

An alle Mitglieder des
Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales
Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten
der Vertriebenen und Flüchtlinge
Platz des Landtags
Düsseldorf



Dr. med. Arne Brosig
Erster Vorsitzender

13.09.99

Betr.: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psych-KG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Wunsch nach einem weiteren Beitrag zur Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken sowie ein Beitrag zur Integration der psychiatrischen Versorgung in das allgemeine Gesundheitswesen wird vom Berufsverband der Nervenärzte (BVDN) ausdrücklich begrüßt.

Wir möchten aus gegebenem Anlaß nach der ersten Lesung des Gesetzentwurfes noch einmal zusammenfassend auf folgendes aufmerksam machen. Einweisungen nach dem sog. Psych-KG stellen eine Notfallsituation dar die unbedingt sofortiges Handeln erforderlich macht. Eine solche Situation mit unmittelbarer Gefährdung für den Patienten oder für andere ist vergleichbar mit Notfällen in den somatischen Fachgebieten wie akuter Schlaganfall, Herzinfarkt oder akute Luftnot z.B. beim Asthmaanfall.

Natürlich würde sich der BVDN wünschen, daß in noch größerem Umfange als bisher Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Fachärzte mit ausgewiesener Kompetenz behandelt würden und nicht wie so häufig durch die Hausärzte „mitbehandelt“ würden. Gerade im Hinblick auf die aktuelle Kostendiskussion im Gesundheitswesen könnten u.a. erhebliche Einspareffekte dadurch erzielt werden, wenn hochpotente Psychopharmaka wie Antidepressiva oder Neuroleptika ausschließlich durch fachlich entsprechend ausgebildete Ärztinnen und Ärzte verordnet würden.

In Bezug auf die oben beschriebene Notfallsituation, die vor allem bei akuten Psychosen auftritt, muß jedoch jeder approbierter Arzt/Ärztin in der Lage sein, das erforderliche Attest auszustellen, welches für die sofortige Unterbringung des Patienten im Rahmen des Psych-KG erforderlich ist. Eine andere Regelung würde zu einer Schlechterstellung psychiatrischer Patienten im Vergleich zu somatischen Beschwerden führen!

Der Berufsverband bietet gerne an, z.B. in Zusammenarbeit mit der Fortbildungsakademie des BVDN entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für die Ärzte anderer Disziplinen durchzuführen, falls dies gewünscht wird.

Dem Beitrag von Herrn Daniel Kreutz in der Lesung des Gesetzes am 02. Sept. 99 im Düsseldorfer Landtag möchten wir inhaltlich widersprechen. Dabei möchten wir die Diskussion bezüglich Diagnoseverhalten der Ärzte und ihr Frauenbild sowie die Auswirkung des Patriarchates nicht vertiefen. In der Sache muß jedoch korrigiert werden, daß Neuroleptika in keiner Weise suchterzeugend sind. Suchterzeugend sind Beruhigungsmittel wie Valium und Lexotanil, die sog. Tranquillizer. Diese

Präparate werden aus den genannten Gründen jedoch in der Psychiatrie ausgesprochen selten angewandt. Darüber hinaus ist die Psychiatrie im Besonderen bemüht Neuroleptika ohne schwere Nebenwirkungen zu verordnen, dabei handelt es sich insbesondere um die neuen, sog. atypischen Neuroleptika.

