



Beiträge des 12. Vormundschaftsgerichtstags

04.-06.11.2010 in Brühl

Wolf Crefeld/Volkmar Aderhold

Menschenrechte in der medikamentösen Therapie

Zum Umgang mit Psychopharmaka

Die Entscheidung über eine medizinische Behandlung und deren Modalitäten trifft der entscheidungsfähige Patient. Soweit er in seinem derzeitigen Zustand alleine nicht selbstverantwortlich entscheiden kann, haben Betreuer oder Bevollmächtigter mit der Aufgabe der Gesundheitsorge ihn dabei zu unterstützen oder erforderlichenfalls stellvertretend in seinem Sinne zu entscheiden. Der behandelnde Arzt hat den Patienten und seinen Betreuer bzw. Bevollmächtigten zuvor zu beraten („aufzuklären“), welche therapeutischen Maßnahmen medizinisch angezeigt sind und mit welchen möglichen Folgen zu rechnen ist. Das gilt auch für psychiatrische Behandlungen - medikamentöser ebenso wie psychotherapeutischer Art. Dennoch wird von psychiatrischen Patienten wie von deren Betreuern nicht selten Kritik laut, dass die ärztliche Aufklärung und der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten unzureichend seien (vgl. K. Stolz in BtPrax 3/1999, S. 98f.). Den Betroffenen bleibt dann nur ein kritisches Nachfragen. Im Folgenden wird ein Überblick über die Wirkung und die Nebenwirkungen der Psychopharmaka vom Typ der Neuroleptika gegeben, die kritische Nachfragen im Gespräch mit behandelnden Ärzten erleichtern sollen.

Nutzen und Risiken für den Patienten

Psychotisches Erleben bei sog. schizophrenen und anderen Psychosen geht mit einer erhöhten präsynaptischen Dopaminausschüttung in den Basalganglien des Zentralnervensystems als einem Teilaspekt eines insgesamt hochkomplexen psychophysischen Prozesses einher, wie neuere bildgebende Untersuchungsverfahren gezeigt haben (Synapsen sind die Verbindungsstellen zwischen zwei Nervenzellen). Mit der Remission der akuten Psychose endet diese erhöhte Dopaminausschüttung. Alle Neuroleptika wirken in der Weise, dass sie die Aufnahme des in der Synapse freigesetzten Dopamins an der zweiten Nervenzelle blockieren (sog. postsynaptische Blockade am Dopamin-Rezeptor D2). Dies hat zur Folge, dass die Behandlung mit Psychopharmaka aus der Gruppe der Neuroleptika bei Psychosekranken zu erheblicher Symptomreduzierung beitragen kann. Doch als Heilung von der psychotischen Erkrankung ist das nicht anzusehen. Man kann die neuroleptische Wirkung eher vergleichen mit der Gabe eines fiebersenkenden Medikaments bei einer Lungenentzündung: Dessen Wirkung kann für den Kranken entlastend sein, doch der entzündliche Krankheitsprozess selbst wird damit nicht beeinflusst. Ähnlich sind ohne soziotherapeutische und psychotherapeutische Maßnahmen allein mit neuroleptisch wirkenden Psychopharmaka keine Heilung und keine Verbesserung der Prognose zu erzielen. Zugleich ist festzustellen, dass - wie langfristige Verlaufsuntersuchungen gezeigt haben - ein Teil der Menschen auch ohne jede Neuroleptika-Behandlung eine psychotische Erkrankungsphase überwinden können.

Behandelt man psychotische Symptome mit Neuroleptika, so ist bereits eine Teilblockade der Rezeptoren ausreichend. Von den Psychopharmaka-Herstellern unabhängige wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass daher in der Regel bei Ersterkrankten 1 – 3 mg Haldol pro Behandlungstag bzw. die dazu äquivalente Dosis eines anderen Neuroleptikums ausreichen. Bei Mehrfacherkrankten geht man von 2 – 6 mg pro Tag aus. Die Anfangsdosis sollte im unteren Dosisbereich liegen. Eine evtl. notwendig erscheinende erste Dosiserhöhung sollte erst nach vier Wochen stattfinden. Während dieser Zeit sind für Psychosekranken spezifische psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen angezeigt. Ist das therapeutische Milieu aber mangelhaft, so führt das zu überhöhten Dosierungen.

