

Früherkennung und nachhaltige Behandlung beginnender psychotischer Störungen

Ein Problem der schweizerischen Versorgungsstrukturen

Gregor Berger

Der folgende Beitrag beleuchtet das Potenzial der frühzeitigen Erkennung und Behandlung beginnender psychotischer Störungen anhand des ersten Früherkennungszentrums weltweit, des Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC), und diskutiert Implikationen für die (Weiter-)Entwicklung des schweizerischen psychiatrischen Versorgungssystems zur Optimierung der Erkennung und Behandlung beginnender psychotischer Störungen.

Seit zwei Dekaden gibt es weltweit intensiviertere Bemühungen, spezialisierte Zentren zur Früherkennung und Behandlung psychotischer Erkrankungen aufzubauen. In Australien und England sind sogar nationale Initiativen gestartet worden, solche spezialisierte Einheiten flächendeckend zu schaffen. Ziel dieser Einheiten ist es, die Früherkennung psychotischer Störungen zu verbessern, eine Verzögerung der Behandlung auf ein Minimum zu reduzieren und eine optimale Behandlung zu gewährleisten. Die Hoffnung dabei ist es, auf diese Weise das Fortschreiten der zugrunde liegenden Erkrankung und deren Folgen frühzeitig aufzuhalten und so die psychosozialen Folgen zu minimieren.

Einleitung

Obwohl die Anzahl neu auftretender psychotischer Erkrankungen im Vergleich zu Gemütskrankungen wie Depressionen oder Suchtleiden eher niedrig ist, ist bei psychotischen Grunderkrankungen jede verpasste

Gelegenheit einer frühzeitigen Behandlung mit lebenslangen biopsychosozialen Konsequenzen verbunden. Psychosen gehören zu den folgeschwersten psychiatrischen Erkrankungen, sei es für die Betroffenen selbst, ihr Umfeld oder die Gesellschaft. Je nach Einschlusskriterien wird geschätzt, dass zwischen 10 und 25 psychotische Neuerkrankungen pro Jahr pro 100 000 Einwohner auftreten (siehe Metaanalyse von [1]). Falls es sich um eine städtische Agglomeration mit einem hohen Anteil an Migranten handelt, kann davon ausgegangen werden, dass die Häufigkeit psychotischer Erstmanifestationen pro Jahr eher im oberen Bereich anzusiedeln ist (2). Meistens beginnt die Erkrankung in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Eine der grossen Herausforderungen des Gesundheitswesens ist deshalb die Prävention von Langzeitfolgen jener Erkrankungen, die in jungen Jahren beginnen, häufig einen chronischen Verlauf haben und mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität und Autonomie des Betroffenen einhergehen (burden of disease) (3–6). Doch bis heute sind unsere psychiatrischen Behandlungsstrukturen vor allem auf Endstadien dieser häufig chronisch verlaufenden Erkrankungen ausgerichtet und nicht auf die Bedürfnisse und Anliegen junger Menschen mit beginnenden psychotischen Erkrankungen (7–10). Trotz sehr gutem Ansprechen der ersten psychotischen Episode auf die Behandlung (11) kommt es in über 80 Prozent psychotischer Erstmanifestationen innerhalb von fünf Jahren mindestens zu einem psychotischen Rückfall (12). Mit jedem Rückfall sinkt die Wahrscheinlichkeit um 15 Prozent, sich von einer solchen Episode zu erholen (13). Ergebnisse der neurobiologischen Forschung zeigen, dass ein grosser Teil der hirnstrukturellen und -funktionellen Veränderungen innerhalb der ersten ein bis zwei Jahre psychotischer Erkrankungen auftreten (14–18). Mehr als die Hälfte der psychotischen Erstmanifestationen entwickeln sich zum chronischen Leiden mit starker funktioneller Einschränkung, das jahrelange stützende und medikamentöse Therapien braucht (19–24).

Gesundheitsökonomische Untersuchungen ergaben, dass sich die direkten und indirekten Kosten für schizophrene Störungen pro Jahr und Patient in den USA durchschnittlich auf 25 950 US-Dollar (ca. 32 600 Fr.) (25), in den UK auf 23 000 britische Pfund (ca. 56 000 Fr.) (26) und in Australien auf 46 000 australische Dollar (ca. 45 000 Fr.) (27) belaufen und je etwa zur Hälfte direkte und indirekte

Kosten (verlorene Produktivität) betreffen (26). Eine Verzögerung der Therapie führt zu einer Erhöhung der Kosten um fast 10 000 US-Dollar (ca. 11 000 Fr.) (28).

Aus der klinischen und neurobiologischen Forschung kommen immer mehr Hinweise, dass eine frühzeitige und optimale Behandlung den Verlauf und die Prognose psychotischer Erkrankungen positiv beeinflusst.

