

Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Psychotherapie bei Suchterkrankungen

Epidemiologie

In Deutschland rechnet man bei den 18-59-jährigen mit ca. 3,2 Mio. suchtkranken Personen, davon sind

- ca. 1,3 Mio. alkoholabhängig,
- ca. 1,4 Mio. medikamentenabhängig,
- ca. 175.000 drogenabhängig (ohne Cannabis) sowie
- ca. 220.000 cannabisabhängig.

(vgl. Kraus & Bühringer, 2008).

Darüber hinaus sind ca. 3,8 Mio. Personen nikotinabhängig, ca. 100.000 Personen pathologische Glücksspieler (vgl. DHS, 2008).

Außerdem ist von einer hohen Anzahl von Personen mit riskantem Konsum oder schädlichem Gebrauch auszugehen, allein bei Alkohol betreiben ca. 2 Mio. Menschen einen Missbrauch.

Allein bezogen auf Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol rechnet man mit ca. 42.000 Todesfällen pro Jahr (Bergmann & Horch, 2002).

12,7 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten sind alkoholabhängig, weitere 4,6 Prozent missbrauchen Alkohol. 7,2 Prozent der Patientinnen und Patienten in der Allgemeinärztlichen Versorgung werden als alkoholabhängig, weitere 3,5 Prozent als Alkohol missbrauchend eingeschätzt (John et al., 1996).

Komorbide psychische Störungen kommen bei substanzbezogenen Störungen häufig vor, meist handelt es sich um Angststörungen, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Angst- und Panikstörungen treten bei bis zu einem Drittel der alkoholabhängigen Männer und bis zu zwei Drittel der alkoholabhängigen Frauen auf (Schneider et al., 2001 in Mundle et al., 2006), substanzinduzierte depressive Störungen finden sich bei rund 50 Prozent aller alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten (Berglund und Nordström, 1989 in Mundle et al., 2006). Zudem findet sich bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten häufig eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Mundle et al., 2006).

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zählen also zu den häufigsten psychischen Erkrankungen.

Nach den Daten des epidemiologischen Suchtsurveys 2006 erkrankten innerhalb eines Jahres zwischen 2,4 und 3,8 Prozent der Deutschen an Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch (Pabst & Kraus, 2008). Dabei kommen psychische Begleiterkrankungen, insbesondere Angststörungen und affektive Störungen sehr häufig vor und haben einen besonderen Behandlungsbedarf zur Folge (Schmidt et al. 2006).

Häufig ist allerdings in der Anamnese schwer zu unterscheiden, ob die psychischen Begleiterkrankungen die Folge oder Ursache des Substanzmissbrauchs ist. Alkohol und Drogen werden nicht selten als Selbstmedikation missbraucht, um beispielsweise Intrusionen bei einer PTBS oder um psychischen bzw. physische Schmerzzustände bei chronischem Leiden zu reduzieren. Diese Substanzen haben zweifelsfrei eine muskelrelaxierende und betäubende Wirkung und sind rezeptfrei zu haben, was einen Missbrauch begünstigt.

Andererseits ist bekannt, dass die Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen selten psychotherapeutisch behandelt werden (Wittchen & Jacobi, 2001). Nach den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns machen Patientinnen und Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung (F10 nach ICD-10) in der ambulanten Psychotherapie lediglich einen Anteil von 0,5 bis 1 Prozent aus. Das verdeutlicht, dass für Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen bisher zu hohe Barrieren bestanden, um ambulante Psychotherapie erfolgreich einsetzen zu können (s.u.).

Die daraus resultierende Unterversorgung stellt ein erhebliches Versorgungsproblem dar.

Die Behandlungsleitlinie „Substanzbezogene Störungen“ der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) unterscheidet, insbesondere in Bezug auf alkoholbezogene Störungen, Maßnahmen der Früh- oder Kurzintervention, Akut- und Postakutbehandlung (Schmidt & Gastpar, 2006). Nach den AWMF -Leitlinien (Schmidt et al., 2006) ist Psychotherapie ein wesentlicher Bestandteil der Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit.

Zu den empfohlenen psychotherapeutischen Interventionen gehören u. a. motivierende Gesprächsführung, verhaltens- und kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien, soziales Kompetenztraining, Expositionsbehandlung, Verhaltensverträge und Kontingenzmanagement sowie Psychodynamische Therapien und Paar- und Familientherapie.

