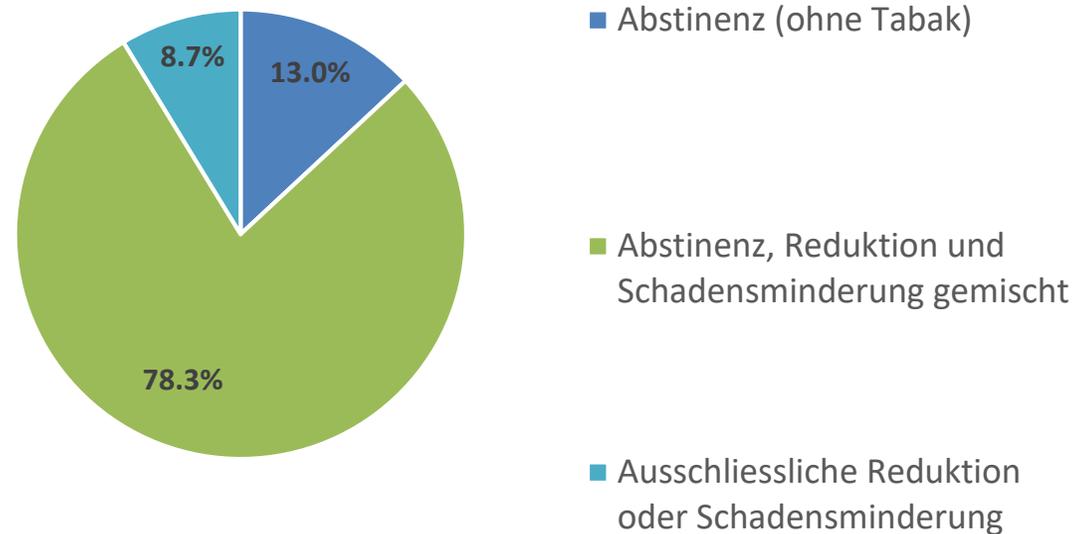
## Zwischenfazit

- Suchthilfe ist aktuell für einen Grossteil der Betroffenen nicht hilfreich und kommt oft zu spät
- Unsere Voraussetzung (Abstinenz) sind oftmals nicht das, was von den Betroffenen gewünscht wird oder situativ realistisch erscheint
- Eine Erweiterung der Behandlungsoptionen unter Berücksichtigung der Komplexität aus multiplen Erkrankungen ist alternativlos

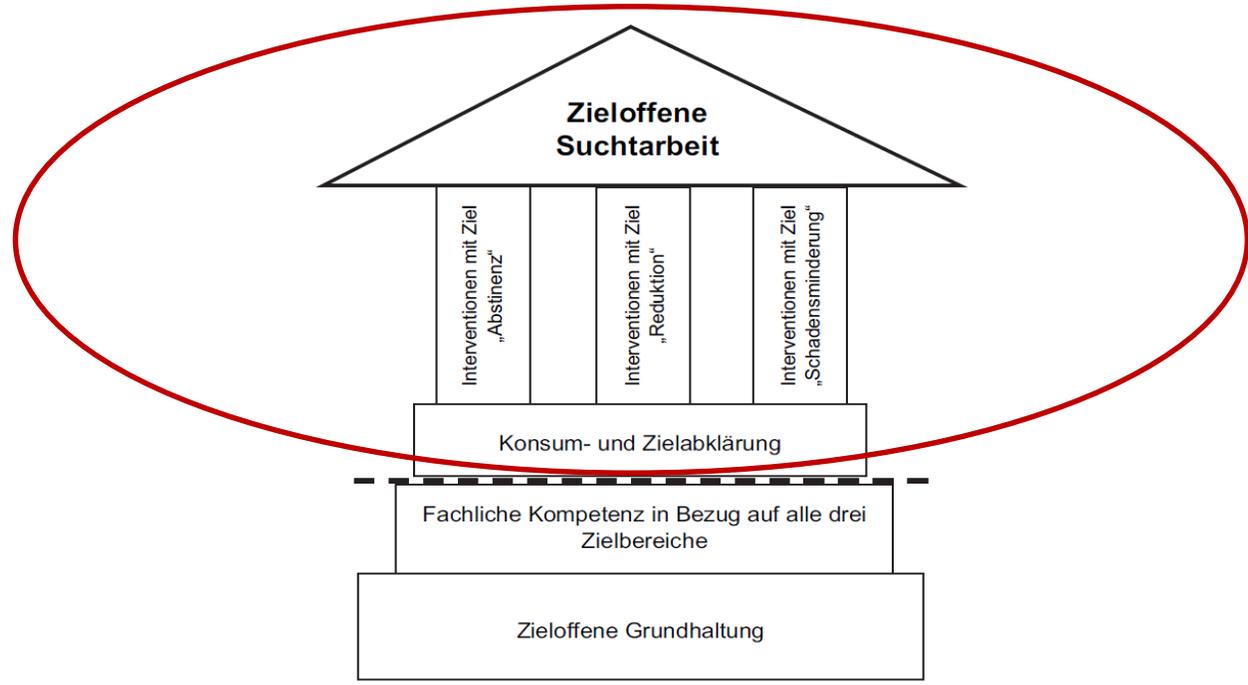
## Systematische Konsum- und Zielabklärung mit dem ZOS Kartenset



