SCHIZOPHRENIE

Beiträge zu Forschung, Therapie und psychosozialem Management

Jahrgang 32 September 2016

Inhalt **Seite**

Kongressankündigungen……..…….....02

Neuerscheinungen Bücher……..……..……..……..03

Roland Vauth
Stigmatisierung und dysfunktionale Emotionsfokussierung in der Angehörigenarbeit ……..……..……....06

Wolfgang Wölwer, Agnes Lowe, Lena Eißler
Kognitive Remediation bei schizophrenen Erkrankungen: Stellenwert – Stand – Perspektiven.....17

Frank Röhr
Aufsuchende integrierte psychiatrische Behandlung im Kreis Steinfurt……..……....28

Thomas Aubel
Woran orientiert sich eine Pharmakotherapie im neuen Entgeldsystem?……..……..……..34

Arno Deister
Die Versorgungssituation für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen……..….40

Mitteilungsorgan der ***gfts***

Impressum

Herausgeber: Vorstand der „Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen“, *gfts e.V.*

Redaktionsteam: W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost
M. Boonen, Rheinische Landesklinik Bonn

Gestaltung: W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost

Druck: I. Plößl, Reha-Zentrum Rudolf-Sophien-Stift

Webseite: www.gfts.de

ISSN-Nr. 0938 -2720

SCHIZOPHRENIE

Inhalt Seite

Kongressankündigungen……..…….....02

Neuerscheinungen Bücher……..……..…….…….…….…..03

Roland Vauth
Stigmatisierung und dysfunktionale Emotionsfokussierung in der Angehörigenarbeit …….…….……....06

Wolfgang Wölwer, Agnes Lowe, Lena Eißler
Kognitive Remediation bei schizophrenen Erkrankungen: Stellenwert – Stand – Perspektiven.....17

Frank Röhr
Aufsuchende integrierte psychiatrische Behandlung im Kreis Steinfurt…….…...…….…....28

Thomas Aubel
Woran orientiert sich eine Pharmakotherapie im neuen Entgeldsystem?…….……..……..34

Arno Deister
Die Versorgungssituation für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen……..….40

Kongressankündigungen **September 2016 bis September 2017**

Tagungen unter: www.zbmed.de >> Kongresskalender
www.iupsys.net
ZPID Kalender

Datum	*Name der Veranstaltung*	*Tagungsort*
31.08.2016 03.09.2016	THE 46th European Association of Behavioural and Cognitive Therapies Congress (eabct2016.org)	Stockholm (S)
07.09.2016 10.09.2016	6th International Conference on Transcranial Brain Stimulation 2016 (www.conventus.de)	Göttingen (D)
13.09.2016 16.09.2016	Australian Psychological Society Annual Conference (www.2016congress.com.au/)	Melbourne (AUS)
18.09.2016 22.09.2016	50th National Conference of the German Psychological Society (www.dgps.de)	Leipzig (D)
22.09.2016 24.09.2016	16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (www.dgsf.org)	Frankfurt/Main (D)
06.10.2016 07.10.2016	gfts Jahrestagung 2016 (www.gfts.de)	München (D)
10.10.2016 12.10.2016	56. DHS Fachkonferenz SUCHT (www.dhs.de)	Erfurt (D)
20.10.2016 22.10.2016	Dreiländertagung Neuropsychologie der GNPÖ, SVNP – ASNP und GNP (www.koenigundmueller.de)	Würzburg (D)
28.10.2016	15. Sächsischer Psychotherapeutentag: Verantwortungsvolle Psychotherapie…..(www.psychosomatik-ukd.de)	Dresden (D)
17.11.2016 19.11.2016	DGPPN Kongress: Psyche – Mensch – Gesellschaft (www.dgppn.de)	Berlin (D)
23.11.2016 26.11.2016	International Congress of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents (www.aitanacongress.com/2016/en)	Barcelona (E)
22.03.2017 24.03.2017	Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (www.deutscher-psychosomatik-kongress.de)	Berlin (D)
22.03.2017 25.03.2017	XXXV. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie DGKJP(dgkjp-berlin.de)	Ulm (D)
01.04.2017 04.04.2017	5th European Congress of Psychiatry (EPA 2017) (www.epa-congress.org)	Florenz (I)
09.04.2017 21.04.2017	67. Lindauer Psychotherapiewochen; **1.Wo:Angst - Ressentiment - Hoffnung, 2.Wo:Hass - Fanatismus – Versöhnung (www.lptw.de)**	Lindau (D)
18.06.2017 22.06.2017	13th World Congress Of Biological Psychiatry (ventegg.com/wfsbp-2017)	Copenhagen (DK)
03.08.2017 06.08.2017	125th Annual Convention of the American Psychological Association (www.apa.org/convention)	Washington DC (USA)
29.08.2017 01.09.2017	The 18th edition of the European Association of Developmental Psychology (EADP) (www.ecdp2017.nl/)	Utrecht (NL)

Neuerscheinungen Psychiatrie, Psychosen, Schizophrenie, Psychotherapie, 2015 und 2016

Ethik der Psyche : normative Fragen im Umgang mit psychischer Abweichung / Günter Feuerstein ; Thomas Schramme (Hg.). - Frankfurt/ Main [u.a.] : Campus-Verl., 2015. - 519 S.

Kriterien stationärer psychiatrischer Behandlung : Leitfaden für die klinische Praxis / Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank ; Gerhard Längle ; Steffi Koch-Stoecker. - 1. Aufl. - Stuttgart : Kohlhammer, 2016. - 192 S. : graph. Darst.

Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung : Analysen, Konzepte, Erfahrungen aus dem Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP) / Wulf Rössler (Hrsg.). - 1. Aufl. - Stuttgart : Kohlhammer, 2016. - 140 S. : graph. Darst.

40 Jahre Psychiatrie-Enquete : Blick zurück nach vorn / Jürgen Armbruster ; Anja Dieterich ; Daphne Hahn ; Katharina Ratzke (Hg.). - 1. Aufl. - Bonn : Psychiatrie-Verl., 2015. - 504 S.

Psychotherapie mit Männern / Konrad Peter Grossmann. - 1. Aufl. - Heidelberg : Carl Auer-Verlag, 2016. - 188 S. - (Systemische Therapie)

Experten aus Erfahrung : Peerarbeit in der Psychiatrie / Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock und Andréa Winter (Hg.). - 1. Aufl. - Bonn : Psychiatrie-Verl., 2016. - 295 S. : Ill. und graph. Darst.

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie / Hans-Jürgen Möller ; Gerd Laux ; Arno Deister. - 6., aktualis. Aufl. - Stuttgart : Thieme, 2015. - 670 S. : zahlr. Ill. und graph. Darst. + CD-rom - (Duale Reihe)

Dorsch - Lexikon der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie / hrsg. von Franz Petermann, Gerhard Gründer, Markus Antonius Wirtz u. Janina Strohmer. - 1. Aufl. - Bern : Hogrefe, 2016. - 1047 S. : graph. Darst.

