

Früherkennung und Frühintervention bei schizophrenen Erkrankungen



Dr. Marcus Sievers

Epidemiologische Studien zeigen, dass die Schizophrenie in allen Ländern und Kulturräumen mit vergleichbarer Häufigkeit und Symptomatik auftritt. Die Inzidenz der Erkrankung scheint in den letzten 130 Jahren keine Zunahme erfahren zu haben. Die Prävalenz der Schizophrenie schwankt studienabhängig zwischen 0,2 % und 2 %.

Die Punktprävalenz beträgt weltweit 1,4 bis 4,6 ‰, die Lebenszeitprävalenz ca. 1 %, und die Jahresinzidenz 0,1 bis 0,2 ‰. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erkranken in Deutschland rund 800 000 Menschen mindestens einmal im Leben an einer schizophrenen Erkrankung. Die WHO stuft die Schizophrenie weltweit als eine der teuersten Krankheiten ein. Die Gründe für die hohen direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie liegen in ihrer Häufigkeit, Chronizität und Beeinträchtigung der Fähigkeit zu einem selbstständigen Leben der betroffenen Menschen. Zahlreiche Studienergebnisse der letzten Dekade deuten an, dass die Gründe für diese trotz verbesserter therapeutischer Strategien nach wie vor häufig anzutreffenden ungünstigen Verlaufsentwicklungen schon in den ganz frühen Stadien der Erkrankung festgelegt werden. Diesbezüglich ist ein gesundheitspolitisch alarmierender Befund vieler neuerer Studien mit ersterkrankten schizophrenen Patienten, dass extrem lange Zeiträume vergehen, bis Patienten, die bereits manifest psychotisch erkrankt sind – also unter Halluzinationen, Wahnvorstellungen usw. leiden –, von den Gesundheitssystemen als krank erkannt werden und danach einer adäquaten Therapie zugeführt werden.

Neben dem prinzipiell vermeidbaren Leiden, dem die Patienten, aber auch deren Angehörige in diesen Zeiträumen ausgesetzt sind, ist dieses Ergebnis auch deswegen alarmierend,

da offenbar ein Zusammenhang zwischen der Länge der unbehandelten psychotischen Symptomatik und den aus der Erkrankung erwachsenden gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden besteht: Je länger die psychotische Symptomatik der Patienten nicht behandelt wird, desto ungünstiger ist ihr Ansprechen auf die Therapie und umso ungünstiger ist ihr weiterer Krankheitsverlauf und Ausgang hinsichtlich ganz unterschiedlicher Verlaufsdimensionen (Übersicht in Bottlender und Möller, Curr. Opinion in Psychiatry, 2003).

Vor dem Hintergrund dieser neueren Erkenntnisse wurden von Australien und dem skandinavischen Sprachraum ausgehend in der vergangenen Dekade weltweit Zentren

zur Früherkennung psychotischer Erkrankungen in die medizinischen Versorgungssysteme integriert. In Deutschland wurde das erste Früherkennungszentrum an der Psychiatrischen Klinik der Universität Köln 1997 ins Leben gerufen. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes Schizophrenie kamen seit Anfang 2000 drei weitere Früherkennungszentren in den psychiatrischen Universitätskliniken Bonn, Düsseldorf und München hinzu.

Ziel der Früherkennung ist es einerseits, Patienten, die bereits manifest erkrankt sind, durch Aufklärung der Öffentlichkeit und von Fachkreisen schneller zu identifizieren und dann auch zu behandeln. Dieses Ziel kann im

1. Sie sind schweigsamer geworden und ziehen sich lieber in Ihre eigenen vier Wände zurück, als mit anderen etwas zu unternehmen.
2. Sie sind eher unsicher oder schüchtern anderen gegenüber.
3. Ihre Stimmung war über Wochen hinweg eher bedrückt, traurig oder verzweifelt.
4. Sie schlafen schlechter als gewöhnlich – zum Beispiel haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen oder wachen früher auf als sonst. Oder Sie essen mit mehr oder weniger Appetit als normalerweise.
5. Ihre Bewegungen, Ihr Denken und Sprechen sind merklich langsamer geworden.
6. Ihre Ausdauer und Motivation in Schule, Ausbildung oder Arbeit und bei Freizeitunternehmungen hat auffällig nachgelassen.
7. Sie achten weniger als früher auf Ihre persönlichen Bedürfnisse oder Ihre Gesundheit, Ernährung, Körperhygiene, Kleidung, Ordnung im persönlichen Wohnbereich.
8. Sie sind häufig nervös, unruhig oder angespannt.
9. Sie haben im Vergleich zu früher häufiger Streit und Diskussionen mit Angehörigen, Freunden oder anderen Personen.
10. Ihre Gedanken geraten in Ihrem Kopf manchmal durcheinander.
11. Sie haben häufiger als früher den Eindruck, dass andere Sie hereinlegen, betrügen oder ausnutzen wollen.
12. Sie haben zunehmend den Eindruck, dass bestimmte Vorkommnisse im Alltag (zum Beispiel Hinweise und Botschaften aus Ihrer Umwelt) mit Ihnen persönlich zu tun haben oder nur für Sie bestimmt sind.
13. Ihre gewohnte Umgebung kommt Ihnen manchmal unwirklich oder fremdartig vor (zum Beispiel besonders eindrucksvoll, ergreifend, bedrohlich).
14. Sie nehmen Geräusche oder Farben in Ihrer Umwelt ungewohnt intensiv oder deutlich wahr. Manchmal erscheinen Ihnen Dinge oder Menschen äußerlich, zum Beispiel in ihrer Form oder Größe, verändert.
15. Ihre Gedanken werden manchmal plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört.
16. Sie fühlen sich phasenweise ganz besonders beobachtet, verfolgt oder durch etwas bedroht.
17. Sie sehen, hören, schmecken oder riechen manchmal Dinge, die andere überhaupt nicht bemerken können.

Tabelle 1: Checkliste

Treffen mindestens drei der Aussagen 1 bis 13 für die letzten sechs Monate zu? Oder trifft mindestens eine der Aussagen 14 bis 17 für irgendeinen Zeitraum des Lebens zu? Falls ja, so sollte Kontakt zu einem Früherkennungs- und Therapiezentrum aufgenommen werden.

Sinne einer Sekundärprävention verstanden werden. Darüber hinausgehend sollen aber auch Patienten, die sich noch in der Prodromalphase, also vor der ersten psychotischen Episode befinden, in den Früherkennungszentren umfangreich untersucht werden, um eine individuelle Risikoabschätzung für die Entwicklung einer manifesten Psychose vorzunehmen. Abhängig vom Grad dieses Risikos werden verschiedene präventive therapeutische Maßnahmen eingeleitet, die den Ausbruch der Erkrankung verhindern sollen.

Das Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychotische Krisen in München, kurz FETZ München, existiert seit Anfang 2001. Menschen, die sich im FETZ München vorstellen, werden von einem multiprofessionellen Team untersucht und gegebenenfalls behandelt. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prodromalphase einer schizophrenen Erkrank-

kung, wofür Patienten und Ärzte erste Anhaltspunkte nach dem Durchgehen einer Checkliste (siehe Tabelle 1) erhalten können, erfolgt im FETZ München zunächst eine ausführliche allgemeinspsychiatrische Untersuchung und anschließend eine spezifischere psychopathologische Diagnostik mit einem eigens für die Früherkennung entwickelten Früherkennungsinventar. Sollte sich der Verdacht auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Psychose verdichten, werden weitere diagnostische Schritte (MRT, Neuropsychologische Untersuchung usw.) durchgeführt und auch weitere therapeutische Schritte vorgeschlagen.

Diesbezüglich wurden aus klinischen und empirisch basierten, insbesondere aber auch aus ethischen Gesichtspunkten zwei Risikoprofile definiert (siehe Tabelle 2). Für ein frühes Prodromalstadium sprechen in Vorstu-

Psychoseferne Prodromalsymptome:

Mindestens eines der folgenden zehn Symptome:

- Gedankeninterferenz
- Zwangähnliches Perseverieren bestimmter Bewusstseinsinhalte
- Gedankendrängen, Gedankenjagen
- Gedankenblockierung
- Störung der rezeptiven Sprache
- Störung der Diskriminierung von Vorstellungen und Wahrnehmungen
- Eigenbeziehungstendenz („Subjektzentrismus“)
- Derealisation
- Optische Wahrnehmungsstörungen
- Akustische Wahrnehmungsstörungen

Mehrfaches Auftreten über einen Zeitraum von mindestens einer Woche

Psychischer Funktionsverlust und Risikofaktoren:

1. Reduktion des GAF-M-Scores (Global Assessment of Functioning gemäß DSM-IV) um mindestens 30 Punkte über mindestens einen Monat
plus
2. Mindestens ein erstgradiger Angehöriger mit Lebenszeitdiagnose einer Schizophrenie oder prä- und perinatale Komplikationen*



Psychologische Frühintervention mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung

* zum Beispiel Infektionen, Blutgruppenunverträglichkeiten, Frühgeburt oder Übertragung, Nabelschnurvorfälle/Umschlingung, Asphyxie oder Ähnliches.

Psychosenahe Prodromalsymptome, Attenuierte psychotische Symptome:

Mindestens eines der folgenden fünf Symptome:

- Beziehungsideen
- Eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken
- Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse
- Eigenartige Denk- und Sprechweise
- Paranoide Ideen

Mehrfaches Auftreten über einen Zeitraum von mindestens einer Woche

Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS):

1. Dauer der BLIPS weniger als sieben Tage und nicht häufiger als zweimal pro Woche in einem Monat
2. Spontane Remission
3. Mindestens eines der folgenden Symptome:
 - Halluzinationen
 - Wahn
 - Formale Denkstörung



Pharmakologische Intervention mit niedrig dosiertem atypischen Neuroleptikum



Und was machen Sie in Ihrer Freizeit?

Privatärztliche Abrechnung?

Das erledigen wir für Sie!

- ◆ Individuelle Betreuung
- ◆ Vorfinanzierung
- ◆ 3 Monate Null-Risiko-Test
- ◆ Spezialisten für jede Fachrichtung
- ◆ 24 Jahre Abrechnungserfahrung
- ◆ Erstklassige Referenzen



Medas GmbH
 Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und medizinische Abrechnungen
 Messerschmittstraße 4
 80992 München
 www.medas.de

Fordern Sie einfach unsere Unterlagen an!



089 14310-108

Fax 089 14310-200
 info@medas.de

Tabelle 2

dien als prädiktiv gefundene Prodromalsymptome oder ein Leistungseinbruch bei vorhandenem genetischem oder perinatalem Risiko. Diesen Patienten wird eine psychologische Frühintervention mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung empfohlen.

Für ein spätes Prodromalstadium sprechen psychosenahe Symptome wie zum Beispiel kurzdauernde spontan remittierende psychotische Symptome (zum Beispiel kurzes halluzinatorisches Erleben, welches ohne Therapie wieder verschwindet usw.) oder abgeschwächte so genannte attenuierte psychotische Symptome (magisches Denken, Eigenbezugstendenzen usw.). Bei diesen Patienten, bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklungen des Vollbildes eines paranoid-halluzinatorischen Syndroms besteht, wird eine niedrigdosierte pharmakologische Intervention mit einem atypischen Neuroleptikum empfohlen.

