

Behandlungspfade in der Suchtmedizin- Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung?

Prof. Dr. Markus Banger
Köln, den 29.01.2015

Carl Gustav Jung (1875-1961)

„Meine während einer sechzigjährigen praktischen Erfahrung gesammelten Erkenntnisse über die menschliche Natur haben mich gelehrt, jeden Fall als einen neuen zu betrachten und mich zunächst immer um eine individuelle Annäherung zu bemühen.“

„Gleiches muss nicht Gleiches bedeuten.“

Gliederung

- Warum Behandlungspfade (CPW) in der Suchtmedizin?
- Was ist ein CPW?
- Was können CPW nicht leisten
- Entwicklung von Behandlungspfaden
 - Ansatz Universität Leuphana
 - CPW LVR-Klinik Bonn
- Zusammenfassung
- Persönliches Schlussstatement

Warum Behandlungspfade in der Suchtmedizin?

- Die Alkoholabhängigkeit ist der häufigste Grund für stat. Behandlungen (Grobe et al., 2004)
- Die stat. Behandlungsdauer bei ihnen ist gesunken (Driessen et al., 1999; Spießl et al., 2006)
- Die Wiederaufnahmerate ist gestiegen (Kruse et al., 2001)
- Die diagnostischen und therapeutischen Prozesse während der Behandlung sind gut definierbar (Mann et al., 2006)
- Es gab (gibt bald wieder) AWMF Leitlinien zur Akubehandlung (S2 Niveau)

CPW in der Suchtmedizin

- Sind auf der Basis allgemein akzeptierter Diagnostik- und Behandlungsleitlinien (EBM, AWMF) multiprofessionell entwickelte lokale Handlungsfestlegungen und Handlungszuordnungen in ärztlicher Letztverantwortung
- Die Implementierung in der Klinik, in der Abteilung, in den unterschiedlichsten Berufsgruppen verlangt viel Engagement
- CPW Abweichungen sind häufig notwendig, sollten begründet und dokumentiert werden.
- In regelmäßigen Rhythmen sollte die CPW-Abweichungen ausgewertet werden, der CPW sollte ggf. angepasst werden
- CPW sollten realistisch umsetzbar sein
- CPW sollen für die Hauptdiagnosegruppen vorhanden sein
- Regelmäßig sollte überprüft werden ob die CPW hilfreich sind und wirklich „gelebt“ werden
- CPW müssen tief in der Krankenhaus-EDV verankert sein₅

CPW leisten nicht:

- Völlig verbindliche Festlegung des Behandlungsverlaufs in einer Klinik
- Ersatz von Leitlinien oder ärztlichen Richtlinien der ärztlichen Behandlung
- Ersatz von qualifizierten Fachkräften durch kostengünstigere Arbeitskräfte
- Juristische Absicherung durch Pfadfestlegung

Alkoholabhängigkeit 1

- Beteiligte Institutionen
 - Suchtberatungsstellen, Schulen, niedergelassene Allgemeinärzte, Fachärzte, Polikliniken, Institutsambulanzen, somatische, psychiatrische Krankenhäuser, Arbeitgeber, Polizei, Ordnungsamt, Rehakliniken, Betreutes Wohnen, Sozialamt, Jobcenter...
- Wer erbringt zu welchem Zeitpunkt der Störung, welche Leistungen?
- Welcher Kostenträger zahlt welche Leistung?
- Wer darf (Unterschied Stadt Land) welche Leistungen erbringen, wenn der eigentlich zuständige für diese Leistung, sie nicht erbringen kann? Wer honoriert dies dann wie?

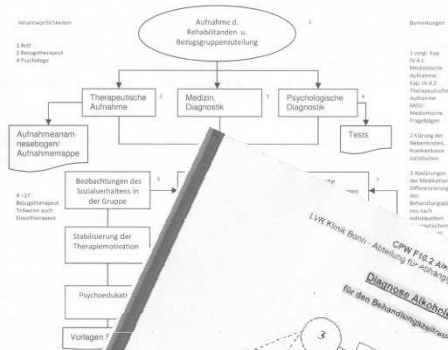
Alkoholabhängigkeit 2

- Wie wird dokumentiert, wie wird abgerechnet, wie kontrolliert?
- Welche Formen von Qualitätssicherung finden statt?
- Welche Schnittstellenleistungen sind notwendig und werden von wem zu Lasten von wem erbracht?
- Wie wird eine dauerhaft gute Qualität bei allen Beteiligten sichergestellt?
- Welche verbindliche Kommunikationsstruktur besteht?
- Wer trifft verantwortlich die Letztentscheidung?
- Was ist bei Haftungsfragen?
- Wo bleibt der freie Wille der Patientinnen und Patienten?
- Wie wird der Datenschutz gewährleistet?

