

# Für jedes Problem eine medikamentöse Lösung?

Interview mit Dr. Jean-Marc Cloos, Psychiater und Suchttherapeut in der ZithaKlinik

**Dr. Cloos, wie schätzen Sie, ganz allgemein, die psychische Gesundheit der luxemburgischen Gesellschaft ein?**

Jean-Marc Cloos: Ich würde sagen, sie unterscheidet sich nicht von den anderen europäischen Ländern, wobei Luxemburg hinsichtlich des Konsums von Benzodiazepinen oder Alkohol beispielsweise eher mit der französischen als mit der deutschen Situation zu vergleichen ist. Im Durchschnitt treten in einem Land ca. 20-25 % Angststörungen sowie 1 % Schizophrenie auf, und ca. jeder Fünfte leidet mindestens einmal im Leben an einer Depression. Das alles sind Schätzungen, denn bisher wurden hierzulande keine epidemiologischen Studien, welche ein Bild über die Verteilung der verschiedenen Krankheiten erlauben würden, durchgeführt. Manche Störungen, wie z. B. die Borderline-Persönlichkeitsstörung, können nicht ausreichend in Luxemburg behandelt werden, da nicht genügend Therapeuten und Therapieplätze zur Verfügung stehen. Wir schicken immer noch viele Patienten ins Ausland, weil wir hier keine umfassende Betreuung gewährleisten können.

**Welches sind die am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen in Luxemburg?**

J.-M. C.: Angststörungen sind am weitesten verbreitet. Aber auch depressive Störungen nehmen zu.

**Warum?**

J.-M. C.: Angst ist ein Überlebensmechanismus, den wir alle in uns tragen und der bei Menschen mit einer Angststörung eben

---

**Im Durchschnitt treten in einem Land ca. 20-25 % Angststörungen sowie 1 % Schizophrenie auf, und ca. jeder Fünfte leidet mindestens einmal im Leben an einer Depression.**

---

stärker ausgeprägt ist. Rein evolutionspsychiatrisch betrachtet, haben ängstliche Menschen besser überlebt, weil sie ganz einfach auch vorsichtiger sind, also haben die Ängstlicheren im Grunde genommen ihre Gene besser weitervererbt.

**Inwieweit kann man psychische Erkrankungen sozial erklären?**

J.-M. C.: Die Psychiatrie ist biopsychosozial. Das medizinische Modell ist ein Ursache-Wirkung-Modell, d. h. ich erwische eine Bakterie, bekomme eine Infektion, also lasse ich mich gegen die Bakterie behandeln und werde wieder gesund. Bei akuten Krankheiten funktioniert dieses Modell sehr gut, bei chronischen Krankheiten kann man allerdings darüber streiten. Wir Psychiater vertreten die Ansicht, dass die unseren medizinischen Bereich

betreffenden Krankheiten biologisch, psychologisch und sozial bedingt sind. Es gibt natürlich Krankheiten, die eine stärkere biologische Prägung haben, wie die manische Depression etwa, in dem Fall spielen die Gene eine wichtige Rolle. Andere Erkrankungen wie Traumata zum Beispiel sind stärker sozial oder vom Umfeld geprägt. Hinzu kommt, dass die Diagnosen von Depressionen oft sehr schwammig sind, da es viele verschiedene Formen von Depressionen mit unterschiedlichen Symptomen gibt, aber meist werden alle in einen Topf geworfen. Es gibt Menschen, die depressiv sind, obwohl in ihrem Leben alles gut läuft, da liegt dann eher eine genetische Veranlagung vor. Andere Menschen sind depressiv, weil sie gerade den Job verloren haben, diese Depression ist natürlich eher sozial bedingt. Früher nannte man das endogene und reaktive Depression.