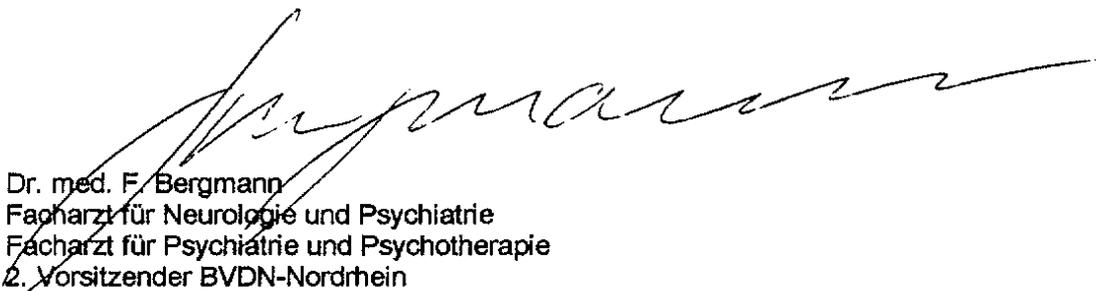
Eine Elektrokrampf-Therapie wird nur in äußerst seltenen Fällen und unter Anlegung strengster wissenschaftlicher Kriterien indiziert. Sie wird bei speziellen Erkrankungsbildern angewandt, die mit anderen Mitteln nicht mehr zu behandeln sind. Das Vermeiden einer Elektrokrampf-Therapie würde in diesem Falle den Tod des Patienten herbeiführen. Mit „Glück oder Pech“ hat diese besondere Behandlungsmethode ebenso wenig zu tun wie mit ärztlicher Therapiefreiheit.

Dies wissen im übrigen auch informierte Psychiatrieerfahrene oder auch die Angehörigenverbände psychiatrisch Kranker.

Wir möchten Sie bitten, sich von der Bemerkung zu distanzieren, daß es vergleichsweise harmlos sei, was die Justiz dem gesunden Affektäter angedeihen läßt gegenüber dem, was dem Psychiatrisierten blühen kann. Derartige Bemerkungen sind in der Sache wenig hilfreich und sind eine schallende Ohrfeige für all diejenigen Menschen, die sich sowohl in den Kliniken als auch im ambulanten ärztlichen und komplementären Bereich engagiert für die Rechte und Belange der ihnen anvertrauten Patienten einsetzen.

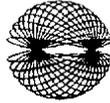
Um Ihnen einen Einblick in die aktuellen Behandlungskonzepte, z.B. bei schizophrenen Psychosen, ermöglichen, senden wir Ihnen in der Anlage eine Zusammenfassung über die wesentlichen Grundzüge eines integrativen Therapiekonzeptes zur Behandlung dieser Erkrankung.

Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



Dr. med. F. Bergmann
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
2. Vorsitzender BVDN-Nordrhein

Anlage



Behandlung der schizophrenen Psychosen

Dr. Frank Bergmann

- **Bedeutung des Krankheitsbildes**

Angesichts der ökonomischen Dimension der Erkrankung kommt der differentiellen gestuften Therapie der schizophrenen Psychosen eine besondere Bedeutung zu:

Die WHO stuft die Schizophrenie als eine der weltweit teuersten Erkrankungen ein aufgrund ihrer Häufigkeit, ihrer Neigung zu chronischer Verlaufsform sowie der Beeinträchtigung der Fähigkeit zu selbständigem Leben. Immerhin rechnen wir in Deutschland mit ca. 365.000 aktuellen Kranken (vor dem Hintergrund der bekannten Inzidenz von 0,015, der Punktprävalenz von 0,45 sowie dem lebenslangen Erkrankungsrisiko von 1%).¹

So werden die jährlichen direkten Kosten für einen Pat. mit ca. 28.000 DM geschätzt, die indirekten Kosten mit ca. 43.000 DM. Das statistische Bundesamt weist z.B. für 1996 119.216 stationäre Aufnahmen wegen einer Schizophrenie aus mit einer Verweildauer von durchschnittlich 77,2 Tagen. Dies entspricht 0,8% aller Aufnahmen, aber 5% der gesamten Bettenbelegung, was ca. 3 Mrd. DM jährlichen Kosten entspricht. Mit ca. 4,5 Mrd. DM bringt die Gesetzliche Krankenversicherung ca. 1,7% ihrer gesamten Ausgaben für die Behandlung der Schizophrenien auf. Damit sind die Gesamtkosten mindestens vergleichbar denen großer Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus und koronare Herzkrankheit.