Psychotherapie ist ein wesentlicher integraler Bestandteil multimodaler stationärer, teilstationärer oder ambulanter Maßnahmen zur Entwöhnung (Geyer et al., 2006).

Die AWMF – Leitlinien beziehen in ihren Nachsorgeempfehlungen im Rahmen stationär-ambulanter Sequenzbehandlungen zwar u. a. die Betreuung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, nicht aber die Weiterbehandlung durch (niedergelassene) Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in ihre Empfehlungen ein.

Dabei ist die Früherkennung und -intervention sowie die Nachsorge mit der Zielsetzung, den Behandlungserfolg zu festigen, bei Abhängigkeitserkrankungen von besonderer Wichtigkeit.

Bedeutung der ambulanten Psychotherapie in der Suchtbehandlung

Psychotherapie ist gemäß Leitlinienempfehlungen und vor dem Hintergrund häufig bestehender psychischer Komorbiditäten ein wichtiger Bestandteil der Suchtbehandlung.

Sie ist bereits ein fester Bestandteil multimodaler Rehabilitationsprogramme, die meist stationär, aber im zunehmenden Maße auch ambulant durchgeführt werden.

Zu erwähnen ist allerdings die Tatsache, dass, besonders im stationären Bereich, die Grenzen zwischen Therapie und Beratung fließend sind und die Art der Behandlung sich häufig nach dem Qualifikationsgrad der Behandlerinnen und Behandler richtet. Für die Patientinnen und Patienten läuft dies häufig nach dem Zufallsprinzip ab. Für sie ist es häufig schwer zu durchschauen, wie qualifiziert die Art ihrer Behandlung tatsächlich ist, was eine selbstbestimmte Orientierung ebenfalls schwierig macht.

Der ambulanten Psychotherapie kann in der Vorphase, in der es um Früherkennung und Frühintervention, und in der Nachsorgephase, in der es um die Aufrechterhaltung der Abstinenz und die Weiterbehandlung der psychischen Komorbiditäten geht, eine besondere Bedeutung zukommen.

Neben der Behandlung der Begleitsymptomatik gilt es, bei Patientinnen und Patienten die intrinsische Motivation für ein Leben ohne Suchtmittel zu steigern, denn häufig kommt der Druck für eine Veränderung der Lebensgestaltung in erster Linie von außen, z.B. durch die Partner, Arbeitsplatz, Freundeskreis oder behandelnde Ärztinnen und Ärzte.

Zwar ist eine Kontrolle über Abstinenz für niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, ohne die Hilfe von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, nicht möglich, dies muss allerdings kein Nachteil sein, denn Kontrolle hat häufig zur Konsequenz, dass der Widerstand beim Patienten steigt und damit seine intrinsische Motivation sinkt. Für eine erfolgreiche Behandlung ist aber die Entwicklung von Eigenverantwortung und Selbstfürsorge angezeigt. Dies kann nur gelingen, wenn der Patient seiner Behandlerin oder seinem Behandler vertraut (und umgekehrt) und sich mit dem Behandlungsplan identifizieren kann, was seine Mitgestaltung erforderlich macht. Dies ist im stationären Setting nur schwer möglich.

Zusätzlich muss sowohl ein alternatives Verstärkersystem entwickelt, als auch bestehende Kompetenzdefizite ausgeglichen werden, die für die Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens verantwortlich sind. Deren Effizienz sollte im Alltag stetig überprüft und ggf. korrigiert werden. Da sich die Patientinnen und Patienten im stationären Setting in einem Schutzraum befinden, was notwendig und sinnvoll ist, kann eine solche Evaluation neu gewonnener Strategien und Kompetenzen nur im ambulanten Setting stattfinden.

Aus diesem Grunde ist eine Vernetzung aller Behandlerinnen/Behandler und Betreuerinnen/Betreuer (einschl. der Familie/Partner) sinnvoll und notwendig. Eine Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, ggf. ambulanten Betreuerinnen/Betreuern und Familienmitgliedern verhindert

widersprüchliche (ggf. sogar kontraindizierte) Interventionen und erleichtern den Klientinnen und Klienten das Erreichen seiner gesteckten Teilziele.

