



dgsgb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Michael Seidel
(Hrsg.)**

**Psychopharmaka bei Menschen mit
geistiger Behinderung
- Erfüllte und unerfüllte Versprechen -**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am
12.11.2010 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 24**

Berlin 2011

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-25-7

® 2011 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2011

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung - Erfüllte und unerfüllte Versprechen -

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 12.11.2011 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Michael Seidel Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung - Ein kritischer Problemaufriss	4
Manfred Koniarczyk Die neuen Psychopharmaka und ihr Nutzen bei Problemverhalten – Eine Übersicht	23
Klaus Hennicke Anforderungen an eine fachlich und ethisch verantwortliche Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung	36
Ralf Francois Rechtliche Aspekte der Behandlung mit Psychopharmaka	52
Autoren	61

Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung Ein kritischer Problemaufriss

Michael Seidel

Einleitung

Nicht das erste Mal befasst sich die DGSGB mit dem Thema Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Schon vor fast 10 Jahren fand unter Leitung von Manfred Koniarczyk und Klaus Hennicke eine DGSGB-Arbeitstagung „Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung – eine kritische Standortbestimmung“ statt. In der Zwischenzeit sind nicht nur weitere fachliche Erkenntnisse hinzugekommen, sondern es hat in der Fachwelt auch immer wieder Kritik an der Häufigkeit der Verordnung von Psychopharmaka, in den letzten Jahren ins besondere der teuren neueren Antidepressiva und Neuroleptika gegeben. Dabei sind sowohl der Kosten-Nutzen-Aspekt diskutiert als auch Hinweise auf durchaus erhebliche Potentiale für Nebenwirkungen und Komplikationen aufgegriffen worden.

Im Hinblick auf die teilweise sehr „großzügige“ und unkritische Anwendung von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung fand im Jahre 2008 eine DGSGB-Arbeitstagung „*Psychopharmaka in der Behindertenhilfe – Fluch oder Segen?*“ statt. Die heutige Tagung soll sich vorrangig auf die Frage konzentrieren, wie der Einsatz von Psychopharmaka bei Problemverhalten, Verhaltensstörungen usw. zu bewerten ist.

Im Jahre 2009 publizierte die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ein Memorandum zur Anwendung von Antipsychotika (Neuroleptika): Dort heißt es mit Nachdruck:

„...Auch die Anwendung von Antipsychotika zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung oder mit Autismus muss aufgrund neuerer Studien aufgrund fehlender Wirksamkeit oder erheblicher Nebenwirkungen äußerst kritisch bewertet werden.“ (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 2009, S.3).

Erst vor kurzem haben ADERHOLD & CREFELD (2010) regelrecht vor Psychopharmaka gewarnt:

„...Herstellerunabhängige klinische Studien haben inzwischen eine Vielzahl gesundheitsschädlicher Nebenwirkungen nachgewiesen, sodass im Interesse des Patienten niedrigste Dosierungen oder vollständiger Verzicht auf Neuroleptika anzustreben sind.“

Im Hinblick auf die Verordnung von Neuroleptika bei geistiger Behinderung schrieben sie:

„... Für die Neuroleptika-Behandlungen zwecks Verhaltenssteuerung geistig behinderter, dementiell beeinträchtigter Menschen und sozial unangepasster junger Menschen fehlt im Regelfall eine medizinische Indikation. Der behandelnde Arzt trägt somit hier ein besonderes Maß an Verantwortung.“

Diese nun auch in Laienkreise eingebrachte Verunsicherung zum Einsatz von Psychopharmaka, insbesondere von Neuroleptika macht es erforderlich, dass sich die DGSGB als interdisziplinäre Fachgesellschaft erneut mit diesem Thema befasst und eine eigene Position bezieht insbesondere zur Frage, ob Psychopharmaka bei Verhaltensproblemen eingesetzt werden können oder nicht.

Psychopharmaka

Wirkungsweise der Psychopharmaka

Zunächst soll kurz auf die Definition, die Wirkungsmechanismen und Arten von Psychopharmaka eingegangen werden. Noch immer trifft man nämlich auf undifferenzierte Vorurteile gegen Psychopharmaka und ihre Verwendung. Nicht selten hört man, die Patienten sollten damit ruhiggestellt oder „gedämpft“ werden.

Psychopharmaka sind *Arzneimittel*, die unter Nutzung ihrer psychotropen Effekte gezielt zur Behandlung psychischer Störungen eingesetzt werden. Psychopharmaka „heilen“ nicht, sondern sie wirken auf der symptomatischen Ebene (Zielsynndrome, Zielsymptome). Die manchmal erhobene Forderung nach einer Diagnose nach ICD-10 als Begründung einer Psychopharmakotherapie ist nicht stichhaltig. Ebenso wenig legitimiert das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose nach ICD-10 bereits die Gabe von Psychopharmaka hinlänglich. Allerdings ist die Forderung nach einer nachvollziehbaren Begründung für den Einsatz eines Psychopharmakons in jedem Falle gültig.

Psychopharmaka haben zugelassene Indikationen, also Einsatzbereiche, für die sie behördlich zugelassen sind. Zugelassene Indikationen sind keineswegs nur diagnostische Kategorien nach ICD-10 oder DSM-IV („Krankheitsbilder“), sondern oft auch nosologisch unspezifische Symptome und Syndrome. Jedoch sind auch Anwendungen außerhalb zugelassener Indikationen (sog. Off-label-use) möglich:

- bei Fehlen einer zugelassenen Alternative
- mit einer plausiblen Begründung

- auf der Grundlage einer expliziten Aufklärung über den Off-label-Status sind eine besonders sorgfältige Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkungen sowie eine rechtswirksamen Einwilligung erforderlich.

Psychopharmaka haben wie alle Arzneimittel neben erwünschten Wirkungen leider auch unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen). Manche Nebenwirkungen sind reversibel, manche irreversibel. Art und Schwere der möglichen Nebenwirkungen sind von der konkreten Substanz abhängig. Art und Schwere der Nebenwirkungen hängen im Einzelfall auch von individuellen Dispositionen, Ko-Medikationen usw. ab. Deshalb sind Risiken und Nutzen stets mit dem Patienten bzw. bei einem nichteinwilligungsfähigen Patienten mit dessen gesetzlichem Betreuer gemeinsam kritisch abzuwägen. Die Nebenwirkungen von Psychopharmaka sind vielgestaltig und können insbesondere betreffen:

- das Blutbild,
- das Herz und den Kreislauf,
- den Stoffwechsel (Diabetes, Adipositas),
- das Sehvermögen und
- die extrapyramidale Motorik.

Manche Nebenwirkungen treten erst nach langem Gebrauch ein, z. B. die sog. Spätdyskinesien (unwillkürliche Bewegungen der Gesichts- und anderer Muskulatur). Ein anderes Beispiel für zeitabhängige Nebenwirkungen sind Abhängigkeiten bei Benzodiazepinen. Die Nebenwirkungen bzw. Komplikationen nach langer Einnahme sprechen dafür, die Dauer der Verordnung immer wieder kritisch zu prüfen. Für manche Psychopharmaka gibt es sogar Hinweise auf erhöhte Mortalität.

Die Wirkungsmechanismen von Psychopharmaka

Die Wirkung von Psychopharmaka ist nichts Geheimnisvolles. Sie beruht auf der Beeinflussung der *neuronalen Transmission*, die sich an den Synapsen zwischen den Nervenzellen (Neuronen) vollzieht. Die Botensubstanzen der Nervenzellen, die sog. Transmitter, übertragen an der *Synapse* eine Information (Signal) von einer Nervenzelle zur anderen. Die verschiedenen Neuronenverbände bedienen sich jeweils bestimmter Transmitter: Acetylcholin, Noradrenalin, Dopamin, Serotonin usw. So gibt es cholinerge, noradrenerge, dopaminerge, serotonerge usw. Neuronenverbände verschiedenen Funktionen im Zentralnervensystem.

Transmitter werden in den Nervenzellen synthetisiert und in sog. Vesikeln gespeichert. Durch eine eintreffende elektrische Erregung der Zelle werden die Transmitter in den synaptischen Spalt freigesetzt. Sie wandern von der präsynaptischen Membran zur postsynaptischen Membran, binden dort an

einen sog. Rezeptor und lösen eine Antwort der Nervenzelle aus, indem eine neue elektrische Erregung entsteht und weitergeleitet wird. Die erwähnten Rezeptoren sind Molekülkomplexe in der Zellmembran, die der Bindung eines Transmitters und damit dem Empfang eines chemischen Signals dienen. Anschließend wird der Transmitter durch *Abbau* oder durch *Wiederaufnahme* in die Nervenzelle inaktiviert.

Unterschiedliche Psychopharmaka wirken auf unterschiedliche Transmittersysteme ein. Sie können auf verschiedene Weise auf die Transmission einwirken: Sie fördern die Freisetzung von Transmittern, hemmen deren Wiederaufnahme oder deren Abbau usw. So wirken sie jeweils hemmend oder fördernd auf bestimmte Transmissionsprozesse, z. B. auf die dopaminerge oder cholinerge Transmission.

Manche Psychopharmaka wirken auf mehrere Transmissionsysteme. Das kann einerseits eine wünschenswerte Eigenschaft sein. Oft ist diese Eigenschaft aber für ein Spektrum unerwünschter Wirkungen verantwortlich. Deshalb wird an der Entwicklung von Substanzen geforscht, die sehr gezielt auf bestimmte Transmittersysteme einwirken und so möglichst wenige unerwünschte Nebenwirkungen haben.

Einteilung der Psychopharmaka

Man unterscheidet zunächst einerseits die *Substanzen* (z. B. Haloperidol), andererseits die *Präparate* (Handelsnamen) (z. B. Haldol®).

Die Psychopharmaka können nach unterschiedlichen Gesichtspunkten eingeteilt werden. Praktisch die größte Bedeutung besitzt die Einteilung nach Hauptwirkungen. Die Unterteilung nach den Hauptwirkungen lässt auf folgende vereinfachte Weise darstellen:

Antidepressiva

Sie dienen in erster Linie der Linderung depressiver Symptome. Einige von ihnen wirken auch auf Zwangssymptome ein. Sie wirken auf Serotonin-, Noradrenalin- und andere Rezeptoren (differenziertes Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil).

Einteilung nach primärem Angriffspunkt:

- Vorwiegend oder selektiv Hemmung der Serotonin-Wiederaufnahme (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer): z.B. Citalopram (Cipramil®), Fluoxetin (Fluctin®)
- Überwiegend oder selektiv Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung: z. B. Desimipramin (Pertofran®)

- Kombinierte Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer: z. B. Imipramin (Tofranil®)
- Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer): z. B. Moclobemid (Aurorix®), Tranylcypromin (Jatrosom®)

Daneben gibt es weitere Mechanismen, z. B. beim Johanniskraut (Esbericum®).

Phasenprophylaktika („Mood stabilizer“)

Sie dienen der Verhinderung oder der Milderung von manischen und depressiven Rezidiven im Rahmen bipolarer affektiver Störungen. Diese Substanzen haben auch einen deutlichen antimanischen Effekt und werden deshalb manchmal auch als *Antimanika* bezeichnet.

- Lithium (z. B. Quilonum®)
- Carbamazepin (z. B. Timonil®)
- Valproinsäure (z. B. Orfiril®)

Neuroleptika (Antipsychotika)

Sie unterdrücken vorrangig psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen usw.). Sie hemmen die dopaminerge Transmission. Die verschiedenen Substanzen haben differenzierte Wirkung auf die verschiedenen Dopamin- und auf andere Rezeptoren (differenziertes Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil).

Einteilung nach chemischer Struktur

- Trizyklische Neuroleptika
- Butyrophenone
- Diphenylbutylpiperidine etc.
- Benzamide

Einteilung nach neuroleptischer Potenz

- *Hochpotent*: in hoher und mittlerer Dosierung gute antipsychotische Wirkung ohne Sedierung, z. B. Haloperidol (Haldol®)
- *Mittelpotent*: gute antipsychotische Wirkung mit mäßiger Sedierung, z. B. Zotepin (Nipolept®)
- *Niederpotent*: in mittlerer und hoher Dosierung deutliche Sedierung bei geringer antipsychotischer Wirkung, z. B. Chlorprothixen (Thioxanthen®), Levomepromazin (Neurocil®)

Einteilung klassische und atypische Neuroleptika

- *Klassische oder typische Neuroleptika*: starke neuroleptische Nebenwirkungen im extrapyramidal-motorischen Bereich, z. B. Haloperidol (Haldol®), Fluphenazin (Dapotum®)

- *Atypische Neuroleptika*: geringe Nebenwirkungen im extrapyramidal-motorischen Bereich, z. B. Risperidon (Risperdal®), Clozapin (Leponex®)

Anxiolytika

Angstlösende Substanzen. Vor allem die sog. Benzodiazepine haben ein sehr hohes Abhängigkeitspotential, deshalb ist ihre zurückhaltende Nutzung dringend zu empfehlen.

Chemische Einteilung.

- Benzodiazepine (Angstlösung und Sedierung, deshalb auch als Tranquilizer bezeichnet): Verstärkung der hemmenden Wirkung GABA-erger Systeme, z. B. Bromazepam (Lexotanil®), Diazepam (Valium®)
- Buspiron (Bespar®), agonistische Wirkung an bestimmten Serotonin-Rezeptoren
- Hydroxin
- Opipramol (Insidon®)
- Kavain
- Andere Gruppen, z. B. Beta-Rezeptorenblocker

Hypnotika

Hypnotika sind schlaffördernde Substanzen

Sehr differenzierte Gruppe

Antidementiva

Antidementiva sind Arzneimittel zur Behandlung einer Demenz. Antidementiva können die Demenz (Alzheimer-Demenz) allerdings nicht wirklich „heilen“. Sie können aber für ein bis zwei Jahre den Fortschritt der Symptomatik aufhalten. Antidementiva sind heute nur für wenige Demenz-Formen zugelassen.

Acetylcholinesterasehemmer

- Donepezil (Aricept®) (AD)
- Rivastigmin (Exelon®) (AD, Parkinson-Demenz)
- Galantamin (Reminyl®) (AD)

NMDA-Agonisten

- Memantine (Ebixa®) (AD)

Mehr über Psychopharmaka, ihre Indikationen und Wirkmechanismen findet sich in diversen Büchern, am ausführlichsten wohl bei HOLSBOER et al. (2008).

Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung

Wann sind Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung notwendig und zweckmäßig? Dieser Frage soll im Weiteren nachgegangen werden.

Es ist klar, dass das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit, das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose im engeren Sinne (ICD-10), die Verordnung eines Psychopharmakons im Rahmen der behördlich zugelassenen Indikation notwendig machen kann. Immer muss im Rahmen eines sog. multimodalen Behandlungsplanes und unter Abwägung aller Gesichtspunkte entschieden werden, ob und in welchem Umfang eine Psychopharmakotherapie notwendig und zweckmäßig ist. Bei dieser Abwägung spielen vor allem die Schwere der Symptomatik, das Stadium der Erkrankung und möglicherweise bestehende Kontraindikationen eine Rolle. Im Übrigen erfolgt der Einsatz der Psychopharmaka bei definierten psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung im Grundsätzlichen nach gleichen Gesichtspunkten und Prinzipien wie bei nichtbehinderten Patienten. Zumeist erfolgt die Psychopharmakotherapie aber im Hinblick auf die Anfangsdosierung und die Dosissteigerung vorsichtiger („Start low, go slow“). Dieses Vorgehen berücksichtigt vor allem eine häufig gesteigerte Empfindlichkeit für Nebenwirkungen oder ein oft erhöhtes Potential für Komplikationen.

Während also der Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung unproblematisch ist, wenn eine übliche Indikation auf der Grundlage einer psychiatrischen Diagnose vorliegt, wird kontrovers diskutiert, ob Problemverhalten, Verhaltensauffälligkeiten usw. die Verordnung eines Psychopharmakons legitimieren. Darauf wird später zurückzukommen sein.

Wie schon angesprochen, werden Psychopharmaka nicht nur in Deutschland bei geistiger Behinderung auffällig häufig eingesetzt. Die Literatur, die sich darüber berichtet, ist mittlerweile umfangreich (HENNICKE 2008a, HENNICKE 2008b, HENNICKE et al. 2009, HOLDEN & GITLESEN 2005, LA MALFA et al. 2006, TU 1979). SINGH et al. 1997 verglichen publizierte Studien zwischen 1966 und 1985 sowie zwischen 1986 und 1995 hinsichtlich der Psychopharmakotherapie. Für die erste Periode (1966-1985) ermittelten sie in Institutionen Prävalenzraten von 30-40 %. In gemeindeorientierten Settings fanden sie im gleichen Zeitraum bei Kindern 2-7 %, bei Erwachsenen 26-36 %. Für die zweite Periode (1986-1995) erhoben sie in Institutionen Prävalenzraten von 12-40 %, in gemeindeorientierten Settings bei Kindern und Erwachsenen solche von 19-29 %.

Es entspricht den Erfahrungen auch hierzulande, wenn MATSON & NEAL (2009) konstatieren, dass in den letzten Jahren der Umstieg von typischen (klassischen) Neuroleptika auf atypische Neuroleptika zu beobachten ist,

jedoch von zweifelhaftem Wert sei. Gerade auch unter dem Aspekt enormer Kostenfolgen bei fehlendem Beleg der eindeutigen Überlegenheit klagen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen über die Verdrängung der vergleichsweise preiswerten herkömmlichen Psychopharmaka (z. B. trizyklische Antidepressiva, typische Neuroleptika) durch die teuren neueren Substanzen (z. B. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, atypische Neuroleptika).

STOLKER et al. (2002) analysierten 573 problematische Bewohner in Wohngruppen. Sie wurden gematcht mit unproblematischen Bewohnern. Psychopharmaka fanden sich in 52,6 % der problematischen Bewohner, in nur 22,8 % der unproblematischen Vergleichsgruppe. In der problematischen Gruppe wurden häufiger mehrere Psychopharmaka gleichzeitig verordnet. Bemerkenswerterweise fanden die Untersucher bei Personen mit affektiven, psychotischen oder Angstsymptomen eine auffällig geringe Verordnungshäufigkeit von Antidepressiva, Neuroleptika und Anxiolytika. Sie folgerten, diese Personengruppen seien unterbehandelt.

Wenn man sich mit der Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung auseinandersetzt, muss man sich auch mit der Frage beschäftigen, wie häufig psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung überhaupt sind. Auch hierzu liegt eine umfangreiche Literatur vor. Eine jüngere und vor allem methodisch anspruchsvolle Studie (COOPER et al. 2007) fand, dass unter 1096 Personen mit geistiger Behinderung mittels einer klinisch-impulsiven Diagnostik – also unter Beiseitlassung der Klassifikationssysteme ICD-10 oder DSM-IV – immerhin 40,9 % der untersuchten Personen irgendeine psychische Störung im weitesten Sinne – also inklusive eines sog. Problemverhaltens – aufweisen. Das ist eine sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen, bedeutet aber natürlich nicht, dass im gleichen Umfang die Verordnung von Psychopharmaka gerechtfertigt wäre. Immerhin entfielen nämlich 22,5 Prozentpunkte der erwähnten 40,9 % auf die Diagnose Problemverhalten.

Eine australische Studie (MORGAN et al. 2008) gab an, dass 31,7 % der Personen mit geistiger Behinderung eine psychiatrische Störung hatten.

