

Weiter- und Fortbildung aus der Sicht des Nachwuchses

ASSIP: ein neues Therapiekonzept bei suizidalen Patienten

Céline Faeh

Masterstudentin Humanmedizin Universität Bern

Die gängigen Therapieansätze nach einem Suizidversuch sind allbekannt, die Rückfallquote enorm hoch. Ein neues Kurzinterventionsprogramm sagt dem den Kampf an. *«Mit einer Reduktion der Suizidversuche um 80% versuchen die geschulten Therapeuten betroffenen Patientinnen und Patienten zu helfen»*, so eine Kernaussage des Vortrags von Prof. Katja Cattapan, stv. ärztliche Direktorin und Chefärztin, Sanatorium Kilchberg, den sie am SGAIM-Herbstkongress in der Ostschweiz präsentierte. Anbei stellen wir die wichtigsten Punkte dieses Referats vor.

Suizidversuche sind zu einem sehr häufigen Konsultationsgrund geworden. Dies kommt nicht von ungefähr. Viele psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen bergen die Gefahr für Suizidversuche und Suizide. Besonders gefährdet sind Patientinnen und Patienten, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben. Um dieses erhöhte Risiko zu vermindern, wurde durch ein Berner Forscherteam eine spezifische Therapie entwickelt.

ASSIP

Durch die Kurztherapie zur Prävention wiederholter Suizidversuche *«Attempted Suicide Short Intervention»* (ASSIP) soll das Rezidivrisiko von Suizidversuchen minimiert werden. Dabei geht es darum, dass geschulte ASSIP-Therapeutinnen und -Therapeuten in einem definierten Setting Gespräche mit dem Betroffenen führen, die aufgezeichnet werden. Bei einem weiteren Treffen werden ebendiese Videoaufnahmen gemeinsam analysiert. Bei einem dritten Treffen versucht man gemeinsam, Muster und Abläufe, die einer suizidalen Krise vorausgehen, zu klären und präventive Verhaltensmassnahmen zu erarbeiten. Diese werden zu diesem Zeitpunkt für den Patienten schriftlich festgehalten. Anschliessend folgt auf Wunsch des Patienten ein anhaltender personalisierter brieflicher Kontakt über zwei Jahre hinweg.

Das Rezidivrisiko wird um 80% reduziert

Solche Interventionsgruppen gibt es jedoch nicht nur am Sanatorium Kirchberg. Auch in Solothurn (Psychiatrische Klinik), Bern (Universitäre Psychiatrische Dienste

und Privatklinik Wyss) und Zürich (Universitäre Psychiatrische Dienste, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und im Aufbau an der Privatklinik Clenia Schlössli) kommen laufend Angebote hinzu. *«Eine Studie von 2016 [1] belegt sogar, dass eine Intervention mit ASSIP das Rezidivrisiko eines erneuten Suizidversuches um 80% senkt»*, so Prof. Cattapan.

Eine Intervention zuhause ist möglich

Nicht alle Patientinnen und Patienten schätzen eine Intervention in der psychiatrischen Klinik. Viele fühlen sich in ihrem persönlichen Umfeld zuhause wohler und möchten daher lieber dort betreut werden. Auch dies stellt kein Problem dar. Wer nach einem Suizidversuch ein Home-Treatment in Anspruch nehmen möchte, kann dies bereits in vielen Städten der Schweiz tun. Eine Akutbehandlung zuhause wird bereits in Lausanne, Zürich, Luzern, im Tessin und Aargau angeboten. *«Die Studienautoren zeigen aber auch die Grenzen vom Home-Treatment auf»*, erklärt Prof. Cattapan. *«Die Angehörigen werden durch eine Intervention zuhause oft stark miteinbezogen, ausserdem sind bei einer Behandlung zuhause weniger Spezialangebote möglich. Hinzu kommt, dass eine Behandlung im häuslichen Umfeld grenzverletzend erlebt werden kann»*. Auch ist die Finanzierung von Home-Treatment-Angeboten im Vergleich zu stationären Behandlungsformen noch nicht einheitlich geregelt. Home-Treatment hat jedoch viele positive Seiten. Der Fokus auf dem sozialen Milieu und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen stehen bei dieser Methode eindeutig im Vordergrund. Es ist auch für Patienten geeignet, die Schwierigkeiten mit dem Leben in einer Gemeinschaft auf einer Station haben.

ABCB1-Test – eine effektivere Depressions-therapie als Schritt zur personalisierten Medizin

Antidepressiva können das Leben eines betroffenen Patienten wieder ins Lot bringen. Doch welches ist denn eigentlich das richtige Medikament für meinen Patienten? Die Antwort auf diese Frage verspricht ein neues molekulargenetisches Diagnostikverfahren. Nicht jeder Patient reagiert gleich auf ein Antidepressivum, dies liegt unter anderem am ABCB1-Gen, das für das Wächtermolekül P-Glykoprotein (P-gp) der Blut-Hirn-Schranke codiert. Seine Genotypisierung entscheidet darüber, ob ein Antidepressivum die Blut-Hirn-Schranke überwinden kann oder nicht, da diese Medikamente Substrate des P-Glykoproteins sind. Der neue ABCB1-Bluttest gibt Hinweise, welches das richtige Medikament ist und was die richtige Dosierung [2]. Hilfreich ist dies vor allem für die im Kasten 1 aufgeführten Medikamente. Die rund 248 Franken für den Test werden standardmässig nicht von der Krankenkasse übernommen, da die Studienlage noch unklar ist. Neben dem Wächtermolekül gibt es viele andere Faktoren, die massgeblich für die Wirkung der Antidepressiva zuständig sind. Nach der aktuellen Studienlage sagt klinisch die Bestimmung des Medikamentenspiegels im Blut mehr aus als der ABCB1-Test.