Obwohl es in der Schweiz noch keine gleichartigen Untersuchungen gibt, kann davon ausgegangen werden, dass die Ausgaben ähnlich sind wie in anderen Erstweltländern und wohl im Bereich zwischen den USA und Grossbritannien bei zirka 40 000 Franken pro Patient anzusiedeln sind. Seit der Einführung der Neuroleptika und der Stimmungsstabilisatoren, insbesondere des Lithiums vor über 50 Jahren, sind die Fortschritte in der Behandlung psychotischer Erkrankungen im Vergleich zu anderen Bereichen der Medizin als bescheiden einzustufen. Einzig die Einführung von Clozapin Anfang der Siebzigerjahre in Europa und dessen Wiederentdeckung in Amerika Mitte der Neunzigerjahre (29) hat nochmals zu einer spürbaren Verbesserung der Behandlung der Schizophrenie geführt, insbesondere bei der Behandlung chronischer, bisher therapierefraktärer Verlaufsformen. Dennoch ist der Pessimismus bezüglich psychotischer Erkrankungen sowohl unter Betroffenen, Angehörigen, Therapeuten und in der Gesellschaft weit verbreitet, wahrscheinlich nicht zuletzt, weil ein grosser Teil unserer Kraft und unserer Ressourcen durch jenen Anteil der Patienten verbraucht wird, die eine schlechte Verlaufsform zeigen.

Um diesem Umstand entgegenzuwirken, hat eine Gruppe um Professor Patrick McGorry in Melbourne, Australien, Ende Achtzigerjahre angefangen, Patienten, die unter einer ersten psychotischen Episode leiden, in einer spezialisierten Einheit zu behandeln. Was anfang mit einer Spezialstation für ersterkrankte Psychosepatienten (übrigens in jener psychiatrischen Klinik, wo vor über 50 Jahren John Cade erstmals Lithium bei Patienten erprobt hatte), ist heute zum grössten Früherkennungs- und Frühinterventionszentrum weltweit geworden.

Von EPPIC zu ORYGEN – ein kurzer Abriss

Am Beispiel des ersten, bereits vor über 20 Jahren gegründeten integrierten Psychosefrüherkennungs- und

Behandlungszentrums weltweit, des Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC), kann aufgezeigt werden, welches Potenzial eine integrative Behandlung beginnender psychotischer Störungen «unter einem Dach» auf den Verlauf dieser folgeschweren Erkrankung haben kann, aber auch, welche weiteren positiven Begleiteffekte die Etablierung eines solchen Kompetenzzentrums für Betroffene, Angehörige, Gesellschaft und Forschung haben. EPPIC ist gegenwärtig das grösste spezialisierte Zentrum zur Früherkennung und Behandlung von psychotischen Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, das heute ORYGEN Youth Health heisst. Die Evolution von EPPIC zu ORYGEN fand Anfang 2000 statt, als das Behandlungsteam um Professor McGorry aufgrund finanzieller Zuschüsse in mehrfacher Millionenhöhe aus dem privaten Sektor (Colonial Foundation) und dem Forschungsministerium (National Health and Medical Research Council) den Ansatz einer syndromalen Früherkennung und Behandlung psychotischer Erkrankungen auf weitere psychiatrische Erkrankungen mit Beginn in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter erweitern konnte und so neben dem Psychosefrühinterventionszentrum EPPIC eine Reihe weiterer Angebote für beginnende psychiatrische Erkrankungen entwickelte (www.ORYGEN.org.au). ORYGEN versorgt heute ein Einzugsgebiet von knapp 900 000 Einwohnern im Norden von Melbourne. Knapp 200 000 Einwohner sind zwischen 15 und 25 Jahren alt. Im Gegensatz zu Versorgungsstrukturen in der Schweiz haben es die dortigen Gesundheitsbehörden geschafft, eine Reihe von Hindernissen (mit denen wir hierzulande kämpfen) aufzuheben und ein Kompetenzzentrum zu schaffen, das die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie, aber auch die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung «unter einem Dach» zu integrieren, um so ein diesem Alterssegment entsprechendes Therapieangebot zu schaffen.

Weiter hat die Einführung eines Casemanagementsystems die unglücklichen Behandlungsabbrüche zwischen den Institutionen (sei dies zwischen ambulanter und stationärer Versorgung oder zwischen Kinder- und Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie) auf ein Minimum zu reduzieren.

