ehandlung komorbider Störungen in der heroingestützten Behandlung

Autor(en): **Schmid, Otto / Strasser, Johannes / Fehr, Stephanie**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **40 (2014)**

Heft 1

PDF erstellt am: **30.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800085

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Behandlung komorbider Störungen in der heroingestützten Behandlung

In der Behandlung heroinabhängiger PatientInnen müssen neben mehrfachen Komorbiditäten auch die zusätzlich vorliegenden, oftmals schwerwiegenden Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen berücksichtigt werden. Ergebnisse aus einer PatientInnenbeurteilung mit dem RAP (Rapid-Addiction-Profile-Fragebogen) vermögen die Vielschichtigkeit und Komplexität der vorliegenden Störungsbilder im Sinne einer «Poly-Komorbidität» aufzuzeigen. Die daraus ersichtlichen profilhaft darstellbaren Probleme, aber auch Ressourcen in verschiedenen Dimensionen implizieren ein individuell auf die Bedürfnisse der PatientInnen zugeschnittenes Behandlungssetting. Dieses muss dem erfassten Profil entsprechend auf verschiedenen Ebenen greifen, wofür fundierte Kenntnisse und eine enge Zusammenarbeit im interdisziplinären Team als die am besten geeignetste Form erachtet wird.

Otto Schmid
Abteilungsleiter, Behandlungszentrum Janus, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Spitalstrasse 2, CH-4056 Basel, otto.schmid@upkbs.ch

Johannes Strasser
Ärztlicher Leiter, Behandlungszentrum Janus, hannes.strasser@upkbs.ch

Stephanie Fehr
Psychologin, Behandlungszentrum Janus, stephanie.fehr@upkbs.ch

Schlagwörter: Komorbidität | heroingestützte Behandlung | komplexe Problemlagen | Interdisziplinarität | Case-Management |

Komorbidität in der heroingestützten Behandlung – keine Ausnahme, sondern die Regel

Wenngleich in der Literatur unterschiedliche Zahlen genannt werden, ist die Prävalenzrate für das Vorliegen komorbider Störungen bei PatientInnen in heroingestützter Behandlung (HeGeBe) generell hoch.[1] Eine aktuelle Datenabfrage, der in unserem Behandlungszentrum gestellten Diagnosen deckt sich mit Befunden einer Metaanalyse zur Prävalenz komorbider Störungen unter Opiatabhängigen.[2] Darin wurde bei 78% mindestens eine komorbide psychische Störung diagnostiziert, wobei Persönlichkeitsstörungen am häufigsten waren (42%; interne Datenanalyse des Behandlungszentrums Janus, der UPK Basel: 41%), gefolgt von affektiven Störungen (31%; Janus: 34%) und Angststörungen (8%, Janus: 9.2%) Bei HeGeBe-PatientInnen kommt deshalb neben der medikamentösen Substitution vor allem der Behandlung und Begleitung komorbider Störungen eine zentrale Bedeutung zu.

Behandlungszentrum Janus

Das Behandlungszentrum Janus der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel führt im Auftrag des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt die substitutionsgestützte Behandlung mit Diacetylmorphin (pharmazeutisches Heroin) nach den Richtlinien des Bundesamtes für Gesundheit durch.[3] Es ist eines von gesamtschweizerisch 23 Behandlungszentren, in denen eine Behandlung mit Diacetylmorphin durchgeführt wird. Behandelt werden bis zu 160 schwer opioidabhängige Menschen, die auf andere Behandlungen nicht angesprochen haben oder deren gesamte Problemlage andere Behandlungsformen nicht zulässt. Gemäss den gesetzlich vorgegebenen Indikationskriterien für die Behandlung liegen bei den PatientInnen nebst einer Opioidabhängigkeit Defizite im somatischen, psychischen oder sozialen Bereich vor, was das Vorhandensein komorbider Störungen nahelegt.