# Durch unsere Patient:innen festgelegte Ziele



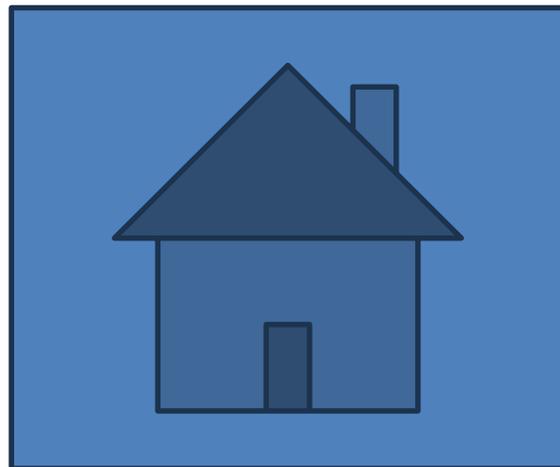
# «Der Weg zum Münsterlinger Modell»



Körkel J. & Nanz M. 2016

- Recovery- Orientierung
- Peerarbeit & Erfahrungswissen
- Partizipatives Arbeiten
- Restriktionsfreies Arbeiten
- Haltungsentwicklung

# Bereich Abhängigkeitserkrankungen



**Station S1**  
Station für Alkoholentzug  
und Therapie  
- mit Intensivzimmer



**Station S2**  
Station für Drogenentzug  
und Therapie  
- 3 Plätze für Jugendliche



**Station Rethur, S3**  
Station für  
psychotherapeutische  
Behandlung der Sucht und  
Komorbiditäten<sup>35</sup>



**Suchtambulanz**

# Implementierungsprozess durch das ISS Nürnberg

## **Bisher...**

- Grundlagenschulung aller Mitarbeiter im Bereich
- Strategieworkshops im Leitungsteam, Direktion
- Regelmässige Diagnoseworkshops in den einzelnen Teams

## **Nächste Schritte...**

- Schulung Kurzinterventionen Alkohol, illegale Substanzen, Tabak

# Was brauchen die Patient\*innen?

- Informationen und Wissen über ZOS (gleiches Wissen wie wir)
- Miteinbezug in den Veränderungs – und Implementierungsprozess (Informationen über die nächsten Schritte)
- Hilfe im Umgang mit Dritten
- Einen definierten Raum in dem das sprechen über ihr Konsumverhalten entstigmatisiert und normalisiert wird (z.B. Konsumkompetenz Gruppe)
- Die Möglichkeit sich zurückziehen zu können wenn der Konsum anderer nahe kommt

# Was brauchen unsere Teams?

- Informationen und Wissen zu ZOS (z.B. Workshops, Weiterbildungen, Haltungsentwicklung)
- Miteinbezug in den Veränderungs – und Implementierungsprozess (Informationen über die nächsten Schritte)
- Übungen zur praktischen Umsetzung (z.B. Schulung, Supervisionen, Fallbesprechung)
- Einen fixen Termin bei dem im Team über ZOS gesprochen werden kann
- Gutes Leadership = Vorgesetzte die Zeit haben um alle Themen aufgreifen zu können die Angst, Unsicherheit, Sorgen oder Nöte auslösen und Vorgesetzte die einen klaren Weg zu ZOS vorzeichnen
- Die Rückendeckung der Klinikdirektion

# Was ist zieloffene Suchtarbeit nicht!

- Keine konsumfördernde Behandlung
- Kein ungeplanter freier Konsum
- Keine Kapitulation in der Abhängigkeitsbehandlung
- Keine grundsätzliche Abkehr von der Abstinenz