Kriterien der Aufnahme in das EPPIC sind das Vorhandensein von psychotischen Symptomen, die länger als eine Woche dauern, innerhalb dieser Woche nicht spontan remittieren und mit einer Einschränkung des Funktionierens im alltäglichen Leben einhergehen. Dabei wird nicht von einem kategoriellen Diagnosesystem ausgegangen, sondern ein dimensionaler und syndromaler Ansatz verwendet. So werden neben schizophrenen Psychosen auch Individuen mit Persönlichkeitsstörungen, schwerer Cannabisabhängigkeit oder Patienten mit affektiven Störungen, die täglich psychotische Symptome erleben, aufgenommen. Die Aufnahmekriterien in das

EPPIC heben sich dadurch von den gängigen psychiatrischen Versorgungssystemen ab. Weiter beschränkt sich die Aufnahme auf 15- bis 25-Jährige, eine Altersklasse, in der ein grosser Teil der psychiatrischen Erkrankungen beginnen, insbesondere die psychotischen Störungen, aber auch die Suchtleiden und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein zentrales Anliegen des EPPIC ist es, nicht nur die akute Krankheitsphase zu behandeln, sondern das Rückfallrisiko in der Frühphase psychotischer Erkrankungen durch ein integratives, dem Krankheitsverlauf und dem Patienten angepasstes Therapieangebot so weit wie möglich zu minimieren. Einer der wichtigsten Eckpfeiler des EPPIC ist es daher, die Behandlung nicht nur auf die akute Phase zu beschränken, sondern auch in subakuten Phasen und in der Rehabilitationsphase beizubehalten, um die Nachhaltigkeit der Therapieerfolge zu verbessern. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurden zwei Massnahmen ergriffen: Auf der einen Seite wurde eine fixe Behandlungsepisode von 18 Monaten etabliert, auf der anderen Seite ein Casemanagement-System eingeführt.

Im Gegensatz zu Versorgungsstrukturen in der Schweiz haben es die dortigen Gesundheitsbehörden geschafft, eine Reihe von Hindernissen (mit denen wir hierzulande kämpfen) aufzuheben und ein Kompetenzzentrum zu schaffen, das die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie, aber auch die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung «unter einem Dach» zu integrieren, um so ein diesem Alterssegment entsprechendes Therapieangebot zu schaffen.

Jugendliche und junge Erwachsene, die eine erste psychotische Episode erleben, werden für den Zeitraum von 18 Monaten (andere Zentren haben Behandlungsepisoden von 2 bis 5 Jahren [30, 31]) durch einen Casemanager betreut, unabhängig davon, ob die Symptome innerhalb weniger Wochen vollständig verschwunden sind oder über die ganze Behandlungsepisode von 18 Monaten persistieren. Jeder Casemanager betreut 25 bis 30 Patienten (in anderen Zentren sind es meist 15 bis 20 Patienten). Casemanager können Psychologen,

Psychiatriepflegefachpersonen, Sozialarbeiter oder Assistenzärzte sein. Die Aufgabe des Casemanagers ist es, die Behandlung der ihm zugeteilten Patienten zu koordinieren und die primäre Ansprechperson für den Betroffenen, dessen Familie und sonstige Bezugspersonen wie Arbeitgeber, Sozialamt oder Lehrer zu sein. Pro 100 Patienten steht ein Oberarzt zur Verfügung, der in regelmässigen Abständen, anfänglich mindestens monatlich, dann drei-, später sechsmonatlich, die Qualitätssicherung der Therapie gewährleistet. Zu jedem Zeitpunkt sind etwa 350 Individuen mit beginnenden psychotischen Störungen im EPPIC registriert und werden innerhalb der gleichen Einheit behandelt.

Der Casemanager wird durch ein mobiles Assessment und Krisenteam (das «Youth Access Team, YAT») ergänzt, welches alle Neuzuweisungen telefonisch triagiert, gegebenenfalls auch zu Hause aufsucht und mit EPPIC in Verbindung bringt. Für das gesamte Einzugsgebiet gibt es eine spezialisierte Station mit 14 Betten, mit einem eigenen Oberarzt und zwei Assistenzärzten. Das YAT-Team ist meistens für die Einweisung und unmittelbare Nachbetreuung von stationär behandlungsbedürftigen Patienten zuständig. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer beträgt 10 Tage. Sobald das Zustandsbild des Patienten es zulässt, übernimmt der Casemanager, gegebenenfalls mit Unterstützung des YAT-Teams, die Nachbetreuung. Diese kurze Aufenthaltsdauer ist nur aufgrund des mobilen Krisenteams YAT und des etablierten Casemanagement-Systems möglich.

Neben dem YAT-Team gibt es noch ein spezielles kleines Outreach-Team für die Patienten, die nicht durch einen klassischen EPPIC-Casemanager betreut werden können. Die dort arbeitenden Casemanager haben weniger Patienten (ca. 10 bis 15) und sind häufig sehr erfahren im Umgang mit schwierigen Patienten («heavy users»). Patienten werden dann durch dieses Team betreut, wenn sie nicht im EPPIC erscheinen, zum Beispiel weil ihnen die Krankheitseinsicht vollständig fehlt oder andere Faktoren eine Betreuung vor Ort notwendig machen. Dabei handelt es sich häufig um Psychosepatienten mit komorbiden Störungen (z.B. Suchtleiden, Persönlichkeitsstörungen).

