

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

Stellungnahme zu den Fragen für die Expertenanhörung am 4. Dezember 2013

Stefan Klingberg

Universität Tübingen, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

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?

1.1) Ist ambulant erbrachte Psychotherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie angemessen?

Die Beantwortung dieser Frage umfaßt mehrere Aspekte

1.1.1. Anwendungsszenario

Alle international publizierten hochwertigen Behandlungsleitlinien empfehlen eine mehrdimensionale Behandlung von Patienten mit psychotischen Störungen. Es handelt sich hierbei um eine der schwersten und für das Gesundheitssystem teuersten psychischen Erkrankung, die im jungen Erwachsenenalter einsetzt und starke Beeinträchtigungen in der Lebensführung nach sich zieht. Die Behandlung sollte Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie bzw. sozialpsychiatrische Hilfen umfassen. Während im deutschen Gesundheitssystem Pharmakotherapie gut verfügbar ist und das sozialpsychiatrische Hilfesystem gut ausgebaut ist, ist der Versorgungsgrad mit Psychotherapie jedoch stark eingeschränkt. Die Leitlinienempfehlung ist hier sehr weit von Umsetzung entfernt. Für solche Patienten, die nicht in Einrichtungen der Akutversorgung oder der Rehabilitation behandelt werden, die also im ambulanten Kontext prinzipiell zurecht kommen, wäre die Psychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie eine wünschenswerte Option zur Behebung dieses Versorgungsdefizits.

1.1.2. Evidenz für die Wirksamkeit von ambulanter Psychotherapie

Meta-Analysen kommen seit vielen Jahren konsistent und übereinstimmend zur Schlussfolgerung, dass Psychotherapie, insbesondere Kognitive Verhaltenstherapie, eine wirksame Behandlung für Patienten mit schizophrenen Psychosen darstellt. Wykes, Steel, Everitt und Tarrrier (2008) nennen auf der Basis von 33 Studien eine globale Effektstärke von .40 (Konfidenzintervall .25–.55) und signifikante Symptomreduktion für Positivsymptomatik (32 Studien), Negativsymptomatik (23 Studien), soziales Funktionsniveau (15 Studien) und Stimmung (13 Studien) mit Effektstärken zwischen .35 und .44. Dieses Forschungsfeld steht damit in keiner Weise mehr am Anfang, sondern weist belastbare Ergebnisse auf. Aufgrund dessen verzichte ich hier auch auf die Darstellung von Einzelstudien, sondern beschränke mich hier auf die Nennung der Empfehlungen der britischen NICE-Guideline (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Diese Leitlinie gilt in Europa als die derzeit methodisch am besten ausgearbeitete Leitlinie. In Bezug auf die KVT werden folgende Empfehlungen gegeben:

- „Offer cognitive behavioural therapy (CBT) to all people with schizophrenia. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.“
- „Offer CBT to assist in promoting recovery in people with persisting positive and negative symptoms and for people in remission.“
- „CBT should be delivered on a one-to-one basis over at least 16 planned sessions“

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

- „Both the consistency with which CBT was shown to be effective across multiple critical outcomes and the potential net cost-savings to the NHS support the previous recommendations regarding the provision of CBT to people with schizophrenia.“
- „The systematic review of economic evidence showed that provision of CBT to people with schizophrenia in the UK improved clinical outcomes at no additional cost.“

Eine Randbemerkung: die NICE-Guideline empfiehlt zusätzlich auch die Durchführung einer spezifischen Form der Familienintervention, da die rückfallverhütende Wirkung und weitere Effekte nachgewiesen worden sind. Da Familienintervention jedoch nicht unter den Begriff der Psychotherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie fallen, wurde dieser Aspekt hier nicht weiter ausgeführt. Jedoch hat dies zur Folge, dass im Indikationsbereich von ICD10 F2 ein nachgewiesen wirksames Verfahren auch künftig nicht zur Verfügung gestellt werden kann, was angesichts der Schwere der Erkrankung außerordentlich bedauernswert ist. Die S3-Leitlinie der DGPPN

(Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2006), die derzeit in Revision und damit formell ungültig ist, kam zu ähnlichen Schlussfolgerungen

Die Empfehlungen der NICE-Guideline sowie der S3-Leitlinie der DGPPN beziehen sich auf die schizophrenen Störungen insgesamt und sind innerhalb dieser Kategorie nicht weiter eingegrenzt. Daraus resultiert die Überlegung, die Psychotherapie-Indikation bei der Diagnosegruppe ICD 10 F2 "Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen" als gegeben anzusehen.