Stat. Behandlung alkoholabhängiger Patienten in der LVR-Klinik Bonn (1.-3. Woche)

1. Ärztliche Untersuchung und Aufnahme
2. Diagnose und Differentialdiagnose
3. Befunddokumentation
 1. Psychiatrisch
 2. Somatisch
4. Akute Gefährdungsaspekte?
5. Labor
6. Pflegerische Aufnahme
7. Dokumentation
8. EKG
9. Monitoring
10. Aufklärung der Patienten
11. Behandlungseinleitung
12. Wochenplan
13. Überprüfung der Diagnose
14. Überprüfung der Behandlung
15. Nachsorgevorbereitung

QMVA IV.5.1.1 Behandlungsplan Orientierungsphase 1. – 8. Behandlungswoche



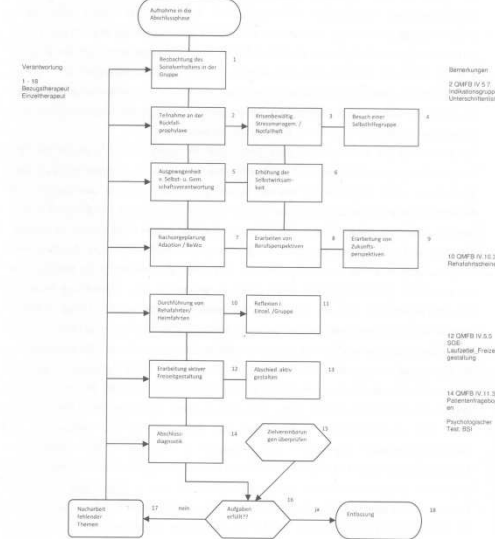
QMVA IV.5 Behandlungsplan Kernphase 9 - 17 Behandlungswoche

Verantwortung: 1 = 24 Betreuergroupeneinstellung, 2 = 24 Betreuergroupeneinstellung, 3 = 24 Betreuergroupeneinstellung, 4 = 24 Betreuergroupeneinstellung, 5 = 24 Betreuergroupeneinstellung, 6 = 24 Betreuergroupeneinstellung, 7 = 24 Betreuergroupeneinstellung, 8 = 24 Betreuergroupeneinstellung

Dokumentation: Abweichung vom Pfad

Abweichung	Begründung	Datum / Hz
A		
B		
C		
P		
E		
F		
G		
N		
M		
K		
L		
Q		
Dipl. Psychologin		
Abweichung	Begründung	Datum / Hz
J		
N		
Sozialarbeiterin		
Abweichung	Begründung	Datum / Hz
O		
Pflege- und Erziehungsdienst		
Abweichung	Begründung	Datum / Hz
D		
I		
H		

QMVA IV. 5.3 Behandlungsplan Abschlussphase 18. – 26. Behandlungswoche



Beispiele von Behandlungspfaden
a-c in der med. Reha mit Dg. Drogen-
Abhängigkeit (n. T. Schneider
Masterthesis, 2010),
d LVR Klinik Bonn (Dg.
Alkoholabhängigkeit, Woche 1-3)

Besondere Bedingungen (Auswahl)

- Akute somatische Gefährdung (z.B. Leberzirrhose, Delir, Thrombose, Ösophagusvarizen)
- Akute Suicidalität
- Akute Fremdgefährdung mit Fixierungsnotwendigkeit
- Doppeldiagnose
- Schwangerschaft
- Keine Versichertenkarte
- Kurzfristige Wiederaufnahme
- PsychKG Bedingungen
- Fehlende Behandlungscompliance
- Scabies, Läuse, Flöhe
- Offene Wunden, MRSA

Focussierung

- Der Prozess der CPW Entwicklung führt zu intensiver Beschäftigung mit den AWMF-Leitlinien und zu transparenten innerklinischen Behandlungswegen
- Scoregesteuerte Alkoholentzugssyndrombehandlung durch das Pflegepersonal (SAB-P)
- Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern (JUPS)