**Das Ganze hat ja auch eine geschichtliche Komponente. Im 19. Jh. sprach man beispielsweise von Melancholie und Schwermut statt von Depression. Diese wurden oft nicht als so problematisch empfunden ...**

J.-M. C.: Ich denke, dass die Menschen früher eher akzeptierten, dass sie schwermütig waren. Die Melancholie war ja sogar eine philosophische Einstellung, wenn man so will, und Alkohol das „Antidepressivum“ Nr. 1. Für den Psychiater ist die „richtige“ Depression diejenige, welche endogene



Depression genannt wurde. Die reaktive Depression hingegen hat größtenteils mit den Lebensumständen zu tun, als Reaktion auf ein belastendes oder negatives Ereignis. Daher wurden die endogenen Depressionen früher immer mit Medikamenten behandelt und die reaktiven mit Psychotherapie. Diese Kategorien sind heute verschwunden, weil sie sich überschneiden. Schwere Fälle von reaktiver Depression können natürlich auch mit Medikamenten behandelt werden. Allgemein kann man davon ausgehen, dass wenn jemandem, der anfällig für Depressionen ist, etwas Erschütterndes passiert, dieser eher depressiv wird als jemand, der nicht vorbelastet ist.

**Scheinbar sind auch Frauen stärker von Depressionen betroffen als Männer.**

J.-M. C.: Das stimmt, auf zwei Frauen kommt ein Mann. Ein Drittel der Depressionen sind Angstdepressionen. Frauen sind eher betroffen, weil sie generell vorsichtiger sind als Männer.

**Die Frage ist natürlich auch, was diese Statistiken bedeuten. Frauen geben vielleicht eher zu, dass sie ein Problem haben.**

J.-M. C.: Ja, das stimmt. Besonders Depressionen und Angststörungen werden

von den Männern oft noch als Zeichen der Schwäche angesehen. Daher gehen Männer auch weniger zum Psychiater, außer sie werden geschickt. Hinzu kommt, dass die diagnostischen Kriterien der Depression eher „weibliche“ sind. Frauen neigen dazu, sich zurückzuziehen, während Männer kämpfen, d. h. sie schreien herum, brausen für jede Kleinigkeit auf, treten die Flucht nach vorne an. Diese Symptome kommen jedoch bei den allgemein geltenden Kriterien nicht so zur Geltung, deshalb werden Depressionen bei Männern weniger gut diagnostiziert und auch weniger gut behandelt.

**Wie sehen Sie die aufkommende medizinische Debatte um die Psychosomatik? Ist das jetzt die neue Revolution im medizinischen Denken?**

J.-M. C.: Es gibt ein Zusammenspiel zwischen Psyche und körperlichen Erkrankungen, man sollte aber nicht so weit gehen und alles auf diese Weise erklären. Die berühmte Managerkrankheit zum Beispiel. Früher wurde immer behauptet, wenn man gestresst ist, bekommt man ein Magengeschwür. Das trifft zwar manchmal zu, oft aber ist es jedoch die Bakterie *Helicobacter pylori*, welche ein Magengeschwür verursacht. Mittlerweile ist dies Standard,

obwohl in psychosomatischen Büchern oft noch von der Managerkrankheit die Rede ist. Natürlich riskiert man schneller ein Magengeschwür, wenn man einen *Helicobacter* hat und andauernd Stress ausgesetzt ist. Aber die Behandlung ist immer die Behandlung der Bakterie und eventuell eine Entspannungstherapie.

**Trotzdem spielt die Psyche des Menschen in vielen Fällen körperlicher Erkrankung eine Rolle.**

J.-M. C.: Eines der Dogmen der Psychosomatik ist, wenn man so will, dass die Psyche dazu führt, dass das System des Körpers, das am schwächsten ist, Symptome zeigt. Wenn ich ständig Stress ausgesetzt bin und mein Atmungssystem funktioniert nicht so gut, dann bekomme ich Asthma, ist mein kardio-vasculäres System anfällig, dann riskiere ich Herzrhythmusstörungen usw. Jede psychische Störung hat immer auch eine körperliche Komponente. Wenn ich aber zum Rheumatologen gehe, weil meine Knie schmerzen, zum Pneumologen, weil ich schlecht atme, zum Gastroenterologen, weil der Magen zwickt und zum Kardiologen, weil mein Herz rast, dann leide ich mehr als wahrscheinlich an einer Depression und hätte eigentlich nur einen Psychiater aufsuchen müssen. Viele Menschen konsultieren oft mehrere Arztpraxen, weil sie vorrangig körperliche Symptome psychischer Krankheiten haben. Hinzu kommt, dass viele Menschen somatisieren, weil psychische Krankheiten immer noch etwas verpönt sind. Einem Mann fällt es einfacher zu sagen, er habe Bauchschmerzen, als zuzugeben, er sei gestresst.