Der Arzneimittelmarkt bietet eine Vielzahl neuroleptisch wirkender Medikamente an, die jeweils unterschiedlich zu dosieren sind. Hier wird als Vergleichsmaßstab heute meist eines der ältesten Neuroleptika herangezogen: Haldol. Es stehen Dosierungstabellen zur Verfügung, welche die Wirkung eines anderen Neuroleptikums in Haldoläquivalenten angeben.

Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass 40% der erstmals an Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum erkrankten Menschen auch ohne Neuroleptika dauerhaft behandelbar sind. Bei anderen psychotischen Störungen ist dieser Anteil noch höher. Ein geeignetes therapeutisches Milieu oder intensive Begleitung in eigener häuslicher Umgebung und in enger Kooperation mit der Familie und anderen wichtigen Bezugspersonen ohne ein Neuroleptikum sogar die bessere Lösung darstellen. Bei jeder Entscheidung über eine Behandlung mit Psychopharmaka sind daher Nutzen und Risiko für den Patienten abzuwägen.

Umgekehrt bleiben Neuroleptika bei etwa 10 – 20% der Menschen mit Schizophrenie ohne therapeutische Wirkung („Non-Responder auf NL“). Bei ihnen führen Dosiserhöhungen zu keiner heilsamen Wirkung, im Gegenteil: Dosiserniedrigungen können bei ihnen sogar zur Verminderung von psychotischen Symptomen führen. Stattdessen trifft man dann häufig bei diesen Patienten auf überhöhte Dosierungen.

Wie in den letzten Jahren von Experten kritisch festgestellt worden ist (vgl. Weinmann 2008), ist der größte Teil der Forschung zur Psychosenbehandlung von den Interessen der pharmazeutischen Hersteller beeinflusst. Wissenschaftliche Studien zur therapeutischen Arbeit mit den Kranken, ihren Familien und den sozialen Netzwerken der Erkrankten sowie zur Wirkung heilsamer Milieus, wie sie in verschiedenen Soteriaprojekten – zum Beispiel an der Universität Bern - beschrieben sind, sind seltener, da für sie nicht die erheblichen Forschungsmittel der pharmazeutischen Industrie zur Verfügung stehen.

Wirkung und Wirksamkeit

Unter jeder längerfristigen Neuroleptika-Behandlung kommt es zu Veränderungen am Ort ihres Einflusses, den Dopaminrezeptoren: Während die Dopaminproduktion noch gesteigert wird, kommt es auf der Rezeptorseite zu einer Vermehrung der Rezeptoren und einer erhöhten Sensibilisierung für Dopamin. Die Folgen sind ein Wirkverlust der Medikamente, eine erhöhte Vulnerabilität für Psychosen sowie eine dreifach erhöhte Rückfallrate, wenn das Medikament abrupt abgesetzt wird. Eben dies kommt z.B. aufgrund quälender Nebenwirkungen nicht selten vor. Die ärztliche Reaktion auf die abnehmende Wirkung ist dann oft die Kombination verschiedener Neuroleptika („Polypharmazie“), die jedoch nach heutigem Forschungsstand keine therapeutischen Vorteile bei der Schizophrenie bringt. Stattdessen sollte die Frage nach Mängeln bei den psychotherapeutischen Angeboten gestellt werden.

Sie entwickeln sich auch unter den verschiedenen neu entwickelten Neuroleptika, denen - werbewirksam als „Atypika“ bezeichnet - wesentliche therapeutische Fortschritte und ein geringe-

res Nebenwirkungsrisiko nachgesagt werden. Diese Erwartungen haben sich so gut wie nicht erfüllt, jedoch wurden weltweit Milliarden an diesen Substanzen verdient. In den USA sind Neuroleptika sogar zur umsatzstärksten Medikamentengruppe überhaupt geworden (14.9 Mrd \$ in 2009). Sie haben den bisherigen Blockbuster der Lipidsenker damit überholt.