Drei Monate nach Eintritt ins EPPIC gibt es bei jedem Patienten ein Review (im schweizerischen Kontext am ehesten mit einer «Gemeinsamen» zu vergleichen), und falls der Patient weiterhin psychotische Symptome aufweist, wird er einem speziellen Team (TREAT), das aus erfahrenen Klinikern besteht (Leitender Arzt, Leitender Psychologe, Leiter der Gruppenangebote), vorgestellt und das weitere Prozedere festgelegt.

Nebst dem Casemanagement-System gibt es eine Reihe von altersgerechten Gruppenangeboten, die es den Patienten und ihren Familien ermöglichen, innerhalb der Peergruppe mit der beginnenden psychischen Krankheit umgehen zu lernen. Die Angebote sind dem Alter und

den Bedürfnissen dieser jungen Menschen angepasst. Neben klassischen psychoedukativen Gruppen (die nur einen kleinen Teil des Angebotes ausmachen) gibt es Gruppen, die soziale und emotionale Kompetenzen fördern. So gibt es Kunst-, Garten-, Koch-, Fitness- und Computergruppen. Ziel der Gruppen ist es, die Jugendlichen (dem Krankheitsstadium entsprechend) in altersgemässe Aktivitäten zu integrieren und sie wieder auf das «normale» Leben vorzubereiten. Zum Beispiel konnte der lokale Fussballclub dahingehend engagiert werden, dass einmal pro Woche ein Spieler zwei Stunden mit den Patienten etwas unternimmt. In einer weiteren Gruppe wird gelernt, wie man sich in einem Jobinterview am besten vorstellt (u.a. auch wie man mit der Krankheit in diesem Kontext umgeht). EPPIC hat auch eine eigene Musikgruppe, die regional regelmässig Auftritte hat. Es gibt eine Peergruppe von (teil-)remittierten Patienten, die Betroffenen hilft, mit der Krankheit umgehen zu lernen. Weiter gibt es Angehörigengruppen, die es den betroffenen Familien und weiteren Bezugspersonen ermöglichen, sich auszutauschen. All dies ist nur möglich, weil EPPIC die kritische Masse an Patienten mit beginnenden psychotischen Störungen hat, um solche alters- und krankheitsspezifischen Angebote zu schaffen.

Die einzigartige Integration verschiedener Dienstleistungsanbieter führt dazu, dass eine kritische Masse an Ersterkrankten innerhalb der gleichen Institution therapiert und eine Behandlungskontinuität aufrechterhalten werden kann.

Die kritische Masse – der Schlüssel zu Früherkennung und Nachhaltigkeit

Eines der zentralen Elemente zum Erreichen dieser Ziele war die Gewährleistung einer kritischen Masse von Patienten mit psychotischen Erstmanifestationen innerhalb eines Zentrums. Diese wurde durch zwei einzigartige Massnahmen erreicht:

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wurde mit jener für die Erwachsenen für alle psychotischen Erstmanifestationen vom 15. bis zum 25. Lebensjahr zusammengelegt. In anderen Zentren werden auch Erstmanifestationen bis zum 30. oder gar 35. Lebensjahr eingeschlossen.

Die Behandlung der ersterkrankten Psychosofälle von fünf psychiatrischen Einzugsgebieten (mit 150 000 bis 200 000 Einwohnern pro Gebiet) wurde innerhalb eines Kompetenzzentrums integriert.

Eine repräsentative Untersuchung konnte zeigen, dass in einem städtischen Einzugsgebiet wie im Norden von Melbourne (mit ca. 880 000 Einwohnern) etwa 250 Fälle therapiebedürftiger psychotischer Erstmanifestationen bei 15- bis 29-jährigen Menschen jährlich in ein solches integratives Zentrum aufgenommen werden. Unerwartet, doch von äusserster Wichtigkeit, ist die Beobachtung, dass durch die Etablierung eines solchen Kompetenzzentrums 35 Prozent der psychotischen Erstmanifestationen vor dem 18. Lebensjahr entdeckt und behandelt werden konnten (34). Untersuchungen in Deutschland haben gezeigt, dass die ersten psychoseähnlichen Erlebnisse im Mittel bereits mehr als 5 Jahre vor der ersten Behandlung auftreten (35). Die meisten der Betroffenen, die solche unspezifischen Vorläufersymptome zeigten, berichten, dass sie mehrmals Kontakt mit dem Gesundheitssystem, vor allem mit Notfallstationen, praktizierenden Ärzten oder Therapeuten hatten, ohne dass eine zugrunde liegende psychotische Grunderkrankung in Erwägung gezogen wurde (35, 36). Erschreckend sind Untersuchungen, die zeigen, dass selbst nach Manifestation der ersten psychotischen Episode Wochen bis Jahre vergehen können, bis eine Psychose erkannt oder zumindest adäquat behandelt wird (37, 38). Diese Verzögerung führt zu einer starken psychischen Belastung der Betroffenen und ihres Umfelds (39, 40) sowie häufig zu einem Unterbruch der beruflichen Tätigkeit respektive Ausbildung in einer kritischen Phase der persönlichen Entwicklung (41, 42). Die Melbournener Erfahrung zeigt, dass diesem Umstand durch die Etablierung eines Kompetenzzentrums entgegengewirkt werden konnte.

