

Angehörige der
Gesundheitsberufe

TIME TO
COMMIT TO
POLICY
CHANGE

Schizophrenie

Empfehlungen für die Angehörigen der relevanten Gesundheitsberufe

Wolfgang Fleischhacker
Celso Arango
Paul Arteel
Thomas R E Barnes
William Carpenter
Ken Duckworth
Silvana Galderisi
Martin Knapp
Stephen R Marder
Norman Sartorius

Die Veröffentlichung dieser Empfehlungen wurde durch Forschungsmittel von F. Hoffmann-La Roche finanziert. F. Hoffmann-La Roche hatte keinen redaktionellen Einfluss auf den Inhalt

Autoren

Professor Wolfgang Fleischhacker (Direktor)

Innsbruck Medical University, Innsbruck, Österreich

Professor Celso Arango

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, Madrid, Spanien

Paul Arteel

GAMIAN-Europe, Brüssel, Belgien

Professor Thomas R. E. Barnes

Imperial College London and West London Mental Health NHS Trust, London, Großbritannien

Professor William Carpenter

Maryland Psychiatric Research Center, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, USA

Dr. Ken Duckworth

National Alliance on Mental Illness, Arlington, VA, USA

Professor Silvana Galderisi

Second University of Naples, Neapel, Italien

Professor Martin Knapp

London School of Economics and the Institute of Psychiatry, King's College London, London, Großbritannien

Professor Stephen R. Marder

Semel Institute, UCLA, and the VA Desert Pacific Mental Illness Research Education and Clinical Center, Los Angeles, CA, USA

Professor Norman Sartorius

Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Genf, Schweiz

Diese Veröffentlichung beinhaltet die wichtigsten Empfehlungen und Maßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe aus dem vollständigen Bericht *Schizophrenia – Time to Commit to Policy Change*, der hier abgerufen werden kann:

<http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/schizophrenia-time-to-commit-to-policy-change>

Die Autoren möchten Professor Howard H. Goldman für seine Unterstützung und Beratung zu diesem Dokument danken. Der vollständige Bericht wurde von den folgenden Organisationen unterstützt:

- American College of Neuropsychopharmacology
- American Psychiatric Nurses Association
- Brain & Behavior Research Foundation
- European Brain Council
- European College of Neuropsychopharmacology
- European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
- European Federation of Psychiatric Trainees
- Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe
- National Alliance on Mental Illness
- National Council for Behavioral Health
- Royal College of Psychiatrists
- Schizophrenia International Research Society
- Vinfen
- World Federation for Mental Health

Empfehlungen zu einer innovativen Versorgungs- und Forschungsstrategie

Die Schizophrenie ist eine Erkrankung mit tiefgreifenden persönlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Zudem zieht die Einstellung der Allgemeinbevölkerung zur Schizophrenie in hohem Maße Vorurteile und Diskriminierungen nach sich.

Wir empfehlen daher lokalen, nationalen und überregionalen politischen Entscheidungsträgern folgende grundsätzliche Strategien.

1. Die Bereitstellung eines evidenzbasierten Behandlungsangebots für Menschen mit Schizophrenie, das sowohl den Bedürfnissen der psychischen als auch denen der körperlichen Gesundheit gerecht wird. Dieses sollte einem integrativen Behandlungsansatz folgen, der vom jeweiligen Gesundheitssystem getragen und von den relevanten Bildungs- und Forschungseinrichtungen unterstützt wird.
2. Die Bereitstellung von Unterstützung für die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Schizophrenie verknüpft mit der Entwicklung von Prozeduren, die ihnen helfen, sich in den oft komplexen Versicherungs- und Beschäftigungssystemen zurecht zu finden, mit dem Ziel den Genesungsprozess zu fördern. Hierzu sollen Empfehlungen und Aufklärungsprogramme entwickelt werden, die die Inklusion von Menschen mit Schizophrenie in der Gemeinde, am Arbeitsplatz oder in der Schule fördern.
3. Die Bereitstellung von konkreter Unterstützung sowie von krankheitsspezifischen Informationsprogrammen für Familien und nicht professionelle Betreuungspersonen mit dem Ziel, die Betreuung von Menschen mit Schizophrenie in einer Weise zu unterstützen, die das jeweils eigene Leben nur möglichst wenig beeinträchtigt.
4. Die Konsultation von professionellen Fachkräften und anderen Interessensvertretern, die direkt im Management von Schizophreniekranken engagiert sind. Dazu zählen auch Organisationen, die Menschen mit Schizophrenie sowie deren Familien und Betreuungspersonen unterstützen. Diesen Konsultationen soll das Ziel zu Grunde liegen, das Versorgungsangebot regelmäßig zu überprüfen und, wenn nötig, zu optimieren.
5. Die Bereitstellung einer dem Ausmaß der gesundheitspolitischen Auswirkungen der Erkrankung angemessenen Forschungsfinanzierung im Hinblick auf neue Behandlungsstrategien, die die Krankheitsprognose zu verbessern in der Lage sind. Insbesondere sind hier innovative Therapiestrategien für Negativsymptome und kognitive Beeinträchtigungen zu nennen.
6. Die Einführung und Etablierung angemessen finanzierter und kontinuierlicher Aufklärungskampagnen, die das Bewusstsein der Allgemeinbevölkerung für das Verständnis von Menschen mit Schizophrenie zu fördern in der Lage sind. Besonders betont werden sollen hier die Bedeutung einer positiven Einstellung der Gesellschaft gegenüber Menschen mit psychischen Krankheiten; die Verfügbarkeit vorhandenerer Betreuungsmodelle und Institutionen; und die Vermeidung diskriminierender Einstellungen und Handlungen. Diese Kampagnen sollten einen festen Bestandteil routinemäßiger Maßnahmenpläne darstellen.