Fasst man die internationale Literatur, die sich mit dem Einsatz von Psychopharmaka) bei Menschen mit geistiger Behinderung befasst, sind vor allem folgende Aspekte kritisch zu bewerten:

- Exzessive Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka
- Häufig unklare oder inkonsistente Indikation
- Lange und oft nicht mehr auf den ursprünglichen Anlass zurückführbare Verordnungen

- Erhebliche Qualitätsmängel (Begründung, Aufklärung, Einwilligung, Dokumentation).

Die exzessive Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung ist keineswegs allein durch das Vorliegen gesicherter oder vermuteter Krankheitsdiagnosen (Diagnosen nach ICD-10 oder DSM-IV) erklärbar. Sie geht offenkundig in großem Umfang auf praktische Probleme im Umgang mit Verhaltensproblemen zurück, für die keine andere als eine psychopharmakologische Lösung gesehen wird oder hinter denen man mangels besserer Erklärungen psychische Störungen im engeren Sinne vermutet. Die Praxis lehrt, es kommt nicht selten, dass Psychopharmaka von Mitarbeitenden in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe bei bestimmten problematischen, vor allem expansiven, störenden oder gar gefährlichen Verhaltensweisen als letzter Ausweg gesehen und vom Arzt auch nachdrücklich verlangt werden. Darin spiegeln sich hierzulande wohl auch ein fortschreitender Personalmangel und eine unzulängliche fachliche Unterstützung (z.B. durch einschlägig erfahrene Diplompsychologen, Psychotherapeuten, Ärzte usw.) in den Einrichtungen wider.

Psychopharmaka gegen Problemverhalten

Im Nachfolgenden sollen einige Beiträge zur Frage der Wirkung von Psychopharmaka auf Problemverhalten in der zeitlichen Reihenfolge ihrer Veröffentlichung vorgestellt werden.

STOLKER et al. (2001) sind auf der Grundlage ihrer Untersuchungen überzeugt, sozial störendem Verhalten bei Personen mit geistiger Behinderung werde oft mit Polypharmazie, also dem gleichzeitigen Einsatz mehrerer Psychopharmaka, begegnet.

HOLDEN & GITLESEN (2004) hatten 300 Erwachsene mit geistiger Behinderung in Norwegen untersucht. Davon nahmen 37,4 % Psychopharmaka, zumeist Neuroleptika, im Durchschnitt seit fünfeneinhalb Jahren ein. In 54,3 % lagen eine psychiatrische Diagnose oder ein psychiatrisches Symptom allein oder in Kombination mit Problemverhalten vor. Oft fanden die Autoren geltende fachliche Leitlinien verletzt, besonders häufig durch praktische Ärzte.

HAW & STUBBS (2005) untersuchten in einer Krankenhaus-Spezialabteilung für geistig behinderte Patienten die Off-label-Verordnung von Psychopharmaka. Unter 56 analysierten Fällen hatten 46,4 % eine Off-label-Verordnung. Am häufigsten fand sich eine solche zur Linderung von aggressivem Verhalten, von Erregung, von Verhaltensproblemen, zur Stimmungsstabilisierung. Zumeist wurden atypische Neuroleptika und Phasenprophylaktika (mood-stabilizer) eingesetzt.

DEB et al. (2007) analysierten die Literatur über die Neuroleptika bei Problemverhalten Erwachsener mit geistiger Behinderung. Sie konstatieren, dass bei Kindern und Erwachsenen für Risperidon die Wirkung am besten belegt sei, dass jedoch Risperidon viele Risiken habe. Die Autoren schlussfolgern, es liege nicht genügend Evidenz vor, eine spezifische Medikation für ein bestimmtes Problemverhalten zu empfehlen. Vor jeder Verordnung von Psychopharmaka sei das Verhalten, seine Gründe und Folgen gründlich zu analysieren und eine Begründung für medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen zu formulieren.

DEB & UNWIN (2007) formulieren, es gäbe zunehmend Belege für die Wirkung einiger Neuroleptika, besonders hinsichtlich des atypischen Substanz Risperidon. Allerdings hätten viele der Studien methodische Schwächen, weshalb sie mit Vorsicht zu interpretieren seien. Zwar bedeute das Fehlen von Evidenzen nicht, die Substanzen seien wirkungslos seien, jedoch, ihr Einsatz sei derzeit nicht durch qualitativ anspruchsvolle Forschung unterlegt.

SOHANPAL et al. (2007) untersuchten die Literatur auf Belege für die Wirksamkeit von Antidepressiva auf Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Die wenigen Studien mit wenigen Probanden und kurzem Follow-up-Zeitraum zeigen, dass Antidepressiva, namentlich selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, in weniger als der Hälfte der Fälle das Problemverhalten bessern, während die übrigen Probanden keine Verbesserung oder sogar eine Verschlechterung aufweisen. Der therapeutische Effekt stelle sich am deutlichsten ein, wenn eine Angststörung oder eine Zwangsstörung zugrunde liege.

TYRER et al. (2008) hatten Haloperidol, Risperidon und Placebo in einer randomisierten Doppelblindversuch an insgesamt 86 Erwachsenen mit geistiger Behinderung nach vier, zwölf und 26 Wochen im Hinblick auf das vorliegende aggressive herausfordernde Verhalten miteinander verglichen. Die mittlere Dosis von Risperidon war von 1,07 mg auf 1,78 mg täglich gesteigert worden, die von Haloperidol von 2,54 mg auf 2,94 mg. Auf allen drei Testarmen zeigte sich das aggressive Verhalten substantiell gebessert, am meisten auf dem Placebo-Arm. Die Autoren schlussfolgerten, Neuroleptika könnten nicht länger als Routinebehandlung bei aggressivem herausforderndem Verhalten empfohlen werden.

MATSON & NEAL (2009) weisen darauf hin, dass in den Studien zur Wirkung von Psychopharmaka gegen Verhaltensauffälligkeiten häufig der Terminus Herausforderndes Verhalten (engl. Challenging Behaviour) gewählt werde, womit allerdings die Spezifität der Beschreibungen verloren gehe und ganz unterschiedliche Sachverhalte bzw. Bedeutungen und Kontexte des gemeinten Verhaltens negiert würden. Diesem Statement muss man vorbehaltlos zustimmen. Man kann es sogar zuspitzen und behaupten, dass mit den

verschiedenen und wenig prägnanten diagnostischen Kategorien (z. B. Verhaltensauffälligkeiten, Herausforderndes Verhalten, Störendes Verhalten, Verhaltensstörung, disruptive behaviour) geradezu zwangsläufig sehr unterschiedlich fundierte und bedingte Phänomene etikettiert werden. Daraus folgt, dass Schlussfolgerungen aus Studien, die sich solcher abstrakter diagnostischer Kategorien bedienen, mit äußerster Vorsicht zu begegnen ist. Das soll nicht etwa heißen, dass man sie nicht zur Kenntnis nehmen soll, sondern, dass man sich vor der Verallgemeinerung ihrer Schlussfolgerungen hüten muss.

Auf der Grundlage der Auswertung von 12 Studien kommen MATSON & NEAL (2009) zu der Erkenntnis, dass die Daten nicht ausreichen, einen Trend zugunsten der Psychopharmakawirkung auf Herausforderndes Verhalten identifizieren. Sie warnen die Kliniker sogar ausdrücklich vor der Nutzung von Psychopharmaka bei Herausforderndem Verhalten. Sie bestätigen damit eine schon früher formulierte Position, an der auch die neuen Psychopharmaka nichts geändert haben. Sorgfältiges funktionales Assessment und psychologische Interventionen seien anzuraten.

OLIVER-AFRICANO et al. (2009) halten bei der unbefriedigenden Datenlage Zurückhaltung gegenüber medikamentöser Behandlung von aggressivem Problemverhalten geboten. Sie halten sie für berechtigt bei Personen mit besonders gravierendem Risikopotential hinsichtlich der Fremdgefährdung. Sie raten zu einer sorgfältigen Analyse der Vorgeschichte und aller verfügbaren Informationen, einschließlich des Settings, in dem das Verhalten auftritt. Sie betonen, solche Begriffe wie aggressives herausforderndes Verhalten seien eher unbestimmte Begriffe, die Sachverhalte sehr unterschiedlicher Ätiologie umschreiben.

TYRER et al. (2009) und ROMEO et al. (2009) hatten weitere Ergebnisse der früheren Untersuchung (TYRER et al. 2008) veröffentlicht. Sie stellten heraus, die Behandlung mit Neuroleptika ist nicht kosteneffektiv. Sie betonten, dass die zugrundeliegende Pathologie aufzuklären sei, bevor man sich zur Gabe von Neuroleptika entscheidet. In einer umfangreichen Publikation berichtete die Arbeitsgruppe um TYRER über die Erfahrungen und Probleme in der Vorbereitung und Durchführung ihrer Studie (OLIVER-AFRICANO 2010).

TSIOURIS et al. (2010) konstatieren auf der Grundlage einer Literaturübersicht, dass aggressives Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr unterschiedliche Funktionen hat und sehr verschiedene Faktoren zu seiner Herausbildung, Aufrechterhaltung, Verstärkung oder Akzentuierung beitragen. Dazu können psychische Störungen, darunter Persönlichkeitsstörungen, gehören. Deshalb sei die Anwendung von Neuroleptika in vielen Fällen eher falsch; die Darstellung der Neuroleptika als antiaggressive Substanzen müsse unterlassen werden. Eine Verbindung verschiedener Behandlungsmodalitäten,

die Orientierung eher auf langfristige als auf kurzfristige Lösung und die Vermeidung der Empfehlung eines bestimmten Typs der Psychopharmaka gegen alle Formen von Aggressivität könne die gegenwärtige Praxis überwinden und die Lebensqualität vieler Menschen mit geistiger Behinderung verbessern.

KUIJPER et al. (2010) untersuchten bei 2373 geistig behinderten Bewohnerinnen und Bewohnern in niederländischen Wohneinrichtungen die Verordnung von Psychopharmaka. 32,2 % der untersuchten Fälle erhielten Neuroleptika. 58 % dieser Personen unter Neuroleptika erhielten die Medikamente aufgrund von Verhaltensproblemen, 22,5 % wegen psychotischer Erkrankungen oder psychotischer Symptome. Darüber hinaus sahen die Autoren, in 18,5 % war eine Begründung für die Verordnung nicht dokumentiert.

HÄBLER & REIS (2010) befassen sich in einer Übersichtsarbeit mit der Datenlage zur Psychopharmakotherapie störenden Verhaltens (disruptive behaviour). Unter Hinweis auf die unbefriedigende Definition und Quantifizierung des Merkmals störendes Verhalten plädieren sie für einen sorgfältig überwachten und kritisch reflektierten Einsatz von Psychopharmaka. Sie empfehlen ein breites Spektrum konventioneller und atypischer Neuroleptika, Antidepressiva, Stimulantien, Antiepileptika und Adrenergika. Zuclopenthixol und Risperidon werden deutlich akzentuiert, wohl nicht zuletzt deshalb, weil der Erstautor mehrfach über diese Substanzen publiziert hat. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Langzeiteffekte noch nicht beurteilt werden können.

FODSTAD et al. (2010) resümieren auf der Grundlage mehrerer eigener Untersuchungen, die Anwendung von atypischen Neuroleptika sollte bei Menschen mit geistiger Behinderung auf dieser Grundlage evidenzbasierter Best practice erfolgen. Das erfordere die niedrigstmögliche wirksame Dosis, kontinuierliche psychiatrische Beurteilung, akkurate Definition des Verhaltens, das beeinflusst werden soll, Assessments von Lern-, Verhaltens- und Umweltfaktoren und begleitende psychologische Behandlung. Vor jeder Psychopharmakotherapie seien Indikationen und Nebenwirkungen sorgfältig abzuwägen.

In Zusammenfassung aller zitierten Studien lassen sich folgende Gemeinsamkeiten konstatieren:

Es gibt mehr oder minder überzeugende Hinweise für die Wirkung von Psychopharmaka auf Problemverhalten. Die Unterschiede der Ergebnisse der einzelnen Studien liegen wohl oft in der Wahl der Stichprobe, in den Therapieregimes (z. B. Dosis), den Beobachtungszeiträumen und den Erfolgskriterien begründet. Die vorliegenden Ergebnisse rechtfertigen keine

eindeutige Aussage zugunsten einer bestimmten Substanzklasse oder gar Präparate, vielmehr belegen sie die Notwendigkeit, Psychopharmaka kritisch abwägend in einem komplexen Therapiesetting, also im Rahmen einer multimodalen Behandlung, einzusetzen. In die kritische Abwägung sind sowohl die Indikation selbst, die Merkmale des Verhaltens und seine möglichen intrinsischen Bedingungen und extrinsischen Bedingungen einzubeziehen.

Auf diesem Hintergrund ist es erforderlich, ein starres, schematisches Verständnis von Problemverhalten, herausforderndem Verhalten usw. durch ein komplexes Modell von Problemverhalten zu ersetzen und in dessen Rahmen der Psychopharmakotherapie als einer Komponente einen angemessenen Stellenwert einzuräumen.

Ein komplexes Modell für Problemverhalten

Zuerst muss Problemverhalten genauer definiert werden. Dazu eignet sich eine Definition, die in den Diagnostic Criteria in Learning Disabilities (DC-LD) (Royal College of Psychiatrists, 2001), einem in Großbritannien speziell für die Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung entwickelten Klassifikationssystem, vorgelegt wurde. Dort wird Problemverhalten folgendermaßen definiert:

- Häufigkeit, Schwere oder Frequenz des Verhaltens verlangen ein klinisches Assessment und spezielle Intervention
- Das Verhalten ist keine direkte Folge einer psychischen Störung, von Medikamenten oder einer körperlichen Krankheit
- Eines der folgenden Kriterien muss vorliegen:
 - Das Verhalten hat einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität des Betroffenen oder Dritter
 - Das Verhalten bewirkt ein wesentliches Risiko für die Gesundheit oder für die Sicherheit des Betroffenen oder Dritter.

Diese Definition von Problemverhalten liefert allerdings noch keine Erklärung über die Gründe, über das Zustandekommen oder die Aufrechterhaltung des so bezeichneten Verhaltens. Hinzu kommt, dass mit dem deskriptiven Begriff Problemverhalten ganz verschiedene Verhaltensweisen von ganz unterschiedlicher Schwere und mit ganz unterschiedlichen Folgen bezeichnet werden: Fremdaggressivität, Sachzerstörung, Selbstverletzung, Rückzug, übergriffiges oder störendes Verhalten, unangepasstes Sozialverhalten usw. Es verbreitet sich mehr und mehr die Erkenntnis, dass für die Erklärung des Zustandekommens von Problemverhalten ein komplexes Bedingungs- und Ursachengefüge in Betracht kommt. Ein Modell für eine solchermaßen komplexes Bedingungs- und Ursachengefüge hat eine internationale Arbeitsgruppe (DOŠEN et al. 2005) vorgelegt: Practice Guidelines and

Principles: Assessment, Diagnosis, Treatment and Related Support Services for Persons with Intellectual Disabilities and Problem Behaviour. European Edition. Diese Leitlinie liegt mittlerweile in der Reihe der „Materialien der DGSGB“ auch auf Deutsch vor (DOŠEN et al. 2010). Ausführlicher wird der methodische Zugang dargestellt bei DOŠEN 2010).

Das Modell des Problemverhaltens, wie es in der eben erwähnten Leitlinie vorgestellt wird, lässt sich wie folgt zusammenfassen: Ein Problemverhalten ist zu verstehen als ein maladaptives Verhalten, mit dem eine Person auf ihrem jeweiligen emotionalen und psychosozialen Entwicklungsniveau auf die für sie nicht passenden oder nicht geeigneten Umweltaforderungen und Umweltbedingungen reagiert. Dabei spielen die Eigenschaften der Person in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht einerseits, die Merkmale ihrer physischen und sozialen Umwelt andererseits eine Rolle. Im Mittelpunkt der Analyse muss die Frage stehen, ob bzw. wie durch die Umwelt den mit dem gegebenen emotionalen Entwicklungsniveau verbundenen grundlegenden Bedürfnisse und Handlungsdispositionen gemeinsam mit den übrigen individuellen Dispositionen entsprochen wird oder ob sie durch die Gegebenheiten und durch die Ansprüche der Umwelt missachtet, überfordert oder unterfordert werden. Dabei darf bei der Untersuchung dieses Wechselspiels nicht allein eine rein psychologische oder heilpädagogische Perspektive eingenommen werden, sondern die biologischen Aspekte der Person einschließlich aller medizinisch zu charakterisierenden Faktoren müssen einbezogen werden. Zu den Aspekten oder Dispositionen der Person gehören demzufolge auch Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen (z. B. Sprache, Gedächtnis, Affektkontrolle, exekutive Funktionen usw.), die gegebenenfalls beeinflusst werden können oder müssen. Deshalb kann eine solche Analyse sinnvollerweise nur interdisziplinär bzw. multiprofessionell erfolgen.

Auf der Grundlage aller in einem umfassenden Assessment erhobenen Aspekte wird eine multimodale integrative Diagnose formuliert, in der das Zusammenspiel der erhobenen Aspekte beschrieben wird. Diese multimodale integrative Diagnose bildet die Grundlage eines entsprechend komplexen und ebenfalls nur multiprofessionell zu verwirklichenden Interventionsplanes. Dieser Interventionsplan kann durchaus den Einsatz von Psychopharmaka zur gezielten Beeinflussung bestimmter veränderter psychischer Funktionen (z. B. einer erhöhten Erregbarkeit, einer verminderten Reizschwelle, einer Impulskontrollstörung usw.) als einer Komponente (!) enthalten kann. Psychopharmaka bei Problemverhalten sind also nicht grundsätzlich oder ausnahmslos ausgeschlossen. Allerdings muss ihr Einsatz gut begründet sein und in einen komplexen Interventionsplan eingebunden sein.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass auch eine psychische Störung, die mit einer ICD-10-Diagnose belegt werden kann, im komplexen Bedingungsgefüge eines konkreten Problemverhaltens eine Rolle spielen kann. Dann ist natürlich der Einsatz des Psychopharmakons gegen diese psychische Störung zu prüfen.

Ganz ähnlich wie die eben dargestellten Praxisleitlinien stellen auch die Leitlinien des Weltverbandes für Psychiatrie zum Einsatz von Psychopharmaka bei Problemverhalten (World Psychiatric Association: Section on Psychiatry of Intellectual Disability, 2008) Psychopharmaka in den Kontext einer umfassenden Analyse.

Auch der Terminus Herausforderndes Verhalten (engl. Challenging behaviour) verweist übrigens darauf, dass es sich weniger um eine individuelle „Pathologie“ der betroffenen Person als um eine bestimmte Interaktion mit der Umwelt und deren Zuschreibungen oder Interpretationen handelt:

„...the use of the term „challenge“ may help to focus our attention on the process by which social problems are created and defined. That is, it may help to broaden the focus of enquiry by placing individual „pathology“ in the social and interpersonal context in which certain acts are deemed problematic.“ (EMERSON & EINFELD 2011, p. 5)

In Anwendung des skizzierten Modells für Problemverhalten nach den Praxisleitlinien (DOŠEN et al. 2010) kann im jeweiligen Einzelfall durchaus ein maßgeblicher biologischer bzw. medizinisch charakterisierbarer Faktor identifiziert werden, der eine psychopharmakologische Behandlung begründet und fachlich legitimiert. So kann beispielsweise eine übermäßige Störbarkeit durch externe Reize oder Belastungen durch Psychopharmaka günstig beeinflusst werden. Zugleich kommt es natürlich darauf an, derartige Reize oder Belastungsfaktoren nach Möglichkeit auszuschalten (Beeinflussung der Umweltfaktoren) oder der betreffenden Person mittels gezielter Trainings (z. B. Skill-Training) Fertigkeiten zu ermitteln, solche Belastungen zu meiden oder sich ihnen zu entziehen. Das setzt natürlich ein sorgfältiges Assessment aller Aspekte – nämlich der biologischen, der psychologischen, der umweltbezogenen und vor allem des Entwicklungsniveaus – hinsichtlich ihres Stellenwertes im Bedingungsgefüge des Problemverhaltens voraus.