Rein theoretisch hat die Patientin/der Patient im ambulanten Bereich außerdem deutlich mehr Wahlmöglichkeiten, sich eine Behandlung zu gestalten, mit der sie/er sich am besten identifizieren kann. Dies beginnt mit der Wahl nach einer geeigneten „Therapieschule“ und damit nach überzeugenden Behandlungstechniken und hört mit der Wahl der/des geeigneten Therapeutin/Therapeuten auf, zu der/dem sich eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung gestalten lässt.

In der Praxis reduzieren sich diese Wahlmöglichkeiten leider allzu oft wieder, denn die Wahl der Behandlungsmethode (z.B. VT oder Tiefenpsychologie) scheitert häufig an der mangelnden Aufklärung über die Unterschiede, was u.a. in der schlechten Informationspolitik der Psychotherapeutinnen/-therapeuten begründet liegt, und nicht selten an der Tatsache, dass sich das Behandlungsverfahren der/des Therapeutin/Therapeuten, außer in einem persönlichen Gespräch, im Vorfeld der Behandlung häufig nur sehr schwer eruieren lässt.

Außerdem begrenzt die sog. Bedarfsregelung der KVen die Wahlmöglichkeiten, denn bei durchschnittlichen Wartelistenlängen von mehr als 12 Monaten kann sich ein betroffener Patient glücklich schätzen, überhaupt einen ambulanten Therapieplatz zu bekommen.

In diesem Zusammenhang muss ehrlicherweise erwähnt werden, dass dieser Missstand den Therapeutinnen und Therapeuten ermöglicht, sein Klientel auszuwählen, wobei Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen durch die relativ lange Behandlungsdauer und die statistisch häufigen Rückschritte zu den weniger „beliebten“ Störungsbildern zählen. Auch die u.g. Kompetenzbeschränkungen für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die z.B. eine Krankschreibung oder eine Einweisung in eine Krankenhausbehandlung unmöglich macht, trägt dazu bei, dass Kolleginnen und Kollegen sich gegen die Aufnahme eines Suchtpatienten entscheiden.

Auch dieser Umstand ist möglicherweise eine Erklärung für die drastische Unterversorgung von Suchterkrankten im ambulanten Bereich.

Auf politischer Ebene gibt es also einen erheblichen Veränderungsbedarf um eine ambulante Behandlung von Suchterkrankten zu optimieren.

Dies betrifft nicht nur die Bedarfsregelung der KVen.

Da Psychologische Psychotherapeuteninnen und -therapeuten medizinische Rehabilitationsleistungen bisher nicht verordnen können, hält es die BPtK in Übereinstimmung mit dem Fachverband Sucht und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (2005) für geboten, sich für entsprechende gesetzliche Änderungen im § 73 Abs. 2 SGB V einzusetzen.

Außerdem sollte sich eine Kooperation zwischen vertragspsychotherapeutischer Versorgung und Suchtbehandlung im Sinne einer versorgungssektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Vernetzung insbesondere auf folgende Bereiche konzentrieren:

- Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Personen mit Abhängigkeits-erkrankung, sofern spezifische Behandlungskompetenzen vorliegen und das Behandlungssetting hierfür geeignet ist.
- Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schädlichem Gebrauch als Nebendiagnose bei psychischer Komorbidität oder als Hauptdiagnose.

Hierzu bedarf es z. T. entsprechender Anpassungen und Konkretisierungen in den Psychotherapie-Richtlinien, wie etwa die Vermittlung abhängigkeitskranker Personen in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote, insbesondere auch in Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die Vermittlung abhängigkeitskranker Personen mit komorbiden psychischen Störungen durch Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung in die vertrags-psychotherapeutische Behandlung, sowie ein wechselseitiges Schnittstellen- und Entlassungsmanagement zwischen den Versorgungsbereichen.

Einiges hat sich in diesem Bereich bereits getan, denn seit dem 14. April diesen Jahres zählt auch der Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen künftig zu den Indikationen für ambulante Psychotherapie. Außerdem müssen Patientinnen und Patienten nicht mehr abstinent sein, um eine Psychotherapie zu beginnen, wenn der Verzicht auf Suchtmittel kurzfristig auch ohne Entgiftungsbehandlung zu erreichen ist. Dies sind die wichtigsten Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss.