Individuelle und ökonomische Bedeutung der sekundären Prävention bei Schizophrenie

Autor F.-J. Wagner

Bibliografie
DOI 10.1055/s-0028-1109347
Psych Pflege 2009; 15: 67 – 69
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0949-1619

Korrespondenzadresse
Franz-Josef Wagner
Gratianstraße 7
54294 Trier

Vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen zeigt der Autor auf, welche Bedeutung präventive Aspekte haben können.

Ich versuche, mich dem theoretischen Thema der Prävention der Schizophrenie über die sprachlichen und medizinischen Ableitungen sowie die ökonomischen und politischen Dimension so pragmatisch wie möglich zu nähern. Anhand der Frühwarnzeichen sowie der Maßnahmen salutogenetischer Reaktion und der Wirkung der sekundären Prävention sollen dann Möglichkeiten der Realisierung dargestellt werden [16].

Definition von Prävention, Genese und Schizophrenie

Prävention (lat.: praevenire, praeventum) bedeutet: Zuvorkommen. Allgemein hat Prävention die Bedeutung: Vorbeugung, Verhütung. Im medizinischen Duktus ist damit gemeint: die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gesundheitsfürsorge. Es wird unterschieden in primäre Prävention (Maßnahmen in einer Region oder Bevölkerungsgruppe), sekundäre (Maßnahmen, die zur Verkürzung der Krankheitsdauer führen, Rückfälle vermeiden und weiteren Schaden von der Person und seiner Umgebung fernhalten) und tertiäre Prävention (die Folgen der Schizophrenie ausgleichen oder in Grenzen halten, ihre invalidisierenden Auswirkungen vermeiden oder mildern).
Genese ist griechisch und hat als Wortbildungselement die Bedeutung von: Entstehung, Entwicklung. Somit kann Pathogenese als Krankheitsentstehung und Salutogenese als Gesundheitsentwicklung aufgefasst werden. Der Begriff Salutogenese wurde von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923 – 1994) in den 1970er-Jahren als Gegenbegriff zur Pathogenese eingeführt.
In der Einleitung der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ wird das Prodromalstadium (Interessenverlust, sozialer Rückzug, Fernbleiben von der Arbeit, Reizbarkeit und Überempfindlichkeit) als ein Kriterium der Diagnose Schizophrenie (F20) beschrieben. Bestehen die Symptome (Wahngedanke, Halluzination usw.) jedoch mindestens einen Monat, so liegt es nahe, die Diagnose „Schizophrenie“ zu stellen [1].

Bedeutung von Prävention, Pathogenese und Salutogenese

Die ökonomische Betrachtung der Prävention ist der Anlass, für Politik und Wissenschaft, hoffnungsvoll auf eine Effektivitätssteigerung des Gesundheitswesens zu setzen. Besondere Bedeutung hat die Schizophrenie auf dem Arbeitsmarkt, weil viele Arbeitnehmer durch die Erkrankung frühzeitig aus dem Arbeitsprozess ausscheiden (1999 schieden, mit einem durchschnittlichen Rentenzugangsalter von 39,1 Jahren für Männer und 42,3 Jahren für Frauen, 6648 Menschen aus dem Erwerbsleben aus). Durch diesen Rentenfall entstehen nicht nur Rentenzahlungen und Einnahmeausfälle der Sozialversicherungen (Arbeitslosen-, Renten- und Krankenversicherung) und Einkommenssteuer, sondern auch Kosten der stationären und ambulanten Behandlung der psychischen Diagnose (2005 registrierte Rheinland-Pfalz 4236 schizophrene Patienten von 40000 Entlassungen aus der stationären Psychiatrie) [2].
Durch einen Drehtüreffekt entstehen Folgekosten (70% der Rezidive einer Schizophrenie führen zur Rehospitalisierung), wie z.B. Kosten bei somatischen Diagnosen, die durch Dyskinesien infolge der Medikamentengabe entstehen (2003

wurden 38,3 Mio. Psychopharmaka verordnet, im Wert von 1467 Mio. Euro), auch Kosten der Eingliederungshilfe, durch SGB XII legitimiert, die eine emotionale und soziale Betreuung schizophren diagnostizierter Menschen ermöglicht. Die Bedeutung von Prävention lässt sich nicht nur anhand der ökonomischen Zahlen dokumentieren (so plante die Bundesregierung 2004 zusätzlich 250 Millionen Euro für Strukturmaßnahmen im Gesundheitswesen ein), sondern auch durch die politische Präsenz des Themas [4].