1.1.3. Übertragung dieser Evidenz auf die Strukturen der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland

Die weit überwiegende Zahl der Wirksamkeitsstudien wurde in Großbritannien durchgeführt. Psychotherapie wird hier ganz überwiegend im ambulanten Rahmen durch psychotherapeutisch tätige Psychologen und in seltenen Fällen durch Ärzte durchgeführt. Insofern ist dies gut auf Psychotherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie übertragbar.

1.2. Zum Änderungsbedarf

1.2.1. Krankheitsmodell der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie

Aufgrund eines modernen Verständnisses psychischer Erkrankungen erschließt sich nicht, warum die Schizophrenie in der Psychotherapie-Richtlinie in die Sonderfälle des Absatz 2 des §22 gerückt sind. Der Bestimmung des §22 („wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet“, Psychotherapie-Richtlinie §22 Abs 2) scheint die veraltete Trennung von „endogenen/organischen“ und „psychogenen/neurotischen“ Störungen zugrunde zu liegen, mit der Implikation, dass nur bei „psychogenen“ Störungen Psychotherapie ohne weitere Erläuterung Anwendung finden sollte. Die psychotischen Störungen scheinen als „endogen/organisch“ eingeordnet worden zu sein und werden damit in der Regel nicht als geeignet für psychotherapeutische Intervention angesehen.

Demgegenüber wird heute bei allen psychischen Störungen hinsichtlich der Ätiologie davon ausgegangen, dass biologische, psychologische und soziale Faktoren zusammenwirken. Dies gilt auch für die Schizophrenie (van Os & Kapur, 2009), wo eine umfangreiche Literatur zeigt, dass auch psychische Faktoren eine Rolle im Krankheitsgeschehen spielen. Die psychologische Theoriebildung hat hier erhebliche Fortschritte aufzuweisen (Garety, Bebbington, Fowler, Freeman, & Kuipers, 2007). Zu nennen sind neben Streßbewältigungskompetenzen insbesondere Fehlattributionsprozesse, Verzerrungen des schlussfolgernden Denkens, Mentalisierungsdefizite, Defizite der sozialen Kompetenz,

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

kognitive Funktionseinschränkungen. Dies kann bei Bedarf gern weiter ausgeführt werden, gehört ansonsten jedoch nicht in den Kern der Beantwortung der gestellten Frage. Jedoch muss hier darauf hingewiesen werden, dass Psychotherapie bei Schizophrenien alle Kriterien erfüllt, die die Psychotherapie-Richtlinie im allgemeinen Teil an psychotherapeutische Verfahren stellt.

Es wird zweifelsfrei eine psychische Erkrankung behandelt (im Sinne von §1 Abs. 1., Psychotherapie-Richtlinie). Die Behandlung dient dazu, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (im Sinne von §1 Abs. 2, Psychotherapie-Richtlinie). Es handelt sich um Behandlung, bei der das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfasst ist (im Sinne von §3 Abs. 1., Psychotherapie-Richtlinie). Es werden methodisch definierte Interventionen angewendet, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen (im Sinne von §4 Abs. 1, Psychotherapie-Richtlinie).

Aktuelle Konzeptionen der Schizophrenie und anderer psychotischer Störungen weisen ein dimensionales Verständnis auf. Positivsymptome, Negativsymptome, kognitive Funktionsbeeinträchtigung und affektive Beeinträchtigung sind die relevanten Symptombereiche, in denen – mit unterschiedlichen Schwerpunkten – regelhaft Auffälligkeiten bestehen.

Vor dem Hintergrund einer solchen Konzeption auf dem aktuellen Stand der Forschung ist die Formulierung „Begleit-, Folge- und Residualsymptomatik“ unpräzise und mißverständlich. Es gibt m.E. keine in der Lehrbuch- oder Leitlinienliteratur einheitliche oder gar konsenterte Definition dieser Begriffe, erst recht nicht sind diese Begriffe in der ICD 10 operationalisiert.

1.2.2. Der Begriff Begleitsymptomatik

Hier wäre zunächst an komorbide Störungen mit den entsprechenden Symptomen zu denken, wie etwa Zwangsstörungen, Angststörungen, Belastungsstörungen, Substanzabhängigkeiten. Im Falle von Komorbidität und Erfüllung der nach ICD 10 geforderten Kriterien wäre das Vorliegen einer Störung im Sinne des §22 Abs. 1 für sich schon hinreichend für die Psychotherapieindikation, jedoch unter Aussparung der Behandlung der Psychose.

So wäre derzeit denkbar, dass im Falle einer Schizoaffektiven Störung (ICD 10 F25) ein Psychotherapie-Antrag erfolgreich entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie für den Aspekt der Affektiven Störung (deren Kriterien ja hier voll erfüllt sein müssen) gestellt wird, die psychotische Seite der Störung demgegenüber in den Hintergrund gerückt wird und damit in unangemessener Weise nicht in die Behandlung einbezogen wird.

Da jedoch depressive Symptome häufig in der Prodromalphase oder späteren Phasen psychotischer Störungen auftreten, sind sie dem Kern psychotischer Erkrankungen zuzuordnen. In diesem dimensionalen Verständnis, das in DSM-5 und ICD11 vorgesehen ist, ist der Begriff der Begleitsymptome nicht mehr unmißverständlich.

1.2.3. Der Begriff Folgesymptomatik

Hier besteht die Problematik, bei einem bestimmten Symptom zu argumentieren, dass es als Folge der Psychose aufgetreten ist. Dies dürfte in vielen Fällen erhebliche Schwierigkeiten bereiten und zu willkürlichen Einschätzungen führen. Die postschizophrene Depression nach ICD 10 F20.4 erfüllt definitionsgemäß die Kriterien für eine depressive Episode und ist insofern bereits im Rahmen des §22 Abs.1 abgedeckt.

1.2.4. Der Begriff Residualsymptomatik

In einem modernen dimensionalen Verständnis der Symptomatik schwimmt auch der Begriff der Residualsymptomatik. Das „schizophrene Residuum“ nach ICD 10 F20.5 hebt auf

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

die primäre Negativsymptomatik in einer spezifischen Symptomkonstellation im Sinne eine „Defizitsyndroms“ ab, das nicht bei allen Patienten mit anhaltenden Positiv- und Negativsymptomen zu diagnostizieren ist. Sollte der Begriff über die in F20.5 genannte Operationalisierung hinaus Verwendung finden, so besteht eine erhebliche begriffliche Unschärfe.

1.2.5. Unberücksichtigte Indikationskriterien in der bisherigen Psychotherapie-Richtlinie Neben diesen Problemen bei der Verwendung der unter 1.2.2.-1.2.4. genannten Begriffe kommt hinzu, dass zentrale Symptombereiche der Psychosen nicht subsummiert werden können und damit nicht zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, obwohl hier wirksame Psychotherapieverfahren vorliegen. Dies gilt für

- Persistierende Positivsymptomatik als Kernsymptom der Schizophrenie
- Persistierende Negativsymptomatik (ebenfalls ein Kernsymptom der Schizophrenie), sofern diese die Kriterien für ein schizophrenes Residuum nach ICD 10 nicht erfüllt
- Das erhöhte Rückfallrisiko in der postakuten Behandlungsphase
- Defizite der sozialen Kompetenz
- Defizite der kognitiven Funktionsfähigkeit

Insgesamt komme ich zu der Auffassung, dass die Bestimmung des §22 Abs 2, Punkt 4 zusammen mit dem im Hintergrund stehenden veralteten Konzept einer Dichotomie von „organisch/endogen“ und „psychogen/neurotisch“ nicht mehr zeitgemäß ist, die relevanten Indikationen für die Psychotherapie bei psychotischen Störungen nicht zureichend abdeckt und für eine unmißverständliche Kommunikation im Rahmen der Psychotherapie-Antragstellung nicht mehr geeignet ist.

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?

2.1. Würden Änderungen zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen?
Mir sind eine Reihe von Fällen bekannt, in denen auf der Basis der derzeit gültigen Psychotherapie-Richtlinie Anträge zur psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie abgelehnt wurden, obwohl deren Behandlung als eindeutig durch evidenzbasierte Behandlungsleitlinien gedeckt anzusehen war. Darüber hinaus sehen viele Kollegen bereits von einer Antragstellung ab, da sie Schwierigkeiten bei der Genehmigung des Antrags antizipieren und sich daher auf leichter Erkrankte mit unproblematischer Behandlungsindikation fokussieren. So trägt die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie zum Versorgungsdefizit gerade der schwer psychisch Kranken bei.