Auf dem Hintergrund dieser Einsichten lassen sich folgende Bedingungen für den Einsatz von Psychopharmaka bei Problemverhalten formulieren:

1. Interdisziplinäres bzw. multiprofessionelles Assessment aller Faktoren
2. Integrative multimodale Diagnose mit Identifikation eines Faktors, der psychopharmakologisch beeinflusst werden kann
3. Multidisziplinär erarbeiteter integrativer Behandlungsplan
4. Explizit formulierte Begründung für das gewählte Psychopharmakon

5. Abstimmung der Ziele und ihrer Operationalisierung zwischen allen Beteiligten
6. Klare Vereinbarungen über die Aufgaben und über die Kooperation aller Beteiligten
7. Klare Vereinbarungen über Evaluation der Interventionen
8. Zeitliche Begrenzung des Einsatzes von Psychopharmaka.

Psychopharmakotherapie ist auf der Grundlage eines komplexen Modells von Problemverhalten erkennbar nicht die erste Therapieoption bei Problemverhalten. Es gibt aber auch keinen Grund, Psychopharmaka als Komponente eines komplexen oder integrativen Interventionsplanes, einer multimodalen Behandlung von Problemverhalten pauschal auszuschließen. Es muss aber vermieden werden, Psychopharmaka kurzerhand (ohne integrative Diagnostik) und ohne Einordnung in einen integrativen Behandlungsplan einzusetzen. Anders ausgedrückt: Psychopharmaka dürfen bei Problemverhalten niemals einen komplexen diagnostischen und therapeutischen Ansatz ersetzen.

Die Wahl des Psychopharmakons muss begründet (Rationale) und diese Begründung dokumentiert werden. Die schon erwähnte exzessive Häufigkeit von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung lässt auf erhebliche Qualitätsmängel der Verordnung von Psychopharmaka schließen. Die Überwindung dieser Mängel muss auf zwei Ebenen erfolgen:

- Etablierung klarer fachlicher Standards für die Behandler (ärztliche Verordner)
- Etablierung klarer Regeln für den Umgang mit Psychopharmaka in den pädagogisch und heilpädagogischen Settings bzw. in den Einrichtungen.

Es ist allerdings zu befürchten, dass die fortschreitende Ressourcenverknappung in der Eingliederungshilfe und der Umbau der Behindertenhilfe (Dezentralisierung, Ambulantisierung) die Anwendung der Praxisleitlinien und die Etablierung von Regeln an der Schnittstelle zwischen verordnenden Ärzten und pädagogischen Begleitern erschwert.

Literatur

- ADERHOLD, & CREFELD, W. (2010): Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. BtPrax 2/2010
- AMAN, M. G., CHARABAWI, G. M. (2004): Treatment of behavior disorders in mental retardation. Report on transitioning to atypical antipsychotics, with an emphasis on risperidone. J. Clin. Psychiatry 65, 1197-1210.
- COOPER, S.-A., SMILEY, E., MORRISON, L, WILLIAMSON, A., ALLAN, L. (2007): Br. J. Psychiatry 190, 27-35.
- DEB, S., UNWIN, G.L. (2007): Psychotropic medication for behaviour problems in people with intellectual disability: a review of the current literature. Cur. Opin. Psychiatry 20, 461-466.

- DEB, S., SOHANPAL, S.K.S., SONI, R., LENOTRE, L., UNWIN, G. (2007): The effectiveness of antipsychotic medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities. *J. Intellect. Disabil. Res.* 51, 766-777.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT für SOZIALE PSYCHIATRIE (2009): Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Anwendung von Antipsychotika.
- DOŠEN, A. (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe: K. HENNICKE und M. SEIDEL. Göttingen: Hogrefe.
- DOŠEN, A., GARDNER, W. I., GRIFFITH, D. M., KING, R., LAPOINTE, A. (2005): Practice Guidelines and Principles: Assessment, Diagnosis, Treatment and Related Support Services for Persons with Intellectual Disabilities and Problem Behaviour. European Edition. Centre of Consultation and Expertise. Gouda.
- DOŠEN, A., GARDNER, W. I., GRIFFITH, D. M., KING, R., LAPOINTE, A. (2010): Praxisleitlinie und Prinzipien: Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten. Europäische Edition. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: SEIDEL, M., in Zusammenarbeit mit HENNICKE, K., HOFFMANN, K., MEINERT, T., SCHMIDT, H., VOß, T., WILKING, E. Materialien der DGSGB. Band 21. Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eigenverlag.
- EMERSON, E., EINFELD, S.L. (2011): Challenging behaviour. 3rd edition. Cambridge: University Press.
- FODSTAD, J.C., BAMBURG, J. W., MATSON, J.L., MAHAN, S., HESS, J.L., NEAL, D., HOLLOWAY (2010): Tardive dyskinesia and intellectual disability: an examination of demographics and topography in adults with dual diagnosis and atypical antipsychotic use. *Res. Development. Disabil.* 31, 750-759.
- HÄBLER, F., REIS, O. (2010): Pharmakotherapy of disruptive behaviour in mentally retarded subjects: A review of the current literature. *Developmental Disabilities Research Reviews* 16, 265-272
- HAW, C., STUBBS, J. (2005): A survey of off-label prescribing for inpatients with mild intellectual disability and mental illness. *J. Intellect. Disabil. Res.* 49, 858-864.
- HENNICKE, K. (2008a): Zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland - Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. *Z. Kinder-Jugendpsychiat. Psychother.* 36 (2), 2008, 127-134.
- HENNICKE, K. (2008b): Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe. Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 17, Berlin 2008, S.4-22.
- HENNICKE, K., BUSCHER, M., HÄBLER, F., ROOSEN-RUNGE, G. (2009): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DKJPP). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009.
- HOLDEN, B., GITLESEN, J. P. (2004): Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices. *Res. Development. Disabil.* 25, 509-521
- HOLSBOER, F., GRÜNDER, G., BENKERT, O. (Hrsg.) (2008): Handbuch der Psychopharmakotherapie. Heidelberg. Springer.
- KUIJPER, G. de, HOEKSTRA, P., VISSER, F., SCHOLTE, F. A., PENNING, C., EVENHUIS, H. (2010): Use of antipsychotic drugs in individuals with intellectual disability (ID) in the Netherlands: prevalence and reasons for prescription. *J. Intellect. Disabil. Res.* 54: 659-667.
- LA MALFA, G., LASSI, S., BERTELLI, M., CASTELLANI, A. (2006): Reviewing the use of antipsychotic drugs in people with intellectual disability. *Hum. Psychopharmacology Clin. Exp.* 21, 73-89.

- MATSON, J.L., NEAL, D. (2009): Psychotropic medication use for challenging behaviors in persons with intellectual disabilities: An overview. *Re. Development. Disabil.* 30, 572-586.
- MORGAN, V. A., LEONARD, H., BOURKE, J., JABLENSKY, A. (2008): Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based-study. *Br. J. Psychiatry* 193, 364-72.
- NEVELS, R. M., DEHON, E.E., ALEXANDER, T., GONTKOVSKY, S. T. (2010): Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with primary neuropsychiatric disorders: A review of current and potentially promising treatment options. *Exper. Clin. Psychopharmacology* 18, 184-201.
- OLIVER-AFRICANO, P., MURPHY, D., TYRER, P. (2009): Aggressive behaviour in adults with intellectual disability: defining the role of drug treatment. *CNS Drugs* 23, 903-913.
- OLIVER-AFRICANO, P., DICKENS, S., AHMED, Z., BOURAS, N., COORAY, S., DEB, S., KNAPP, M., HARE, P. MEADE, M., REECE, B., BHAUMIK, S., HARLEY, D., PIAUCHAUD, J., REGAN, A., ADE THOMAS, D., KARATELA, S., RAO, B., DZENDROWSKYJ, T., LENOTRE, L., WATSON, J., TYRER, P. (2010): overcoming the barriers experienced in conducting a medication trial in adults with aggressive challenging behaviour and intellectual disabilities. *J. Intellect. Disabil. Res.* 54, 17-25.
- ROMEO, R., KNAPP, M., CRAWFORD, M., OLIVER-AFRICANO (2009): The treatment of challenging behaviour in intellectual disabilities: Cost effectiveness analysis. *J. Intellect. Disabil. Res.* 53, 633-43.
- SINGH, N., ELLIS, C.R. WECHSLER, H. (1997): Psychopharmacoepidemiology of mental retardation: 1966 -1995. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 7, 255-266.
- SOHANPAL, S.K., DEB, S., THOMAS, C., SONI, R., LENOTRE, L., UNWIN, G.: The effectiveness of antidepressant medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J. Intellect. Disabil. Res.* 51, 760-765.
- STOLKER, J.J., KOEDOOT, P.J., HEERDINK, E.R., LEUFKENS, H.G. M., NOLEN. W.A. (2002): Psychotropic drug use in intellectually disabled group-home residents with behavioural problems *Pharmacopsychiatry* 35, 19-32.
- STOLKER, J.J., HEERDINK, E.R., LEUFKENS, H.G.M., CLERKX, M.G.M., NOLEN, W.A. (2001): Determinants of multiple psychotropic drug use in patients with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning and psychiatric or behavioral disorders. *Gen. Hosp. Psychiatry* 23, 345-349.
- TSIOURIS, J. A. (2010): Pharmacotherapy for aggressive behaviours in persons with intellectual disabilities: treatment or mistreatment? *J. Intellect. Disabil. Res.* 54, 1-16.
- TU, J.-B. (1979): A survey of psychotropic medication in mental retardation facilities. *J. Clin. Psychiatry* 40, 125-128.
- TYRER, P., OLIVER-AFRICANO, P.C., AHMED, Z., BORAS, N.; COORAY, S., DEB, S., MURPHY, D., HARE, M., MEADE, M., REECE, B., KRAMO, K., BHAUMIK, S., HARLEY, D., REGAN, A., THOMAS, D., RAO, B., NORTH, B., ELIAHOO, J., KARATELA, S., SONI, A., CRAWFORD, M.(2008): Risperidone, Haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet*, 371 (9606), 57-63.
- TYRER, P., OLIVER-AFRICANO, P., ROMEO, R., KNAPP, M., DICKENS, S, BOURAS, N., AHMED, Z., COORAY, S., DEB, S., MURPHY, D., HARE, M., MEADE, M., REECE, B., KRAMO, K., BHAUMIK, S, HARLEY, D., REGAN, A., THOMAS, D., RAO, B., KARATELA, S. LENOTRE, L., WATSON, J, SONI, A., CRAWFORD, M. ELIAHOO, J., NORTH, B. (2009): Neuroleptics in the treatment of aggressive challenging behaviour for people with intellectual disabilities: a randomised controlled trial (NACHBID). *Health Technol. Assess.* 13 (21), iii-iv, ix-xi, 1-54.
- World Psychiatric Association: Section on Psychiatry of Intellectual Disability (2008): Problem Behaviour in adults with intellectual Disabilities: International Guide for using medication. World Psychiatric Association.

Die neuen Psychopharmaka und ihr Nutzen bei Problemverhalten – eine Übersicht

Manfred Koniarczyk

Einleitung

Seit der Entdeckung und Einführung der Psychopharmaka in die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen vor 50 Jahren werden diese Substanzen weltweit eingesetzt. Sie werden in hohem Maße auch bei Menschen mit Intelligenzminderung sowohl bei psychischen Störungen als auch bei Problemverhalten eingesetzt. Die breite und oftmals ohne hinreichend klare medizinische Indikation bzw. definierte Zielsymptomatik erfolgende Anwendung von Psychopharmaka wurde erstaunlicherweise bereits 1958 prognostiziert:

„In the years to come, the retarded may claim an all-time record of having the greatest variety and largest tonnage of chemical agents shoveled into them“ (GREINER 1958).

In den letzten Jahren zeigt sich die Tendenz, den oftmals langfristigen Einsatz von Psychopharmaka auf moderne, vorgeblich nebenwirkungsärmere und therapeutisch wirksamere Psychopharmaka zu konzentrieren. Nicht zuletzt die Werbung der Pharmafirmen legt nahe, mit den neueren Substanzen gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung und vor allem bei Problemverhalten gut beraten zu sein. Der vorliegende Beitrag geht dieser Frage nach.

Abb. 1



Das von SCHANZE (2001) vorgestellte „Säulenmodell psychiatrischer Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung“ (Abb. 1) umfasst neben Psycho- und Soziotherapie sowie Heilpädagogik auch die Psychopharmakotherapie. Der Neuropsychopharmakologe H. COOPER beschreibt die Wirkungsweise von Psychopharmaka folgendermaßen:

„Psychopharmaka sind Mittel, welche die geistig-seelische Verfassung eines Menschen beeinflussen können. Die Impuls- und damit auch Informationsübermittlung im Gehirn erfolgt über ein dichtes Netz von Nervenzellen, die synaptisch miteinander in Verbindung stehen. Mit den wenigen Möglichkeiten der Synapsen, nämlich Erregung oder Hemmung bzw. Bremsung oder Verstärkung einer Erregung oder einer Hemmung, bildet das zentrale Nervensystem für die Weiterleitung der verschiedenen Informationen zahllose Reaktionsmuster, die sich in einem regulierten Gleichgewicht befinden.“

Die synaptische Informationsübertragung erfolgt über chemische Überträger- oder Botenstoffe, sogenannte Neurotransmitter, von denen die wichtigsten in Tabelle 1 aufgelistet sind.

Tabelle 1: Neurotransmitter und ihre Wirkungen

Neurotransmitter	Rezeptortypen	beeinflusste Hauptfunktionen	Hauptwirkung	Substanzgruppe
Noradrenlin (NA)	α 1,2 β 1,2,3	Aufmerksamkeit, Angst, Stimmung	noradrenerg	Antidepressiva
Serotonin (5-HT)	5-HT 1-7	Schlaf, Stimmung, Impulskontrolle, Appetit, Schmerz, Angst	serotonerg 5-HT1-Agonisten	Antidepressiva
Dopamin (DA)	D1-5	Psychomototrik	DA-Blockade dopaminerg	Neuroleptika, Parkinsonmittel, Psychostimulanzien
Acetylcholin (Ach)	M1 M2 N	Gedächtnis, Lernen		Anticholinergika, Antidementiva
Gamma-Aminobuttersäure (GABA)	GABA A, B	Psychomotorik	GABAerg	Benzodiazepine, Antiepileptika
Histamin	H1 H2	Re-(Aktivität)		Antihistaminika
Glutamat	NMDA u.a.	Psychomotorik, Kognition	Glutamat-Antagonist	Memantin
Opioide	μ , d, e, x	Schmerz		Morphine, Opiatantagonist
Adenosin	A1 A2 A, B	Aktivität	Adenosin-Antagonist	Koffein

Die neuen Psychopharmaka: Neuroleptika, Antidepressiva, Antiepileptika und Benzodiazepine/Hypnotika

In den letzten zwei Jahrzehnten wurden zahlreiche neue Substanzen entwickelt und in die Praxis eingeführt, welche mittlerweile auch in der medikamentösen Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen von Menschen mit Intelligenzminderung breite Anwendung finden. Die Tabellen 2 bis 5 zeigen in der Reihenfolge ihrer Markteinführung die neu auf dem deutschen Markt erschienenen Substanzen mit ihren jeweils ersten Handelsnamen nach Wirkgruppen (Neuroleptika, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Benzodiazepine/Hypnotika) geordnet. Einige der neueren Neuroleptika und Antidepressiva mussten mittlerweile wieder aus dem Handel genommen werden aufgrund schwerwiegender unerwünschter Nebenwirkungen. Oder es erfolgt wegen fehlenden Vorteils gegenüber anderen Präparaten keine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Tabelle 2: Neue Neuroleptika

Jahr	Wirkstoff
1990	Zotepin = <i>Nipolept</i> © (seit 01.09.2010 in BRD nicht mehr verfügbar)
1991	Remoxiprid = <i>Roxiam</i> © (wurde bereits 1993 wieder vom Markt genommen)
1994	Risperidon = <i>Risperdal</i> ©
1996	Olanzapin = <i>Zyprexa</i> ©
1997	Sertindol = <i>Serdolect</i> © (1998 vom Markt genommen, 2002 eingeschränkt, seit 2006 uneingeschränkt anwendbar)
1998	Amisulprid = <i>Solian</i> ©
2000	Quetiapin = <i>Seroquel</i> ©, Ziprasidon = <i>Zeldox</i> ©, Zuclopenthixol = <i>Ciatyl-Z</i> ©
2004	Aripiprazol = <i>Abilify</i> ©
2007	Paliperidon = <i>Invega</i> © (kein zusätzlicher Nutzen gegenüber Risperidon)

Tabelle 3: Neue Antidepressiva

Jahr	Wirkstoff
1989	Citalopram = <i>Cipramil</i> ©
1990	Fluoxetin = <i>Fluctin</i> ©
1991	Sertralin = <i>Zoloft</i> ©
1993	Paroxetin = <i>Seroxat</i> ©
1994	Fluvoxamin = <i>Fevarin</i> ©

1996	Venlafaxin = <i>Trevilor</i> ©
1997	Nefazodon = <i>Nefadar</i> © (2003 vom Markt wegen Lebersversagen) Reboxetin = <i>Edronax</i> ©, <i>Solvex</i> © (IQWiG-Bewertung 2009: ohne Nutzen, daher keine GKV-Erstattung mehr)
2003	Escitalopram = <i>Cipralex</i> ©
2004	Duloxetin = <i>Cymbalta</i> ©
2009	Agomelatin = <i>Valdoxan</i> ©

IQWiG=Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
GKV=Gesetzliche Krankenversicherung

Tabelle 4: Die neuen Antiepileptika (Liste nicht vollständig)

Jahr	Wirkstoff
1993	Lamotrigin = <i>Lamictal</i> ©
1994	Gabapentin = <i>Neurontin</i> ©
1999	Levetiracetam = <i>Keppra</i> ©, Topiramamat = <i>Topamax</i> ©
2000	Oxcarbazepin = <i>Trileptal</i> ©
2004	Pregabalin = <i>Lyrica</i> ©
2005	Zonisamid = <i>Zonegram</i> ©
2008	Lacosamid = <i>Vimpat</i>
2009	Eslicarbazepin = <i>Zebinix</i>

Tabelle 5: Neue Benzodiazepine und Hypnotika

Jahr	Wirkstoff
1993	„Z-Gruppe“: Zolpidem = <i>Stilnox</i> ©, Zopiclon = <i>Ximovan</i> ©, Zaleplon = <i>Sonata</i> ©

Da ca. ein Drittel der Menschen mit Intelligenzminderung eine zusätzliche Epilepsie aufweisen, werden die Antiepileptika hier mit aufgeführt, zumal auch deren zusätzlich psychotrope Effekte – z.B. stimmungsstabilisierende und antiaggressive Wirkungen – Problemverhalten positiv beeinflussen können. Durch die Einführung der neueren Substanzen ergaben sich in den letzten Jahren folgende Behandlungstrends:

- bevorzugte Anwendung von atypischen Neuroleptika gegenüber klassischen Neuroleptika mit einer deutlichen Reduktion von möglichen extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen,

- häufigere Anwendung der neueren Antidepressiva statt trizyklischer Antidepressiva zur Vermeidung anticholinergischer Nebenwirkungen (z.B. Sedierung, Mundtrockenheit, Kreislaufdysregulation)
- häufigere Anwendung neuerer Antiepileptika mit weniger Medikamenteninteraktionen und geringeren sedierenden Effekten sowie verbesserter Anfallskontrolle,
- gezieltere Anwendung von Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) statt Neuroleptika insbesondere bei stereotypen, repetitiven und impulsiv-aggressiven Verhaltensstörungen,
- vermehrter Einsatz des Therapeutischen Drug-Monitorings (TDM) zur Vermeidung unerwünschter Medikamenteninteraktionen insbesondere bei Polypharmazie.