In Rheinland-Pfalz haben sich das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen sowie das Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau zusammengeschlossen, um die „Bestandsaufnahme eines Zukunftsmarktes“ und den „Masterplan für die Weiterentwicklung eines Zukunftsmarktes“ Gesundheitswirtschaft zu beleuchten. Ca. 10% der Bruttowertschöpfung wird in Rheinland-Pfalz von der Gesundheitswirtschaft erwirtschaftet (Rheinland-Pfalz beleuchtete im Masterplan die Teilmärkte: Ambulante und stationäre psychiatrische und somatische Versorgung, Ernährungswirtschaft, stationäre und ambulante Pflege, Pharmaindustrie, Biotechnologie und Medizintechnik und -informatik sowie die Health-Care-Logistik) [4].

Michaela Amering [5] postuliert, dass Gesundheitsförderung, Prävention und Recovery (Salutogenese) ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis zu umfassen hat, das Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit versteht.

Praktische Umsetzung der sekundären Prävention bei Schizophrenie

▼

Das Beleuchten der sekundären Prävention bei Schizophrenie erfolgt auf der Basis der eigenen 20-jährigen Erfahrungen und aus der Erkenntnis der multifaktoriellen Genese einiger Menschen aus der Selbsthilfebewegung. Dabei will ich nicht die Ätiologie der Schizophrenie beleuchten, sondern die psychosozialen Faktoren, die Rückfälle und weiteren Schaden von der Person und seiner Umgebung vermeiden helfen und fernhalten.

Erkennen der Pathogenese

▼

Die Daten des Drehtüreffekts (70% Rezidive im Untersuchungszeitraum von drei Jahren) erfordern, dass die Gründe und Hintergründe beleuchtet werden (z.B. Alter der Patienten und Dauer der vorherigen Hospitalisierung). Meiner Meinung nach sind dies sachliche und faktische Begründungen, jedoch liegt die Wahrheit tiefer: Der Klient (Patient) hat die emotionalen, sozialen sowie die biologischen Gründe seiner Schizophrenie nicht erarbeitet und ist sich somit seiner Ressourcen nicht bewusst. Willfährigkeit (Compliance) wie in der somatischen Medizin ist hier fehl am Platz. Ein ressourcenorientiertes Handeln erfordert eine individuelle Behandlung, z.B. eine vertrauensvolle Kommunikation von Therapeut und Patient, patientenorientierte, individuelle, psychische und soziale Aktivitäten, gesundheitsphasenangepasste, individuelle und kollektive soziale Kontakte und verlangt außerdem noch versorgungsstrukturelle Maßnahmen (medizinisches und soziales Netzwerk) [3, 7].

Sind die individuellen und versorgungsstrukturellen Maßnahmen annährend optimal, entwickelt sich aus der anfänglichen, fast ausschließlichen Fremdbestimmung ein kybernetisch-dynamischer Prozess, der in eine wahrhaftige Selbstbestimmung mündet. Die Selbstkontrolle stärkt dazu das Selbstvertrauen, das ein besseres Wahrnehmen der Frühwarnzeichen möglich macht. Im Folgenden liste ich fünf Gruppen möglicher Frühwarnzeichen schizophren diagnostizierter Menschen auf:

Veränderung im Denken/Sprechen

Kreativität: Ideenreichtum, Gedankenflug, destruktive Ideen, …
Realitätsbezug: fixe Ideen, Symbolträchtigkeit aller Wahrnehmungen, …
Produktivität: Zerfahrenheit, Themenfixiertheit, Vergesslichkeit, …
Sprechen: Formulierungsschwierigkeit, Änderung der Stimmlage, …

Veränderung der Gefühle und Empfindungen

Positive: Verliebtheit, Empfindsamkeit, Euphorie, Glück, …
Negative: Seelenschmerz, Unruhe, Angst, Trauer, Apathie, …

Veränderung im Verhalten

Aktivität: Aufräumen, Geld ausgeben, Briefe und Zettel schreiben, …
Rückzug: Verlangsamung, Antriebslosigkeit, im Bett liegen, …
Reaktionen: Nervosität, Gereiztheit, Intoleranz, Widersprüchlichkeit, …
Medikamente: Absetzen, unregelmäßig Einnehmen, …
Bedürfnisse: Rauchen, Appetitlosigkeit, Ruhebedürfnis, …
Ordnung: Unzuverlässigkeit, Unpünktlichkeit, Ziellosigkeit, …

Veränderung im sozialen Leben

Familie/Partner: Beziehungsängste, Verlustängste, Isolation, …
Beruf/Kollegen: Unzufriedenheit mit Kollegen, gesteigerte Aktivitäten, …
Freunde/Bekannte: Rückzug, wenig Toleranz, Aggressivität, …
Professionelle: Austricksen und/oder vermehrtes Aufsuchen der Fachkräfte, …

Körperlich-vegetative Veränderung

Schlafen: Verschiebung des Wach- & Schlafrhythmus, Schlaflosigkeit, …
Essen/Trinken: Kein Durst, gesteigerter Hunger, Appetitlosigkeit, …
Augen: Glänzend, flackernd, unruhig, trübe, verschleiert, …
Sexualität/Erotik: gesteigert, gehemmt, …
Bewegungsfähigkeit: verlangsamt, unkoordiniert, hektisch,..