Es gibt inzwischen eine Vielzahl gerade jüngerer psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten, die im Rahmen des Psychiatriejahrs oder einer weitergehenden Beschäftigung an psychiatrischen Kliniken diese Patientengruppe eingehend

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

kennengelernt haben und nach der Niederlassung an der psychotherapeutischen Arbeit mit schwer kranken Patienten interessiert sind. Die Psychotherapie-Richtlinie sollte dies dringend ermöglichen.

2.2. Beschreibung der Diagnosegruppen

Die bereits zitierten evidenzbasierten Behandlungsleitlinien beziehen sich auf die Schizophrenie (F2 mit allen Untergruppen), also auch auf schizoaffektive Störungen (F25), wahnhaftige Störungen (F22), schizotype Störung (F21).

Ansonsten ist die Klassifikation der schizophrenen Störungen im Umbruch. DSM-5 verzichtet bereits auf die altbekannten Subtypen (z.B. paranoide, desorganisierte oder katatone Schizophrenie), ICD11 wird sich dem voraussichtlich anschließen. Allein von daher schon ist eine Eingrenzung auf eine dieser Gruppen nicht ratsam. Demgegenüber kann festgehalten werden, dass insbesondere in Bezug auf die Positivsymptomatik und die Rückfallverhütung, mit Einschränkungen auch in Bezug auf die Negativsymptomatik eine Behandlungsindikation regelhaft besteht. Diese Indikation ist unabhängig von der Symptomschwere und der Krankheitsphase. Wirksamkeitshinweise finden sich sowohl bei Ersterkrankungen, bei rezidivierenden Störungen als auch bei chronifizierten Verläufen.

2.3. Geschätzte Anzahl der Patienten

Bei einer Lebenszeitprävalenz von 0,5-1% sind in Deutschland 400000-800000 Menschen an einer Schizophrenie erkrankt. Systematische Analysen über den Studieneinschluss in anspruchsvollen multizentrischen klinischen Studien geben Auskunft über den Anteil der Patienten, für die Psychotherapie eine sinnvolle Behandlungsoption ist. Bei ca. 30% bestehen Ausschlussgründe (u.a. primär behandlungsbedürftige Suchterkrankung, neurologische Erkrankungen, Probleme mit der deutschen Sprache, stationärer Behandlungsbedarf, Bedarf einer Rehabilitationsmaßnahme). Darüber hinaus lehnen zwischen 30% und 60% die Durchführung einer Psychotherapie ab. (Klingberg et al., 2011).

Diese Größenordnungen entstammen jedoch einem Versorgungssystem, in dem Psychotherapie die große Ausnahme darstellt, wenig verfügbar und daher auch unzureichend durchgeführt wird. Auch im Fall einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie würde sich dies nicht schnell ändern, sondern nur als Ergebnis eines langen Prozesses des Bekanntwerdens der Indikation und des langsam wachsenden Anbieter-Interesses.

Wesentlich stärker dürfte sich die Limitierung durch die eine Behandlung anbietenden Psychotherapeuten ausfallen. Sehr oft sind – gerade durch die hohe Auslastung der Praxen – gerade für schwerer Kranke Patienten keine Behandlungsplätze zu erhalten.

2.3. Vorschlag für eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie

Die Empfehlungen der NICE-Guideline sowie der S3-Leitlinie der DGPPN beziehen sich auf die schizophrenen Störungen insgesamt und sind innerhalb dieser Kategorie nicht weiter eingegrenzt. Daraus resultiert der Vorschlag, die Psychotherapie-Indikation bei der Diagnosegruppe ICD 10 F2 "Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen" als gegeben anzusehen und dies als Nr. 10 in §22, Absatz 1 aufzunehmen unter Streichung der Nr. 4, Abs.2 §22.

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?