Die Zielklientel des Behandlungszentrums sind dementsprechend Heroinabhängige, die durch ihre Lebensumstände und ihr Verhalten (Beschaffungskriminalität, Prostitution, Obdachlosigkeit usw.) stark gefährdet und bereits sozial desintegriert sind oder zu verelenden drohen und durch primär bestehende Angebote (Entzugsbehandlung, abstinenzorientierte Therapie oder Substitution mit Methadon oder anderen peroralen Opioiden) nicht erreicht werden können.

Das Behandlungssetting einer HeGeBe bietet diesen PatientInnen die Möglichkeit, Diacetylmorphin unter medizinisch einwandfreien Bedingungen und fachkundigem Support stark risikominimiert einzunehmen. Dabei bildet das spezialisierte Medikamenten-Applikationssetting die zentrale Stütze (daher der Begriff «Substitutions-gestützte Behandlung») für eine sehr engmaschig mögliche therapeutische Einbindung mit umfassenden Interventionsmöglichkeiten für die vorliegenden somatischen, psychischen und sozialen Problemstellungen bzw. komorbiden Störungen. Diese sind aber in der Regel vielschichtig und zeigen ineinander übergreifende komplexe Zusammenhänge auf, weshalb die Diagnosestellung der einzel-

nen komorbiden Störungen bei dieser PatientInnenpopulation generell erschwert ist[4] und die individuelle Therapieplanung zur Inanspruchnahme spezialisierter Behandlungsangebote eine grosse Herausforderung darstellt.[5]

Komorbidität – ein ausreichender Begriff?

Der Begriff der Komorbidität definiert in der Suchtpsychiatrie das gemeinsame Auftreten einer Suchterkrankung und einer weiteren psychischen Störung. Der Komorbiditätsbegriff sagt jedoch nichts darüber aus, wie ausgeprägt die Störungen sind. Ebenfalls erlaubt das Vorhandensein einer Komorbidität keine Aussage über die Ätiologie der Störungen, wie sie klinisch untereinander korrelieren oder über die sozialen und interaktionellen Auswirkungen.

Die Herausforderung, die sich aus Komorbiditäten ergibt, besteht darin, dass insbesondere spezifische Therapieempfehlungen für psychische Störungen häufig denen für eine Abhängigkeitserkrankung widersprechen und die Therapieangebote deshalb oft unzureichend erscheinen.[6] So werden psychotische PatientInnen grundsätzlich anders behandelt, als substanzinduzierte Psychosen. Komorbide Patienten benötigen für sie individuell zugeschnittene, integrative Behandlungsangebote, die wirksamen Interventionen für psychische Störungen und Substanzstörungen kombinieren, modifizieren und integrieren.[7] Komorbide Störungen sind daher auch mit ungünstigeren Krankheitsverläufen assoziiert, trotz hohem Behandlungsaufwand und hoher Inanspruchnahme des Versorgungssystems.[8]

Diese Beobachtung trifft auch auf die Klientel einer heroingestützten Behandlung zu. Trotzdem greift bei diesem Kollektiv der allgemeine Komorbiditätsbegriff zu kurz. Die meisten der HeGeBe-PatientInnen weisen nicht nur eine Heroinabhängigkeit auf, sondern zeigen regelhaft mehrfache Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere von Kokain, Alkohol und Benzodiazepinen. Oftmals liegt auch mehr als eine (komorbide) gravierende psychiatrische Störung vor.[9] Zudem treten bei dem älter werdenden Klientel zunehmend schwerwiegende chronische somatische Störungen auf (z.B. HIV, Hepatitis C, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Daneben sind die mannigfaltigen akut auftretenden medizinischen Schwierigkeiten zu berücksichtigen (z.B. Abszesse, Ulcera, Thrombosen, Pneumonien, Endocarditiden, usw.) und sämtliche psychosozialen Problemstellungen, die für sich selbst oftmals erheblichen Krankheitswert haben, ohne direkt einem diagnostischen Klassifikationssystem zuweisbar zu sein.

