

**„Wer nicht heilen kann, soll nicht verwunden“ Nutzen und Risiken psychiatrischer Früherfassung** Soziale Psychiatrie 2, 2005, S. 42-46  
Peter Stolz

*In der Psychiatrie findet ein Paradigmenwechsel in Richtung Frühdiagnostik und Frühintervention statt. Ziel und erwarteter Nutzen: mehr gesunde Lebensjahre und wirtschaftliche Ersparnisse. Welche Risiken birgt diese Art vorverlegter Risikobekämpfung? .*

Es heißt: Der kluge Mann baut vor. Das klingt plausibel und entspricht der Alltagserfahrung in vielen Lebensbereichen. Ist das Kind erst in den Brunnen gefallen, sind Rettungsaktionen in ihrem Nutzen unsicher, mit Risiken verknüpft und zudem aufwendig. Angesichts steigender Krankheitslasten ist das alte Sprichwort von aktueller Brisanz: Vorbeugen ist besser als Heilen. Vor allem bei therapeutisch schwer zugänglichen Erkrankungen werden Früherkennungsszenarien diskutiert und praktiziert. In der Körpermedizin steht nahezu jede chronische Erkrankung auf dem Prüfstand präventiver Früherfassung. Der Trend geht dahin, Menschen für die Zukunft zu optimieren und allem sorgebedürftigen Leid vorzubeugen: Angst, Depression, Schmerz, Alter, Süchte, Traumen, Schlafstörungen. Forderungen, die Verteilung medizinischer Ressourcen in Richtung Prävention umzusteuern, sind mit maßlosen Erwartungen verbunden: Befreiung von Krankheit, gesunde Lebensjahre, Unabhängigkeit von medizinischen Zugriffen, Selbstbestimmung, Glück und – von allen Präventionsvertretern als unschlagbares Argument genutzt - Kostenbegrenzung.

Wie so häufig in der Entwicklung neuer psychiatrischer Erkenntnis- und Handlungskonzepte hat der mit zeitlicher Verzögerung sich entfaltende Paradigmenwechsel seinen Ursprung in der Körpermedizin, die seit langem an Präventionskonzepten arbeitet und in Früherkennungsprogramme umsetzt. Aber was bedeutet für eine Frau, Risikoträgerin für eine spätere Brustkrebserkrankung zu sein oder für einen Mann, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit an Prostatakrebs zu erkranken? Wie lebt ein Mensch mit einer „Zukunftsansicht“, deren Wahrscheinlichkeit in % angegeben wird? Welche Maßnahmen sind zu ergreifen? Kann man von einer „nur vorübergehenden Beunruhigung“ ausgehen, wenn sich bei einer Folgeuntersuchung herausstellt, daß eine falsch-positive Frühdiagnose gestellt worden ist? Früherkennung hat immer mit dem zentralen Konflikt zu kämpfen, daß ihre Adressaten nicht krank bzw. noch nicht krank sind. Untersucht werden mehrheitlich gesunde Menschen. Es sind auch mehrheitlich Gesunde die Leidtragenden von unerwünschten Wirkungen der Früherkennung und Frühbehandlung. Aus gutem Grund sind die Früherkennungsverfahren deshalb an ethische Vorgaben geknüpft.

Inzwischen beschäftigen sich in der Psychiatrie namhafte Vertreter in Forschung und Praxis ([www.kompetenznetz-schizophrenie.de](http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de)) mit der Frage: Sind Früherkennung und Frühintervention *nützlich* im Sinn von *sicher* in Vorhersage, *nutzbringend* in der Wirkung, *weniger eingreifend* und *kostensparend*? Im Zentrum der vorbeugenden Bemühungen stehen schizophrene Erkrankungen. Die neue Perspektive - weg von akuten Psychosen hin zu Vorphasen der Störung – wird als hoffnungsvolle Innovation gefeiert.

Wilson und Jungner (1968) haben in einer WHO-Veröffentlichung<sup>1</sup> Entscheidungskriterien über die Angemessenheit von Präventionsprogrammen definiert, die nichts an Gültigkeit verloren haben. Klar begrenzende Prinzipien sind schon deshalb notwendig, weil Früherkennungsakteure bei der Planung ihrer präventiven Eingriffe von deren positiven Wirkungen überzeugt sind. Erst zeitversetzt und allmählich werden Schädigungen registriert. „Wo gehobelt wird, da fliegen Späne.“ Sollen diese Risiken allein von den „behandelten“ Früherkennungsobjekten getragen werden? Und was in der Körpermedizin schon nicht zu akzeptieren ist an möglichem Schaden, muß im hochsensiblen Bereich psychiatrischer Erkrankungen besonders klar benannt und abgeschätzt werden können. Künstliche Zugriffe auf die seelische Selbstregulation von Menschen lassen sich in ihren Wirkungen schwer voraussagen und sind meistens nicht rückgängig zu machen. „Wer nicht heilen kann, soll nicht verwunden“. Von dieser klaren ethischen Begrenzung ausgehend, möchte ich im folgenden die Früherkennungspsychiatrie des Kompetenznetzes Schizophrenie mit den zehn WHO-Entscheidungskriterien über die Angemessenheit von Präventionsprogrammen konfrontieren.

