

Behandlung der Schizophrenie – neue Sichtweisen setzen sich durch

Schon lange sind die Zeiten vorbei, in denen Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung in Landesnervenkliniken, meist Kliniken auf dem Lande oder am Stadtrand, über Monate, Jahre oder gar lebenslang verschwanden. Die durch die Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages 1970 ausgelöste Reformbewegung mit der Auflösung der Kliniken, dem Aufbau von psychiatrischen Abteilungen in Allgemein-Krankenhäusern und der Schaffung regionaler teilstationärer „komplementärer“ Betreuungsstrukturen (Tageskliniken, Tagesstätten, Kontakt und Begegnungstätten) ist bundesweit und gerade in Berlin konsequent umgesetzt worden.

Patienten mit schizophrenen Erkrankungen müssen nicht mehr vorrangig stationär behandelt werden. Zugleich ist absehbar, dass es auch Fälle, in denen ein Patient mit einer schizophrenen Erkrankung nur medikamentös und quasi nebenbei per Kurzkontakt beim niedergelassenen Nervenarzt oder Psychiater behandelt wird, nicht mehr geben wird. Die sich verändernde Behandlungspraxis folgt einem Wandel der Sichtweisen auf die Erkrankung Schizophrenie und der therapeutischen Möglichkeiten. Dieser Wandel ist bedingt durch die Fortschritte neurobiologischer/psychopharmakologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Forschung und Entwicklung – in einer zunehmend auf individuelle Selbstbestimmung und Patientenrechte ausgerichteten Gesellschaft.

Inclusion, Recovery, Empowerment, partizipative Entscheidungsfindung und personalisierte Medizin – so heißen die neuen Begriffe, die zugleich auch die neuen Sichtweisen beinhalten.

Manchem Praktiker werden diese Begriffe als zu ambitioniert im Vergleich zu hergebrachten Sichtweisen erscheinen, dennoch: Die neuen Begrifflichkeiten sind Ausdruck eines sich ändernden Schizophrenie-Verständnisses und wirken hinein in alle Ebenen

ärztlich-psychiatrischen Handelns und Behandeln von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen.

Inclusion bedeutet, dass der schizophrene Erkrankte wie jeder Mensch die Möglichkeit erhält, sich vollständig und gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen zu beteiligen – von Anfang an und unabhängig von individuellen Fähigkeiten, ethnischer und sozialer Herkunft, Geschlecht oder Alter. Mit der im März 2009 erfolgten Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Bundesregierung sind diese anspruchsvollen Forderungen auch in Deutschland rechtlich verankert worden. **Inclusion** grenzt sich vom Konzept einer gesellschaftlichen Integration des Erkrankten dahingehend ab, dass die gesellschaftliche Einbeziehung zu jeder Zeit, also vom Beginn an, zu gewährleisten ist.

Recovery beschreibt eine Entwicklung, die es ermöglicht, die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung zu überwinden. Der Begriff *Recovery* beinhaltet, dass selbst nach langjährigen, schwierigsten Behandlungsverläufen eine Gesundung möglich ist. Gesundung wird dabei nicht nur als ein Abklingen der Symptome und eine Steigerung der Funktionsfähigkeit verstanden, also nicht als eine Rückkehr zu einem Zustand vor der Erkrankung. Es geht vielmehr um ein Leben, welches orientiert an den persönlichen Werten und Zielen zufriedenstellend und hoffnungsvoll verlaufen kann, auch wenn Symptome und Behinderungen über längere Zeit weiter bestehen. Wesentlich ist, Selbstwert und Selbstachtung unabhängig von der Patientenrolle zu erleben und zu wissen, dass eine psychiatrische Diagnose nicht die Entwicklung der Fähigkeit, Lebenskrisen durchzustehen, verhindert. Somit ist **Recovery** ein an subjektiver Gesundung und gesellschaftlicher Teilhabe orientierter Begriff.