Letzteres hat nicht nur gewichtige Implikationen auf die individuellen Therapieausrichtungen, sondern auch auf die psychosozialen Rahmenbedingungen, die ihrerseits wiederum Auswirkungen auf die gesamte Problemlast haben. Bspw. können in der Schweiz viele medizinische Hilfestellungen nur über eine Teil- oder Vollberentung durch die Invalidenversicherung in Anspruch genommen werden. Zur Prüfung eines Rentenanspruchs werden aber in der Regel die gängigen diagnostischen Klassifikationssysteme als Referenzsystem herangezogen,[10] was erfahrungsgemäss zu einer Unterschätzung des Invaliditätsgrades und somit des Anspruchs auf entsprechende Hilfeleistungen führen kann.

Individuelle Therapieempfehlungen für «poly-komorbide» PatientInnen

Mit der Absicht, geeignete therapeutische Interventionen aus der vorangegangenen Diagnostik ableiten zu können, halten wir ein erweitertes Verständnis des Komorbiditätsbegriffs für das komplexe PatientInnenkollektiv einer HeGeBe für sinnvoll, in welchem nicht nur die Dimensionen komorbider psychiatrischer und somatischer Störungen beachtet werden, sondern auch andere problembehaftete Ebenen entsprechende Berücksichtigung finden. So sind alle zusätzlichen Beeinträchtigungen und soziale Störungen wie Vereinsamung oder keine Teilnahme am Zeitgeschehen, aber auch die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, Prostitution und Delinquenz von grosser Bedeutung für eine zielführende Therapieplanung.

Als eine Möglichkeit zur Erfassung eines solchen «Poly-Komorbiditäts-Profils» erscheint uns der RAP, Rapid-Addiction-Profile-Fragebogen[11] geeignet. Es handelt sich dabei um einen Kurzfragebogen, in welchem neben den Dimensionen der psychiatrischen und somatischen Komorbidität auch weitere Gesundheitsbelastungen in verschiedenen therapierelevanten Bereichen erfragt werden, die in den zusätzlichen Dimensionen der Motivation, der Krise und der Ressourcen zusammengefasst werden können. Dieses Profil versucht, eine knapp gehaltene Synthese der verschiedenen, bei der Betreuung in einem interdisziplinären Netzwerk wichtigen Ebenen zu bieten (somatisch, psychiatrisch, Aspekte der Motivation, Krise und Ressourcen). Mit dem Profil können auch die Prioritäten bei der Betreuung definiert werden.

Alle fünf Dimensionen können mit Zahlenwerten eingeschätzt werden, wobei 1 den niedrigsten Schweregrad und 4 die höchste Belastung im jeweiligen Bereich anzeigt. Im PatientInnenkollektiv des Behandlungszentrums Janus (n=147) zeigen sich so in den RAP-Einschätzungen gravierende Belastungen auf mehreren Ebenen bei einer hohen Anzahl der PatientInnen. Diese Belastungen bestehen zusätzlich zu den herkömmlich diagnostizierten komorbiden Störungen und müssen in der Behandlungsplanung und -durchführung unbedingt berücksichtigt werden.

In Bezug auf die motivationale Dimension geht aus den Daten hervor, dass sich über 70% der PatientInnen nur schwer für zusätzlich zur Substitutionstherapie notwendige Behandlungen motivieren lassen. Viele benötigen Druck von aussen und sind bezüglich ihrer Probleme nur zum Teil bis gar nicht einsichtig. Die Ebene der Krise beschreibt, dass ca.70% in einem krisenanfälligen Umfeld leben, oft zusammen mit drogenabhängigen PartnerInnen, ohne bindende Familienverhältnisse, ohne berufliche Aussichten, mit Gewalttätigkeit oder Gewalterfahrungen. Aus der Dimension der Ressourcen wird ersichtlich, dass knapp 75% der PatientInnen erheblich verminderte Ressourcen aufweisen (z.B. SozialhilfempfängerIn, hohe Verschuldung, Sozialkontakte fast ausschliesslich zur Drogenszene etc.).

Aufgrund dieser schwerwiegenden Problematik sind integrative Behandlungsansätze im interdisziplinären Setting unabdingbar.