### **1. Die Erkrankung soll ein bedeutsames Gesundheitsproblem sein.**

Psychotische Erkrankungen sind fraglos ein bedeutsames, besonders hilflos und ohnmächtig machendes Gesundheitsproblem. Psychoseerfahrene Menschen selbst werden dies vielleicht anders einschätzen. Sie erleben eher die Qualität des psychiatrischen Versorgungssystems als „bedeutsames“ Problem.

Die schizophrene Psychose zählt zu den zehn häufigsten zu Behinderung führenden Erkrankungen. 10-15% der Patienten sterben durch Suizid. Aber auch zahlenmäßig sind mehr als 1% der Bevölkerung (ca. 800.000 Erkrankte) betroffen. Bedenkt man, wieviel Menschen - Psychoseerkrankte, Angehörige, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen und professionelle Fachkräfte - mit den Verstörungen zu kämpfen haben, ist der Kreis der (in)direkt Betroffenen ungleich größer.

### **2. Der natürliche Verlauf der Bedingungen (von der latenten Phase bis zur manifesten Erkrankung) sollte klar verstanden worden sein.**

Weitgehend Einigkeit jedoch besteht darüber, daß Psychiater über keine gesicherten Erklärungen zu Entstehung und natürlichem Verlauf psychotischer Erkrankungen verfügen. Auch zur Wirkungsweise der therapeutischen Verfahren gibt es kein gesichertes und allgemein akzeptiertes Wissen. Das Rätsel Psychose hat bisher allen wissenschaftlichen - neurobiologischen wie psychodynamischen - Einvernahmeversuchen getrotzt. Sogar die technischen Glanzleistungen der bildgebenden Verfahren bringen keine Sicherheit, sondern verfeinern nur den anatomischen Lokalisationseifer der Gehirnforscher des 19. Jahrhunderts. Selbst wenn winzige Areale gestörter Aktivität im PET gesichtet werden – bleibt unbeantwortet, was diese Befunde bedeuten. Manfred Bleuler (1972) vermutet wissenschaftlich redlich und argumentativ bescheiden: „Wir müssen heute ernsthaft mit der Möglichkeit rechnen, daß körperliche Korrelate der Schizophrenien nie gefunden werden, weil sie sich ähnlich wie die körperlichen Korrelate des Geisteslebens und des differenzierten menschlichen Gemütslebens sinnlicher Erfassung entziehen.“ (580) Dies gilt so heute noch.

---

<sup>1</sup> Wilson J M G, Jungner G. (1968): Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO. Public Health Papers 34.

Das Kompetenznetz setzt auf Erkrankungen des Gehirns und Medikalisierung der Früherkennung: Ist von der Wiege bis zum Grabe Risperdal das einzig Wahre?

Dennoch beruht das vom Kompetenznetz vorgelegte Früherkennungskonzept ausschließlich auf dem traditionellen biomedizinischen Krankheitsmodell („Psychosen sind Erkrankungen des Gehirns“), obwohl es bisher keinen spezifischen biologischen Marker für schizophrene Erkrankung gibt. Das somatische Erkenntnis- und Handlungsparadigma des Forschungsverbundes setzt in erster Linie auf die Medikalisierung der Früherkennung. Psychosoziale Behandlungskonzepte können – so die Perspektive des Kompetenznetzes - allenfalls positive Effekte der Medikamente verstärken.

### **3. Die Erkrankung muß eine identifizierbare Frühphase haben.**

Es besteht weitgehend Übereinkunft, daß es Früh- und Vorphasen schizophrener Psychosen gibt, die vom Umfeld zwar bemerkt, aber erst retrospektiv einer Psychose zugeordnet werden. Die Frage ist also, ob die Frühphasen eindeutig identifizierbar sind. Das Kompetenznetz stellt dazu in seiner im Internet präsentierten Informationsbörse Schizophrenie 2001, 2003 und 2005 ([http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/30\\_699.htm](http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/30_699.htm)) fest: In der prämorbid Phase – von Geburt bis zu ersten wahrnehmbaren Vorzeichen - ist keine sichere Voraussage möglich, ob sich eine psychotische Erkrankung entwickeln wird. In der Prodromalphase – zwischen ersten wahrnehmbaren Vorzeichen und dem eventuellen Ausbruch einer Psychose - treten neben unspezifischen auch spezifische Symptome auf. Von den Risikobetroffenen selbst wahrgenommene Informationsverarbeitungsstörungen scheinen in der Frühphase eine gute Voraussage zu erlauben. In der späteren Phase treten unterschiedlich starke psychotische Symptome auf, die einen zeitnah bevorstehenden Übergang in eine akute Psychose anzukündigen scheinen. Schizophrenie ist das Endstadium einer vielgestaltigen Entwicklung.