**In Ihrer Studie zu Benzodiazepinen von 2006 sprechen Sie davon, dass über 166 000 Personen in einem Zeitraum von 10 Jahren (1995-2004) mindestens einmal im Leben Schlaf- oder Beruhigungsmittel bekommen haben. Gibt es, überspitzt formuliert, für jedes Problem eine medikamentöse Lösung?**

J.-M. C.: Nein. Aber sagen wir es so: Schizophrenie und manische Depressionen müssen fast immer mit Medikamenten behandelt werden, weil beide chronische Krankheiten sind, auch wenn die Schizophrenie bei einem Drittel der Patienten ausheilen kann. In der Psychiatrie wird

differenziert zwischen Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Antidepressiva, Neuroleptika (Antipsychotika) und Stimmungsstabilisatoren (bei Stimmungsschwankungen, wie z. B. der manischen Depression). Von diesen vier Gruppen machen nur die Schlaf- und Beruhigungsmittel süchtig. Aber die Leute sind generell der Meinung, auch die anderen Medikamente würden abhängig machen, vor allem Antidepressiva gegenüber sind sie sehr skeptisch. Es gibt psychiatrische Erkrankungen, bei denen eine Behandlung mit Medikamenten Sinn macht, etwa bei starken Depressionen mit Tendenz zum Suizid. Bei leichten Depressionen bietet sich eine Psychotherapie an, bei Traumata nutzen Medikamente nichts, sondern nur eine Psychotherapie, für Persönlichkeitsstörungen gibt es kein Medikament, das die Persönlichkeit behandeln kann, außer eventuell bei einer Borderlinestörung. Sehr oft ist bei psychischen Störungen die Kombination Medikamententherapie effizienter als nur eine der beiden Maßnahmen.

**Aber auch bei Antidepressiva ist es doch eher so, dass man sie nicht von heute auf morgen absetzen kann?**

J.-M. C.: Das ist nicht bei allen der Fall. Mit den einen kann man abrupt aufhören, ohne dass Symptome auftreten, andere wiederum sollte man langsam absetzen, weil man sonst einen Rebound-Effekt riskiert. Sicher ist, dass man die Medikamente nicht absetzen sollte, bevor die Krankheit ausgeheilt ist. Die gute Nachricht bei einer Depression ist, dass die meisten nach sechs Monaten ausgestanden sind, selbst ohne Medikamente. Die schlechte Nachricht ist, dass man sich während dieser sechs Monate so miserabel fühlt, dass man auch an Suizid denken kann bzw. während dieser Zeit nicht funktionsfähig ist, sich zu Hause einsperrt und riskiert, den Job zu verlieren. D. h. die Konsequenzen einer Depression können so schwerwiegend sein, dass es besser ist, sie zu behandeln. Bei einer medikamentösen Behandlung hat man normalerweise eine Verbesserung des Zustandes in zwei bis sechs Wochen. Allerdings begehen dann viele Patienten den Fehler, die Präparate bereits vor Ende der Behandlung abzusetzen. Man sollte das Medikament allerdings schon sechs bis acht Monate einnehmen.

**Riskieren eigentlich Menschen, die bereits einmal an einer Depression erkrankt waren, erneut depressiv zu werden?**

J.-M. C.: Das Risiko besteht, aber bei vielen Depressionen handelt es sich um eine einmalige Angelegenheit. Man lernt ja auch aus seiner Depression, vor allem wenn es sich um solche handelt, die in Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld stehen. Man lernt, was man alles falsch gemacht hat und wieso man in ein schwarzes Loch gefallen ist. Nach der Depression ist es daher oft sehr sinnvoll mittels einer Psychotherapie herauszufinden, was man machen kann, um es nicht noch einmal so weit kommen zu lassen.