# Konsum – und Zielabklärung





Name \_\_\_\_\_

## Gefühls- und Konsumtagebuch

Woche KW _____	Konsum	Wo? Alleine?	Wie häufig	Welcher Stoff	Ohne Konsum	Wie war mein Gefühl davor/ und danach (beschreiben Sie möglichst genau)
Mo	Geplant?	zu Hause ab 19:00h	2x0.5l	Bier		
	Tatsächlich?	zu Hause ab 19:00h	3x0.5l	Bier		Frust, Ärger mit Chef
Di	Geplant?				X	
	Tatsächlich?				X	
Mi	Geplant?	Kegelbahn mit Freunden	2x0.5l	Bier		
	Tatsächlich?	Kegelbahn mit Freunden	2x0.5l 1x	Bier THC		Gute Laune, alle trinken
Do	Geplant?				X	
	Tatsächlich?				X	
Fr	Geplant?	am See alleine ab 19:00h	1x	THC		Start vom Wochenende Entspannung ↓
	Tatsächlich?	— " —	1x	THC		
Sa	Geplant?	zu Hause mit Freundin	2x0.25l	Rotwein		
	Tatsächlich?	zu Hause mit Freundin	4x0.25l	— " —		Streit, Ärger, Frust, Wut
So	Geplant?				X	
	Tatsächlich?	am See alleine	2x	THC		Zur Entspannung nach dem Streit

# Besprechung Gefühls – und Konsumtagebuch

Ziel: Selbstbeobachtung zur Analyse und Veränderung des Substanzkonsums, genauer Blick auf Zeiten, Situationen und Auslöser des Konsums möglich

- Patient\*innen sollten möglichst viele von den eigenen Gedanken preisgeben können (wir sollten nicht in die Analyse verfallen)
- Ressourcen/Strategien ansprechen
- Welche Aspekte könnten gewürdigt werden?
- Wie zufrieden ist der/die Patient\*in mit der Woche?
- Welche Muster/Auslöser sieht der/die Patient\*in beim Blick auf das Konsumtagebuch?
- Wie gelingt das Führen des Konsumtagebuchs insgesamt?

# Unsere Rahmenbedingungen für ein konsumierendes Setting bei ZOS

- Konsumiert werden kann ausschliesslich ausserhalb des Klinikareals
- Kein Lagern von Substanzen im Klinikareal
- Keine Weitergabe an Mitpatient\*innen
- Kein gemeinsamer Konsum mit den Mitpatient\*innen
- Der Konsum sollte so stattfinden, dass er keine erheblichen  
Verhaltensauffälligkeiten nach sich zieht (z.B.: nicht vor den Therapien)
- Wir sprechen transparent über den Konsum aller Substanzen

# «let's do it!»



# Literatur

- Amering, M., & Schmolke, M. (2007). *Recovery Das Ende der Unheilbarkeit* (5. überarbeitete Ausg.). Bonn: Psychiatrie-Verlag Bonn.
- Euler, S., Sollberger, D., Bader, K., Lang, U. E., & Walter, M. (2015). A systematic review of personality disorders and addiction: epidemiology, course and treatment. *Fortschritte der Neurologie-psychiatrie*, 83(10), 544-554.
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A., & Baethge, C. (2021). Controlled drinking—Non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116(8), 1973-1987.
- Kingston, R. E., Marel, C., & Mills, K. L. (2017). A systematic review of the prevalence of comorbid mental health disorders in people presenting for substance use treatment in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 36(4), 527-539.
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61, 147-174.
- Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(2), 201-217.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Thomas F. Martinelli, Gera E. Nagelhout, Lore Bellaert, David Best, Wouter Vanderplasschen & Dike van de Mheen (2020) Comparing three stages of addiction recovery: long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27:5, 387-396, DOI: 10.1080/09687637.2020.1779182
- McKay, J. R., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2011). Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 356.
- Paquette, C. E., Daughters, S. B., & Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clinical psychology review*, 91, 102110.
- P. Rüesch, J. Hättenschwiler; Zürich; Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 05/2002, S.238 - 244
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006
- Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Schröder, K., von Felten, S., Zinkler, M., ... & Huber, C. G. (2017). Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *Journal of psychiatric research*, 95, 189-195.
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., ... & Rumpf, H. J. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht*.
- Steinauer, R., Huber, C. G., Petitjean, S., Wiesbeck, G. A., Dürsteler, K. M., Lang, U. E., ... & Vogel, M. (2017). Effect of door-locking policy on inpatient treatment of substance use and dual disorders. *European addiction research*, 23(2), 87-96.
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- Zahs, S., Mannino, V., Dobrin, A., (2016), *Erfolgreiche Integration eines Peers: Integration eines Peermitarbeitenden auf einer Station für Drogenentzug und Therapie in einer psychiatrischen Klinik*, *Psych. Pflege Heute*, 11/2016, Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M., Winter, A. (2012) *Recovery Praktisch – Schulungsunterlagen*, Übersetzung Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste, Englische Originalausgabe: *Realising Recovery Learning Materials* (2008) Autorinnen: Allison A., Craig H., Simon B., Susanne F., Anne C., Donald M., Rachel P., Kim G., Peter B.