

Crack in deutschen Großstädten - medikamentengestützte psychosoziale Versorgungsformen

Dr. Thomas Peschel
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Patrida Berlin/Hannover

Internationaler Fachtag Frankfurt, 4. Oktober 2022

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.)

S3-Leitlinie

Psychosoziale Therapien

bei schweren psychischen

Erkrankungen

S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie

Inhaltsverzeichnis

1. Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten der Leitlinie	4
2. Evidenz und Empfehlungen	8
3. Grundlagen psychosozialen Handelns	11
3.1 Recovery und Empowerment.....	11
3.2 Milieutherapie und Therapeutische Gemeinschaften	13
3.3. Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung	14
3.4 Stigma und Anti-Stigma-Interventionen.....	14
4 Selbstmanagement und Selbsthilfe	16
4.1 Hintergrund.....	16
4.2 Selbstmanagement.....	16
4.3 Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe	17
4.3. Selbsthilfegruppen.....	18
4.4 Evidenzkapitel: Peer-Support - Experten aus Erfahrung	19
4.4.1 Hintergrund	19
4.4.2 Internationale Evidenz.....	20
4.4.3 Kosteneffektivität	22
4.4.4 Von der Evidenz zur Empfehlung	22
5 Systeminterventionen	23
5.1 Frühintervention.....	23
5.1.1 Hintergrund	23

Fallvignette Karl D., 47 Jahre

- Biographie: in Pflegefamilie aufgewachsen, viel Gewalt erfahren.
- Mit 15 Jahren erstmals Heroin, schnell i.v.
- Hauptschule beendet, Lehre als Fliesenleger
- Mit 20 Jahren Sohn bekommen, stabile Beziehung, lange clean, später noch zwei Töchter
- Nach Trennung von Kindsmutter, Absturz
- Danach typische Karriere mit Beschaffungskriminalität, Haft etc., dysfunktionaler Substitution
- Mehrere Suizidversuche

Karl D.

- „broken home“ Sozialisation
- Szenevergangenheit
- Haftstrafen
- z.T. 10-20 Jahre keine Tagesstrukturierung außer Beschaffung
- mangelnde Selbstfürsorge
- starke Vereinzelung („auf der Szene gibt es keine Freunde“), Persönlichkeitsstörungen
- somatische Erkrankungen
- Vermeidung des Kontaktes zu Hilfesystem
- Entwicklungstrauma, PTSD (Symptome!!)

Patrida Hannover

- 20.11.2020 erste Aufnahme in diamorphingestützte Behandlung, 1 Tag
- 23.03.2021 erneute Vorstellung, gleich einige Fehltage
- Situation: obdachlos, schläft in Zelt, keine Papiere, kein Geld, unsicherer Versicherungsstatus, unruhig, desorganisiert, zittrig, agitiert, Schwierigkeiten bei Applikation. BK von Crack, Lyrica, Benzos
- Nach 4 Wochen auf eigenen Wunsch stationäre Teilentgiftung organisiert, nach einem Tag disziplinarisch beendet
- Multiple Anforderungen, Strafbefehle, Geldstrafen, Einladung Tuberkulose Screening, Hepatitis C Behandlung, Abszesse, häufiger Lungenentzündungen
- Stationäre Aufenthalte notwendig (insgesamt 3 in sechs Monaten): Lungenentzündung, Thrombose, Leukopenie
- Oktober 2021: Diagnose HIV, Behandlungsnotwendigkeit, Einleitung Therapie dann letztlich stationär, da ambulant nicht möglich

Patrida Hannover

- Viel Sozialarbeit, Sozialstunden werden in Ratenzahlungen umgewandelt etc.
- Anfang Januar 2022: kommt häufiger mit diversen Verletzungen durch äußere Gewalteinwirkung. Luftnot, Schmerzen beim Atmen, dauert Tage bis er in Klinik geht. Diagnose: Rippenprellungen
- Erneute Thrombose, Blutverdünnung, trifft nicht gut
- Anfang April 2022 zunehmende Bedrohung, schläft bei uns in Treppenhaus, Klinikaufenthalt angeraten zur Klärung, Dealer verlange 1200 Euro von ihm
- Stationärer Aufenthalt in Psychiatrie zur Krisenintervention!
- Sozialarbeiterin besucht ihn regelmäßig dort, Perspektivenplanung
- Entscheidung: Wechsel direkt nach Berlin von Station aus
- Sozialarbeiterin legt Fahrkarte aus, organisiert alles

