

UA PT: Überprüfung der Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“

Fragen für die Expertenanhörung am 4. Dezember 2013

Stand: 20.09.2013

Antworten Prof. Dr. Dorothea von Haebler, Charité und IPU Berlin; 15.11.2013

1. Halten Sie ambulant erbrachte Psychotherapie i. S. d. Psychotherapie-Richtlinie für ein angemessenes Verfahren zur Behandlung von Menschen, bei denen eine Störung vorliegt, die nach F 20 ICD-10 zu diagnostizieren wäre? Oder sehen Sie Änderungsbedarf bei der Formulierung der Indikation „Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in der Richtlinie?
2. Wenn Ja, würden Änderungen aus Ihrer Sicht eine Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten bewirken?
Bitte geben Sie eine möglichst genaue Beschreibung der Patientinnen und Patienten (Diagnose/n und Differenzialdiagnose/n gemäß ICD-10, Art/Schweregrad der Symptome, Krankheitsphase, Komorbiditäten usw.), die eine ambulante Psychotherapie zur Erkennung, Heilung, Linderung und/oder zur Verhütung von Verschlimmerung ihrer psychotischen Erkrankung benötigen, diese aber wegen der derzeitigen Indikationsfestlegung in der Psychotherapie-Richtlinie nicht erhalten. Um wie viele Patientinnen und Patienten handelt es sich dabei schätzungsweise? Welche konkreten Änderungen wären hinsichtlich der Indikation für ambulante Psychotherapie in der Psychotherapie-Richtlinie für Patientinnen und Patienten mit psychotischen Erkrankungen aufgrund welcher Forschungsergebnisse und/oder evidenzbasierten Leitlinien geboten?
3. Welche Vorteile, welche Nachteile und welches Schadenspotenzial erwarten Sie, wenn in § 22 "Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie" der Psychotherapie-Richtlinie in Absatz 1 als Nr. 10 die Indikation "Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen" aufgenommen und zugleich die Festlegung in § 22, Abs. 2, Nr. 4 ersatzlos gestrichen würde?
4. Sind Settingfragen in Studien aufgeführt?
5. Könnte eine Psychotherapie von schizophrenen Psychosen ohne psychiatrische Begleitbehandlung erfolgen oder gibt es aus Ihrer Sicht Fälle im Indikationsbereich Psychosen, bei denen eine alleinige Psychotherapie indiziert erscheint? Welche Behandlungsalternativen bietet unser Versorgungssystem zurzeit für Patienten, die medikamentöse Behandlung ablehnen? Gibt es Studien für Psychotherapie bei nicht medizierten Patienten?
6. Gibt es Hinweise darauf, dass psychotherapeutische Interventionen dazu beitragen können, die Adhärenz mit einer medikamentösen Behandlung zu steigern?
Gibt es einschränkende (bzw. notwendige zusätzliche) Bedingungen, zum Beispiel Setting- oder Kooperationsbedingungen auf Seiten der Patienten bzw. der Therapeuten, die zu beachten wären? Wie könnten diese ggf. sichergestellt bzw. organisiert werden?

UA PT: Überprüfung der Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“

1.

Halten Sie ambulant erbrachte Psychotherapie i. S. d. Psychotherapie-Richtlinie für ein angemessenes Verfahren zur Behandlung von Menschen, bei denen eine Störung vorliegt, die nach F 20 ICD-10 zu diagnostizieren wäre? Oder sehen Sie Änderungsbedarf bei der Formulierung der Indikation „Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“ in der Richtlinie?