---

**Benzodiazepine sind praktisch die einzigen Medikamente, bei denen die Patienten darauf bestehen, dass der Arzt sie weiter verschreibt.**

---

**Sie haben gerade erklärt, dass Benzodiazepine süchtig machen. Sie werden allerdings massiv verschrieben. Wieso?**

J.-M. C.: Um erst einmal die Ärzte in Schutz zu nehmen: 70 % der Verschreibungen sind adäquat, d. h. sie gehen nicht über drei Monate hinaus. Außerdem bedeutet die Ausstellung eines Rezeptes nicht automatisch, dass die Leute die Pillen auch wirklich nehmen. Man kann davon ausgehen, dass 70 % der Patienten keine Langzeitrezepte ausgestellt bekommen. Das Problem ist, dass Benzodiazepine dermaßen gut und schnell wirken, dass viele nicht mehr ohne sie auskommen. Wir sprechen hier von mindestens 26 % der Patienten. Benzodiazepine sind praktisch die einzigen Medikamente, bei denen die Patienten darauf bestehen, dass der Arzt sie weiter verschreibt. Bei Antidepressiva und Neuroleptika werde ich regelmäßig gefragt, wann sie endlich damit aufhören können.

**In welchen Fällen werden Benzodiazepine verschrieben?**

J.-M. C.: Der Hausarzt oder der Psychiater beginnt damit, weil der Patient in einem akuten Zustand bei ihm in der Praxis auftaucht. Dabei handelt es sich meist um

Schlaf-, Angst- oder depressive Störungen. Dann aber merkt der Patient, dass die Medikamente ihm helfen und er sieht oft nicht mehr die Notwendigkeit einer Psychotherapie ein, die ihn viel Energie kostet und die er zudem selbst bezahlen muss. Beruhigend ist allerdings, dass nur 5 % der Betroffenen die Dosis steigern, d. h. etwa 1 % der luxemburgischen Bevölkerung konsumiert mehr als die maximal empfohlene Dosis.

**Die Ärzte müssten also ihre Patienten regelmäßig auf die möglichen Folgen und Gefahren dieses Medikamentenkonsums hinweisen.**

J.-M. C.: Vor allem bei Schlafstörungen ist es enorm wichtig den Menschen beizubringen, dass sie das Medikament eigentlich nicht mehr brauchen, bei Angststörungen kann ich den Konsum schon eher nachvollziehen, da manche Angststörungen einen stark beeinträchtigen können. Wenn ich aber als 70-Jähriger immer noch der Meinung bin, ich müsse abends um 20 Uhr ins Bett und dann acht Stunden schlafen, dann habe ich eine falsche Vorstellung vom Schlaf, weil der natürliche Bedarf an Schlaf mit dem Alter abnimmt. Schauen Sie sich die Altersheime an, dort liegen alle oft um 20 Uhr schon im Bett.

**Die Ich-geh-pünktlich-um-acht-ins-Bett-Mentalität scheint oft recht mutwillig. In Altersheimen geht man nicht schlafen, weil man schläfrig ist, sondern aus schierer Langeweile ...**

J.-M. C.: Ich finde, in Altersheimen müssten Nachtcafés eingerichtet werden. Selbst wenn das für das Personal stressiger wird, sollen die Leute sich bis 1 Uhr morgens beschäftigen können. Heute scheint es, als seien alle Beteiligten damit zufrieden, sich um 20 Uhr schlafen zu legen.