Wirkung und Verordnung von Psychopharmaka

Psychopharmaka sollen – wie schon eingangs erläutert – regulierend auf die synaptischen Botenstoffe (Neurotransmitter) einwirken, welche wesentlich an der Informationsübermittlung zwischen den Nervenzellen im Zentralnervensystem beteiligt sind und so die geistig-seelische Verfassung eines Menschen beeinflussen können. Sie gehören mittlerweile zu den am häufigsten verordneten Medikamenten. Sie werden nicht nur von Psychiatern und Nervenärzten, sondern von Ärzten aller Fachrichtungen eingesetzt. Von den 30 umsatzstärksten Arzneimitteln im Jahr 2008 waren Quetiapin (Seroquel©) an 11. Stelle, Pregabalin (Lyrica©) an Platz 15, Venlafaxin (Trevilor©) an Platz 18, Risperidon (Risperdal©) an 24. und Levetiracetam (Keppra©) an 25. Stelle. Citalopram war das am häufigsten verordnete Psychopharmakon im Jahr 2009 (SCHWABE & PAFFRATH 2009).

Der Einsatz von Psychopharmaka erfolgt vorrangig symptom- bzw. syndrombezogen. Es werden außerdem mehr als 50% der Substanzen außerhalb ihrer behördlich zugelassenen Indikationen verordnet, z.B. bei Persönlichkeitsstörungen. In Fachkreisen wird dieses Vorgehen als *off-label-use* bezeichnet. Zudem findet im klinischen Alltag häufig eine Polypharmazie statt, d.h. eine Kombinationsbehandlung mit verschiedenen Substanzen unterschiedlicher Wirkgruppen. Das drückt häufig die Schwierigkeit aus, mit weniger Arzneimitteln zu einem befriedigenden Erfolg zu kommen. Manchmal ist Polypharmazie aber auch Ausdruck unkritischer und unsystematischer Handhabung der Verordnungen. Polypharmazie erhöht das Risiko unerwünschter Wechselwirkungen und vor allem unerwünschter Nebenwirkungen (MESSER & SCHMAUß 2006). Deshalb ist Polypharmazie immer mit Sorgfalt und ständiger kritischer Reflexion zu handhaben.

Kritische Bewertung von Psychopharmaka

In den letzten Jahren kam es aufgrund von verschiedenen Beobachtungen und Metaanalysen zu einer zunehmenden Kritik gegenüber der breiten Anwendung von Psychopharmaka. Die Kritik lässt sich auf folgende Aussagen konzentrieren:

- Atypische Neuroleptika sind nicht wirksamer als Neuroleptika der ersten Generation (LIEBERMANN et al. 2005),
- Es besteht ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko bei der Anwendung von atypischen Neuroleptika bei Demenz-Erkrankten (FRITZE 2005),
- Atypische Neuroleptika erhöhen das Risiko, ein metabolisches Syndrom zu entwickeln,
- Antidepressiva sind bei leicht- und mittelgradiger Depression gegenüber Placebo nicht wirksamer (MONCRIEF & KIRSCH 2005).

Stefan Weinmann, Psychiater und Psychotherapeut und Gesundheitswissenschaftler, fasst diese Kritik wie folgt zusammen:

„Wir leben in einer Kultur, in der Medikamente den wesentlichen Zugang zu psychisch Kranken darstellen. Dies geht auf die beobachtete Wirksamkeit von Psychopharmaka zurück, ist aber auch eine Auswirkung der Ausbildungs- und Forschungsstrukturen in der Psychiatrie und ein Erfolg der pharmazeutischen Industrie. Sie dominiert die klinische Forschung so stark, dass echte Alternativen zur universalen Anwendung von Psychopharmaka in der Behandlung kaum mehr denkbar sind. Psychosoziale Therapien werden meist nur als ergänzend wahrgenommen“ (WEINMANN 2008).

Auch die breite und oftmals lang andauernde Anwendung von Psychopharmaka zur Beeinflussung problematischer Verhaltensweisen bei Menschen mit Intelligenzminderung wird zunehmend kritisiert. Die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)* hat bereits in ihrer 2003 vorgelegten *Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie* ausgeführt, dass

„nur bei schweren, sonst nicht beeinflussbaren, den Patienten und die Umwelt erheblich belastenden psychopathologischen Auffälligkeiten ein Therapieversuch mit Neuroleptika gerechtfertigt sein kann. Bei einer Langzeitanwendung bedarf es einer regelmäßigen und sorgfältigen Überprüfung der Indikation und der Nutzen-Risiko-Abwägung“ (DGPPN 2003).

In Deutschland haben aktuell nur drei Substanzen aus der Gruppe der Neuroleptika eine behördliche Zulassung zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen von Menschen mit Intelligenzminderung (ROTE LISTE 2010):

- Melperon (Handelsname z.B. *Eunerpan*©), ein niederpotent wirksames Neuroleptikum: „*Erregungszustände bei Oligophrenie*“
- Zucloperthixol (Handelsname *Ciatyl*-©Z), ein mittelpotentes wirksames Neuroleptikum: „*psychomotorische Erregungszustände bei geistiger Behinderung*“
- Risperidon (Handelsname z. B. *Risperdal*©), ein hochpotentes wirksames Neuroleptikum: „*symptomatische Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von anhaltenden Aggressionen bei Verhaltensstörungen bei Kindern ab 5 Jahre und Jugendlichen mit unterdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten oder mentaler Retardierung, bei denen der Schweregrad der aggressiven oder anderen störenden Verhaltensweisen eine pharmakologische Behandlung erfordert*“.

Dabei ist bemerkenswert, dass für Risperidon sogar eine Begrenzung der Behandlungsdauer von bis zu sechs Wochen festgelegt ist. Eine Behandlung über diesen Zeitraum hinaus sowie der Einsatz aller anderen nicht erwähnten Psychopharmaka bei Problemverhalten geschieht also im *off-label-use*. Damit sind die Voraussetzungen eines sog. Heilversuchs gegeben. Das ist nicht grundsätzlich zu beanstanden, wenn keine brauchbaren Alternativen zur Verfügung stehen. Aber ein Heilversuch verlangt vom verordnenden Arzt besondere Sorgfalt hinsichtlich der Aufklärung und Einholung einer rechtswirksamen Einwilligung, der Formulierung der Indikation, der Nutzen-Risiko-Abwägung und Überprüfung der Behandlungsdauer im jeweiligen Einzelfall. Sofern eine diagnostizierbare und behandlungsbedürftige psychiatrische Störung nach ICD-10 vorliegt, sollte auch bei Menschen mit Intelligenzminderung eine leitliniengerechte Pharmakotherapie erfolgen.

Psychopharmaka bei Problemverhalten

EMERSON hat 1995 für herausforderndes Verhalten (Challenging behaviour) – oft als Synonym für Problemverhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung gebraucht – folgende Definition vorgelegt:

„Ein kulturell unangemessenes Verhalten von einer Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass die physische Sicherheit der Person oder anderer ernsthaft gefährdet ist oder Verhalten, dass erheblich die Nutzung von Einrichtungen der Gemeinschaft begrenzt oder dazu führt, dass der Zugang zu diesen verweigert wird“ (EMERSON 1995, Übersetzung M.K.).

Sofern entsprechendes Verhalten nicht unmittelbar auf einem behandelbaren psychiatrischen Störungsbild beruht bzw. vollständig dadurch erklärt werden kann, sind in erster Linie auf einer umfassenden funktionalen Verhaltensanalyse beruhende psychologische und heilpädagogische Maßnahmen indiziert, um hinsichtlich der Art, der Intensität und der Dauer

eine Verbesserung des zumeist impulsiven, expansiven und aggressiven Problemverhaltens zu erreichen. Jedoch kommt es gerade in Phasen krisenhafter Zuspitzungen solcher Problemverhaltensweisen dazu, dass auch von ansonsten einer Pharmakotherapie eher kritisch gegenüberstehenden Angehörigen und Betreuern eine medikamentöse Behandlung befürwortet und sogar eingefordert wird und eine solche im Rahmen einer Notfallbehandlung auch sinnvoll sein kann. Jedoch ist damit nicht selten der irrational anmutende Wunsch verbunden, den betroffenen Menschen „neu einzustellen“, so dass im Alltagsverhalten wieder ein bestmögliches Anpassungs- und Funktionsniveau erreicht wird. Aus dieser komplexen Situation heraus kommt es häufig zur Verordnung von einem oder gar mehreren Psychopharmaka, die im weiteren Verlauf nicht selten in eine Dauerbehandlung münden. Es gibt nur wenige und methodisch gute Studien, welche die Frage der Wirksamkeit einer Psychopharmakotherapie bei Problemverhalten untersucht haben.

Tabelle 6 listet die wichtigsten einschlägigen Arbeiten der letzten Jahre und ihre Bewertung auf. Insgesamt ergibt sich aus den aktuell zur Verfügung stehenden Daten eine nur sehr niedrige, also kaum aus randomisierten kontrollierten Studien ableitbare, Evidenz dafür, dass Psychopharmaka bei Problemverhalten von Menschen mit Intelligenzminderung wirksam sind. Kritisiert wird auch – und oft zu Recht –, dass sie oft als „Ersatz“ für andere notwendige Betreuungs- und Fördermaßnahmen eingesetzt werden, die aus Kosten- oder anderen Sachgründen jedoch fehlen.

Tabelle 6: Literatur über Psychopharmakotherapie bei Problemverhalten

Studien	Bewertung
BRYLEWSKI, J., DUGGAN, L. (1999): Antipsychotic medication for challenging behaviour in people with intellectual disability: a systematic review of randomized controlled trials. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> 43, 360-371. <i>3 randomisierte kontrollierte Studien aus 1975, 1977, 1994</i> und BRYLEWSKI, J., DUGGAN, L. (2004): Antipsychotic medication for challenging behaviour in people with intellectual disability. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 004, 3, CD000377. <i>9 randomisierte kontrollierte Studien</i>	Keine Evidenz, ob eine antipsychotische Medikation bei Problemverhalten hilft oder schadet. Die Datenlage ist mangelhaft.

<p>GREY, M., HASTINGS, R.P. (2005): Evidence-based practices in intellectual disability and behaviour disorders. <i>Current Opinion in Psychiatry</i>, 18: 469-475.</p> <p>und</p> <p>WACHTEL, L.E., HAGOPIAN, L.P. (2006): Psychopharmacology and Applied Behaviour Analysis: Tandem Treatment of Severe Problem Behaviours in Intellectual Disability and a Case Series. <i>Isr J Psychiatry Relat Sci</i> Vol 43 No.4 265-274.</p>	<p>Die <i>Angewandte Verhaltensanalyse (Applied Behaviour Analysis=ABA)</i> ist sehr gut evidenzbasiert, auch in Kombination mit dem atypischem Neuroleptikum Risperidon.</p>
<p>DEB, S., et al. (2007): The effectiveness of antipsychotic medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> Vol 51, Part 10, pp 766-777</p>	<p>Nur für Risperidon liegt eine Evidenz über randomisierte kontrollierte Studien vor, für andere Atypika liegen nur vereinzelt Fallstudien vor, daher ist derzeit noch keine Empfehlung einer spezifischen neuroleptischen Medikation für ein spezifisches Problemverhalten möglich.</p>
<p>SOHANPAL, S.K., et al. (2007): The effectiveness of antidepressant medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> Vol 51, Part 10, pp750-765.</p>	<p>Unter SSRI nur in weniger als 50% der Fälle Verbesserung von auto- und fremdaggressivem Problemverhalten und meist nur dann, wenn eine Angst- und/oder Zwangsstörung dem Problemverhalten zugrunde liegt</p>
<p>DEB, S., et al. (2008): The effectiveness of mood stabilizers and antiepileptic medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> Vol 52, Part 2, pp 107-113.</p>	<p>Nur für Lithium ist eine randomisierte kontrollierte Studie vorhanden, weitere methodisch zu hinterfragende Studien zeigen positive Ergebnisse für Carbamazepin, Valproinsäure und Topiramid.</p>
<p>TYRER, P. et al. (2008): Risperidone, Haloperidol and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. <i>Lancet</i>, 371:57-63.</p>	<p>Weder atypische noch herkömmliche Neuroleptika sollten routinemäßig zur Ruhigstellung nicht-psychotischer erwachsener Patienten eingesetzt werden.</p>
<p>ANTONACCI, D.J., et al. (2008): Diagnosis and Treatment of Aggression in Individuals with Developmental Disabilities. <i>Psychiatr Q</i> 79:225-247.</p>	<p>Die Evidenz bezüglich Psychopharmakotherapie aber auch Psychotherapie ist trotz deren klinischer Wirksamkeit weiterhin mangelhaft.</p>
<p>RUEDRICH, S.L. et al. (2008): Atypical antipsychotic medication improves aggression, but not self-injurious behaviour, in adults with intellectual disabilities. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i>, Vol 52 Part 2 pp 132-140.</p>	<p>Atypika besser verträglich als herkömmliche Neuroleptika und effektiver über 1-Jahres-Behandlung von aggressivem Problemverhalten, jedoch engmaschige Überwachung von Gewicht und metabolischen Veränderungen erforderlich.</p>

ZARCONE, J., et al. (2008): Measurement of problem behaviours during medication evaluations. Journal of Intellectual Disability Research, Vol 52 Part 12 pp 1015-1028.	Valide Messinstrumente sind erforderlich um Wirkeffekte als auch Nebenwirkungen bei Psychopharmakotherapie von Problemverhalten zu erfassen.
ROMEO, R. et al. (2009): The treatment of challenging behaviour in intellectual disabilities: cost-effectiveness analysis. Journal of Intellectual Disability Research, Vol 53 Part 7 pp 633-643.	Doppelblindstudie über 26 Wochen mit Risperidon, Haloperidol und Placebo, gemessen wurden Verbesserung von aggressivem Problemverhalten, Lebensqualität und Therapiekosten. Ergebnis: Haloperidol war am effektivsten bezüglich Abnahme von aggressivem Problemverhalten, aber am schlechtesten bezüglich Lebensqualität. Die Behandlung mit Placebo verursachte weniger Kosten als mit Neuroleptika.
GANZ, R.E. (2010): Risperidon, Haloperidol und Placebo in der Behandlung von aggressiven Verhaltensstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung: Ein kritischer Kommentar zu Tyrer et al. Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, 7. Jg., Heft 1, 7/2010, S.40-42.	Bei Langzeiteffekten (>4 Wochen) zur Behandlung von aggressiven Verhaltensstörungen sind Neuroleptika gegenüber Placebo und hierbei Risperidon gegenüber Haloperidol überlegen.
TSIOURIS, J.A. (2010): Pharmacotherapy for aggressive behaviours in persons with intellectual disabilities: treatment or mistreatment ? Journal of Intellectual Disability Research, Vol 54 Part 1 pp 1-16.	Aggressives Problemverhalten ist zumeist nicht psychotisch bedingt, weshalb der Übergebrauch von Neuroleptika verändert werden muss.
HEYVAERT, M. et al. (2010): A meta-analysis of intervention effects on challenging behaviour among persons with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research, Vol 54 Part 7 pp 634-649.	Auswertung von 30 Studien: sowohl die Psychopharmakotherapie, die Psychotherapie als auch systemische Interventionen, allein oder in Kombination, sind effektiv.

Schlussfolgerungen

Der für Menschen mit geistiger Behinderung tätige Arzt kann und wird weiterhin Psychopharmaka auch bei Problemverhalten einsetzen, zumal er aus zahlreichen Einzelfallsituationen und Verlaufsbeobachtungen deren positive Wirkeffekte kennt. Er wird dies nur tun, wenn diese Behandlung eingebettet ist in ein multimodales und interdisziplinär aufgestelltes Therapiekonzept. Er orientiert sich dabei auch an dem bereits von *Hippokrates* (ca. 460 bis ca.370v.Chr.) formulierten Leitsatz:

„Der Arzt muss nicht nur bereit sein, selber seine Pflicht zu tun, er muss sich auch die Mitwirkung des Kranken, der Gehilfen und der Umstände sichern.“

Die *World Psychiatric Association* hat 2009 Leitlinien zur Anwendung von Psychopharmaka bei Problemverhalten von Menschen mit Intelligenzminderung vorgelegt. (WPA 2009).

Im Juni 2010 sind in deutscher Übersetzung die Praxisleitlinien und Prinzipien – Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten der *European Association of Mental Health in Intellectual Disabilities* publiziert worden (DGSGB 2010). Diese Leitlinien führen zur Verwendung von Psychopharmaka aus:

„Der Einsatz von Psychopharmaka für die Behandlung von Problemverhalten wird kontrovers diskutiert. Konsens ist, dass Problemverhalten vielfältige unterschiedliche Bedingungen und Prozesse zugrunde liegen. Deshalb werden sie mit einer Kombination therapeutischer Zugänge behandelt, die auf der Grundlage einer umfassenden Diagnostik ausgewählt werden. Ein Psychopharmakon kann einen positiven Effekt haben, wenn es eine klare Indikation hat (z.B. Angst oder Erregbarkeit zu vermindern) oder in Fällen, in denen Ruhelosigkeit, Erregbarkeit, Impulsivität oder ähnliches die Anwendung anderer Behandlungsmethoden erschweren. Es ist aber ein Fehler, Problemverhalten nur mit Psychopharmaka zu behandeln. Hohe Dosierungen und unkontrollierte chronische Anwendung schaden.“

Es ist also notwendig, dass in den nächsten Jahren weitere systematische Untersuchungen zur Prävalenz, Indikation und Effizienz der Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung insbesondere auch im deutschsprachigen Raum durchgeführt werden. Es gibt im internationalen Raum einige solcher Studien und auch einige wenige aus Deutschland (HENNICKE 2008a, HENNICKE 2008b, HENNICKE et al. 2009). Es bleibt zu hoffen, dass sich hieraus bessere und evidenzbasierte Leitlinien zum Einsatz von Psychopharmaka bei Problemverhalten entwickeln lassen, um die heute bestehenden Mängel und Unsicherheiten zu beseitigen.

Literatur

- ANTONACCI, D.J., MANUEL, C., DAVIS, E. (2008): Diagnosis and Treatment of Aggression in Individuals with Developmental Disabilities. *Psychiatr Q* 79:225-247
- BRYLEWSKI, J., DUGGAN, L. (1999): Antipsychotic medication for challenging behaviour in people with intellectual disability: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Intellectual Disability Research* 43, 360-371.