Die Dauer des unbehandelten psychotischen Zustandsbildes (duration of untreated psychosis, DUP) (43) beeinflusst auch den Verlauf und die Prognose der Erkrankung. Untersuchungen haben gezeigt, dass diese Beziehung nicht linear ist, sondern die ersten Wochen bis Monate kritisch zu sein scheinen (39, 43, 44). Dies deutet darauf hin, dass der psychotische Zustand selber eine Art «toxische» Wirkung auf den zugrunde liegenden Prozess haben könnte, der mit der beginnenden Psychose einhergeht (45). Daher ist es von Wichtigkeit, die Zeit, in der ein Individuum psychotisch ist, auf ein Minimum zu reduzieren, oder besser noch, den Beginn der psychotischen Episode zu verhindern (39, 46-49).

Noch nicht psychotisch – aber hilfesuchend

Mit der Etablierung des EPPIC wurden auch immer mehr Jugendliche und junge Erwachsene zugewiesen, die einen deutlichen Leidensdruck verspürten, doch die Kriterien für eine erste psychotische Episode nicht erfüllten. Dr. Alison Yung und Prof. Patrick McGorry fingen Ende der Neunzigerjahre an, sich dieser Gruppe von Patienten anzunehmen, sie zu beobachten und zu charakterisieren. Sie definierten einen «at risk mental state (ARMS)» oder «ultra high risk state (UHR)». Die Mel-

bournergruppe definierte drei UHR-Gruppen. Die erste Gruppe war eine Gruppe von Patienten, die psychosene Erfahrungen machte, jedoch die Kriterien für eine erste psychotische Episode noch nicht erfüllte («the attenuated symptom group»), die zweite Gruppe war die Gruppe von Patienten, die eine kurze (< 1 Woche) selbstlimitierende psychotische Episode im Vorjahr erlebte, und die dritte Gruppe war eine Gruppe mit einer genetischen Belastung kombiniert mit einem Verlust im Funktionieren («ein Lebensknick»). Während das relative Risiko eines Adoleszenten, an einer Schizophrenie zu erkranken, von 1 auf 10 Prozent steigt (51), wenn er einen erstgradigen Verwandten mit einer psychotischen Erkrankung hat, beobachtete die Melbourne Gruppe, dass die oben beschriebenen ARMS-Risiko-Patienten ein relatives Risiko von 30 bis 40 Prozent hatten, eine erste psychotische Episode innerhalb eines Jahres zu erleben. Ein derartiges Risiko fordert zumindest eine engmaschige Überwachung und in einigen Fällen mit progressivem Verlauf sogar den frühzeitigen Beginn einer integrativen psychiatrischen Behandlung. Eine kontrollierte Studie bei ARMS-Individuen zeigte, dass beim frühzeitigen Einsatz einer niedrig dosierten antipsychotischen Therapie in Kombination mit einer stützenden Psychotherapie 1 von 5 psychotischen Episoden für die Dauer eines Jahres verhindert werden konnte. Vergleichsweise sind wir Ärzte bereit, 13 Patienten mit einer moderaten Hypercholesterinämie mit Statinen zu behandeln, um 1 kardiovaskuläres Ereignis für ein Jahr zu vermeiden (52).

Wichtiger als der sofortige Beginn einer antipsychotischen Behandlung bei Vorliegen eines ARMS ist das Bewusstsein, dass eine psychotische Störung auftreten könnte und dass der Patient zusammen mit dem behandelnden Arzt die Situation ernst nimmt. Die besten und effektivsten Therapien sind zwecklos, wenn keine tragfähige Therapeut-Patienten-Beziehung etabliert werden kann, die auch eine genaue diagnostische Abklärung und Einleitung der Therapie ermöglicht (53). Dies ist besonders wichtig in der Frühphase psychischer Erkrankungen, in der die Betroffenen verunsichert sind und Schwierigkeiten haben zu verstehen und anzunehmen, dass ein behandlungsbedürftiges psychiatrisches Leiden der Grund für ihre Probleme sein könnte.

