

Pressemitteilung**Nr. 34**

08.09.2015

DGPPN-Pressestelle

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030.2404 772-11 | FAX 030.2404 772-29

pressestelle@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

**Psychopharmaka nur nach strenger Indikationsstellung und
in wirksamen, aber möglichst niedrigen Dosen verordnen**

Auf ihrem heutigen Hauptstadtsymposium in Berlin betont die DGPPN die Wichtigkeit einer umfassenden Aufklärung über die Wirkweisen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka. Denn bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen bilden Medikamente neben Psychotherapie und psychosozialen Interventionen einen wichtigen Baustein im Gesamtbehandlungsplan. Renommierete Experten informieren über den aktuellen Stand der Forschung und die evidenzbasierte Anwendung von Psychopharmaka in den heutigen Behandlungssettings.

Während medikamentöse Therapien bei körperlichen Erkrankungen relativ hohe Akzeptanz finden, ist die Haltung gegenüber Psychopharmaka deutlich kritischer. Doch die Medikamente haben zu Unrecht einen schlechten Ruf: „Die wissenschaftlichen Leitlinien empfehlen eine Behandlung mit Medikamenten insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie oder bipolaren Störungen. Bestimmte Krankheitsbilder werden durch Psychopharmaka erst behandelbar, indem sie eine Basis für eine psychotherapeutische Behandlung und weitere Behandlungen wie Soziotherapie schaffen. Viele Betroffene profitieren von der Pharmakotherapie und können wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben“, erklärt DGPPN-Präsidentin Dr. Iris Hauth.

Wie alle Medikamente haben auch Psychopharmaka Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln. Gerade zu Beginn einer Behandlung überwiegen oft die Nebenwirkungen. „Deshalb sollten Psychopharmaka nur unter strenger ärztlicher Kontrolle eingesetzt werden. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Arzt-Patienten-Kommunikation. Wir Ärzte müssen unsere Patienten sorgfältig und transparent über den Nutzen eines Wirkstoffs, aber auch über dessen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen aufklären“, so Dr. Iris Hauth weiter.

Zudem darf nicht einseitig auf eine medikamentöse Therapie gesetzt werden: Entscheidend ist vielmehr, dass diese Teil eines Gesamt-Behandlungsplans bildet, der auch psychotherapeutische und weitere therapeutische Schritte beinhaltet. „Wir müssen die Vorbehalte unserer Patienten gegenüber Psychopharmaka ernst nehmen und diese nur nach strenger Indikationsstellung in wirksamen,

PRÄSIDENTIN

Dr. med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT (KOMMISSARISCH)

Prof. Dr. med. Peter Falkai

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

**BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE,
UNIVERSITÄRE LEHRE**

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

**BEISITZER PSYCHOSOMATIK,
PSYCHOTRAUMATOLOGIE**

Prof. Dr. med. Martin Driessen

**BEISITZERIN PUBLIC HEALTH,
VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION**

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

**BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE,
E-LEARNING**

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

**BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE,
PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN**

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

**VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE,
PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK**

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDE33XXX

VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

aber möglichst niedrigen Dosen verordnen. Dazu benötigen wir aber auch die entsprechenden Behandlungssettings mit genügend Zeit und Raum für eine ganzheitliche Therapie“, fordert Dr. Iris Hauth.

Das Wissen um Wirkungsweisen, Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Interaktionen von Psychopharmaka wächst rasant. Aus Sicht der DGPPN muss dieses Wissen noch viel breiter in der Versorgung ankommen. Denn ein Drittel aller Psychopharmaka werden in Deutschland heute von Hausärzten verschrieben. Deshalb braucht es eine kontinuierliche, unabhängige und transparente wissenschaftliche Information über Psychopharmaka.

Jetzt akkreditieren: DGPPN Kongress 2015 | 25.–28.11.2015 | CityCube Berlin

*Von Angststörung bis Zwangserkrankung: Im kommenden November findet in Berlin Europas größte Fachtagung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit statt. Über 650 Einzelveranstaltungen stehen auf dem Programm des DGPPN Kongresses 2015, rund 9000 Ärzte, Wissenschaftler und Therapeuten werden erwartet. Als Journalistin oder Journalist können Sie sich ab sofort für den DGPPN Kongress registrieren und Interviews mit Experten vereinbaren:
www.dgppn.de/kongress > Kongresspresse*

DGPPN-Pressekonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

Dr. Iris Hauth, Präsidentin DGPPN,
Alexianer St. Joseph Krankenhaus, Berlin-Weißensee

Vorbehalte der Patienten gegenüber Psychopharmaka ernst nehmen

Für die Wirksamkeit von Psychopharmaka besteht heute eine gute Evidenzlage. In den wissenschaftlichen Leitlinien, z. B. zu Depressionen oder zur Schizophrenie, ist der Einsatz von Medikamenten, neben der Psychotherapie und psychosozialen Angeboten, Teil der „First-line-Therapie“.

Viele Patienten profitieren von der Therapie mit Medikamenten, die allerdings immer in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein muss, der unterstützende Gespräche, Psychotherapie und psychosoziale Maßnahmen, einschließlich Angehörigen- und Familiengespräche, umfasst.

Wie alle anderen Medikamente sind auch Psychopharmaka nicht frei von Nebenwirkungen. Damit verbundene Risiken für Patienten müssen wir sehr ernst nehmen – und es muss alles getan werden, um diese zu minimieren. Daher sollte bei der Behandlung mit Psychopharmaka immer darauf geachtet werden, die geringstmögliche wirksame Dosierung zu verordnen und gerade in der Zeit der Einstellung die Wirkungen und Nebenwirkungen engmaschig zu kontrollieren.

Entscheidend ist, dass Psychopharmaka nur unter strenger ärztlicher Kontrolle eingesetzt werden. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Pharmakotherapie ist generell dann am erfolgsversprechendsten, wenn sie auf einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Behandelndem aufbaut und auf gemeinsamer Entscheidungsfindung basiert.

Voraussetzung dafür sind sowohl in der ambulanten als auch stationären Versorgung Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte, die genügend Zeit als wesentlichen Wirkfaktor für eine ganzheitliche Therapie aufbringen können.