Dass von den Herstellern der „Atypika“ so viel Aufhebens um diese gemacht wurde und noch wird, ist aus den Gegebenheiten auf dem Pharmakamarkt zu verstehen. Ihr Interesse ist darauf gerichtet, immer neue, gleichartig wirkende Medikamente zu entwickeln, weil sie für diese eine Zeit lang Patentrechte besitzen, die ihnen erlauben, für die Dauer ihrer Patentrechte hohe Preise auf dem Arzneimittelmarkt festzusetzen. Die Preise für Pharmaka, deren Patentrechte abgelau- fen sind, unterliegen dagegen einem Konkurrenzdruck, weil jetzt auch andere Hersteller diese produzieren. Ein Gewinn für die Kranken ist mit diesen Neuentwicklungen meist nicht gegeben. Wenn nach Ablauf der Patentrechte der Konkurrenzdruck zwischen einer Vielzahl von Herstel- lern die Preise sinken lässt, ist dies keine Beleg dafür, dass diese Substanzen therapeutisch we- niger wirksam sind.

Nebenwirkungen

Neuroleptika haben eine Reihe für die Betroffenen oft sehr belastende Ne-benwirkungen. Die meisten dieser Nebenwirkungen sind dosisabhängig, manche treten fast nur bei höheren Dosie- rungen auf. Dagegen sind nur wenige Nebenwirkungen substanzspezifisch, d. h. sie treten nur bei bestimmten Neuroleptika auf. Die wichtigen möglichen Nebenwirkungen sind Effekte auf die Körperbewegungen wie Frühdyskinesien, Parkinsonsyndrom, Akathisie (sog. Sitzunruhe) sowie neuroleptikabedingte Inaktivität und Bewegungsarmut. Hinzu kommen Depressivität und Einschränkungen bei den kognitiven Fähigkeiten (Denkvermögen). Weitere mögliche Neben- wirkungen sind plötzlicher Herztod, metabolisches Syndrom (schwere Stoffwechselstörungen), malignes neuroleptisches Syndrom (lebensgefährliches Multiorganversagen), erhöhte Produkti- on des Hormons Prolaktin mit der Folge sexueller Störungen, Menstruationsstörungen, Gynä- komastie (Vergrößerung der Brustdrüse bei Männern), Galaktorrhoe (Milchfluß aus der Brust- drüse), Osteoporose (Abbau von Knochensubstanz mit der Folge erhöhter Gefahr von Kno- chenbrüchen), anticholinerge Symptome wie erhöhter Speichelfluss bis hin schließlich zum De- lir als einem hier medikamentös verursachten Verwirrheitszustand.

Eine Reihe Studien haben gezeigt, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie eine im Mittel um 20 - 25 Jahre geringere Lebenserwartungen haben. Dies ist nicht allein, aber vermutlich auch die Folge langfristiger Neuroleptika-Verordnungen. Eine durch Neuroleptika direkt und dosisabhängig bedingte Todesursache ist der plötzliche Herztod. Das sogenannte metabolische Syndrom - äußerlich erkennbar an Übergewicht - sowie der Dia- betes erhöhen das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, oft bereits schon bei jungen Patien- ten.

Besonders zu erwähnen ist der dringende Verdacht einer zusätzlichen frontalen Neurodegenera- tion durch Neuroleptika. Das heißt, die sogenannte Graue Substanz des Frontalhirns, in der sich die Nervenzellen befinden, nimmt in Abhängigkeit von der Dosishöhe und Dauer der Neurolep- tika-Verordnung zusätzlich ab. Dies führt zu entsprechender Reduktion der cerebralen Lei- stungsfähigkeit.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) hat angesichts der Nebenwirkungen der Neuroleptika in Leitlinien festgelegt, welche Untersuchun- gen in welchen Zeitintervallen geboten sind. Insbesondere sind Körpergewicht, Blutdruck,

Lipidprofil, Plasmaglukose, Blutbild, Leberenzyme, das Hormon Prolaktin sowie die Augen regelmäßig zu kontrollieren.

Neuroleptikaanwendung ohne Indikation

Neuroleptika sind mit den oben genannten Einschränkungen unter Umständen bei Psychosen indiziert. Gegeben werden sie aber auch zwecks Verhaltenssteuerung geistig behinderter, demenziell beeinträchtigter und junger sozial unangepasster Menschen („off-label-use“). Für diese Neuroleptika-Behandlung fehlt im Regelfall eine medizinische Indikation. Verordnende Ärzte und entscheidungsbefugte Betreuer/Bevollmächtigte tragen hier besondere Verantwortung bei der Suche nach nicht-medikamentösen Problemlösungen (siehe z.B. das Programm Redufix). Nachgewiesen ist, dass bei dementiell beeinträchtigten Menschen die Neuroleptika zu einer erhöhten Mortalität führen. Eine 2009 erschienene Untersuchung berichtet sogar von einer doppelt so hohen Todesrate. Während des Untersuchungszeitraums von zwei Jahren verstarben 59% der mit Neuroleptika behandelten Personen. In der Parallelgruppe ohne Neuroleptikabehandlung waren dagegen deutlich weniger, nämlich 30% verstorben. Bekannt ist auch, dass es unter Neuroleptika häufiger zu Schlaganfällen kommt, besonders häufig bereits in der ersten Woche. Diese Risiken betreffen sowohl konventionelle Neuroleptika als auch die sogenannten Atypika.