Unsere Empfehlungen basieren auf fundierter wissenschaftlicher Evidenz, Konsultation mit Interessensvertretern sowie auf globalen Beispielen guter klinischer Praxis.

Zusammenfassung

Dieser Bericht fasst die Evidenz und den erzielten Konsens aus Diskussionen einer Gruppe internationaler Psychiater, Wissenschaftler, Advanced Practice Nurses, Patienten und Betreuungspersonen mit Expertise und Erfahrung im Bereich Schizophrenie zusammen. Die Gruppe traf sich mehrmals, um weltweit führende Kenntnisse über die klinische und wissenschaftliche Evidenzbasis für Schizophrenie mit Erkenntnissen aus erster Hand zur Praxis des täglichen Lebens mit der Erkrankung zu verknüpfen.

Diese interdisziplinäre Gruppe kam gemeinsam zu drei klaren, evidenzbasierten Schlussfolgerungen.

- Die Wahrscheinlichkeit eines guten Verlaufs für Menschen mit Schizophrenie ist in den letzten Jahrzehnten wesentlich gestiegen. Mit der richtigen Behandlung können viele Menschen mit dieser Erkrankung heute eine akzeptable Lebensqualität erreichen.
- Ein moderner Ansatz für eine Schizophrenie-Behandlung sollte sowohl darauf abzielen, die Patienten auf einem Weg zur Wiederherstellung einer normalen Funktionsfähigkeit zu begleiten, wie auch die belastenden Symptome zu lindern.
- Weitere Änderungen hin zu einer positiveren Perspektive für Schizophrenie erfordern grundlegenden politischen Strategiewechsel.

Verbesserung der Behandlung bei Schizophrenie – eine Priorität der Gesundheitspolitik

Der Schutz und die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist von den Vereinten Nationen als Menschenrecht anerkannt.¹ Freiheit von Vorurteilen, Missbrauch, Diskriminierung und Feindseligkeiten und ein Recht auf die beste verfügbare Behandlung sind im globalen Aktionsplan für psychische Gesundheit² der Weltgesundheitsorganisation verankert. Dieser Plan unterstreicht den Einsatz evidenzbasierter Therapien und die Mitbestimmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In den vergangenen 20 Jahren hat sich die Behandlung bei Schizophrenie verbessert. Für viele Menschen mit dieser Erkrankung ist es aber immer noch schwierig, ein produktives Leben in der Gesellschaft zu führen. Einer Verbesserung der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie muss daher in der Gesundheitspolitik Priorität eingeräumt werden.

Auswirkungen der Schizophrenie

Die Schizophrenie wirkt sich auf das Wohlbefinden der Betroffenen aus, verkürzt die Lebensspanne und gehört zu den 10 führenden Ursachen für Behinderung weltweit.³ Auf der ganzen Welt leiden mindestens 26 Millionen Menschen unter Schizophrenie,⁴ und doppelt so viele sind indirekt davon betroffen (z.B. als Betreuungspersonen). Ein wichtiger Fakt ist, dass Menschen mit Schizophrenie mit der richtigen Behandlung und Unterstützung genesen und ein erfülltes Leben in der Gesellschaft führen können, wobei bis zu 50% der Patienten potentiell ein gutes Resultat erreichen.^{5,6} In 2012 beliefen sich die geschätzten Gesamtkosten für psychotische Störungen, wie z.B. Schizophrenie, in Europa auf 29 Milliarden Euro – das sind 5805 Euro pro Patient pro Jahr.⁷ In den USA wurden die Gesamtkosten für Schizophrenie mittlerweile auf 62 Milliarden US-Dollar geschätzt.⁸

Gesellschaftliche Folgen für Menschen mit Schizophrenie

Trotz Fortschritten bei Einstellungen seitens der Gesellschaft sehen sich viele Menschen mit Schizophrenie immer noch mit gesellschaftlicher Isolation, Vorurteilen und Diskriminierung konfrontiert. Dies macht es schwierig für sie, ein produktives Leben in der Gesellschaft zu führen. Diese Diskriminierung kann sie davon abhalten, Hilfe wegen ihrer Erkrankung zu suchen und kann sich auch negativ auf ihre

persönlichen Beziehungen und ihre Beschäftigung auswirken. Schizophrenie bedeutet eine große Belastung für Familien und Freunde, die einen Großteil der täglichen Betreuungsbelastung tragen. Für einige Betreuungspersonen ist die Last der Pflege so hoch, dass sie ihre Rolle nicht weiter ausfüllen können. Eine bessere Unterstützung ist an allen Fronten erforderlich. Einer Verbesserung der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie muss daher in der Gesundheitspolitik Priorität eingeräumt werden.