3.1. Vorteile

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

Mit der vorgeschlagenen Änderung würde die Psychotherapie-Richtlinie eine evidenzbasierte leitliniengerechte Behandlung ermöglichen, einem zeitgemäßen Störungsbegriff folgen und eine als stigmatisierend empfundene Benachteiligung dieser Patientengruppe beenden. Psychotherapeuten, die Psychosepatienten behandeln möchten, hätten im Antragsverfahren erheblich mehr Transparenz und Klarheit. Insbesondere diejenigen Kollegen, die aufgrund ihrer beruflichen Vorerfahrung in Psychiatriejahr und Klinik-Arbeit vertiefte Kompetenz haben, würden mit großer Wahrscheinlichkeit zunehmend auch solche Patienten behandeln.

3.2 Zur Frage des Schadenspotentials

Psychotherapie-Studien zeigen, dass Schaden durch die Therapie nicht zu erwarten ist. Dies ist wiederum vor allem in Studien zur KVT gezeigt worden, wo Suizidraten, Rückfallraten unter der Therapie und sonstige gravierende Verschlechterungen analysiert wurden (Klingberg et al., 2012). Im Gegenteil finden sich Hinweise für reduzierte Suizidraten (Bateman, Hansen, Turkington, & Kingdon, 2007).

3.3 Nachteile

Nachteile im Vergleich mit der jetzigen Situation sind m.E. nicht zu erwarten.

4. Sind Settingfragen in Studien aufgeführt?

Die große Mehrzahl der Studien, die die Wirksamkeit von Psychotherapie belegen, wurde im britischen Gesundheitssystem durchgeführt. Hier ist die ambulante Behandlung mit wenigen Ausnahmen die Regel. Insofern können die Ergebnisse gut auf die ambulante Psychotherapie im deutschen Gesundheitssystem angewendet werden.

Mit nur einzelnen Ausnahmen handelt es sich zudem um Einzeltherapie, die größere Effektstärken aufweist als Gruppentherapien.

Die Einbeziehung der Familie in die Behandlung ist zudem konsistent hilfreich.

Die Therapeuten in den erfolgreichen Psychotherapiestudien waren zum weit überwiegenden Teil Psychologische Psychotherapeuten.

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?

5.1. Das Ziel: mehrdimensionale leitliniengerechte Behandlung

Entsprechend den evidenzbasierten Behandlungsleitlinien ist zu jeder Behandlungsphase die Integration von Pharmakotherapie, Psychotherapie und sozialpsychiatrischer Unterstützung grundsätzlich empfehlenswert (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2006; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Alle fachkundig an der Behandlung Beteiligten sind sich darüber einig.

5.2 Zugangswege von Psychose-Patienten zur Psychotherapie

Die Berliner Kammerstudie zur psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Psychosen hat gezeigt, dass die bisher wenigen Patienten in psychotherapeutischer Behandlung zur Hälfte aus der psychiatrischen Versorgung (Krankenhaus oder niedergelassener Psychiater) überwiesen wurden (Görgen & Engler, 2005). Solche Kooperations-Netzwerke aus sowohl stationär als auch ambulant tätigen Psychiatern und Psychotherapeuten wären daher ein wünschenswertes Modell der Umsetzung

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

einer langfristig orientierten mehrdimensionalen Behandlung. Die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie könnte hier dazu beitragen, dass der psychotherapeutische Teil der leitliniengerechten Behandlung realisiert werden kann. Es wäre wünschenswert, dass hier möglichst geringe Hürden für die Aufnahme der Psychotherapie von den Betroffenen zu bewältigen wären, da sie durch die Symptomatik ohnehin in ihrer Initiative eingeschränkt sind. So sollte z.B. im Anschluss an eine stationär psychiatrische Behandlung keine weitere medizinische Untersuchung gefordert werden, sondern direkt auf den Beginn der Psychotherapie hingewirkt werden können.

Eine andere große Gruppe von Patienten suchte jedoch direkt den Weg zum Psychotherapeuten. Es liegen hier keine Angaben über die Beweggründe der Patienten vor. Hier werden individuelle Präferenzen der Patienten von großer Bedeutung sein. Bei dieser Gruppe ist auch mit Patienten zu rechnen, die den Kontakt zum Psychiater ablehnen. Es wird sich die Frage stellen, wie in diesem Fall einerseits eine leitliniengerechte Pharmakotherapie unterstützt werden kann und andererseits dem Recht der Patienten auf Wahlfreiheit ihrer Behandlung Rechnung getragen werden kann.