Empowerment lässt sich am ehesten übersetzen mit „Selbstbemächtigung“

oder „Selbstbefähigung“. Therapeutisch geht es darum, den Patienten darin zu unterstützen, eigene Lebensziele und Wege einer möglichst selbstständigen Lebensgestaltung zu finden und ihn in die Lage zu versetzen, eigene Interessen selbstständig zu vertreten. Symptome der schizophrenen Erkrankung werden dabei ausdrücklich nicht nur vom defizitären Standpunkt her gesehen. Beispielsweise kann die oft auch in stabilen Zeiten vorhandene erhöhte Empfindsamkeit unter bestimmten Umständen eine Kompetenz darstellen. Wichtig ist ein Lernprozess, der den Betroffenen zu einem kompetenten Umgang mit seiner Erkrankung führt („Experte in eigener Sache“). Psychoedukation und psychotherapeutische Hilfestellung sind wesentliche, diesen Lernprozess befördernde Maßnahmen. Hierbei ist immer auf die individuelle Dimension der Krankheitsverarbeitung zu achten.

Partizipative Entscheidungsfindung (aus dem Englischen *shared decision-making*) wird allgemein in der Medizin die Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Arzt und Patient genannt, die darauf zielt, zu einer von Patient und Arzt gemeinsam verantworteten Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu kommen. Zu den Kernelementen der partizipativen Entscheidungsfindung gehört u. a. eine „partnerschaftliche Beziehung“ zwischen Patient und Arzt und eine angemessene Informationsvermittlung über Wahlmöglichkeiten bezüglich einer medizinischen Entscheidung. Dabei sollen Arzt und Patient ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess einbringen und partnerschaftlich für die Entscheidung Verantwortung übernehmen. Für schizophrene erkrankte Patienten bezieht sich partizipative Entscheidungsfindung u. a. auf Medikationsentscheidungen mit dem Abwägen von evtl. zu erwartenden Nebenwirkungen oder auf die Frage der oft schwierigen beruflichen Rehabilitation oder auch auf abgesprochene

Handlungsstrategien im Krisenfall (wer dann zum Beispiel einbezogen werden und wo und wie eine Krisenbehandlung bei akuter psychotischer Dekompensation erfolgen soll).

Personalisierte Medizin versucht dem individuellen Patienten gerechter zu werden und stellt dem zukünftigen Patienten in Aussicht, ihm Therapien passend auf den Leib zu schneiden. Das Konzept der personalisierten Medizin ergänzt das Leitlinien-Wissen und die Leitlinien-Empfehlungen, die nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin erstellt wurden. Weltweit finden mittlerweile mehr als 25 Schizophrenie-Leitlinien Anwendung. Die auf hohem Methodik- und Referenz-Niveau erarbeitete S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie, die 2005 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegeben wurde, fasst das verfügbare Wissen zur Diagnostik und Therapie der Schizophrenie in einem breiten Konsens nutzungsorientiert zusammen, sie steht aktuell vor einer Überarbeitung bzw. Aktualisierung.

Für die angestrebte individualisierte Medizin wird die genetische Forschung hinsichtlich der Bildung prognostisch und pharmakotherapeutisch relevanter Subgruppen eine große Rolle spielen. Aber auch für die psychiatrische Behandlung im Allgemeinen wie speziell für die Psychotherapie gilt es deutlich stärker als bisher, individualisierte, aus Biografie, Persönlichkeit und speziellen Störungsmustern abgeleitete differenzielle Strategien zu entwickeln. Die Verbesserung des Nutzens durch eine personalisierte Medizin ist in der Grafik dargestellt.