Um die individuellen Frühwarnzeichen zu erarbeiten und zu artikulieren, bedarf es anfänglich einer sehr guten, vertrauensvollen, kommunikativen Zusammenarbeit zwischen sozialem Umfeld und Klient. Viele schizophren diagnostizierte Menschen verbinden mit der Fremdbestimmung negative Erfahrungen und verweigern sich den Hinweisen für eine Pathogenese.

Maßnahmen zu salutogenetischen Reaktionen

▼

Salutogenetische Reaktionen, nach der Pathogenese Schizophrenie, sind heute wechselweise auf den Ebenen Subjektives Erleben, Soziales Verhalten und im biologischen Bereich zu suchen. Dabei erfährt die biologische und subjektive Ebene die größte therapeutische Bedeutung, eine Erklärung kann in der Finanzierung durch das SGB V liegen. Die finanzielle Umsetzung der sozialen Maßnahmen im SGB V erfährt erst so langsam eine Realisierung, aktuell werden diese Maßnahmen einkommensbezogen nach SGB XII finanziert und haben dadurch in der Vergangenheit und aktuell nur geringe Bedeutung er-

langt. Durch eine gestufte, der Situation angepasste, salutogenetische Reaktion Subjektives Erleben (supportive Gespräche, psychoanalytische und psychodynamische Therapie, systemische Therapie, kognitive Therapie, usw.), Soziales Verhalten (Klient kommuniziert selbstständig fachspezifisch und/oder sozial mit dem Umfeld, Klient erfährt Unterstützung bei Behördengängen, Hausarbeit, Körperpflege, Umgang mit den Finanzen usw.) und auch im biologischen Bereich (sportliche Betätigung, Homöopathische und Pharmakotherapie usw.) kann eine klientenangepasste Prävention erfolgen. Das führt zur Stärkung der inneren und äußeren Ressourcen von schizophren diagnostizierten Menschen [6, 8].

Ergebnisse von Präventionsmaßnahmen

Der Vorsitzende der „Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation" (DGPE), Josef Bäumel [9], sieht z.B. die Psychoedukation als eine wesentliche Grundlage von psychiatrisch-psychotherapeutischem Arbeiten in der Akut- und Rehabilitationspsychiatrie. Sein Hinweis auf die Einbeziehung Angehöriger, die dann die Wirkung und das Präventionsergebnis erhöhen, weist auf die Wichtigkeit der sozialen Faktoren hin. Auch Hartmut Berger [10] sieht in der Vermittlung von Empowerment eine wesentliche Strategie in der Ressourcenstärkung und aktiven Bewältigung der Herausforderungen seelischer Krankheiten. Die Klienten sollen befähigt werden, an der Gestaltung ihrer Gesundheit aktiv mitzuwirken [11].

Damit ist die Exklusion schizophren diagnostizierter Menschen noch nicht rückgängig gemacht, es ist jedoch ein wesentlicher Schritt in Richtung Inklusion in die Normalbevölkerung. Dirk Richter [12] zeigt in einer Studie über den sozialen Ausschluss psychisch Kranker die Exklusion der Menschen mit psychiatrisch pathologisierten Diagnosen auf: 79% der männlichen und 64% der weiblichen Menschen sind nach der Erkrankung unverheiratet. Das bedeutet auch, dass diese Menschen größtenteils alleine wohnen und aus diesem Grund nicht mehr in ihrem sozialen Verhalten geschult und trainiert werden können. Hier benötigen wir aufsuchende, kurzintervallische, therapeutische Maßnahmen, die das gesamte Spektrum der salutogenetischen Reaktionen beinhalten und somit der Rehospitalisierung entgegenwirkt. Gute Ergebnisse hat auch das 1998 in Rheinland-Pfalz eingeführte „Persönliche Budget" gebracht. Die Eingliederungshilfe (SGB XII) finanziert, als „Persönliches Budget", Supportive Gespräche und Präventionsmaßnahmen im sozialen Verhalten mittels sozialtherapeutischer Mitarbeiter. Hier liegt die Zufriedenheit der Klienten bei über 80% [13–15].

Fazit

Eine Bewertung präventiver Arbeit ist vielschichtig. Ich versuchte den dynamischen, salutogenetischen Prozess hinsichtlich der Lebensqualität von psychiatrisch diagnostizierten Menschen in ihrer politischen und ökonomischen Dimension zu beschreiben. Thorsten Meyer [17] hat in der Querschnittsanalyse, beim Vergleich schizophren Erkrankter mit psychisch Gesunden, signifikante Unterschiede der krankheitsbezogenen Merkmale entdeckt. Erkrankte Menschen sprechen nicht nur häufiger über positive Aspekte der Lebensqualität, wenngleich die Resignationsphase auch als sozialer und emotionaler Tod bezeichnet werden kann, sondern sie thematisieren auch nur begrenzt die negativen Aspekte und es wird auch weniger über Familie, Partnerschaft und soziale Kontakte gesprochen. Ein weiterer Aspekt sind die oralen Bedürfnisse (Essen, Trinken, Rauchen) in Abhängigkeit der Krankheitsdauer in Jahren: Je länger die Krankheit dauert, desto mehr steigen die oralen Bedürfnisse; in entsprechendem Maß verringern sich die sozialen Kontakte. Eine erfolgreiche Präventionsarbeit im Sinne von Salutogenese (biopsychosoziale Komplexleistung) würde hier qualitativ Spuren hinterlassen, sozial wie oral.

Ökonomisch bedeutet das für das Individuum: Geringere Kosten oraler Bedürfnisse, der somatischen und psychischen, ambulanten und stationären Versorgung, inklusive geringerer Medikamentenverordnungen, und dann noch eine mögliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt, was ebenso Einnahmen der Sozialversicherungen und des Finanzamts ermöglicht. Volkswirtschaftlich könnten umfangreiche psychosoziale Strukturen (Heime, Betreutes Wohnen, Tagesstätten, niederschwelliges psychosoziales Angebot, Strukturen der unfreiwilligen Einweisungen usw.) reduziert und eine sogenannte Manpower in die industrielle und handwerkliche Produktion eingesetzt werden. Hier würde eine Verlagerung der Bruttowertschöpfung aus der Health-Care-Wirtschaft in Richtung industrieller und handwerklicher Produktion erfolgen können.

Literatur

1 *Weltgesundheitsorganisation.* Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) Bern, 1997; 2., korrigierte und bearbeitete Aufl
2 *Schnabel R et al.* Kosten der Frühverrentung am Beispiel der Schizophrenie. Gesundheit ökon Qual manag 2002; 7: 381–388
3 *Aktion Psychisch Kranke.* Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung, Bonn, 2004
4 *Bundesministerium für Gesundheit.* Statistisches Taschenbuch 2005 Berlin, 2005
5 *Amering M et al.* Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit, Bonn, 2007
6 *Lorenz R.* Salutogenese – Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler; München, 2005; 2. Aufl
7 *Gothe H et al.* Rezidivprophylaktische Behandlung der Schizophrenie – Neue Belege für den „Drehtür-Effekt". Gesundheitswesen 2008; 70: 506
8 *Roick C et al.* Welche Bedeutung hat das Thema Prävention in der sozialpsychiatrischen Forschung? Gesundheitswesen 2005; 67: 879–886
9 *Bäuml J.* Psychoedukation aus psychtherapeutischer Sicht. Psych Prax 2006; 33: 379–382
10 *Berger H et al.* Die Förderung seelischer Gesundheit und die Prävention seelischer Krankheiten – Luxus oder Notwendigkeit? Psychiatrische Praxis 2006; 33: 150–151
11 *Mattenklotz J.* Erfahrungen bei der Einführung von Psychoeduketion. Psych Pflege Heute 2001; 7: 42–45
12 *Richter D et al.* Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. Gesundheitswesen 2006; 68: 704–707
13 *Wagner FJ.* Das Persönliche Budget – eine Pandora für wen? Psych Pflege Heute 2006; 12: 276–279
14 *Wagner FJ.* Das persönliche Budget – Weg oder Irrweg? Psych Pflege Heute 2005; 11: 183–186
15 *Wagner FJ.* Besser Reintegration mithilfe der Persönlichen Budgets und ambulanter psychiatrischer Pflege. Psych Pflege Heute 2007; 3: 120–124
16 *Wagner FJ.* Liebe, Lust, Leidenschaft und Schizophrenie – Ein anderes Erklärungsmodell. Psych Pflege Heute 2008; 6: 307–309
17 *Meyer T et al.* Vorstellung von schizophren Erkrankten über Lebensqualität. Gesundheitswesen 2005; 67: 120–123

Vita

Franz-Josef Wagner, Wissenschaftsjournalist und Vorsitzender des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener in Rheinland-Pfalz.