Ja, eine ambulant erbrachte Psychotherapie im Rahmen des Richtlinienverfahrens halte ich für angemessen. Hierfür besteht jedoch der Änderungsbedarf bei der Formulierung:

1. „Begleit - , Folge- oder Residualsymptomatik“ ist nicht näher definiert. Es gibt dafür keine Kriterien, die ansonsten die Grundlage einer Diagnose bilden.
2. Da es, wie bei anderen psychiatrischen Erkrankungen wissenschaftlich qualifizierte Störungsmodelle, aber keine nachweisbare Ätiologie der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gibt, muss die psychotherapeutische Behandlung auf der Ebene psychopathologischer Syndrome und Symptome ansetzen, sowie deren intrapsychischer subjektiver Verarbeitung, deren Gelingen im Sinne des Erhalts der Integrität betroffener Patienten wesentlich auch von prämorbidem Persönlichkeitszügen und intrapsychischen Kapazitäten wie der Verfügbarkeit über Ich-Funktionen abhängt. Dies betrifft also die Kernsymptomatik der Schizophrenien, und weniger die Begleit – Folge- oder Residualsymptomatik.
3. Die Formulierung „Begleit - , Folge- oder Residualsymptomatik“ kann so ausgelegt werden, dass Menschen mit Schizophrenie keine Psychotherapie nach den Richtlinien zusteht. Dies entspricht aber nicht dem aktuellen Kenntnis- und Forschungsstand, nach welchem Psychotherapie bei Menschen mit Erkrankungen aus dem diagnostischen F2 Bereich wirksam ist. (Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie vom 11.11. 2004 und dem 30. Juni 2008; Gottdiener, WH, Haslam, N. 2002; Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W 2010; Pfammatter, M, Junghan UM, Brenner HD 2006; Wykes, Steel, Everitt und Tarrrier 2008; Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P, Kjøster A, Lindhardt A, Lajer M, Valbak K, Winther G 2012; Dümpelmann M, Jaeger U, Leichsenring F, Masuhr O, Medlin C, Spitzer C 2013). Dies widerspricht außerdem der unter anderem in der Antistigmabewegung geforderten Gleichstellung aller Kranken.
 - a) Eine spezifische Psychotherapie für schizophren Erkrankte kann somit nach den derzeitigen Richtlinien nicht beantragt werden. Die mittlerweile erprobten spezifischen Psychotherapien, die modifizierte Formen der anerkannten Richtlinienverfahren sind, behandeln vor allem die kognitiven und emotionalen Faktoren, die schizophrene Kernsymptomatik (zB Störung des Ich-Erlebens, die strukturbezogene Vulnerabilität, Wahn) entsprechend dem biopsychosozialen Paradigma. Eine solche psychotherapeutische Behandlung der Grunderkrankung (F20) schließt selbstverständlich die Behandlung der sogenannten

UA PT: Überprüfung der Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“

Residualsymptomatik und der Depression (die in der Antragsstellung am häufigsten als Indikation zur Richtlinienpsychotherapie aufgeführt sind) mit ein.

- b) Die Behandlung der Grunderkrankung zu beantragen und die Folgen mitzubehandeln erscheint uns als der korrektere Weg. Bei der aktuellen Formulierung der Richtlinien gibt es aber keine Richtlinienpsychotherapie für F20 Diagnosen. Wer diese anbietet und beantragt, wird dies unter den affektiven Diagnoseschlüsseln tun müssen, wenn er nicht auf einen Gutachter trifft, der erkennen kann, dass die beantragte Psychotherapie erfolgsversprechend ist und sich demzufolge über die Richtlinien hinwegsetzt. Erhebungen der Diagnosen bewilligter Richtlinienpsychotherapien kommen zu dem Ergebnis, dass die F20 Diagnosen unter 1 % aller Richtlinienpsychotherapien ausmachen (Untersuchungen der KV Nord, Wittmann et al 2011). Das entspricht in keiner Weise dem Bedarf und (hoffentlich) auch nicht der Versorgungsrealität (Berliner Kammerstudie 2005). Zur korrekten Abbildung von stattfindenden Therapien und um auch Forschung dieser modifizierten Therapien multizentrisch etablieren zu können, wird eine Psychotherapieindikation für F20 Diagnosen benötigt.