DGPPN-Presskonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik

Was hat sich seit der Einführung von Antidepressiva verändert? (Entwicklung von Verordnungshäufigkeit)

Die Verordnungen von Antidepressiva haben in den letzten Jahren stetig zugenommen: Nach den Verordnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahre 1991 wurden nur etwa 200 Mio. Tagesdosierungen verordnet, ausreichend für eine Jahrestherapie von etwa 550.000 Patienten, 2013 waren es bereits 1,4 Mrd. Tagesdosierungen – eine Zunahme um das Siebenfache in einem Zeitraum von knapp einem Vierteljahrhundert. Die Menge der verordneten Antidepressiva würde ausreichen, um nun 3,7 Mio. Menschen ein ganzes Jahr mit einer ausreichenden Dosierung zu behandeln. Interessant ist allerdings die Verteilung der angewendeten Antidepressiva: Die auffällige Steigerung begann mit der Vermarktung der Serotoninwiederaufnahmehemmer, den sogenannten SSRI, deren bekanntestes Präparat Mitte der 1980er Jahre *Prozac* war, in Deutschland als *Fluctin* vermarktet. Schon zu Beginn der Vermarktung wurde erhebliche öffentliche „Propaganda“ für diese Mittel von Firmen und Experten betrieben, vor allem der amerikanische Psychiater Peter Kramer hat sich besonders zugunsten der Anwendung von *Prozac* engagiert, aus seiner Sicht ein wirksames Mittel, um in Zukunft psychotherapeutische Verfahren überflüssig zu machen. Durch das Mittel würde aus einem hässlichen Entlein ein schöner Schwan, so sein Versprechen. Das Motto insgesamt: Don't worry, be happy. Viele der Diskussionen in dieser Zeit erinnerten an die Vermarktung von *Valium* Anfang der 1970er Jahre, das als rosarote Brille für die Psyche beworben wurde. Schon damals wurden allerdings die raschen Steigerungsraten der SSRI, die im Vergleich zu den trizyklischen Antidepressiva als besser verträglich galten, kritisch kommentiert, da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass neue Anwendungsgebiete wie z. B. Essstörungen oder Zwangssyndrome zu diesem Markterfolg beitrugen. Die Mittel wurden vor allem in den USA auch für Kinder verordnet, als Auswirkungen waren Verhaltensstörungen nicht selten, die dann ihrerseits wieder als Grund für eine weitere Behandlung mit Psychopharmaka angesehen wurden.

Während die SSRI über die Jahre erhebliche Absatz- und Umsatzsteigerungen verzeichnen konnten, wurden die „klassischen“ trizyklischen Antidepressiva, die so genannten nichtselektiven Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI), auf einem mehr oder weniger gleichen Mengenniveau von rund 250 bis 300 Mio. Tagesdosierungen verordnet – ausreichend für etwa 800.000 Menschen. In niedrigen Dosierungen scheinen diese Präparate im Übrigen auch für ältere Menschen verträglicher zu sein als SSRI. Auch bei Depressionen im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen (z. B. Krebs, Morbus Parkinson) werden die klassischen Antidepressiva im Vergleich zu den SSRI als wirksamer eingestuft. Unter diesen NSMRI befindet sich auch seit vielen Jahren das Mittel *Opipramol*, dessen Nutzen als antidepressiv wirkendes Medikament schon seit langem bezweifelt wird, kontrollierte Studien fehlen. Interessant ist allerdings, dass dieses Mittel besonders häufig

von Allgemeinmedizinerinnen und Internisten verordnet wird, die ohnehin nahezu die Hälfte der Menschen mit einer Depressionsdiagnose behandeln. Eine fachärztliche Betreuung von Menschen, die unter Depressionen leiden, wäre sicherlich die bessere Alternative. Auf alle Fälle bleibt die häufige Verordnung von *Opipramol* ein immer wiederkehrendes Ärgernis, da mit diesem Mittel kein ausreichender Nutzen bei einer notwendigen Depressionstherapie verbunden ist.

Ohnehin ist in der Zwischenzeit eine gewisse Rationalität in der Bewertung der Antidepressiva eingeleitet. So weisen z. B. die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und die DGPPN darauf hin, dass Antidepressiva bei mild ausgeprägten Depressionen nicht mehr als Mittel der Wahl gelten. Die Responderate von Antidepressiva gegenüber Placebo liegen bei leichten Depressionen bei rund 20 %, eine ausreichende Wirksamkeit kann daher nicht erwartet werden. Selbst bei mittelschweren Depressionen bestehen offenbar begründete Zweifel am Nutzen von Antidepressiva, so dass sie in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren der Behandlung schwerer Depressionen vorbehalten sein sollten.

Ein Großteil der Antidepressiva wird übrigens ohne die Begründung einer einschlägigen Depressionsdiagnose verordnet, andererseits werden Depressionen sehr viel häufiger diagnostiziert als behandelt. Im Schnitt lag die administrative Diagnoseprävalenz 2007 bei 9,6 % und 2013 bei 14,6 %, die Versorgungsprävalenz lag bei 5,7 % resp. bei 9,9 %. Frauen sind sehr viel häufiger betroffen als Männer. Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden gibt es auch große regionale Disparitäten. So werden in Großstädten deutlich häufiger Depressionsdiagnosen gestellt als in ländlichen Regionen, in den alten Bundesländern deutlich mehr als in den östlichen Regionen. Die Frage, ob hier Unter- und Überversorgung oder evtl. auch Fehlversorgung vorliegt, kann aber aufgrund von Krankenkassendaten allein nicht geklärt werden, dass zwar Diagnosen vorliegen, aber keine weiteren klinischen Angaben zur Schwere der Depression verfügbar sind. Außerdem hat die Zuweisungsfähigkeit für Versicherte mit einer Depressionsdiagnose im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs möglicherweise auch zu einer Beeinflussung der Diagnosehäufigkeit mit schwer nachvollziehbaren Auswirkungen geführt. Die Kassen sind an einer möglichst breiten Diagnosestellung interessiert: So bekommen Kassen z. B. für eine 50- bis 54-jährige Frau 2402 Euro aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen, für einen gleichaltrigen Mann 2244 Euro. Von Seiten der Kassen besteht daher ein großes Interesse daran, die Morbidität „Depression“ möglichst vollständig abzubilden.

Es gibt übrigens auch international erhebliche Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit von Antidepressiva. So werden bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland am seltensten Antidepressiva verordnet, in den USA dagegen drei- bis viermal so viel.

