

Crystal-bezogene Problemlage in Sachsen 2018

Akutbehandlung / Reha Behandlung / Eingliederungshilfe: Crystal bezogene Bedarfe und Herausforderungen

Crystal-bezogene Problemlage in Sachsen 2018
SLS Tagung
Dresden 27.06.2018




**SHM Suchthilfe
Mitteldeutschland
gGmbH**
Fachklinik für Drogenrehabilitation
Wernsdorf

**Akutbehandlung / Rehabehandlung /
Eingliederungshilfe:
Crystalbezogene Bedarfe und Herausforderungen**

<https://www.awo-in-sachsen.de/fachklinik-fur-drogenrehabilitation/>

Dr. med. Abiodun Bernard Joseph




Problemstellung

- Gleichzeitgbehandlung zweier (oder mehr) sich gegenseitig verschlechternden Störungen
- Erstdiagnose F10-F19 oft nur Symptom der tatsächlichen Störung
- Indikationsübergreifendes Vorgehen aus Sicht des SGB IX (Reha und Teilhabe)
- Überschneidung mit SGB V (GKV)
- Therapieziel **Teilhabe** bei vielschichtig gestörten Rehabilitanden

CrystalMeth ist mit einem besonders hohen Psychose-Risiko behaftet, v.a. beim Dauerkonsum. Seit 2010 stehen Sächsische Kliniken steigenden Fallzahlen von Crystal Meth-Konsumenten und Crystal Meth getriggerten Psychosen gegenüber. Die Tatsache, dass bei untersuchten Konsumentenstichproben im Schnitt 10 Jahre zwischen Erstkonsum und Behandlungsbeginn lagen, widerlegt die oftmals berichtete schnelle Verelendungshypothese, die dann zum Kontakt mit dem Suchthilfesystem führt. Eine Vielzahl der Betroffenen wird erst in den kommenden Jahren das Versorgungssystem erreichen.

Symptomatisch lässt sich die Crystal Meth-induzierte Psychose oftmals nicht von einer Schizophrenie unterscheiden. Um die phänomenologischen Unterschiede - die es durchaus gibt- zu erkennen, bedarf es viel Erfahrung. Darüber hinaus sind Erkenntnisse über Entstehung der Erkrankung, Charakteristika und Verlauf von crystalinduzierten und/oder exazerbierten Psychosen, deren Differenzierung und Skills im Erkennen weiterer Komorbiditäten essenziell für die Wahl einer adäquaten Intervention.

Unsere bislang bewerteten Therapiekonzepte kommen bei diesem Klientel an ihre Grenzen. Die „klassische Reha Fähigkeit“ ist oftmals erst nach Monaten erreichbar, dennoch gehört diese Patientengruppe nicht mehr in die Akutpsychiatrie. Gleichmaßen sind viele „Doppeldiagnose“ Rehabilitanden mit anderen Komorbiditäten (F 60.xx, F90, F43.1), trotz erfolgreicher Rehabilitation und guter Prognose, (noch) nicht Adaptionsfähig.



Crystal -Psychose

- Paranoia, Verfolgungsideen, teilweise systematisiert
- Nicht unterscheidbar von einer Schizophrenie, allerdings fehlt i.d.R. die „klassische“ Anamnese

- Symptome treten passager oder anhaltend auf
- gute Ansprechbarkeit auf atypische Neuroleptika

- Zudem, Folgen der Rezeptordichteabnahme
- Stressanfälligkeit
- Flashbacks und Psychoserezidive
- gesteigerte Reizbarkeit und Aggressivität

} auch Monate nach
letzten Konsum

DESTRO1325

Zugang zur Rehabilitation:


- Verkürztes Verfahren und Direktverlegungen haben Zugang erleichtert
- Kostenträger (DRV, KK) sehr Großzügig hinsichtlich Bewilligungen / Verlängerungen bei Doppeldiagnosen
- Rehabilitation dieser Patienten allerdings nur im besonderen Setting erfolgsversprechend

Typische Hindernisse für die Adaption:

- psychische Instabilität (z.B. Borderline, Selbstverletzungstendenzen, Restpsychose usw.)
- höherer Betreuungsaufwand (soziotherapeutisch, ärztlich, psychotherapeutisch usw.)
- komplexe Eingliederungsbedarfe
- komplexe Zuständigkeiten nach längerer Therapie (> 6 Monaten), Kostensicherung, Grundsicherung (KSV, Job Center)
- hohe Medikamentenlast
- off Label Medikation
- Leistungsfähigkeit aufgehoben oder noch teilweise beeinträchtigt