Bindung und Veränderung in der psychotherapeutischen Beziehung : Grundlagen und Anwendung / David J. Wallin. - Lichtenau : Probst, 2016. - 444 S.

Klärungsprozesse in der Klärungsorientierten Psychotherapie / Rainer Sachse. - 1. Aufl. - Göttingen : Hogrefe, 2016. - 125 S. : graph. Darst.

Die Kunst, seelisches Wachstum zu fördern : Transformationsprozesse in der Psychotherapie / Reinhard Plassmann (Hg.). Mit Beitr. von Karl Heinz Brisch .... - Orig.-Ausg. - Gießen : Psychosozial-Verl., 2014. - 306 S. : Ill. und graph. Darst. - (Therapie & Beratung)

Online-Therapie und -Beratung : ein Praxisleitfaden zur onlinebasierten Behandlung psychischer Störungen / Christine Knaevelsrud ; Birgit Wagner ; Maria Böttche. - 1. Aufl. - Göttingen : Hogrefe, 2016. - 88 S. - (Therapeutische Praxis)

Das dialogische Selbst : postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis / Frank-M. Staemmler. - Stuttgart : Schattauer, 2015. - XI, 428 S. : graph. Darst.

Ressourcenaktivierung : ein Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung / Christoph Flückiger ; Günther Wüsten. - 2., aktualis. und erw. Aufl. - Bern : Huber, 2015. - 93 S. - (Huber Klinische Praxis)

Wirkfaktoren der Achtsamkeit : wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern / Michael E. Harrer ; Halko Weiss. - Stuttgart : Schattauer, 2016. - XIV, 333 S.

Achtsamkeitsbasierte Therapie und Stressreduktion MBCT/MBSR / Petra Meibert. - München : Reinhardt, 2016. - 145 S. : graph. Darst. - (Wege der Psychotherapie)

Aufopfern ist keine Lösung : Mut zu mehr Gelassenheit für Eltern psychisch erkrankter Kinder und Erwachsener / Janine Berg-Peer. - München : Kösel, 2015. - 203 S.

Lass mich - mir fehlt nichts! : ins Gespräch kommen mit psychisch Kranken / Xavier F. Amador. - Stuttgart : Thieme, 2015. - 309 S. - (Hintergründe)

Rituale und Spiritualität in der Psychotherapie / Martin Brentrup ; Gaby Kupitz. - Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 2015. - 205 S. : Downloadmaterial

Psychotherapeutische Krisenintervention / Claudius Stein. - Tübingen : Psychotherapie-Verl., 2015. - 160 S. - (Handwerk der Psychotherapie ; 6)

Psychiatrische Notfälle : Erstdiagnostik - Erstmaßnahmen - Einweisungsrichtlinien / Marc Walter ; Undine Lang. - 1. Aufl. - München : ecomed Medizin, 2016. - 152 S. : graph. Darst.

Notfallpsychiatrie und psychotherapeutische Krisenintervention / Wolfgang Jordan ; Arndt Heinemann ; Alexandra Marx. U. Mitwirkung von George Downing. - Thieme : Stuttgart, 2016. - 165 S. : graph. Darst., Onlinezugang

Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention : Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete / Anita Riecher-Rössler (Hrsg.). - Göttingen : Hogrefe, 2004. - 362 S.

Prävention von Zwangsmaßnahmen : Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie / Martin Zinkler ; Klaus Laupichler ; Margret Osterfeld (Hg.). - 1. Aufl. - Bonn : Psychiatrie-Verl., 2016. - 254 S.

Psychotherapie und Psychopharmaka in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Psychosen / hrsg. von Rudi Merod. - Tübingen : dgvt, 2016. - 336 S. : Ill. und graph. Darst.

Schizophrenie / Jeanett Radisch, Katja Kleine-Budde, Johanna Baumgardt .... - 1. Aufl. - Stuttgart : Kohlhammer, 2015. - 168 S. : graph. Darst. - (Behandlungspfade für die ambulante Integrierte Versorgung von psychisch erkrankten Menschen)

Widerstände gegen ein psychodynamisches Verständnis der Psychosen / Stavros Mentzos ; Alois Münch (Hg.). - Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 2015. - 181 S. : Ill. - (Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie ; 31)

Partnerschaft und Psychose : wie psychisch erkrankte Menschen Partnerschaft erleben / Gerhard Jäger. - Weinheim : Beltz Juventa, 2016. - 301 S. : graph. Darst.

Psychosen : Ringen um Selbstverständlichkeit / Thomas Bock ; Andreas Heinz. - 1. Aufl. - Bonn : Psychiatrie-Verl., 2016. - 335 S. - (Anthropologische Psychiatrie ; 2)

Aktuelle psychiatrische Diagnostik : ein Leitfaden für das tägliche Arbeiten mit ICD und DSM / Markus Jäger. - Stuttgart : Thieme, 2015. - 168 S. : graph. Darst.

Therapie psychischer Erkrankungen : State of the Art 2016 / Ulrich Voderholzer ; Fritz Hohagen (Hrsg.). - 11. Aufl. - München : Urban & Fischer in Elsevier, 2016. - XXII, 542 S. : graph. Darst.

Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin : ein biopsychosoziales Modell / Josef W. Egger. - Wiesbaden : Springer Fachmedien, 2015. - 416 S. : graph. Darst. - (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung)

Mein Leben mit Psychose : der Seiltanz zwischen Dunkel und Licht / Christine Kuhn. - Berlin : Omnino-Verl., 2016. - 203 S.

Psychische Gesundheit : Begriff und Konzepte / Andreas Heinz. - 1. Aufl. - Stuttgart : Kohlhammer, 2016. - 130 S. - (Horizonte der Psychiatrie und Psychotherapie - Karl Jaspers-Bibliothek)

E-Books

Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde /AMDP (Hrsg.). – 9., überarb. und erw. Aufl. 2016

Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems / Erdmann Fähndrich ; Rolf-Dieter Stieglitz. – 4., überarb. und erw. Aufl., 2016

Basiswissen: Empowerment und Recovery / Andreas Knuf. – 5., erw. Aufl. 2016

Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare / Wolfgang Schneider ; Ralf Dohrenbusch ; Harald J. Freyberger (Hrsg.). – 2., überarb. und erw. Aufl., 2016

Begutachtung psychischer Störungen / Frank Schneider ; Helmut Frister ; Dirk Olzen. – 3., vollst. überarb. und aktualis. Aufl., 2015

Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin / Josef Bäuml ; Bernd Behrendt ; Peter Henningsen ; Gabriele Pitschel-Walz. - 2016

Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie / Frank Schneider (Hrsg.). – 2., aktualis. Aufl., 2016

Neuropsychodynamische Psychiatrie / Heinz Böker ; Peter Hartwich ; Georg Northoff (Hrsg.). – 2016

Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen / Thomas Messer ; Max Schmauß (Hrsg.). – 3. Aufl., 2016

Psychopharmakotherapie griffbereit. Medikamente, psychoaktive Genussmittel, Drogen / Jan Dreher. – 2., vollst. aktualis. und erw. Aufl., 2016

Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage / Michael Ermann. – 6., überarb. und erw. Aufl., 2016

