

Diskussionsveranstaltung der Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (BGSP) im Pinellodrom

## **Chance oder Desaster – Neuroleptika in der Diskussion**

**Mittwoch, 28.11.2007, 19:00 Uhr**

Abschrift des Audiomitschnitts von Astrid Delkamp

### Vorbereitete Kurzstatements

**Dr. Dieter Lehmkuhl**

„Ja, herzlichen Dank Herr Aderhold, das war eine Fülle von Informationen, ich hoffe, das hat Sie nicht erschlagen. Ich habe den Appell von Herrn Aderhold deutlich gehört, ihn zu widerlegen. Er bittet darum und mit der Schlussfolgerung, wenn das nicht das Fall wäre, müsste es Konsequenzen haben. Und vielleicht können wir dann auch über die Konsequenzen im Verlauf der Diskussion später diskutieren. Ich möchte noch eine Anmerkung machen. Ich habe zum Ablauf vergessen, wir werden nachher nach den Kurzstatements eine kurze Pause haben von etwa 10 Minuten, um uns ein bisschen zu erholen und im Anschluss an die Diskussion gibt es dann ein Buffet. So ja, jetzt möchte ich Herrn Galinat bitten, sein Kurzstatement abzugeben, er hat ein bisschen mehr Zeit, weil er nämlich die Kollegin Frau Lautenschläger mit vertritt. Ich darf Herrn Galinat kurz vorstellen. Herr Galinat ist geschäftsführender Oberarzt des Klinikums der Charité. Sein Forschungsschwerpunkt ist „bildgebende Verfahren“. Er hat sich auch im letzten Jahr habilitiert über Neurophysiologie (...) und ist auch an vielen klinischen Studien beteiligt. Wir sind froh, dass er hier ist.“

**Dr. Jürgen Gallinat**

„Gut, ja vielen Dank, dann werde ich zusammen mit dem Wächter versuchen, in acht Minuten Herrn Aderhold zu widerlegen. Auf dieser wahrscheinlich mit Sicherheit von

der Pharmaindustrie nicht gesponserten Veranstaltung und ich möchte natürlich erstmal danken, dass ich auf dieser Veranstaltung auch sprechen kann, die ich extrem wichtig finde und auch die Diskussion, die sich jetzt hier anbahnt finde ich äußerst wichtig. Und mir geht es auch sozusagen um eine sehr differenzierte Betrachtungsweise bei diesem Thema und kurz gesagt, ich finde manchmal auch, dass die Darstellung der Wirkung von Neuroleptika oder anderen Pharmaka recht kurz und knapp und holzschnittartig stattfindet, auch von einigen Vertretern der Schul- oder Lehrpsychiatrie. Und ich würde auch gerne vermeiden, dass das jetzt in der umgekehrten Richtung jetzt zu sehr holzschnittartig und zu wenig differenziert stattfindet und das kann ich jetzt auch in acht Minuten sozusagen nicht darstellen. Und daher die Idee, dass wir in einigen Monaten auch in der Charité eine ähnliche Veranstaltung machen wollen, wo dann wiederum wir, mit unserer Perspektive einen Vortrag halten und ebenfalls gerne eine Diskussionsrunde anzetteln möchten. Aber vielleicht noch ein paar Punkte zu dem heutigen Vortrag oder zu den Argumenten, die vorgebracht wurden.

Hier geht es z. B. auch um die Frage der Unabhängigkeit der Forschung, oder der Unabhängigkeit der Studien, die eben von der Pharmaindustrie überwiegend gemacht werden. Das ist richtig, das sind sozusagen gesponserte Studien, die sind nicht unabhängig, aber dazu möchte ich noch eine Sache sagen. Es gibt kaum eine Form von Studien und Forschung, die so streng kontrolliert wird. (...) Vergleichbar ist das mit der Forschung in den Unikliniken, es gibt kaum eine Kontrolle da. Die Unikliniken haben ohnehin viel zu wenig Geld, um solche Millionenprojekte aufzulegen, das muss man so sagen, die Kathy Studie ist eine große und rühmliche Ausnahme, aber die Kontrolle, wie die Daten erhoben werden, welche Qualität diese Daten haben, ob die Kriterien alle erfüllt sind, die man ursprünglich mal formuliert hat für solche Anträge, das ist in der allgemeinen Universitätslandschaft weniger kontrolliert als zum Beispiel durch Behörden, was eben die Pharmaunternehmen durchführen. Dann vielleicht noch zu einigen Zahlen, die auch Volkmar Aderhold hier vorgestellt hat. Es gibt für alles, was wir hier gesehen haben, natürlich Studien oder Argumente. Es gibt insgesamt 13.000 Untersuchungen zur Therapie der Schizophrenie. (...) Und natürlich gibt es eine breite Variation von Ergebnissen, diesbezüglich, und man kann natürlich dort auch sehr selektiv Studien aussuchen.