Bei der Verordnung von Antidepressiva für Menschen, die den Hauptanteil dieser Mittel verschrieben bekommen, sollte dringend die *PRISCUS*-Liste beachtet werden, in der potenziell inadäquate Arzneimittel für ältere Menschen aufgelistet sind. Gerade bei älteren Menschen, bei denen die Nieren und die Leber weniger gut als in jüngeren Jahren „arbeiten“, können häufig unerwünschte Wirkungen, aber auch Wechselwirkungen vor allem mit anderen zentral wirksamen Mitteln auftreten, die nach Möglichkeit vermieden werden sollten.

Schließlich ist unklar, ob Antidepressiva dazu beigetragen haben, die Suizidrate bei Menschen mit Depressionen zu senken. Patientengruppen weisen darauf hin, dass etwa ein Drittel der knapp über 10.000 Selbsttötungen in einem direkten Zusammenhang mit einer Depression stehen und dass Antidepressiva helfen könnten, diese Zahl zu verringern. Qualifizierte Studien haben diese Auswirkungen jedoch nicht bestätigen können.

Ein letzter Aspekt: Insbesondere die SSRI werden immer wieder im Zusammenhang mit „Hirndoping“ (Cognitive Enhancement) genannt, weil sie angeblich die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft sowie die Aufmerksamkeit steigern könnten. Diese Wunschvorstellungen mancher Menschen haben nichts mit den realen Wirkungen der Mittel zu tun – achten wir also alle darauf, dass mit dieser Arzneimittelgruppe kein neues Missbrauchsproblem wie bei den Benzodiazepin-Derivaten entsteht, die offenbar in der Zwischenzeit häufig durch Antidepressiva ersetzt werden.

DGPPN-Pressekonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

Janine Berg-Peer, Soziologin, Autorin, Coach

BApK – Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

Deutsche Repräsentantin von EUFAMI, dem europäischen Dachverband der Angehörigenverbände

— Psychopharmaka – Überlegungen aus Angehörigensicht

Die Diskussion um Psychopharmaka ist für Angehörige keine akademische: Wir sind täglich damit konfrontiert, was passiert, wenn unsere Kinder, Lebenspartner oder Eltern Medikamente verweigern oder sie vorzeitig absetzen. Auch wir machen uns Sorgen wegen der Nebenwirkungen und der Langzeitfolgen, aber wir machen uns ebensolche Sorgen, wenn wir täglich mit den Symptomen einer psychischen Krankheit konfrontiert sind und erleben, wie diese das Leben eines Betroffenen zerstören können. Eine einseitige Panikmache vor Psychopharmaka halte ich für schädlich, weil sie Angehörige und Betroffene verunsichert und sie davon abhalten kann, überhaupt die Hilfe der Psychiatrie in Anspruch zu nehmen.

Außerdem: Ganz unabhängig davon, was Angehörige von Psychopharmaka halten, sind wir es doch nicht, die entscheiden, welche Medikamente in welcher Dosis unser betroffener Angehöriger nimmt.

Wir befürworten die Diskussion um Nutzen und Schaden von Psychopharmaka, wenn dahinter die Intention steht, eine optimale Therapie für psychisch Kranke zu finden. Allerdings führt der heftige Schulenstreit unter Fachleuten auch zu erheblicher Verunsicherung bei uns und bei Patienten. Als Laien ist es schwer für uns zu entscheiden, wem wir „glauben“ sollen. Wir wissen oft nicht, ob es richtig oder falsch ist, wenn wir unserem Angehörigen dazu raten, die Medikamente zu nehmen. Die Forderung, statt „nur“ auf Medikamente zu setzen auch Psychotherapie anzuwenden, ist ebenso richtig wie kurzfristig nutzlos: Für unsere erkrankten Angehörigen ist es extrem schwierig, einen Psychotherapeuten zu finden, der sich mit schweren psychischen Krankheiten auskennt und dann auch noch einen Therapieplatz bei ihm zu erhalten.

Ich halte es für wichtig, dass zu Beginn einer psychischen Krankheit äußerst zurückhaltend mit Psychopharmaka umgegangen wird – das wurde lange Zeit anders gehandhabt. Außerdem sollten Betroffene und Angehörige umfassend darüber aufgeklärt werden, welche Medikamente es gibt und mit welchen Nebenwirkungen gerechnet werden kann. Keinesfalls sollten nach einem Krankenhausaufenthalt die teureren Medikamente beim niedergelassenen Psychiater durch ein günstigeres Präparat ersetzt werden. Es sollte im Verlauf der Krankheit immer wieder überprüft werden, ob die Dosis nicht verringert werden könnte. Dazu ist es erforderlich, dass Psychiater sich immer wieder ausreichend Zeit nehmen, mit ihren Patienten zu reden.

Psychopharmaka sollten ebenso vorsichtig verordnet und genommen werden, wie andere Medikamente auch. Aber vielen Betroffenen geben diese Medikamente, wenn sie sorgfältig und zurückhaltend verordnet werden, eine Chance, trotz Krankheit ein selbständiges und gelingendes Leben zu führen – wie ich aus eigener Erfahrung mit meiner Tochter weiß.

DGPPN-Pressekonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

**Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg, DGPPN-Vorstandsmitglied,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim**

Leitliniengerechte Antipsychotikatherapie

Die leitliniengerechte Pharmakotherapie der Schizophrenie findet immer im Rahmen eines Gesamtkonzepts statt und schließt neben Medikamenten Methoden der Psychotherapie, Sozio- und Ergotherapie und Psychoedukation ein. Die Wirksamkeit der Antipsychotika in der Akut- und Langzeitbehandlung der Schizophrenie ist in einer Vielzahl von Untersuchungen eindeutig belegt. Sie sind daher Therapie der ersten Wahl und haben die moderne, gemeindenahere Behandlung und Enthospitalisierung von Menschen mit Schizophrenie historisch erst ermöglicht. Antipsychotika sind in aller Regel eine wesentliche Voraussetzung für das Erreichen von Symptommfreiheit, Reintegration und Teilhabe. Heutzutage werden in aller Regel Antipsychotika der neuen Generation (sogenannte „atypische“ Antipsychotika) in Monotherapie verwendet, wobei die Auswahl im Wesentlichen nach den Präferenzen des Patienten und dem Nebenwirkungsprofil erfolgt. Neuere Analysen legen allerdings auch Wirkunterschiede verschiedener Präparate nahe. Patienten mit einer Erstmanifestation einer Psychose benötigen eine möglichst frühzeitige Therapie. Für die Langzeittherapie ist es dann entscheidend, eine nebenwirkungsarme (üblicherweise niedrigdosierte) Therapie auf dem Boden einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zu etablieren. Nach einer Erstmanifestation kann ein Ausschleichen der Antipsychotika im Rahmen eines Gesamtkonzepts sinnvoll sein, obwohl die Gefahr eines Rückfalls dadurch in den ersten Monaten und Jahren ansteigt. Aktuelle Herausforderungen der Antipsychotikatherapie liegen in Fragen der Therapieresistenz, der Behandlung der negativen und kognitiven Symptome der Erkrankung und der Entwicklung von Medikamenten mit neuen Wirkprinzipien.

DGPPN-Pressekonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

Hintergrundinformationen

Was sind Psychopharmaka?

Arzneimittel, die bestimmte, für die Informationsvermittlung verantwortliche, Botenstoffe im Gehirn beeinflussen und so die psychische Verfassung verändern – Fachleute sprechen von psychoaktiven bzw. -tropen Effekten. Die Substanzen, die im Medikament enthalten sind, wirken entweder direkt oder indirekt über ihre Stoffwechselprodukte im Gehirn.

Wobei können sie helfen?

Unverzichtbar sind Psychopharmaka insbesondere bei der Behandlung schwerer psychischer Störungen wie Schizophrenien oder Bipolarer (manisch-depressiver) Erkrankungen oder schwerer depressiver Störungen. Auch bei der Therapie schwererer Angst- und Zwangsstörungen kommt ihnen eine wichtige Rolle zu. Weitere wichtige Anwendungsgebiete sind Suchterkrankungen und Demenzen. Viele Erkrankungen werden durch die auf die Psyche wirkenden Medikamente erst behandelbar, indem sie u. a. eine Basis für eine psychotherapeutische Behandlung und weitere Behandlungen (wie z. B. Soziotherapie) schaffen. Oft wird nur durch den Einsatz von modernen Psychopharmaka eine ambulante Behandlung der Patienten möglich – mit dem Ziel, dass diese sich schneller wieder in Gesellschaft und Beruf einfinden können.

Welche Gruppen werden unterschieden?

Psychopharmaka werden entsprechend ihrer Hauptindikation üblicherweise in die folgenden Gruppen unterteilt: Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer (Phasenprophylaktika), Antipsychotika (Neuroleptika), Anxiolytika, Hypnotika, Antidementiva und Psychostimulanzien. Daneben gibt es eine Reihe von Arzneimitteln, die sich keiner dieser Gruppen zuordnen lassen, z. B. Medikamente, mit denen bestimmte Aspekte von Suchterkrankungen behandelt werden. Allerdings sind die Grenzen zwischen den verschiedenen Arzneimittelgruppen heute fließend, da man mit Antidepressiva auch erfolgreich andere psychische Störungen behandeln kann, z. B. Angst- oder Zwangsstörungen.

Welche Psychopharmaka werden am meisten verschrieben?

Psychopharmaka gehören mittlerweile zu den am häufigsten verordneten Medikamenten. Dabei wurden im Jahr 2013 Antidepressiva mit 1.341 Mio. definierten Tagesdosen (DDD) am häufigsten verschrieben. Darauf folgen die Antipsychotika (321 Mio. DDD) und die Tranquillantien (105 Mio. DDD), also Substanzen zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen, wie sie im Rahmen zahlreicher psychischer Störungen auftreten.

Können nur Psychiater Psychopharmaka verschreiben?

Psychopharmaka werden nicht nur von Psychiatern und Nervenärzten, sondern von Ärzten aller Fachrichtungen eingesetzt. Geschätzt ein Drittel aller Verordnungen erfolgt durch Hausärzte, Allgemeinmediziner und Internisten.

Machen Psychopharmaka abhängig?

Inwiefern bestimmte Psychopharmaka abhängig machen, wird von Wissenschaftlern unterschiedlich diskutiert. Es herrscht jedoch Einigkeit, dass Antidepressiva, Antipsychotika, Stimmungsstabilisierer und Antidementiva nicht abhängig machen, während Benzodiazepine und bestimmte Schlafmittel bereits nach einigen Wochen zu Gewöhnung und nach mehrmonatiger Einnahme auch zu Abhängigkeit führen können. Dennoch kann manchmal eine Dauertherapie mit einem solchen Medikament sinnvoll sein. Grundsätzlich gehören Verordnung und Dosierung von Psychopharmaka in die Hände eines Facharztes, regelmäßige ärztliche Kontrollen sind bei der Einnahme erforderlich.

Was ist bei der Einnahme von Psychopharmaka zu beachten?

Wie alle Medikamente haben auch Psychopharmaka Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln. Dies macht deutlich, warum ein sachgemäßer Einsatz der Substanzen unter strenger ärztlicher Kontrolle notwendig ist. Nicht nur muss bei jedem Patienten der individuelle Nutzen gegenüber den Nebenwirkungen eines Wirkstoffs abgewogen werden. Entscheidend ist gerade bei psychischen Erkrankungen, dass die medikamentöse Therapie in der Regel lediglich Teil eines Gesamt-Behandlungsplans ist, der auch psychotherapeutische Behandlung und andere therapeutische Maßnahmen beinhaltet. Und wie für die Psychotherapie gilt auch hier, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient die Basis der Behandlung bilden muss.

Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit

Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere und stillende Mütter sollten sich hinsichtlich der Einnahme von Psychopharmaka umfassend von ihrem Arzt beraten lassen. Eine verordnete Medikation sollte generell nur nach ärztlicher Absprache abgesetzt werden. Es gibt einige Wirkstoffe, die als sicher gelten und auch während der Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden können. Häufig ist eine Verschlimmerung der Erkrankung für die Mutter und das ungeborene Kind gefährlicher als die Beibehaltung der medikamentösen Therapie.

Was sind Antidepressiva?

Unter der Bezeichnung „Antidepressiva“ wird eine Gruppe von Medikamenten zusammengefasst, die bei depressiven Erkrankungen die Stimmung aufhellen und den Antrieb normalisieren. Zugleich verringern sie auch die typischen körperlichen Symptome (z. B. Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen und Magen-Darm-Beschwerden), die mit einer Depression einhergehen. Der Begriff „Antidepressivum“ ist heute jedoch irreführend, da viele Antidepressiva auch zur Behandlung zahlreicher anderer Erkrankungen (insbesondere Angst- und Zwangsstörungen u. a.), zugelassen sind und bei diesen mit Erfolg eingesetzt werden. Die Wirkung der Antidepressiva beruht primär wahrscheinlich darauf, dass sie in den Stoffwechsel der körpereigenen Neurotransmitter Noradre-

nalinen und Serotonin (Botenstoffe, welche die Signalübertragung zwischen Nervenzellen vermitteln) im Gehirn eingreifen, der bei vielen psychischen Störungen gestört zu sein scheint. Allerdings entfalten Antidepressiva viele andere molekulare Wirkungen, die in ihrer Bedeutung bisher nur unzureichend verstanden sind. Je nach primärem Wirkungsprinzip können verschiedene Haupttypen von Antidepressiva unterschieden werden.

