

„Viel hilft nicht viel“

■ Hamburg: Dr. Volkmar Aderhold warnt vor verfrühtem Tod und fordert neuen Umgang mit Neuroleptika

Die Risiken einer Behandlung mit Neuroleptika seien wesentlich größer als bisher angenommen, so Dr. Volkmar Aderhold bei einer Veranstaltung des Altonaer Trägers „Nussknacker e.V.“, bei der er die Ergebnisse seiner Recherche erläuterte.

Hamburg. Er nutzte sein Sabbat-Jahr auf außergewöhnliche Art – nicht um von der Medizin zu pausieren, sondern um sich besonders intensiv mit ihr zu beschäftigen. Dr. Volkmar Aderhold (Hamburg/Uni Greifswald) durchforstete akribisch bisher erschienene Studien zu den Auswirkungen der Neuroleptika-Behandlung – und rüttelt mit seinen Ergebnissen nun an den Grundfesten gängiger Therapiepraxis. Im Altonaer Rathaus erläuterte er auf Einladung des Nussknacker e.V. vor einem Fachpublikum die Kernpunkte seiner Aussagen.

Zunächst einmal: „Nicht jede akute Psychose muss mit Neuroleptika behandelt werden, da sie oft genug selbst limitierend ist“, so Dr. Aderhold. Bis zu 70 Prozent aller Schizophrenien seien episodisch. Das fatale Prinzip der Neuroleptika-Gabe sei zudem der Eingriff in das biologische System des Menschen: „Der Körper reguliert sich hoch.“ Viele Mediziner würden dann nach dem Prinzip „Viel hilft viel“ verfahren, verabreichen also bei nachfolgenden Behandlungen immer höhere Dosierungen. Folge: Im Rahmen der Hochregu-

lierung könne sich die Symptomatik bei späteren Psychosen verstärken, die Vulnerabilität für Psychosen erhöhe sich. „Auch Durchbruchpsychosen können erst durch Neuroleptika induziert werden.“ Außerdem steige die Non-Response-Rate.

Ferner verstärken, so Dr. Aderhold, Neuroleptika den Abbau der grauen Substanz – sei es direkt oder kumulativ, abhängig von der Dosis. In der Hochrisikogruppe könne man mit 4,2 Prozent Gehirnverlust innerhalb von 27 Monaten rechnen. „Binnen zwei Jahren richtet man also richtigen Schaden an.“ Ob diese Neurodegeneration reversibel ist? „Dazu gibt es widersprüchliche Aussagen.“

Die Mortalität durch die Gabe von Neuroleptika steige stark an, so Dr. Aderhold. Eine US-Studie gibt den Medikamenten schuld am Verlust von bis zu 30 Lebensjahren. Die Todesursachen seien vielfältig, an der Spitze stünden kardiovaskuläre Auslöser. Eine finnische Langzeitstudie berichtet von 37 Verstorbenen unter 99 Patienten – in Korrelation zur Menge verabreichter Neuroleptika. „Je höher die Gabe, desto

höher die Mortalitätsrate“, so Dr. Aderhold. Die Gründe reichen von Herzstörungen über das Metabolische Syndrom bis Diabetes. Der genaue Beitrag der Neuroleptika daran sei allerdings noch nicht genau zu beziffern. Besonders verhängnisvoll sei die Kombination verschiedener Neuroleptika.

Die somatischen Nebenwirkungen der Medikamente (z.B. Blutdruck, Übergewicht, Cholesterin) müssten also stets kontrolliert werden. „Das ist nichts Neues“, sagt Dr. Aderhold und verweist auf entsprechende Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) – diese würde leider weitgehend ignoriert.

Aus seiner Studienanalyse zieht Dr. Aderhold verschiedene therapeutische Konsequenzen. Er fordert keineswegs eine radikale Abkehr von den Neuroleptika – gleichgültig, ob Typika oder Atypika – sondern deren differenzierte Anwendung anstelle des Musters „Viel hilft viel“: „Man erreicht nicht mehr, indem man mehr davon gibt.“ Dr. Aderhold plädiert dafür, die Akutdosis von Haldol auf zwei bis sechs Milligramm täglich zu beschränken, bei Ersterkrankungen sogar auf ein bis zwei Milligramm. „Diejenigen, denen man viel gibt, macht man sonst nur ‚verrückt‘ – und sie bleiben ‚verrückt‘.“ Nach einer Dosis-Erniedrigung verbessere sich außerdem der Response bereits nach drei Wochen. Allerdings warnt er vor abruptem Absetzen: Die Rückfallrate steige um das Drei- bis Sechsfache, daher sollten die Medikamente über einen Zeitraum von rund neun Monaten langsam abgesetzt werden.

Grundsätzlich vertritt Dr. Aderhold eine selektive, aufs Mindestmaß reduzierte Neuroleptika-Therapie. „40 bis 60 Prozent der Patienten benötigen keine dieser Mittel, 30 bis 40 Prozent profitieren insgesamt davon, 10 Prozent brauchen sie nur kurzfristig und 15 bis 20 Prozent sprechen nicht darauf an.“ Es dreht sich also nicht um ein Entweder-



Rüttelt an den Grundfesten gängiger Therapiepraxis: Dr. Volkmar Aderhold. Foto: Götttsche

Oder, sondern um die angemessene Gabe der Medikamente. Das Fundament einer guten Psychosenbehandlung sei ein „komplexes und fokussiertes Handlungsmodell“. Neuroleptika sollten die Behandlung nur dann ergänzen, wenn diese allein nicht ausreicht. Michael Götttsche

Pharma-Studien münden ins „neuroleptische Paradoxon“

Nur unabhängige Studien könnten mehr Licht in Wirkungen und Nebenwirkungen von Neuroleptika bringen – aber die sind laut Dr. Aderhold Mangelware: „90 Prozent aller psychopharmakologischen Studien werden von der Pharmaindustrie finanziert“, beklagt er. Automatisch schneide das studierte Präparat des jeweiligen Sponsors als überlegen ab. „Das ist eine systematische Verballhornung.“ Die Folge sei das „neuroleptische Paradoxon“: „Olanzapin ist besser als Risperidon, dies besser als Quetiapin, dies besser als Solian, dies wiederum besser als Olanzapin“, so der

Mediziner. Und zur Niedrigdosierung von Atypika gebe es bisher überhaupt keine Studien – „das ist skandalös“, sagt Dr. Aderhold. Als Beispiel für den Einfluss der Pharmaindustrie im Grenzgebiet von Marketing und Moral führt er den Konzern Lilly an: Dort habe man bereits spätestens seit 1999 von dem Zusammenhang des Präparats Zyprexa mit Diabetes gewusst. „Lilly verfälschte in den USA jedoch für die Zulassung die Inzidenz von Hypoglykämien.“ Unabhängige wissenschaftliche und öffentliche Kontrollsysteme, so Dr. Aderhold, haben versagt oder existieren nicht. (gö)

„Korrelationen nicht mit Ursachen verwechseln“

Als Anstoß für eine „längst überfällige und dringend notwendige Debatte“ stuft die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie die in ihrem Rundbrief ausführlich veröffentlichten kritischen Aderhold-Ausführungen ein, um die sich eine rege Debatte entwickelt hat. In der Oktoberausgabe der DGSP-Mitgliederzeitschrift „Soziale Psychiatrie“ meldete sich zuletzt die Arbeitsgruppe Biologische Psychiatrie der Bundesdirektorenkonferenz kritisch zu Wort. Die biologischen Psychiater bestätigen, dass die bislang verfügbaren atypischen Antipsychotika die gesetzten Erwartungen nicht erfüllen konnten. Unbestritten auch die erhöhte Mortalität schizophrener Patienten u.a. infolge plötzlichen Herztods, Diabetes, KHK und metabolischem Syndroms. Doch: „Dies monokausal auf die antipsychotische Medikation zurückzuführen, ist eine Überinterpretation“, heißt es in der Stellungnahme, in der die Empfehlung einer maximalen Zurückhaltung bei der Anwendung von Neuroleptika als „unwissenschaftlich“ kritisiert wird. Das Statement im Ganzen sowie die Antwort von Dr. Aderhold nebst weiterer Informationen unter www.psychiatrie.de/dgsp, s.a. www.bgsp.de. Die DGSP plant zudem für den 29. Februar 2009 einen Fachtag zu dem Thema in Frankfurt/Main. (hin)

Von Pornosucht bis Aphasie: Die Folgen von Hirnschäden

■ Schlaganfälle und Gehirnhautentzündungen können zu neuropsychologischen Störungen führen

Hamburg. Ein Schlaganfall, ein schwerer Unfall oder auch eine Infektion wie die Gehirnhautentzündung können das Gedächtnis und die Sprachfähigkeit der Betroffenen nachhaltig schädigen. Die Patienten müssen die Sprache wieder neu erlernen und sich mit allerlei Tricks im Alltag über die Schädigungen des Gedächtnisses hinweghelfen. Die Ärztin für Rehabilitationsmedizin, Dr. Ute Knüpfer-Banarjee, sprach über Symptome und Behandlungsmethoden für Menschen mit erworbenem Hirnschaden.

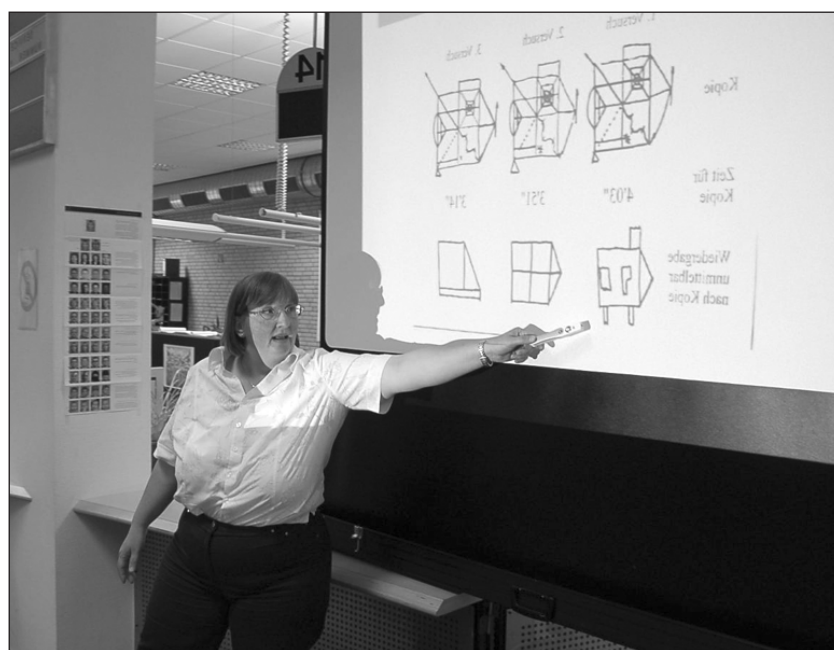
Frank O. war 39, als ein Schlaganfall sein bisheriges Leben von Grund auf veränderte. Als seine Lebensgefährtin nach ihm sah, konnte er sich nicht mehr bewegen, nicht mehr sprechen, nur noch seine Augen bewegen. Eine halbe Stunde später wird der Programmierer mit einem Hubschrauber in die „Stroke Unit“ einer neurologischen Klinik geflogen. Er überlebt, ist aber halbseitig gelähmt, und muss das Sprechen neu lernen. Logopäden helfen ihm, die ersten Worte wiederzufinden, seine Freundin unterstützt ihn dabei.