Scores A, B und C

Seite 2

Scoreschemata
© Prof. M. Banger

A - Score		B - Score			
Herzfrequenz/min		RR (mmHg)			
60 - 80	0 []		< 30 Jahre	30 - 50 Jahre	> 50 Jahre
81 - 100	1 []	Leitwert bei der Blutdruckbestimmung ist der jeweils höchste Wert	120 / 80	130 / 85	140 / 90
101 - 120	2 []		130 / 85	140 / 90	150 / 95
121 - 140	3 []		140 / 90	150 / 95	160 / 100
> 140	4 []		150 / 100	160 / 105	170 / 110
			160 / 110	170 / 115	180 / 120
			170 / 115	180 / 120	190 / 125
		180 / 120	190 / 125	200 / 130	6 []



C - Score

	24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Agitiertheit																									
keine		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mäßig (im Wesentlichen innere Unruhe)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
deutlich (objektivierbare Unruhe)		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
ausgeprägt (völlig unfähig ruhig zu sein)		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Tremor																									
keiner		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mäßig (Fingertremor nur beim Ausstrecken)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
deutlich (Handtremor nur beim Ausstrecken)		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
ausgeprägt (Hand- oder Rumpftremor auch in Ruhe)		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Schweißneigung																									
keine		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mäßig (nur fühlbar an Hand oder Stirn)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
deutlich (an Hand oder Stirn sichtbar)		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
ausgeprägt (am ganzen Körper sichtbar)		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Angst																									
keine		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mäßig (nur auf Befragen erkennbar)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
deutlich (im Ausdrucksverhalten erkennbar)		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
ausgeprägt (bis zur Panik gesteigert)		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Summe																									

Scoregesteuerte Alkoholentzugssyndrombehandlung

Patientenetikett	Datum _____	Arzt/Ärztin _____	Seite 1	Blatt _____																					
Ärztliche Anordnung: Behandlung mit Distraneurin [] Behandlung mit Rivotril [] Eine medikamentöse Behandlung wird erst nach ärztlicher Anordnung begonnen (mit Pfeil markieren) ↑																									
24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Uhrzeit																									
220																									
200																									
180																									
160																									
140																									
120																									
100																									
80																									
60																									
40																									
20																									
Score A																									
Score B																									
Score C																									
Summenscore																									
(spirom.) BAK																									
Distra Kps.																									
Clonazepam mg																									

Summenscore	Medikation Distraneurin	Medikation Clonazepam
0 - 3	keine Gabe	keine Gabe
4 - 6	1 Kps.	0,5 mg
7 - 9	2 Kps.	1,0 mg
> 9	2 Kps./Kontrolle nach 30 min	1,0 mg /Kontrolle nach 30 min
	Maximaldosis/24h - 22 Kps.	Maximaldosis/24h - 11 mg

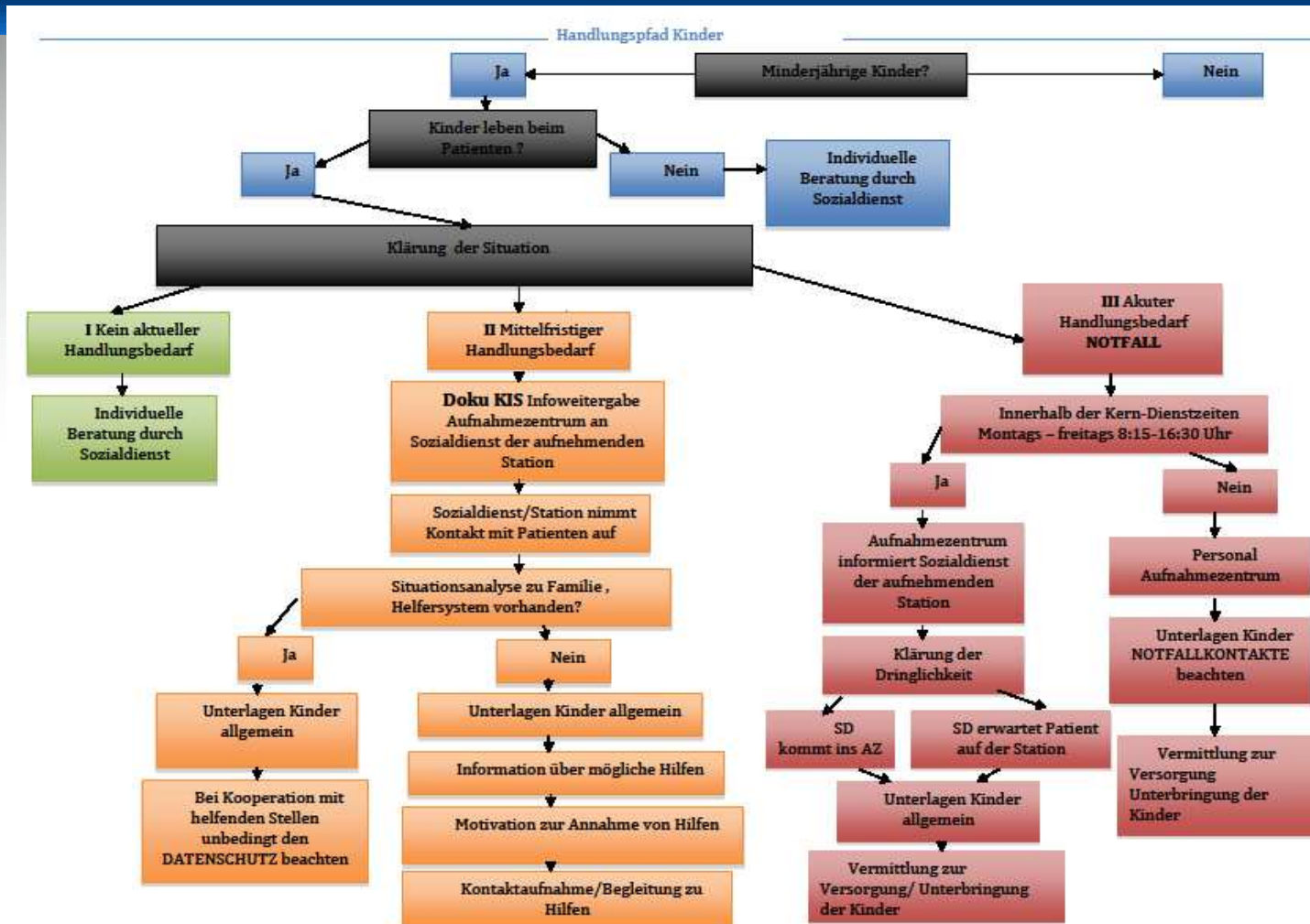
In der Intensiv-Überwachungsphase werden die Scores A, B, C