Das tun zum Teil die Vertreter der Pharmakatherapie, das tun möglicherweise zum Teil auch Leute, die das Gegenteil aussagen wollen. Es kommt am Ende wirklich auf die Qualität der Studien an. Und Herr Aderhold hat jetzt zum Beispiel auch die Daten von Litinen? dargestellt, zu dieser minimalen Neuroleptikatherapie mit dem guten Abschneiden der Gruppe, die eben wenig Neuroleptika bekommen haben, zusammen eben mit diesem sehr differenzierten psychotherapeutischen Programm. Auch an solchen Studien, z.B., die zuerst einmal einen sehr guten Eindruck machen, die zum Teil eben auch sehr gut publiziert sind, und sehr gut heißt hier, dass sind Zeitschriften, die einen guten Ruf haben, aber auch dort sind natürlich auch Studien publiziert, die nicht perfekt sind, die eben Schwächen haben. Und diese eine Studie zum Beispiel hat ein sehr breites Einflusspektrum an Diagnosen gehabt, da waren nur 45 Prozent der Patienten eine schizophrene Erkrankung, viele andere psychotische Störungen, wahrscheinlich viele drogeninduzierte Psychosen usw., das z.B. ist erstmal kein gutes Qualitätskriterium für eine Studie zum Einsatz von Neuroleptika oder zur Schizophrenie, nur als Beispiel jetzt.

Es waren außerdem nur ersterkrankte Personen, das ist auch wahrscheinlich eine andere Gruppe als die Patienten, die wir z. B. häufig bei uns in den Kliniken therapieren, die auch ja eben chronische Psychosen haben. Darüber hinaus waren das mehrere Zentren, die diese Studie durchgeführt haben, insgesamt sechs an der Zahl,

und die Psychotherapie, die eigentlich eine große Rolle gespielt hat in dem einen Arm der Studie, das ist durchgeführt an speziellen Zentren, die sich darauf spezialisiert hatten, und sozusagen, da gab es auch eine Unterscheidung zwischen diesen beiden Gruppen, weil eben diese therapeutischen Qualifikationen nicht gleich verteilt gewesen sind. Was natürlich ein extrem wichtiger Punkt ist, ist die Frage der Mortalität unter Neuroleptika, also eine erhöhte Sterblichkeit bei Patienten, die Neuroleptika einnehmen. Das ist ein sehr wichtiges Thema, und Volkmar, Du hast hier diese Studie von Yokuama zitiert von 2006, publiziert im „British Journal of Psychiatry“, eine sehr gute Zeitschrift, keine Frage. In dieser Studie wurden die Patienten 17 Jahre vorher untersucht auf die Häufigkeit der Einnahme von Neuroleptika. Das war zwischen 1978 und 1980. Da ist man durch Skandinavien gefahren mit einem Mobil, sozusagen mit einem Gesundheitsmobil, hat dort die Patienten untersucht, hat dort Erhebungen gemacht und hat dann dokumentiert, wie viel Neuroleptika diese Patienten damals genommen haben, Und dann hat man über dieses Kataster, was man dort in Skandinavien hat, 17 Jahre später geguckt, wie viele Patienten, die man damals untersucht hatte, sind z.B. gestorben. Und hat dann versucht heraus zu finden, ob die, die gestorben sind, häufiger Neuroleptika hatten, und das war ja das Ergebnis, man hat aber nicht erhoben, ob diese Patienten überhaupt die Medikamente weiter genommen haben.

Also, was war vor 17 Jahren, das war der Punkt, anhand diese Daten entstanden sind mit einer erhöhten Mortalität. Kein Mensch von dieser Studie konnte sagen, ob die Patienten am nächsten Tag abgesetzt haben oder 2 Jahre später abgesetzt haben und so etwas. Dieses Thema ist wichtig, aber solche gut publizierten Studien haben zum Teil Schwächen, die glaubt man kaum. Das muss man dann auch hinterfragen, das muss man dann auch diskutieren. Ich sage auch, es gibt weitere Studien, die haben z.B. diese Schwäche nicht, haben ein ähnliches Ergebnis gezeigt, sind aber dann an anderer Stelle nicht wirklich beweiskräftig. Und in dem Vortrag eben ist mir leider auch zu oft das Wort „belegt“ oder „bewiesen“ vorgekommen und das ist äußerst problematisch bei solchen Studien. Es gibt Hinweise darauf, diese Studien sind auch Hinweis darauf, dass man dort mehr forschen muss, um beweiskräftiger zu werden. Aber man kann nicht sagen, das ist die absolute Wahrheit. Das ist ein Beispiel gewesen, wo ich mir diese Studie genauer angeguckt habe. Es gibt eine ganze Reihe von weiteren Möglichkeiten, über die Beweiskräftigkeit von Wissenschaft zu diskutieren, vielleicht können Sie sich an die Diskussion erinnern über das Cholesterin. In den Jahren hat man gesagt, das Cholesterin ist gar nicht so schädlich, weil man das kann gar nicht so richtig nachweisen kann, dass das Herzinfarktrisiko und das Schlaganfallrisiko steigen. Das hat sich anscheinend mittlerweile auch wieder so ein bisschen gelegt, das heißt, man ist jetzt wieder der Meinung Cholesterin ist negativ.

Ich denke das auch. Aber solche, ich sage jetzt mal Binsenweisheiten oder allgemeines Wissen, was man lange Jahre zu haben glaubte, werden doch immer wieder in Frage gestellt. Auch die Wirksamkeit anderer Medikamente. Z.B. beim Lithium stand vor einigen Jahren mal zur Diskussion, wo man gesagt hat, wir wissen gar nicht, dass Lithium prophylaktisch wirkt auf bipolare affektive Störungen, weil die Studienlage zu der Zeit nicht den Kriterien entsprochen hat, wie man sie heute eigentlich fordert. Mittlerweile gibt es neue Studien dazu, eher im Rahmen der Zulassung neuer Medikamente durchgeführt, wo Lithium dabei war. Aber nun hat man wieder mehr Datensicherheit, dass es eben doch einen positiven Effekt von Lithium gibt.

Das heißt, ich plädiere hier in meinem letzten Satz sehr dafür, das sehr differenziert zu betrachten, was wir hier gehört haben, dass wir auch hier nicht polemisch werden,

sondern am Ende wirklich im Sinne des Patienten und der Versorgung die richtigen Entscheidungen treffen, und in diesem Sinne würde ich auch gerne alle hier Anwesenden ganz herzlich einladen und zwar am 27. Februar in die Charité zu kommen, um dort die nächste Veranstaltung und die nächste Diskussion mitzumachen. Und wir werden zusammen mit der DGSP die Einladungen verschicken, so dass Sie dann informiert sind, wo genau das dann stattfinden wird. Vielen Dank.“

### **Dr. Dieter Lehmkuhl**

„Ich kann die Zeit vielleicht schon nutzen, Herrn Lehmann vorzustellen. Wir kennen uns schon sehr lange und haben schon manche Schlachten geschlagen. Ich habe aber jetzt mal gegoogelt und Herr Lehmann ist gerade von einem internationalen Soteriakongress in Meran zurück. Er ist von Beruf Diplompädagoge, Autor, Verleger und Versandbuchhändler, Gründer des Antipsychiatrieverlages, Mitinitiator des Weglaufhauses Berlin, Gründungsmitglied des europäischen Netzwerkes von Psychiatriebetroffenen und der Berliner Organisation der Psychiatrieerfahrenen und Betroffenen. Er ist Vorstandsmitglied bzw. Delegierter, zahlreicher internationaler Organisationen Psychiatriebetroffener und psychiatriekritischer Bewegungen. Er hat zahlreiche Beiträge in Fachzeitschriften und Sammelbänden geschrieben sowie Buchveröffentlichungen wie „Der chemische Knebel“, „Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“, bereits 1986 erschienen, und „Soteria und Empowerment“, 1997 erschienen. Er ist Mitherausgeber des „Journal of critical psychiatry counselling and psychotherapy“ in Grossbritannien. So, sie haben das Wort.“

### **Peter Lehmann**

„Ja, danke schön. Ich habe gerade die Einladung gehört für die Veranstaltung am 27., ich habe irgendwie überhört, waren auch die Betroffenen als Vortragende eingeladen? Oder täusche ich mich da? Falls ja, wäre es ja nicht schlecht, wenn das noch korrigiert würde. Was ich bei Herrn Aderholds Vortrag vermisst habe, ich würde da gerne noch eins drauf setzen, das war die Diskussion der Todesursache Nummer eins, bei Menschen mit der Diagnose Schizophrenie, das ist meines Wissens nach der Suizid, seit Einführung der Neuroleptika ist die Suizidrate explodiert, und ich bin gerne bereit, da ich schon seit über 20 Jahren über dieses Thema publiziere und auch sehr viele Studien gelesen habe, mit ihm über dieses Thema zusammen zu arbeiten. Ich hoffe, dass die Diskussion über die Mortalität von Neuroleptika nicht in so eine Diskussion abgeleitet, Typische Neuroleptika oder Atypische, Atypische sind ja auch nicht gerade harmlos, oder harmloser, ich bin auch Medizinjournalist inzwischen und kriege da auch immer neue Studien und Bücher zugeschickt. Vor kurzem habe ich ein Buch gekriegt vom (...) Verlag gekriegt über Paliperidon. Das allerneuste sog. Atypische Neuroleptikum, Markenname „Invega“, das ist ein Derivat von Risperdal, bei Risperdal läuft jetzt das Patent ab, da ist es sinnvoll, dass es wieder ein neues gibt, das wieder teuer verkauft werden kann. Ich habe geguckt mal in der gelben Liste unter unerwünschten Wirkungen: gelegentlich allergische Reaktion des Immunsystems, epileptischer Schock bis hin zum Kreislaufschock, bis hin zum tödlichen Kreislaufversagen, gelegentlich Appetitsteigerung, Alpträume, sehr häufig Kopfschmerz, häufig Sitzunruhe, Störung des natürlichen muskulären Spannungszustandes, Bewegungsstörungen, die die Steuerung der Muskeltätigkeiten durch das Gehirn betreffen, erhöhter Spannungszustand der Muskulatur, Parkinsonismus, Sedierung, Benommenheit mit abnormer Schläfrigkeit. Als leichtere Form der Bewusstseinsstrübung Muskelzittern, gelegentlich haltungsabhängiger Schwindel, Störungen oder schmerzhaftes Fehlfunktionen eines Bewegungsablaufes, großer epileptischer Anfall, anfallartige, kurze Bewusstlosigkeit infolge Minderdurchblutung des Gehirns, gelegentlich krampfartige Auswärtsbewegung der Augen, häufig Herzrhythmusstö-

rungen, bei denen der elektrische Reiz vom Vorhof mit Verzögerung in die Herzkammern weiter geleitet wird, verlangsamte Herzschlagfolge, Herzjagen, Herzklopfen, häufig Blutdruckabfall im Stehen, gelegentlich Blutleere oder Minderdurchblutung eines Gewebes infolge unzureichender arterieller Blutzufuhr, häufig Schmerzen im Oberbauch, Mundtrockenheit, verstärkter Speichelfluss, Erbrechen, (...), Knochenmarkserkrankungen, gelegentlich Muskelsteifigkeit, gelegentlich Ausbleiben der Regelblutung, Sekretion aus der Brustdrüse, Impotenz, Milchfluss, Vergrößerung der Brustdrüse des Mannes, häufig Kraftlosigkeit, Erschöpfung, gelegentlich Gewebswassersucht, häufig Gewichtszunahme, gelegentlich abnormes EKG usw. und so fort. Ich könnte jetzt hier eine Stunde lang weiter vortragen. Es geht dann weiter Pa-leperedon ist ein aktiver Methabolit, von Risperderon, danach stehen da in der Auflistung zusätzliche Nebenwirkungen, die unter Risperdal berichtet wurden, u.a. krankhafte Erhöhung des Prolaktinspiegels: Es ist bekannt, dass ein Drittel des weiblichen Brustkrebses Prolaktin bedingt ist, Manie, Unruhe, Gehirnschlag, Maskengesicht, (...) tardive Diskinesie, trockenes Auge, Augenrollen, geschwollenes Auge, verkrustetes Auge (...) Ohrensausen, Vorhofflimmern. Weiß der Kuckuck was alles. Ich habe in dieses Buch reingeguckt. Es hat eine Auflage von 300 plus 10000, einer der Autoren beim (...) Verlag arbeitet bei Jansen Silak, 10000 Exemplare hat Jansen Silak gleich nachbestellt von dem Buch. Ich denke mal, Sie finden das in Kürze in allen Arztpraxen, und ich denke auch, bei der nächsten Veranstaltung in der Charité sicher auch positiv über Invega gesprochen wird. Danke schön.“

#### **Dr. Dieter Lehmkuhl**

„So, ich darf Sie vielleicht kurz vorstellen, Herr Benesch, Sie sind niedergelassener Nervenarzt und Vorsitzender des Landesverbandes Berlin der deutschen Nervenärzte. Ich habe Sie auch gegoogelt und da gesehen, Sie sind auch Mitbegründer der Europäischen Gesellschaft für klassische Naturheilverfahren, das heißt, Sie sind nicht ausschließlich neurobiologisch orientiert. Willkommen.“

#### **Dr. Gerd Benesch**

„Dankeschön. Ich darf erstmal Ihnen ganz herzlich danken für die Einladung, fühle mich sehr geehrt. Habe eigentlich gar keinen Vortrag vorbereitet, ich möchte spontan reagieren auf das, was ich eben gehört habe. Ich will Ihnen mal so kurz schildern, wie denn die Situation so in der Nervenarztpraxis aussieht. Ich gehe im Moment in einer modernen Nervenarztpraxis mit über 1000 Patienten im Quartal mit 150 Wirkstoffen um, davon würden Sie 60 davon als sog. Psychopharmaka bezeichnen, über 25 sind Antidepressiva, ungefähr 15 sind Neuroleptika, über die wir heute hier sprechen, 15 von 150. Also wir reden wirklich über ein Zehntel dessen, was wir in einer Nervenarztpraxis an Pharmakotherapie betreiben. Das ist glaube ich ganz wichtig, dass Sie wissen, dass wir nicht nur mit Neuroleptika umgehen. Die Neuroleptika haben eine lange Historie hinter sich, auch ich bin nicht mehr ganz jung und betrachte das Ganze auch schon seit 20 Jahren und sehe schon Entwicklungen. Ich gebe einigen Kritikern absolut recht, ich habe auch Dinge erlebt zu Mauerzeiten, wie die Dosierungsangaben zwischen amerikanischen Studien und auch Krankenhäusern und Kollegen aus der DDR und auch hier in Westberlin sehr massiv divergierten. (...) Sie sehen auch, die Ärzteschaft ist sich manchmal uneins.“

Ich halte das aber für einen sehr fairen und auch einen guten Prozess, dass wir da konstruktiv drüber reden und deswegen werde ich auch gerne die Einladung zur Charité in Anspruch nehmen. Wir in der niedergelassenen Praxis sind glaube ich schon diejenigen, die im Dialog mit dem Patienten auch nach Entlassungen oder auch vor einer Einweisung mit dem Patienten, zumindest ist das meine Wahrneh-

mung und auch meine Arbeit, die Kollegen, die ich kenne, arbeiten auch so, eine partnerschaftliche Arbeit. Das heißt natürlich muss der Patient selbst mitentscheiden erstens will er überhaupt ein Medikament nehmen, und zweitens wie hoch dosiert, und drittens wie lange? Diese drei Entscheidungen trifft nicht alleine nur der Arzt, der Patient und manchmal auch der Angehörige, der dabei sitzt, ist mit im Boot. Und diese partnerschaftliche Zusammenarbeit über eine Behandlung, die nicht nur pharmakotherapeutisch sein darf, das sehe ich absolut so, es muss ein Gespräch da sein, psychosoziale Faktoren müssen eine Rolle spielen, und damit sind wir bei der Form der sog. integrierten Versorgung, die wir im Moment z. B. gerade versuchen, ins Leben zu rufen ja schon genannt. Diese Elemente wollen wir ja versuchen auch vermehrt in den Mittelpunkt zu bringen. Ich sage immer, die Pille fällt in den luftleeren Raum, wenn da nicht ein Netz ist, was die Tablette auffängt. Und ich möchte Herrn Aderhold natürlich auch Recht geben, es gibt Patienten, auch das ist meine Erfahrung nach langen Jahren, die durchaus entweder mit sehr niedrigen Dosierungen oder sogar auch mal ohne Medikament klar kommen.

Und wir müssen in der Gesellschaft auch Mut haben, vielleicht bestimmte Andersartigkeiten oder auch andere Welten, andere Wahrnehmungen vielleicht einfach auch mal akzeptieren, ohne es gleich behandeln zu müssen. Aber, ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass es auch sehr, sehr schlimme Zustände gibt. Und die dürfen wir heute hier an diesem Tag nicht verschweigen. Ich habe Menschen erlebt, die wirklich ein ganz, ganz massives Problem mit der Realität hatten, und damit auch zu sehr großen Fehlhandlungen geneigt haben, die sie später massiv selbst bereut haben. Und wir reden hier nicht über forensische psychiatrische Fälle, aber die sind auch sicherlich nicht die Masse und da wollen wir auch nicht anfangen, wieder zu stigmatisieren. Da haben wir lange Jahre daran gearbeitet, dass wir Entstigmatisierung der Krankheit vornehmen, da haben sie mich alle auf ihre Seite, aber die schweren Schübe, die schweren Fälle dürfen wir nicht vergessen. Und ich bin ganz fest überzeugt, dass wir da auch ohne Medikamente nicht auskommen. Herr Aderhold hat eben diesen Zeitfaktor angesprochen. Das ist übrigens ähnlich bei anderen Krankheitsbildern, bei der Depression auch, meine Erfahrung ist, dass gar nicht mal immer die Dosierung das Entscheidende ist.

Das Argument mit dem Patienten zusammen, was ich meistens diskutiere, ist auch die Frage, wie schnell will er von den Symptomen befreit oder zumindest entlastet werden, und wie lange hält er es selbst überhaupt aus? Und da ist meine Erfahrung, dass Medikamente diese Zeit deutlich reduzieren können. Und dieser Zeitgewinn an Lebensqualität ist ein Segen medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten. Die Krucks dabei ist, dass wir es auch mit Nebenwirkungen zu tun haben, und da bin ich als Landesvorsitzender der Nervenärzte hier in Berlin auch derjenige, der darum wirbt, die Kenntnisse, die die Kollegenschaft nach langer, langer Studienzeit und auch nach langjähriger Facharztzeit erworben haben, auch ernst zu nehmen, sie zu befragen, sie als Gesprächspartner so zu akzeptieren, dass sie auch sagen können, welche Nebenwirkungen da sind, welche eher unwahrscheinlich sind. Sie wissen, jedes Medikament, was wirkt, hat auch Nebenwirkungen. Und die lange Liste, die eben vorgelesen wurde, die werden sie auch im Beipackzettel vom Aspirin lesen. In Amerika sterben mehr Menschen an Acetylsalicylsäure, als an AIDS. Deswegen werden wir doch aber Aspirin nicht abschaffen. Und deswegen werden wir trotzdem dafür plädieren, dass wir hier in Deutschland anders mit Aspirin umgehen als in Amerika, wo Sie diese Flaschen im Lebensmittelgeschäft kaufen können, und wo die Leute das unkritisch in sich hineinwerfen. Ich bin nicht für kritiklose Anwendung von Neuroleptika. Ich bin für professionelle Anwendung von Medikamenten, und da sind wir Ärzte auf jeden Fall auf der Seite der Patienten und der Angehörigen. Dankeschön.“

### **Dr. Dieter Lehmkuhl**

„So, als letzter Redner mit Kurzstatement ist Herr Dr. Hartmut Schulz von der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Neukölln.

### **Dr. Harmut Schulz**

"Herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier sprechen zu können. Ja, wenn Sie über mich gegoogelt haben, werden Sie wahrscheinlich nichts gefunden haben. (...) Das sagt eigentlich schon eine ganze Menge. Ich komme nicht aus der Forschung, sondern aus der Praxis der Psychiatrie, bin auch jemand, der eigentlich in seinem beruflichen Weg erst relativ spät zur Psychiatrie gefunden hat, nämlich seit dem ich vorher schon eine ganze Weile in der Neurobiologie gearbeitet habe. Und was mich eigentlich zur Psychiatrie gebracht hat, war durchaus das Wahrnehmen der Psychiatrie Ende auch der 90er Jahre als ein Fach, in dem Beziehungsarbeit einen ganz wesentlichen Faktor der Behandlung darstellte und nicht nur Pharmakotherapie. Pharmakotherapie als sicher sehr wichtiges und ein wichtiger Bestandteil, aber eben nicht das Alleinige. Ich erinnere mich, dass mein ehemaliger Chef immer sagte, ach wenn das mit den Pharmaka so wichtig wäre, dann könnte man die Pharmaka ja eigentlich den Patienten reichen, man könnte jemanden vorbei schicken, der würde sie da hin bringen, die würden sie dreimal am Tag einnehmen und alles würde besser werden: Und das ist wahrscheinlich nicht so.

Und das als wichtigen Hinweis, dass doch wesentlich andere Wirkfaktoren in der Psychiatrie auch in der stationären Psychiatrie und auch in einer Psychiatrie, die einen Pflichtversorgungsauftrag in einem Bezirk hat, Bedeutung haben. Ich fand den Artikel, den ich zuerst von Herrn Aderhold gelesen habe, sehr betroffen machend, habe eigentlich gedacht, schade, dass ich nicht Chirurg geworden bin, dass ich nun doch in der Psychiatrie arbeite und teilweise auch so schlimme Dinge mache, dass ich Psychopharmaka gebe, dass ich Neuroleptika verordne. Sicher bin ich aus einer anderen Generation und habe die Hochdosistherapie der Neuroleptika nun nicht mehr mitbekommen, aber durchaus auch in einer Zeit, in der Neuroleptika, konventionelle Neuroleptika, schon noch in höheren Dosen verabreicht wurden, nicht in Bereichen von Hunderten von mg, aber schon Haldol 20-30mg, das gab es durchaus. Ich fand alles, was ich heute abend gehört habe und auch, was ich vorher gelesen habe, eine wichtige Anregung zur Reflexion der Praxis von Psychiatrie in einem Krankenhaus, in einer Abteilung, die eine bezirkliche Versorgung zu gewährleisten hat. Habe auch nachgedacht darüber, wie ich so Pharmakotherapie wahrnehme aus meiner neuen Tätigkeit, die noch relativ jung ist.

Ich bin noch nicht lange Oberarzt in unserer Abteilung, habe sehr viel damit zu tun und war zuvor, das muss ich noch dazu sagen, zwei Jahre lang im Liasondienst und ein Jahr in der Suchtstation. Beides Bereiche, in denen die Pharmakotherapie eher eine kleinere Rolle spielt. Und kam dann wieder in meiner Tätigkeit als Oberarzt auf zwei allgemein psychiatrische Stationen und habe da sehr viel Kontakt mit jüngeren Kollegen, die als Stationsärzte, als Assistenzärzte arbeiten, und nehme da wahr, dass da Psychopharmakotherapie da nicht immer das bringt, was sie in der Erwartung bringen soll. Ein zumeist nerviges Symptom wegmachen. Dass die Ratlosigkeit groß ist und der primäre Schritt schon ist, man möchte die Therapie irgendwie erweitern. Mehr vom Gleichen sollte es sein. Und empfinde die Aufgabe, die wir als Erfahrenere haben, in der Weiterbildung und Ausbildung durchaus auch die zur Geduld aufzurufen. Von Geduld ist heute Abend schon mehrfach die Rede gewesen, ich finde, das ist eine ganz wesentliche Rolle. Das es nicht sein kann, dass wir einer kritik-

losen Eskalation von Pharmakotherapie das Wort reden. Das ist etwas, was man lernen kann und was auch durchaus wieder Spaß macht an Psychiatrie.

Zum Umgang mit Psychopharmaka in der Allgemeinpsychiatrie oder in einer versorgenden Psychiatrie möchte ich sagen, dass auch wir durchaus schon seit langer Zeit schon durchaus unsere Reserve und unsere reservierte Haltung zu Psychopharmaka haben, oder einen kritischen Blick darauf. Was sich zum Beispiel bei uns in der Abteilung darin manifestiert, dass wir seit mehr als 10 Jahren, ich glaube seit 15 Jahren, bei dem Projekt „Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie“ mitmachen. Das ist eine laufende Anwendungsbeobachtung, in der alle unerwünschten Wirkungen, Nebenwirkungen von Psychopharmaka registriert werden, deutschlandweit nehmen an die sechzig Kliniken an diesem Projekt teil, es werden Stichtagserhebungen gemacht. Wir haben relativ gute Daten darüber, was eigentlich in der Verordnungslandschaft, sage ich mal etwas salopp, im Hinblick auf Psychopharmaka passiert. Der Trend, der hier heute Abend schon erwähnt wurde, zu einer Polypharmazie, bestätigt sich durchaus. Den sehen wir.

Also in den 60 Kliniken, die wir haben, sind in den letzten 10 Jahren, gibt es eine deutliche Zunahme an durchschnittlich verordneten Psychopharmaka. Es war mal vor 10 Jahren so, dass Patienten in der Stichtagserhebung, die gemessen wurden, im Durchschnitt 2,3 Psychopharmaka erhielten, bei der letzten Erhebung in 2006 waren es 2,9 Psychopharmaka. Gleichzeitig muss man sagen und kann nur bestätigen, das, was heute Abend auch schon zur Sprache kam, auch in der ANSP Studie, in dieser Anwendungsbeobachtungsstudie bestätigt sich, dass mit zunehmender Polypharmazie schwere unerwünschte Nebenwirkungen zunehmen. Ein Hinweis, der aus der Klinik und nicht aus der Forschung, sondern aus Anwendungsforschung nur bestätigt ist und der uns auch dazu aufruft, äußerste Zurückhaltung mit Polypharmazie zu üben. Heute Abend war es nicht erwähnt, aber in Ihrem Artikel hatten Sie den „off-label use“, also die Benutzung von Psychopharmaka außerhalb der zugelassenen Indikationen erwähnt. Da haben wir auch in der ANSP schon seit längerer Zeit, seit fünf Jahren mindestens, einen gesonderten Forschungsbereich oder einen gesonderten Aufmerksamkeitsbereich und registrieren eben Nebenwirkungen, die im „off-label use“ Bereich auftreten aufmerksam und können da bestätigen, zumindest, was in der ANSP vermeldet wurde, dass es keine höhere Rate an unerwünschten Nebenwirkungen gab. Eine Ausnahme war Olanzapin in Kombinationsbehandlungen. (...) Was wünschen wir uns aus der Sicht einer allgemein- oder bezirksversorgenden Psychiatrie im Hinblick auf Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten, jenseits von Pharmakotherapie. Wichtig für uns ist sicher, manpower zu haben, in einer Abteilung, damit steht und fällt viel einer guten Qualität in der Versorgung. Dafür ist Zusammenarbeit mit Betroffenen, mit Angehörigen etwas ganz Wesentliches. Auch das ist etwas, was wir in den Jahren des Existierens unserer Abteilung zunehmend gelernt haben, ich verweise nur auf Dinge wie Trialog, die sich entwickeln, Angehörigenvisiten, Angehörigengruppen, die wir haben, die Unterstützung durch Angehörige und auch in der Form, dass Angehörige oder Betroffene sich an die politisch Verantwortlichen wenden, die dafür sorgen können, dass z.B. so was wie die Personalverordnung in der Psychiatrie eingehalten wird, die eine gute personelle Ausstattung von Kliniken ermöglicht. Das ist für uns eine große Unterstützung in unserer Arbeit.“

### **Christian Reumschüssel-Wienert**

„Wir haben aus Anlass dieser Veranstaltung bei unserem Träger mal eine kleine Erhebung gemacht, die also ehrlich gesagt weit entfernt ist, von irgendwelchen wissenschaftlichen Standards. Wir haben einfach unser Dokumentationssystem ange-

guckt, wo wir sehr ordentlich die Medikamentenvergabe, an deren Kontrolle wir beteiligt sind, das muss ich sagen, erhoben. Wir betreuen insgesamt ungefähr 280-300 Klientinnen und Klienten, davon nehmen an dem Stichtag, 16.11.07, 150 Menschen Psychopharmaka, also Neuroleptika und andere, natürlich auch andere Medikamente, die wir jetzt nicht gezählt haben. Von diesen 150 Menschen bekommen ungefähr 35,3 % ein Neuroleptika und oder ein anderes, 30 % bekommen zwei Psychopharmaka und der Rest, das sind dann auch ungefähr 35 %, bekommt mehr als zwei. Wir haben dazu eine Patientin, die insgesamt acht verschiedene bekommt, davon 6 Neuroleptika und zwei weitere, einen Menschen, der sieben unterschiedliche bekommt, zwei Leute die sechs, einen der fünf und 18 die vier und 29 die drei unterschiedliche bekommen. Wenn man auch Medikamente für andere Gebrechen zählt wir haben bei uns Leute, die mehr als 15 Medikamente bekommen. Das wollte ich nur noch mal kurz erwähnen, bevor