Bisherige Schizophrenie-Diagnosen-Klassifizierung verliert an Bedeutung

Breiter fachlicher Konsens zum Ursachenverständnis der Schizophrenie ist das „Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell“, welches von einer permanent vorhandenen dispositionellen Verletz-

lichkeit auf dem Boden genetischer und/oder nicht genetischer Einflüsse (z. B. Geburtskomplikationen) ausgeht. Stressoren biologischer und psychosozialer Natur können mit dem in seiner Verarbeitungskapazität reduzierten neurobiologischen System interagieren und bei Überforderung der individuellen Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) zu entsprechendem Funktionsversagen und psychotischer Störung führen. Neurochemisch korreliert dieser Zustand u. a. mit einer Überaktivität des mesolimbischen dopaminergen Neurotransmittersystems. Schon der von Eugen Bleuler im Jahr 1911 in die Psychiatrie eingeführte Begriff der Schizophrenie war von Beginn an mit einem Verständnis der Vielfalt der Störung verknüpft: Bleuler sprach von der Gruppe der Schizophrenie.

Die derzeit geltende Internationale Klassifikation psychischer Störungen nach ICD 10 (International Classification of Disease) unterscheidet im Kapitel F2 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ für die Schizophrenie insgesamt sieben eigens definierte Störungen (paranoide, katatone, hebephrene und weitere Unterformen). Vor allem für die alltägliche Behandlungspraxis und die prognostische Einschätzung verliert die ICD-10-Klassifikation zunehmend an Bedeutung und wird durch Berücksichtigung individueller Faktoren, wie Persönlichkeit, Komorbidität, Drogenproblematik u. a., ergänzt. Dass es speziell in den USA mit dem DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eine eigene, umfänglich genutzte weitere Diagnose-Klassifikation gibt und mit der Leonhardschen Klassifikation der Psychosen ein weiteres internationales beachtetes Psychosen-Klassifikationssystem besteht, sei hier nur angemerkt.

Die meisten Psychiater stimmen allerdings wohl darin überein, dass das derzeitige Diagnose-Konstrukt ein Überbegriff für ätiologisch und pathodynamisch unterschiedliche Erkrank-

kungen darstellt; damit verknüpft sind auch die häufig unterschiedlichen Diagnosestellungen bei einem Patienten durch unterschiedliche Psychiater.

Speziell zur Abgrenzung schizophrener Störungen zu anderen psychiatrischen Störungen (z. B. den bipolaren Störungen, die gerade in der Manie auch mit produktiv-psychotischen Symptomen, wie Halluzinationen, einhergehen können) gab es in den letzten Jahren immer wieder engagierte Fachdiskussionen. Zukünftig dürften Biomarker therapeutisch-prognostisch immer wichtiger werden. Berichtet wird z. B. aktuell von einem ersten „Bluttest zur Validierung der Schizophrenie“, der die Abgrenzung einer Schizophrenie von einer bipolaren Erkrankung erlaubt. Man wird bald sehen, wie valide dieser Test tatsächlich für die Praxis sein wird. Aber unabhängig hiervon scheint die Richtung zukünftiger Diagnostik- und Subgruppen-Forschung gesteckt.

Ist „Stimmenhören“ nicht mehr pathognomisch?

Gehörte das den Psychiatern sehr vertraute „Stimmenhören“ bislang zu den unbestrittenen Leitsymptomen der Schizophrenie (Schizophrenie-Symptom „1. Ranges“ nach K. Schneider und gelistet in allen Diagnose-Manualen), so wird seit mehreren Jahren vor allem von europaweit organisierten Betroffenen-Verbänden, darunter dem „Netzwerk Stimmenhören e.V.“ eine differenziertere Umgangsweise mit dem „Stimmenhören“ gefordert und beklagt, „dass in der Psychiatrie die Stimmen allzu oft eher formal als Kriterium für die Feststellung einer seelischen Erkrankung betrachtet werden und die Behandlung sich vorwiegend auf Medikamente stützt“. Eine weiterführende Darstellung bzw. Diskussion der spannenden Thematik ist hier nicht möglich.