5.2. „Begleitbehandlung“

Im folgenden möchte ich den Begriff „Begleitbehandlung“ in Bezug auf solche Patienten problematisieren, die gezielt die psychiatrische Untersuchung und Behandlung ablehnen.

Welche Maßnahmen könnte hier sinnvoll sein?

a) konsiliarische Untersuchung beim Hausarzt ohne Einbeziehung des Facharztes: Vorteil: dies wäre insbesondere in Regionen mit geringer Facharztversorgung relevant, da Hausärzte für Patienten leichter zugänglich sind und kein Nadelöhr für die Behandlung geschaffen würde. Zudem würde dann für Psychose-Patienten die gleichen Regeln gelten wie für alle anderen psychisch Kranken.

Nachteil: die fachärztliche Kompetenz wäre nur bei entsprechender selbständiger Vorstellung des Patienten in der Behandlung repräsentiert. Da jedoch das Hinwirken auf eine leitliniengerechte mehrdimensionale Behandlung Teil moderner Psychotherapiekonzeptionen ist, erscheint mir dieser Nachteil tolerierbar.

b) eine verpflichtende konsiliarische Untersuchung beim Psychiater, in der der Patient über empfohlene Behandlungen (auch der Medikation) informiert wird, die jedoch den Patienten in seiner Therapie-Wahlfreiheit nicht weiter eingeschränkt.

Vorteil: ein Facharzt wäre in jedem Fall involviert

Nachteile: bei Patienten, die unmittelbar vorher stationär behandelt wurden, erscheint die Vorstellung nur zu Informationszwecken überflüssig.

Eine Ablehnung dieser Untersuchung durch den Patienten hätte dann vermutlich die Folge, dass keine Psychotherapie durchgeführt werden könnte. Das Ziel einer leitliniengerechten Behandlung wird damit also verfehlt.

c) eine verpflichtende konsiliarische Untersuchung beim Psychiater mit dem Prüfungsauftrag, ob der Psychiater eine Psychotherapie ggf. für kontraindiziert hält. Dies würde m.E. erfordern, die Kontraindikationen zu definieren, um einheitliche und vergleichbare Zugangsvoraussetzungen zu schaffen, die nicht von der subjektiven Präferenz des jeweiligen Psychiaters abhängen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die NICE-Guideline keine Kontraindikationen festgestellt hat, sondern für alle Patienten mit Schizophrenie Psychotherapie für indiziert hält (s.o.). Eine Prüfung der Indikation würde daher nur bei unklarer Diagnose oder bei erschwerender Komorbidität z.B. mit neurologischen Erkrankungen sinnvoll sein. In diesen Fällen werden verantwortungsvolle Psychotherapeuten jedoch auch ohne den Verpflichtungsaspekt Interesse an einer fachärztlichen Einschätzung haben.

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

d) solche fachärztlichen Untersuchungen könnten auch nach einer initialen psychotherapeutischen Behandlungsphase von z.B. 10 Sitzungen empfohlen oder gefordert werden, die dazu dient, die Behandlungsmotivation aufzubauen und unberechtigte Ängste gegenüber der psychiatrischen Versorgung abzubauen. Die Funktion dieser Untersuchung als Beratung oder Prüfung (vgl. b) und c)) wäre weiterhin zu klären

Vorteile: psychiatrische Kompetenz ist integriert, es ist in jedem Fall Behandlungszeit für die Motivationsförderung verfügbar.

Nachteil: jedes Element von Zwang wird von dieser Patientengruppe skeptisch betrachtet und führt leicht zur Ablehnung der gesamten Behandlung.

e) eine verpflichtende Durchführung von Behandlungsmaßnahmen, z.B. Medikation, als Voraussetzung für die Psychotherapie.

Falls dies überhaupt für vertretbar gehalten wird, ergäbe sich hier die Frage, wie denn die Einnahme der Medikation überprüft werden soll. Selbst mit Hilfe von sog. Spiegel-Bestimmungen nach dabei obligatorischer Blutentnahme ist dies nicht für jede Substanz mit ausreichender Sicherheit möglich.