Die Schweizer Situation

Es gibt in der Schweiz bereits eine Reihe von Früherkennungssprechstunden (z.B. FEPSY in Basel-Stadt; Früherkennungssprechstunden im externen psychiatrischen Dienst Baselland; im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich sowie im Universitätsspital Genf) oder Spezialstationen für ersterkrankte Psychosepatienten (z.B. CHUV, Lausanne; STEP, Privatklinik Schloessli, Oetwil am See, Zürich; Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; Psychiatrische Klinik Münsterlingen). Trotzdem ist es bisher nur ansatzweise gelungen,

die Kernelemente des EPPIC, nämlich die integrative Behandlung einer kritischen Masse an jungen Menschen mit beginnenden psychotischen Störungen innerhalb eines Kompetenzzentrums «unter einem Dach» von der akuten über die subakute bis zur rehabilitativen Phase zu integrieren und somit die Nachhaltigkeit der Therapie in der kritischen Phase der Erkrankung zu gewährleisten. Die Gründe hierfür sind komplex. Durch die Zersplitterung der Behandlung der psychotischen Erstmanifestationen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung, die Trennung des Versorgungsauftrags zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie, sowie zwischen öffentlichem und privatem Bereich verunmöglichen die Schaffung von solchen Kompetenzzentren, da die kritische Masse an Erstmanifestationen innerhalb einer Einheit nicht erreicht werden kann. Die Zersplitterung der psychiatrischen Grundversorgung aufgrund unseres föderalistisch aufgebauten Gesundheitssystems trägt sicherlich auch wesentlich dazu bei. Innerhalb der grösseren Kantone wird durch Sektorisierung und Aufteilung des Versorgungsauftrags (Kinder/Erwachsene, ambulant/stationär) eine Etablierung eines vergleichbaren Kompetenzzentrums von vornherein fast verunmöglicht. Gegenwärtig werden je nach Versorgungseinheit schätzungsweise zwischen 5 und 30 psychotische Erstmanifestationen pro Jahr und Einheit behandelt.

Diese «Zersplitterung» der therapeutischen Angebote führt zwangsläufig zu Doppelpurigkeiten und erhöht die Gefahr des frühzeitigen Therapieabbruches (Mangel an Behandlungskontinuität). Die geringe Fallzahl pro Einheit verunmöglicht es, alters- und syndromgerechte Angebote zu schaffen. Dies führt zum Paradox, dass trotz des hohen medizinischen Standards des schweizerischen Gesundheitssystems das System der psychiatrischen Versorgung für beginnende psychotische Störungen nicht optimal ist.

Mögliche Lösungsansätze

Die föderalistische Schweiz mit ihrer Vielfalt an Eigenheiten wird für die verschiedenen Regionen individuelle Lösungen anstreben müssen. Es gilt, die kritische Masse von beginnenden psychotischen Störungen «unter einem Dach» koordiniert zu behandeln. Viele traditionsbedingte und personelle Hindernisse müssten mit gegenseitigem Vertrauen angegangen werden. Nur so wird es auch in der Schweiz möglich sein, beginnende psychotische Störungen besser als bis anhin zu behandeln.

In grossen Kantonen (mehr als eine halbe Million Einwohner) wäre ein wichtiger erster Schritt, dass Arbeitsgruppen gebildet würden, in denen die Mehrzahl der Versorgungseinheiten, die im Bereich beginnender psychotischer Störungen arbeitet, zusammenkommt. Zuerst gilt es, eine Grundsatzentscheidung zu treffen,

ob ein solches Kompetenzzentrum gebildet werden sollte. Falls ja, könnte ein Projektantrag unter Einbezug aller Interessengruppen erarbeitet und den politischen Entscheidungsträgern vorgelegt werden. In Regionen, die eine Vielzahl von kleineren (Halb-)Kantonen umfassen, müsste sich eine solche Arbeitsgruppe über die Kantons Grenzen hinaus bilden. Es wäre denkbar, dass dann eine Stiftung oder allgemeinnützige Gesellschaft gegründet werden könnte und jeder (Halb-)Kanton dieser Organisation den Auftrag gibt, die Versorgung für Menschen mit beginnenden psychotischen Störungen zu gewährleisten. ◆



Dr. med. Gregor Berger
FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Fellow of the Australian & New Zealand College of Psychiatry
Leitender Arzt, Clenia Privatklinik Schloessli
Schloesslistrasse 8
8645 Oetwil am See/Zürich

Interessenkonflikte: Gregor Berger hat von Astra-Zeneca Australien, Astra-Zeneca Global Forschungsbeiträge erhalten, weiter von Eli Lilly, Jansen-Cilag und Novartis Honorarien für Vorträge und Konferenzbesuche. Die hier geäußerte Meinung ist von den Forschungsergebnissen und Vorträgen unabhängig.