2. Wenn Ja, würden Änderungen aus Ihrer Sicht eine Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten bewirken?
Bitte geben Sie eine möglichst genaue Beschreibung der Patientinnen und Patienten (Diagnose/n und Differenzialdiagnose/n gemäß ICD-10, Art/Schweregrad der Symptome, Krankheitsphase, Komorbiditäten usw.), die eine ambulante Psychotherapie zur Erkennung, Heilung, Linderung und/oder zur Verhütung von Verschlimmerung ihrer psychotischen Erkrankung benötigen, diese aber wegen der derzeitigen Indikationsfestlegung in der Psychotherapie-Richtlinie nicht erhalten. Um wie viele Patientinnen und Patienten handelt es sich dabei schätzungsweise? Welche konkreten Änderungen wären hinsichtlich der Indikation für ambulante Psychotherapie in der Psychotherapie-Richtlinie für Patientinnen und Patienten mit psychotischen Erkrankungen aufgrund welcher Forschungsergebnisse und/oder evidenzbasierten Leitlinien geboten?

Patienten mit Psychosen werden zu häufig nach einer u.U. intensiven stationären vorwiegend psychopharmakologischen Behandlung direkt in den gemeindepsychiatrischen/ sozialpsychiatrischen ambulanten Bereich (therapeutische WG, betreutes Einzelwohnen, sozialpsychiatrischer Dienst etc.) überwiesen. Der Übergang von der kassenfinanzierten Behandlung zu einer nach dem Sozialgesetzbuch finanzierten Betreuung geschieht zu oft, ohne dass psychotherapeutischer Maßnahmen mit dem Ziel einer Verhinderung der Chronifizierung oder einer Abmilderung des oft schweren Leidens überhaupt erwogen werden. Die derzeitigen Psychotherapierichtlinien, die den Zugang von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung zur Psychotherapie eindeutig erschweren, unterstützen diese Tendenz, die zu einer Unterversorgung der am

UA PT: Überprüfung der Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“

schwersten Erkrankten mit Psychotherapie und damit zu einer Unausgewogenheit in der Verteilung der Ressourcen führt. Eine Änderung der PT-Richtlinien würde eine gerechtere und sinnvollere Verteilung der Ressourcen ermöglichen, wobei es sich um eine Umverteilung innerhalb des Diagnosespektrums handelt. Vermehrte Kosten werden hier aufgrund neuer Psychotherapieindikationen nicht auftreten.

Derzeit erhalten eine erhebliche Anzahl von für eine Psychotherapie geeigneten Patienten mit der Diagnose F20 keine adäquate psychotherapeutische Behandlung. Das hängt auch mit den genannten Beantragungsschwierigkeiten und gehäuften Ablehnungen eines Antrages zusammen. Es ist auch zu bemerken, dass viele der niedergelassenen Psychotherapeuten Patienten mit einer F20 Diagnose nicht in Psychotherapie nehmen.

Von einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie würden diejenigen Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis profitieren, die

1. eine prinzipielle Bereitschaft zeigen, sich auf einen Entwicklungsprozess einzulassen
2. die Fähigkeit und Bereitschaft besitzen sich von ihrer Problematik zu distanzieren
3. ein Krankheitsbewusstsein oder zumindest ein Krankheitsgefühl aufweisen und
4. über ein Funktionsniveau verfügen, das eine zuverlässige und engagierte Mitarbeit in der Therapie möglich macht.

Einschränkungen kommen auch von den Betroffenen selbst: Persönlichkeit, Belastbarkeit, Struktur, Motivation, soziale Strukturen und die Tatsache, dass viele Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis andere Hilfen/Wege bevorzugen schränken diesen Kreis der in Frage kommenden Psychotherapiepatienten erheblich ein.