Studien über alleinige Psychotherapie galten in den letzten 30 Jahren als ethisch nicht vertretbar, da hier den Patienten Medikation vorenthalten werden müsste, die als unverzichtbar gilt. Die erfolgreichen Psychotherapiestudien haben jedoch dazu geführt, dass die angesprochene Frage auch in Studien wieder neu gestellt wird. Morrison et al (Morrison et al., 2012) führten eine Studie mit Patienten durch, die zwar Psychotherapie, nicht aber Pharmakotherapie in Anspruch nehmen wollten. Es zeigte sich hier, dass auch ohne Medikation Effektstärken in gleicher Höhe wie bei Patienten zu beobachten waren, die die Medikation einnahmen. Dies deutet darauf hin, dass die Medikation nicht zwingend die Voraussetzung für die Wirksamkeit der Psychotherapie sein muss, auch wenn hier sicher noch viele Fragen offen sind. Jedoch ist außer der Psychotherapie keine Versorgungsalternative für Patienten in Sicht, die die Medikation ablehnen.

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?

Die Medikamenten-Adhärenz kann durch Psychoedukation verbessert werden (Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011), die in der Regel am Beginn einer Psychotherapie steht. Auch durch die Einbeziehung der Familie (Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010) kann die Medikamenten-Adhärenz gefördert werden, da auch die Einstellung der Angehörigen ein wichtiger Einflussfaktor ist. Dies entspricht auch meiner persönlichen Erfahrung, dass Psychotherapie die Kooperation des Patienten in allen Behandlungsbestandteilen erhöht.

Kooperationsbedingungen auf Seiten des Patienten wurden schon unter 5.2 diskutiert. Die Prinzipien eines niedrigschwelligen, die Behandlungsmotivation fördernden Behandlungsangebots, die Wahlfreiheit der Patienten und die Realisierung einer leitliniengerechten, umfassenden Therapie stehen dabei in einem Spannungsverhältnis.

Kooperationsbedingungen auf Seiten der Therapeuten sind m.E. durch die Psychotherapie-Richtlinie nicht wirksam herzustellen. Ich halte für sinnvoll, wenn Behandler von Patienten mit Psychosen (Psychiater und Psychotherapeuten) in einer

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

Region regelmäßigen fachlichen Austausch in Qualitätszirkeln haben und ein Teil der Fortbildung in diesem Bereich stattfindet. Einen gesonderten Qualifizierungsnachweis zu fordern halte ich für kontraproduktiv, da sich nach meiner Erfahrung vor allem solche Kollegen für die Behandlung von Psychosepatienten engagieren, die zuvor im Psychiatriejahr, in Aus- oder Weiterbildung sowie Klinikttätigkeit umfangreiche Kenntnisse in diesem Bereich angeeignet haben. Jede weitere Hürde würde abschreckend wirken und fachlich die Frage aufwerfen, warum hier und nicht auch auf anderen Gebieten Spezialkenntnisse gefordert würden.

Literaturverzeichnis

- Bateman, K., Hansen, L., Turkington, D., & Kingdon, D. (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: Results from a randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 284-290. doi: Doi 10.1521/Suli.2007.37.3.284
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde. (2006). *Behandlungsleitlinie Schizophrenie, Redaktion: Gaebel W, Falkai P.* Darmstadt: Steinkopff.
- Garety, P., Bebbington, P., Fowler, D., Freeman, D., & Kuipers, E. (2007). Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychological Medicine*, 37(10), 1377-1391. doi: 10.1017/s003329170700013x
- Görgen, W., & Engler, U. (2005). *Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin: Verlagsgr. Hüthig Jehle Rehm.*
- Klingberg, S., Herrlich, J., Wiedemann, G., Woelwer, W., Meisner, C., Engel, C., . . . Wittorf, A. (2012). Adverse Effects of Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive Remediation in Schizophrenia Results of the Treatment of Negative Symptoms Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 569-576. doi: 10.1097/NMD.0b013e31825bfa1d
- Klingberg, S., Woelwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., . . . Wiedemann, G. (2011). Negative Symptoms of Schizophrenia as Primary Target of Cognitive Behavioral Therapy: Results of the Randomized Clinical TONES Study. *Schizophrenia Bulletin*, 37, S98-S110. doi: 10.1093/schbul/sbr073
- Morrison, A. P., Hutton, P., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Brabban, A., . . . Turkington, D. (2012). Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 1049-1056. doi: 10.1017/s0033291711001899
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). National Clinical Practice Guideline Number 82.* London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(12), CD000088-CD000088.
- van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374(9690), 635-645.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 21-22. doi: 10.1093/schbul/sbq138