Patrida Berlin

- Kommt am 27.4.2022 nachmittags an
- Zunächst Krisenwohnen, später im 2-Bett Zimmer im Hotel
- Hält sich tagsüber immer in der Einrichtung auf
- viel sozialarbeiterische Arbeit
- Nach 6 Wochen im Rahmen Jobcenterbesuch Verhaftung (alte Erzwingungshaft wegen Maske nicht getragen)
- Wir entscheiden uns für Übernahme der Kosten und erneuten Bruch zu vermeiden
- In der ganzen Zeit kein Rückfall
- Scham, Verzweiflung, nicht mehr ertragen in Hannover, da Szene neben Amtsgericht, wo seine Tochter Ausbildung macht...
- Perspektive: in Berlin stabilisieren, Arbeitstätigkeit beginnen, dann Kontakt zur Familie herstellen.
- Derzeit: Hepatitis C-Therapie, einige Arbeitsgelegenheiten, HIV stabil behandelt

Was war hilfreich aus Sicht von Karl?

- Tägliche Anlaufstelle mit diamorphingestützter Behandlung
- Bezugssozialarbeit vor Ort ohne Komm-Struktur
- Geduld und Perspektivenklärung (1 Jahr!)
- Ortswechsel, in Hannover nicht geschafft
- Berlin: täglich 12h in Einrichtung sein können
- alles unter einem Dach
- „In Hannover hätte ich es nicht geschafft außer mit Tagesaufenthalt“
- Niedrigschwelligkeit, Geduld, Beziehungsaufbau „ich konnte immer kommen, war immer jemand da“

„Hilfesystem“ ist nicht vernetzt

- Aus Abstinenzbewegung (stationär, LZ-Therapie)
- Aus harm reduction/Akzeptanz (Substitution, Konsumräume)
- Viele symptomorientierte Maßnahmen (ambulante Wundversorgung etc.)
- Substitution funktioniert nicht (nicht niedrigschwellig genug)
- Psychiatrie nicht zuständig, nur für Entgiftung
- Nichts ist aus einer Hand! Reibungs- und Abstimmungskonflikte etc.

Fazit I

- Multimorbidität erfordert multidisziplinäres Vorgehen
 - somatisch, multiple Substanzabhängigkeiten, psychiatrisch, sozial, (berufliche) Tätigkeit, rechtliche Situation
 - Obdachlosigkeit („ohne Dach über dem Kopf kein Therapiefortschritt), fehlender Versicherungsschutz
- Akteure sind nicht vernetzt, Niedrigschwelligkeit im medizinischen Bereich in der Regel nicht gegeben
- Ambulanter und stationärer Bereich nicht vernetzt
- Substitution nicht niedrigschwellig (nur 50% erreicht)

Fazit II

- Es braucht eine alternative Aufenthaltsmöglichkeit außerhalb der Szene mit „attraktivem“ Angebot, das Patienten täglich wahrnehmen wollen (niedrigschwellig mit Behandlung!)
- Abhängige Patienten haben keinen Zugang zum eigentlichen psychiatrischen System (Spaltung Sucht und Psychiatrie überwinden)
- Crack ist Folge, nicht das Problem
- Schweiz: ein Unterschied – niedrigschwellige Substitution!
- Modell: diamorphingestützte Behandlung für Schwerstabhängige konzipiert
 - Voraussetzungen: multidisziplinäres Team, kurzfristig psychiatrische Expertise, 12 h Öffnungszeit, PSB vor Ort, eingebunden in lokales Suchthilfesystem

aus Studie „Crack in Frankfurt“

Tabelle 1: Lifetime-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz diverser Substanzen in der Stichprobe (%)

	24 Stunden	30 Tage	Lifetime
Alkohol	47	63	100
Cannabis	43	67	97
Heroin	40	67	97
Crack	90	93	97
Kokain	0	30	97
Benzodiazepine	17	33	77
Substitutionsmittel	50	53	83
Andere Opioide	0	20	53
Speed	3	13	77
Crystal Meth	0	0	30

Sozialpsychiatrische Perspektive

- Seeking Safety
- Housing first
- Konsumräume
- **Niederschwellige integrierte psychiatrische und somatische Versorgung ambulant und stationär**
- **inklusive niedrigschwellige Substitution!**

Aufenthalt



Patientenküche



Raucherkabine



Ruheraum



Milieutherapie



Werkraum



Psychosoziale Betreuung