Das Erfolgsrezept der Interdisziplinarität

Herkömmliche Therapiekonzepte und standardisierte Behandlungsprogramme sind für sehr komplexe Störungsbilder, wie im PatientInnenkollektiv einer HeGeBe anzutreffen, kaum Erfolg versprechend. Insbesondere Konzepte, in welchen jede Störung einzeln hintereinander behandelt wird oder gar eine vorgängige Abstinenz Voraussetzung zur Behandlung war, haben sich nicht bewährt.[12] Bei der Behandlung «poly-komorbider» PatientInnen sind heute vielmehr integrierte Versorgungskonzepte sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit anzustreben.[13]

Allerdings reichen integrierte Behandlungskonzepte, in denen für möglichst viele der vorhandenen Störungen wirksame Interventionen durch Beteiligung und Expertise untereinander

vernetzter Berufsgruppen angeboten werden, bei HeGeBe-PatientInnen für sich alleine oftmals auch noch nicht aus. Das Vorliegen von «Poly-Komorbiditäten», wie vorgängig beschrieben, erfordert zusätzliche und oftmals bereits vorgängige therapeutische Interventionen, um den betroffenen PatientInnen eine individuell angepasste integrierte Versorgung wirkungsvoll zugänglich zu machen.

Bspw. ist die einfache Vergabe von Sprechstunden-Terminen untereinander vernetzter Berufsgruppen erst dann sinnvoll, wenn die betroffenen PatientInnen diese auch tatsächlich wahrnehmen, bzw. in der Lage sind, diese wahrnehmen zu können. Nicht selten werden aber bei vielen involvierten Behandlungsinstitutionen verpasste Termine mit schlechter Compliance und allgemeiner Unmotiviertheit ohne Einleitung weiterer Interventionen als nicht durchführbar erklärt. Dabei bleiben oft, unabhängig von den psychiatrischen und somatischen Störungen, die regelhaft vorhandenen gravierenden Belastungen auf anderen Ebenen, wie vorgängig mit dem RAP dargestellt, bei einer hohen Anzahl der PatientInnen unberücksichtigt. Behandlungsteams in HeGeBes sind deshalb gefordert, die komplexen und mehrdimensionalen Problemstellungen der PatientInnen möglichst umfassend zu erkennen und in vielen motivierenden und aufklärenden Gesprächen so anzugehen, dass weiterführende psychosoziale und medizinische Interventionen überhaupt möglich werden.

Dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Behandelnden und PatientInnen kommt so auf Grund der vorliegenden «Poly-Komorbiditäten» eine weitaus grössere Bedeutung zu, als dies allgemein formuliert wird. Dafür müssen bei den Behandelnden entsprechende Kompetenzen vorhanden sein. Es sind sowohl psychotherapeutische Fähigkeiten als auch konkrete Unterstützung im sozialen Umfeld und ein breites Verständnis für die Verhaltensweisen und Lebenssituationen der PatientInnen notwendig. Die Interventionen sind gleicher massen auf die psychischen und somatischen Störungen, wie auch auf die Verhaltensauffälligkeiten, Motivationslagen, Ressourcen, Krisensituationen und andere psychosoziale Probleme gerichtet.

Dementsprechend ist gemäss der Schweizerischen Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten und es wird zur Erreichung der Ziele in einer HeGeBe im Rahmen dieser Behandlung Interdisziplinarität vorausgesetzt.[14] Es ist somit unabdingbar, dass die Kooperation und Koordination mit und unter den behandlungsbeteiligten Fachpersonen gewährleistet ist. Dies setzt die Bereitschaft voraus, sich über den eigenen Fachbereich hinaus in den Bereich der benachbarten Disziplinen zu bewegen und beinhaltet die Zusammenarbeit zwischen den Fachleuten in Form eines internen Case Managements.