Erweiterung des Fokus auf Genesung

In den vergangenen vier Jahrzehnten haben sich die Bemühungen bezüglich Schizophrenie neben der Verbesserung von Symptomen immer stärker auf die Bedeutung einer Genesung als Ziel einer Therapie konzentriert. Dies führte zu einer breiten Akzeptanz, dass trotz des Vorhandenseins von Residualsymptomen ein gewisser Grad an Wiederherstellung der normalen Funktionsfähigkeit möglich ist, und dass einige Menschen mit Schizophrenie auch vollständig genesen können.⁹⁻¹¹

sinnvollen Leben in der Gesellschaft.⁹ Aus ihrer Sicht lässt sich Genesung als Prozess persönlichen Wachstums trotz des Vorhandenseins der psychischen Erkrankung sehen. Der Begriff der Genesung beinhaltet somit auch das Erreichen eines erfüllten und wertgeschätzten Lebens statt nur der alleinigen Beseitigung von Symptomen.¹²

Das Konzept der Genesung

Die Genesung von Schizophrenie wird unterschiedlich definiert. Klinisch wird sie häufig als Nichtvorhandensein von Symptomen und Erreichen einer normalen Funktionsfähigkeit beschrieben. Für einen Menschen mit Schizophrenie konzentriert sich die Definition einer Genesung auf den Fortschritt über die psychologischen Auswirkungen einer Schizophrenie hinaus, hin zu einem

Was kann getan werden?

- Die Tatsache anerkennen und unterstützen, dass viele Menschen mit Schizophrenie letztendlich ein produktives und erfülltes Leben in der Gesellschaft führen können.
- Als erstes Prinzip der Behandlungsempfehlungen immer die Genesung als Ziel setzen. Diese Empfehlungen sollten gemeinsam zwischen den Gesundheitsdienstleistern und Menschen mit Schizophrenie (oder ggf. deren Bevollmächtigten) vereinbart werden.

Aktuelle Ansätze in eine Schizophrenie-Behandlung integrieren

Die Behandlung einer Schizophrenie mit einem integrierten Ansatz (z.B. kombinierte medikamentöse und psychosoziale Therapien, zusammen mit einem Achten auf die physische Gesundheit) verbessert das

Ergebnis. Einem multidisziplinären Team aus Fachkräften des Gesundheitswesens, Sozialdienstleistern und anderen relevanten Stellen (z.B. Wohnungsbehörden) sollten auch immer Mediziner angehören.

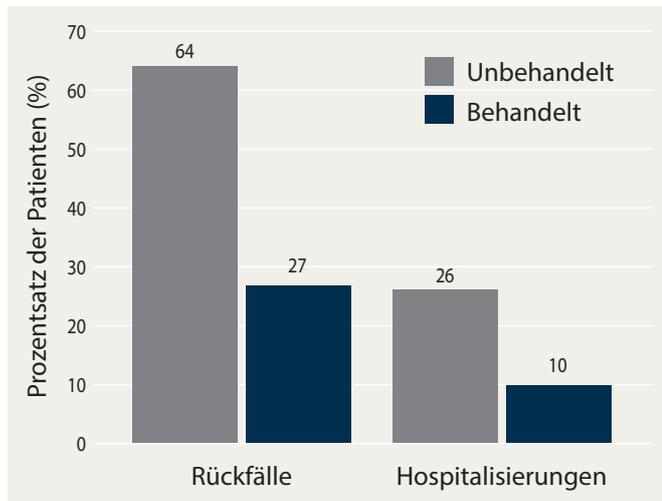


Abbildung 1. Eine Langzeitbehandlung mit Antipsychotika reduziert signifikant die Anzahl der Rückfälle (in den Monaten 7–12) und die Anzahl der Hospitalisierungen bei Patienten mit Schizophrenie, im Vergleich zu Placebo (Daten aus einer kombinierten Analyse von 65 klinischen Studien).¹⁵

Der medikamentöse Ansatz

Antipsychotika sind eine wirksame Behandlung bei akuten psychotischen Episoden und ersten schizophrenen Episoden oder Schizophrenie im Frühstadium.^{9,13} Durch eine sofortige Behandlung einer Psychose im Frühstadium kann verhindert werden, dass die Psychose lange Zeit unbehandelt bleibt.¹⁴ Eine Langzeitmedikation reduziert das Risiko von Rückfällen und Hospitalisierungen bei Menschen mit Schizophrenie um ungefähr 60% (Abbildung 1).¹⁵ Indem Rückfälle verhindert und Bewusstsein geschaffen wird, können Antipsychotika einen Zeitraum der Stabilität verschaffen und die Einführung von oder ein verbessertes Engagement gegenüber weiteren Therapien, wie z.B. psychosozialen Therapien, erleichtern.¹⁶

Verhaltenssymptome, wie z.B. Feindseligkeit und Aggression, begleiten häufig eine Schizophrenie, und es gibt Beweise, dass diese auf Antipsychotika ansprechen.¹³ Im Allgemeinen scheint eine gute Compliance mit der Behandlung mit niedrigen Aggressionsniveaus verbunden zu sein,^{13,17} und Menschen mit Schizophrenie, die die Behandlung einhalten und klinisch stabil sind, scheinen nicht gewalttätiger zu sein als die allgemeine Bevölkerung.¹⁷

Grenzen der aktuell verfügbaren Antipsychotika

Antipsychotika vermindern die positiven Symptome einer Schizophrenie (z.B. Wahnvorstellungen und Halluzinationen) und suizidales Verhalten,⁹ sie haben aber eine begrenzte Wirkung auf negative Symptome (z.B. Apathie und Antriebslosigkeit) und kognitive Beeinträchtigung.^{13,18,19} Dies ist von zentralem Interesse, da negative Symptome und kognitive Beeinträchtigung mit einer beeinträchtigten berufsbezogenen und sozialen Funktionsfähigkeit verbunden sind und ein signifikantes Hindernis für ein unabhängiges Leben darstellen.¹³ Derzeit werden neue Behandlungsansätze untersucht, die auf die Entwicklung neuer Arzneimittel abzielen, die bei negativen Symptomen und kognitiven Beeinträchtigungen wirksam sind.^{18,19}

Antipsychotika sind auch mit einer Reihe von Nebenwirkungen verbunden, die große Probleme verursachen und die Compliance mit der Behandlung und somit auch das Potential einer Genesung einschränken können. Einzelne Antipsychotika unterscheiden sich in ihren Nebenwirkungsprofilen. Zu den häufigsten Wirkungen gehören jedoch motorische Symptome sowie Stoffwechsel- und Hormonstörungen.

Die Herausforderung der Compliance

Die Compliance mit einer Antipsychotika-Medikation ist bei Menschen mit Schizophrenie häufig niedrig.²⁰ Die Hauptgründe hierfür sind in Tabelle 1 aufgeführt. Eine Nicht-Compliance ist häufig mit einem Rückfall verbunden,²¹ was häufig zu Hospitalisierung führt, auch wenn diese Assoziation möglicherweise darauf hinweist, dass eine Nicht-Compliance ein Symptom der Verschlimmerung der Erkrankung sein könnte. Darüber hinaus weisen Patienten ohne Compliance eher schlechte Langzeitfunktionsfähigkeit auf, sind eher gewalttätig,¹⁷ werden eher verhaftet²² oder unternehmen eher Suizidversuche²³ als Patienten mit Compliance. Interessanterweise kann die Mitgliedschaft in einer Patientenorganisation oder Selbsthilfegruppe einen positiven Einfluss auf die Compliance haben.²⁴

Behandlungsresistente Schizophrenie

Viele Patienten sprechen nur teilweise auf eine Behandlung an; auch wenn eine Remission erreicht

Tabelle 1. Hauptgründe für eine geringe Compliance bezüglich Antipsychotika.

- Unzulängliche Informationen über die Erkrankung und ihre Behandlung
- Mangelnde Verbesserung der psychotischen Symptome
- Störende Nebenwirkungen (die nachlassen können, wenn der Patient die Medikation absetzt)
- Mangelndes Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Behandlung
- Finanzielle Probleme (insbesondere in Ländern in einer Wirtschaftskrise)
- Komplexität der Behandlungspläne¹³
- Angst vor Diskriminierung
- Schlechte Beziehung zwischen Arzt und Patient
- Mangelnde Unterstützung von Betreuungspersonen

wird, sind nur wenige Patienten vollständig frei von Symptomen.^{18,25} Darüber hinaus zeigt ein Drittel der Menschen mit Schizophrenie ein schlechtes Ansprechen auf Antipsychotika, und einige können eine behandlungsresistente Schizophrenie entwickeln.¹³

In diesen Fällen können sich die Symptome verbessern, erfordern aber Behandlung und Beobachtung durch Spezialisten,²⁶ und rechtzeitige Interventionen können dabei helfen, eine längere Behandlung mit unwirksamen Arzneimitteln zu vermeiden.

Was kann getan werden?