- **Geschichtliche Entwicklung**

Der erste große Durchbruch in der Psychiatrie gelang 1955 mit Entwicklung des ersten Neuroleptikums. Das damals von Delay entwickelte Mepazine sowie die dann im weiteren entwickelten Präparate machten erstmals eine wirksame pharmakologische Behandlung und Symptomreduktion möglich. Dies führte in der Folge zu einer radikalen Umstrukturierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser. Vor dem Hintergrund der zunehmend verbesserten und differenzierten pharmakologischen Therapie kam es nicht zuletzt durch die Empfehlungen der Psychiatrieenquête zu Implementierung und Entwicklung sozialpsychiatrischer Forschung und Behandlung. Der Ausbau des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems zu einer integrierten wohnortnahen ambulanten Behandlung mit allen Möglichkeiten medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist noch lange nicht abgeschlossen. So ist es nur der andauernden und beständigen Überzeugungsarbeit des BVDN zu verdanken, daß die ambulante Soziotherapie als Baustein der

Behandlung von Psychosekranken in den Gesetzesentwurf zur Gesundheitsreform aufgenommen wurde.

• **Pharmakologische Therapie**

Ein ganz wesentlicher und unverzichtbarer Baustein der Behandlung schizophrener Psychosen ist die pharmakologische Therapie mit Neuroleptika.

So ließ sich darstellen, daß innerhalb von 12 Monaten Rückfälle ohne Behandlung mit Neuroleptika in 75% auftreten, während die Rückfallfrequenz auf 15% sinkt unter einer Behandlung mit neuroleptischen Medikamenten.

Neuroleptika sind Medikamente, die antipsychotische Eigenschaften sowie z.T. sedierende Eigenschaften besitzen. Dies heißt im Konkreten, daß Neuroleptika geeignet sind, psychotische Symptome wie Wahn oder Halluzinationen zu bekämpfen, aber auch beruhigende Eigenschaften haben. Sehr wichtig ist die Unterscheidung zu Beruhigungsmitteln, sogenannten Tranquilizern. Im Gegensatz zu diesen Medikamenten besteht bei Neuroleptika keinerlei Suchtpotential. Dies ist insofern wichtig, da Neuroleptika auch zur Rückfallprophylaxe häufig über Jahre eingenommen werden müssen. Die Neuroleptika werden in unterschiedliche Gruppen eingeteilt. Es gibt Medikamente mit sehr starken antipsychotischen Eigenschaften, sogen. hochpotente Neuroleptika und Medikamente mit stark beruhigenden Eigenschaften, sogen. niedrigpotente, sedierende Neuroleptika.

In den letzten Jahren zeichnet sich eine Entwicklung ab, die in ihren Auswirkungen fast der Einführung der Neuroleptika in den 60er Jahren gleichkommt, und zwar die Entwicklung einer völlig neuen Neuroleptikageneration, der sogen. atypischen Neuroleptika.

• **Spezielle Probleme der Therapie mit Neuroleptika**

Das große Problem der jahrzehntelang verwandten sogen. klassischen Neuroleptika waren die damit verbundenen Nebenwirkungen, überwiegend im Sinne extrapyramidalmotorischer Störungen. Im einzelnen waren dies für die Pat. ganz erhebliche Beeinträchtigungen wie Zittern, Unruhezustände, Steifigkeit der Muskulatur, Schluckstörungen, Speichelfluß bis hin zu Zungen-, Schlundkrämpfen und Krämpfen der Augenmuskulatur. Die Compliance, also die Bereitschaft des Pat. zur Mitarbeit und zur regelmäßigen Einnahme der Medikation war nicht zuletzt aufgrund dieser Nebenwirkungen häufig stark beeinträchtigt. Viele Vorurteile gegen die Psychiatrie und die dort angewandten Behandlungsverfahren

(„Einer flog über das Kuckucksnest“) gehen zurück auf die leidvollen Erfahrungen mit neuroleptikabedingten Nebenwirkungen.

Dem gegenüber scheint mit der Entwicklung der neuen atypischen Neuroleptika eine neue Ära der pharmakologischen Therapie von schizophrenen Psychosen zu beginnen. Clozapin als ein schon etwas länger bekannter Vertreter dieser Präparatengruppe, aber auch Risperdal, Olanzapin, Sertindol und Quetiapin sind hier zu nennen.

