

Schizophrenie

Die vielen Facetten einer Erkrankung

Im Rahmen eines Symposiums* unter dem Vorsitz von Univ.-Prof. Dr. W. Wolfgang Fleischhacker, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Innsbruck, wurde eine breite Palette aktueller Aspekte im Zusammenhang mit dem Thema Schizophrenie diskutiert. Redaktion: Mag. Andrea Weiss

Was wissen die Österreicher über Schizophrenie?

Im Rahmen einer Umfrage wurde die Bevölkerung auf einer Wiener Einkaufsstraße vom Ö3 Mikromann befragt, was sie über die Schizophrenie wissen.

Hier einige Antwort-Beispiele:

- „... Dummheit ...“
- „... kommt vor bei zu viel Alkohol ...“
- „... Trennung in 2 Persönlichkeiten, von denen die eine nicht weiß, was die andere tut ...“
- „... die meisten hören Stimmen ...“
- „... haben sich nicht unter Kontrolle ...“
- „... zeigen von einer Sekunde auf die andere völlig andere Verhaltensmuster ...“
- „... betrifft besonders intelligente Menschen ...“
- „... vielleicht ein Erziehungsfehler ...“
- „... ist nicht ansteckend, aber vererbbar ...“
- „... in meinem Bekanntenkreis sind nur Männer betroffen ...“

Auf die Frage nach der Behandelbarkeit antwortete der Großteil der Befragten, dass sie die Schizophrenie für „vermutlich nicht heilbar“, aber „mit Medikamenten oder auch Psychotherapie behandelbar“ halten. Die Medikamente wurden u. a. als „gefährlich“, „mit hohem Suchtpotential“ oder als „Maßnahme zum Ruhigstellen“ eingeschätzt. „Als erstaunlich positives Ergebnis der Umfrage ist zu werten, dass das Wissen um die Behandelbarkeit der Schizophrenie weit verbreitet ist“, kommentierte Fleischhacker die Aussagen.



Gegen die Stigmatisierung

Um Vorurteile gegenüber Patienten mit Schizophrenie bzw. der Erkrankung an sich abzubauen, sieht Prim. Univ.-Prof. DDr. Michael Lehofer, Ärztlicher Direktor der Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz, die Notwendigkeit, der Bevölkerung ein differenziertes Krankheitsbild zu vermitteln. Darüber hinaus trage mehr Wissen der Allgemeinbevölkerung über die Erkrankung auch zu einer besseren Früherkennung bei. „Aufgrund der Tatsache, dass Ärzte nicht mehr die einzigen Informanten der Patienten sind, ist viel Zeit erforderlich, um bei einzelnen Patienten die Abwehrhaltung gegenüber der meist stigmatisierten Diagnose Schizophrenie abzubauen, damit sie diese akzeptieren können.“

Aktuelle Therapietrends

Als aktuelle Trends in der Behandlung der Schizophrenie stellte Univ.-Prof. Dr. Christian Simhandl, Leiter Bipolar Zentrum Wiener Neustadt, einerseits einen frühzeitigen Behandlungsbeginn und andererseits den frühzeitigen Einsatz eines atypischen Depot-Antipsychotikums vor. „Die Zeit vom Auftreten der ersten psychotischen Symptome bis zum Beginn einer antipsychotischen Behandlung (Duration of Untreated Psychosis, DUP) ist ein prognostischer Parameter für den Verlauf der Schizophrenie. Aus Untersuchungen und der klinischen Erfahrung ist allerdings bekannt, dass viele der First-Episode-Patienten ihre Therapie innerhalb der ersten 6 Behandlungsmonate abbrechen und nur rund 40 % die verordnete Medikation zumindest ein Jahr einnehmen.“ Entscheidend sei, eine Medikation zu wählen, welche die Compliance fördert. „Der nach wie vor zurückhaltende Einsatz einer Depot-Medikation – oft erst im späteren Krankheitsverlauf – ist bei modernen Präparaten aufgrund des günstigen Nebenwirkungsprofils nicht mehr gerechtfertigt“, betonte Simhandl. So zeige eine Studie, dass die Behandlung mit einem atypischen Depot-Antipsychotikum bei Patienten mit einer neu aufgetretenen Schizophrenie bei einem großen Teil (84 %) zu einer Verbesserung der PANSS (Positive And Negative Syndrom Scale) um mindestens 50 % führte, die Abbruchraten lagen unter 10 %. „Die Depot-Medikation trägt wesentlich zur Verbesserung der Compliance bei und diese ist wiederum einer der wichtigsten Prädiktoren

für den Verlauf einer Schizophrenie“, so Simhandl.

Klinik ist nicht gleich Forensik

„Im Unterschied zur klinischen Psychiatrie, bei der in der Behandlung der Schizophrenie weitgehende Symptombefreiung angestrebt wird, besteht das Behandlungsziel in der forensischen Psychiatrie darin, jene spezifische Gefahrenkomponente abzubauen, die zur Einweisung geführt hat“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Thomas Stompe, Justizanstalt Göllersdorf/Niederösterreich und Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wien.

Um die Frage zu beantworten, ob forensische und klinische Schizophrenie-Patienten unterschiedliche medikamentöse Behandlungen erhalten, wurden in den Jahren 2005 bis 2007 die Datenblätter von Patienten mit einer nach ICD-10 gesicherten Schizophrenie-Diagnose in der Justizanstalt Göllersdorf hinsichtlich Entlassungsmedikation mit denen der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien verglichen.

