

Substitutionsambulanz im Drob Inn

Handreichung für die dort substituierenden Kolleginnen und Kollegen

Die Aufgabe: Substitution von Opioidabhängigen, die bislang nicht in Behandlung sind

Die Bedingung: In einer epidemischen Situation mit verminderten Diagnosemöglichkeiten die Opioidabhängigkeit sicher festzustellen und bei Indikation für eine Substitution die richtige Dosis zu finden

Das erhoffte Ergebnis: Aufnahme bislang unbehandelter Opioidabhängiger in Hamburg in die Substitutionsbehandlung. Aufdosierung bis zur angemessenen individuellen Tagesdosis. Überweisung an das ambulante niedergelassene Versorgungssystem zur Weiterbehandlung.

Es gibt für diese Situation kein Vorbild, keine Empfehlung, keine Leitlinie.

Aber es gibt ein Beispiel, an dem man sich orientieren kann: Das Vorgehen der Kolleg*innen des Amsterdamer Gemeinde-Gesundheitsamtes GGD in den 1990er und 2000er Jahren im Polizeigefängnis.

Jeden Tag gegen Mittag erhielt die Straßenambulanz PPP des GGD ein Fax mit den Namen der Festgenommenen in Polizeigewahrsam. Die durften nach niederländischem Recht bis zu sieben Tagen dort einsitzen, dann musste über Freilassung oder U-Haft entschieden sein. Auf dieser Liste waren aufgeführt Namen von niederländischen OST-Patient*innen, deren Heimatpraxis/-ambulanz, Medikament und Dosis über das zentral geführte Substitutionsregister des Landes abgefragt werden konnten.

Die übrigen waren unbehandelte Opioidabhängige aus dem In- und Ausland.

Ein*e Kolleg*in des GGD fuhr dann mit der Liste und einer Tasche mit Methadonfläschchen in Dosierungen von 5-20mg in das Polizeigefängnis. Schon beim Betreten des Zellentrakts roch es nach Fäkalien und saurem Schweiß. Damit konnte bereits mit der Nase festgestellt werden, dass hinter den Zellentüren eine Reihe von Opioidabhängigen im Entzug sitzen mussten.

So war es. In den Zellen kauerten die Festgenommenen frierend, mit geweiteten Pupillen und mit dem typischen sauren Schweißgeruch, zum Teil auch nach Durchfall riechend.

Urintests wurden nicht durchgeführt.

Der Blick auf die Pupillengröße sicherte das Leitsymptom:

1. Pupillengröße bei geöffneten Augen?
2. Augenlider geschlossen für 5 Sekunden
3. Pupillengröße nach Öffnen der Augenlider: Bei Mydriasis -> sicheres Entzugszeichen.
Bei Miosis und geringer Pupillenweite: kein oder allenfalls geringes Entzugszeichen.

Nach kurzgehaltenen Fragen nach Substanzkonsum, Art des Konsums, täglicher Dosis und letztem Konsum wurde noch das Stethoskop auf den Bauch gehalten (Geräusche einer Abwasserleitung?), die Diagnose Substanzmissbrauch vom Opioidtyp gestellt und eindosiert. Mit 5-20mg Methadon. Nicht mehr. Immer unter der möglicherweise tödlichen Dosis für nicht-tolerante Opioid-Gelegenheitskonsumenten. Für die ersten 24 Stunden bis zur Wiedervorstellung am nächsten Tag war das zweifelsohne vielfach zu wenig. Aber es war sicher und brachte den Festgenommenen zumindest zeitweilig Linderung. Am nächsten Tag konnte aufdosiert werden. Täglich um nicht mehr als 5-10mg. Insgesamt lagen die Tagesdosen bei niederländischen Festgenommenen durchschnittlich niedriger als bei den ausländischen, weil in den Niederlanden bereits damals überwiegend Heroin geraucht wurde.

Nach 3-4 Tagen wurde eine Pause bei der Aufdosierung eingelegt, um Kumulationseffekte zu vermeiden, die zu einer spät einsetzenden Überdosis führen könnten.

Die Patient*innen waren verständlicherweise nicht erfreut über die anfangs niedrigen Dosen. Aber sie wussten von anderen Festgenommenen, dass das Elend nach ein paar Tagen ein Ende haben würde.

Was nun kann aus dieser Erfahrung in Amsterdam übernommen werden im Drob Inn?

Das Prinzip: die Diagnose mit eingeschränkten Mitteln sichern und mit sicher nicht-tödlichen Dosen die Substitution beginnen bis zum Erreichen der richtigen Tagesdosis.

Zur Diagnose stehen zur Verfügung die Speicheltests (siehe unten). Auch wenn die Kombination von Opioidentzugszeichen ausreicht für die Diagnose, ist der Speicheltest die technische Hilfe, betäubungsmittelrechtlich eindeutig den Konsum nachzuweisen.

Und die kurze Aufnahme der wichtigsten Angaben auf dem Aufnahmebogen (s.d.).

Und die Kurzuntersuchung auf Entzugszeichen mit Hilfe der Tabelle (s.d.):

Daraus kann die Diagnose Opioidabhängigkeit bzw. schädlicher Konsum von Opioiden gestellt bzw. ausgeschlossen werden. Und ggf. eindosiert werden. Je nach Entzugsstadium bis zu 20 mg. Bei schweren Entzugssymptomen kann eine zweite Dosis von 10mg nach 60 Minuten in Erwägung gezogen werden. Und das war's dann für die nächsten 24 Stunden. Murren und Knurren muss hingenommen werden und die Dosissteigerung am nächsten Tag in Aussicht gestellt werden. Die Patienten mögen am nächsten Tag mindestens leicht entzückt wiederkommen und nicht „opioidsatt“ – dann nämlich gibt es keine Aufdosierung.

2.-4. Tag: bei eindeutigen Entzugszeichen Aufdosierung um 5-10mg tgl. Bei nicht-eindeutigen Entzugszeichen (Pupillen noch eng, andere Symptome schwach oder gar nicht erkennbar) lediglich 5mg oder eben gar nicht.

4. oder 5. Tag: Aufdosierungspause, um Kumulierungseffekte mit Überdosis zu vermeiden, Vergabe der Vortagesdosis.

6. Tag und folgende: ggf. Dosissteigerung auf 60-80mg. Dann wieder Aufdosierungspause. Bei Erreichen der mutmaßlich stabilen Dosis kann dann der Versuch unternommen werden, den/die Patient*in an niedergelassene Kolleg*innen oder an eine der anderen Ambulanzen zu überweisen, um die Drob Inn Ambulanz zu entlasten und um das tägliche Erscheinen dort zu beenden.

Annina Carstens, Hans-Günter Meyer-Thompson, Rainer Ullmann, Fabian Vorberg

Anhang:

- Speicheltest Abbott und nal van minden (liegen als pdf-Dateien vor).
- „Mit allen Sinnen – Erkennen von Opioidentzugszeichen
- Tabelle mit ausgesuchten Entzugszeichen zur objektiven Klassifizierung von Entzugszeichen (nicht-leicht-mittel-schwer)
- Aufnahmebogen