Voraussetzung für die Durchführbarkeit des internen Case Managements ist, dass jeder Patient bzw. jede Patientin eine zugewiesene Bezugsperson hat. Die Bezugsperson ist verantwortlich für die Betreuung und Behandlung der ihr zugewiesenen PatientInnen und führt sie im eigenen Berufsverständnis und in Eigenverantwortung durch. Bei berufsfremden Aufgaben holt sie sich die Ressourcen bei den anderen Berufsgruppen. Das interne Case Management ist gekennzeichnet durch Wissenstransfer zwischen den Berufsgruppen, Ressourcenerschliessung für die Behandlung und gemeinsamen Besprechungen mit den PatientInnen, um allfällige Aufträge zu definieren. Aufträge und Beratungen werden an andere MitarbeiterInnen delegiert bzw. übergeben. Ein geeignetes Instrument für diese interdisziplinäre Behandlung ist das Verfahren des Motivational Case Managements, welches Motivational Interviewing mit

dem Case Management verknüpft. Insbesondere PatientInnen, welche nebst der medikamentösen Behandlung eine psychosoziale Betreuung benötigen und bei denen die Beratung sowohl motivierend als auch strukturierend und zielorientiert sein soll, profitieren von diesem Ansatz.[15]

Fazit

Um geeignete therapeutische Interventionen für die meist schwer beeinträchtigten PatientInnen in einer HeGeBe ableiten zu können, bedarf es eines umfassenden Komorbiditätsverständnisses. Die Behandlung fokussiert auf die individuellen Bedürfnisse der meist «poly-komorbid» erkrankten PatientInnen, die in der Regel aus einem krisenanfälligen Umfeld mit fehlenden oder belastenden Sozialkontakten stammen. Es ist notwendig, dass im Rahmen der Diagnostik und Therapie nicht nur auf die psychiatrischen und somatischen Aspekte fokussiert, sondern vermehrt alle den Alltag der PatientInnen beeinträchtigenden Dimensionen berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist es notwendig, das Know-how aller beteiligten Berufsgruppen in die Gesamtbehandlung zu integrieren.●

Literatur

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2000): Handbuch Heroingestützte Behandlung – Richtlinien, Empfehlungen, Informationen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2011): Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen. BetmSV Betäubungsmittelsuchtverordnung. 812.121.6

Besson, J. (2001): Le questionnaire RAP. Revue Médicale Suisse Romande 121: 889-893.

BSV – Bundesamt für Sozialversicherungen (2012): Verordnungen über die Invalidenversicherung. www.tinyurl.com/okmgtpc, Zugriff 07.01.2014.

Günthner, A./Dedner, C./Schäfer, G./Berl, J./Kuder, T./Bader T./Dengler, W. (2000): Komorbidität bei Drogenabhängigen. Suchttherapie 1: 16-20.

Mueser, K.T./Kavanagh, D. (2001): Treating comorbidity of alkohol problems and psychiatric disorder. S. 627-647 in: N. Heather/T.J. Peters/T. Stockwell (Hrsg.), International handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: John Wiley & Sons.

Moggi, F./Berthel, T./Hämmig, R./Thon, N./Kunz, I./Stuppäck, C./Wurst, F.M. (2010): Komorbidität von Opiatabhängigkeit mit anderen psychischen Störungen. Psychiatrie & Psychotherapie 6(2): 53-56.

Moggi, F./Donati, R. (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Rehm, J./Frei, A. (2002): Komorbidität: Psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer heroingestützten Behandlung. Psychiatrische Praxis 29: 251-257.

SSAM – Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2012): Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012. SSAM.

Stohler, R. (2013): Opiatabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. S. 182-189 in: M. Walter/E. Gouzoululis-Mayfrank (Hrsg.), Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Vogt, I./Schmid, M./Schu, M./Simmedinger, R./Schlanstedt, G. (2007): Motivierendes Case Management (MOCA) in der deutschen Studie zur heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen. Suchttherapie 8(1): 19-25.

Endnoten

1 Vgl. Rehm/Frei 2000.
2 Vgl. Rehm/Frei 2002.
3 Vgl. BAG 2000.
4 Vgl. Moggi 2004.
5 Vgl. Moggi et al. 2010.
6 Vgl. Günthner 2000.
7 Vgl. Mueser/Kavanagh 2001.
8 Vgl. Moggi et al. 2010.
9 Vgl. Stohler 2013.
10 Vgl. BSV 2012.
11 Vgl. Besson 2002.
12 Vgl. Moggi/Donati 2004.
13 Vgl. SSAM 2012.
14 Vgl. BAG 2011.
15 Vgl. Vogt et al. 2007.