Aktuelle Probleme aus Sicht der Klinik:

- Keine auf Doppeldiagnose spezialisierte Adaption in der Region
- Nachsorgeeinrichtungen sind generell mit diesem Klientel überfordert
- Probleme sind oftmals nicht Substanzrückfälle, sondern Verhaltens- und /oder emotionale Störungen
- Enge therapeutische Anbindung, die für mehrere Monate erforderlich ist, ist vielerorts ambulant nicht leistbar



Besondere Probleme in der Arbeit mit Betroffenen

- Die klassische *Reha Sucht* nach Maßgabe der RV (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) hat mit der Realität der meisten Doppeldiagnose-Patienten kaum etwas zu tun
- wenn in der Behandlung nur ein Teil der Mehrfachstörung Berücksichtigung findet ist die Prognose erwartungsgemäß Schlecht

Häufigkeit von Zweitdiagnosen in der Fachklinik für Drogenrehabilitation Wermisdorf

Anzahl der Komorbiditäten	
1	35.0%
2	25.9%
3	18.5%
4	3.4%
5	1.1%



Besondere Probleme in der Arbeit mit Betroffenen

- Zugang zu Behandlungsangeboten
- Abstinenzbereitschaft
- Motivationsbereitschaft
- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Therapieplanung muss langfristig angelegt sein
- Komplexer Hilfebedarf, keine vereinheitlichte Zuständigkeit (SGB V, IX)
- hohe Drop out Rate

Im richtigen Setting hingegen ist die Drop out Rate vergleichsweise gering. Etwa die Hälfte unserer Rehabilitanden (inkl. §35) beantragt eine Verlängerung der Maßnahme.



Besondere Probleme in der Arbeit mit Betroffenen

eine Erfolg versprechende Doppeldiagnose-Behandlung erfordert ein besonderes Behandlungssetting

Es muss

1. dem Problem angemessen
2. konsistent, Evidenz basiert
3. flexibel
4. Spaltungsresistent sein

- Bei Methamphetamin-assoziierten Psychosen (ICD-10: F15.5, F15.7) **ist die zu frühe Etikettierung als „Schizophrenie“ zu vermeiden**, da dies schwerwiegende Implikationen für die prognostische Einschätzung des Umfelds und der betroffenen Person haben kann (Dauermedikation mit negativen Konsequenzen durch Nebenwirkungen, eigene Hoffnungslosigkeit, Ausschluss von Rehabilitation durch Einrichtungen und Kostenträgern).

S3 Leitlinie Methamphetamin bezogene Störungen

Fazit:

- Die Doppeldiagnose bleibt eine Herausforderung in der psychiatrischen Praxis.
- Beunruhigende regionale Entwicklungen erfordern wirksame Präventions- und Interventionsmaßnahmen, um stimulanzienspezifische Probleme stärker zu berücksichtigen.
- Eine mehrmonatige Entwöhnungsbehandlung in einer auf die Spezifika dieses Klientels spezialisierten Klinik ist von Vorteil, um dem erforderlichen integrierten Behandlungsansatz Rechnung zu tragen.
- Gleichmaßen sollte die Nachsorge (z.B. spezielle Adaptionsangebote), sowie die ambulante Versorgung durch integrierte Behandlungsangebote in Spezialsprechstunden und Schwerpunktpraxen optimiert werden.

Literatur

1. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen; Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. www.slsev.de März 2018
2. Crocker CE et al. Schizophr Res 2014; 157 (1–3): 231–237.
3. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen, 1. Auflage. Version 1. 2016. Available from: www.crystal-meth.aezq.de
4. Ghaffari-Nejad A. Addict Health 2014; 6 (3–4): 105–111.
5. Kraus L et al. Sucht 2013; 59(6): 321–331
6. McKetin R et al. JAMA Psych 2013; 70 (3): 319–324.
7. Pfeiffer-Gerschel T et al. Sucht 2014; 60
8. Piontek et al. 2013. Kurzbericht IFT Institut für Therapieforchung. Sekundäranalysen im Rahmen des Projekts „Missbrauch von Amphetaminen in Deutschland: Studie zur Motivation und zu den Konsumgewohnheiten von missbräuchlich Amphetaminkonsumierenden“