Der Krankheitsprozeß kann auf einer früheren Stufe enden, wenn die Risiken geringer ausfallen oder schützende psychosoziale Umgebungsbedingungen vorhanden sind. An den vor Psychosen schützenden Lebensbedingungen ist das Kompetenznetz weniger interessiert. Die Risiken stehen ganz im Zentrum der Forschungsaufmerksamkeit. Vermutlich liegt dem Krankheitskonstrukt doch die psychiatrisch tradierte Annahme zugrunde, daß Frühformen nahezu eigengesetzlich in Endformen münden – vergleichbar Entzündungserscheinungen nach Ansteckung. Die Evidenz für eine gesetzmäßige Entwicklung fehlt aber schon dem viel unkomplizierteren infektuösen Geschehen.

Ziel des Kompetenznetzes ist die Frühentdeckung von Personen mit erhöhtem Schizophrenierisiko. Durch Entwicklung und Evaluation eines Früherkennungsinventars soll die Risikovorhersage optimiert werden. Der Anspruch ist, durch testdiagnostische Suchverfahren die Frühphasen der Erkrankung zu identifizieren, um den Übergang in eine manifeste psychotische Krankheit durch komplexe Frühbehandlungsprogramme zu verhindern.

Viele der in „Vorphasen“ beobachteten „Prodromi“ wie affektive Auffälligkeiten und Leistungseinbußen, absonderliche Verhaltensweisen und Negativsymptome haben nach Hambrecht (2004) eine so geringe diagnostische Spezifität und Sensitivität, daß

es in 30% zu falsch positiven und in 23% zu falsch negativen diagnostischen Zuordnungen kommt. Hambrecht zieht den Schluß, daß der Übergang in eine Psychose heute nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit abgeschätzt werden kann. „Derzeit bilden Psychopathologie und Familienanamnese die wichtigsten Informationsquellen.“ Offenbar wird traditionell klinischen Erkenntnisinstrumenten der Arzt-Patient-Beziehung im Früherkennungsverfahren doch mehr Gewicht beigemessen als standardisierten Früherkennungsinventaren, die zwar eine zusätzliche Erkenntnisquelle sein können, aber eben keine verlässliche.

#### **4. Die Behandlung im Frühstadium muß wirksamer sein als im Spätstadium**

Ob die Behandlung im Frühstadium wirksamer ist als im Spätstadium, bleibt schwer zu beurteilen. Von lange unbehandelten, manifesten psychotischen Verstörungen gilt: sie zerrütten Familien und zerstören das stützende Milieu informeller Beziehungsnetze. Sie bringen berufliche Karrieren zum Stillstand und driften in Armut und Sozialhilfeabhängigkeit. Unbemerkt oder verleugnet verfestigen sich skurrile Verhaltensweisen und bahnen den Weg in unzuträgliche Verhaltenmuster. In Psychoseseminaren erfährt man aus den Lebenserfahrungen und Lebensgeschichten der Teilnehmer, wie schmerzlich lang der Weg ist zwischen den ersten Anzeichen „dass etwas nicht stimmt“ und dem ersten Verstehen „dass Hilfe gebraucht wird“ bis hin zu Diagnose und ersten Behandlungsschritten. Oft heißt es: Hätte ich das alles früher verstanden, wäre uns vieles erspart geblieben.

Branik & Meng (2003) plädieren jedenfalls klar für eine früh einsetzende niederdosierte Therapie mit atypischen Neuroleptika, um die „psychotische Katastrophe“, also den Ausbruch des vollen Krankheitsbildes, zu verhindern. Sie fügen den Wunsch an, daß die Pharmakotherapie eingebettet sein *sollte* in einen multimodalen Behandlungsplan und kommen zu der wagen Aussage, daß die langfristige Therapie- und Beziehungskontinuität den Erfolg positiv zu beeinflussen *scheine*. Es kommt also darauf an, was unter Behandlung verstanden wird und ob über die konventionelle medikamentöse Therapie hinaus begleitende Behandlungsangebote erfolgen und wirklich angenommen werden. Menschen mit potentielltem Psychoseerisiko in einer Noch-Nicht-Krankheitssituation zu behandeln, deren manifeste Krankheitssymptome in Zukunft „nur“ mit einer gewissen Vorhersagesicherheit (1) auftreten werden, dürfte jedoch für Therapeuten nicht nur eine fachlich brisante Herausforderung, sondern auch eine genaue ethische Abwägung notwendig machen.

Ohnehin ist Früherkennung ethisch nur vertretbar, wenn nach Aufklärung über die Risiken der Früherfassung die Zustimmung der „Nutzer“ („inform consent“) vorliegt. Aufklärung bezieht sich auf die Art der Erkrankung, ihre Behandlungsmöglichkeiten, auf unerwünschte Wirkungen und Risiken wie auf die Prognose. Es muß dem Untersuchten klar sein, daß er trotz der dargestellten Bedenken einen wirklichen Nutzen aus der recht langwierigen Prozedur zieht. Abholz hat bereits 1988 überzeugend darauf aufmerksam gemacht, daß bei sehr geringer Häufigkeit der Erkrankung die Mehrzahl positiv erhobener Befunde immer falsch positiv ist. Auch die Frage der Teilnehmerselektion dürfte für die Lösung des Problems der richtig und falsch Positiven größte Schwierigkeiten aufweisen.

Die Frühintervention stellt eine zeitliche Vorverlegung des in seinen Erfolgen und Mißerfolgen hinlänglich bekannten traditionell kurativen Behandlungsparadigmas dar.

Die schleichende Ausweitung des Psychosebegriffs basiert auf dem alten Wunsch der Hygiene, die „Seuche“ vor Ausbruch im Keim zu ersticken. Dementsprechend wenden Branik & Meng (2003) gegen allzu bedenkliche Vorsicht ein, daß die Unmöglichkeit einer verlässlichen Prognose in schwierigen Situationen eher zu Gefahren führe, auf die diagnostische Unsicherheit mit „Behandlungsagonie“ zu reagieren statt angemessen therapeutisch. Die Autoren sprechen sogar von einem Muß der Früherkennung *und* der spezifischen Frühintervention für jeden verantwortungsvollen Helfer. Heißt das, im Zweifelsfall eher mehr und großzügig als vorsichtig zurückhaltend? Bedenkt man, mit welchen invasiven und riskanten Eingriffen (Gross, Andresen, Stark, 1995) Psychiater in der Vergangenheit gegen Menschen mit Psychosen vorgegangen sind, immer getragen von der Erwartung einer überlegeneren therapeutischen Wirkung, so legt der Begriff „Behandlungsagonie“ die gleiche, Risiken und Nebenwirkungen in Kauf nehmende Haltung nahe, die die relativ kurze Geschichte psychiatrischer Behandlungsverfahren kennzeichnet.

### ***5. Es muß einen geeigneten Test für die Entdeckung der Frühphase der Erkrankung geben.***

Selbst in den hochspezialisierten Zentren des Kompetenznetzwerks ist die Vorhersagekraft, wie viele Menschen aus einer sorgfältig selektierten Risikogruppe mit Prodromi tatsächlich an einer Psychose erkranken, nicht überragend (Branik & Meng, 2003). Sind früherkennende Untersucher und Therapeuten auch noch identisch, ergeben sich besondere Interessenkonflikte. Es ist hier nicht der Raum, sich mit Sensitivität und Spezifität der Testverfahren auseinanderzusetzen. Für deren relative Aussagekraft sei nochmals auf Hambrecht (2004) verwiesen.

Festzuhalten bleibt, daß es bei der Früherkennung, - vielleicht gerät dies zu schnell aus dem Blick - nicht um Testuntersuchungen an „Patienten“ geht, sondern um eine Untersuchung noch nicht erkrankter, also „symptomloser“ Menschen. Bei der Nutzenüberlegung ist immer mit zu bedenken, daß ein nicht geringer Prozentsatz von Menschen wegen falsch positiver Befunde zur Abklärung wiederholt weiteruntersucht, unnötig beunruhigt und behandelt wird.

Die einmalig Erkrankten haben „Glück“. Sie machen etwa ein Drittel aller psychotisch erkrankten Menschen aus. Es kann nicht vorausgesagt werden, wer zu diesen „Glücklichen“ gehören wird. Ihre Selbstheilungskräfte sind jedoch stärker als das „psychotische Übel“. Sie mobilisieren ihre Gesundungspotentiale und schützen sich vor einem erneuten Überstieg in die Psychose. Hier wäre ein Schlüssel, in breitangelegten Studien spezifischen Selbstheilungsbedingungen und Unterstützungsmöglichkeiten auf die Spur zu kommen. Ist es bei dieser nicht kleinen Gruppe verhältnismäßig und zumutbar, sie wegen einer einzigen psychotischen Krise über eine längere Lebensphase präventiv zu behandeln?

### ***6. Der Test sollte für die Bevölkerung annehmbar sein.***

Früherkennung und Intervention – in welcher Form auch immer – sind kommunikative Akte, die für die beteiligten Kommunikationspartner Spielräume eröffnen oder verschließen. Zum Akt der Früherkennung gehören die Erkennenden wie die Früherkannten. Branik & Meng (2003) fordern, Früherkennung und Intervention sei ein Muß für verantwortungsvolle Helfer. Besteht das „Muß“ auch für

die Risikobetroffenen? Wird Menschen mit Risikoverdacht wirklich die Chance eröffnet, selber zu entscheiden? Oder wird die Akzeptanz einfach vorausgesetzt, weil sie vernünftig wäre? Vielleicht glauben Helfer, die Haltung der Betroffenen ohnehin zu kennen, werten sie sogar als Indiz für die zu erwartende Störung, da sie schon immer mit den „unvernünftigen“ Haltungen psychoseerfahrener Menschen konfrontiert waren. Dem Merkmal Eigensinn wird das Konstrukt Krankheitsuneinsichtigkeit zugeschrieben. Die soziale Zuschreibung ist längst zur Konvention geworden, die im psychiatrischen Betrieb nicht mehr hinterfragt wird. Diese Perspektive hilft nicht, ethische Konflikte zu lösen. Die Reaktion der Professionellen erinnert vielmehr daran, daß Psychiater in der Tat – beim Vollbild der Psychosen – meist für und nicht mit dem Patienten handeln und (noch heute) mehrheitlich meinen, daß es zu dem „für“ keine Alternative gibt.

