

Leitlinien für den Umgang mit Neuroleptika



Stand: 04/2009

Fachbereich Behindertenhilfe

I. Zusammenfassung der aktuellen Erkenntnisse

(Fachtagung mit Dr. Aderholt am 03.03.2009; Veröffentlichungen zum Thema)

Es ist festzustellen, dass die **Pharmakotherapie** in der Behandlung von Psychosen allgemein **überbewertet** wird (gilt sowohl für Typika als auch für Atypika). Es gibt keinerlei Nachweise für eine Verbesserung des Langzeitverlaufes der Erkrankung unter Neuroleptika-Behandlung.

Demgegenüber wird in einigen Untersuchungen (England, USA, Norwegen) eine **deutliche Erhöhung der Suizidrate** ermittelt (8 – 20 fach).

Weitere ernst zu nehmende **Folgen einer regelmäßigen und längerfristigen Neuroleptika-Behandlung:**

- a) Sie beeinflusst die **Neurokognition** → Verringerung der Gehirnleistung
- b) Sie fördert die **Neurodegeneration** → Abnahme der grauen Gehirnsubstanz / Reduzierte Dichte der Nervenendungen
- c) Sie verkürzt die **Lebenserwartung** → erhöhte Mortalität
 - bis zu 6,6-fach erhöhte kardiovaskuläre Mortalität im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung,
 - 40 – 50 % der Patienten erkranken an einem metabolischen Syndrom; das Risiko für koronare Herzerkrankungen ist verdoppelt.
 - Hohes Risiko für eine Diabetes – Typ 2 – Erkrankung
 - Risiko für koronare Herzerkrankungen steigt auf das 7-fache, bei Erkrankung am metabolischen Syndrom und an Diabetes!

Die **Risiken bei Neuroleptika-Einnahme sind abhängig** von

- a) der verwendeten Substanz
- b) der Dosierung
- c) der Auswahl der gleichzeitig eingenommenen Neuroleptika (Poly-Pharmazie)
- d) Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

15 – 20 % der Patienten sprechen nicht auf Neuroleptika an (**Non-Responder**).

Die Einnahme bringt diesen Patienten ausschließlich einen Negativ-Effekt (Nebenwirkungen).

40 – 60 % der Psychosen **remittieren ohne Neuroleptika-Einnahme**.

Unzureichende psychosoziale/therapeutische Betreuungsangebote führen zu einem tendenziellen Anstieg der Neuroleptika-Dosierung.

II. Auswirkungen auf unsere Arbeit

Grundlage unserer Arbeit ist eine umfassende **psychosoziale Betreuung**. Die Einnahme von Neuroleptika kann in diesem Kontext lediglich ein Baustein sein.

Wir verstehen uns als **Anwalt** der Klienten und vertreten deren Anliegen.

In Wahrnehmung unserer Verantwortung für sie verpflichten wir uns auf folgende **Leitlinien**:

1. Die **Einnahme von Neuroleptika** ist **keine Bedingung** zur Inanspruchnahme unserer Betreuungsdienste.
2. Es wird im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme kein Druck ausgeübt. Die Einnahme wird nicht per Zwang durchgesetzt.
3. Unsere Betreuungsarbeit stellt sich auch auf Menschen ein, die die Einnahme von Neuroleptika nicht oder nur in geringer Dosierung wünschen. Das erfordert **konzeptionelle Veränderungen / Ergänzungen**.
4. Ein/e Mitarbeiter/in (Bezugsbetreuer/in, Gruppenleiter/in) ist über **die jeweilige aktuelle Medikation (Neuroleptika u. andere) informiert**. Die Medikation wird dokumentiert.
5. Die Verordnung und Einnahme von Medikamenten (Neuroleptika und andere) ist ein ständiges und wichtiges Thema im Gespräch zwischen Klient, Betreuer und Arzt. **1 x im Quartal** – im Bedarfsfall auch öfter – wird die Möglichkeit einer **Medikamentenreduzierung** erörtert. Ziel: Gering- und Monodosierung.
6. **Wesentliche Vitalwerte** werden regelmäßig überwacht und dokumentiert (s. *Tabelle, Anhang*). Bei den vom Arzt zu erhebenden Werten achten wir auf die termingerechte Durchführung. Bei auffälligen Werten werden notwendige Maßnahmen unverzüglich mit den behandelnden Facharzt bzw. der Fachklinik beraten.
7. Die Vergabe von **Bedarfsmedikation** erfolgt nur, wenn andere Interventionsmöglichkeiten (z. B. persönliche Zuwendung, Gespräch, Ernährung, Bewegung, atmosphärische Maßnahmen, Ablenkungsbemühungen durch andere Angebote, u.a.m.) ausgeschöpft oder nicht möglich sind. Dabei wird streng auf die Indikationsstellung geachtet.
8. Die **Kultur im Umgang** mit unseren Klienten wird überdacht, z. B. hinsichtlich des Orts und der Gestaltung der Medikamentenausgabe, oder des Orts und der Gestaltung der Einzel-/Gesprächskontakte.
9. Das vorhandene **Beschwerdemanagement** wird dahingehend erweitert, dass auch eine Bearbeitung der Thematik „Medikation“ möglich ist.
10. Die **Überprüfung** von Gültigkeit und Anwendung dieser Leitlinien erfolgt jährlich im Rahmen der Konferenz der Einrichtungsleiter.

Verabschiedet im Rahmen der Leiterkonferenz am 01.04.2009

Redaktionelle Bearbeitung: Marianne Schäfer, Maria Thomas, Ralf Schulze

Anhang:

Kontrolle wesentlicher Vitalwerte

1. Erhebung durch die Einrichtung						
Bestimmungen	Beginn	erste 4 Wochen	erste 3 Monate	alle 3 Monate	halb-jährlich	jährlich
Körpergewicht (BMI)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Hüftumfang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Blutdruck / Puls	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Blutzucker ¹	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Die Werte werden in der Medizinischen Dokumentation erfasst.

2. Erhebung durch den behandelnden Arzt						
Bestimmungen	Beginn	erste 4 Wochen	erste 3 Monate	alle 3 Monate	halb-jährlich	jährlich
Nüchternserumglukose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Nüchternblutfette	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Blutbild ²	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Kreatinin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Leberenzyme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
EKG ³	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
EEG (nur bei Clozapin / Zotepin)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Quelle der empfohlenen Kontrolluntersuchungen: S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

„Patienten, Angehörige und Betreuer sollten über die erforderlichen Kontrolluntersuchungen ausreichend informiert werden. Insbesondere sollte über das Risiko von Diabetes, Gewichtszunahme und Fettstoffwechsel explizit aufgeklärt werden und die klinischen Zeichen einer Hyperglykämie wie Müdigkeit, Durst und Polyurie erläutert werden. Es sollte versucht werden, Risikopatienten vorab zu identifizieren und stärker zu überwachen. Risikofaktoren für das Auftreten von Typ-II-Diabetes und verminderter Glukosetoleranz sind positive Familienanamnese für Diabetes mellitus, höheres Alter, abdominale Adipositas, bestimmte ethnische Zugehörigkeit, verminderte körperliche Aktivität, bestimmte Essgewohnheiten und vorbestehende Fettstoffwechselstörungen. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichtes, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen.“

¹ Die Blutzuckermessung wurde ergänzend zur DGPPN-Leitlinie aufgenommen, da sie auch wichtige Frühwarnzeichen liefern kann.

² Unter Clozapin in den ersten 18 Wochen wöchentlich, danach monatlich; bei Thioridazin und trizyklischen Antipsychotika ebenfalls häufiger empfohlen

³ Unter Clozapin, Thioridazin, Pimozid, Perazin sowie Ziprasidon häufiger empfohlen