**Benzodiazepine werden hauptsächlich von Leuten angefragt, die über 50 Jahre alt sind – Ihrer Studie nach sind 2/3 der Konsumenten älter als 50. Warum steigt der Konsum von Benzodiazepinen mit dem Alter?**

J.-M. C.: Der Konsum steigt, weil die Leute mehr Zeit haben, überhaupt an das Medikament heranzukommen. Sie müssen schon ein paar Mal einen Arzt besuchen, um irgendwann dann Benzodiazepine verschrieben zu bekommen. Ein anderer

Grund, vielleicht der Hauptgrund, könnte jedoch sein: Man kriegt irgendwann eine Schlafstörung, fängt an Benzodiazepine zu schlucken, stellt fest, dass das gut klappt ... und nimmt sie dann einfach weiter.

**Gleichzeitig scheinen vor allem Frauen ab 50 Benzodiazepine zu nehmen. Warum?**

J.-M. C.: Die Verteilung Mann/Frau hat wiederum damit zu tun, dass es sich auch um Angstmedikamente handelt. Und Frauen sind stärker von Angst betroffen als Männer. Es ist daher logisch, dass das Verhältnis, wie bei Angststörungen auch, 2 zu 1 ist.

**Welche Gefahren bergen Benzodiazepine für ältere Menschen?**

J.-M. C.: Mit zunehmendem Alter sollte die Dosis eigentlich herabgesetzt werden. Ab 65 Jahren wird z. B. geraten, die Dosis zu halbieren. Die meisten tun dies aber nicht. D. h. Medikamente, die für einen 30- oder 40-Jährigen an sich wenig Nebenwirkungen zeigen – außer geringer kognitiver Natur – schlagen im Alter voll ein. Das ist nicht ganz ungefährlich, vor allem wenn sowieso bereits Probleme beim Gehen bestehen.

**Eine Kritik, die öfters geäußert wird, ist, dass in Altersheimen massiv Benzodiazepine verschrieben würden ...**

J.-M. C.: Mittlerweile geben sich die Altersheime mehr Mühe. Zwar noch nicht überall, doch es gibt eine generelle Tendenz dahin, damit aufzuhören, alte Menschen mit Beruhigungsmitteln ruhigzustellen.

**War das nicht eigentlich eine „solution de facilité“?**

J.-M. C.: Ganz genau! Wenn sie schlafen, dann hat man nicht viel Arbeit. Das ist auch eine Frage der Aufklärung, wie Schlaf im Alter eigentlich funktioniert. Man muss den älteren Menschen erklären, dass sie nur noch fünf Stunden schlafen und dass das auch reicht. Alte Menschen haben meist Schlafstörungen am Ende der Nacht, die Benzodiazepine wirken aber nur am Anfang der Nacht. Benzodiazepine sind also ganz einfach nicht die adäquate Behandlung. Ich würde vorschlagen, Melatonin zu verschreiben. Der Melatoninspiegel sinkt

nämlich im Alter nach und nach, deshalb bekommt man Schlafstörungen.

**War es nicht auch eine bequeme Lösung für die Senioren? Wenn man kurz den Anwalt des Teufels markieren darf: Warum sich mit 80 seinen Problemen aussetzen, wenn man ohnehin nicht die Zeit hat, sie zu lösen?**

J.-M. C.: Ja, wenn dies die Entscheidung der Person ist, dann muss man das akzeptieren. Das ist natürlich eine Vogel-Strauß-Politik. Trotzdem finde ich es problematisch, wenn Menschen durch die Benzodiazepine dermaßen stumpfsinnig werden, dass sie selbst

---

**Wenn wir wissen, dass ungefähr 10 % der Bevölkerung einen problematischen Konsum von Alkohol haben und trotzdem nur ein Therapiezentrum in Useldingen mit 40 Betten existiert, dann ist das lächerlich wenig.**

---

dann nicht mehr adäquat emotional reagieren, wenn ihre besten Freunde sterben. Dr. Alexandre Bisdorff hat jüngst diese Art Reaktionen als „Zombifikation der Luxemburger Gesellschaft“ charakterisiert. Man sollte aber emotional schwingfähig bleiben, d. h. emotional auf Geschehnisse reagieren können.

**Kann man von einer „Medikalisierung der Luxemburger Gesellschaft“ sprechen?**

J.-M. C.: Ja, das kann man schon behaupten. Die Kritik ist immer: Burn-out soll nicht mit Medikamenten behandelt werden, sondern sozial im Arbeitsmilieu. Aber zeigen Sie mir doch bitte, was wo konkret für ein besseres Arbeitsklima gemacht wird ... Und bis sich da etwas tut, sind wir als Psychiater oft immer noch gezwungen, in letzter Instanz Medikamente zu verschreiben.

**Einer der Gründe, warum sich in Europa so wenig zum Besseren gewandelt hat, sind vielleicht gerade die Medikamente. Die Menschen passen sich an die Gesellschaft an, wenn es sein muss mithilfe von Drogen. Ohne Medikamente hätte sich sozial und politisch vielleicht bereits Einiges geändert ...**

J.-M. C.: Klar. Ich habe z. B. einmal einen Manager behandelt, der an Depressionen litt. Der hat dann festgestellt, dass er mithilfe von Antidepressiva bis zu 14 Stunden am Tag arbeiten konnte. In Amerika hat das fast schon System. Dort nehmen die Leute beispielsweise schon verschiedene Antidepressiva, obwohl sie eigentlich gar nicht depressiv sind, um ihre Produktivität zu steigern. Das Medikament ist also ein Symptom einer Gesellschaft, die immer mehr von den Menschen abverlangt. Die Lifestyle-Medikamente, welche die Produktivität oder die Konzentration steigern, sind massiv am Kommen. Da sehe ich einen klar kritisierbaren Trend.

**Die Menschen beschleunigen ihr Leben anstatt einzufordern, dass die Gesellschaft sich entschleunigt ...**

J.-M. C.: Genau! Dahinter steckt eine ganze wirtschaftliche Logik, aus der man sehr schlecht aussteigen kann. Doch selbst wenn die Gesellschaft sich nicht entschleunigt, muss man trotzdem versuchen, es individuell zu tun. Heute sehen wir Firmen, in denen die Angestellten konsequent an ihre Grenzen gedrückt werden, so lange bis es nicht mehr geht. Sind sie erst einmal aufgebraucht, werden sie entlassen und neue, jüngere werden eingestellt. Die arbeiten dann wiederum wie verrückt, bis auch sie ausgelaugt sind usw. Die Produktivität muss konstant steigen. In einigen Firmen arbeitet keiner, der älter ist als 35.

**Hat der Konsum von Psychopharmaka zugenommen?**

J.-M. C.: Ja, hauptsächlich der von Antidepressiva. Das ist an sich ein internationaler Trend. Der Konsum von Neuroleptika hingegen bleibt konstant. Das kommt daher, weil nur etwa 1 % der Bevölkerung von Psychosen betroffen ist und dieser Prozentsatz variiert kaum über die Zeit. Bei den Benzodiazepinen beobachtet man, dass der Konsum von Schlafmitteln und von einigen angsthemmenden Präparaten, wie etwa Alprazolam, zugenommen hat.

**Wie bewerten Sie diesen Aufwärtstrend von Antidepressiva?**

J.-M. C.: Das ist einerseits eine gute Sache, weil sich dadurch die Lebensqualität vieler

Menschen verbessert hat, andererseits ist es bedenklich, weil es oft eine „solution de facilité“ bleibt, um sich nicht auf andere, nicht-medikamentöse Weise mit den Problemen auseinanderzusetzen.

Existenzielle Erfahrungen wie Trauer und Angst werden heute z. T. als „dysfunktional“ empfundene Gefühle chemisch kurzgeschlossen. Da ein Sinn gebender Rahmen fehlt, greift dann der Konsumreflex ...

J.-M. C.: Trauer würde ich nicht mit Medikamenten behandeln. Wenn überhaupt, dann eventuell psychologisch. Ich erkläre den Leuten, dass verschiedene Phasen, die sie durchleben, zum Teil völlig normal sind. Ich gebe meinen Patienten oft auch nur ein Buch zum Lesen. Und das funktioniert sehr gut!

**Der Besuch beim Psychiater scheint heute weniger stigmatisierend, oder?**

J.-M. C.: Stimmt. Zum Psychiater gehen ist heutzutage sozial besser akzeptiert. Aber ein Rest an Stigmatisierung bleibt. Ich habe immer noch Patienten, die lieber in der Mittagsstunde oder nach der Arbeit zu mir kommen, damit ihr Arbeitgeber nichts mitkriegt.

**Kurz noch zur Gesundheitspolitik. Welchen Status hat die „santé mentale“ in der luxemburgischen Gesundheitspolitik?**

J.-M.C.: Durch die Dezentralisierung der Psychiatrie haben wir einen riesigen Markt außerhalb des Krankenhaussystems geschaffen. Dieser wird vom Gesundheitsministerium finanziert und verschlingt ein enormes Budget. Man müsste vielleicht irgendwann überdenken, ob die finanziellen Ressourcen auch gut verteilt sind. Wenn wir wissen, dass ungefähr 10 % der Bevölkerung einen problematischen Konsum von Alkohol haben und trotzdem nur ein Therapiezentrum in Useldingen mit 40 Betten existiert, dann ist das lächerlich wenig. Der Haefner-Bericht sah 55 Betten für psychiatrische Fälle in den Kliniken vor. Es wurden aber nur 45 zurückbehalten. Die psychiatrischen Stellen sind heute dauernd überlastet. Im europäischen Vergleich liegen wir unter dem Durchschnitt. Ein weiteres Problem ist, dass wir noch immer kein Gesetz zur Psychotherapie haben. Jeder der will, kann sich „Psychotherapeut“ nennen, das ist kein geschützter Ti-

tel. Und die von Psychologen angebotenen Therapien werden noch immer nicht von der Krankenkasse rückerstattet. Wir haben außerdem zu wenige Psychiater im Land. Auf jeden Fall kommt zu viel Nachfrage auf zu wenig Angebot.

**Glauben Sie, dass man die Rückerstattung von Medikamentenkosten an die Durchführung von Therapien binden sollte?**

J.-M. C.: Bei den Benzodiazepinen könnte man von den derzeit 40 % ruhig auf 20 % Rückerstattung runtergehen. Bei Antidepressiva hingegen sind meiner Meinung nach die 80 % Rückerstattung angebracht, es kann immerhin ein lebenswichtiges Medikament sein. Bei den Neuroleptika sollte die Rückerstattung sogar bei 100 % liegen. Jemand der unter Schizophrenie leidet, ist oftmals sozial ganz unten angekommen ... und muss trotzdem noch 20 % des Preises für ein überlebenswichtiges Medikament zahlen. Wenn man sparen soll, dann höchstens bei den Benzodiazepinen oder man greift auf Generika zurück.

**Werden in Zukunft noch weitere, innovative Medikamente auf den Markt kommen?**

J.-M. C.: Die Perspektiven sehen nicht gerade rosig aus! Man kann davon ausge-

hen, dass in den nächsten 10 bis 20 Jahren nicht viele innovative Medikamente in der Psychiatrie auf den Markt kommen werden. Die großen Pharmagruppen machen heute weit weniger Forschung – das kostet nämlich zu viel. Valdoxan®, das letzte Antidepressiva, welches auf den Markt kam, wird bisher nicht von der hiesigen Krankenkasse rückerstattet mit dem Argument, es sei zu teuer und bringe nicht mehr als andere Antidepressiva.

**Letzte Frage: Wird in Luxemburg genug für Prävention getan?**

J.-M. C.: Nein. Und das war auch einer der Kritikpunkte der Ärzte an der geplanten Gesundheitsreform: es wird nicht genug auf Prävention gesetzt. Trotzdem, zu glauben, Prävention sei billiger für die Gesundheitskassen, ist eine Illusion. Die Menschen werden dann älter und das kostet im Endeffekt eher mehr Geld, aber seinen Bürgern ein längeres Leben zu ermöglichen sollte doch wohl ein Ziel jeder Gesellschaft sein.

**Vielen Dank für das Gespräch. ♦**

(Das Interview fand statt am 26.11.2010.LH/BT)