Stigmatisierung und dysfunktionale Emotionsfokussierung in der Angehörigenarbeit [1]

Roland Vauth

Der Helfer im Fokus: Belastung und ihre Ursachen

50-90 % schwer seelisch Kranker leben unmittelbar nach der Akutbehandlung bei ihren Angehörigen (Lauber, Eichenberger, Luginbuhl, Keller, & Rossler, 2003; Schulze & Rossler, 2005). Die Belastung von Angehörigen schwer seelisch Kranker im allgemeinen und der von Schizophrenie-Kranken im Besonderen wird durch eine Reihe von Faktoren wesentlich beeinflusst (Möller-Leimkühler, 2006): Je grösser die Rollenfunktionsfähigkeit des erkrankten Familienmitgliedes in verschiedenen Lebenssegmenten, desto geringer ist die Belastung der Angehörigen. Soziale Unterstützung, die der Angehörige in seiner eigenen Peergroup erhält, ist ebenfalls ein entlastender Faktor, sowie das Gefühl dass das erkrankte Familienmitglied gute professionelle Hilfe und Betreuung erfährt. Umgekehrt fühlt er sich belastet, wenn er das Gefühl hat, dass seine Anliegen in unzureichender Weise vom professionellen Hilfesystem, zum Beispiel dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Klink, aufgegriffen werden. Gerade auch, wenn er sich von Informationen unter Rückgriff auf die Schweigepflicht ausgeschlossen oder in seiner Belastung mangelhaft unterstützt fühlt. Hier hat man zeigen können, dass innerhalb der ersten 10 Tage der Akutphasenbehandlung der Unterstützungsbedarf der Angehörigen am allergrössten ist. Schliesslich ist es für Angehörige entlastend, das Gefühl zu haben über wirksame Bewältigungsstrategien zu verfügen, um die in der Familie auftretenden erkrankungsbezogenen Probleme zu lösen.

Auf die Belastung Angehöriger haben aber auch einige Faktoren einen Einfluss, die man intuitiv nicht als relevant erachtet: Erwartet man etwa, dass die Dauer der Erkrankung oder auch die Kontaktfrequenz und Kontaktdauer unter der Woche Gewöhnungsfaktoren darstellen und damit die Belastung reduzieren sollten, so ist das Gegenteil der Fall: je länger die Erkrankung des Schizophrenie kranken Familienmitgliedes dauert und je höher die Kontaktfrequenz und je länger deren Dauer ist, desto grösser ist die Belastung für den Angehörigen. Belastungen nehmen auch deutlich zu mit tiefgreifenden Veränderungen in der Beziehung zum erkrankten Familienmitglied. Hierbei ist wichtig, dass nicht nur Halluzinationen oder wahnhafte Vorstellungen des Patienten zu verstörenden Familienbeziehungen führen, sondern insbesondere die durch Antriebsinitiative, Mangel und auch eine gewisse „Versandung“ gekennzeichnete Persönlichkeitsveränderung des schizo-

SCHIZOPHRENIE
Mitteilungsorgan der ***gfts***
Jahrgang 32 (2016)

1) Artikel auf der Basis eines Vortrages anlässlich des Jahreskongresses der gfts am 9. und 10.10.2014, Bezirksklinikum Regensburg

phreniekranken Familienmitgliedes eine schwere Belastung für die unterstützenden Partner und Eltern, respektive Kindern darstellt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist auch, dass häufig entwicklungspsychologisch, etwa bei jungen Erwachsenen, die das erste Mal an einer schizophrenen Erkrankung erkranken, die Angehörigen unerwartet in eine finanzielle und moralische Verantwortung gedrängt werden, was ebenfalls zur Belastung führt.

Folgen von Belastung Angehöriger

Seit vielen Jahrzehnten – nicht nur für schizophrene Störungen, sondern auch gefunden für bipolare Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen – ist bekannt, dass die regelmässige Überforderung der Angehörigen durch intrafamiliäre oder intrapartnerschaftliche erkrankungsbedingte Belastungen dazu führen, dass der Angehörige sogenannte *„high expressed emotion"-Interaktionsmuster* zeigt (HEE) (Kuipers, Onwumere, & Bebbington, 2010). Diese sind gekennzeichnet durch kritische Kommentare, Feindseligkeit und ein sich entmündigendes Einmischen in die Belange des erkrankten Familienmitgliedes. In der Folge dieser sog. HEE-Muster zeigen sich vermehrte familiäre Konflikte, als deren Folge ihrerseits wieder Emotionen von Hilflosigkeit, Ärger und Angst im erkrankten Familienmitglied erzeugt werden. Diese Stressquelle verdoppelt auch unter kontrollierten Bedingungen (etwa Depotapplikationen von Antipsychotika) die Rückfallrate von Menschen mit schizophrenen Störungen, was seinerseits wieder Hilflosigkeit gegenüber der Erkrankung verstärkt usw.. Auf diese Art und Weise wird der Teufelskreis fortgeschrieben. Die Belastung von Angehörigen haben vielfältige Folgen, wie etwa ein höheres Mass an Stressbelastung, ein häufiges Auftreten von *Depressionen, geringerer Lebensqualität, schlechterer körperliche Gesundheit und geringerer genereller Selbstwirksamkeit,* d.h. global erwartete Kompetenz für den Umgang mit schwierigen Lebenssituationen (Hirst, 2005; Rossler, Salize, van Os, & Riecher-Rossler, 2005).

So konnte empirisch nachgewiesen werden, dass im Angehörigen von schizophreniekranken Menschen *negative Gefühle* dominieren (Pereira & de Almeida, 1999) wie Schuld, Scham, Sorgen über auffälliges Verhalten bzw. Bewertungen des erkrankten Angehörigen (psychotische Fehlwahrnehmungen/ Urteile, Wahrnehmungsstörungen im Sinne von Halluzinationen) und Gefühle vermehrter innerer Spannung auftreten. Angehörige sind weiter aber auch belastet durch Einschränkung der persönlichen und sozialen *Lebensführung* (Provencher, 1996). Diese Belastung wird vom behandelnden Arzt, beziehungsweise der behandelnden Klinik häufig unterschätzt und führt oft sekundär zu Beeinträchtigungen nicht nur des *familiären Zusammenlebens* sondern auch der *Funktionsfähigkeit am Arbeitsplatz.* So beklagen Angehörige etwa, wenn sie dem Arbeitsplatz kurzfristig fern bleiben müssen, um sich um ihr krankes Familienmitglied zu kümmern dort wenig Verständnis für ihre innere

Not besteht und manchmal in der Folge sogar Sanktionen bis hin zur Kündigung drohen.

Was wünschen sich Angehörige in der professionellen Unterstützung und welche Interventionselemente bisher etablierter Ansätze sind hilfreich?