- in den ersten 3 Std. bis BAK < 1,00/000 stdl. bestimmt, solange der Pat. nicht schläft
- danach alle 2 Std.

→ bis 0 Promille stdl. Messung
→ ab 0 Promille 2 stdl. Messung

Anzahl Distra Kps./ Datumstag	Clonazepam mg/ Datumstag

© Prof. M. Banger



Positiva CPW

- Gut für sich Einarbeitende, um schnell einen Überblick zu bekommen
- Gut um den Behandlungsprozess durchzuplanen und Schwachstellen zu identifizieren
- Gut um einen transparenten multiprofessionellen Prozess abzubilden
- Wichtige Kollaterergebnisse (SAB-P, Kinder psychisch/suchtkranker Eltern)
- Gut für den KVP (?)

Zusammenfassung

Lokal entwickelte Behandlungspfade sind hilfreich, wenn sie:

- kurz gehalten werden
- nicht zu kompliziert sind
- im Team entwickelt worden sind
- sie klare Verantwortlichkeiten definieren
- sich auf das wirklich Wichtige fokussieren
- in der Klinik implementiert wurden und akzeptiert werden
- für einen Verbesserungsprozess genutzt werden können
- sie als regulative Ideen von kompetenten Mitarbeitenden angesehen werden.

Sie sind problematisch wenn sie zu viele Ressourcen verbrauchen (finanzielle und personell)

Persönliches Schlussstatement

Entwicklung von CPW

- Prozesstransparenz
- Schwachstellenidentifikation
- Prozeßoptimierung
- Weiterbildung
- Einfacher Innovationen zu implementieren
- Geschlechtsspezifische Ansätze sind möglich

Durchführung von CPW

- Tiefe Verankerung in der Krankenhaus EDV notwendig
- Permanente Anpassung (inhaltliche und EDV) notwendig und kostenträchtig und nicht refinanziert
- Keine Refinanzierung der notwendigen Ressourcen für die Auswertung der dokumentierten Abweichungsbögen
- Zusätzlicher Dokumentationsaufwand
- Permanente Einweisung für neue Mitarbeitende notwendig

Die Durchführung von CPW leistet möglicherweise einen leichten Beitrag zur Qualitätsverbesserung (Godemann et al., 2013)

Die Effektstärke einer etwas längeren Behandlung ist wesentlich höher (Wodarz et al., 2007)

Mit herzlichem Dank an:

- Fr. Klinkenberg (PDL)
- Dr. Heese (leit. OA)
- Fr. Winterscheid (Sozialarbeit)
- Fr. Brümmer (Sozialarbeit)
- Aktuelle und frühere Mitarbeitende aus der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn