

# **Protokoll zum Wanderseminar des Altenburger Dialogs vom 17. April 2012**

## ***Thema : Soll ich wirklich alles schlucken?***

Die Moderation hatte Frau Dr. Katrin Hinkel inne, Herr Martin Sandlaß hielt das einleitende Impulsreferat für die 17 Teilnehmer und das Protokoll führte Herr Rainer Stötter.

## Inhaltsverzeichnis

Protokoll zum Wanderseminar des Altenburger Dialogs vom 17. April 2012.....	1
Thema : Soll ich wirklich alles schlucken?.....	1
Diskussion.....	3
Ablauf.....	3
Teaser des Flyers vom Psychoseseminar.....	3
Zum Titel.....	3
Rolle von Medikamenten.....	3
Heilungsfaktoren.....	3
Medikamente zur Rezidivprophylaxe und das Rückfallrisiko.....	3
Wirkprinzip von Antipsychotika.....	4
Typen von Medikamenten.....	4
Allgemeine Typologie nach dem Wirkungsspektrum.....	4
nach der Potenz.....	4
nach dem Verordnungszeitraum.....	4
Rückfallrisiken.....	4
Nebenwirkungen.....	4
Gewichtszunahme.....	5
Wie lange muß ich ein Medikament einnehmen?.....	5
Die Wichtigkeit der regelmäßigen Einnahme.....	5
Wie wichtig sind Rückmeldungen der Patienten?.....	5
Auf die richtige Einnahme kommt es an.....	5
Pause.....	5
Was ist ein Medikament?.....	5
Verlaufsformen der psychiatrischen Erkrankungen .....	5
weitere Diskussionen.....	5
Moderne Ideen der Behandlung in der Krisenzeit.....	6
Neuroleptika und Verweildauer.....	6
Zwangsmedikation.....	6
Richtige Behandlung eines schizophrenen Menschen in der akuten Krise...6	
Der Arzt sollte die Nebenwirkungen ernst nehmen.....	6
Individueller verordnete Medikamente.....	6
Negativsymptomatik.....	6
Gewichtszunahme.....	7
Definitionen und Erläuterungen.....	8
Metabolisches Syndrom.....	8
Weglaufhaus.....	8
Home Treatment.....	9

## **Diskussion**

### ***Ablauf***

Nach einer kurzen Einführung mit Bekanntmachungen von Frau Dr. Hinkel eröffnet Dr. Sandlaß das Psychoseseminar. Dr. Sandlaß hat den Dialog schon in Leipzig kennengelernt.

### **Teaser des Flyers vom Psychoseseminar**

Über die Verwendung von Neuroleptika kann trefflich gestritten werden. Die einen empfinden die Gabe der Präparate als Segen, während die anderen die Medikamente insbesondere wegen ihrer Nebenwirkungen verteufeln. Sind die Psychopillen nun Fluch oder Segen?

### ***Zum Titel***

Der Titel „Soll ich wirklich alles schlucken?“ impliziert nicht nur die Einnahme von Medikamenten, sondern überhaupt das Schlucken und Wegstecken von negativen Erfahrungen.

### ***Rolle von Medikamenten***

Es stellt sich die Frage, wie das Medikament für den Einnehmenden wohl als Person aussehen würde? Insgesamt betrachtet sind Medikamente nur ein kleiner Baustein in der Therapie einer psychiatrischen Erkrankung. Der Betroffene hat wohl immer Bauchschmerzen, wenn er Medikamente einnimmt.

### ***Heilungsfaktoren***

- Familiäre Beziehungen
- Vermeidung von Drogen und/ oder Alkoholmissbrauch
- Früherkennung
- Gutes Ansprechen auf Medikamente
- Ringen um Autonomie (wie kann ich trotzdem selbstbestimmt leben?)
- Kognitive Fähigkeiten aufrecht erhalten
- Soziale Ressourcen (auch der Beruf gehört dazu)
- Unterstützende Therapie
- Die eigene Vorgeschichte (Verständnis, wie ich so geworden bin)
- Eine individuelle Behandlung

### ***Medikamente zur Rezidivprophylaxe und das Rückfallrisiko***

Ohne Antipsychotika steht der Betroffene schlechter da.

## ***Wirkprinzip von Antipsychotika***

Es gibt im Gehirn Teile mit zu viel und zu wenig Dopamin an den Rezeptoren. Liegen zu viele Dopaminanteile an den Rezeptoren vor, dann erfolgt die Blockade des jeweiligen Rezeptors. Das Neuroleptikum tut so, als sei es Dopamin und dockt damit an die jeweiligen Rezeptoren an.

## ***Typen von Medikamenten***

### **Allgemeine Typologie nach dem Wirkungsspektrum**

- Benzos (Benzodiazepine) wie etwa Tavor oder Faustan
- Stimmungsstabilisatoren arbeiten prophylaktisch und kappen die Spitzen der Phasen bei der bipolaren Erkrankung
- Antidepressiva
- Anticholinergika wirken gegen Nebenwirkungen von Antipsychotika

### **nach der Potenz**

- Hochpotente Neuroleptika
- Mittelpotente
- Niederpotente

### **nach dem Verordnungszeitraum**

- Typische Neuroleptika sind schon lange auf dem Markt
- Moderner sind die atypischen Neuroleptika

## ***Rückfallrisiken***

Das Rückfallrisiko ist abgemildert bei der Gabe von Neuroleptika. 70 % Risiko ohne Neuroleptika und 20 % mit Neuroleptika.

## ***Nebenwirkungen***

- EPMS (extrapyramidal-motorische Störungen)
- metabolisches Syndrom (Diabetes, Bluthochdruck usw.)
- Akathisie
- Psychische Nebenwirkungen
- Vegetative Nebenwirkungen
- Endokrine Nebenwirkungen

## **Gewichtszunahme**

*Die Aussage „Versuchen Sie, Ihre Essgewohnheiten zu kontrollieren“, erntete keinen großen Beifall. Insbesondere bei Medikamenten, die Heißhunger verursachen wie etwa Zyprexa, ist die Einhaltung dieses Ratschlags fast unmöglich.*

### **Wie lange muß ich ein Medikament einnehmen?**

- Als Erstpatient 1 Jahr
- Nach mehreren akuten Phasen etwa 5 Jahre
- Manchmal gar ein Leben lang

### **Die Wichtigkeit der regelmäßigen Einnahme**

Wer seine Neuroleptika unregelmäßig einnimmt, der riskiert stärkere Nebenwirkungen und ein erhöhtes Rückfallrisiko.

### **Wie wichtig sind Rückmeldungen der Patienten?**

Spätestens nach Messung des Serumspiegels stellt es sich heraus, ob der Patient seine Medikamente auch wie verordnet eingenommen hat. Falls er sich nicht an die Verordnung gehalten hat, dann ist es immens wichtig, herauszufinden, warum der Patient keine Medikamente mehr einnimmt. Vertrauen zum Arzt ist also wichtig, damit man auch auf die unangenehmen Dinge eingehen kann.

### **Auf die richtige Einnahme kommt es an**

25 % der Patienten beim Allgemeinarzt nehmen ihre Medikamente falsch ein und 50 % der Patienten beim Psychiater.

## **Pause**

### **Was ist ein Medikament?**

Ein Medikament heilt etwas. Ritalin hat also streng genommen keine Wirkung, weil nach dem Absetzen die Symptome erhalten bleiben.

### **Verlaufsformen der psychiatrischen Erkrankungen**

- 33% heilen spontan
- 33 % zeigen immer wieder Symptome
- 33 % sind chronisch krank

Die Ursachen für diese Verteilung sind nicht bekannt. Es werden eben nur die Symptome bekämpft. Zudem gilt ja auch das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

### **weitere Diskussionen**

30 % bis 70 % der Behandelten haben je nach Störungsmuster einen Rückfall.

Das Bild des Psychiaters in der Öffentlichkeit hat sich in den letzten zehn Jahren stark verändert.

Deutschland hinkt bei den Reformen anderen Ländern wie etwa Italien und Norwegen um viele Jahre hinterher.

### **Moderne Ideen der Behandlung in der Krisenzeit**

Moderne Ideen sind das Weglaufhaus und auf der anderen Seite der Ansatz, die Kranken daheim zu belassen während der Krise und die Angehörigen in der Klinik aufzunehmen. Die Idee der Bezugsfamilie. Das Hometreatment wurde in Finnland erfunden. Finnland ist ohnehin viel weiter als Deutschland und hat durch einen anderen Ansatz eine bessere Psychosenbehandlung.

### **Neuroleptika und Verweildauer**

Neuroleptika haben die Zeit in der Klinik während der akuten Krise auf durchschnittlich drei Monate verringert.

### **Zwangsmedikation**

Die Zwangsmedikation hat eigentlich ausgedient und sollte nur noch angewendet werden, wenn der Betroffene sich selbst oder andere gefährdet.

### **Richtige Behandlung eines schizophrenen Menschen in der akuten Krise**

In der akuten Krise lassen sich die Patienten kaum ablenken von ihren psychotischen Inhalten. Wie behandle ich einen akut Schizophrenen am besten? Ernst nehmen und doch nicht mit seiner – anderen - eigenen Wahrnehmung hinter dem Berg halten: „Du nimmst das jetzt so wahr und ich nehme es eben gerade anders wahr.“

### **Der Arzt sollte die Nebenwirkungen ernst nehmen**

Viele Betroffene fühlen sich bezüglich der von ihnen berichteten Nebenwirkungen nicht für ernst genommen. Die Schachtel wird dann in der Apotheke geholt und landet dann sofort im Mülleimer. Besser ist es dann allemal, sich mit dem Arzt zusammenzusetzen und sich mit ihm zu besprechen.

### **Individueller verordnete Medikamente**

Eine personenzentriertere Medikation ist vonnöten. Alte Patienten reagieren anders als junge und Männer anders als Frauen usw. Zudem ist es nötig, sich mit seiner Erkrankung auch auseinanderzusetzen.

### **Negativsymptomatik**

Die Negativsymptomatik kam im Vortrag recht kurz. Das liegt daran, dass nur die hochakuten Phasen im Mittelpunkt standen. Der schwerste Schritt ist die Akzeptanz der Erkrankung.

## **Gewichtszunahme**

Die Problematik der Gewichtszunahme betrifft viele der Patienten. Ein Betroffener berichtet davon, 16 Kilogramm in den ersten drei Monaten. Nach dem Aufenthalt in der Klinik setzte der Betroffene das Medikament selbständig ab. Also bekam er wegen der fehlenden Compliance regelmäßig eine Depotspritze mit Risperdal verabreicht. Nach vier Jahren hatte er 40 Kilogramm zugenommen. Inzwischen versucht der Betroffene sein Glück mit pflanzlichen Mitteln.

Ein anderer Betroffener berichtet davon, durch Zyprexa drei Jahre lang monatlich je ein Kilo zugenommen zu haben und damit 50 % Mehrgewicht auf der Waage zu haben.

## Definitionen und Erläuterungen

### **Metabolisches Syndrom**

*Das metabolische Syndrom (manchmal auch als tödliches Quartett, Reavan-Syndrom oder Syndrom X[1] bezeichnet) wird heute als der entscheidende Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten angesehen. Es ist charakterisiert durch diese vier Faktoren: abdominelle Fettleibigkeit, Bluthochdruck (Hypertonie), veränderte Blutfettwerte (Dyslipidämie) und Insulinresistenz. Die Erkrankung entwickelt sich aus einem Lebensstil, der durch permanente Überernährung und Bewegungsmangel gekennzeichnet ist und betrifft einen hohen Anteil der in Industriestaaten lebenden Bevölkerung. Die Definition des metabolischen Syndroms wurde in den letzten Jahren wiederholt geändert. Eine allgemein akzeptierte Definition gibt es bislang nicht. Die Klassifikation orientiert sich zumeist entweder an der Insulinresistenz (Insulinresistenzsyndrom, WHO-Klassifikation 1999) oder dem Lebensstil (NCEP-ATP-III). Einen weltweit gültigen ICD-10-Code gibt es nicht, in Deutschland erlaubt der DIMDI-Thesaurus die Erfassung mit dem Code E.88.9 „Stoffwechselstörung, nicht näher bezeichnet“. Da aber gemäß der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) D004d kein spezifischer Kode innerhalb des ICD-10-Kataloges vorhanden ist, sind die einzelnen Manifestationen innerhalb des G-DRG-Systems zu verschlüsseln.*