Bemerkenswert ist hierbei, dass in der Metaanalyse von Gottdiener und Haslam (2002) keine wesentlichen Unterschiede in den Effektstärken der psychotherapeutischen Behandlung zwischen akuten und den sogenannten chronischen Patienten zu finden waren, was sich auch mit unseren Erfahrungen trifft.

Die folgenden Zahlen können aus diesem Grund nur eine grobe Schätzung darstellen: Die Punktprävalenz der Schizophrenie beträgt 0,25 – 0,5. Die Zahlen aus bisherigen Studien zeigen, dass nach einer Durchsicht die für eine Psychotherapie geeigneten Patienten zu ca 50% eine Behandlung ablehnen. Studien aus Finnland (Lehtinen et al 2000, Seikkula et al 2006, 2011) zeigen, dass zwischen 33% und 67% der Patienten mit einer Diagnose aus dem F20 Spektrum eine Einzelpsychotherapie wahrnahmen.

UA PT: Überprüfung der Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“

Bei der Zuführung zur Psychotherapie sind hier allerdings professionelle Teams beteiligt, die eine personelle Kontinuität über die stationär – ambulante Versorgung bieten, so dass diese Prozentzahlen in unserem zur Zeit praktizierten Gesundheitssystem sicher geringer ausfallen würden.

Aufgrund der genannten Studien und Erfahrungen gibt es keine diagnostischen Einschränkungen bei Patienten aus dem Diagnosespektrum F20. Einschränkungen bei der Wirksamkeit einer Psychotherapie liegen beim Patienten und den obengenannten allgemein für Richtlinienpsychotherapie geltenden und vom Therapeuten beurteilbaren Kriterien.

3. Welche Vorteile, welche Nachteile und welches Schadenspotenzial erwarten Sie, wenn in § 22 "Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie" der Psychotherapie-Richtlinie in Absatz 1 als Nr. 10 die Indikation "Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen" aufgenommen und zugleich die Festlegung in § 22, Abs. 2, Nr. 4 ersatzlos gestrichen würde?

Als Vorteil zu sehen wäre die Tatsache, dass Antragsverfahren für spezifische Psychosenpsychotherapie möglich wäre. Die grundlegende Erkrankung könnte dem Wissenschaftstand entsprechend angemessen therapiert werden. Es wäre eine Umverteilung der Ressourcen aus dem psychotherapeutischen Bereich von den leichter erkrankten zu den komplexer Erkrankten möglich.

Nachteile lägen darin, dass einige Psychotherapeuten eine unmodifizierte Methode für diese Patienten anwenden könnten, und damit a) dem Patienten nicht helfen, und b) Schaden anrichten, da die Annahme daraus resultieren kann, dass Psychotherapie bei dieser Patientengruppe nicht geholfen hat. An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass ein unumgänglicher Schritt die Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit der Diagnose aus dem F20 Bereich in die Inhalte der Aus- und Weiterbildung ist!

Durch das Gutachterverfahrens wäre hier möglicherweise eine Qualitätssicherung zu erreichen.

4. Sind Settingfragen in Studien aufgeführt?

Die große Mehrzahl der Studien, die die Wirksamkeit von Psychotherapie belegen, wurden im britischen und skandinavischen Gesundheitssystem durchgeführt. Hier ist die ambulante Behandlung mit wenigen Ausnahme die Regel. Insofern können die Ergebnisse gut auf die ambulante Psychotherapie im deutschen Gesundheitssystem übertragen werden.

Die Untersuchung von Gottdiener und Haslam 2002 zeigt, dass die Effektstärken der stationären wie der ambulanten PT nur geringfügig zugunsten der ambulanten ausfallen.

UA PT: Überprüfung der Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“

Ausserdem ist eine psychiatrische Mitbehandlung zu jedem Zeitpunkt möglich, bzw. Psychiater arbeiten in den Behandlungsteams mit.