Ungeachtet der Fragwürdigkeit eines Konzeptes vom „gesunden Stimmenhören“ kann aus den Positionierungen der Betroffenen-Verbände aber neben



Fortsetzung von Seite 37

der Aufforderung zur aufmerksameren Diagnostik eine weitere Konsequenz gezogen werden. Die Nachfrage zum „Wie“ des Stimmenhörens und zum „Wie“ des Umgangs mit ihnen ermöglicht früher ungenutzte therapeutische Ansatzpunkte. Es hat sich in der Praxis als hilfreich erwiesen, Stimmen zu thematisieren, über ihre Intensität und Frequenz, über ihren Charakter und ihre Inhalte zu sprechen. Natürlich setzt ein solches Gespräch eine menschliche Beziehungsaufnahme voraus, die auch eine ausreichende Behandlungszeit erfordert.

Neue Sichtweisen in der Therapie – Differenzialtherapeutischer Gewinn durch neue Neuroleptika

Auch wenn die interessengeleitete Propagierung quasi nebenwirkungsfreier neuer Neuroleptika sicher verfehlt war, so steht mit den seit ca. 15 Jahren sukzessive eingeführten sogenannten Atypika eine neue Generation an Neuroleptika zur Verfügung, welche tatsächlich eine differenziertere und verbesserte medikamentöse Behandlung ermöglicht und heute umfangreich eingesetzt wird. Die das subjektive Erleben so beeinträchtigenden extrapyramidal-motorischen Störungen gehören weitgehend der Vergangenheit an. Geblieben bzw. noch akzentuierter auftretend sind jedoch die metabolischen Nebenwirkungen gerade vieler Atypika in Form der Adipositas und ihrer Folgeerkrankungen. Erfreulich ist, dass auch die Sedierung und die negative Beeinflussung kognitiver Fähigkeiten unter den Atypika geringer geworden sind. Obgleich mit dem ersten atypischen Neuroleptikum, dem Clozapin, wegen des Agranulozytose-Risikos eine besondere Blutbild-Kontrolle verbunden ist, gilt dieses Medikament in der Langzeitbehandlung als erste Referenz – besonders für sonst therapierefraktäre Patienten. Depotmedikationen gehören heute bei entsprechender Indikation zur Standardtherapie. Pharmakotherapeutisch hat sich hinsichtlich der begleitenden affektiven Symptome, wie Angst und

Depression, der Einsatz von Thymoleptika (zumeist mit serotonerger bzw. dualer Wirkdynamik) als eine positive Therapieergänzung etabliert.

Die schon Jahrzehnte alte Grundsatzdiskussion um die Neuroleptika-Indikation bei schizophrenen Erkrankungen ist auch mit der neueren Generation nicht abgeklungen. Es ist davon auszugehen, dass die gezielte psychopharmakologische Beeinflussung des Denkens und der Wahrnehmung, der Denkinhalte wie auch der Gefühlswelt gerade für diesbezüglich irritierte und labilisiert-verstörte Menschen per se immer eine besondere Herausforderung darstellen muss, welche auch eine ablehnende Haltung einschließt. Umso wichtiger ist eine gute Information der Betroffenen und ihrer Angehörigen im Sinne des oben beschriebenen Empowerments.

Psychotherapie bei Schizophrenie setzt sich durch

Wurde noch vor wenigen Jahren die Durchführung von Psychotherapie bei Patienten mit schizophrenen Störungen von den meisten Psychiatern und Psychotherapeuten als ineffizient oder gar ungünstig und störend abgetan, so sind heute die Stellungnahmen zum Beispiel der hoch angesehenen NICE-guidelines oder auch der schon etwas älteren S3 Behandlungsleitlinie Schizophrenie der DGPPN eindeutig. Mittlerweile gibt es differenzialtherapeutisch gezielte Empfehlungen für die Durchführung von Psychoedukationsverfahren, für den Einsatz kognitiver Verhaltenstherapie in der Prodromalphase oder auch für die Anwendung kognitiver Verhaltenstherapie bei medikamentenrefraktärer Positivsymptomatik (z. B. Halluzinationen) und schließlich zur Verbesserung der Einsicht in das psychotische Erleben und der Therapie-Compliance. Familientherapeutische Interventionen werden ebenso positiv beurteilt.