In Psychoseseminaren wird insbesondere der Wunsch nach frühzeitigem Verständnis durch frühzeitige Information und Aufklärung deutlich

Gerade junge, psychiatrieunerfahrene Menschen müssen sich in ihrer Ohnmacht heftig und ausdauernd gegen fremdbestimmte, besonders gegen gut gemeinte Angebote und Abhängigkeiten wehren. Sie erleben sich gedemütigt, nicht ernst genommen, in ihrer Würde verletzt. Kränkungen während der ersten Kontakte zur Psychiatrie können sich zu „therapieresistenten Wunden“ ausweiten. Diese Verletzungen bestimmen oft – das ist von psychoseerfahrenen Menschen und Angehörigen in Psychoseseminaren zu erfahren – den weiteren Verlauf, vor allem die Ablehnung jeglicher Hilfe. Früherkennung und –behandlung impliziert eine lange und intensive Abhängigkeit vom psychiatrischen Hilfenetz. Das kann in der Entwicklungsphase Jugend nicht nur positive Folgen zeitigen.

In Anbetracht der Hoffnungen, die Frühintervention weckt, können sich die Initiatoren der Akzeptanz der Angehörigen sicher sein. Welche Familien würden nicht begeistert aufatmen, wenn das Übel an der Wurzel gepackt und schon vor Beginn des „Ausbruchs“ beendet werden könnte? Die quälend lange Ungewißheit über die rätselhaft ängstigenden Veränderungen vor der ersten manifesten Psychose, das nachfolgende Leid, die unendlichen Auseinandersetzungen und die hilflose Suche nach Alternativen zu unbefriedigenden Behandlungsergebnissen blieben ihnen erspart. In Psychoseseminaren wird insbesondere der Wunsch nach frühzeitigem Verständnis durch Information deutlich, nach direkter Aufklärung und Beratung, nach Unterstützung im eigenen Lebensfeld. In dieser Hinsicht fühlen sich Angehörige von Professionellen besonders im Stich gelassen.

### **7. Die Untersuchungsintervalle müssen von vornherein bekannt sein.**

Zusätzlich muß über Art und Durchführung der weiter geplanten Früherkennungsuntersuchungen und über die damit verbundenen Risiken und Unannehmlichkeiten aufgeklärt werden. Es muß gewährleistet sein, daß der Prozeß von Früherkennung und –Behandlung jederzeit – ohne Nachteile erwarten zu müssen – abgebrochen werden kann. Der Risikobetroffene, aber auch seine Angehörigen sind darüber in Kenntnis zu setzen, was mit Aufzeichnungen, Weitergabe und Nutzen der bei Früherkennungsuntersuchungen erhobenen Daten geschieht und wer an der wissenschaftlichen Auswertung beteiligt ist. Rechtlich ist die Verfassungsnorm der informationellen Selbstbestimmung zu beachten.

**8. Es müssen angemessene Einrichtungen (Ressourcen) verfügbar sein, die den Behandlungsbedarf decken, der aus der Früherkennung resultiert.**

Für Erfolg und Nutzen sind im gegenwärtigen psychiatrischen Versorgungssystem mit Sicherheit nicht die therapeutischen Ressourcen verfügbar, die dem erhöhten Aufwand angemessen wären. Wie die psychotherapeutischen, kognitions- und auch familienbezogenen Angebote aus der Forschungsphase der Früherkennung im Kompetenznetz Schizophrenie auf den „normalen“ Versorgungsalltag durchschnittlicher Untersucher und Behandler übertragen werden können, ist völlig offen. Sollten für die „multimodale“ Behandlung im Forschungsverbund wirklich ausreichend Fachkräfte vorhanden sein, so dürfte ihre Tätigkeit die Förderphase des Gesamtprojekts kaum überdauern.

Zu bedenken ist auch, ob für das Früherkennungsprogramm gerade im Hinblick auf die „frühe“ Intervention im Versorgungsalltag eine für den Nutzen notwendige Fachlichkeit vorhanden ist. Welcher Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher Psychotherapeut oder Soziotherapeut kann sich unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen die ethisch unerlässliche individuelle Abklärung und prognostische Einschätzung der Risiken leisten? Welcher Professionelle ist darüber hinaus ausgebildet und erfahren in der Beratung von Personen, die nicht manifest erkrankt sind?