Die meisten Studien gibt es zum Einzelsetting wenige zum Gruppensetting. Die skandinavischen Studien sind mit multiprofessionellen Teams durchgeführt, was einen Unterschied zu dem aktuellen Versorgungssystem bei uns ausmacht, allerdings möglicherweise einige der sich zur Zeit implementierenden Strukturveränderungen vorwegnimmt. Diese sind in der aktuellen Leitlinie für psychosoziale Therapien der DGPPN in folgenden Empfehlungen aufgeführt, alle genannten sind

Empfehlungsgrad: A und Evidenzebene: Ia

Empfehlung 5:

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend behandeln.

Empfehlung 6:

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlung 7:

Ein aufsuchender Ansatz soll v.a. dann zur Verfügung stehen, wenn Behandlungsabbrüche drohen.

Deutlich wird, was auch in den Leitlinien (S3 und NICE) aufgeführt wird, die Bedeutung des Einbezugs der Familie. Dieser Einbezug führt zu - vor allem langfristig gesehen - besseren Ergebnissen psychotherapeutischer Behandlung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen.

5. Könnte eine Psychotherapie von schizophrenen Psychosen ohne psychiatrische Begleitbehandlung erfolgen oder gibt es aus Ihrer Sicht Fälle im Indikationsbereich Psychosen, bei denen eine alleinige Psychotherapie indiziert erscheint? Welche Behandlungsalternativen bietet unser Versorgungssystem zurzeit für Patienten, die medikamentöse Behandlung ablehnen? Gibt es Studien für Psychotherapie bei nicht medizierten Patienten?

Eine Psychotherapie von schizophrenen Psychosen ohne psychiatrische Begleitbehandlung kann zB bei Patienten, die das medizinisch- psychiatrische System ablehnen, aber bereit sind, sich auf eine Psychotherapie einzulassen, indiziert sein. Hier ist die Psychotherapie auch als Bahnung des Zugangs zum psychiatrischen System zu verstehen. Die Vorstellung bei einem psychiatrischen Kollegen kann und sollte dann ein vorrangiges Ziel der Psychotherapie sein.

Die Behandlungsalternativen für Pat. die eine medikamentöse Behandlung ablehnen sind im engeren therapeutischen Sinne in unserem Versorgungssystem (noch) nicht flächendeckend vorhanden. Diese Patienten werden dann häufig kostenintensiv

UA PT: Überprüfung der Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“

betreut, ohne dass hier die ressourcensparende Brücke über die psychotherapeutische Behandlung in einen Gesamtbehandlungsplan genutzt wird. Das ist eine Folge der historischen Trennung zwischen Behandlung und Pflege in der Psychosenbehandlung, als man nach einer Behandlungsphase für die Patienten nur noch unspezifische Betreuung als möglich ansah (entsprechend dem Konzept der Prozesspsychose).

Studienlage:

Morrison et al (2012) haben eine Pilotstudie zu Menschen mit persistierender psychotischer Symptomatik bei diagnostizierter Schizophrenie veröffentlicht. Sie erbrachte eine klinisch bedeutsame Symptomreduktion um 50% des PANSS Scores 6 Monate nach Beendigung der Psychotherapie, die Patienten erhielten keine Medikamente.

Lehtinen et al (2000) haben bei Ersterkrankten in Finnland, die nach dem finnischen Modell (multiprofessionelle Behandlungsteams) behandelt wurden herausgefunden, dass die Gruppe der „minimal neuroleptics use“ verglichen mit der „normal neuroleptics use“ nach zwei Jahren das gleiche psychosoziale Funktionsniveau haben, gleichermaßen stationäre Hilfe benötigt hatten und in Arbeitsprozesse eingebunden waren. Der Unterschied beider Gruppen zeigte sich im Neuroleptikagebrauch nach Ablauf der zwei Jahre: In der „minimal neuroleptics use“ Gruppe nahmen knapp 50% keine Neuroleptika mehr ein, in der normal neuroleptics use Gruppe knapp 6%. Gleichermassen ermittelt die Metaanalyse von Gottdiener identische Effektstärken unabhängig davon ob mit oder ohne neuroleptische Medikation psychotherapeutisch behandelt wurde. Der Anteil von Patienten mit und ohne neuroleptische Medikation war gleich (50:50).