- BRYLEWSKI, J., DUGGAN, L. (2004): Antipsychotic medication for challenging behaviour in people with intellectual disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 004, 3, CD000377.
- DEB, S., SOHANPAL, S.K, SONI, R., LENOTRE, L. UNWIN. G. (2007): The effectiveness of antipsychotic medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research* 51, Part 10, pp 766-777.
- DEB., S, CHAPLIN, R., SOHANPAL, S. K., UNWIN, G., SONI, R. LENOTRE, L. (2008): The effectiveness of mood stabilizers and antiepileptic medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, Part 2, 107-113.
- DGPPN (Hrsg.): *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2003): Band 6. *Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie*, Steinkopff-Verlag, Darmstadt.
- DGSGB e.V.(Hrsg.) (2010): *Praxisleitlinien und Prinzipien - Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten – Europäische Edition*. Materialien der DGSGB, Band 21, Berlin.
- EMERSON, E. (1995): *Challenging behaviour - Analysis and intervention in people with learning difficulties*. Cambridge University Press.
- FRITZE, J., ALDENHOFF, J., BERGMANN, F., MAIER, W., MÖLLER, H.-J. (2005): Antipsychotika bei Demenz. *Psychoneuro* 31, 581-583.
- FRITZE, J (2009): Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2008. *Psychopharmakotherapie* 16, 121-133.
- GREINER, T. (1958): Problems of methodology in research with drugs. *American Journal of Mental Deficiency* 64, 346-352.
- GANZ, R.E.(2010): Risperidon, Haloperidol und Placebo in der Behandlung von aggressiven Verhaltensstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung: Ein kritischer Kommentar zu Tyrer et.al. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* 7 , Heft 1, 40-42.
- GREY, M., HASTINGS, R.P. (2005): Evidence-based practices in intellectual disability and behaviour disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 18, 469-475.
- HEYVAERT, M., MAES, B., ONGHENA, P. (2010): A meta-analysis of intervention effects on challenging behaviour among persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 54 Part 7, 634-649.
- HENNICKE, K. (2008a): Zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland - Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. *Z. Kinder-Jugendpsychiat. Psychother.* 36 (2), 2008, 127-134.
- HENNICKE, K. (2008b): Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe. Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennicke, K. (Hrsg.): *Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel*. Materialien der DGSGB, Band 17, Berlin 2008, S.4-22.
- HENNICKE, K., BUSCHER, M., HÄBLER, F., ROOSEN-RUNGE, G. (2009): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und

- Psychotherapie e.V. (DKJPP). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009.
- LIEBERMANN, J.A., STROUP, T.S., McEVOY, J.P. et.al. (2005): Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353:1209-1223.
- MESSER, T., SCHMAUß, M. (2006): Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Springer-Verlag, Wien.
- MONCRIEF, J., KIRSCH, I. (2005): Efficacy of antidepressants in adults. *British Medical Journal* 331,155-159.
- ROTE LISTE 2010. Hrsg. und Verlag: Rote Liste Service GmbH, Frankfurt/Main.
- ROMEO, R., KNAPP, M, TYRER, P., CRAWFORD, M., OLIVER-AFRICANO, P. (2009): The treatment of challenging behaviour in intellectual disabilities: cost-effectiveness analysis. *Journal of Intellectual Disability Research* 53 Part 7, 633-643.
- RUEDRICH, S.L., SWALES, T.P., ROSSVANES, C., DIANA, L., ARKADIEV, V., LIM, K. (2008): Atypical antipsychotic medication improves aggression, but not self-injurious behaviour, in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, Part 2, 132-140.
- SCHWABE, U., PAFFRATH, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungsreport 2009*, Springer.
- SOHANPAL, S.K., DEB, S., THOMAS, C., SONI, R., LENOTRE, L., UNWIN, G.(2007): The effectiveness of antidepressant medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research* 51, Part 10, 750-765.
- TSIOURIS, J.A.(2010): Pharmacotherapy for aggressive behaviours in persons with intellectual disabilities: treatment or mistreatment ? *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, Part 1, 1-16.
- TYRER, P., ALIVER-AFRICANO, P.C., AHMED, Z., et al. (2008): Risperidone, Haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet*, 371 (9006): 57-63.
- WACHTEL, L.E., HAGOPIAN, L.P. (2006): Psychopharmacology and Applied Behaviour Analysis: Tandem Treatment of Severe Problem Behaviours in Intellectual Disability and a Case Series. *Isr J Psychiatry RelatSci* Vol 43 No.4 265-274.
- WEINMANN, S. (2008): *Erfolgsmythos Psychopharmaka - warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- WPA SECTION REPORT (2009): International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry* 8,181-186.
- ZARCONE, J., NAPOLITANO, D., VALDOVINOS, M. (2008): Measurement of problem behaviours during medication evaluations. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, Part 12, 1015-1028.

Anforderungen an eine fachlich und ethisch verantwortliche Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung

Klaus Hennicke

Vorbemerkung

Der Einsatz von Psychopharmaka ist eine unverzichtbare Therapieoption der Psychiatrie. Die folgenden Ausführungen sollten daher nicht missverstanden werden als Plädoyer gegen den Gebrauch von Psychopharmaka überhaupt, sondern als Argumentation für deren vernünftigen und begründeten Einsatz im Rahmen eines umfassenderen Behandlungskonzepts.

Die Einführung der Psychopharmaka in die psychiatrische Therapie in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts gilt als Meilenstein für eine menschlichere Psychiatrie. Die Entwicklung der modernen Sozialpsychiatrie wäre in der Tat ohne die Einführung der Psychopharmaka nicht möglich gewesen. Die Psychopharmaka, insbes. die Neuroleptika, lösten die vorher üblichen, teilweise drastischen körperlichen Therapiemethoden der Psychiatrie ab. Sie wurden zur wichtigsten somatischen Therapieform der Psychiatrie. Die Fortschritte der Psychopharmakotherapie ermöglichten sowohl die effektivere Behandlung mit psychologischen, pädagogischen und sozialen Methoden als auch die Etablierung der Psychiatrie als gleichberechtigtes medizinisches Fachgebiet.

Die andere Seite dieser Erfolgsgeschichte ist der vorherrschende Mythos, jeder Wirkstoff hätte eine spezifische Wirkung, die sich mit deren Einfluss auf die komplexen Neurotransmittersysteme im und am synaptischen Spalt der Nervenzellen und auf die einzelnen Hirnareale und Verknüpfungsbahnen erklären ließe. Tatsächlich aber gibt keine bisher kein auf diese Parameter begründetes Modell der (gestörten) Hirnfunktion, geschweige denn von psychischer Störung¹.

Im Grunde wissen wir also nicht, was da im Gehirn passiert, denn wir haben nur sehr vereinfachte Modelle zur Verfügung. Was wir aber wissen: Psychopharmaka entfalten ihre Wirkung in der Reduktion beeinträchtigender Symptome und Äußerungsformen. Sie ermöglichen dem betroffenen Menschen, sich selbst in ihrer Umwelt anders zu erleben, ihre persönliche Funktionsfähigkeit zu verbessern und mehr am gesellschaftlichen Leben

¹ Vgl. THOME & RIEDERER, 2000; WINDGASSEN & BICK, 2004; WEINMANN 2008.

teilzuhaben. Auf diesen *klinischen Erfahrungen* gründet sich der therapeutische Wert und in diesem Sinne sollte er auch genutzt werden.

Psychopharmaka behandeln keine Krankheiten. Sie tragen wahrscheinlich dazu bei, Ungleichgewichtigkeiten im hochkomplexen Funktionieren des Gehirns zu verändern, die im lebensgeschichtlichen Verlauf unter den je besonderen psychosozialen Bedingungen des Individuums entstanden sind.

Zur aktuellen Versorgungssituation

Kasten 1: Zur aktuellen Situation der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Psychopharmaka

Der Einsatz von Psychopharmaka geschieht zu häufig ...

- in zu hoher Prävalenz: durchschnittlich erhalten ca. 1/3 aller Heimbewohner in irgendeiner Form Psychopharmaka mit der extremen Varianz von 0-100%;
- ohne (ausreichende) psychiatrische Begründung: keine hinreichende Diagnostik, keine spezifischen fachlichen Begründungen (Indikationsstellung), keine umfassenden Behandlungspläne;
- über zu lange Behandlungszeiten: Langzeit- und Dauermedikationen über Jahre bis zu Jahrzehnten ohne nachvollziehbare Begründungen;
- als alleinige Maßnahme: es finden keine zusätzlichen unterstützenden primären oder sekundären psychotherapeutische, kreativtherapeutische, heilpädagogische oder alltagspädagogische Interventionen (mangelhafte Multimodalität)
- mit hohem individuellen Risiko für schädliche Folgen aufgrund mangelhafter Kontrollen der körperlichen und psychischen Nebenwirkungen sowie der Interaktionen bei Polypharmazie;
- ohne sicher nachvollziehbare Wirkung: auch der erwünschte positive Effekt der Behandlung wird weder hinreichend gemessen noch dokumentiert (fehlende Evaluation)
- in einem Kontext ungeklärter Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten der Beteiligten: in der defizitären Situation fühlen sich v.a. die Betreuungspersonen für Dinge verantwortlich, für die sie eigentlich nicht zuständig sind
- nicht leitlinienorientiert oder gar evidenzbasiert: mangelhafte Einhaltung psychiatrischer Standards
- aus einrichtungsspezifischen Gründen: es scheinen wesentlich Einrichtungsfaktoren über den Einsatz der Medikamente zu entscheiden (z.B. Einstellungen der Mitarbeiterschaft oder des behandelnden Arztes und *nicht* die Probleme des Betroffenen selbst (Diagnose, Behinderung);
- ohne informierte Zustimmung der Betroffenen und/oder ihrer gesetzlichen Betreuer: in die Entscheidungsfindung werden weder die gesetzlichen Betreuer noch die Betroffenen ausreichend mit einbezogen (kein „informed consent“)
- als Ersatz für (heil-)pädagogische Interventionen: mangelhafte Anwendung heilpädagogischer Konzepte zur Beeinflussung von Problemverhalten
- als sog. „Bedarfsmedikation“ mit hohem Missbrauchspotential, da der „Bedarfs“ kaum je genau zu definieren ist.

Im Kasten 1 ist die derzeitige Situation der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Psychopharmaka überblicksmäßig zusammengefasst. Die Aussagen gründen sich auf zahlreiche Literaturquelle, auf eigene klinische Erfahrungen sowie auf Berichte von Betroffenen und deren Betreuungspersonen².

Die Übersicht zeigt, dass dringender Handlungsbedarf besteht, diese sehr unbefriedigende, ethisch fragwürdige und fachlich sowohl aus pädagogischer wie vor allem auch aus psychiatrischer Sicht nicht vertretbare Situation zu ändern. Da davon auszugehen ist, dass alle Beteiligten, die behandelnde Ärzte, die Einrichtungsleitung, die betreuende Mitarbeiter und die gesetzlichen Betreuer/Angehörigen ihren Anteil an der außerordentlich komplexen Situation haben, macht es Sinn darüber nachzudenken, ob gemeinsame, von allen Beteiligten und Fachdisziplinen getragene *Empfehlungen* (Kasten 2) dafür sorgen könnten, mit Regeln und Übereinkünften die Situation zu strukturieren und die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten besser zu klären.

Die Empfehlungen sind allesamt auch Bestandteil üblicher psychiatrischer Standards, wie sie sich in Lehrbüchern der Psychopharmakotherapie³ finden. Hier wird der Versuch unternommen, sie inhaltlich so zu formulieren, dass sie auch für die Pädagogik handhabbar werden.

Die Empfehlungen, die sich unter einigen Aspekten durchaus überschneiden, im Einzelnen:

1. Psychopharmaka sind nicht Mittel der 1. Wahl zur Beeinflussung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Der Sinn dieser Empfehlung liegt natürlich darin, dass Spektrum möglicher Interventionen und Therapien abzuprüfen, und zwar unter zu Hilfenahme interdisziplinärer Kompetenz, bevor die Idee des Einsatzes von Psychopharmaka erwogen wird⁴. Dies richtet sich insbes. an die Betreuungs-

² Vgl. HENNICKE, 2008, 2009; MEINS et al., 1993; MEINS, 1993; MICHELS, 2008; PANTEL et al., 2005; RÖSSERT & STEIGER 2003; SPREAT et al., 1997, 2004; STOLKER et al., 2002; CHAPMAN et al., 2006; BRYLEWSKI & DUGGAN, 2001; GEADT, 1986, 1995; SINGH et al., 1997; HÄSSLER, 2006.

³ Beispielsweise: BENCKERT & HIPPIUS 1996, 2009; FINZEN, 2007; DGPPN, 2003; KUTCHER, 1997; MÖLLER et al., 2001; NISSEN et al., 1998; SCHANZE, 2003; HEYMAN & SANTOSH, 2005.

⁴ Die Überlegenheit medikamentöser Behandlungsstrategien gegenüber anderen Interventionsformen z.B. bei expansiv-aggressivem Verhalten ist keinesfalls erwiesen (DIDDEN et al., 1997; vgl. auch WEINMANN, 2008). Insbes. die Wirksamkeit von Neuroleptika wird eher überschätzt (BRYLEWSKI & DUGGAN, 2001; DEB et al., 2007). Vgl. auch die

Kasten 2: Interdisziplinäre Empfehlungen im Umgang mit Psychopharmaka

1. Psychopharmaka sind nicht Mittel der 1. Wahl zur Beeinflussung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.
2. Wahrnehmung/Anerkennung der Psychopharmakotherapie als spezielle psychiatrische Behandlungsmodalität
3. Transparente, psychiatrisch begründete, hochschwellige Indikationsstellung im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes: Medikamente sind immer nur Teil einer komplexen Behandlung.
4. Psychopharmakotherapie kommt erst dann zum Einsatz, wenn eine körperliche Erkrankung ausgeschlossen ist, eine umfassende pädagogisch-psychologische und psychiatrische Diagnostik durchgeführt wurde (Indikationsstellung) und/oder wenn alternative Interventionen für aussichtslos eingeschätzt wurden oder bereits erfolglos waren
5. Entscheidung über Psychopharmakotherapie nur auf Konsensbasis mit allen Beteiligten („informed consent“)
6. Jede Behandlung ist stets eine *befristete Veranstaltung* mit einem definierten Anfang (Indikation, Eintitrieren), evaluiertem Verlauf (Effektivität) und einem definierten Ende (wenn das Ziel der Behandlung erreicht ist)
7. Strikte Einhaltung der psychiatrischen Standards.
8. Vorliegen eines pädagogischen Rahmenkonzepts, innerhalb dessen die Behandlung stattfindet. Das bedeutet:
 - Nutzung der Medikamentenwirkungen zur Verbesserung der pädagogischen Umgangsstrategien im Alltag und der heilpädagogisch-psychologischen Primärtherapien
 - Einsatz fundierter alltagspädagogischer, heilpädagogisch-psychologischer Umgangsstrategien zur Unterstützung der pharmakologischen Primärtherapie

personen im Lebensalltag der Menschen. Es gibt zahlreiche alternative, mehr oder weniger begründete Interventions- und Umgangsstrategien bei auffälligem Verhalten aus dem Bereich der Heilpädagogik, der Alltagspädagogik, der kreativen Therapien und der Psychotherapie. Die Empfehlung heißt nicht, dass Psychopharmaka nur als „ultima ratio“ eingesetzt werden sollen, als letztes, äußerstes Mittel, wenn alles andere gescheitert ist. Vielmehr sollten – wenn eine sichere psychiatrische Indikation vorliegt – diese Medikamente eher frühzeitiger gegeben werden oder als „Begleittherapie“ zur Unterstützung einer der Primärtherapie (z.B. Psychotherapie oder spezielle heilpädagogische Interventionen) eingesetzt werden. Schließlich gibt in der Tat ganz wenige und seltene psychiatrische Zustände, die akut oder vom Schweregrad der Symptomatik her (z.B. katatone Zustände) an erster Stelle den Einsatz von Psychopharmaka (insbes. hochpotente Neuroleptika) verlangen.

2. Wahrnehmung/Anerkennung der Psychopharmakotherapie als spezielle psychiatrische Behandlungsmodalität

Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, dass Psychopharmaka häufig als irgendwie unerlässlich und selbstverständlich gegeben werden, ohne dass der ursprüngliche Therapiecharakter erkennbar wird. Herrn Schmidt oder Frau Müller haben viele betreuende Mitarbeiter noch nie ohne Psychopharmaka erlebt (HENNICKE, 2008). Diese wurden möglicherweise über Jahre und Jahrzehnte verabreicht und gehören einfach irgendwie zu Herrn Schmidt oder Frau Müller. Nur vom Hörensagen weiß man, dass die Bewohner die Medikamente „halt brauchen!“ Das hat mit Therapie nichts mehr zu tun!

Auf einen anderen, noch gefährlicheren Aspekt dieses Problems weisen Tendenzen hin, Psychopharmaka als pädagogisches Mittel in der Regie der Betreuungspersonen zur Verfügung zu stellen. Ganz evident wird diese Gefahr bei der sog. „Bedarfsmedikation“⁵. Dabei entscheidet der betreuende Mitarbeiter - zwar vom Arzt bevollmächtigt aber eigenständig nach mehr oder weniger gut definierter „Bedarfsituation“ - über den Einsatz eines Medikaments (meist Benzodiazepine oder niedrigpotente, sedierende Neuroleptika). Dem Missbrauch ist dadurch Tür und Tor geöffnet, auch in Form, dass z.B. in kritischen Situationen die Bedarfsmedikation anstatt (heil-)pädagogischer oder auch systemischer Strategien der Krisenbewältigung eingesetzt werden.

3. Transparente, psychiatrisch begründete, hochschwellige Indikationsstellung im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes: Medikamente sind immer nur Teil einer komplexen Behandlung

Der behandelnde Arzt muss gegenüber allen Beteiligten offenlegen, mit welchen Überlegungen er das Medikament als eine Behandlungsform im Rahmen eines umfassenderen Behandlungskonzeptes einsetzt und welche weiteren Behandlungsangebote damit unterstützt werden sollen bzw. welche Umgangsstrategien die Wirksamkeit des Medikaments unterstützen könnten. Beispielsweise ist psychiatrischer Standard, dass depressive Störungen mit Psychotherapie behandelt werden, die – bei erheblichem Schweregrad – mit Antidepressiva unterstützt werden kann. Des Weiteren sollen die Selbstheilungskräfte des Patienten durch eher fordernden Umgang und/oder mit Aktivierung bekannter individueller Ressourcen und/oder mit dem Angebot abwechslungsreicher, attraktiver Aktivitäten unterstützt werden.

Wenn bei einem Klienten zur Eindämmung seiner psychotischen Symptome Neuroleptika verabreicht werden, sollten zusätzlich alle belastenden Reize

⁵ Nicht zu verwechseln mit der „Notfallmedikation“ von Diazepam oder Lorazepam bei epileptischen Anfällen und der Gefahr der Statusentwicklung.

reduziert werden, die bei der Auslösung und Aufrechterhaltung der psychotischen Erlebnisweise eine Rolle spielen. Die Kommunikation sollte klar, eindeutig verständlich, die unmittelbaren Lebensumstände sicher, eng und nachvollziehbar gestaltet werden. Der Umgang mit paranoiden Ängsten bedarf besonderen Geschicks der Betreuungspersonen.