Die – selbstverständlich mit dem Patienten abgestimmte – Einbeziehung der Angehörigen gehört mittlerweile

zum state of the art der Behandlung. Psychodynamische Therapien bei Schizophrenie sind bei Durchführung im Standardverfahren eher zurückhaltend zu beurteilen; bei Durchführung durch den erfahrenen Therapeuten stellen sie allerdings ggf. mit modifiziertem Setting eine sehr wichtige Lebenshilfe für schizophrene Erkrankte dar.

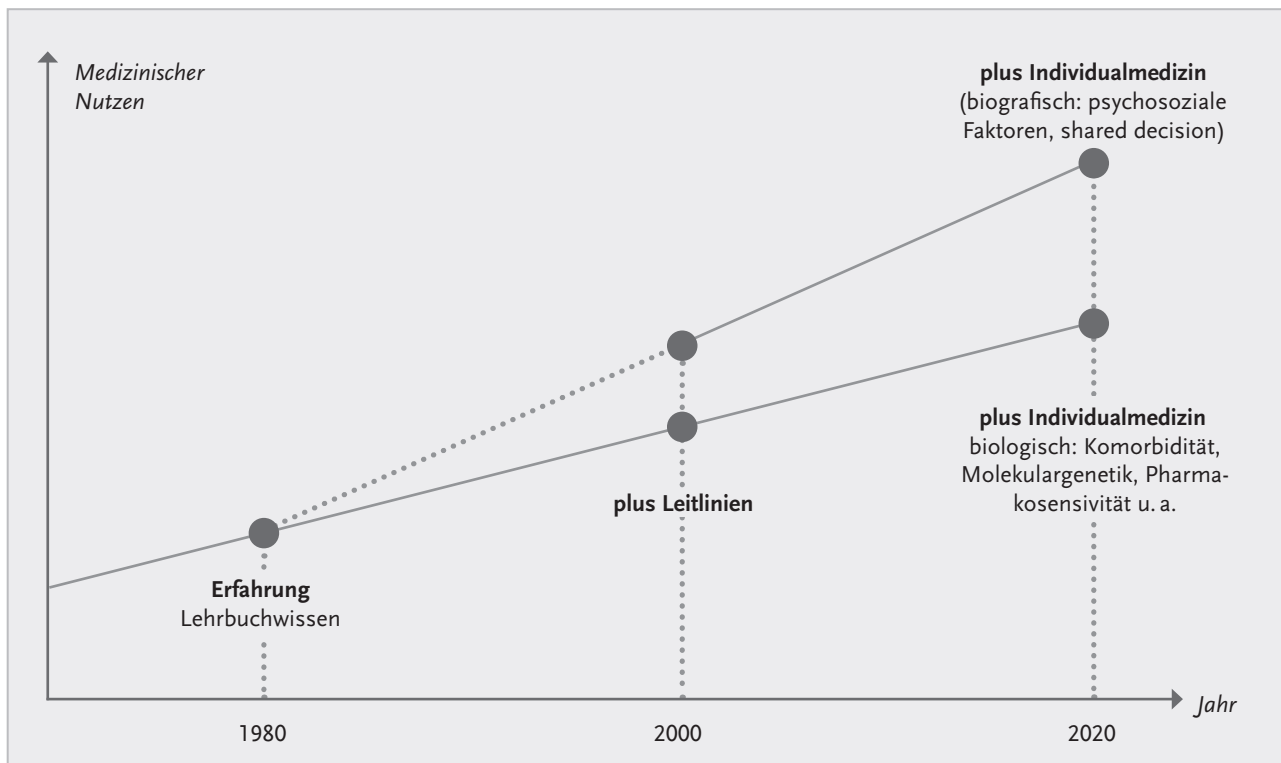
Als Grundkonsens von Psychiatern, Psychotherapeuten, Angehörigen und Betroffenen ist anzusehen, dass ein schizophrene Erkrankter weit mehr als nur die richtige Medikation benötigt und psychiatrische Behandlung in jedem Aspekt von einer psychotherapeutischen Haltung geprägt sein sollte.