Dies kann als Hinweis darauf dienen, dass psychiatrische Behandlung nicht gleichbedeutend mit Neuroleptikagabe sein darf, wie es häufig in der Argumentation gleichgesetzt wird. Vielmehr geht es um eine enge Zusammenarbeit der Therapeuten und einen verantwortungsvollen Einsatz von antipsychotischer Medikation.

6. Gibt es Hinweise darauf, dass psychotherapeutische Interventionen dazu beitragen können, die Adhärenz mit einer medikamentösen Behandlung zu steigern?

Gibt es einschränkende (bzw. notwendige zusätzliche) Bedingungen, zum Beispiel Setting- oder Kooperationsbedingungen auf Seiten der Patienten bzw. der Therapeuten, die zu beachten wären? Wie könnten diese ggf. sichergestellt bzw. organisiert werden?

Patienten in psychotherapeutischer Behandlung nehmen ihre Medikation zumeist regelmäßig (z.B. Xia et al. 2011, Pharoah et al. 2010), können über die Probleme mit der Medikation sprechen. Psychotherapeutische Behandlung kann als

UA PT: Überprüfung der Indikation § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL „Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen“

niedrigschwelliger Zugang zum psychiatrischen /medizinischen Versorgungssystem dienen

Wichtig ist es auf jeden Fall, bei Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis den Kontakt zum psychiatrischen System und auch in den Sozialraum zu bahnen.

Im Sinne einer Anpassung der psychotherapeutischen Methoden an die Problematik von schizophrenen Patienten, die oft Zeit brauchen, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzunehmen, wäre es sinnvoll, wenn vor allem am Anfang der Behandlung eine flexiblere Stundenfrequenz möglich wäre.

Im durch psychologische Psychotherapeuten durchgeführten Richtlinienverfahren ist ein Konsil bei einem Arzt notwendig zur Beantragung einer Psychotherapie. Dies sollte genau so bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gehandhabt werden.

Zwei Modifikationen wären an dieser Stelle denkbar und zu diskutieren:

- 1) anstelle eines Hausarztes den Konsilschein von einem Psychiater ausfüllen zu lassen (was in versorgungsschwachen Regionen u.U. ein noch engeres Nadelöhr darstellen würde, als die bisherigen Richtlinien).
- 2) den Besuch des Patienten bei einem Psychiater innerhalb einer Frist einzufordern, die in den Beginn der psychotherapeutischen Behandlung fällt (innerhalb der ersten 10 Therapiesitzungen zum Beispiel), um auch die Patienten mit einzuschließen, die von solch einem Besuch erst überzeugt werden müssen.

Prinzipiell wesentlich für den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung ist eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung. Gelingt diese, ist meist das oft erhebliche Leid für den Betroffenen und sein Umfeld in einen erträglichen Alltag integrierbar und kann deutlich verbessert werden. Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sind gerade dadurch gekennzeichnet, dass oft ein Beziehungsaufbau misslingt. Das zeigen auch die großen Compliance/Adhärenz-Probleme, die bei den Früherkennungszentren beobachtet wurden. Gerade auch zur Überwindung dieser Kontaktschranke ist eine spezifische Psychotherapie erforderlich, um die massiven Beziehungsprobleme bei schizophrenen Patienten abzumildern. Eine Änderung der PT- Richtlinien würde somit eine Arbeit mit Patienten in einem Stadium ermöglichen, in denen diese noch nicht zu einer Akzeptanz des psychiatrischen Systems bereit sind. Dies würde sich auf eine bessere Adhärenz und in vielen Fällen positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken.