

AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen

**Das Entgiftungs- und
Behandlungsprogramm für
Drogenabhängige im
AMEOS Klinikum Dr.
Heines**

**Mittwochskolloquium
Sucht 2015
Lutz Heucke**



Inhalt

- Einleitung
- Gründe für die Änderungen des Konzepts 2013
- Unser aktuelles Behandlungsprogramm
- Erste Erfahrungen mit dem neuen Konzept
- „FAQ“
- Austausch

Einleitung



- AMEOS Klinikum Dr. Heines gegründet vor 250 Jahren durch Friedrich Engelken
- Einführung der Opium-Therapie in Deutschland
- Einführung der Familienpflege
- Seit über 10 Jahren Sucht-Behandlung, Entgiftung von illegalen Drogen

Gründe für die Änderungen 2013

- *Stationen B3 und B4.* Die starre Trennung in zwei Stationen mit je zwölf Betten für die Akutbehandlung und zwölf Betten für die Motivationsbehandlung ließ sich nicht durchhalten:
 - Weil die Zahl der Akutbehandlungsplätze nicht ausreichte, mussten Akutpatienten auch auf der Motivationsstation behandelt werden. D.h. die geplante Trennung konnte faktisch nicht umgesetzt werden.
 - Das Konzept mit zwei getrennten Stationen und Konzepten wurde der klinischen Situation (Motivationspatienten sind anfangs oft schwer intoxikiert und entzünftig) nicht gerecht, ebenso wenig der im Einzelfall wechselnden Motivationslage.

Gründe für die Änderungen 2013

- *Die Doppeldiagnosenstation* funktionierte nicht wie geplant. Statt des erwarteten postakuten Klientels fanden sich dort überwiegend akutpsychiatrische Drogenpatienten, die in dem bisherigen offenen Rahmen nicht ausreichend aufgefangen werden konnten. Im Ergebnis gab es überproportional viele Rückfälle, Behandlungsabbrüche, disziplinarische Entlassungen.
- Ziel:
Erhalt des *Drei-Wege-Behandlungsmodells* durch veränderte Binnendifferenzierung

Das neue Konzept

- *Entgiftungsstation* mit 24 Betten (Ebene B 2). Binnendifferenzierung in drei Gruppen gemäß Ampelmodell (rot, gelb, grün), abhängig von Verlauf der Entgiftung, Behandlungsziel und Motivationslage. Spezifische Therapieangebote und differenzierte Ausgangsregelungen für die drei Behandlungsstadien: Akutentgiftung, Motivationsbehandlung, Entlassungsphase. Durchlässigkeit der Gruppen bei veränderter klinischer Situation und Motivationslage. Die Station wird offen geführt, der Zugang von außen ist nur über Einlass durch das Pflegepersonal möglich.

Das neue Konzept

- *Doppeldiagnosenstation* auf Ebene B 3 mit 12 Betten. Hier werden auch Beschlusspatienten behandelt. Im Rahmen von Intoxikationen kann der Beschluss in der Regel ab dem Folgetag aufgehoben werden, die Patienten werden auf die Entgiftungsstation verlegt. Bei Beschlüssen im Rahmen komorbider Störungen, die längere Behandlungszeiten erfordern, kontinuierliche Weiterbehandlung auf der Ebene B3 unabhängig von der Dauer des Beschlusses. Hierdurch wird der Bruch durch Verlegung bei diesbezüglich irritationsanfälligem Klientel vermieden.

Unser aktuelles Behandlungsprogramm B2

- Gruppenangebote Sport/Bewegung, Ergotherapie/Kunsttherapie, Gesprächsgruppe
- Station wird offen geführt (Einlasskontrolle)
- Ausgangsregelung in Abhängigkeit von messbaren UK-Werten und Therapieteilnahme, davon unberührt „Sozialausgänge“.
- Rückfälle führen zur Entlassung.
- Naturheilkundliche Angebote: Aromatherapie, Akupunktur, Tees
- Wöchentliche Termine der ambulanten Suchtberatung auf Station
- Regelmäßig Patienten zur Besichtigung des RehaCentrums Alt-Osterholz