Was passiert, wenn durch einen Schlaganfall, durch einen Unfall oder durch eine Infektion das Gehirn geschädigt wird? Über dieses Thema sprach kürzlich Dr. Ute Knüpfer-Banarjee im Kundenzentrum des Bezirksamts Hamburg-Nord. Der Titel der Ver-

anstaltung: „Neuropsychologische Störungen bei Menschen mit erworbenem Hirnschaden“. Der Vortrag wandte sich an Laien, Betroffene und jene, die beruflich mit Menschen mit Hirnschäden arbeiten. Doch wie sehen eigentlich die Symptome bei Patienten mit Hirnschäden aus? Betroffen, so Knüpfer-Banarjee, sei u. a. das Arbeitsgedächtnis, die Fähigkeit, Probleme zu lösen, das Einhalten sozialer Regeln, Eigeninitiative und Willenskraft, die Kontrolle motorischer Aktionen sowie die Beherrschung von Affekten und Impulsen.

„Dazu gehört zum Beispiel, dass man nicht öffentlich in der Nase bohrt“, nannte die Ärztin für Rehabilitationsmedizin ein noch recht harmloses Beispiel für das Nicht-Einhalten sozialer Regeln. Schwieriger wird es, wenn etwa ein Patient vor seinem Sohn Pornos guckt, berichtete sie aus der Praxis. Der Mann musste dann aus seiner Familie in eine Wohngruppe verlegt werden. Andere Patienten können zum Beispiel anfangen, grundlos zu weinen. Anderen wiederum fehlt der Antrieb, ihren Tag zu strukturieren. Eine häufige Aussage lautet dann: „Ich weiß nicht.“

Da oftmals das Gedächtnis geschädigt ist, helfen dem Patienten kleine Tricks für den Alltag. „Indem man zum Beispiel die Schränke der Betroffenen beschriftet.“ Bei einer Hirnschädigung ist oftmals das Kurzzeitgedächtnis be-



Informierte über Symptome und Behandlungsmethoden für Menschen mit erworbenen Hirnschäden: Dr. Ute Knüpfer-Banarjee. Foto: Schwarz

troffen, während das Langzeitgedächtnis noch funktioniert. Das führe dazu, dass ein Patient oftmals lange Vorträge über das Angeln halten könne, aber nicht mehr weiß, was man ihm vor Minuten gesagt hatte. Die Gehirnforschung geht davon aus, dass Informationen des Langzeitgedächtnisses an verschiedenen Orten der Großhirnrinde

gespeichert werden. Vorher werden diese Informationen mehrere Wochen im sogenannten Hippocampus „zwischenengelagert“.

Sprachstörungen gehen in der Regel auf Schädigungen des Broca-Zentrums oder des Wernicke-Zentrums im Gehirn zurück. Das Broca-Zentrum, benannt nach dem französischen Neurologen

Paul Broca (1824-1880), befindet sich im unteren Teil des Stirnlappens der linken Hemisphäre des Gehirns. Das Wernicke-Zentrum, das von dem deutschen Neurologen Karl Wernicke (1848-1905) im Jahr 1870 entdeckt wurde, befindet sich im Schläfenlappen der linken Hemisphäre. Ist das Broca-Zentrum geschädigt, artikuliert sich der Patient im Telegrammstil, ist unfähig, grammatisch korrekte Worte zu formulieren. Bei einer Störung des Wernicke-Zentrums „verwechselt“ der Patient die Worte, kann die Dinge nicht zutreffend benennen und ringt um den richtigen Ausdruck. Grammatik, Aussprache und Sprechrhythmus sind aber nicht beeinträchtigt.

In beiden Fällen spricht man von Aphasie. Gemeint sind damit Störungen des kommunikativen Sprachgebrauchs in Folge von Gehirnschädigungen. Auch Frank O. war von einer solchen Aphasie betroffen. Zugleich ist er aber ein Beispiel für den heutigen Stand der Rehabilitationsmedizin und der Fähigkeit des Gehirns, sich zu regenerieren, indem andere Bereiche die Funktionen der geschädigten Hirnzellen übernehmen. Inzwischen hat Frank O. sogar einen Job gefunden und kann wieder als Programmierer arbeiten. Einen Weg zurück in die Selbstständigkeit gab es allerdings für ihn nicht.

Reinhard Schwarz