Angehörige wollen (Smith, Birchwood, Cochrane, & George, 1993) *informiert* sein über die Ursachen und auch die Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung auf ihrem jeweils aktuellen Stand (EUFAMI-Deklaration 2000, vgl. www.eufami.org). Für Angehörige ist aber auch die persönliche Auseinandersetzung mit den subjektiven Belastungen und dem ganz *persönlichen Stress* mit dem erkrankten Familienmitglied innerhalb ihres Beziehungssystems hoch bedeutsam. Sie wollen auch informiert werden über die *Merkmale* gestörten Verhaltens: Eine wichtige Frage ist etwa, was liegt *in der Kontrolle* des erkrankten Familienmitgliedes und was ist vielleicht auch als Krankheitsrest (Residuum) zu akzeptieren? Angehörige suchen aber auch nach praktischem *Handwerkszeug* im Umgang mit den schwerwiegenden Belastungs- und Problemsituationen und wollen unterstützt werden in der Entwicklung und Einübung von Bewältigungsstrategien für die im persönlichen Beziehungssystem wichtigen Problemsituationen. Auch wenn Angehörige versuchen, normales Freizeit-, Ferien- und Sozialleben aufrechtzuerhalten, gibt es hier häufig durch unkalkulierbare Krankheitseinbrüche Desintegration. Im Gegensatz dazu konnte gezeigt werden, dass gerade für die emotionale Stabilität von Angehörigen hochbedeutsam ist, dass sie Lebensrhythmen aufrechterhalten, die unabhängig sind von dem Gut- oder Schlechtgehen ihres erkrankten Familienmitgliedes, weil sie sonst dessen „emotionalen Achterbahnfahrt“ stets mitmachen.

Behandlungskomponenten bei Angehörigen-Interventionen im Falle einer ersten schizophrenen Erkrankung

Der Unterstützungsbedarf von Angehörigen an Schizophrenie Erkrankter ist unterschiedlich bei Angehörigen, die schon viele Male erkrankte Familienmitglieder aufweisen, von den Angehörigen von Menschen in einer ersten schizophrenen Erkrankung (Bäuml, Pitschel-Walz, Volz, Engel, & Kessling, 2007; Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010). Die Angehörigen sind - ebenso wie der Patient in diesem Fall- unerfahren im Umgang mit der Erkrankung, Behandlung und gezieltem Nutzen von Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im psychosozialen Hilfesystem. Daher kommt den normalisierenden (Parallelität von normalpsychologischem Funktionieren und psychopathologischer Störung im Rahmen der Erkrankung), edukativen Interventionen, gerade in der frühen Krankheitsphase eine entscheidende Rolle zu: Wie kann man helfen? Wie erhält man diese Hilfe?, Gibt es dazu Alternativen?, Was sind deren relative Vor- und Nachteile?, Welche Bedeutung spielen genetische Faktoren (Thema Schuld)?, Welche Rolle hat die neurobiologische

Normalisierung durch Antipsychotika in der Akutbehandlung, aber auch im Rückfallschutz? und Welche Möglichkeiten für familiäre Unterstützung bieten sich überhaupt?, Was ist eine Liste der do's and don't do's für das Verhalten in der Familie, in der Partnerschaft, usw.? Neben edukativen Interventionen spielt die Verbesserung *intrafamiliärer Problemlösung und Kommunikation* eine wichtige Rolle: Das gezielte Trainieren und Einüben von funktionalen Kommunikationsmustern, sowie auch das Einüben von Problemlösealgorithmen, die individuell und speziell zugeschnitten auf die jeweilige Paar- bzw. Familiensituation eintrainiert werden müssen, steht im Mittelpunkt. Veränderung von Einsicht in Teufelskreise und verbesserte Bewältigungsstrategien reduzieren auch wiederum die Überforderung und damit die oben skizzierten rückfallfördernden High Expressed Emotion- Interaktionsmuster.

Die meisten Interventionsansätze, entsprechend der Tradition von Falloon und Mitarbeitern (Held & Falloon, 1999) und seinen deutschen Adaptionen, etwa von Hahlweg et al 1995 (Hahlweg et al., 1990) in Braunschweig sowie die vielfältigen Manuale, die in der Arbeitsgruppe von Bäuml und Pitschel-Walz an der TU in München entwickelt wurden, zeigen einige gemeinsame *Komponenten* (Vauth, Bull, & Schneider, 2009): Es handelt sich um relativ kurze Interventionen mit 6-20 Sitzungen, im ersten Jahr nach Erkrankungsbeginn, beginnend mit ***I**nformationen* über psychotische Symptome und die Wirkungsweise neurobiologischer Normalisierung des Hirnstoffwechsels durch antipsychotische Medikation. Der Schwerpunkt aller Ansätze liegt im *Abbau von High Expressed Emotion-Mustern* innerhalb des Familiensystems und in dem Erarbeiten praktischer Lösungen für aktueller Konflikte in der Familie mit dem Ziel des Abbaus von Stress und Überforderung. Das heisst, die Intervention ist nicht nur auf die Angehörigen bezogen, sondern zielt auf eine Verbesserung der Lebensumstände aller Familienmitglieder, also auch des Patienten. Den Angehörigen als entscheidende *Ressource für den Patienten* möglichst zu *erhalten* durch Entlasten ist das Ziel. Denn gelingt dies, sind wesentlich günstigere Krankheitsverläufe mit weniger Psychopathologie, höherer beruflicher Reintegration und weniger sekundären Suchterkrankungen die Folge.

Die *Verhaltensanalyse* des Problemverhaltens in der Familie oder Partnerschaft bildet den Ausgangspunkt: Woran genau erkennt man das Problemverhalten, wenn man es wie von aussen in einem Video betrachten würde?, Welches äussere Verhalten, welche Gedanken, welche Emotionen und welche Körperempfindung begleiten es?. Eine weitere Komponente ist das *Kommunikationstraining. Problemlöse-Algorithmen* werden systematisch durch Modell und Instruktionslernen vertieft. Ein Beispiel hierfür ist der von Amador formulierte *LEAP-Algorithmus* (Amador, 2007) für den Umgang mit mangelnder Krankheitseinsicht. Auf aktives Zuhören (Listen) folgt die Empathy-Phase (Einüben von Strategien des Perspektivenwechsels), so dass der Patient

merkt, dass der Angehörige bemüht ist, sich in seine subjektive Bewertung auch einzufühlen, auch wenn diese durch psychotisches Erleben auf Fehlzuschreibungen beruht. Die dritte Phase ist die des „Agree“, das Treffen von verbindlichen Verabredungen. Man einigt sich z.B. gemeinsam daran zu arbeiten die Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder Klinikeintritte zu vermeiden. Die vierte Phase des LEAP-Algorithmus ist „Partner“ und meint so viel wie Begegnung auf Augenhöhe, durch die sich der Patient jetzt nicht dominiert oder infantilisiert fühlt, worauf er sonst i.d.R. mit Reaktanz reagiert hätte. Weiter gehört zu den Therapieelementen das Identifizieren von *frühen Warnzeichen* eines drohenden Rückfalls sowie auch dem *Festlegen von den Rollen* der jeweiligen Helfer im individuellen „Krisenteam“. Wer übernimmt aus dem Freundes- bzw. aus dem Familienkreis im Falle einer Krise des Patienten welche Funktion, wer lässt aber auch was bleiben? Aber auch *kognitive Elemente* werden in der verhaltenstherapeutischen Angehörigenarbeit eingesetzt, z.B. indem realistischere Erwartungen entwickelt werden. Hierbei handelt es sich um die Reduktion von überzogenen Erwartungen i.S.v. „Alles ist genauso wie früher, gar nichts muss revidiert werden“ bis hin zu der Sichtweise „Nichts ist mehr wie früher und gar nichts kann mehr erreicht werden, lebenslange Pflege und Unterstützung eines schwerstbehinderten Menschen sind zu erwarten“. Das letzte Element verhaltenstherapeutischer Angehörigenarbeit bezieht sich auf den Aufbau von angemessenen sozialen und berufsbezogenen Aktivitäten, sowie den Umgang mit Belastung und Stress der generell verbessert werden muss.

Wirksamkeit von Angehörigen-Interventionen bei Ersterkrankung

Hier hat man wesentlich zeigen können, dass es zu einer deutlichen Reduktion der Anzahl und Dauer von *Rückfällen* kommt und auch von stationären Wiederaufnahmen gegenüber anderen Formen von Behandlung wie etwa patientenzentrierter Therapie (Dickerson & Lehman, 2011). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass es zu einer Verbesserung von *Behandlungsbereitschaft* kommt und zu einer Verminderung der *Belastung* durch die Erkrankung, nicht nur für den Angehörigen, sondern auch indirekt für den Patienten. Dafür ist sehr entscheidend, einerseits mehr Bescheid zu wissen, auf der anderen Seite ein verbessertes Bewältigungsverhalten zu zeigen. Soziale Funktionsverbesserung findet man erwartungsgemäss nicht als Ergebnis von Angehörigen-Interventionen. Relativierend zum Stand der Evaluation muss allerdings gesagt werden, dass die besten Wirksamkeitsbelege eigentlich vorliegen für eine drei- bis zehnjährige Erkrankungsdauer und natürlich auch die Wirksamkeit dieser Art ansatzweise da ihre Grenzen findet, wo Angehörige nicht (mehr) bereit sind, mitzuarbeiten.

Formen von (Selbst-)Stigmatisierung und deren Folgen

Eine der vielen subjektiven Belastungen

von Angehörigen von Menschen mit schizophrenen Störungen besteht darin, dass sie unter Stigmatisierung leiden. Das Stigma betrifft nicht nur den Patienten selber, sondern auch deren Angehörige. Dieser Prozess wurde in der Forschung als „stigma by courtesy“ oder „associative stigma“ bezeichnet (Angermeyer, Schulze, & Dietrich, 2003). Auch die Stigmatisierung des erkrankten Familienmitgliedes kann die Familie oder die Partnerschaft indirekt belasten. Finanziell z.B. durch den Stellenverlust des Betroffenen oder auch politisch gesundheitsökonomisch durch das verminderte Bereithalten öffentlicher finanzieller Ressourcen und damit verminderter therapeutischer Angebote und Unterstützungsgeldern. So ist beispielsweise auf den Missstand im deutschen Versorgungssystem hinzuweisen, dass nicht zufällig nur 5 % aller schizophrenen Patienten (Puschner, Vauth, Jacobi, & Becker, 2006) irgendeine Form von sogenannter Richtlinientherapie aus verhaltenstherapeutischem oder psychoanalytischem Bereich erhalten, sondern auch die gegenwärtigen Fallpauschalen für schizophrene Patienten in der freien niedergelassenen Praxis in Deutschland Monatspauschalen von ca. 35 Euro für den Patienten bereithalten, so dass hiermit einer ja gar nicht mehr sachgerechten 5-Minuten Medizin Vorschub geleistet wird, und eine halbwegs würdige und unserem Kenntnisstand auch angemessene Form der Versorgung nur noch in Modellprojekten (Lambert, Karow, Leucht, Schimmelmann, & Naber, 2010) zu bewerkstelligen ist.

Die Bedeutung von Stigmatisierung Angehöriger und von (Selbst-) Stigmatisierung für den Betroffenen selbst

Psychiatrische Erkrankungen werden mehr als selbstverschuldet angesehen, als körperliche Erkrankungen, wie Herz- oder Krebserkrankungen. Wenn *Angehörige* verantwortlich gemacht werden für den Ausbruch einer seelischen Erkrankung, wird ihnen häufiger mit Ärger begegnet und dadurch sekundär *Hilfe vorenthalten.* Sie werden *sozial ausgegrenzt* und Zwangsmassnahmen gegenüber dem erkrankten Familienmitglied auch unkritisch befürwortet. Studien an grossen Populationen aus der Angehörigenselbsthilfe zeigen, dass *Schuld- und Schamgefühle* als Formen der Selbst-Stigmatisierung Angehöriger vorherrschen: 25 – 50 % der Angehörigen denken, sie sollten besser ihre Beziehung zu einem seelisch kranken Angehörigen geheim halten und glauben, dass sie sich schämen würden, wenn es bekannt würde, dass jemand in der Familie an einer psychischen Krankheit leidet. 25 % werden für die Erkrankung des Angehörigen verantwortlich gemacht. Scham und Schuldgefühle führen zu einem *sozialen Rückzug* der Angehörigen. Diese berichten über Entfremdung und Distanzierung von Freundes- und Bekanntenkreis. Die Stigmatisierung von Angehörigen ist abhängig von der Rolle des Angehörigen (Corrigan, Watson, & Miller, 2006).

(Selbst-)Stigmatisierung Angehöriger überträgt sich umgekehrt aber auch auf den Betroffenen und hat *Auswirkungen auf Verhalten und Selbstkonzept der Be-*

troffenen selbst. Auch der Patient selber entwickelt Scham, zieht sich zurück und verbirgt diesen Anteil seines Lebens und seiner Person (Kleim, Ehlers, & Glucksman, 2007; Vauth, Kleim, Wirtz, & Corrigan, 2007). So konnte unsere Arbeitsgruppe an einer grossen Gruppe von schizophrenen Patienten zeigen, dass die tatsächlich erfahrene, aber auch die nur erwartete Diskriminierung der Patienten in wesentlicher Weise die Bewältigungsmuster bei Angst vor wiederholter Stigmatisierung voraussagen.
Aber auch die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten, d.h. die Erwartung mit potentieller Diskriminierung umgehen können, hat einen Einfluss auf das Erleben von Diskriminierung und Empowerment (das Gefühl, subjektiv die Zügel in der Hand zu tragen), stark erhöht. Ist das Empowerment umgekehrt gering, dann nimmt nicht nur die Lebensqualität ab, sondern es treten auch depressive Befindlichkeitsstörungen auf.
Die Auswirkungen auf den Erkrankungsverlauf sind erheblich. Wenn Menschen wegen eigener psychischer Störungen und Scham Selbstvorwürfe entwickeln, entsteht Krankheitsakzeptanz oft erst sehr viel später im Krankheitsverlauf, lassen sich die Betroffenen weniger auf die Behandlung ein und brechen die Behandlung häufig zu früh ab, um somit nach aussen hin gar nicht mehr als psychisch krank zu gelten, auch sich selbst gegenüber: „Ich brauche keine Medikamente mehr. Ich brauche keinen Psychiater oder Psychotherapeuten. Und das zeigt mir und euch allen, dass ich ganz gesund bin“. 73,4 % einer Stichprobe von ca. 180 weitgehend symptomfreien ambulanten Patienten mit schizophrenen Störungen haben Ängste wegen ihrer Erkrankung stigmatisiert zu sein (Vauth et al 2007 Psychiatry Research 150, 71-80).