**9. Das Risiko eines mit den Früherkennungsmaßnahmen verbundenen physischen oder psychischen Schadens sollte erwiesenermaßen geringer sein als der Nutzen.**

Was bedeutet es für einen jungen Menschen in der Selbstvergessenheit seiner jugendlichen „noch nicht kranken“ Gesundheit, im Alter von 15 Jahren zu erfahren, daß er mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit mit 20 psychotisch erkranken wird? Wie kann ein Mensch mit dem Menetekel und Brandmal Psychose leben? Wer kann ausschließen, daß die Frühdiagnose selbst daran beteiligt ist, den Weg in die Psychose gebahnt zu haben? Wie verhalten sich Familie, Schule, Lehrstelle und Umfeld, wenn das Risiko bekannt wird? Wird das Label „wahrscheinlich Psychose“ genau die sozialen Fremdreaktionen und Selbstzuschreibungen hervorrufen, die den Satz bestätigen: „Wie es in der Wald hineinruft, so schallt es heraus“?

Gehen riskante Vorzeichen nur zu einem gewissen Prozentsatz in eine manifeste Psychose über, ist auch zu klären, ob alleine schon Untersuchung und Diagnose dieser Vorzeichen für Betroffene und ihre Familie eine unzumutbare Belastung (Ausgrenzung, Stigmatisierung, andauernde Zukunftsangst und Lebensverunsicherung, fortgesetzte Kontrolle und Überwachung) darstellen. Dies gilt erst recht für die Situationen, denen keine manifeste Erkrankung, gleich wohl aber eine nicht notwendige Behandlung (Psychopharmaka und Psychotherapie) folgt.

Früherkennung bedeutet die Ausdehnung der psychiatrischen Deutungsmacht, des diagnostischen und psychopharmakologischen Zugriffs. Früherkennung fördert stigmatisierende Risiken durch umfangreiche soziale Erfassung. Früherkennung katalysiert die Angst vor einer lebensbeherrschenden Rolle der Psychiatrie. Der Erfassungs- und Präventionswahn hat die Psychiatrie auf dem Weg in „vollständige“ Gesundheit in jüngster deutscher Geschichte in schwere Verbrechen verwickelt (Dörner 2003). Wenn die Sorge für den Einzelnen - als unnützlich, zu spät, zu teuer -

entwertet und die vorsorgende Rasterfahndung zum Programm erhoben werden, ist die Kolonialisierung von Lebensweisen, Lebensstilen und Lebenswelten nicht weit.

#### Früherkennung erzeugt andauernde Abhängigkeit vom Hilfenetz

Früherkennung findet häufig in der Lebensphase des Heranwachsens statt. Aus professioneller Perspektive gerät die Tatsache aus dem Blick, daß Menschen in diesem Lebensabschnitt gerade vielgestaltige Risiken und potentiell gefährliche Weichenstellungen nutzen als Grundlage zu Sinnsuche, Identitätsfestigung und Ausweitung sozialer Rollenkompetenz. Für Professionelle besteht zwischen riskantem Verhalten und psychosozialen Störungen ein fast festgelegter Automatismus und eine nahezu unwiderlegbare Plausibilität, die den vorsorglichen Zugriff geradezu herausfordert. Dieser wiederum produziert widerständige Verweigerung anstatt der gewünschten Compliance.

Jugendliches Risikoverhalten verführt dazu, das Störende unter Abweichungsdiagnosen zu subsumieren. Vermutlich würde es der schwierig zu knüpfenden Beziehung gut tun, die eigensinnigen Bewältigungsformen oder verschoben wirkenden Selbstüberschätzungen als lebensphasentypische Normalität anzuerkennen. Dazu müssen Professionelle über eine hohe soziale, emotionale und kommunikative Reflexions- und Selbstkompetenz verfügen. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene müssen als bedeutsames Erkenntnisinstrument genutzt und gehandhabt werden können. Dies ist nur über stetige Fallsupervision und Fortbildung zu erreichen.

#### **10. Die Kosten müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zum Gesundheitsnutzen stehen.**

Kosten tauchen in der Argumentation für Früherkennung und -intervention als Kosten der manifesten Erkrankung auf, die es zu reduzieren oder einzusparen gilt. Hambrecht (2004) beziffert die direkten Behandlungs- und Betreuungskosten für Schizophrenieerkrankte, die die Solidargemeinschaft in Deutschland aufzubringen habe, auf weit über 3 Mrd. € jährlich. Das Kompetenznetz bezeichnet die schizophrene Psychose als die teuerste psychische Erkrankung überhaupt. Die jährlichen Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem der BRD werden auf 3,5 Mrd. € geschätzt ([http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/22\\_25.htm](http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/22_25.htm)) Ihre Kosten sind denen somatischer Volkskrankheiten (Diabetes, Herzerkrankungen) vergleichbar. In einer Pressemitteilung (2003) schätzt das Kompetenznetz die jährlichen Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem auf jährlich 4 bis 5 Mrd. €. Die Angaben schwanken erheblich. Was in den unterschiedlichen Berechnungen für Bestandteile enthalten sind, wird nicht erörtert. Die eklatante Höhe der finanziellen Belastungen für die „Solidargemeinschaft“ suggeriert enorme Einsparpotentiale. Diese Sicht dürfte den ökonomischen Interessen der an der Frühintervention beteiligten Wirtschaftskreise besonders entgegenkommen.

Über die Kosten der Früherkennungsuntersuchungen und des „multimodalen Interventionsprogramms“ selbst im Vergleich zur konventionellen Regelversorgung gibt es keine Zahlen. Es kann hier aber ebenso pauschal spekuliert werden, daß das umfangreiche Therapieprogramm – im Vergleich zum heutigen Durchschnittsstandard - ungewöhnlich hohe Kosten verursachen wird, die in der Regelversorgung nicht aufgebracht werden könnten.



### Wie sieht die Regelversorgung heute aus?

Bedürfnisorientierte Behandlung heißt in unserer Regelversorgung Medikamente und – fast mechanisch und von einander isoliert – wenn nötig Rehabilitation auf der Wohn-, Beschäftigungs-, Tagesstruktur-, Beziehungs- und Freizeitachse. Manfred Bleuler (1972) hat demgegenüber ein sehr einfach klingendes Konzept: „In allen Behandlungsverfahren, die sich an schizophrenen Menschen als wirksam erwiesen haben, werden die gleichen Einflüsse benützt, die auch die Persönlichkeit des Gesunden entwickeln und lebendig erhalten. (S.626) ... Die wirksamste Therapie benützt dieselben Kräfte, die zur harmonischen Entwicklung der Persönlichkeit beitragen. (S.629) ... Erkennen wir im psychotischen Menschen den Kampf- und Leidensgefährten, bleibt er einer von uns. Sehen wir in ihm ein degeneriertes Hirn, unzugänglich, unmenschlich, fremd, anders, rücken wir unweigerlich von ihm ab. Wie gut ist es aber für ihn, wenn wir ihm innerlich nah bleiben.“ (S.632)

In unserem psychiatrischen Routinealltag gibt es wenig sofortige, aufsuchende und psychotherapeutischorientierte Hilfen. Es gibt kein von Anfang an begleitendes, kontinuierliches Bezugsteam mit subjekt- und familienorientierter Grundhaltung, das wenig auf die hereinbrechende Not der ersten Psychoseerfahrungen reagieren kann. Es gibt kaum entängstigende, verständnisvermittelnde Gesprächsrunden (Familienkonferenzen), die eine erste gemeinsame Klärung und konkrete Beschreibung der zentralen Probleme, Krisenmomente und Konfliktfolgen vornehmen. Es gibt keine gemeinsame Behandlungsplanung. Für Angehörige, Freunde und wichtige Bezugspersonen gibt es kein Konzept, um sich in die Psychosebegleitung einzuklinken. Es gibt gewöhnlich keine Flexibilität in der Wahl des Hilfeangebots und des Orts der ersten Hilfeschritte. Am Anfang steht eine befremdliche Diagnose, die Krankenhauseinweisung und die sofortige medikamentöse Behandlung, noch bevor der Betroffene zu Atem und sich selbst kommen kann.

### Ich brauche Ohren und keine Pillen

Der Ablauf der Angebote ist ritualisiert und für alle Betroffenen von zu hoher Geschwindigkeit. Der sehr betriebsame Prozeß ist zudem von unbewußt bleibenden Zuschreibungen und Stigmatisierungen getragen, die ganz eigene Formen von Kränkung verursachen. Auch der Begriff Psychose bleibt eine interpretierende Zuschreibung. Dies alles stärkt Ablehnung und Angst der Betroffenen, aber auch die Ambivalenz der Angehörigen und der Öffentlichkeit gegenüber psychiatrischen Hilfeangeboten. Es gibt für Menschen mit Psychose im derzeitigen Versorgungssystem kaum Spielräume zur Befriedigung kleiner Freiheiten, kleiner persönlicher Bedürfnisse oder eigensinniger Unabhängigkeiten.

In der Aufzählung der fehlenden Hilfen ist das skandinavische Modell des „Need-specific treatment“ (Soziale Psychiatrie 1/2004) enthalten, das bei uns in den Anfängen und nur punktuell praktiziert wird. Dieser Weg wird von Professionellen, aber auch von Psychoseerfahrenen und Angehörigen nicht nur wegen seiner größeren Menschlichkeit, sondern auch wegen seiner subjektiven Sinnhaftigkeit gefordert. Früherkennung und Frühbehandlung können segensreich wirken, wenn ein mehrdimensionales Psychoseverständnis und ein subjekt- und kontextzentrierter Behandlungsansatz verwirklicht werden.

Ähnlich wie die traditionelle Psychiatrie hält das Präventionskonzept des Kompetenznetzes monologisch an der Organhypothese psychotischer Erkrankungen fest und „mimt“ eine dialogischen Auseinandersetzung mit „dem seelischen Anderen“. Früherkennung, die „das Psychische“ wie eine Organkrankheit behandelt, zerstört anthropologische Vielfalt und Sinngabung. In Psychoseseminaren wird immer wieder deutlich, daß Psychosen keine unabhängigen Gegebenheiten in Menschen sind, sondern verschlüsselte Darstellungen von Geschichten aus spezifischer sozialer und emotionaler Interaktion. Psychose ist der aktive Versuch, sich subjektiv und eigensinnig in Umgebung einzupassen und – diese Erfahrung ist für alle Beteiligten schmerzlich - Umgebung zu manipulieren. Offener Dialog wäre das Grundgerüst für Früherkennung und Bewältigungsplanung. Hier beginnt ein wirklich neues Kapitel der Psychiatrie, die nicht ängstigt, sondern Angst zu verstehen und bewältigen sucht – weit weg von einem allumfassenden Früherkennungsanspruch.

Peter Stolz ist Psychiater und Psychoanalytiker und lehrt am Fachbereich Sozialwesen der FH-Potsdam. Arbeitsschwerpunkte: Psycho- und Soziogenese von Krankheiten, Gesundheitsförderung, Aufbau von Psychoseseminaren, Betreutes Leben in Gastfamilien

Literatur ist über [stolz@fh-potsdam.de](mailto:stolz@fh-potsdam.de) anzufordern.

- (1) Klosterkötter et al (2000) nennt als Ergebnis einer bisher einmaligen prospektiven Untersuchung eine Vorhersagesicherheit von 49%. Sielk und Abholz (2000) weisen jedoch – von Klosterkötter bisher unwidersprochen - auf erhebliche methodische Mängel dieser Studie hin und halten deren Schlußfolgerung für nicht zulässig. Die Vorhersagesicherheit, d.h. die Wahrscheinlichkeit positiv Getesteter, wirklich zu erkranken, liegt weit unter der angegebenen Prozentzahl von nahezu 50%. Diese angegebene extreme Häufigkeit an tatsächlichen Übergängen in eine manifeste Schizophrenie erklärt sich nach Sielk und Abholz aus der Tatsache, daß die Patienten dieser Studie aus mehreren Ambulanzen Psychiatrischer Universitätskliniken „vorselektiert“ wurden. Sie waren dorthin meist bereits unter der Vermutung, es könne sich um eine beginnende Schizophrenie handeln, überwiesen worden. „Selbst unter der Annahme, daß die Häufigkeit von Ersterkrankungen oder deren Vorläufer in Allgemeinarztpraxen um eine Zehnerpotenz höher als in der Normalbevölkerung wäre, ... (würde) von 500 „Entdeckten“ also nur ein einziger tatsächlich krank.“ Abholz (1988) hat in einer früheren Auseinandersetzung mit der Präventionsthematik darauf hingewiesen, wie dürftig die fachlichen Kenntnisse von Medizinern hinsichtlich biostatistischer und volksgesundheitlicher Nutzenermittlung von Früherkennung sind.

## Literatur

- Abholz H H (1988) Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? Argument-Sonderband AS 178, 63-99
- Aderhold V, Greve N (2004) Was ist "Need-adapted Treatment? Soziale Psychiatrie 1, 2004, 4-8
- Bleuler M (1972) Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart
- Branik E, Meng H(2003) Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat 52, 751-765
- Dörner K (2003) Die Gesundheitsfalle. Econ Verlag, München
- Groß J, Andresen B, F-M (1995) Invasive Eingriffe in der Psychiatrie. In Bock Th et Stark al (Hrsg): Abschied von Babylon. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 69-76
- Hambrecht M (2004) Schritte zur Früherkennung schizophrener Störungen in der Praxis. Psychiatr Prax 31, 1-3
- Holland W W, Stewart S (1990) Screening in Health Care. Nuffield Provincial Hospitals Trust, 12 ff
- Klosterkötter J, Hellmich M, Schulze-Lutter F (2000) Ist die Diagnose schizophrener Störungen schon in der initialen Prodromalphase vor der psychotischen Erstmanifestation möglich?. Fortschr Neurol Psychiat 1 (Sonderheft): S13-S21
- Schulze-Lutter F, Ruhrmann St, Klosterkötter J (2005) Früherkennung schizophrener Störungen. Positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und die soziale Integration. extracta psychiatrica neurologica 1-2, 16-19
- Sielk M, Abholz HH (2000) Ist die Diagnose schizophrener Störungen schon in der initialen Prodromalphase vor der psychotischen Erstmanifestation möglich? [Leserbrief]. Fortsch Neurol Psychiat. 68(12) 576-77
- Wilson JM, Jungner G (1968) Principles and practice of screening for diseases. World Health Organisation, Geneva, Public Health Papers 34
- Die 10 WHO Screening Prinzipien 1968 und 2002 – Einführung und Überblick. Wien, 2004  
[www.zaeg.at/screening/Wilson\\_Jungner\\_Criteria1968\\_2003.pdf](http://www.zaeg.at/screening/Wilson_Jungner_Criteria1968_2003.pdf)  
 (Zugriff: November 2005)