4. Psychopharmakotherapie kommt erst dann zum Einsatz, wenn eine körperliche Erkrankung ausgeschlossen ist, eine umfassende pädagogisch, psychologische und psychiatrische Diagnostik durchgeführt wurde (Indikationsstellung) und/oder wenn alternative Interventionen für aussichtslos eingeschätzt wurden oder bereits erfolglos waren

Diese Empfehlung spricht für sich und bedarf eigentlich keiner weiteren Erläuterung. Die Forderung nach einem umfassende Assessment und einer eindeutigen *psychiatrischen* Indikation ist selbstverständlich, insbes. auch der Ausschluss körperlicher Erkrankung, die häufiger als angenommen für Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich sind. Auch bei dieser Empfehlung wäre natürlich die Schlussfolgerung falsch, Psychopharmaka sollten erst als „ultima ratio“ zum Einsatz kommen.

5. Entscheidung über Psychopharmakotherapie nur auf Konsensbasis mit allen Beteiligten („informed consent“)

Die „informierte Zustimmung“ des Klienten zu einer Behandlung ist eine der wichtigsten medizinethischen Grundsätze nach dem 2. Weltkrieg⁶. Danach darf der Arzt eine Behandlung nur durchführen, wenn der Klient (bei Einwilligungsunfähigkeit der gesetzliche Vertreter bzw. gesetzliche Betreuer) *freiwillig* seine Zustimmung erteilt hat, die er sich auf Basis einer umfassenden *vom Arzt* zur Verfügung gestellten Informationen erarbeiten konnte. Es ist also mehr als nur Aufklärung des Patienten, die im Kern wesentlich nur dem Schutz des Arztes vor Regressforderungen dient. Es geht um verständliche und umfassende Information nicht nur über die Risiken, Nebenwirkungen, Erfolgs-/Heilungschancen, sondern insbes. auch über alternative Behandlungsformen.

⁶ 1947 wurde im Rahmen der Nürnberger Ärzte-Prozesse ein Kodex entwickelt, der die Verurteilung der angeklagten NS-Ärzte juristisch ermöglichte. Gleichzeitig entstand ein medizinethischer Kodex, der medizinische Versuche an Menschen nur unter strengen moralischen, ethischen und rechtlichen Prinzipien erlaubt. Kernpunkt ist die freiwillige und informierte Einwilligung der Versuchsperson, und damit der grundsätzliche Ausschluss aller Personen, die über zu wenig Wissen und Auffassungsvermögen verfügen, um eine verständnisvolle und aufgeklärte Entscheidung fällen zu können (also bewusstlose und schwer kranke Personen, Menschen mit geistiger Behinderung, Kinder) oder die sich in Abhängigkeit oder in einem Gewaltverhältnis zu anderen Personen oder Institutionen befinden (Heimbewohner, Gefängnisinsassen, Gefangene). Vgl. REICH, 2005.

Nicht nur aus juristischen Gründen sollte der „informed-consent-Prozess“ durchgeführt werden. Gerade bei der Psychopharmakotherapie, die sehr stark von psychosozialen Bedingungen und individuellen Einstellungen beeinflusst wird (Placebo-Effekte, Probleme der Compliance, divergierende Meinungen wichtiger Bezugspersonen), ist diese Einbeziehung des Klienten von sehr großer Bedeutung⁷. Wenn es gelingt – was durchaus auch bei schwerer geistig behinderten Menschen möglich ist – den Patienten durch eben solche „informed-consent-Prozesse“ „mit ins Boot zu holen“, werden die Chancen auf eine wirklich wirksame Psychopharmakabehandlung wesentlich günstiger.⁸

6. Jede Behandlung ist stets eine *befristete Veranstaltung* mit einem definierten Anfang (Indikation), evaluiertem Verlauf (Wirksamkeit) und einem definierten Ende (wenn das Ziel der Behandlung erreicht ist)

Auch diese Empfehlung ist unmittelbar plausibel und eigentlich selbstverständlich, wird aber in der Praxis der Behindertenhilfe selten durchgeführt, wie schon mehrfach angedeutet. Ein zusätzlicher entscheidender Aspekt ist, dass alle Behandlungsprozesse – wie auch immer – systematisch beobachtet werden *müssen*, um sie in ihren Wirkungen (und Nebenwirkungen) einschätzen zu können (Evaluation). Es liegt in der Natur der Sache, dass diese systematische Beobachtung in den stationären Kontexten von den Betreuungspersonen (auf Empfehlung/Anordnung des behandelnden Arztes) durchgeführt werden muss.

Da meistens die Betreuungspersonen die Initiatoren der Behandlung mit Medikamenten sind, müssen sie es auch sein, die über das Behandlungsziel und das Ergebnis wesentlich entscheiden. Diese *hohe Verantwortung* ist nicht an den Arzt delegierbar. Der Arzt muss aber dafür sorgen, dass die o.g. Prinzipien (Befristung, Evaluation) eingehalten werden.

7. Strikte Einhaltung der psychiatrischen Standards

Im Folgenden sind die üblichen, gültigen Standards der psychiatrischen Pharmakotherapie⁹ zusammengefasst (Kasten 3). Primär ist dafür selbstverständlich nur der behandelnde Arzt zuständig und verantwortlich. Den Betreuungspersonen obliegt allerdings die zuverlässige Mitwirkung an den erforderlichen logistischen (Gewährleistung der regelmäßigen Arztbesuche in Begleitung einer qualifizierten Bezugsperson) und praktischen Aufgaben (z.B.

⁷ Der Patient wird auch formal zum *Subjekt des Behandlungsprozesses*.

⁸ Ausführlich zum „informed-consent-Prozess“ vgl. KALACHNIK et al., 1998; KALACHNIK, 1998; RUSH & FRANCES 2000.

⁹ Vgl. die oben zitierten Lehrbücher der Psychiatrie und der psychiatrischen Pharmakotherapie.

Medikamentengabe nach Anordnung, systematische, aussagefähige Verhaltensbeobachtung und -dokumentation).

Kasten 3: Standards der psychiatrischen Pharmakotherapie

(zit. n. HENNICKE et al., 2009)

1. *Vorliegen einer psychiatrischen Indikation als Ergebnis einer differenzierten Diagnostik*
 - Psychiatrisches Störungsbild
 - definierte Verhaltensauffälligkeit
2. *Vorliegen der allgemeinen Indikationsvoraussetzungen*
 - Schweregrad der Symptomatik
 - Beeinträchtigung im Erleben und Empfinden
 - Beeinträchtigung der Lebensqualität
 - Einschränkungen der sozial-adaptiven Fähigkeiten und der sozialen Integration
3. *Psychopharmaka sind nicht die alleinige Therapie, sondern müssen eingebettet sein in ein multimodales Behandlungskonzept (Gesamtbehandlungsplan)*
4. *Psychopharmaka sind selten die primäre Therapieform*
5. *Psychopharmaka sind immer eine individualisierte Therapieform (Austitrieren der optimalen effektiven Dosis; „Start slow, go slow“)*
6. *Notwendigkeit regelmäßiger medizinisch-psychiatrischer Kontrollen*
7. *Notwendigkeit der Evaluation des Therapieeffektes*

8. Vorliegen eines pädagogischen Rahmenkonzepts, innerhalb dessen die Behandlung stattfindet¹⁰.

Pädagogik zielt unter der *Prämisse einer gestörten Mensch-Umwelt-Beziehung* auf die Vermittlung der Bedürfnisse einer Person gegenüber den Regeln, Normen und Anforderungen einer Umwelt. Der Pädagoge vertritt die Außenwelt und ist gleichzeitig parteilich mit dem Klienten, um ihn in dieser Welt zu unterstützen. *Psychiatrische Therapie, resp. Psychotherapie* kümmert sich unter der *Prämisse einer verstörten oder gestörten inneren Welt eines Menschen* um das daraus folgende subjektive Leiden an sich selbst und an der Umwelt (unter dem Schutz der Klient-Therapeut-Beziehung). Es liegt auf der Hand, dass beide Prämissen miteinander kompatibel sind und sich gegenseitig (widerspruchsfrei) ergänzen. Im Kontext Psychopharmakotherapie bedeutet das:

- **Nutzung der Medikamentenwirkungen zur Verbesserung der pädagogischen Umgangsstrategien im Alltag und der heilpädagogisch-psychologischen Primärtherapien:** Die Medikamente sind dazu da, den Umgang im Alltag zu verbessern oder den Besuch von Angeboten außerhalb

¹⁰ Zur Erarbeitung solcher Konzepte können – neben den grundlegenden heilpädagogischen Erkenntnissen – die zahlreichen Lehrbücher der psychiatrischen Pflege hervorragende Dienste leisten (z.B. TOWNSEND, 2000). Vgl. auch BARTELT (2008).

der Wohngruppe (z.B. Schule, WfbM) oder von speziellen förderlichen oder therapeutischen Angeboten zu ermöglichen (Kreativangebote, Reiten, Snoezelen, Ergotherapie oder externe Psychotherapie usw.), damit *deren* Behandlungsziele erreicht werden können. Durch die Reduzierung subjektiv beeinträchtigter und für die Umwelt belastender Symptomatik sollten für *alle* Beteiligten entspanntere, weniger leidvolle oder auch gänzlich neue, positive Erfahrungen *miteinander* möglich werden. Diese herzustellen und zu nutzen ist genuine Aufgabe einer professionellen Pädagogik.

- **Einsatz fundierter alltagspädagogischer, heilpädagogisch-psychologischer Umgangsstrategien zur Unterstützung der pharmakologischen Primärtherapie:** In ähnlicher Weise bedarf es eines pädagogischen Konzepts, das das Behandlungsziel der Psychopharmakotherapie unterstützt. Besteht das Behandlungsziel beispielsweise in der Reduzierung aggressiver Verhaltensweisen, sollten die pädagogischen Umgangsstrategien und evtl. die zusätzlichen speziellen heilpädagogischen Aktivitäten darauf gerichtet sein, die im Rahmen eines umfassenden Assessments bekannten Auslösereize, Belastungen und Kontextbedingungen zu beachten und umzugestalten (i.S. der Verbesserung der Person-Umwelt-Beziehungen).

Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten

Sollten diese Empfehlungen akzeptiert werden, ergeben sich für die am Behandlungsprozess Beteiligten jeweils unterschiedliche Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Sie werden im Folgenden „checklistenartig“ für die Hauptakteure behandelnde Ärzte, Leitungspersonen einer Behinderten-einrichtung und betreuende Gruppenmitarbeiter dargestellt, um sie für den Einzelfall besser nutzen zu können. Dabei ist klar, dass nicht jede einzelne Empfehlung in jedem Fall abgearbeitet werden kann und muss.

Der behandelnde Arzt

- Umfassende psychiatrische Diagnostik und Indikationsstellung mit Definition des Behandlungsziels aus psychiatrischer Sicht (Behandlungsplan)
- Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept; Veranlassung/Anordnung unterstützender Primär- oder Sekundär-Behandlungen
- Durchführung des Konsensgebots; Einholen der schriftlichen Zustimmungen (Eltern, gesetzl. Betreuer), Umfassende Einbeziehung des Klienten
- Auswahl des Präparats, Dosierung, Anwendungsart und -dauer, Rezeptierung
- Schriftliche Anordnungen der Medikamentengabe (insbes. Bedarfsmedikation, wenn sie denn wirklich angezeigt ist)

- Aufklärung, Abwägen und Diskussion der Wirkungen, Nebenwirkungen und Interaktionsrisiken sowie deren *Kontrolle* mit Informationspflicht gegenüber allen Beteiligten
- Anordnung von systematischen Verhaltensbeobachtungen und deren nachvollziehbare Dokumentation als Grundvoraussetzung seiner *Evaluationspflicht* nachkommen zu können
- Nachweis der Effektivität längerdauernder Behandlungen.

Der Arzt trägt die Gesamtverantwortung für die Behandlung. Er kann sich nicht - wie häufig in stationären Betreuungskontexten – darauf zurückziehen, dass die Betreuungspersonen in ihrer Fürsorgeverpflichtung für den Bewohner genau beobachten und kontrollieren. Er ist dazu verpflichtet, umfassende Informationen und Anweisungen zu geben, deren Umsetzung *er* kontrollieren muss.

Die betreuenden Mitarbeiter

- Sorgfältiger, verantwortungsbewusster Umgang mit ihrer „*Definitionsmacht*“ für auffälliges, behandlungsbedürftiges Verhalten
- Umsetzung der Therapie in den Alltag der Betreuung (konkrete Gestaltung des pädagogischen Rahmenkonzepts)
- Unterstützung der laufenden Therapie durch genaue Einhaltung der Anordnungen sowie vor allem auch durch die eigene professionelle und persönliche Einstellung zur Therapie
- Systematische (Verhaltens-)Beobachtung der Wirkungen und Nebenwirkungen und wahrheitsgemäße Berichterstattung auf Anordnung des behandelnden Arztes (entscheidender Teil der Evaluation des Therapieergebnisses)¹¹
- Qualifizierte Methodik der Verhaltensbeobachtung und deren Dokumentation
- Kooperation mit dem Arzt „in Augenhöhe“: qualifizierte Fragen und Berichterstattung.

Logistik, Organisation und praktische Durchführung der Therapie liegt in ihrer Verantwortung. Falls es dabei zu Schwierigkeiten kommt (z.B. Verweigerungen des Klienten, Verabreichung falscher Medikamente, Widerstände bei Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern) muss unverzüglich der behandelnde Arzt informiert und um Hilfestellung gebeten werden.

Die Betreuungspersonen sollten sich immer wieder bewusst machen, dass letztlich sie es sind, die über die Art und Weise der medikamentösen Therapie

¹¹ Vgl. dazu die Ausführungen zur Verhaltensbeobachtung und -dokumentation bei MICHELS, 2008 und SCHANZE, 2003.

„entscheiden“, natürlich nicht formell oder rechtlich gesehen, sondern aufgrund ihrer „Definitionsmacht“, auf die der behandelnde Arzt fast ausschließlich angewiesen ist.

Die Einrichtungsleitung

- Sicherstellung und Gewährleistung der (alltagspädagogischen) Betreuungsstandards wie auch des speziellen Rahmenkonzepts D.h. „offensive“, fordernde Mitwirkung bei der Klärung/Erarbeitung folgender Aspekte (und deren laufende Kontrolle):
 - Ausschluss spezieller Bedingungen und Faktoren, die das auffällige Verhalten mitbedingen könnten (z.B. Zimmersituation, Gruppenzusammensetzung, Räumlichkeit der Wohngruppe, Umgangsformen der Mitarbeiter, Entwicklungsstand angemessene Anforderungen, Beziehungssituation zur Herkunftsfamilie)
 - Klärung im Betreuungsteam, ob das angestrebte Ziel (Reduzierung der störenden/auffälligen/leidvollen Verhaltensweisen) nicht über andere Maßnahmen erreichbar ist.
 - Offene Diskussion mit allen Beteiligten über ihre (häufig unterschiedlichen) Interessen
 - Pädagogisches Konzept der Wohngruppe und individualpädagogische Umgangsstrategien
 - Erarbeitung eines speziellen (heil-)pädagogischen Konzepts zur Unterstützung bzw. Nutzung der Psychopharmakotherapie
 - Einbeziehung des Betroffenen, der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer (Teil des „informed consent“; Systemisches Konzept)

- Kooperation mit den behandelnden Ärzten
 - Persönliche Kontaktpflege und fortlaufende „Auftragsklärung“ (Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten) nach Maßgabe der Qualitätsstandards der Einrichtung, evtl. Vereinbarungen über die von der Einrichtung definierten/erwarteten Standards)
 - (Gelegentliche) Teilnahme an Arztbesuchen oder Anwesenheit bei Hausbesuchen
 - Sicherung der Kontinuität: regelmäßige Arztbesuche zusammen mit möglichst demselben aussagefähigen Mitarbeiter)
 - Klärung der Dokumentation, deren Umfang, Bereich, spezielle Aspekte
 - Mediation und Vermittlung von unterschiedlichen Standpunkten und Konflikten zwischen Gruppenmitarbeitern und Arzt
 - Einbeziehung in Gruppen- und/oder heiminterne Veranstaltungen

Zur Umsetzung dieser Empfehlungen brauchen Leitungspersonen grundlegende Kenntnisse über die Prinzipien der Psychopharmakotherapie. Sonst ist es ihnen nicht möglich, die Kontrolle und Durchsetzung der mit den Beteiligten vereinbarten Empfehlungen (einschl. Kontrolluntersuchungen, Durchführung primärer und sekundärer Therapien, multimodales Behandlungskonzept) zu leisten. Darüber hinaus sollten sie umfassende Kenntnisse über Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, deren Diagnostik und (multimodalen) Behandlungsmöglichkeiten haben. Eine interdisziplinäre Perspektive ist für eine moderne stationäre Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung unabdingbar.

Gesetzliche Betreuer und Angehörige

Ihre Einbeziehung im Rahmen des „informed consent“ ist aus fachlich-ethischen Gründen unerlässlich und für den eigentlichen Behandlungsprozess äußerst hilfreich. Es wird empfohlen, *in jedem Fall* (auch wenn der Einrichtung eine „Generalvollmacht“ zur Gesundheitsversorgung vorliegt) die schriftliche Zustimmung des gesetzlichen Betreuers einzuholen. Gelegentlich ist auch die formelle Zustimmung erforderlich, wenn es sich um risikoreiche Therapie handelt, z.B. Hochdosisbehandlung, „off-label“- Einsatz von nicht für diese Indikation zugelassener Wirkstoffe¹², Interaktionsrisiken mit anderen Medikamenten, bei bekannten körperlichen Krankheiten oder wenn – im Konsens – auch Freiheitsentziehung eine Rolle spielen sollte, die zwingend richterlicher Genehmigung bedarf.

Gesetzliche Betreuer und Angehörige - wenn sie denn einbezogen werden - sind gehalten, ein hohes Maß an Engagement, Redlichkeit und Verbindlichkeit einzubringen. Und sie sollten bereit sein, eigene Einstellungen und Meinungen zu diskutieren und möglicherweise zu verändern. Je mehr Laienbeteiligte involviert sind, desto größer ist die Gefahr von Verstrickungen und Machtspielen mit fruchtlosen Auseinandersetzungen und dem Ergebnis der Blockade und Stagnation¹³.

¹² Zum Problem des Einsatzes von Psychopharmaka außerhalb ihres Zulassungsbereiches („off-label-Gebrauch“) vgl. WETTERLING (2004).

¹³ Natürlich können solche Verstrickungen auch unter Fachleuten vorkommen! Formell ist der „informed consent“-Prozess also ein Vertrag zwischen zwei Parteien (Behandler und Behandelte) und deren jeweiligen Vertretern sowie den involvierten Helfern, die für die Durchführung des Prozesses eine Aufgabe übernehmen. Sinn und Inhalt dieses Vertrages muss allen klar sein, zum Gelingen müssen alle ihren Beitrag leisten.

Zusammenfassung und Schluss

Der Einsatz von Psychopharmaka in der Behindertenhilfe ist eine hochkomplexe Veranstaltung, in der alle Beteiligten spezifische Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten wahrnehmen *müssen*. Die Klärung und Festlegung dieser Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind Aufgabe der Einrichtungsleitungen und selbstverständlicher Teil des Qualitätsmanagements. Als fachliche Grundlage des Einsatzes von Psychopharmaka können die hier vorgelegten, fachübergreifenden, interdisziplinären Standards im Konsens der Beteiligten dienen.