Das Basler FIT-Programm (Fragen, Impulse, Training): Stigma- und Emotionsfokusierte Angehörigenarbeit (Vauth et al., 2009)

Es ist evident, dass das Wissen alleine unzureichend ist, um kompetentes und selbstwirksamkeitsförderndes, problemlösendes Handeln beim Angehörigen von Menschen mit schizophrenen Störungen auszulösen. Die zumeist strenger verhaltenstherapeutisch orientierten Angehörigen-Programme setzen sehr stark auf Fertigkeitsaufbau und Problemlösekompetenz, was natürlich auch Effekte aufweist. Dennoch gibt es immer wieder dysfunktionale emotionale Verarbeitungen der Belastung bei Angehörigen, die den Einsatz gelernter und beherrschter Handlungskompetenz sowie strategischer Kompetenz behindern. Hierbei können Ängste, Schuldgefühle, Entmutigungserfahrungen, Ärger oder Scham beteiligt sein. Das im Hogrefe-Verlag manualisierte Programm zur Emotions- und Stigmafokusierten Angehörigenarbeit (Vauth et al., 2009) bietet hierzu einen spezifischen, über bisherige Behandlungsprogramme hinausgehenden Ansatz, der im Folgenden kurz exemplarisch dargestellt wird.

Formaler Sitzungsaufbau:

Zunächst mal folgt, nachdem sich Teilnehmer und Therapeuten kennengelernt

haben, eine Art ritualisierte, drehbuchartige Ablaufstruktur jeder der insgesamt 10-12 Sitzungen, die zumeist über zumindest drei Monate mit wöchentlicher Doppelstunde durchgeführt werden, aber sich grundsätzlich auch für sogenannte Wochenend-Angehörigenseminare eignen.

Der erste Schritt ist eine sogenannte *Provokationsphase*, in der Angehörige mit gängigen Vorurteilen in der Allgemeinbevölkerung über schizophrene Erkrankung oder mit provozierenden Aussagen anderer Angehöriger zum jeweiligen Thema konfrontiert werden. Hierdurch sollen emotionalisierte Erfahrungen auch im therapeutischen Kontext der Gruppe erfahren und geäussert werden und ermöglichen auf diese Art und Weise ein alltagsnäheres und auch emotionszentrierteres Arbeiten mit den Angehörigen. In der zweiten Phase erfolgt eine *Gruppendiskussion über die persönliche Betroffenheit* der Teilnehmer: „Für wen trifft was zu? Was spricht wofür?“. Ziel ist es dabei einerseits indirekt den Informationsstand und andererseits mögliche Hintergrundemotionen wie Ängste oder Schamgefühle zu identifizieren. Erst an dritter Stelle erfolgt dann eine -insofern nicht mehr „top down“ gestaltete, sondern auf kognitive Umstrukturierung im funktionellen Sinne normalisierend und edukativ ausgerichtete- *Informationspräsentation*. Diese zielt im Wesentlichen darauf, mit unrealistischen, stigmatisierenden Vorstellungen aufzuräumen und soll z.B. ungerechtfertigte Ängste reduzieren. In der vierten Phase wird der *Unterschied* zwischen vorgefasster Meinung und Ausgangszustand vor und nach der Informationsvermittlung miteinander *evaluiert*: Wie sehen die Gruppenteilnehmer nach der Vermittlung der edukativen Information nun bestimmte Problemsachverhalte anders, welche Einstellungen bleiben auch gleich? Dann werden die Folgen dieser veränderten Einstellungen für verändertes Handeln und Problemlösen der Angehörigen reflektiert und ausgearbeitet. Als fünfter Schritt erfolgt die Vorbereitung eines veränderten *Handlungsplanes*, d.h. anders als oberflächliches Tippgeben, wird durch das Vorgehen erreicht, dass sehr handlungsnah eine Art Drehbuch erarbeitet wird für prototypische Situationen im familiären oder partnerschaftlichen Umfeld, die aber hoch individualisiert und zugeschnitten sein sollen, auf die Belange des jeweiligen Paares oder der jeweiligen Familie. Dabei erfolgt die Analyse von *Hemmnissen* bei der Umsetzung des optimalen Handlungsplanes, d.h. in Vorbereitung zu der Umsetzung fokussieren die Angehörigen potentiell behindernde Emotionen z.B. aus Angst oder Scham konstruktive Verhaltensweisen zu unterlassen oder auch die Rolle von Fertigkeitsdefiziten, z.B. nicht gelernt haben, Grenzen zu setzen. Zu Beginn der Folgesitzung erfolgt eine *Rekapitulation der vorangehenden Doppelstunde* bezüglich des jeweils persönlich Gelernten und des jeweils veränderten Drehbuches, das es im Zwischensitzungsintervall auszuprobieren gilt.

Emotionsfokussierte Interventionen und Fertigkeitsaufbau erfolgen dann im Rollenspiel zum Training von Basisfertigkei-

ten, wobei einerseits Rollenwechsel, aber auch Coaching- oder Modelllern-Prozesse in der Gruppe initiiert werden. Die Gruppe ist dabei auch eine Erleichterung (Facilitating) und reduziert emotions- und stigmabedingte Handlungsblockaden (permission giving). Die emotionale Unterstützung durch die Gruppe und den Gruppenleiter, sowohl in der Problemformulierung, als auch in der systematischen Erarbeitung von Alternativen und konstruktiveren Drehbüchern und Entwicklung von Kompetenz im Umgang mit den Schwierigkeiten der Umsetzung sind zentral (siehe Tabelle 1).

Fazit

Angehörige sind eine kostbare Ressource des Patienten. Menschen mit einer schizophrenen Störung mit funktionsfähigen Partnern oder Familiensystemen im Vergleich zu denen die dies nicht haben, erkranken nur halb so häufig an Suchterkrankungen, sind doppelt so häufig beruflich integriert und haben zweimal so häufig einen günstigeren symptomatologischen Erkrankungsverlauf. Die Ressource „Angehörige“ muss man daher sparsam beanspruchen und auch durch Entlastung unterstützen, um nicht nur die destruktiven Folgen für den Angehörigen selber, sondern auch für den Patienten selbst zu reduzieren. (Selbst-) Stigmatisierung und dysfunktionale Emotionen sind wichtige Foci der verhaltenstherapeutischen, Stigma-fokussierten und Emotions-zentrierten Angehörigenarbeit, die neben dem bewährten Aufbau von Wissen, Skills und Problemlösekompe-

Durchführung

- Programm über 8-10 wöchentliche doppelstunden, mit jeweils 2 Terminen zu einem Thema
- Halboffene Gruppe: Einstiegsmöglichkeit zu Beginn jeden neuen Themas
- Veranstaltungen finden in der Zweigstelle PUP-M, Mittlere Str. 83, statt