Was sind Antipsychotika?

Antipsychotika reduzieren vor allem psychotische Symptome wie Halluzinationen, Wahn, Denkzerfahrenheit und sie hemmen die Aufnahme von Innen- und Außenreizen. Diese Medikamente haben ihre wesentliche Bedeutung in der Behandlung von Schizophrenien. Antipsychotika wirken bei akuten Psychosen ordnend auf Wahrnehmung und Denken. Alle heute verfügbaren Antipsychotika binden an Dopaminrezeptoren und hemmen dadurch die Wirkung des körpereigenen Neurotransmitters Dopamin. Wahrscheinlich liegt bei Schizophrenien in bestimmten Hirnregionen eine verstärkte Signalübertragung über diesen Botenstoff vor, den man durch Antipsychotika sehr effektiv hemmen kann. Die Antipsychotika werden in sogenannte typische (klassische) und in atypische (moderne) Antipsychotika eingeteilt. Diese unterscheiden sich zum Teil hinsichtlich ihrer klinischen Wirkungen, v. a. aber auch hinsichtlich ihres Nebenwirkungsprofils.

Quellen

- Neurologen und Psychiater im Netz – Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen
Herausgegeben von Fachgesellschaften und Berufsverbänden für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz
www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/pharmakotherapie/was-sind-psychopharmaka/
(aufgerufen am 01.09.2015)
- Lohse, M. J. & Müller-Oerlinghausen, B. (2015). In: Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.). Arzneimittelverordnungsreport 2015. Heidelberg: Springer-Verlag

DGPPN-Pressekonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

Dr. Iris Hauth, Präsidentin DGPPN,
Alexianer St. Joseph Krankenhaus, Berlin-Weißensee

Vorbehalte der Patienten gegenüber Psychopharmaka ernst nehmen

Für die Wirksamkeit von Psychopharmaka besteht heute eine gute Evidenzlage. In den wissenschaftlichen Leitlinien, z. B. zu Depressionen oder zur Schizophrenie, ist der Einsatz von Medikamenten, neben der Psychotherapie und psychosozialen Angeboten, Teil der „First-line-Therapie“.

Viele Patienten profitieren von der Therapie mit Medikamenten, die allerdings immer in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein muss, der unterstützende Gespräche, Psychotherapie und psychosoziale Maßnahmen, einschließlich Angehörigen- und Familiengespräche, umfasst.

Wie alle anderen Medikamente sind auch Psychopharmaka nicht frei von Nebenwirkungen. Damit verbundene Risiken für Patienten müssen wir sehr ernst nehmen – und es muss alles getan werden, um diese zu minimieren. Daher sollte bei der Behandlung mit Psychopharmaka immer darauf geachtet werden, die geringstmögliche wirksame Dosierung zu verordnen und gerade in der Zeit der Einstellung die Wirkungen und Nebenwirkungen engmaschig zu kontrollieren.

Entscheidend ist, dass Psychopharmaka nur unter strenger ärztlicher Kontrolle eingesetzt werden. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Pharmakotherapie ist generell dann am erfolgversprechendsten, wenn sie auf einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Behandelndem aufbaut und auf gemeinsamer Entscheidungsfindung basiert.

Voraussetzung dafür sind sowohl in der ambulanten als auch stationären Versorgung Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte, die genügend Zeit als wesentlichen Wirkfaktor für eine ganzheitliche Therapie aufbringen können.

DGPPN-Pressekonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

**Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg, DGPPN-Vorstandsmitglied,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim**

Leitliniengerechte Antipsychotikatherapie

Die leitliniengerechte Pharmakotherapie der Schizophrenie findet immer im Rahmen eines Gesamtkonzepts statt und schließt neben Medikamenten Methoden der Psychotherapie, Sozio- und Ergotherapie und Psychoedukation ein. Die Wirksamkeit der Antipsychotika in der Akut- und Langzeitbehandlung der Schizophrenie ist in einer Vielzahl von Untersuchungen eindeutig belegt. Sie sind daher Therapie der ersten Wahl und haben die moderne, gemeindenahere Behandlung und Enthospitalisierung von Menschen mit Schizophrenie historisch erst ermöglicht. Antipsychotika sind in aller Regel eine wesentliche Voraussetzung für das Erreichen von Symptommfreiheit, Reintegration und Teilhabe. Heutzutage werden in aller Regel Antipsychotika der neuen Generation (sogenannte „atypische“ Antipsychotika) in Monotherapie verwendet, wobei die Auswahl im Wesentlichen nach den Präferenzen des Patienten und dem Nebenwirkungsprofil erfolgt. Neuere Analysen legen allerdings auch Wirkunterschiede verschiedener Präparate nahe. Patienten mit einer Erstmanifestation einer Psychose benötigen eine möglichst frühzeitige Therapie. Für die Langzeittherapie ist es dann entscheidend, eine nebenwirkungsarme (üblicherweise niedrigdosierte) Therapie auf dem Boden einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zu etablieren. Nach einer Erstmanifestation kann ein Ausschleichen der Antipsychotika im Rahmen eines Gesamtkonzepts sinnvoll sein, obwohl die Gefahr eines Rückfalls dadurch in den ersten Monaten und Jahren ansteigt. Aktuelle Herausforderungen der Antipsychotikatherapie liegen in Fragen der Therapieresistenz, der Behandlung der negativen und kognitiven Symptome der Erkrankung und der Entwicklung von Medikamenten mit neuen Wirkprinzipien.

DGPPN-Pressekonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik

Was hat sich seit der Einführung von Antidepressiva verändert? (Entwicklung von Verordnungshäufigkeit)

Die Verordnungen von Antidepressiva haben in den letzten Jahren stetig zugenommen: Nach den Verordnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahre 1991 wurden nur etwa 200 Mio. Tagesdosierungen verordnet, ausreichend für eine Jahrestherapie von etwa 550.000 Patienten, 2013 waren es bereits 1,4 Mrd. Tagesdosierungen – eine Zunahme um das Siebenfache in einem Zeitraum von knapp einem Vierteljahrhundert. Die Menge der verordneten Antidepressiva würde ausreichen, um nun 3,7 Mio. Menschen ein ganzes Jahr mit einer ausreichenden Dosierung zu behandeln. Interessant ist allerdings die Verteilung der angewendeten Antidepressiva: Die auffällige Steigerung begann mit der Vermarktung der Serotoninwiederaufnahmehemmer, den sogenannten SSRI, deren bekanntestes Präparat Mitte der 1980er Jahre *Prozac* war, in Deutschland als *Fluctin* vermarktet. Schon zu Beginn der Vermarktung wurde erhebliche öffentliche „Propaganda“ für diese Mittel von Firmen und Experten betrieben, vor allem der amerikanische Psychiater Peter Kramer hat sich besonders zugunsten der Anwendung von *Prozac* engagiert, aus seiner Sicht ein wirksames Mittel, um in Zukunft psychotherapeutische Verfahren überflüssig zu machen. Durch das Mittel würde aus einem hässlichen Entlein ein schöner Schwan, so sein Versprechen. Das Motto insgesamt: Don't worry, be happy. Viele der Diskussionen in dieser Zeit erinnerten an die Vermarktung von *Valium* Anfang der 1970er Jahre, das als rosarote Brille für die Psyche beworben wurde. Schon damals wurden allerdings die raschen Steigerungsraten der SSRI, die im Vergleich zu den trizyklischen Antidepressiva als besser verträglich galten, kritisch kommentiert, da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass neue Anwendungsgebiete wie z. B. Essstörungen oder Zwangssyndrome zu diesem Markterfolg beitrugen. Die Mittel wurden vor allem in den USA auch für Kinder verordnet, als Auswirkungen waren Verhaltensstörungen nicht selten, die dann ihrerseits wieder als Grund für eine weitere Behandlung mit Psychopharmaka angesehen wurden.

Während die SSRI über die Jahre erhebliche Absatz- und Umsatzsteigerungen verzeichnen konnten, wurden die „klassischen“ trizyklischen Antidepressiva, die so genannten nichtselektiven Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI), auf einem mehr oder weniger gleichen Mengenniveau von rund 250 bis 300 Mio. Tagesdosierungen verordnet – ausreichend für etwa 800.000 Menschen. In niedrigen Dosierungen scheinen diese Präparate im Übrigen auch für ältere Menschen verträglicher zu sein als SSRI. Auch bei Depressionen im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen (z. B. Krebs, Morbus Parkinson) werden die klassischen Antidepressiva im Vergleich zu den SSRI als wirksamer eingestuft. Unter diesen NSMRI befindet sich auch seit vielen Jahren das Mittel *Opipramol*, dessen Nutzen als antidepressiv wirkendes Medikament schon seit langem bezweifelt wird, kontrollierte Studien fehlen. Interessant ist allerdings, dass dieses Mittel besonders häufig

von Allgemeinmedizinerinnen und Internisten verordnet wird, die ohnehin nahezu die Hälfte der Menschen mit einer Depressionsdiagnose behandeln. Eine fachärztliche Betreuung von Menschen, die unter Depressionen leiden, wäre sicherlich die bessere Alternative. Auf alle Fälle bleibt die häufige Verordnung von *Opipramol* ein immer wiederkehrendes Ärgernis, da mit diesem Mittel kein ausreichender Nutzen bei einer notwendigen Depressionstherapie verbunden ist.

Ohnehin ist in der Zwischenzeit eine gewisse Rationalität in der Bewertung der Antidepressiva eingeleitet. So weisen z. B. die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und die DGPPN darauf hin, dass Antidepressiva bei mild ausgeprägten Depressionen nicht mehr als Mittel der Wahl gelten. Die Responderate von Antidepressiva gegenüber Placebo liegen bei leichten Depressionen bei rund 20 %, eine ausreichende Wirksamkeit kann daher nicht erwartet werden. Selbst bei mittelschweren Depressionen bestehen offenbar begründete Zweifel am Nutzen von Antidepressiva, so dass sie in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren der Behandlung schwerer Depressionen vorbehalten sein sollten.

Ein Großteil der Antidepressiva wird übrigens ohne die Begründung einer einschlägigen Depressionsdiagnose verordnet, andererseits werden Depressionen sehr viel häufiger diagnostiziert als behandelt. Im Schnitt lag die administrative Diagnoseprävalenz 2007 bei 9,6 % und 2013 bei 14,6 %, die Versorgungsprävalenz lag bei 5,7 % resp. bei 9,9 %. Frauen sind sehr viel häufiger betroffen als Männer. Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden gibt es auch große regionale Disparitäten. So werden in Großstädten deutlich häufiger Depressionsdiagnosen gestellt als in ländlichen Regionen, in den alten Bundesländern deutlich mehr als in den östlichen Regionen. Die Frage, ob hier Unter- und Überversorgung oder evtl. auch Fehlversorgung vorliegt, kann aber aufgrund von Krankenkassendaten allein nicht geklärt werden, dass zwar Diagnosen vorliegen, aber keine weiteren klinischen Angaben zur Schwere der Depression verfügbar sind. Außerdem hat die Zuweisungsfähigkeit für Versicherte mit einer Depressionsdiagnose im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs möglicherweise auch zu einer Beeinflussung der Diagnosehäufigkeit mit schwer nachvollziehbaren Auswirkungen geführt. Die Kassen sind an einer möglichst breiten Diagnosestellung interessiert: So bekommen Kassen z. B. für eine 50- bis 54-jährige Frau 2402 Euro aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen, für einen gleichaltrigen Mann 2244 Euro. Von Seiten der Kassen besteht daher ein großes Interesse daran, die Morbidität „Depression“ möglichst vollständig abzubilden.

Es gibt übrigens auch international erhebliche Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit von Antidepressiva. So werden bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland am seltensten Antidepressiva verordnet, in den USA dagegen drei- bis viermal so viel.

Bei der Verordnung von Antidepressiva für Menschen, die den Hauptanteil dieser Mittel verschrieben bekommen, sollte dringend die *PRISCUS*-Liste beachtet werden, in der potenziell inadäquate Arzneimittel für ältere Menschen aufgelistet sind. Gerade bei älteren Menschen, bei denen die Nieren und die Leber weniger gut als in jüngeren Jahren „arbeiten“, können häufig unerwünschte Wirkungen, aber auch Wechselwirkungen vor allem mit anderen zentral wirksamen Mitteln auftreten, die nach Möglichkeit vermieden werden sollten.