- Compliance verstärken, indem die Gründe eines Patienten für eine Nicht-Compliance verstanden werden. Dazu ist dieser an den Behandlungsentscheidungen zu beteiligen.
- Sich zu den Prinzipien einer guten Verschreibungspraxis verpflichten, wann immer möglich Polypharmazie und die Verabreichung übermäßiger Dosierungen vermeiden und in einer frühen Phase bei Patienten, die dies benötigen, angemessene alternative Behandlungsmaßnahmen berücksichtigen.
- Eine individuelle Therapie unterstützen, wobei die Behandlung auf der Wahl und den Präferenzen des Patienten basiert.
- Patienten sorgfältig auf Nebenwirkungen beobachten und ggf. eingreifen.
- Mit Betreuungspersonen zusammenarbeiten und Patienten über Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen informieren und aufklären, um Compliance zu unterstützen und Rückfälle zu verhindern.

Psychosoziale Therapien und Schizophrenie

Psychosoziale Therapien sind ein wichtiger Bestandteil der Behandlung einer Schizophrenie (Tabelle 2). Sie verbessern die Funktionsfähigkeit der Patienten in der Gesellschaft, was zu klinischen Verbesserungen führen kann.²⁷ Die Evidenzbasis für einige Psychotherapien ist so stark, dass vieles dafür spricht, diese vor anderen möglichen Therapien auszuprobieren. Diese Therapien können das

Wohlbefinden und die Lebensqualität der Patienten beträchtlich verbessern und sollten allen Menschen mit Schizophrenie zur Verfügung stehen. Zudem können Menschen, die von Schizophrenie betroffen sind, als Patienten oder als Betreuungspersonen, wirksame und berede Einblicke in die Erkrankung bieten. Somit nehmen Interventionen Gleichbetroffener einen wichtigen Platz in der Schizophreniebehandlung ein, und dieser Ansatz wird in den USA und Großbritannien aktiv gefördert.^{6,28}

Tabelle 2. Potentielle Nutzen von psychosozialen Therapien.^{12,29-37}

Intervention	Potentielle Nutzen
Assertive community treatment	Verminderung der Rate der Obdachlosigkeit und Länge der Krankenhausaufenthalte bei Patienten, die Dienste häufig nutzen (jedoch begrenzte Auswirkung auf soziale Funktionsfähigkeit und Beschäftigung)
Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen	Vermindert positive und negative Symptome und affektive Störungen und verbessert die soziale Funktionsfähigkeit
Intervention bei ersten Episoden einer Psychose	Verbesserung der Lebensqualität, der sozialen Funktionsfähigkeit und der Compliance
Kognitive Remediation	Verbesserung der Kognition und psychosozialen Funktionsfähigkeit
Familien-Psychoedukation	Einige Verbesserungen der sozialen Funktionsfähigkeit und Befähigung; ^{12,32} Familienangehörige berichten auch über reduzierten Stress und verbesserte familiäre Beziehungen
Peer Support und Selbstmanagement-Schulung für die Erkrankung	Verbesserung der Befähigung und Fähigkeit mit der Krankheit umzugehen; verbesserte Symptome, mehr Hoffnung und Lebensqualität
Schulung in sozialen Kompetenzen	Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit und Verringerung der Rückfallraten
Unterstützte Beschäftigung	Mehr kompetitive Beschäftigung und weniger Hospitalisierungen; mehr Arbeitsstunden und Lohn, höheres Selbstwertgefühl und bessere Lebensqualität
Integrierte Behandlung bei koexistierendem Drogenmissbrauch	Verringerung von Drogenkonsum und Verhaftungen; verbesserte Funktionsfähigkeit

Grenzen der psychosozialen Therapien

Psychosoziale Therapien sind möglicherweise nur dann geeignet, wenn die Symptome gut kontrolliert sind und die Patienten Einsicht in ihre Erkrankung und den Behandlungsbedarf haben. Die Patientenwahl kann zum Beispiel für ein erfolgreiches Ergebnis von Bedeutung sein: Hochmotivierte Patienten sprechen im Allgemeinen besser auf kognitive Remediation an als weniger motivierte Patienten.³⁸ Des Weiteren

kann sich bei einigen Patienten, wenn sie nicht mit Antipsychotika behandelt werden, der Zustand verschlimmern, wenn sie durch psychosoziale Interventionen gestresst werden.³⁹ Die Kosten einiger Therapien können auch in Ländern, in denen diese Therapien nicht direkt über das öffentliche Gesundheitssystem angeboten werden, diese unerschwinglich machen.

Was kann getan werden?

- Eine starke therapeutische Allianz mit Patienten und deren Familien aufbauen, und sicherstellen, dass Empfehlungen zu Behandlungszielen und -strategien infolge dieser Allianzen befolgt werden.
- Genesene Patienten dazu ermutigen, ihre Erfahrungen mit anderen zu teilen und als Vorbilder für Patienten in Behandlung zu fungieren und diesen Patienten während dieses Prozesses die entsprechende Unterstützung zuteil werden lassen.
- Den Einsatz psychosozialer Therapien früher im Verlauf der Erkrankung in Erwägung ziehen.