Inhalte

- Einführungsabend: Programmübersicht und kennenlernen der Teilnehmer untereinander und der Therapeuten
- Die Schande: **Umgang mit Scham und Stigmatisierung** (Basis-Modul)
- Abgrenzen im Alltag: **Umgang mit Schuldgefühlen** (Wahl-Modul)
- Was ist wenn Stimmen und wahnhafte Ängste bleiben? ***Hilflosigkeit und Unsicherheit*** (Wahl-Modul)
- Die Zukunft: Zwischen ***Hoffnung und Resignation*** (Basis-Modul)
- Rückfall und Krise: ***Angst*** vor dem nächsten Mal (Basis-Modul)
- (Tägliche) ***Ärgernisse***: mangelnde Kooperation, Sucht (Wahl-Modul)

Tabelle 1: *Programmübersicht der Stigma- und Emotionsfokussierten Angehörigenarbeit (Vauth et al., 2009)*

tenz für den Alltagstransfer der in verhaltenstherapeutischen Angehörigengruppen Gelernten entscheidend ist. Nicht nur unsere Patienten, sondern auch deren Angehörige warten auf entsprechende Hilfeangebote, die nach einer Umfrage von Rommel-Kluge (Rummel-Kluge & Kissling, 2008) während des stationären Verlaufs lediglich 11 % aller Angehörigen erfahren. Hierin sollten wir besser werden.

Literatur

Amador, X. (2007). *I'm not sick, I don't need help.*: New York: Visa Press.

Angermeyer, M. C., Schulze, B., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma--a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 38*(10), 593-602.

Bäuml, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R., & Kessling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J.Clin.Psychiatry, 68*(6), 854-861. Retrieved from PM:17592908.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *J Fam Psychol, 20*(2), 239-246. doi:2006-07278-007 [pii].

Dickerson, F. B., & Lehman, A. F. (2011). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: 2011 update. *J Nerv Ment Dis, 199*(8), 520-526.

Hahlweg, K., Hemmati-Weber, M., Heusser, A., Lober, H., Winkler, H., Muller, U., . . . Dose, M. (1990). Process analysis in behavioral family therapy. *Behavior Modification, 14*(4), 441-456.

Held, T., & Falloon, I. R. (1999). Family therapy of schizophrenia. *Keio J Med., 48* (3), 151-154.

Hirst, M. (2005). Carer distress: a prospective, population-based study. *Social Science & Medicine, 61*, 697-708.

Kleim, B., Ehlers, A., & Glucksman, E. (2007). Early predictors of chronic post-traumatic stress disorder in assault survivors. *Psychological medicine, 37*(10), 1457-1467.

Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *Br J Psychiatry, 196*(4), 259-265.

Lambert, M., Karow, A., Leucht, S., Schimmelmann, B. G., & Naber, D. (2010). Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later. *Dialogues Clin Neurosci, 12*(3), 393-407.

Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbuhl, P., Keller, C., & Rossler, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur.Psychiatry, 18*(6), 285-289.

Möller-Leimkühler, A. M. (2006). Multivariate prediction of relatives' stress outcome one year after first hospitalization of schizophrenic and depressed patients. *Eur.Arch Psychiatry Clin.Neurosci., 256*(2), 122-130.

Pereira, M. G., & de Almeida, J. M. (1999). [The repercussions of mental disease in the family. A study of the family members of psychotic patients]. [Portuguese]. *Acta Medica Portuguesa, 12*(4-6), 161-168.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev, 12*.

Provencher, H. L. (1996). Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 3* (3), 181-187.

Puschner, B., Vauth, R., Jacobi, F., & Becker, T. (2006). Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit schizophrenen St"rungen in Deutschland: Wie evidenzbasiert ist die Praxis? *Nervenarzt, 77*(11), 1301-1309.

Rössler, W., Salize, H. J., van Os, J., & Riecher-Rossler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur.Neuropsychopharmacol., 15* (4), 399-409. Retrieved from PM:15925493.

Rummel-Kluge, C., & Kissling, W. (2008). Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert.Rev.Neurother., 8*(7), 1067-1077.

Schulze, B., & Rossler, W. (2005). Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr.Opin.Psychiatry, 18*(6), 684-691.

Smith, J., Birchwood, M., Cochrane, R., & George, S. (1993). The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 28(1), 11-16.

Vauth, R., Bull, N., & Schneider, G. (2009). Emotions-und stigmafokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen. Ein Behandlungsprogramm mit DVD. Göttingen: Hogrefe.

Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. Psychiatry Res., 150(1), 71-80.

Korrespondenzadresse des Autors

Prof. Dr.med. Dipl.-Psych. Roland Vauth
Leitender Arzt der Ambulatorien für Psychotische Erkrankungen und Transkulturelle Psychiatrie
Leitender Psychologe Zentrum für Psychotische Störungen und Zentrum für Krisenintervention Gesundheitszentrum Psychiatrie Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Kornhausgasse 7
CH-4051 Basel
E-Mail roland.vauth@upkbs.ch
http:// www.upkbs.ch

Kognitive Remediation bei schizophrenen Erkrankungen: Stellenwert – Stand – Perspektiven

Wolfgang Wölwer[1], Agnes Lowe[1], Lena Eißler[1]

1. Notwendigkeit kognitiver Remediation

Kognitive Funktionsstörungen im Rahmen einer Schizophrenie wurden bereits von Eugen Bleuler und Emil Kraepelin beschrieben und gelten seither als Kernsymptom schizophrener Erkrankungen. Erst in den letzten 25 Jahren rückten diese Störungen wieder mehr in den wissenschaftlichen und therapeutischen Fokus (Wölwer & Drusch, 2011). Dies lässt sich durch die Häufigkeit und das Ausmaß kognitiver Beeinträchtigungen, ihrer Verlaufsstabilität und insbesondere ihrer Bedeutung für die globale Funktionsfähigkeit erklären (Wölwer & Lowe, 2015). So weisen mehr als 75% aller schizophren Erkrankten neben der klinisch dominanten Positiv- und Negativsymptomatik auch eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit gegenüber bzgl. in Alter, Geschlecht und Bildung vergleichbaren Gesunden auf (Wilk et al., 2004). Nach entsprechenden Metaanalysen beträgt diese Leistungsminderung im Mittel etwa eine Standardabweichung (Bortolato, Miskowiak, Kohler, Vieta, & Carvalho, 2015; Reichenberg, 2010; Savla, Vella, Armstrong, Penn, & Twamley, 2013) und betrifft eine Vielzahl kognitiver Funktionen. Neben basalen Kognitionen (in der Schizophrenieforschung häufig auch als "Neurokognitionen" bezeichnet), zu denen im Wesentlichen Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis sowie exekutive Prozesse des Problemlösens und Planens gezählt werden, sind bei schizophren Erkrankten auch sozial-kognitive Prozesse betroffen. Soziale Kognitionen sind definiert als mentale Prozesse, welche der sozialen Interaktion zugrunde liegen, und umfassen u.a. die soziale Wahrnehmung, Affektdekodierung, Attribution und Theory of Mind. Sowohl basal- als auch sozial-kognitive Beeinträchtigungen sind weitgehend verlaufsstabil: die Beeinträchtigungen treten nicht erst nach der Manifestation der Schizophrenieerkrankung auf, sondern sind in etwas geringerem Ausmaß bereits in Hochrisikostadien vorhanden (Fusar-Poli et al., 2012) und bei manifest Erkrankten sowohl in akut-symptomatischen als auch in remittierten Stadien der Erkrankung nachweisbar (Volz, Reischies, & Riedel, 2010). Diese Verlaufsstabilität ergibt sich auch dadurch, dass die üblicherweise primär auf Positiv- und Negativsymptomatik abzielende medikamentöse antipsychotische Therapie keine klinisch bedeutsamen Effekte auf das Ausmaß kognitiver Beeinträchtigungen zeigt (Kroken et al., 2014; Kucharska-Pietura & Mortimer, 2013).