Keine Unterschiede waren bei der Verschreibung von Antipsychotika (klinisch und forensisch jeweils 100 % der Schizophrenie-Patienten) und Stimmungsstabilisatoren (jeweils 40 %) zu beobachten. Klinische Schizophrenie-Patienten erhielten deutlich mehr Antidepressiva als forensische (39 % vs. 21 %), ebenso verhielt es sich bei Tranquilizern (50 % vs. 20 %).

Im Vergleich zu forensischen Patienten erhielten klinische Patienten öfter Antipsychotika der neuen Generation („atypische“, 75 % vs. 95 %). Der deutlichste Unterschied bestand in der Verordnung eines Depot-Antipsychotikums, das 87 % der forensischen und nur 5 % der klinischen Patienten erhielten. Dabei bekamen 27 % der forensischen Patienten ein atypisches Depot-Antipsychotikum und 60 % ein typisches; von den klinischen Patienten erhielten alle, die auf eine Depot-Medikation eingestellt wurden, ein atypisches Antipsychotikum. Dies erklärt auch, warum bei forensischen Patienten der Anteil, denen ein

Anticholinergikum verordnet wurde, mit 45 % höher war als bei den klinischen Patienten mit 26 %.

„In Bezug auf die Dosierungen ist anzumerken, dass diese – entgegen einer häufig anzutreffenden Annahme – bei den forensischen Patienten nicht signifikant höher lag als bei den klinischen“, unterstrich Stompe.

Hinsichtlich Wirksamkeit zwischen klassischen und atypischen Depotantipsychotika bei forensischen Schizophrenie-Patienten ergaben sich nach stabiler Einstellung keine signifikanten Unterschiede bezüglich Schweregrad der Erkrankung, komorbider Persönlichkeitsstörung, delinquenten Verhaltensmuster, Substanzmissbrauch sowie der Rate intramuraler Zwischenfälle (Tätlichkeiten, verbale Aggression u. a.).

Das Rollenbild der Psychiater

Im Lauf der vergangenen Jahre konnte, so Dr. Patrick Frottier, psychiatrischer und psychotherapeutischer Leiter der Sonderanstalt Mittersteig, eine zunehmende Differenzierung zwischen ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit beobachtet werden. Irreführend sei dabei, dass die therapeutische Tätigkeit im Sprachgebrauch mehr und mehr ausschließlich mit Psychotherapie gleichgesetzt wird. Für einen bestmöglichen Behandlungserfolg sei sicherzustellen, dass die Rolle des Psychiaters für jeden Patienten zum jeweiligen Zeitpunkt dem Status der Erkrankung entspricht, sodass der Patient in Behandlung bleibt.

Konzepte zur Informationsvermittlung und Therapieentscheidung sind:

- *Informed Choice*: Der Arzt informiert den Patienten über die Behandlungsoptionen, überlässt aber die Entscheidung dem Patienten. Ziel ist dabei die größtmögliche Autonomie des Patienten; Einwand dagegen ist die Frage, ob der Patient die Entscheidung treffen kann.
- *Shared Decision*: Der Arzt tritt mit dem Patienten in ein Vertrauensverhältnis, informiert ihn über die therapeutischen Optionen und überzeugt sich, dass die Information beim Pa-

tienten richtig angekommen ist. Die vom Arzt präferierte Lösung wird als Behandlung der 1. Wahl angeboten. In der Folge kommen Arzt und Patient gemeinsam zu einer Lösung, die von beiden Seiten getragen werden kann (Konkordanz).

- *Informed Compliance*: Die Behandlungsoptionen werden mit einer deutlichen Präferenz für eine bestimmte Lösung dargestellt, sodass sich der Patient dieser Präferenz anschließt (Paternalismus).

Wie Frottier präziserte, bedeute „Paternalismus nicht Zwang, sondern Verantwortung. Allerdings muss die Rolle des Psychiaters im Zeitverlauf der Behandlung – entsprechend der Entwicklung der Entscheidungskompetenz des Patienten – an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden.“

Psychopharmakotherapie und rechtliche Rahmenbedingungen

„Die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung bei untergebrachten psychotischen Patienten betrifft immer auch die Frage der Einwilligungsfähigkeit, die bei der Anwendung von Depot-Antipsychotika als besondere Heilmaßnahme prinzipiell gegeben sein muss“, betont Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller, Leiter des KH Maria Ebene, Frastanz/Vorarlberg. „Auch wenn eine Behandlung unter der Prämisse ‚Alles zum Wohle des Patienten‘ erfolgt, sind die rechtlichen Grundlagen einzuhalten.“

Dass der Off-Label-Use, also die Verordnung eines zugelassenen Fertigarzneimittels außerhalb des in der Zulassung beantragten und genehmigten Gebrauchs, unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen der Therapiefreiheit zulässig ist, ist laut Haller unbestritten. Haftungsrechtlich bedeutsam sei die Abgrenzung eines Off-Label-Use von einer kontraindizierten Behandlung sowie die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (z. B. mangelnde Wirksamkeit zugelassener Medikamente). ■

* 17.–19. Oktober 2008, Saalfelden