Es mag derzeit unter den verknüpften Ressourcen der Behindertenhilfe und vieler Unklarheiten über die Zuständigkeiten der Sozialsysteme und des Gesundheitswesens sehr idealistisch anmuten zu erwarten, dass die obigen Empfehlungen umgesetzt werden. Aber:

1. Wenn tatsächlich in der Folge knapper Ressourcen, ethische und fachliche Grundsätze in der Versorgung von Menschen nicht mehr eingehalten werden können, darf das in den Einrichtungen nicht stillschweigend geduldet werden und es muss alles auf allen Ebenen getan werden, dies zu verändern. Umgekehrt: Je deutlicher die Träger und Leistungserbringer auf solche Mängel hinweisen, desto eher besteht die Chance der Veränderung.
2. Vielerorts wird mit dem Hinweis auf anderweitige, vordringlich zu bewältigende „Baustellen“ vermieden, auch noch diesen Aspekt der gesundheitlichen Versorgung von betreuungsbedürftigen Menschen anzugehen. Mindestens sollte dann – wie selbst am Beispiel einiger großer Träger in Berlin erfahren¹⁴ – das Thema „Psychopharmaka“ auf die dringende Agenda gesetzt werden.
3. Schließlich sei nochmals darauf hingewiesen, dass die formulierten Empfehlungen fachliche Standards darstellen, wie sie in allen Lehrbüchern der Psychiatrie zu finden sind. Es kann nicht angehen, dass sie nun gerade im Bereich der Behindertenhilfe nicht gelten sollten. Natürlich ist es Aufgabe der Ärzteschaft, für die Einhaltung der Standards zu sorgen. Die Verantwortlichen in den Einrichtungen sollten allerdings in ihrer Fürsorgepflicht darüber wachen.

Nicht zuletzt verpflichtet die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Art. 25 Gesundheit den Staat dazu, „*die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsdiensten und -leistungen (...) zu verhindern*“.

¹⁴ Beispielhaft die Ev. Stephanus Stiftung Berlin-Weissensee (Kontakt: Herr H. Holland) und die Lebenshilfe Berlin

Literatur

- BARTELT H. „Eigentlich sind wir ja dagegen!“ Medikamente und/oder Pädagogik - Warum tut sich die Behindertenhilfe so schwer? In: Hennicke K. (Hrsg.): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Materialien der DGSGB, Band 17, Berlin: Eigenverlag 2008: 28-40
- BENKERT, O., HIPPIUS, HG.: (2009): Kompendium der Psychopharmakotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- BENKERT, O., HIPPIUS, HG. (1996): Psychiatrische Pharmakotherapie: Ein Grundriss für Ärzte und Studenten. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- BRYLEWSKI, J., DUGGAN, L. (2001): Antipsychotic medication for challenging behavior in people with learning disability (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford
- CHAPMAN, M., GLEDHILL, P., JONES, P., BURTON, M., SONI, S. (2006): The use of psychotropic medication with adults with learning disabilities: survey findings and implications for services. British Journal of Learning Disabilities 34, 1 (2006) 28-35
- DEB S, MATTHEWS T, HOLT G, BOURAS N: Practice Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability. Pavilion, Brighton 2001.
- DEB, S., FRASER, W. (1994): The use of psychotropic medication in people with learning disability: Towards rational prescribing. Human Psychopharmacology 9(1994) 259-272
- DEB,S., SOHANPAL,S.K., SONI,R., LENOTRE,L., UNWIN,G. (2007):The effectiveness of antipsychotic medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. Journal of Intellectual Disability Research 51, 766-777.
- DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2003): Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; Bd. 6: Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie (hrsg. v. MÖLLER, H.-J., BENKERT, GASTPAR, M., LAUX, G., RÜTHER, E.) Steinkopff, Darmstadt;
- DIDDEN R; DUKER PC; KORZILIUS H (1997): Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. Am J Ment Retard 101(1997)387-99
- DIECKMANN, F. (2006): Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten - Evaluation eines Modellversuchs. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Psychologie und geistige Behinderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB vom 29.9. bis 1.10.2005 in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Materialien der DGSGB, Band 12. Berlin 2006
- DOŠEN, A., GARDNER, W.I., GRIFFITHS, D.M., KING, R., LAPOINTE, A. (2010): Praxisleitlinien und Prinzipien: Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten - Europäische Edition. Materialien der DGSGB, Band 21, Berlin
- FINZEN, A. (2007): Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. Psychiatrie Verlag
- GAEDT, C (1986) Besonderheiten der Behandlung psychisch gestörter geistig Behinderter mit Neuroleptika. Vorträge anlässlich des 1. Neuerkeröder Forums am 25. Mai 1986, Evangelische Stiftung Neuerkerode
- GAEDT, C. (1995): Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Neuerkeröder Beiträge H.10, Neuerkerode
- HÄSSLER F (2006): Polypharmazie in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: MESSER T, SCHMAUß M: Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen, Springer-Verlag, Wien 2006.
- HÄSSLER F, BUCHMANN J, REIS O (2005): Psychopharmaka und Polypharmazie. Die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. Nervenheilkunde 9: 811- 8

- HENNICKE K. Psychopharmakaprävalenz in Therapeutischen Wohngruppen der Jugendhilfe in Berlin. Unveröff. Bericht für die Arbeitsgemeinschaft der TWGs in Berlin. Berlin: 2008
- HENNICKE, K. (2008): Zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland – Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. Z. Kinder-Jugendpsychiatr. 36, 2 (2008)
- HENNICKE, K. (2008): Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe. Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 17, Berlin 2008, S.4-22
- HENNICKE, K., BUSCHER, M., HÄBLER, F., ROOSEN-RUNGE, G. (2009): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DKJPP). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009
- HENNICKE, K., MEINS, W.: Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen. Psychiatrische Praxis 22, 6 (1995)240-243
- HEYMAN, P., SANTOSH, P. (2005): Pharmacological and other Physical Treatments. In: RUTTER, M., TAYLOR, E. (2005): Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell, Oxford. 4. Aufl., pp. 998-1018
- KALACHNIK, J. E. (1999): Informed consent. In: KALACHNIK, J. E. (ed.): Handbook of psychopharmacologic medication monitoring. Kalachnik Consulting. Columbia SC.
- KALACHNIK, J. E. et al. (1998): Guidelines for the use of psychotropic medication. In: REISS, S., AMAN, M.G. (eds.): Psychotropic medication and developmental disabilities. The international consensus handbook. Nisonger Center. Ohio State University. Columbus
- KONIARCZYK, M. (2007): Psychopharmakotherapie: Standards der Psychiatrie – Wirklichkeit und Chancen. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 17, Berlin 2008.
- KONIARCZYK, M., HENNICKE, K., HOFFMANN, K. (Hrsg.) (2005): Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine kritische Standortbestimmung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 30.03.2001 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 5. Berlin 2005, 2. Aufl.
- KUTCHER, S.P. (1997): Child and Adolescent Psychopharmacology. Saunders, Philadelphia
- MEINS W, AUWETTER J, KRAUSZ M, TURNIER Y (1993): Behandlung mit Psychopharmaka in unterschiedlichen Einrichtungen für geistig Behinderte. Nervenarzt 64:451-455
- MEINS, W. (1993): Psychotherapie und Psychopharmakotherapie - Probleme der gemeinsamen Anwendung bei geistiger Behinderung. In: HENNICKE, K., ROTTHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. modernes lernen, Dortmund 1993, S.127-132
- MICHELS H. Psychopharmaka und „Good practice“ - Geht so was und woran merken wir das? In: Hennicke K. (Hrsg.): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Materialien der DGSGB, Band 17, Berlin: Eigenverlag 2008: 41-59
- MÖLLER, H.-J., LAUX, G., DEISTER, A. (2001): Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.
- NISSEN, G., FRITZE, J., TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Gustav Fischer, Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck 1998
- PANTEL, J., WEBER, B., BOCKENHEIMER-LUCIUS, G., EBSEN, I. (2005): Abschlussbericht: Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. <http://www.gesetzeskunde.de/rechtsalmanach/Heimrecht/PsychopharmakaimAltenheimBericht05.pdf> (14.11.2005)

- REICH, W.T.: Verrat an der Fürsorge: Nürnberg und die Ursprünge der heutigen medizinischen Ethik. Sozialpsychiatrische Informationen H.2(2005)2-6
- RÖSSERT, B., STEIGER, P. (2003): Es geht doch ohne Psychopharmaka. Mehr Lebensqualität für Menschen mit herausforderndem Verhalten. Geistige Behinderung H.4, 2003, 317-328
- RUSH AJ, FRANCES A. (Eds.) Expert Consensus Guidelines Series: Treatment of psychiatric and behavioral problems in mental retardation. Am J Ment Retard 2000; 105: No.3 (Special Issue)
- SAND, A.: „Inszenierung“ der Medikamentengabe. In: GEADT, C. (Hrsg.): Besonderheiten der Behandlung psychische gestörter geistig Behinderter mit Neuroleptika. Neuerkeröder Beiträge 1. Neuerkeröder Anstalten, Sickingen 1986, 21-27
- SCHANZE, S. (2003): Die Behandlung mit Psychopharmaka - Ein Element im Rahmen der multidimensionalen psychiatrischen Therapie und Förderung von Menschen mit Intelligenzminderung. In: KONIARCZYK, M., HENNICKE, K. (Hrsg.): Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung - Eine kritische Standortbestimmung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 30.03.2001 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 5, Berlin 2003, 29-51
- SEIDEL, M. (1999): Psychopharmakotherapie bei selbstverletzendem Verhalten geistig behinderter Menschen - Möglichkeiten und Grenzen. In: SEIDEL, M., HENNICKE, K. (Hrsg.): Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Berliner Beiträge Bd.8. Diakonie-Verlag, Reutlingen, S. 309-331
- SPREAT S, CONROY J, JONES J (1997) Use of psychotropic medication in Oklahoma: A statewide survey. Am J Ment Retard; 1: 80-5
- SPREAT, S., CONROY, J., FULLERTON, A. (2004): Statewide Longitudinal Survey of Psychotropic Medication Use for Persons With Mental Retardation: 1994 – 2000. American Journal on Mental Retardation 109(4)(2004)322-331 Liste Nr. 28
- STOLKER, J.J., KOEDOOT, P.J., HEERDINK, E.R., LEUFKENS, H.G.M., NOLEN, W.A. (2002): Psychotropic drug use in intellectually disabled group-home residents with behavioural problems. Pharmacopsychiatry; 35: 19-23
- THOME, J., RIEDERER, P. (2000): Störungen der Neurotransmission als Grundlage psychiatrischer Erkrankungen. In: MÖLLER, H.J., LAUX, G., KAPFHAMMER, H.-P. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S. 118-135
- TOWNSEND, M.C. (2000): Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. Handbuch zur Pflegeplanerstellung. Hans Huber, Bern. 2. Aufl.
- WEINMANN, S. (2008): Erfolgsmythos Psychopharmaka. Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- WETTERLING T (2004): Verabreichung von Medikamenten außerhalb der zugelassenen Indikationsgebiete ("off-label-use"). Fortschr Neurol Psychiatr 72:245-254.
- WINDGASSEN, K., BICK, O.: Fortschritte in der neuroleptischen Schizophreniebehandlung. Dtsch.Ärztebl. 101, 2004, B2772-2777)

Rechtliche Aspekte der Behandlung mit Psychopharmaka

Ralf Francois

Der Einsatz von Psychopharmaka ist an eine Reihe rechtlicher Aspekte geknüpft, die im vorliegenden Beitrag erläutert werden sollen. Im Grunde genommen gelten die dargestellten Bestimmungen für alle Arzneimittel. Aber es ist leicht einzusehen, dass der Einsatz von Psychopharmaka, dem die Öffentlichkeit nicht selten mit besonderer Skepsis und auch Vorurteilen gegenübertritt, und der immerhin auf die psychischen Prozesse von Personen einwirkt, eine besonders sorgfältige Beachtung rechtlicher Bestimmungen verlangt. Dabei geht es vor allem darum, dass bei der Anwendung von Psychopharmaka die Persönlichkeits- bzw. Selbstbestimmungsrechte der Patienten beachtet und Risiken vermieden werden.

Informed Consent als rechtliche Grundvoraussetzung medizinischer Forschung und Behandlung

Die Nürnberger Prozesse, insbesondere der am 20. August 1947 zu Ende gegangenen Nürnberger Ärzteprozess, deckten medizinische Experimente an Menschen auf und ahndeten sie. Die Erkenntnisse aus diesen Verfahren führten zum Nürnberger Kodex von 1947. Der „informed consent“ gehört zu diesem Kodex. Er meint die *„freiwillige, informierte, persönliche Einwilligung des Patienten nach bestmöglicher Aufklärung“*.

Die Deklaration of Helsinki von 1964 übernahm den informed consent als *„unumgehbare Voraussetzung aller Anwendung der Medizin“*. Man differenzierte allerdings in klinische Forschung, in den Heilversuch, und in nicht-therapeutische klinische Forschung i. S. fremdnütziger Forschung. Allerdings wurde bereits in der Deklaration von Helsinki der Weg zur fremdnützigen experimentellen Forschung an Einwilligungsunfähigen eröffnet, weil bei der nichttherapeutischen Forschung bei Menschen, die *„rechtlich nicht fähig sind, ihre Zustimmung zu geben“*, die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters zugelassen wurde. Das widersprach bereits den Entwurfstexten von 1962, die u. a. Menschen ausnahmen, die aufgrund geistiger Behinderung oder Alters nicht zustimmen konnten. Diese Entwicklung wurde in der Deklaration von Tokio 1975, in der Deklaration von Venedig 1983 und der Deklaration von Hong Kong 1989 schrittweise fortgesetzt.

Die geltende (europäische) Rechtslage ist gekennzeichnet durch

- die in der BRD nicht unterzeichnete und nicht ratifizierte Bioethikkonvention des Europarates vom 1.12.1999,
- die Regeln der sog. Good Clinical Practice in den EG-Richtlinien 91/507/EWG, 2001/20/EG und 2005/28/EG,
- in der BRD vor allem durch das 12. Änderungsgesetz zum Arzneimittelgesetz (AMG), und zwar § 41 Abs. 2 Ziff. 2. Dort heißt es:

„(2) Auf eine klinische Prüfung bei einem Minderjährigen, der an einer Krankheit leidet, zu deren Behandlung das zu prüfende Arzneimittel angewendet werden soll, findet § 40 Abs. 1 bis 4 mit folgender Maßgabe Anwendung:

1. Die Anwendung des zu prüfenden Arzneimittels muss nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein, um das Leben der betroffenen Person zu retten, ihre Gesundheit wiederherzustellen oder ihr Leiden zu erleichtern, oder

2. a) die klinische Prüfung muss für die Gruppe der Patienten, die an der gleichen Krankheit leiden wie die betroffene Person, mit einem direkten Nutzen verbunden sein,

b) die Forschung muss für die Bestätigung von Daten, die bei klinischen Prüfungen an anderen Personen oder mittels anderer Forschungsmethoden gewonnen wurden, unbedingt erforderlich sein,

c) die Forschung muss sich auf einen klinischen Zustand beziehen, unter dem der betroffene Minderjährige leidet und

d) die Forschung darf für die betroffene Person nur mit einem minimalen Risiko und einer minimalen Belastung verbunden sein; die Forschung weist nur ein minimales Risiko auf, wenn nach Art und Umfang der Intervention zu erwarten ist, dass sie allenfalls zu einer sehr geringfügigen und vorübergehenden Beeinträchtigung der Gesundheit der betroffenen Person führen wird; sie weist eine minimale Belastung auf, wenn zu erwarten ist, dass die Unannehmlichkeiten für die betroffene Person allenfalls vorübergehend auftreten und sehr geringfügig sein werden.“

Der informed consent soll den Patienten zur eigenen Entscheidung befähigen sowie zur Compliance und ggf. Mitwirkung. Nicht zuletzt soll er auf diese Weise die Behandlungsrisiken minimieren helfen. Eine bestimmte Form des informed consent ist nicht vorgeschrieben, wobei dem verständnisvollen Gespräch unter Beachtung der Kompetenzen des Patienten jedenfalls der Vorzug zu geben ist. Auch der Zeitpunkt ist abhängig von der konkreten Behandlungssituation, insbesondere von der Dringlichkeit, wobei der Patient nach Möglichkeit eine freie Entscheidung treffen soll.

Die Aufklärung soll, wenn es keine schwerwiegenden Gründe dafür gibt, davon abzuweichen, die Beschreibung des Verlaufs der Erkrankung mit und ohne Behandlung, die Beschreibung des Ablaufs der Behandlung in groben Zügen sowie die Beschreibung der Risiken der Behandlung in Abhängigkeit von der Dringlichkeit enthalten, d. h. bei vital indizierten Eingriffen Grundzüge und bei diagnostischen Eingriffen auch die Diskussion seltener Risiken umfassen. Bei kosmetischen Korrekturen muss die Aufklärung sehr ins Detail gehen. Durchaus streitig ist, ob auch über Risiken in der Person des Arztes oder der Ausstattung des ausführenden Hauses (z. B. begrenzte Erfahrung mit einer bestimmten Behandlungsmethode) aufgeklärt werden muss. Besteht die Gefahr einschneidender Folgen (Tod, Erblindung, Lähmung), hat die Aufklärung auch bei geringer Komplikationsdichte zu erfolgen. Die Beschreibung alternativer Behandlungsmethoden ist erforderlich, wenn sie in Chancen und Risiken gleichartig sind, jedenfalls immer dann, wenn der Patient danach fragt.

Einwilligungsfähigkeit

1. Grundvoraussetzung für den informed consent ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Einwilligungsfähig ist, wer die Art, die Bedeutung und das Risiko der ärztlichen Maßnahme erfassen kann (vergl. BGH NJW 1972, 335, OLG Hamm FGPrax 1997, 64). Es kommt also neben der Schwere einer intellektuellen Beeinträchtigung auch auf Art, Bedeutung und Risiko des Eingriffs an. Es gibt also keine Einwilligungsunfähigkeit „*an und für sich*“, denn sie muss immer von Fall zu Fall im Hinblick auf den konkreten Patienten bestimmt werden.

2. Bei der Behandlung von nicht einwilligungsfähigen Patienten muss deren Einwilligung zur Verhinderung der Strafbarkeit des Behandlers ersetzt werden. Bei Kindern bzw. Minderjährigen erfolgt die Einwilligung in Wahrnehmung der elterlichen Sorge nach §§ 1626 ff BGB durch die Eltern, ausnahmsweise durch den Vormund. Aber es besteht u. U. ein „Vetorecht“ des Minderjährigen in Abhängigkeit vom Alter und vom bestehenden Risiko (vergl. BGH VI ZR 74/05 vom 10.10.06).

Bei volljährigen Menschen mit geistiger Behinderung und psychisch Kranken, die aktuell nicht einwilligen können, willigt ersatzweise der gesetzliche Betreuer (wegen der Voraussetzung der wirksamen Bestellung), seltener ein Bevollmächtigter ein. Unter den Voraussetzungen des § 1904 BGB – nämlich bei begründeter Gefahr für Leben oder Gesundheit – bedarf es einer richterlichen Genehmigung.