Ich möchte mich bei den Mitarbeitern von EPPIC, YAT und PACE bedanken sowie bei folgenden Mentoren, die mich in meiner beruflichen Laufbahn nachhaltig geprägt haben und meine Überzeugung zur Wichtigkeit der Früherkennung und Frühintervention beeinflusst haben (in alphabetischer Reihenfolge): Prof. Marco Merlo, Universität Genf, Prof. Patrick McGorry, University of Melbourne, Prof. Christos Pantelis, University of Melbourne und Frau Prof. Riecher-Rössler, wie auch folgende Kollegen: Assoc. Prof. Paul Amminger, University of Vienna, PD Dr. Philipp Conus, CHUV Lausanne und Dr Andor Simon, Externer Psychiatrischer Dienst, Drs Alison Yung und Stephen Wood, University of Melbourne. Weiter möchte ich mich beim Vorstand und den Mitgliedern des Swiss Early Psychosis Project (SWEPP) bedanken, die sich seit Jahren bemühen, die Thematik in der Schweiz zu fördern.

Literatur:

1. McGrath J, Saha S, Welham J, et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine* 2004 Apr 28; 2: 13.
2. Saha S, Chant D, Welham J, et al. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine* 2005 May; 2 (5): e141.
3. Falloon IR. Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry* 1992 Feb; 55 (1): 4–15.
4. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia bulletin* 1996; 22 (2): 305–326.
5. Wyatt RJ, Apud JA, Potkin S. New directions in the prevention and treatment of schizophrenia: a biological perspective. *Psychiatry* 1996; 59 (4): 357–370.
6. McGorry P. Preventive strategies in early psychosis: verging on reality. *The British journal of psychiatry* 1998; 172 (33): 1–2.
7. Andreoli SB, Gastal FL, Leite SO, et al. Age-at-first-registration in schizophrenia: a comparison of mental health registers from Australia and Brazil. *Schizophrenia research* 2002 Apr 1; 54 (3): 277–279.
8. Hafner H, Maurer K, Löffler W, et al. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 Aug; 33 (8): 380–386.
9. Kendler KS, Karkowski-Shuman L, Walsh D. Age at onset in schizophrenia and risk of illness in relatives. Results from the Roscommon Family Study. *Br J Psychiatry* 1996 Aug; 169 (2): 213–218.
10. Welham JL, Thomis RJ, McGrath JJ. Age-at-first-registration for affective psychosis and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 2004; 30 (4): 849–853.
11. Tohen M, Strakowski SM, Zarate C, Jr., et al. The McLean-Harvard first-episode project: 6-month symptomatic and functional outcome in affective and nonaffective psychosis. *Biological psychiatry* 2000 Sep 15; 48 (6): 467–476.
12. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of general psychiatry* 1999; 56 (3): 241–247.
13. Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, et al. Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. *The American journal of psychiatry* 2003 Aug; 160 (8): 1396–1404.
14. DeLisi LE. Structural brain changes in schizophrenia. *Archives of general psychiatry* 1999; 56 (2): 195–196.
15. DeLisi LE, Stritzke P, Riordan H, et al. The timing of brain morphological changes in schizophrenia and their relationship to clinical outcome. *Biological psychiatry* 1992; 31 (3): 241–254.
16. Lieberman JA, Tollefson GD, Charles C, et al. Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis. *Archives of general psychiatry* 2005 Apr; 62 (4): 361–370.
17. Pantelis C, Yucel M, Wood SJ, et al. Structural brain imaging evidence for multiple pathological processes at different stages of brain development in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 2005 Jul; 31 (3): 672–696.
18. Rapoport JL, Giedd J, Kumra S, et al. Childhood-onset schizophrenia. Progressive ventricular change during adolescence. *Archives of general psychiatry* 1997; 54 (10): 897–903.
19. Carpenter WT, Strauss JS. The prediction of outcome in schizophrenia. IV. Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *The Journal of nervous and mental disease* 1991; 179 (9): 517–525.
20. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. *CNS drugs* 2002; 16 (7): 473–484.
21. Hafner H, an der Heiden W. The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 1999; 249 (Suppl 4): 14–26.
22. Lieberman JA. Prediction of outcome in first-episode schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry* 1993 Mar; 54 Suppl: 13–17.
23. Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R. Two-year follow-up of the patients included in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychological medicine* 1977; 7 (3): 529–541.
24. Wood SJ, Berger GE, Lambert M, et al. Prediction of functional outcome 18 months after a first psychotic episode: a proton magnetic resonance spectroscopy study. *Archives of general psychiatry* 2006 Sep; 63 (9): 969–976.
25. McCombs JS, Nichol MB, Stimmel GL, et al. Use patterns for antipsychotic medications in medicaid patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 19: 5–11; discussion 12–13.