Die beschriebenen Nebenwirkungen konnten bei diesen Präparaten auf ein Minimum reduziert werden und auch die häufig mit Neuroleptika einhergehende Sedierung verringert sich bei Behandlung mit diesen Präparaten erheblich.

Die Konsequenzen liegen auf der Hand. Die Patienten können mit diesen Substanzen nicht nur effektiv antipsychotisch behandelt werden; sie werden auch in ihren Alltagsaktivitäten weniger beeinträchtigt durch Müdigkeit oder Störungen im Bewegungsapparat. Damit können die Pat. in hervorragender Weise auch ambulant therapiert werden und sind trotz der erforderlichen Medikamente auch in die Lage versetzt, an psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Therapieprogrammen teilzunehmen oder auch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zu absolvieren.

• **Multimodales Therapieangebot**

Grundsätzlich sollte die Dauerbehandlung der schizophrenen Psychose ein umfassendes komplexes Therapie- und Rehabilitationsangebot umfassen. Die medikamentöse Therapie ist in diesem Behandlungsprogramm nur ein, wenn auch unverzichtbarer Baustein.

Psychotherapie ist ein weiterer unverzichtbarer Baustein in der Behandlung schizophrener Patienten wie auch bei allen anderen psychiatrischen Patienten und Erkrankungen. Abweichend von der sogenannten Richtlinienpsychotherapie, wie bspw. analytische Psychotherapie oder Verhaltenspsychotherapie muß Psychotherapie für schizophrene Psychosen in besonderer Weise dem jeweiligen Krankheitsstadium und damit der jeweiligen individuellen Belastbarkeit des Pat. angepaßt sein. Eine besondere Rolle spielen kognitive Strategien sowie insbesondere auch verhaltensbezogene Therapiemodule. Hier geht es bspw. um die Wiederaufnahme von Aktivitäten, Strategien gegen sozialen Rückzug oder die Wiederaufnahme sozialer Interaktionen.

Ein weiterer Baustein ist die Psychoedukation sowohl für Patienten als auch für Angehörige, in der es um die Vermittlung eines Krankheits- und Behandlungsmodells geht. Ergotherapie einschl. Arbeitstherapie und Belastungserprobung, ambulante psychiatrische Pflege, aber auch Bewegungstherapie sind weitere Module eines Komplexleistungsprogramms.

- **Soziotherapie als ein Baustein der Therapie**

Die Soziotherapie als weiterer wesentlicher Baustein beinhaltet Hilfen zur Verbesserung der Tagesstruktur, Anleitungen zu lebenspraktischem Training und zur Krankheitsbewältigung, zur Motivationsförderung usw.. Arbeitsvermittlung, Angehörigenberatung sowie ein niederschwelliges Kontaktangebot in Patientenklubs sind im weiteren zu nennen.

Last not least sind die Möglichkeiten und Angebote der beruflichen Rehabilitation wie z.B. im Rahmen von Trainings- und Übungswerkstätten aufzuführen.

- **Summary**

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß es der Psychiatrie gelungen ist, an der Schwelle zum neuen Jahrtausend bemerkenswerte und richtungsweisende Therapiefortschritte zu erzielen. Für die Behandlung schizophrener Psychosen bedeutet dies eine immense Verbesserung der pharmakologischen Therapiemöglichkeiten als Teil eines psychiatrischen Komplexleistungsprogramms, in dem neben der psychiatrischen Therapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Angehörigenarbeit und berufliche Rehabilitation abgestuft und individuell angeboten werden können.

Was bleibt zu tun: Vor uns liegt die Aufgabe integrative psychiatrische Therapie von punktuellen Modellprojekten überzuführen auf ein breites Fundament.

Last not least:

- 1: Die integrative ressourcenorientierte psychiatrische Behandlung stellt den Patienten in den Mittelpunkt und hat ihre Wirksamkeit bewiesen.

5 Behandlung der Schizophrenie

2. Eine solchermaßen optimierte Therapie senkt die Anzahl stationärer Aufnahmen, führt weg von der Drehtürpsychiatrie und führt damit zur Einsparung von Kosten.

Dr. med. Frank Bergmann