Schließlich ist unklar, ob Antidepressiva dazu beigetragen haben, die Suizidrate bei Menschen mit Depressionen zu senken. Patientengruppen weisen darauf hin, dass etwa ein Drittel der knapp über 10.000 Selbsttötungen in einem direkten Zusammenhang mit einer Depression stehen und dass Antidepressiva helfen könnten, diese Zahl zu verringern. Qualifizierte Studien haben diese Auswirkungen jedoch nicht bestätigen können.

Ein letzter Aspekt: Insbesondere die SSRI werden immer wieder im Zusammenhang mit „Hirndoping“ (Cognitive Enhancement) genannt, weil sie angeblich die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft sowie die Aufmerksamkeit steigern könnten. Diese Wunschvorstellungen mancher Menschen haben nichts mit den realen Wirkungen der Mittel zu tun – achten wir also alle darauf, dass mit dieser Arzneimittelgruppe kein neues Missbrauchsproblem wie bei den Benzodiazepin-Derivaten entsteht, die offenbar in der Zwischenzeit häufig durch Antidepressiva ersetzt werden.

DGPPN-Presskonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

Janine Berg-Peer, Soziologin, Autorin, Coach

BApK – Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

**Deutsche Repräsentantin von EUFAMI, dem europäischen Dachverband
der Angehörigenverbände**

— Psychopharmaka – Überlegungen aus Angehörigensicht

Die Diskussion um Psychopharmaka ist für Angehörige keine akademische: Wir sind täglich damit konfrontiert, was passiert, wenn unsere Kinder, Lebenspartner oder Eltern Medikamente verweigern oder sie vorzeitig absetzen. Auch wir machen uns Sorgen wegen der Nebenwirkungen und der Langzeitfolgen, aber wir machen uns ebensolche Sorgen, wenn wir täglich mit den Symptomen einer psychischen Krankheit konfrontiert sind und erleben, wie diese das Leben eines Betroffenen zerstören können. Eine einseitige Panikmache vor Psychopharmaka halte ich für schädlich, weil sie Angehörige und Betroffene verunsichert und sie davon abhalten kann, überhaupt die Hilfe der Psychiatrie in Anspruch zu nehmen.

Außerdem: Ganz unabhängig davon, was Angehörige von Psychopharmaka halten, sind wir es doch nicht, die entscheiden, welche Medikamente in welcher Dosis unser betroffener Angehöriger nimmt.

Wir befürworten die Diskussion um Nutzen und Schaden von Psychopharmaka, wenn dahinter die Intention steht, eine optimale Therapie für psychisch Kranke zu finden. Allerdings führt der heftige Schulenstreit unter Fachleuten auch zu erheblicher Verunsicherung bei uns und bei Patienten. Als Laien ist es schwer für uns zu entscheiden, wem wir „glauben“ sollen. Wir wissen oft nicht, ob es richtig oder falsch ist, wenn wir unserem Angehörigen dazu raten, die Medikamente zu nehmen. Die Forderung, statt „nur“ auf Medikamente zu setzen auch Psychotherapie anzuwenden, ist ebenso richtig wie kurzfristig nutzlos: Für unsere erkrankten Angehörigen ist es extrem schwierig, einen Psychotherapeuten zu finden, der sich mit schweren psychischen Krankheiten auskennt und dann auch noch einen Therapieplatz bei ihm zu erhalten.

Ich halte es für wichtig, dass zu Beginn einer psychischen Krankheit äußerst zurückhaltend mit Psychopharmaka umgegangen wird – das wurde lange Zeit anders gehandhabt. Außerdem sollten Betroffene und Angehörige umfassend darüber aufgeklärt werden, welche Medikamente es gibt und mit welchen Nebenwirkungen gerechnet werden kann. Keinesfalls sollten nach einem Krankenhausaufenthalt die teureren Medikamente beim niedergelassenen Psychiater durch ein günstigeres Präparat ersetzt werden. Es sollte im Verlauf der Krankheit immer wieder überprüft werden, ob die Dosis nicht verringert werden könnte. Dazu ist es erforderlich, dass Psychiater sich immer wieder ausreichend Zeit nehmen, mit ihren Patienten zu reden.

Psychopharmaka sollten ebenso vorsichtig verordnet und genommen werden, wie andere Medikamente auch. Aber vielen Betroffenen geben diese Medikamente, wenn sie sorgfältig und zurückhaltend verordnet werden, eine Chance, trotz Krankheit ein selbständiges und gelingendes Leben zu führen – wie ich aus eigener Erfahrung mit meiner Tochter weiß.

DGPPN-Pressekonferenz, 08.09.2015

„Psychopharmaka im Fokus: Herausforderung für die Versorgung“

Hintergrundinformationen

Was sind Psychopharmaka?

Arzneimittel, die bestimmte, für die Informationsvermittlung verantwortliche, Botenstoffe im Gehirn beeinflussen und so die psychische Verfassung verändern – Fachleute sprechen von psychoaktiven bzw. -tropen Effekten. Die Substanzen, die im Medikament enthalten sind, wirken entweder direkt oder indirekt über ihre Stoffwechselprodukte im Gehirn.

Wobei können sie helfen?

Unverzichtbar sind Psychopharmaka insbesondere bei der Behandlung schwerer psychischer Störungen wie Schizophrenien oder Bipolarer (manisch-depressiver) Erkrankungen oder schwerer depressiver Störungen. Auch bei der Therapie schwererer Angst- und Zwangsstörungen kommt ihnen eine wichtige Rolle zu. Weitere wichtige Anwendungsgebiete sind Suchterkrankungen und Demenzen. Viele Erkrankungen werden durch die auf die Psyche wirkenden Medikamente erst behandelbar, indem sie u. a. eine Basis für eine psychotherapeutische Behandlung und weitere Behandlungen (wie z. B. Psychotherapie) schaffen. Oft wird nur durch den Einsatz von modernen Psychopharmaka eine ambulante Behandlung der Patienten möglich – mit dem Ziel, dass diese sich schneller wieder in Gesellschaft und Beruf einfinden können.

Welche Gruppen werden unterschieden?

Psychopharmaka werden entsprechend ihrer Hauptindikation üblicherweise in die folgenden Gruppen unterteilt: Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer (Phasenprophylaktika), Antipsychotika (Neuroleptika), Anxiolytika, Hypnotika, Antidementiva und Psychostimulanzien. Daneben gibt es eine Reihe von Arzneimitteln, die sich keiner dieser Gruppen zuordnen lassen, z. B. Medikamente, mit denen bestimmte Aspekte von Suchterkrankungen behandelt werden. Allerdings sind die Grenzen zwischen den verschiedenen Arzneimittelgruppen heute fließend, da man mit Antidepressiva auch erfolgreich andere psychische Störungen behandeln kann, z. B. Angst- oder Zwangsstörungen.

Welche Psychopharmaka werden am meisten verschrieben?

Psychopharmaka gehören mittlerweile zu den am häufigsten verordneten Medikamenten. Dabei wurden im Jahr 2013 Antidepressiva mit 1.341 Mio. definierten Tagesdosen (DDD) am häufigsten verschrieben. Darauf folgen die Antipsychotika (321 Mio. DDD) und die Tranquillantien (105 Mio. DDD), also Substanzen zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen, wie sie im Rahmen zahlreicher psychischer Störungen auftreten.

Können nur Psychiater Psychopharmaka verschreiben?

Psychopharmaka werden nicht nur von Psychiatern und Nervenärzten, sondern von Ärzten aller Fachrichtungen eingesetzt. Geschätzt ein Drittel aller Verordnungen erfolgt durch Hausärzte, Allgemeinmediziner und Internisten.

Machen Psychopharmaka abhängig?

Inwiefern bestimmte Psychopharmaka abhängig machen, wird von Wissenschaftlern unterschiedlich diskutiert. Es herrscht jedoch Einigkeit, dass Antidepressiva, Antipsychotika, Stimmungsstabilisierer und Antidementiva nicht abhängig machen, während Benzodiazepine und bestimmte Schlafmittel bereits nach einigen Wochen zu Gewöhnung und nach mehrmonatiger Einnahme auch zu Abhängigkeit führen können. Dennoch kann manchmal eine Dauertherapie mit einem solchen Medikament sinnvoll sein. Grundsätzlich gehören Verordnung und Dosierung von Psychopharmaka in die Hände eines Facharztes, regelmäßige ärztliche Kontrollen sind bei der Einnahme erforderlich.

Was ist bei der Einnahme von Psychopharmaka zu beachten?

Wie alle Medikamente haben auch Psychopharmaka Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln. Dies macht deutlich, warum ein sachgemäßer Einsatz der Substanzen unter strenger ärztlicher Kontrolle notwendig ist. Nicht nur muss bei jedem Patienten der individuelle Nutzen gegenüber den Nebenwirkungen eines Wirkstoffs abgewogen werden. Entscheidend ist gerade bei psychischen Erkrankungen, dass die medikamentöse Therapie in der Regel lediglich Teil eines Gesamt-Behandlungsplans ist, der auch psychotherapeutische Behandlung und andere therapeutische Maßnahmen beinhaltet. Und wie für die Psychotherapie gilt auch hier, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient die Basis der Behandlung bilden muss.

Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit

Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere und stillende Mütter sollten sich hinsichtlich der Einnahme von Psychopharmaka umfassend von ihrem Arzt beraten lassen. Eine verordnete Medikation sollte generell nur nach ärztlicher Absprache abgesetzt werden. Es gibt einige Wirkstoffe, die als sicher gelten und auch während der Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden können. Häufig ist eine Verschlimmerung der Erkrankung für die Mutter und das ungeborene Kind gefährlicher als die Beibehaltung der medikamentösen Therapie.

Was sind Antidepressiva?

Unter der Bezeichnung „Antidepressiva“ wird eine Gruppe von Medikamenten zusammengefasst, die bei depressiven Erkrankungen die Stimmung aufhellen und den Antrieb normalisieren. Zugleich verringern sie auch die typischen körperlichen Symptome (z. B. Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen und Magen-Darm-Beschwerden), die mit einer Depression einhergehen. Der Begriff „Antidepressivum“ ist heute jedoch irreführend, da viele Antidepressiva auch zur Behandlung zahlreicher anderer Erkrankungen (insbesondere Angst- und Zwangsstörungen u. a.), zugelassen sind und bei diesen mit Erfolg eingesetzt werden. Die Wirkung der Antidepressiva beruht primär wahrscheinlich darauf, dass sie in den Stoffwechsel der körpereigenen Neurotransmitter Noradre-

nalinen und Serotonin (Botenstoffe, welche die Signalübertragung zwischen Nervenzellen vermitteln) im Gehirn eingreifen, der bei vielen psychischen Störungen gestört zu sein scheint. Allerdings entfalten Antidepressiva viele andere molekulare Wirkungen, die in ihrer Bedeutung bisher nur unzureichend verstanden sind. Je nach primärem Wirkungsprinzip können verschiedene Haupttypen von Antidepressiva unterschieden werden.

Was sind Antipsychotika?

Antipsychotika reduzieren vor allem psychotische Symptome wie Halluzinationen, Wahn, Denkzerfahrenheit und sie hemmen die Aufnahme von Innen- und Außenreizen. Diese Medikamente haben ihre wesentliche Bedeutung in der Behandlung von Schizophrenien. Antipsychotika wirken bei akuten Psychosen ordnend auf Wahrnehmung und Denken. Alle heute verfügbaren Antipsychotika binden an Dopaminrezeptoren und hemmen dadurch die Wirkung des körpereigenen Neurotransmitters Dopamin. Wahrscheinlich liegt bei Schizophrenien in bestimmten Hirnregionen eine verstärkte Signalübertragung über diesen Botenstoff vor, den man durch Antipsychotika sehr effektiv hemmen kann. Die Antipsychotika werden in sogenannte typische (klassische) und in atypische (moderne) Antipsychotika eingeteilt. Diese unterscheiden sich zum Teil hinsichtlich ihrer klinischen Wirkungen, v. a. aber auch hinsichtlich ihres Nebenwirkungsprofils.

Quellen

- Neurologen und Psychiater im Netz – Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen
Herausgegeben von Fachgesellschaften und Berufsverbänden für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz
www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/pharmakotherapie/was-sind-psychopharmaka/
(aufgerufen am 01.09.2015)
- Lohse, M. J. & Müller-Oerlinghausen, B. (2015). In: Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.). Arzneimittelverordnungsreport 2015. Heidelberg: Springer-Verlag