Behandlung koexistenter physischer Erkrankungen

Die Schizophrenie ist mit einer hohen Rate an physischen Erkrankungen verbunden: Im Durchschnitt sterben Menschen mit Schizophrenie 15–20 Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung.^{40–42} Diese Last ist Folge einer Reihe von Faktoren, einschließlich:

- einer hohen Häufigkeit von ungünstigem Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen, Alkohol-, Drogenmissbrauch)
- Unterdiagnose einer physischen Erkrankung⁴³
- weniger Zugang zur Gesundheitsversorgung als die allgemeine Bevölkerung (auch wenn Behandlung bereitgestellt wird, geschieht dies oft zu spät und ist von schlechter Qualität)^{41,44}
- Nebenwirkungen der Medikation
- höheres Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen

- Selbstmord
- Selbststigmatisierung (Menschen mit Schizophrenie suchen nur zögerlich einen Arzt auf, da sie Vorurteile und Diskriminierung fürchten)
- Vernachlässigung seiner selbst oder unzureichende Selbstpflege infolge einer Schizophrenie.

In manchen Fällen wird der Behandlung einer physischen Erkrankung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt.⁴¹ In den vergangenen Jahren waren Verbesserungen zu beobachten, die zu einer besseren Koordination der Gesundheitsdienste führten, wobei Hausärzte eine immer größere Rolle spielen. Auch werden Betreuungspersonen immer mehr in das Monitoring des Wohlbefindens von Menschen mit Schizophrenie einbezogen, und bilden eine ‚therapeutische Allianz‘ mit Fachkräften des Gesundheitswesens.

Was kann getan werden?

- Auf die physische Gesundheit von Patienten mit Schizophrenie achten. Die Gesundheit des Patienten aktiv beobachten und Risikofaktoren entsprechend einschätzen.
- Gezielte Interventionen anbieten, damit alle Menschen mit Schizophrenie Rauchen und Drogenmissbrauch einstellen können. Interventionen bezüglich Alkohol- und Drogenmissbrauch sollten ein fester Bestandteil der psychischen Gesundheitsversorgung für Menschen mit Schizophrenie sein.
- Sicherstellen, dass Menschen mit Schizophrenie nicht davon abgehalten werden, eine angemessene Behandlung für ihre körperliche Gesundheit in Anspruch zu nehmen bzw. zu erhalten.

Schaffung eines unterstützenden Umfelds, das Genesung fördert

Ein besseres Umfeld führt zu besserer Symptomkontrolle und Funktionsfähigkeit

Die Schaffung eines unterstützenden Umfelds, in dem Menschen mit Schizophrenie auf eine Genesung hinarbeiten können, ist ein wichtiger Bestandteil der Schizophreniebehandlung. Das Finden und Behalten eines Arbeitsplatzes, die Fähigkeit, persönliche Finanzen selbst verwalten zu können, und der Aufbau und der Erhalt guter zwischenmenschlicher Beziehungen sind wichtige Bedürfnisse für Menschen mit Schizophrenie; die soziale Funktionsfähigkeit

verbessert sich häufig, wenn diese Bedürfnisse thematisiert werden.⁴⁵ Menschen mit Schizophrenie sehen sich jedoch häufig mit Vorurteilen und Diskriminierung konfrontiert, wenn sie Arbeit oder Ausbildungsplätze suchen oder versuchen, enge Beziehungen einzugehen.⁴⁶ Diesen negativen Einstellungen gegenüber Schizophrenie kann wirksam mit Aufklärungskampagnen für die allgemeine Öffentlichkeit entgegen getreten werden.⁴⁷ Aufklärungskampagnen sollten kontinuierlich geführt werden; einzelne Kampagnen scheinen eine begrenzte Wirkung zu haben.⁴⁸

Eine schlechte gesellschaftliche Perspektive

In der heutigen Gesellschaft ist es nicht akzeptabel, dass Patienten mit Schizophrenie eine 6–7-fache höhere Arbeitslosenrate aufweisen als die allgemeine Bevölkerung, und dass nur 10–20% im ersten Arbeitsmarkt beschäftigt sind.^{12,49} Ansätze für unterstützte Beschäftigung sind wirksam und sollten gefördert werden, und es sind bessere Mechanismen erforderlich, um Menschen durch die Sozial- und Beschäftigungssysteme zu begleiten. Auch leidet ein Drittel der Obdachlosen in den USA unter Schizophrenie und 15% der Menschen mit Schizophrenie in Europa waren schon einmal obdachlos.⁵⁰ Dies stellt ein Haupthindernis für eine Genesung dar. Kontakt mit dem

Bericht aus erster Hand

„[Mein Psychiater] hat mir geduldig zugehört, hat mir die richtige Medikamentendosis verschrieben und mir nach 6 Monaten die Diagnose Schizophrenie gestellt. Er erklärte mir meine Erkrankung und gab mir Literatur zu lesen, damit ich die Erkrankung verstehen konnte. Ich erinnere mich daran, dass ich mit meiner Mutter im Wohnzimmer saß und stundenlang alles, was ich bekommen konnte, gelesen habe.“

Aus: Scotti P. *Schizophr Bull* 2009;35:844–6.⁵¹

Strafjustizsystem ist auch häufig zu beobachten, kann aber durch frühe Interventionen hoher Qualität verhindert werden.³⁵ Es muss noch mehr getan werden, damit eine Schizophrenie früher erkannt und die Behandlung so schnell wie möglich aufgenommen werden kann, damit diese sozialen Folgen reduziert werden können.