Die Erfolgsaussichten der Früherkennung und Intervention sind insgesamt als hoffnungsvoll zu beurteilen. Erste Ergebnisse aus Australien und Norwegen zeigen, dass durch die Früherkennungsaktivitäten der Zeitraum,

den psychotisch erkrankte Patienten benötigen, bis sie adäquat behandelt werden, dramatisch verkürzt werden kann und dass eine Intervention in der prodromalen Phase das Risiko der Entwicklung des Vollbildes der Schizophrenie signifikant erniedrigen kann (McGorry et al. 1998). Über die Langzeitwirkungen der Früherkennung und Frühintervention liegen bislang noch keine prospektiv erhobenen Daten vor.

Da sich in einigen Untersuchungen jedoch gezeigt hat, dass die Dauer der unbehandelten Psychose auch ungünstige Auswirkungen auf den Langzeitoutcome der Schizophrenie hat, ist die Hoffnung durchaus begründet, durch ein frühzeitigeres Erkennen und Therapieren auch langfristige positive Effekte für Menschen, die schizophoren erkrankt sind oder die ein deutlich erhöhtes Risiko für diese Erkrankung aufweisen, erzielen zu können.

Ein weiteres wichtiges Ziel der Früherkennungsaktivitäten im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie ist überdies, die Vorhersagbarkeit und Risikoabschätzung der Entwicklung einer Schizophrenie durch pro-

spektiv erhobene Befunde weiter zu optimieren, um darauf aufbauend ein auch für die psychiatrische Routinediagnostik praktikables und empirisch ausreichend validiertes Früherkennungsinstrumentarium anbieten zu können.

Weitere Informationen und Materialien zur Früherkennung und Frühintervention bei schizophoren Erkrankungen erhalten Sie direkt unter der unten angegebenen Kontaktadresse oder über unsere Homepage (<http://psywifo.klinikum.uni-muenchen.de/fetz/>).

Autoren: Dr. Marcus Sievers, Dr. Ronald Bottlender, Petra Decker, Psych. MA, Dipl. Psych. Andreas Schröter und Professor Dr. Hans-Jürgen Möller (Direktor), alle Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

Kontaktadresse:

Dr. Marcus Sievers, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München, Nußbaumstraße 7, 80336 München

Fortbildung

Freiwilliges Fortbildungszertifikat

Der 53. Bayerische Ärztetag hat im Oktober 2000 die Einführung eines Fortbildungszertifikates auf freiwilliger Basis zum 1. Januar 2001 beschlossen.

Ärztinnen und Ärzte können auf Antrag das Fortbildungszertifikat erhalten, wenn sie bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) gemeldet sind und innerhalb von drei Jahren 150 Fortbildungspunkte erworben sowie dokumentiert haben.

30 dieser Punkte können durch Selbststudium, weitere maximal 30 Punkte durch die strukturierte, interaktive Fortbildung (zum Beispiel durch die Beantwortung des Fragebogens in diesem Heft) gesammelt werden.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.blaek.de.

Alle Fragen beziehen sich auf den vorausgehenden Artikel „Früherkennung und Frühintervention bei schizophoren Erkrankungen“ von Dr. Marcus Sievers.

Unleserliche Fragebögen können nicht berücksichtigt werden. Grundsätzlich ist nur eine Antwort pro Frage richtig. Die richtigen Antworten erscheinen in der Juni-Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes*.

1. Füllen Sie das Fragen-Antwortfeld aus.
2. Schicken Sie den Fragebogen zusammen mit einem frankierten Rückumschlag an: Bayerische Landesärztekammer, Redaktion Bayerisches Ärzteblatt, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, oder faxen Sie ihn an die Nr. 089 4147-202
3. Wenn Sie mindestens sechs der zehn Fragen richtig beantwortet haben, wird Ihnen der Fragebogen mit der Bestätigung eines Fortbildungspunktes zurückgeschickt bzw. zurückgefaxt (Rücksendung erfolgt erst nach Einsendeschluss).

Einsendeschluss ist der 1. Juni 2004.