Komplementäre, ergänzende Therapien

Die ergänzenden Behandlungen, wie die psychiatrische Fach-Krankenpflege, die sozialarbeiterische Betreuung, die Ergotherapie und Kreativtherapien, sind aus dem stationären Behandlungsangebot psychiatrischer Kliniken heute nicht mehr wegzudenken. Auch im ambulanten Bereich setzen sie sich zunehmend in Form häuslicher psychiatrischer Krankenpflege, der Soziotherapie und der ambulanten Ergotherapie durch. Im Konzept einer ambulanten Komplexbehandlung kommt ihnen unter dem Aspekt einer bezugstherapeutischen Dimension eine zentrale Bedeutung zu. Verknüpft ist sie mit einer gemeinsamen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kernkompetenz über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg.

Integrierte Versorgung – eine logische Konsequenz sozialpsychiatrischer Versorgungskonzepte

Die Zeit der „Klappmühlen“, der „Irrenanstalten“ und psychiatrischen „Schlangengruben“ ist in Deutschland lange vorbei. Dass die gesamte psychiatrische Versorgung gleichwohl immer noch asymmetrisch auf stationäre Behandlung ausgerichtet ist, erscheint im internationalen Vergleich überholt: Es



Verbesserung des medizinischen Nutzens durch Individualmedizin in der Psychiatrie

entspricht nicht den ambulanten Möglichkeiten der Behandlung und auch nicht dem heutigen Selbstverständnis betroffener Patienten und ihrer Familien. Schizophrenie als Beispiel einer chronischen Erkrankung bedarf einer kontinuierlichen, konzeptionell über alle Lebens- und Krankheitsphasen überlegten und zwischen den verschiedenen Behandlungssektoren abgestimmten Versorgungsplanung. Im traditionell fraktioniert-finanzierten deutschen Gesundheitssystem ist die Einführung der Integrierten Versorgung (IV) mit dem Paragraphen 140 SGB V ein Meilenstein auf dem Wege zu einer patientenorientierten (und nicht mehr institutionsorientierten) Versorgung. Die von einer schizophrenen Erkrankung in ihrer gesamten Lebensplanung und -gestaltung früh und oft einschneidend gehandicapten Patienten sind unter Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen und unter Nutzung aller therapeutisch ausgewiesenen Optionen

zu behandeln – so fordern es unisono Leitlinien sowie die Fach- und Betroffenenverbände. Definierte Behandlungspfade und eine verbesserte Absprache zwischen den Akteuren sollen entscheidend zur Erreichung des zentralen Zieles beitragen, dem schizophren Erkrankten die Möglichkeit zur vollständigen und gleichberechtigten Teilhabe an allen gesellschaftlichen Prozessen zu ermöglichen.

In Berlin haben sich mittlerweile fast alle Krankenkassen auf den Weg gemacht, eine verbesserte ambulante psychiatrische Behandlung, gerade auch für schizophrene Erkrankte, durch Verträge zur Integrierten Versorgung zu fördern. Eine ausschließlich krankenzentrierte Versorgung einschließlich der dort angesiedelten Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wird allseitig als ungünstig angesehen. Gefördert durch die IV werden berufsgruppen- und sektorübergreifende

Versorgungsnetze. Beispielhaft für Berlin-Brandenburg kann die PIBB-Psychiatrie-Initiative Berlin-Brandenburg angeführt werden, die als Managementgesellschaft des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit mit der DAK-Gesundheit, der VAG Mitte der BKK und der AOK Nordost umfangreiche Versorgungsverträge abgeschlossen hat (www.psychiatrie-in-berlin.de). Die Zentrierung auf die Lebenswelt des Patienten und Behandlungsverantwortung durch eine psychiatrisch-ärztliche und psychotherapeutische Kompetenz sind entscheidende Merkmale dieser Versorgungsverträge, die als sinnvolle Zusatzverträge zum Kollektivvertrag mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden.

Dr. med. Norbert Mönter
 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,
 Psychotherapie, Psychoanalyse
 10589 Berlin

Literatur beim Verfasser