Besonders problematisch sind auch die Auswirkungen der Neuroleptikaverordnung wegen nicht-psychotischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In einer 2009 erschienenen Publikation wird berichtet, dass 10% bis 36% der 505 untersuchten jugendlichen Patienten innerhalb von elf Wochen Übergewicht und Fettsucht entwickelten. Dazu wird im Editorial der Zeitschrift der amerikanischen medizinischen Fachgesellschaft JAMA kommentiert: „Diese Ergebnisse stellen den weit verbreiteten Gebrauch atypischer antipsychotischer Medikation in der Jugend in Frage.“

Die Verantwortung des Betreuers

Rechtliche Betreuer sind keine Mediziner. Dennoch stehen sie angesichts der oft zu häufigen und zu hoch dosierten Neuroleptikabehandlungen vor einem schwierigen und verantwortungsreichen Auftrag. Die Aufgabe Gesundheitsvorsorge schließt – insbesondere in Fällen einer stellvertretenden Einwilligung in die Behandlung - die Verantwortung des Betreuers oder Bevollmächtigten ein, die Behandlung im weiteren Verlauf kritisch zu begleiten. Denn einem Betreuer werden mit seiner Bestellung *Schutzpflichten* für das Leben, die Gesundheit und die körperliche Unversehrtheit des Betreuten übertragen. Daher handelt er pflichtwidrig, wenn er als Vertreter der Interessen und der Rechte des von ihm betreuten Menschen die gebotene Unterstützung hinsichtlich der Behandlung unterlässt, und kann dafür zur Verantwortung gezogen werden (zur Garantenstellung des Betreuers siehe Hoffmann BtPrax 4/2010). Dies gilt auch, wenn gleichzeitig auch einem Dritten – hier insbesondere dem behandelnden Arzt – strafrechtliche Garantenpflichten obliegen (er also für Versäumnisse im Rahmen der von ihm durchgeführten Behandlung einstehen muss).

Entscheidungen über Behandlungsänderungen oder in Zusammenhang mit Zeichen von medikamentös verursachten Organschädigungen berühren die Autonomie des Patienten, die der Betreuer zu schützen hat. Das schließt ein, dass der einwilligungsfähige Patient bzw. sein Betreuer oder Bevollmächtigter eine bereits gegebene Zustimmung zur bisherigen Behandlung revidieren kann. Ebenso gilt die Mitverantwortung des Betreuers oder Bevollmächtigten für die Behandlung und deren Modalitäten auch im Falle einer Unterbringung, wenn „eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist“ (§ 1906 I 2 BGB).

Empfehlungen zur weiteren Lektüre

Finzen: Basiswissen: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, Psychiatrie-Verlag 2009

Greve/Osterfeld/Diekmann: Umgang mit Psychopharmaka, ein Ratgeber für Patienten. Psychiatrie-Verlag 2006

Weinmann: Erfolgsmythos Psychopharmaka – warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen. Psychiatrie-Verlag 2008

Die Folien zum Vortrag von V. Aderhold auf dem 12. Betreuungsgerichtstag stehen auf <http://www.bgt-ev.de/psychopharmaka> zur Verfügung.

Eingehendere Darstellungen von Volkmar Aderhold zum Thema sind unter: <http://www.psychiatrie.de/dgsp/Neuroleptika-Debatte> veröffentlicht:
Aderhold: Zur Notwendigkeit und Möglichkeit minimaler Anwendung von Neuroleptika,
Aderhold: Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden Minimale Anwendung von Neuroleptika - ein Update.

Siehe auch das Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie auf http://www.psychiatrie.de/dgsp/article/Memorandum_Antipsychotika, sowie Heft 2/2010 der Zeitschrift Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax)