

Schwerwiegende schädigende Nebenwirkungen der Neuroleptika

Erhöhung der Mortalität/Frühsterblichkeit

- **Plötzlicher Herztod:** durch Einnahme von Typika oder Atypika über 30 Jahre bei 4,5 % der Patienten.
Anstieg auf 3.7 % pro Jahr bei schweren kardiovaskulären Erkrankungen.
Wahrscheinliche Zunahme dieser durch längerfristige Atypika-Behandlung
- **Metabolische Syndrome:** vor allem durch Atypika bei 20-25% der Patienten, viele Jahre früher als sonst üblich bei schon erhöhtem Risiko bei schwer psychisch Erkrankten.
Folgen:
Verdopplung des 10-Jahres Risiko für **koronare Herzerkrankungen:**
Angina pectoris, Herzinfarkt, plötzlicher Herztod.
Zerebro- und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen erhöhen die Frühsterblichkeit üblicherweise erst nach vielen Jahren und bilden sich daher in den aktuellen Mortalitätsstudien nur unzureichend ab.
Aktuell: 6-fach erhöhte **kardiovaskuläre Mortalität** zwischen dem 25 - 45. Lebensjahr vorwiegend bedingt durch Neuroleptika.
- **Erhöhte Diabetesrate:** 8-16% unter Neuroleptika.
Folgen:
7-fach höheres Risiko für koronare Herzerkrankungen in 10 Jahren bei Patienten mit metabolischem Syndrom + Diabetes.
Eine mögliche genetische Vulnerabilität für Diabetes verpflichtet zu besonderer therapeutischer Vorsicht.
- **Pulmonale Embolien**
- **Risikofaktoren** der Frühsterblichkeit: Bewegungsmangel und Rauchen können durch Neuroleptika verstärkt werden.
- **Demenzen:** erhöhte Schlaganfall-Rate, mehr unter Atypika. Vermehrte kardiovaskuläre Todesfälle durch Typika und Atypika. Verdoppelung der Todesrate unter Neuroleptika von 30% auf 59% in 3 Jahren.

Neurodegeneration

Gesamtdosisabhängige, vor allem **frontale Neurodegeneration** durch Neuroleptika wurde 1998 durch Bildgebung erstmals nachgewiesen. Eine vor der Publikation stehende 18-Jahres Verlaufsstudie von N. Andreasen bestätigt diesen Abbau grauer Substanz, in Korrelation mit der kumulativen Gesamtdosis an Neuroleptika. Er werde (anteilig) durch die Neuroleptika verursacht, so N. Andreasen in einem Vorab-Interview mit der NYT am 16.9.08. Bei einigen Patienten betrage der Abbau **1% pro Jahr**. Aus einer Studie von Lieberman lässt sich sogar eine **Hochrisikogruppe** von 16% mit **2% Abbau pro Jahr** unter Haloperidol statistisch errechnen.

Damit ist mittlerweile sehr wahrscheinlich, dass dieser Befund, der bisher dem ungünstigeren Risikoprofil derjenigen Patienten zugeschrieben wurde, die höhere Neuroleptika-Dosen bekommen, wesentlich auch auf die Wirkung der Neuroleptika selbst zurückgeht.

D2 Rezeptor Sensibilisierung und Upregulation

Neuroleptikabedingte Sensibilisierung und Vermehrung der D2 Rezeptoren verursachen **3 bis evtl. 6-fach erhöhte Rückfallraten durch**

¹ Peter Kruckenberg machte wichtige Ergänzungen

Absetzpsychosen, Supersensitivitätspsychosen und verstärkte Symptomatik nachfolgender Psychosen.
Erheblicher pharmakogener Anteil des Drehtüreffektes

Weitere Nebenwirkungen

Neuroleptika induziertes Defizitsyndrom (= pharmakogene Negativ-Symptome)
auch unter Atypika - dosisabhängig

Neurokognition

Weitere Reduktion unter Neuroleptika - dosisabhängig

Das Risiko für fast alle schädigenden Effekte steigt **dosisabhängig** und durch **Polypharmazie**.

Verordnungspraxis

- zu hohe Dosierungen
- Polypharmazie (ca. 35%) mit Zunahme in den letzten Jahren durch ansteigende Atypika-Verschreibungsrate
- Off label Verordnungen insgesamt 50% (USA)
- BRD: 6% der Bevölkerung zeitweise Neuroleptika
- **Kinder/Jugendliche:**
Steigerung der Verordnung von Atypika um 400% von 2000-2006 bei gleich bleibender Verordnung von Typika. Weiterer Anstieg der NL Verordnung von 2006 bis 2007 um 14 %.

Pharmakologische therapeutische Erfordernisse

- Minimaler Einsatz von Neuroleptika – heute deutlich strenger als bisher
Andreasen: „Diese Medikamente müssen mit der niedrigsten möglichen Dosierung angewandt werden, was heute häufig nicht passiert.“
Lieberman: Für alle Medikamente ist die erwünschte Dosis die niedrigste Dosierung, mit der man Vorteile erreicht. ("For all medications the lowest dose needed to achieve benefits is the desired dose".)
- Akutbehandlungsdosis:
Geringst mögliche Dosis - dafür geeignete therapeutische Milieus:
Grundsätzlich 2-6 mg Haloperidol(-äquivalente)/Tag.
Ersterkrankte 0.5 – 3 mg Haloperidol(-äquivalente)/Tag.
- **Neuroleptikafreie Behandlung, wenn möglich:**
40% bei Schizophrenie, bei anderen psychotischen Störungen noch weit höherer Anteil
- **Langsame Reduktion und Absetzversuche** unter psychotherapeutischer Behandlung: Sie sind einem Review gemäß in 40% über 4 Jahre erfolgreich. Bei einem Abstand der psychotischen Episoden von mehr als 3 Jahren ist eine Dauermedikation oft mit mehr Nachteilen verbunden.
- **Vermeidung von Polypharmazie/Kombinationsbehandlungen** so weit wie möglich; wenn, nur unter strenger Kontrolle der kardialen und metabolischen Nebenwirkungen.
- **Regelmäßige Kontrolluntersuchungen** entsprechend den S3 Leitlinien der DGPPN und bei Medikamentenumstellungen

Psychotherapeutische und psychosoziale Erfordernisse

- Akutbehandlung zu Hause und therapeutische Arbeit mit den Familien und dem erweiterten sozialen Kontext von Anfang an und kontinuierlich.
Vermeidung von Hospitalisierung

- Reizschützende, traumasensible, psychosebegleitende Milieus
- Beziehungskontinuität über 5 Jahre
- Direkter Lebensfeldbezug
- Psychotherapeutische Kompetenz
- Individualpsychotherapie
- Traumatherapie: 50% der Patienten mit Schizophrenie sind sexuell oder physisch traumatisiert.
- Frühest mögliche Integration in Ausbildung und Beruf

⇒ *Neuroleptika nur noch selektiv. Sie ergänzen die psychosoziale Behandlung, wenn diese allein nicht hinreicht.*

Versorgungsrealität

Unzureichende psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungsangebote
 Unzureichende Entgeltssysteme mit der Folge der Verschiebung von Kosten in den öffentlichen Sektor und in Bereiche, in denen wenig Behandlung und weitgehend Versorgung erfolgt (z.B. Heime, Werkstätten für behinderte Menschen etc.)

Personalabbau

Pathologische Behandlungsmilieus und kurze Liegezeiten

20-30 Betten Stationen zur Akutbehandlung erzwingen Überdosierungen

Biologisierung der Versorgung für schwere psychische Erkrankungen

Fokus auf medikamentöser Compliance mit Psychoedukation bei seit Jahren gleich bleibend hoher Non-Complianzrate von 60-70% über 18 Monaten

2-3 Nervenarztkontakte von 10 Minuten pro Quartal (55-72 €/Quartal).

Drehtür mit ansteigendem Tempo

Anstieg der Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen

Anstieg der gesetzlichen Betreuungen

Aktuell das bisher teuerste Versorgungssystem

Folgen

- Erhöhte Frühsterblichkeit auch durch Neuroleptika
- Chronifizierung
- Verstärkung der Drehtürpsychiatrie
- (Re)Traumatisierung durch Behandlung

⇒ *Die Schizophrenie ist die teuerste psychische Erkrankung unseres Gesundheitssystems. Und was kommt davon bei dem Patienten an? Die Behandlungsrealität der meisten Patienten ist schlecht.*

Kritik Zusammenfassung

Mängel in der psychosozialen Versorgung und psychotherapeutischen Behandlung, Fehlinformation durch die Pharmaindustrie, Mängel und Fehler der Leitlinien und biologistische Krankheitskonzepte führen zu einem zu häufigen und zu hoch dosiertem Einsatz von Neuroleptika. Dies bedingt eine zusätzliche Chronifizierung und Frühsterblichkeit von Patienten.

Wirksame psychotherapeutische Behandlungsformen werden den Patienten vorenthalten bzw. sind mit den derzeitigen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen schwer zu realisieren.

Kosten

▪ **Atypika**

USA: 10 Mrd. \$ zusätzliche Ausgaben für Atypika pro Jahr.

BRD: ? (analog wären 2,7 Mrd. € pro Jahr)

Die **Folgekosten** für die Behandlung der kardiovaskulären und diabetischen Schädigungen von Patienten sind bisher von keiner Seite hochgerechnet worden.

- **Pharmareferenten insgesamt**
2 Mrd. pro Jahr (von Versicherten bezahlt)
- **Kosten Marketing**
40% des Umsatzes der Pharmaindustrie (von Versicherten bezahlt)
8.000 – 13.000 € pro Arzt pro Jahr
- **Krankenhausbehandlungskosten 80%**

Wie ist es dazu gekommen?

Die weitreichende Täuschung der Fachöffentlichkeit über die Behandlungseffekte (Effektstärken) und Nebenwirkungen der **Atypika durch interessengeleitete, teilweise manipulative Forschungsdesigns, irreführende Publikationen und Marketing.**

Verengter Fokus auf die Symptomverringerung in der Akutphase und zu geringer bis fehlender Fokus auf die psychotherapeutische Verarbeitung der psychotischen Krise durch die Patienten, Familien und andere Bezugspersonen, die bestmögliche soziale und berufliche Integration, die Lebensqualität und Entwicklung von Autonomie.

90% der Medikamentenstudien sind industrieabhängig.
In 90% dieser Studien ist das Präparat des Sponsors überlegen.

Auch selektive Publikation der Effektstärken neuer **Antidepressiva.**

Überbewertung der Pharmakotherapie

Ungerechtfertigte Biologisierung der psychiatrischen Forschungs- und Behandlungsparadigmen

Unzureichende Behandlungskonzepte, oft mangelnde psycho- und soziotherapeutische Kompetenz, fragmentierte Behandlungsstrukturen. Auch diese Systemmängel fördern eine übermäßige Pharmakotherapie.

Einflussnahme der Pharmaindustrie:

Diese Entwicklung ist ohne die Industrieabhängigkeit der Psychiatrie in den unterschiedlichsten persönlichen und strukturellen Varianten nicht zu erklären.

Viele Psychiater haben am Marketing der Atypika verdient. Bewusste manipulative Täuschung anderer und Blindheit waren die Folge.

Die zurückliegende Periode der Erforschung und Vermarktung neuerer Antipsychotika und die zu geringe Berücksichtigung und Erforschung schädlicher Kurz- und Langzeit-Wirkungen hat die Psychiatrie insgesamt in ihrer Glaubwürdigkeit beschädigt.

Solange die Psychiatrie sich aus dieser Industrieabhängigkeit nicht löst, diskreditiert sie sich selber und kann nicht als wahrhaftig wissenschaftlich bezeichnet werden.

Wer hat den Vorteil von der gegenwärtigen Struktur des Systems?

- **Pharmaindustrie:** Rendite ca.18,5 % (2001)
- **Psychiater,** die von der Pharmaindustrie honoriert werden: 4-6 stellige Summen pro Jahr.
- **Kliniken** in privater Trägerschaft: Rendite bis zu 20%
- **Somatische Versorgung:** Querfinanzierung
- **Komplementäre Träger:** Belegung, Ausbau, Immobilienerwerb

Das System ist anhaltend anfällig für erneute schwerwiegende Irrtümer und Schädigungen von Patienten.

Die forschende und praktische Psychiatrie hat sich schon in der Vergangenheit als anfällig für teilweise schwerwiegende Irrtümer erwiesen, die erst im Nachhinein korrigiert werden konnten. In Zukunft sollte eine besondere Sensibilität für unerwünschte Wirkungen aller Therapieverfahren in der Psychiatrie erreicht werden. Die kann nur durch eine weniger von außerwissenschaftlichen Interessen geleitete Forschung bewirkt werden.

(Bisher haben viele invasive Behandlungsmethoden der Psychiatrie sich nachträglich als falsch und schädigend erwiesen: Langzeithospitalisierung, Cardiazol, Insulin, Lobotomie, Höher- und Hochdosierung von Neuroleptika)

Auch die Praxis der Evidenz-basierten Medizin hat nicht zu einer Verbesserung und Effizienzsteigerung in der Behandlungsrealität von Menschen mit Psychosen geführt. Dies liegt vor allem an den Forschungsparadigmen, der Interessenlage und den methodischen Schwächen der verfügbaren Studien.

Notwendig ist

- Eine unabhängige Psychopharmaka-Forschung
- Ein umfassendes und unabhängiges Informationssystem über Psychopharmaka
- ⇒ Einzufordern ist eine Forschungs- und Publikationspraxis und Information von Klinikern, Angehörigen und Betroffenen, die der Wahrheit und bestmöglichen Behandlung verpflichtet ist. Dies kann nicht erreicht werden, wenn Hersteller von Medikamenten mit ihren Gewinninteressen und psychiatrische Meinungsführer, die zu sehr finanziell davon profitieren, die Aufgabe der Information und Beeinflussung von therapeutischen Entscheidung übernehmen.
- Eine Psychiatrie als interdisziplinäre Humanwissenschaft, in der biologische psychische und soziale Erklärungsansätze und ihre Forschungsmethoden gleichwertig miteinander integriert werden.
- ⇒ Nur eine industrieunabhängigere Psychiatrie mit breitem bio-psycho-sozialen Grundverständnis unter Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Kompetenz und entsprechender interdisziplinärer Forschungsmethodik vermag diese Selbstdiskreditierung glaubhaft zu überwinden.

- Kontroll-Funktion und verpflichtende Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen in Forschung und Versorgung.
- Auf- und Ausbau regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbände in verantwortlicher Koordination durch die Kommune, regionales gemeindepsychiatrisches Qualitätsmanagement unter Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen sowie aller relevanten Leistungsträger und Leistungserbringer, regionale Steuerung des Ressourceneinsatzes auf diese Grundlage, Aufbau "lernender Hilfesysteme".
- Überarbeitung von Behandlungsleitlinien unter Berücksichtigung der methodischen Begrenztheit der verfügbaren Studien und echter Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen und allen relevanten Berufsgruppen, die an der Behandlung beteiligt sind.
 - Neue Entgeltsysteme, die nicht mehr weiter die Akutpsychiatrie fördern, sondern Langzeitverläufe, Reintegration, Recovery und Ergebnisorientierung so weit als möglich fördern.
- Wirksame Steuerung des Ressourceneinsatzes: ausgewogene Förderung von lebensweltbezogener Krisenintervention - auch schon im Vorfeld von Krankheitssymptomatik (psychosoziale Krisenintervention zur Prävention) und erforderlicher Langzeitbegleitung.