Informieren und inspirieren

Für Menschen mit Schizophrenie fehlt es häufig an Informationen über die verfügbare Unterstützung für Beschäftigung, Wohnung und andere Probleme. Interessensgruppen, ‘Selbsthilfe’-Gruppen Gleichbetroffener und Freiwilligengruppen, die mit ihren Peers, die psychisch erkrankt sind, arbeiten, können wertvolle Aufklärung und Rat für einzelne Probleme bieten. Gruppen wie die Nationaler Verband für psychische Erkrankungen (NAMI), die Europäische Föderation von Organisationen der Angehörigen psychisch Kranker (EUFAMI) und die Globale Allianz von psychischen Erkrankungen Netzwerke von Interessengruppen (GAMIAN) haben einen immer wichtigeren Einfluss auf die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie. Sie sprechen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, bieten Informationen und Aufklärung, Kampagnen gegen Stigmatisierung und Diskriminierung, und vieles mehr.

Was kann getan werden?

- So früh wie möglich intervenieren, wenn Menschen erste Anzeichen und Symptome einer Schizophrenie zeigen.
- Patienten über Interessensgruppen und Gruppen Gleichbetroffener informieren, die den Genesungsprozess unterstützen und wertvollen Rat und Unterstützung bieten können.
- Mit politischen Entscheidungsträgern und anderen relevanten Interessensvertretern zusammenarbeiten und den Ansatz fördern, dass ein unterstützendes Umfeld für eine Genesung von Menschen mit Schizophrenie unerlässlich ist, wie auch den Einsatz kosteneffizienter Maßnahmen, um dies zu erreichen, unterstützen.
- Mit anderen Interessensvertretern zusammen arbeiten, um eine wirksame Psychoedukation und öffentliche Aufklärungsprogramme für entsprechende Zielgruppen und entsprechende Umsetzung sicherzustellen, und um sicherzustellen, dass Angebote durch Gleichbetroffene adäquat unterstützt und all denen zugänglich gemacht werden, die von diesen profitieren könnten.
- Sicherstellen, dass die Bedürfnisse von Menschen mit Schizophrenie aus ethnischen Minderheiten identifiziert und entsprechend ihrer Kultur behandelt werden.

Schlussfolgerungen

- **Ein besseres Leben für Menschen mit Schizophrenie:** Dieses Ziel kann erreicht werden! Wir haben es in den vergangenen Jahren bezüglich dieses Ziels weit gebracht, es kann (und muss) aber noch viel getan werden. Eine erfolgreiche Behandlung erfordert einen **integrierten Team-Ansatz** mit Psychiatern, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, Sozialdienstleistern und anderen externen Stellen. Dies beinhaltet auch eine Zusammenarbeit mit Menschen mit Schizophrenie, deren Familien und anderen Bezugsquellen für Unterstützung. Für private Gesundheitssysteme erfordert ein solcher Team-Ansatz eine sorgfältige Koordinierung der Erstattungsmechanismen, um eine qualitativ hochwertige Behandlung zu unterstützen.
- Eine zweite Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist eine **angemessene Finanzierung** – mindestens gleich der für andere Erkrankungen wie Krebs und Herzerkrankungen – für Forschung, Behandlung, Angebote und Ausbildung künftiger Fachkräfte für psychische Erkrankungen. Aktuell unterscheidet sich der Grad, zu dem potentiell wirksame psychosoziale Therapien vom öffentlichen Gesundheitssystem finanziert werden, je nach Land. Viele Patienten erhalten so keine Behandlung. Auch ist mehr Unterstützung für unabhängige Studien zu potentiell nutzbringenden Interventionen erforderlich.
- Die Umsetzung der zu Beginn und in diesem Bericht dargelegten Empfehlungen erfordert das **Engagement jedes einzelnen Interessensvertreters**. Mit dem Engagement aller kann eine Veränderung bewirkt werden.

Literaturhinweise

1. United Nations. Erhältlich unter: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (Abgerufen 30. August 2013).
2. World Health Organization. Erhältlich unter: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf (Abgerufen 30. August 2013).
3. Murray CJL, Lopez AD. Burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. World Health Organization. Erhältlich unter: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ (Abgerufen 30. August 2013).
5. Harding CM et al. *Am J Psychiatry* 1987;144:727–35.
6. Bellack AS. *Schizophr Bull* 2006;32:432–42.
7. Gustavsson A et al. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:718–79.
8. Wu EQ et al. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1122–9.
9. Lieberman JA et al. *Psychiatr Serv* 2008;59:487–96.
10. Warner R. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374–80.
11. Hopper K et al. Recovery from schizophrenia. An international perspective. A report from the WHO collaborative project, The International Study of Schizophrenia. Oxford: Oxford University Press, 2007.
12. Mueser KT et al. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:465–97.
13. Barnes TR. *J Psychopharmacol* 2011;25:567–620.
14. Barnes TR et al. *Br J Psychiatry* 2008;193:203–9.
15. Leucht S et al. *Cochrane Database Syst Rev (Online)* 2012;5:CD008016.
16. Kern RS et al. *Schizophr Bull* 2009;35:347–61.
17. Arango C et al. *Eur Psychiatry* 2006;21:34–40.
18. Miyamoto S et al. *Mol Psychiatry* 2012;17:1206–27.
19. Goff DC et al. *Pharmacol Biochem Behav* 2011;99:245–53.
20. Lieberman JA et al. *N Engl J Med* 2005;353:1209–23.
21. Weiden PJ. *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 14:14–19.
22. Ascher-Svanum H et al. *J Clin Psychiatry* 2006;67:453–60.
23. Leucht S, Heres S. *J Clin Psychiatry* 2006;67 Suppl 5:3–8.
24. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe. Erhältlich unter: www.gamian.eu (Abgerufen 30. August 2013).
25. Remington G et al. *CNS Drugs* 2010;24:9–20.
26. Mortimer AM et al. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2010;4:49–55.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence. Erhältlich unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf> (Abgerufen 30. August 2013).
28. Ahmed AO et al. *Psychiatr Clin North Am* 2012;35:699–715.
29. Aagaard J, Muller-Nielsen K. *Nord J Psychiatry* 2011;65:299–305.
30. van Vugt MD et al. *Can J Psychiatry* 2011;56:154–60.
31. Wykes T et al. *Schizophr Bull* 2008;34:523–37.
32. Dixon LB et al. *Schizophr Bull* 2010;36:48–70.
33. Cook JA et al. *Schizophr Bull* 2012;38:881–91.
34. Kurtz MM, Mueser KT. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:491–504.
35. Andrew A et al. Erhältlich unter: <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSE-economic-report-FINAL-12-Nov.pdf> (Abgerufen 30. August 2013).
36. Knapp M et al. *World Psychiatry* 2013;12:60–8.
37. Fleischhacker W, Stolerman I. Encyclopedia of schizophrenia: focus on management options. London: Springer, 2011.
38. Medalia A, Richardson R. *Schizophr Bull* 2005;31:942–53.
39. Hogarty GE et al. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:603–8.
40. Tiihonen J et al. *Lancet* 2009;374:620–7.
41. Thornicroft G. *Br J Psychiatry* 2011;199:441–2.
42. Laursen TM. *Schizophr Res* 2011;131:101–4.
43. Crump C et al. *Am J Psychiatry* 2013;170:324–33.
44. The Schizophrenia Commission. Erhältlich unter: <http://www.schizophreniacommission.org.uk/the-report/> (Abgerufen 30. August 2013).
45. Tyrer P, Bajaj P. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11:232–8.
46. Thornicroft G et al. *Lancet* 2009;373:408–15.
47. Leff JP, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press, 2006.
48. Stuart HL et al. Paradigms lost: fighting stigma and the lessons learned. Oxford: Oxford University Press, 2012.
49. Organisation for Economic Co-operation and Development. Erhältlich unter: <http://www.oecd.org/health/theoecdmentalhealthandworkproject.htm> (Abgerufen 30. August 2013).
50. Bebbington PE et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:707–17.
51. Scotti P. *Schizophr Bull* 2009;35:844–6.

Danksagung

Oxford Pharmagenesis™ Ltd, UK, und Oxford PharmaGenesis™ Inc., USA, stellten Unterstützung für die Erstellung des Manuskripts und Redaktion bereit.

Die Veröffentlichung dieser Empfehlungen wurde durch Forschungsmittel von F. Hoffmann-La Roche finanziert. F. Hoffmann-La Roche hatte keinen redaktionellen Einfluss auf den Inhalt.

© Oxford PharmaGenesis™ Ltd 2014

Überarbeitete Auflage: ursprünglich veröffentlicht 2013

Die in dieser Veröffentlichung zum Ausdruck gebrachten Ansichten spiegeln nicht zwangsläufig die des Sponsors oder Verlags wider.

Alle Rechte vorbehalten. Außer wenn durch geltende Urheberrechtsgesetze gestattet, darf ohne die vorherige schriftliche Zustimmung des Urheberrechtinhabers diese Veröffentlichung weder ganz noch in Auszügen reproduziert, in einem Abfragesystem gespeichert noch in irgendeiner Form elektronisch, mechanisch, durch Fotokopie, Aufzeichnung oder anderweitig übertragen werden. Alle unerlaubten Handlungen bezüglich dieser Veröffentlichung können zivil – oder strafrechtliche Klagen nach sich ziehen.

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE

Schizophrenie – Empfehlungen zu einer innovativen Versorgungs- und Forschungsstrategie

Empfehlungen für die Angehörigen der relevanten Gesundheitsberufe