26. Guest JF, Cookson RF. Cost of schizophrenia to UK Society. An incidence-based cost-of-illness model for the first 5 years following diagnosis. *Pharmacoeconomics* 1999 Jun; 15 (6): 597-610.

27. Carr VJ, Neil AL, Halpin SA, et al. Costs of schizophrenia and other psychoses in urban Australia: findings from the Low Prevalence (Psychotic) Disorders Study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2003 Feb; 37 (1): 31-40.

28. McCombs JS, Nichol MB, Johnstone BM, et al. Antipsychotic drug use patterns and the cost of treating schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, DC)* 2000 Apr; 51 (4): 525-527.

29. Kane JM, McGlashan TH. Treatment of schizophrenia. *Lancet* 1995; 346 (8978): 820-825.

30. Edwards J, Harris MG, Bapat S. Developing services for first-episode psychosis and the critical period 10.1192/bjp.187.48.s1. *Br J Psychiatry* 2005 August 1, 2005; 187 (48): 91-97.

31. Edwards J, McGorry PD. *Implementing Early Intervention in Early Psychosis. A guide to establishing an early psychosis service.* London: Martin Dunitz, 2002.

32. Edwards J, Maude D, Herrmann-Doig T, et al. A service response to prolonged recovery in early psychosis. *Psychiatr Serv* 2002 Sep; 53 (9): 1067-1069.

33. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e psichiatria sociale* 2002 Oct-Dec; 11 (4): 237-247.

34. Amminger GP, Harris MG, Conus P, et al. Treated incidence of first-episode psychosis in the catchment area of EPPIC between 1997 and 2000. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2006 Nov; 114 (5): 337-345.

35. Hafner H, Van der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997; 42 (2): 139-151.

36. McGorry PD. «A stitch in time» ... the scope for preventive strategies in early psychosis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 1998; 248 (1): 22-31.

37. Black K, Peters L, Rui Q, et al. Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophrenia research* 2001 Mar 1; 47 (2-3): 215-222.

38. Fuchs J, Steinert T. Patients with a first episode of schizophrenia spectrum psychosis and their pathways to psychiatric hospital care in South Germany. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2004 May; 39 (5): 375-380.

39. Edwards J, Harrigan SM, McGorry PD, et al. Duration of untreated psychosis (DUP) and outcome in schizophrenia. *Psychological medicine* 2002 Apr; 32 (3): 563-564.

40. Amminger GP, Edwards J, Brewer WJ, et al. Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia research* 2002 Apr 1; 54 (3): 223-230.

41. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biological psychiatry* 1999; 46 (7): 899-907.

42. Keshavan M, Berger GE, Zipursky R, et al. Neurobiology of early psychosis. *Br J Psychiatry* 2005 August 1, 2005; 187 (48): 8-18.

43. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological medicine* 2003 Jan; 33 (1): 97-110.

44. Perkins DO, Gu H, Boteva K, et al. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry* 2005 Oct; 162 (10): 1785-1804.

45. Berger G, Wood S, McGorry P. Incipient Neurovulnerability and Neuroprotection in Early Psychosis. *Psychopharmacology bulletin* 2003; 37 (2): 79-101.

46. Wyatt RJ, Henter I. Rationale for the study of early intervention. *Schizophrenia research* 2001; 51 (1): 69-76.

47. Linszen D, Dingemans P, Lenior M. Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophrenia research* 2001; 51 (1): 55-61.

48. Malla AK, Norman RM, Manchanda R, et al. One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophrenia research* 2002; 54: 231-242.

49. McGorry PD, Warner R. Consensus on early intervention in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 2002; 28 (3): 543-544.

50. Shiers D, Lester H. Early intervention for first episode psychosis. *BMJ* 2004 Jun 19; 328 (7454): 1451-1452.

51. Gottesman II, Erlenmeyer-Kimling L. Family and twin strategies as a head start in defining prodromes and endophenotypes for hypothetical early interventions in schizophrenia. *Schizophrenia research* 2001 Aug 1; 51 (1): 93-102.

52. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of general psychiatry* 2002; 59: 921-928.

53. Day JC, Bentall RP, Roberts C, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of general psychiatry* 2005 Jul; 62 (7): 717-724.



www.multiplesklerose.ch

Multiple Sklerose unterbricht die Nervenbahnen.
Helfen Sie: PC 80-8274-9



Schweizerische
Multiple Sklerose
Gesellschaft