Unser aktuelles Behandlungsprogramm B3

- Gruppenangebote Sport/Bewegung, Ergotherapie/Kunsttherapie, Gesprächsgruppe, Ressourcengruppe, Kochen etc.
- Station wird geschützt-geschlossen geführt.
- Ausgangsregelung in Abhängigkeit von Beschluss, messbaren UK-Werten und Therapieteilnahme, davon ggf. unberührt „Sozialausgänge“.
- Bei Bedarf psychologische Einzelgespräche, Rückfallanalyse etc.
- Naturheilkundliche Angebote: Aromatherapie, Akupunktur, Tees
- Wöchentliche Termine der ambulanten Suchtberatung auf Station
- Regelmäßig Patienten zur Besichtigung des RehaCentrums Alt-Osterholz

Erfahrungen mit dem neuen Behandlungskonzept

- Belegung B2 ca. 80%, B3 100%, zusammen ca. 90% übers Jahr
- Verweildauer B2 ca. 11 Tage (max. Aufenthalt 21 Tage), B3 ca. 16 Tage (große Streuung von Stunden bis Monate), insg. 12 Tage
- Fallzahl Januar bis November 2014: 903

- Somit im Vergleich zu Vorjahren stabil.

- „Normale Entlassungen“ als Qualitätsmaß: schwankend, zuletzt bei ca. 60%
- Dabei Verlegungen in andere KH bis >5%

Erfahrungen mit dem neuen Behandlungskonzept – B2

- Anfangs Verunsicherung bei Patienten und MitarbeiterInnen – unterdessen haben sich alle an neue Struktur gewöhnt.
- Durch größere Station mehr Unruhe, insbesondere bei hoher Belegung.
- Zahl der Rückfälle wechselnd, insgesamt kein sicherer Trend nach oben
- Weiterhin viele Beigebrauchsentgiftungen – Motivation?
- Nachfrage nach Betreutem Wohnen / Eingliederung wächst/bleibt hoch
- Bisher keine erhöhte Zahl an Rückfällen aus dem neuen RehaCentrum

Erfahrungen mit dem neuen Behandlungskonzept – B3

- Im letzten Jahr unabhängig vom Konzept mehrere schwerkranke Patienten mit mehrmonatigen Unterbringungsbeschlüssen mit entsprechender Belastung für die MitarbeiterInnen
- Station oft „letzte Wiese“ für „Systemsprenger“
- Patienten so schwer gestört, daß wir aktuell kein MKT anbieten sondern basalere Angebote
- Ausgangsregelung in Stufen zusammengefasst
- Oft schwierig, therapeutisches Milieu auf Station herzustellen.

Häufig gestellte Fragen

- Auszug von Fragen im Rahmen einer Fortbildung bei comeback im Herbst 2014

Welche Substanzen stehen im Vordergrund bei den Pat. (B2) ? Welche Erfahrungen gibt es mit speed, methamphetamin ?

- Opiate
 - Alkohol
 - Kokain
 - Cannabis
 - Benzodiazepine
-
- Speed nicht so häufig. Wenn überhaupt, meist als Beigebrauch. Ganz selten reine Amphetamin-Konsumenten zur Entgiftung.
 - Einzelne Patienten mit Psychose unter Amphetaminen auf der B3.
-
- Methamphetamin Einzelfall. Bisher ein Pat. aus Bautzen zum reinen Methamphetamin-Entzug. Einzelfälle von berichtetem Beigebrauch.
 - Auch in Entwöhnungseinrichtungen bisher nur Einzelfälle, meist aus „Risikogebieten“.

Welche Medikamente im Entzug (Diazepam, Antidepressiva, Antikrampfmittel)?

- Opiatentzug symptomatisch: Clonidin, MCP, Metamizol, Ibuprofen, Perazin (Taxilan), Loperamid
- Opiatentzug substitutgestützt: Methadon, Polamidon, Subutex, Suboxone
- Benzodiazepine: Diazepam, (Oxazepam) und Krampfschutz (Valproat, Keppra).
- Alkohol: AES!, Oxazepam, Diazepam, (Distraneurin), ggf. Krampfschutz
- Andere Substanzen symptomatisch.
- Antidepressiva im Entzug eher als Schlafhilfe (Mirtazapin, Stangyl)
- Doxepin wegen Senken der Krampfschwelle von uns nicht eingesetzt.
- Daneben EKG-Veränderungen (QTc-Verlängerung schon durch Substitut), Abhängigkeitspotential?

Wird noch Haldol gegeben? Wird mehr fixiert, seit Zwangsmedikation verboten?

- Haldol nicht im/zum Entzug.
- Aber Mittel der Wahl bei Delir/Prädelir.
- Auch bei (per)akuten Psychosen bzw. unbekanntem Patienten
- Im Verlauf, wenn weitere Medikation notwendig, möglichst Umstellung
- EPS dosisabhängig, treten auch unter „Atypika“ auf!

- Zwangsmedikation nicht „verboten“ – neues PsychKG
- Keine sichere Zunahme der Fixierungen.
- Evtl. mehr PatientInnen bei uns, die früher in HB-Ost behandelt wurden.

Welche Neuroleptika werden gegeben? Wie läuft die Anschlussmedikation?

- Präferenz von „Atypika“ im Sucht-/DD-Bereich.
- Auswahl nach Syndrom, NW, Vorerfahrungen
- Häufig eingesetzt: Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Fluanxol.

- Empfohlene Verordnungsdauer / Dosierung je nach Indikation.
- Weiterverordnung durch niedergelassene Ärzte

Welches sind die gebräuchlichen Psychopharmaka für welche Indikation?

- Hochpotente Neuroleptika (z. B. Risperidon, Fluanxol, Olanzapin, Quetiapin) bei Psychose oder bei schwerer Depression, ggf. niedrig dosiert bei PS, Stimmungsstabilisierer
- Niedrig potente Neuroleptika (z. B. Perazin, Truxal, Dipiperon, Neurocil) zur Abschirmung, Beruhigung bei verschiedenen Krankheitsbildern
- Benzodiazepine (z. B. Diazepam, Oxazepam) im Entzug, in akuten Krisen
- Antidepressiva (z. B. Citalopram, Sertralin, Venlafaxin, Mirtazapin) bei Depression, als Schlafmittel, (bei PS)
- Stimmungsstabilisierer (z. B. Valproat, Carbamazepin, Lithium) bei Depression, Impulskontrollstörung, PS

Abhängigkeitspotential von Antidepressiva?

- Antidepressiva haben kein Abhängigkeitspotential !!!
- Aber: es gibt bei einigen Substanzen Absetzphänomene
- Aber: Doxepin wird auf dem Schwarzmarkt gehandelt
- Aber: Lyrica (Pregabalin) ist kein Antidepressivum

Alternativen zu Benzodiazepinen?

- Sedierung: niedrig potente Neuroleptika
- Schlaf: Neuroleptika, sedierende AD
- Anxiolyse??
- Stimmungsstabilisierer (CBZ senkt Methadon-Spiegel)?

- Z-Substanzen (Zopiclon, Zolpidem...) haben ähnliches Abhängigkeitspotential

- Pregabalin (Lyrica) hat deutliches Abhängigkeitspotential. Wird gedealt. In Entwöhnungseinrichtungen 30% positive Befunde.

Dauermedikation statt Behandlungsmedikation ?

- Akut-Medikation
- Erhaltungstherapie
- Rezidivprophylaxe müssen unterschieden werden.

- Daraus folgt eine individuell festzulegende Dauer der Medikation

- Idealerweise empfiehlt der Entlassbrief schon eine Dauer und benennt den Grund der Medikation.
- Der ambulant behandelnde Arzt überprüft regelmäßig die Indikation und die Wirksamkeit.
- Die Medikation wird nur in Absprache mit dem Behandler geändert.
- Die Behandlungsdauer wird den Gegebenheiten angepasst (nicht AD vor Umzug, neuer Arbeit o.ä. absetzen)

Wie sinnvoll ist Substitution und Behandlung mit Antidepressiva/Neuroleptika ohne therapeutische Begleitung?

- Was heißt therapeutische Begleitung?
- Wann ist ein Mensch „therapiefähig“?
- Medikamente mit nachgewiesener Wirksamkeit – Wirksamkeit von PT nachgewiesen
- Destabilisierung durch „aufdeckende“ PT-Verfahren
- Kombination von Medikation und PT nicht unbedingt besser, sogar gegenteilige Studien.
- Mittelgradige Depression: Leitlinie: PT oder Medikation, nicht „und“.
- Angebot an PT für Psychosen gering
- Wartezeit für PT auch für nicht Drogenabhängige mehrere Monate, bei spezialisierten Angeboten z.T. deutlich länger.

Diskussion

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



© www.toonup.com/leichnam