Somit empfehle es sich immer die Frage zu stellen, ob solch ein Gentest, ein Home-Treatment oder ein ASSIP beim eigenen Patienten Vorteile bringe oder nicht. Nur so sei es möglich in der heutigen Medizin einen individuellen, auf unseren Patienten abgestimmten Weg zu finden, der uns der personalisierten Medizin einen Schritt näherbringe.

Kasten 1: Bei welchen Medikamenten kann ein Gentest hilfreich sein?

Gentest indiziert bei Substraten des P-Glykoproteins:

Paroxetin, Citalopram, Escitalopram, Venlafaxin, Amitriptylin, Amitriptylinoxid, Nortriptylin, Trimipramin, Sertralin, Vortioxetin, Levomilnacipran, Vilazodon, Hypericum (Johanniskraut)

Gentest nicht indiziert bei Non-Substraten des P-Glykoproteins:

Fluoxetin, Mirtazapin, Agomelatin, Bupropion

Literatur

- 1 Gysin-Maillart A, et al. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). PLoS Med. 2016 Mar 1;13(3). Free fulltext.
- 2 <http://aerzte.abcb1-test.ch>

Korrespondenz:
Dr. med. Nadja Pecinska
Managing Editorin
Primary and Hospital Care
EMH Schweizerischer
Ärzteverlag
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttens
office[at]primary-hospital-
care.ch

CIRS-Flash Nr. 12: Einmal wöchentlich, nicht einmal täglich

Patient tritt ins Pflegeheim ein. Die bisherige Medikamenten-Verordnung wird falsch übernommen: Semaglutid (Ozempic®) wird statt 1x wöchentlich fälschlicherweise 1x täglich verabreicht. Der Patient entwickelt Nausea, die dazu führt, dass die Fehlmedikation entdeckt wird.

Kommentar 1: Im Seminar zum Thema «Von Zebras und blinden Flecken – Fehlerkultur in Diagnose, Therapie und Zusammenarbeit (CIRS)» an der SGAIM Herbsttagung 2019 wurden «Zebras» vorgestellt. Ich glaube, dass die nicht-täglich zu verabreichende Medikation ebenfalls ein «Zebra» in unserer «Pferdelandschaft» darstellt und somit anfällig auf Fehler ist.

Kommentar 2: Wichtig ist die kontinuierliche Aufklärung des Personals von Alters- und Pflegeheimen: Eine kurze Mitteilung, dass es zum Beispiel neu auch Diabetesmedikamente gibt, die wie Insuline gespritzt werden, aber einen anderen Wirkmechanismus haben und nur 1x wöchentlich appliziert werden. Da sind wir Heimgärtinnen und -ärzte wohl auch in der Pflicht.

Kommentar 3: Wie liesse sich dieser Fehler zukünftig vermeiden? Würde allenfalls eine elektronische Verordnung helfen, welche die Limitationen des Medikaments kennt? Wenn das Medikament zugelassen ist für die 1x wöchentliche Verabrei-

chung, und es versehentlich 1x täglich verordnet würde, so könnte das System eine Warnmeldung geben und die Verordnung nicht oder nur begründet akzeptieren. Allenfalls wäre die Prüfung der elektronischen Verordnung durch einen (Heim-)Apotheker eine mögliche Option.

Kommentar 4: Der Fehler ist bei der Übertragung der Medikamentenliste vom Spitalrezept ins System des Heims passiert. Elektronische Systeme sind gut und hilfreich, allerdings produzieren sie eine Unmenge von Warnungen, so dass die wichtigen Dinge dabei untergehen können. Zudem sind sie meist in den Heimen nicht vorhanden. Aus diesem Grund wäre es sinnvoll, wenn das Heim die Medikamentenliste unmittelbar nach der Eingabe ins System zum Visum an den Haus- oder Heimarzt weiterleitet. Noch gescheiter wäre es, wenn die Liste einen Tag vor dem Übertritt ins Heim an die Ärztin gehen und von ihr bearbeitet würde. Praktisch ist das aber nicht machbar, so dass nur die Weisung greifen kann: «Alle Änderungen der Medikation müssen zeitnah vom Haus- oder Heimarzt visiert werden».

Für Ihren nächsten Fall: www.forum-hausarztmedizin.ch.
Herzlichen Dank!

Das CIRS Team

Esther Henzi, Dominique Gut, Markus Gnädinger



Korrespondenz:
Dr. med. Markus Gnädinger
Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin
Birkenweg 8
CH-9323 Steinach
markus.gnaedinger[at]
hin.ch