Problemlagen bei der Anwendung von Psychopharmaka

Kinder und Jugendliche

Am Beispiel der Kinder- u. Jugendpsychiatrie lassen sich die aus dem arzneimittelrechtlichen Zulassungssystem resultierenden Probleme bei der Anwendung von Psychopharmaka deutlich machen. Einige Substanzgruppen sind zwar aus historischen Gründen (gemeinsame Zulassung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bei schmaler Datenlage) zwar zugelassen, es fehlen jedoch Studien über deren Wirksamkeit. Es gibt jedoch wirksame neuere Substanzen, die – obwohl zunehmend häufiger verordnet – keine Zulassung für Kinder besitzen. Dazu hat die Kommission Entwicklungspsychopharmakologie am 19.09.08 erklärt:

„Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt der off-label use von Psychopharmaka unverändert ein Problem in der Therapie dar, da zudem auch pharmakoepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Anzahl der pharmakologischen Interventionen mit psychotropen Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen zunehmen.“

Verordnung jenseits der Zulassung

Die Verordnung eines Arzneimittels ohne jede arzneimittelrechtliche Zulassung in der BRD ist der sog. *unlicensed use*, der unlizenzierte Gebrauch. Die Verordnung eines in der BRD zugelassenen Arzneimittels außerhalb der Indikation oder außerhalb der zugelassenen Altersgruppe hingegen nennt man *off-label use*. Als „*compassionate use*“ auf der Grundlage der VO (EG) Nr. 726/04 und in der BRD geregelt in § 21 Abs. 2 Ziffer 6 AMG bezeichnet man die Verordnung eines nicht zugelassenen, für eine Anwendung bei solchen Patienten kostenlos zur Verfügung gestellten Arzneimittels, die an einer zu einer schweren Behinderung führenden Erkrankung leiden oder deren Krankheit lebensbedrohend ist, und die mit einem zugelassenen Arzneimittel nicht zufrieden stellend behandelt werden können. Dazu regelt der auf der Rechtsgrundlage des § 80 AMG beruhende § 2 der Arzneimittel-Härtefall-VO (AMHV) vom 14.07.2010:

(1) Ein Härtefallprogramm ist ein „compassionate-use“-Programm nach der Verordnung (EG) Nr. 726/2004. Im Rahmen eines Härtefallprogramms können Arzneimittel ohne Genehmigung oder ohne Zulassung einer bestimmten Patientengruppe zur Verfügung gestellt werden, wenn ausreichende Hinweise auf die Wirksamkeit und Sicherheit des Arzneimittels vorliegen und für dieses eine klinische Prüfung durchgeführt wird oder ein Zulassungsantrag bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur, der zuständigen Bundesoberbehörde oder einer für

die Zulassung zuständigen Behörde eines Mitgliedstaates gestellt worden ist.

(2) Ein Härtefall im Sinne dieser Verordnung liegt vor, wenn eine Gruppe von Patientinnen oder Patienten, die an einer Erkrankung leiden, welche zu einer schweren Behinderung führen würde oder lebensbedrohend ist, nicht mit einem Arzneimittel zufriedenstellend behandelt werden kann, das zum Inverkehrbringen im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes genehmigt oder zugelassen ist.

Individueller Heilversuch

Die behördliche Zulassung eines Arzneimittels regelt in der BRD vornehmlich die Vermarktung, das „in Verkehr bringen“, weniger die ärztliche Verordnung. Sie beschränkt nicht prinzipiell die Therapiefreiheit des Arztes, der im Grunde jeden Stoff als Arzneimittel im Rahmen eines individuellen Heilversuches – nicht zur verwechseln mit einem medizinischen Versuch oder einer klinischen Prüfung – verordnen darf. Dessen Voraussetzung ist die einzelfallbezogene, jedenfalls auf wenige Fälle (die zulässige Höchstzahl ist streitig) beschränkte, Erprobung einer nicht völlig neuartigen medizinischen Behandlungsmethode am kranken Menschen. Dabei kann zur Rechtfertigung die Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters nach umfassender Aufklärung (informed consent) ausreichen. Die Aufklärung muss besonders sorgfältig sein und sich erstrecken auf den Zulassungsstatus, auf die zu erwartenden Nebenwirkungen und zugelassene Alternativen.

Erforderlich ist wegen der bislang unbekanntem Risiken naturgemäß ein besonderes Risikomanagement, das der Bundesgerichtshof wie folgt konkretisiert hat:

„Die Anwendung neuer Behandlungsmethoden bzw. die Vornahme von Heilversuchen an Patienten mit neuen Medikamenten unterscheidet sich von herkömmlichen, bereits zum medizinischen Standard gehörenden Therapien vor allem dadurch, dass in besonderem Maße mit bisher unbekanntem Risiken und Nebenwirkungen zu rechnen ist. Deshalb erfordert die verantwortungsvolle medizinische Abwägung einen – im Verhältnis zur standardgemäßen Behandlung – besonders sorgfältigen Vergleich zwischen den zu erwartenden Vorteilen und ihren abzusehenden oder zu vermutenden Nachteilen unter besonderer Berücksichtigung des Wohles des Patienten (vgl. Senatsurteil vom 13. Juni 2006 - VI ZR 323/04 – aaO)... Diese Abwägung ist kein einmaliger Vorgang bei Beginn der Behandlung, sondern muss jeweils erneut vorgenommen werden, sobald neue Erkenntnisse über mögliche Risiken und Nebenwirkungen vorliegen, über die sich der behandelnde Arzt

ständig zu informieren hat. Dabei muss er unverzüglich Kontrolluntersuchungen vornehmen, wenn sich Risiken für den Patienten abzeichnen, die zwar nach Ursache, Art und Umfang noch nicht genau bekannt sind, jedoch bei ihrem Eintreten zu schweren Gesundheitsschäden führen können.“ (BGH VI ZR 55/05 vom 27.03.2007)

Sozialrechtliche Probleme des off-label use von Arzneimitteln

Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung B 1 37/00 R vom 19.3.2002 die tatsächlichen Voraussetzungen festgelegt, die erfüllt sein müssen, damit Arzneimittel außerhalb des Anwendungsgebietes ihrer Zulassung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden dürfen:

„...Die Verordnung eines Medikaments in einem von der Zulassung nicht umfassten Anwendungsgebiet kommt deshalb nur in Betracht, wenn es

(1) um die Behandlung einer schwerwiegenden lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung geht, wenn

(2) keine andere Therapie verfügbar ist und wenn

(3) aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.

Damit Letzteres angenommen werden kann, müssen Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden kann. Davon kann ausgegangen werden, wenn entweder die Erweiterung der Zulassung bereits beantragt ist und die Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) veröffentlicht sind und eine klinisch relevante Wirksamkeit respektive einen klinisch relevanten Nutzen bei vertretbaren Risiken belegen oder außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnene Erkenntnisse veröffentlicht sind, die über Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels in dem neuen Anwendungsgebiet zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen zulassen und auf Grund deren in den einschlägigen Fachkreisen Konsens über einen voraussichtlichen Nutzen in dem vorgenannten Sinne besteht, ...“

Diese Entscheidung wird den bestehenden Problemen nicht gerecht, weil die geforderten Kriterien z.B. in bestimmten lebensbedrohlichen Behandlungssituationen namentlich wegen der verlangten Wirksamkeitsnachweise nicht erfüllbar sind. Vermutlich auf diesem Hintergrund hat das Bundesverfassungsgericht in seiner sog. „Nikolaus-Entscheidung“ vom 6.12.2005, BVerfG 1 BvR 347/98, entschieden, für die Behandlung des nach § 5

SGB V versicherungspflichtigen Patienten für den Fall einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung ausreichen zu lassen, dass die nicht zugelassene Behandlungsmethode *„eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf“* verspricht.

Zwangsbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Betreuung

Ein praktisch besonders heikles Problem besteht in der Frage, ob der gesetzliche Betreuer in eine Zwangsbehandlung des Betreuten, also gegen dessen Willen, einwilligen darf. Den sog. Kernbereich der Grundrechte stellen die Art. 1 und 2 GG dar. Diesen Kernbereich der Grundrechte hat das BVerfG bereits in seiner Entscheidung (NJW 82, 691) für den Bereich der psychischen Erkrankungen u. a. dadurch konkretisiert, dass es *„ein Recht auf Krankheit“* in gewissen Grenzen zugestanden hat. In seiner Entscheidung (NJW 1998, 1774) hat es sich sodann deutlich gegen die verbreitete Praxis ausgesprochen, allein die Gefahr der Chronifizierung als Rechtfertigung der Behandlung gegen den Willen des Patienten ausreichen zu lassen, indem es feststellte:

„...die von den behandelnden Ärzten des Klinikums Magdeburg geäußerte Einschätzung, das Wahnsystem des Beschwerdeführers drohe sich zu verfestigen, rechtfertigt demgegenüber allein die Annahme einer Gefahr, die keinen Aufschub duldet, nicht...“

Am 11.10.2000 hat dann der Bundesgerichtshof in der Entscheidung XII ZB 69/00 zur Zulässigkeit einer ambulanten Zwangsbehandlung festgestellt:

„...Die regelmäßige ambulante Verabreichung einer Depotspritze mit einem Neuroleptikum und der damit verbundene kurzfristige Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik, dem der Betroffene notfalls unter Anwendung von Zwang zugeführt werden soll, ist nicht genehmigungsfähig. ...Der Senat verkennt nicht, dass das Fehlen einer Zwangsbefugnis dazu führen kann, dass ein Betroffener einen erneuten Krankheitsschub erleidet und dann möglicherweise für längere Zeit untergebracht werden muss ...“

Mit den Entscheidungen OLG Jena 6 W 44/02 und OLG Celle 17 W 132/05 meldeten aber nun diese beiden OLG ihre Bedenken gegen eine stationäre Zwangsbehandlung auf der Grundlage des Betreuungsrechts an, weil nach ihrer Ansicht *„...der Einsatz von Zwang / Gewalt zur Vollziehung einer ärztlichen Maßnahme im Betreuungsrecht nicht geregelt...“* sei. Diese Ansicht war nicht unwidersprochen, weil z.B. in der Entscheidung OLG Schleswig 2 W 17/02 auch im Bereich des Betreuungsrechts die stationäre Zwangsbehandlung unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit als zulässig erachtet wurde.

Mit seiner Entscheidung XII ZB 236/05 vom 1.2.2006 hat der BGH sodann die Zweifel an der Zulässigkeit einer stationären Zwangsbehandlung auf der Grundlage des Betreuungsrechtes beseitigt:

„... In der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist darauf hingewiesen worden, dass der Vormund im Rahmen der Fürsorge öffentliche Funktionen wahrnimmt und sich daher der Mündel auch gegenüber Handlungen des Vormunds auf seine Grundrechte berufen kann; nichts anderes gilt im Verhältnis des Betreuers zum Betreuten. Dies vorausgesetzt, greift der Gesetzesvorbehalt in Art. 2 Abs. 2, 104 Abs. 1 GG ein, und es bedarf zur Vornahme von Zwangshandlungen gegen den Widerstand des Betreuten einer Rechtsgrundlage durch ein formelles Gesetz. ... Die wohl überwiegende Ansicht in Literatur und Rechtsprechung geht daher davon aus, dass § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB die Zwangsbehandlung einwilligungsunfähiger Betroffener gegen deren natürlichen Willen während der - gerichtlich genehmigten - stationären Unterbringung ermöglicht (OLG München aaO u.a.;) ... Auch der Senat hat in seinem Beschluss vom 11. Oktober 2000 an anderer Stelle zum Ausdruck gebracht, dass eine Zwangsbehandlung in den gesetzlich geregelten Fällen einer nach dem Maßstab des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zulässigen medizinischen Unterbringungsmaßnahme nach § 1906 BGB grundsätzlich in Betracht kommen kann (BGHZ aaO, S. 306). An dieser Auffassung hält der Senat fest...“

Ein weiteres Problem zeichnete sich dadurch ab, dass am Bestehen einer Vorsorgevollmacht wegen § 1896 Abs. 2 BGB die Bestellung einer gesetzlichen Betreuung scheitern könnte. Hier haben aber in den Entscheidungen 1 W 134/05 v. 14.3.2006 das Kammergericht Berlin und 7 T 558/09 v. 19.10.2010 das LG Bochum klar zum Ausdruck gebracht, dass die Bestellung einer gesetzlichen Betreuung trotz bestehender Vorsorgevollmacht auf jeden Fall dann zulässig ist, wenn

„...der Bevollmächtigte ungeeignet ist, die Angelegenheiten des Betroffenen zu besorgen, insbesondere weil zu befürchten ist, dass die Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen durch ihn eine konkrete Gefahr für das Wohl des Betroffenen begründet ...“ bzw. „...wenn die Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen durch den Bevollmächtigten dem Wohl des Betroffenen klar zuwiderläuft, so dass eine konkrete Gefahr für das Wohl des Betroffenen begründet wird...“

Medikamentöse Fixierung bei psychisch Kranken (§ 1906 Abs. 4 BGB)

Zunächst stellt sich die Frage, ob die medikamentöse Fixierung tatsächlich Freiheitsentziehung bedeutet. RINK (Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- u. Unterbringungsrecht) hatte in 1100, § 1906 BGB, Rndr. 53 ff sicherlich zu Recht nach den durch das Medikament hervorgerufenen Bewusstseinszuständen Apathie, Somnolenz, Sopor, Stupor und Koma differenziert. Von diesen Bewusstseinszuständen könne nur bei der Apathie und der Somnolenz – je nach Schweregrad – davon ausgegangen werden, dass eine Freiheitsentziehung nicht erfolge. Bei den übrigen Zuständen sollte sich die Freiheitsentziehung aus den Umständen ergeben. Fraglich ist allerdings, ob die medikamentöse Fixierung bei psychisch kranken Menschen überhaupt zulässig ist. Zu beachten sind dabei sicherlich u. a. die UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in der Fassung vom 17.12.1991:

Grundsatz 10: Medikamente müssen den wohlverstandenen gesundheitlichen Bedürfnissen eines Patienten entsprechen, dürfen einem Patienten nur zu therapeutischen oder diagnostischen Zwecken und niemals als Bestrafung oder im Interesse der Bequemlichkeit Dritter verabreicht werden.

Grundsatz 11.15: Klinische Versuche und experimenteller Behandlungen dürfen an einem Patienten niemals ohne seine in Kenntnis der Sachlage erteilte Einwilligung vorgenommen werden, und an einem Patienten, der nicht in der Lage ist, in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung zu erteilen, nur nach Genehmigung durch ein eigens zu diesem Zweck geschaffenes zuständiges und unabhängiges Nachprüfungsorgan.

Die klinische Studie

Die Prüfung von neuen, noch in der Entwicklung befindlichen Psychopharmaka hat im Grunde genommen nichts mit der routinemäßigen Anwendung von Psychopharmaka zu tun. Sie soll hier für Interessenten dennoch skizziert werden. Dabei ist vor allem darauf aufmerksam zu machen, dass klinische Studien in diesem Sinne nicht verwechselt werden mit dem weiter oben erörterten individuellen Heilversuch.

Die gesetzliche Regelung der klinischen Studie findet sich in den §§ 40 AMG, die folgende Vorgehensweise zwingend vorschreiben. Es bedarf der Registrierung der klinischen Prüfung bei der dafür vorgesehenen Behörde, eines schriftlichen Antrags auf Genehmigung der klinischen Prüfung bei der zuständigen Bundesoberbehörde - in Deutschland das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bzw. das Paul-Ehrlich-Institut. Gleichzeitig ist ein schriftlicher

Antrag auf zustimmende Bewertung der klinischen Prüfung bei der zuständigen Ethik-Kommission gemäß § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG zu stellen. Nach der Genehmigung der zuständigen Bundesbehörde und zustimmender Bewertung der zuständigen Ethik-Kommission und Anzeige bei der nach Landesrecht zuständigen Behörde kann die Studie begonnen werden. Eine klinische Studie ist nicht zulässig an einwilligungsunfähigen Volljährigen, denn § 40 Abs. 1 Ziffer 3 AMG formuliert:

„...Die klinische Prüfung eines Arzneimittels darf bei Menschen nur durchgeführt werden, wenn und solange

3. die betroffene Person

a) volljährig und in der Lage ist, Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung zu erkennen und ihren Willen hiernach auszurichten,

b) nach Absatz 2 Satz 1 aufgeklärt worden ist und schriftlich eingewilligt hat, soweit in Absatz 4 oder in § 41 nichts Abweichendes bestimmt ist und

c) nach Absatz 2a Satz 1 und 2 informiert worden ist und schriftlich eingewilligt hat; die Einwilligung muss sich ausdrücklich auch auf die Erhebung und Verarbeitung von Angaben über die Gesundheit beziehen,

4. die betroffene Person nicht auf gerichtliche oder behördliche Anordnung in einer Anstalt untergebracht ist...“

Nach § 40 Abs. 2 AMG ist die betroffene Person

„durch einen Prüfer, der Arzt oder bei zahnmedizinischer Prüfung Zahnarzt ist, über Wesen Bedeutung, Risiken und Tragweite der klinischen Prüfung sowie über ihr Recht aufzuklären, die Teilnahme an der klinischen Prüfung jederzeit zu beenden; ihr ist eine allgemein verständliche Aufklärungsunterlage auszuhändigen“.

Nach Abs. 2a ist sie außerdem

„über Zweck und Umfang der Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten, insbesondere von Gesundheitsdaten zu informieren...“

Zulässig sind klinische Studien hingegen an Minderjährigen, § 41 Abs. 2 AMG (vergl. oben). Dagegen erheben sich verfassungsrechtliche Bedenken, denn der minderjährige Proband wird hier bei fremdnütziger Forschung zum „Objekt“. Das aber bedeutet:

„Die Würde des Menschen wird verletzt, wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird...“(Maunz/Dürig.: Grundgesetz, 1958, Art. 1 Abs. 1 Rn. 28, 34).

„Art. 1 Abs. 1 GG schützt den Menschen davor, dass er durch den Staat oder durch seine Mitbürger als bloßes Objekt, das unter vollständiger Verfügung eines anderen Menschen steht, als Nummer eines Kollektivs, als Rädchen im Räderwerk behandelt und dass ihm damit jede eigene

*geistig-moralische oder gar physische Existenz genommen wird.“
(Mangoldt/Klein (Hg.): Das Bonner Grundgesetz. 4. Aufl. 1999. Art 1, Abs.
1 Rn 16).*

Autoren

Ralf Francois

v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
Rechtsabteilung
Königsweg 1
33617 Bielefeld

Prof. Dr. Klaus Hennicke

Facharzt f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle Gesundheitsamt Spandau
Carl-Schurz-Str. 17
13597 Berlin
Tel: 030 90279 2458/-2759
E-Mail: klaus.hennicke@gmx.de

Dr. med. Manfred Koniarczyk

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Klinikum München-Ost
Postfach 1111
85529 Haar
Email: manfred.koniarczyk@iak-kmo.de

Prof. Dr. Michael Seidel

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel.: 0521 144 2613
E-Mail: michael.seidel@bethel.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Anforderungen an die Redaktion erbeten.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 49 + 521 144-2613
Fax 49 + 521 144-3096
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Brüderstr. 5
12205 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@gmx.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
 Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Gudrun Dobslaw, Bielefeld (Schatzmeisterin)
 Dr. Knut Hoffmann, Bochum
 Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren
 Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
 v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
 Stiftungsbereich Behindertenhilfe
 Maraweg 9
 D-33617 Bielefeld
 Tel.: 0521 144-2613
 Fax: 0521 144-3467
 www.dgsgeb.de