### **Weglaufhaus**

Ein Weglaufhaus ist ein Zufluchtsort für Menschen, die psychiatrische Behandlungen meiden wollen oder eine Alternative zur herkömmlichen psychiatrischen Behandlung suchen. In den 1970er Jahren entstanden in den Niederlanden erste „Wegloophuizen“ durch die Gekken-Bewegung, Selbsthilfegruppen von psychisch kranken Patienten

Vertreter der Antipsychiatrie behaupten, ein Kontakt mit der Psychiatrie beinhalte immer das Risiko, Opfer von körperlicher oder psychischer Gewalt zu werden und Schäden in vielerlei Hinsicht zu erleiden (z. B. durch Zwangseinweisung oder Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka). Weglaufhäuser bieten im Rahmen des Selbsthilfegedankens alternative Methoden im Umgang mit den betroffenen Menschen an, in denen die Ideen einer nutzergetragenen Antipsychiatrie umgesetzt werden.

Ein Weglaufhaus kann demnach Zuflucht bieten für:

- psychisch kranke Menschen oder ehemalige psychiatrische Patienten, die obdachlos oder von Obdachlosigkeit bedroht sind,
- Menschen, die aus psychiatrischen Einrichtungen weglaufen,
- Menschen, die eine psychiatrische Behandlung brauchen, aber eine Alternative zu herkömmlichen Behandlungsmethoden suchen.



Typische Merkmale der Arbeit in einem Weglaufhaus sind:

- Verzicht auf Psychopharmaka, soweit möglich,
- Verzicht auf Zwangsbehandlungen,
- Krisenbewältigung und Hilfe zur Selbsthilfe

### **Home Treatment**

Home Treatment (englisch für Heimbehandlung) ist eine Behandlung, bei der ein Behandlungsteam akut psychiatrische Patienten in gewohnter Umgebung versorgt. Das Team besteht aus Pflegern, Sozialarbeitern und Psychiatern. Home Treatment (HT) soll zu einer Reduzierung der Verweildauer in der stationären Versorgung führen. Angeboten wird HT in Berlin, Detmold, Frankfurt am Main, Günzburg, Geesthacht, Hamburg, Krefeld, Nauen und Itzehoe. Entsprechende Krisenwohnungen gibt es in Bremen, Berlin und Solingen.

Je nach Klinik gibt es unterschiedliche Schwerpunkte. Typische Organisation ist: pro Patient wöchentlich mindestens drei Hausbesuche, davon mindestens einer mit Arzt. Im Bedarfsfall sind auch mehrere Besuche möglich, täglich bis zu drei. Der Umfang und die Art der Kontakte (Hausbesuche, Telefonate) wird im Einzelfall festgelegt. Einmal wöchentlich findet in der Klinik die Oberarzt-Visite bei bestimmten Patienten statt. Zusätzlich gibt es über jeden Patienten eine wöchentlich stattfindende Fallbesprechung mit Oberarzt, Arzt, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, in der der bisherige Therapieverlauf sowie weitere Behandlungsziele reflektiert, festgelegt oder gegebenenfalls modifiziert werden.

### Entwicklung

Um 1960 wollte man eine gemeindenahere therapeutische Versorgung und dass sich die geschlossenen psychiatrischen Institutionen öffnen. Daraus entwickelte sich 1964 die „Crisi Theory“ Caplan und 1980 das ACT-Modell „Stein und Test“, 1971 in Denver; von dort ist die Verbreitung vor allem in Englischsprachigen Ländern dokumentiert. Aber auch in Pai und Lapur 1983 und später im Skandinavischen Raum. Seit 2002 gibt es Pilotprojekte in Deutschland.

### Behandlungsergebniss

Erste Ergebnisse deuten die Effektivität einer humaneren Behandlungsform an. Danach ist HT der stationären Behandlung entweder gleichwertig oder geringfügig überlegen. Auch erwies sich das soziale Funktionsniveau der HT-Patienten als besser. Die Angehörigen waren mit dieser Behandlungsalternative zufriedener und fühlten sich mehr entlastet als durch einen stationären Aufenthalt. Diese Ergebnisse zeigen sich auch in anderen Modellversuchen und Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland und in anderen Ländern wie Großbritannien, wo die generelle Umstellung auf mobile Kriseninterventionsteams am stärksten durchgeführt wurde.