Vor diesem Hintergrund kommt kogniti-

SCHIZOPHRENIE
Mitteilungsorgan der ***gfts***
Jahrgang 32 (2016)

1) Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, LVR Klinikum Düsseldorf

ven Beeinträchtigungen vor allem deshalb eine besondere Bedeutung zu, weil sie mit der sozialen Funktionsfähigkeit in engerer Beziehung als die klinische Symptomatik stehen, also wesentlich zu dem bei schizophren Erkrankten häufig eingeschränkten globalen Funktionsniveau beitragen (Green & Nuechterlein, 1999). Dabei haben sich sozial-kognitive Beeinträchtigungen neben ihrer schon konzeptuell sehr engen Beziehung zur sozialen Funktionsfähigkeit auch empirisch als besonders bedeutsam für eine mangelnde Bewältigung des alltäglichen Lebens erwiesen (Couture, Penn, & Roberts, 2006; Fett et al., 2011). Da eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität - über die Reduktion klinischer Symptomatik hinaus - zunehmend in den Fokus der Behandlung schizophrener Erkrankungen rückt (Harvey & Bellack, 2009), die medikamentöse antipsychotische Behandlung bezüglich der psychosozialen Funktionsfähigkeit jedoch nur unbefriedigend wirksam ist (Corrigan, Reinke, Landsberger, Charate, & Toombs, 2003), wurde in den letzten Jahren nach ergänzenden Behandlungsansätzen Ausschau gehalten. Aufgrund der Bedeutung kognitiver Beeinträchtigungen für die soziale Funktionsfähigkeit schizophren Erkrankter erscheint die Entwicklung spezieller therapeutischer Maßnahmen zur Minderung solcher Beeinträchtigungen in diesem Zusammenhang besonders vielversprechend. Entsprechende psychotherapeutische Ansätze werden unter dem Begriff kognitive Remediation zusammengefasst.

2. Arten kognitiver Remediation

Unter kognitiver Remediation („cognitive remediation therapy“, CRT) versteht man trainingsbasierte Interventionsansätze mit dem primären Ziel, die kognitive Leistungsfähigkeit zu verbessern und damit sekundär überdauernde Vorteile für die psychosoziale Funktionsfähigkeit zu erzielen. Es handelt sich um verschiedenste Therapieprogramme, die sich hinsichtlich des inhaltlichen Fokus und dessen Breite sowie der verwendeten Therapiestrategien und des Anteils von computergestützten Therapiebausteinen deutlich unterscheiden. Bezüglich des inhaltlichen Fokus können die Programme auf einem Kontinuum zwischen breiten (molaren) und fokussierten (molekularen) Ansätzen eingeordnet werden. Inhaltlich sehr breit angelegte Programme versuchen eher komplexe kognitive Leistungen - zum Teil in Kombination mit verhaltensbezogenen sozialen Fertigkeiten - zu stärken, während weniger breite Programme entweder basale Kognitionen oder soziale Kognitionen oder auch beide parallel anvisieren; sehr fokussierte Programme sind schließlich auf eine gezielte Verbesserung einzelner kognitiver Funktionen (z.B. Gedächtnis, Affektdekodierung) ausgerichtet (Wölwer, Combs, Frommann, & Penn, 2010). Die jeweiligen kognitiven Funktionen oder Funktionsbereiche sollen dabei je nach Programm entweder nach einem restaurativen Ansatz mittels wiederholtem Training bei sukzessiver Steigerung des Schwierigkeitsgrads („drill & practice“) und/oder nach einem kompensatorischen Ansatz

durch Vermitteln von Strategien zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen („drill & strategy“) verbessert werden. Eine aktuelle Übersichtsarbeit über 99 kognitive Remediationsstudien zeigt, dass der inhaltliche Fokus und die angewendeten Trainingsstrategien nicht gänzlich unabhängig voneinander sind, da basal-kognitive Remediationsprogramme vorwiegend restaurative Ansätze verfolgen, während zur Remediation sozial-kognitiver Beeinträchtigungen eher eine Kombination restaurativer und kompensatorischer Ansätze eingesetzt wird (Paquin, Wilson, Cellard, Lecomte, & Potvin, 2014).
Die meisten kognitiven Remediationsprogramme sind noch in der Entwicklungs- und Evaluationsphase und bisher nicht in deutscher Sprache verfügbar. Für den deutschsprachigen Raum seien jedoch folgende Behandlungsansätze beispielhaft genannt:

- Typische Beispiele für breit angelegte Programme sind die „Integrierte Psychologische Therapie“ (IPT) (Roder, Brenner, & Kienzle, 2008) und deren aktuelle Überarbeitung, die „Integrierte Neurokognitive Therapie“ (INT) (Roder, Müller, Schmidt, & Lächler, 2013). Das IPT ist ein gruppenbasiertes Programm, das in fünf aufeinander aufbauenden Modulen eine basal-kognitive Remediation mit Elementen einer sozial-kognitiven Remediation und verbalen Kommunikationsübungen sowie einem sozialen Fertigkeits- und einem Problemlösetraining kombiniert und ohne PC-Einsatz auskommt. Es basiert auf der Annahme einer „Pervasivität“, d.h. dass komplexere psychosoziale Interventionen zunächst eine Remediation von basal-kognitiven Beeinträchtigungen und damit verbundenen sozial-kognitiven Defiziten erfordern sollen. Es werden etwa zwei 60- bis 90-minütige Sitzungen pro Woche über einen Zeitraum von mehreren Monaten empfohlen. Die weniger breit konzipierte INT beschränkt sich nur noch auf die basal- kognitiven und sozial-kognitiven Trainingsstufen. Diese umfassen in der INT je vier Blöcke, in denen der Eigenbezug für den Patienten und die Aufgabenschwierigkeit über die Blöcke hinweg zunehmen, die Strukturierung jedoch abnimmt (Roder et al., 2013).

- Ein geradezu klassischer Vertreter für eine basal-kognitive Remediation ist das weit verbreitete CogPack (Marker, 1999), dessen erste Version bereits im Jahr 1986 entwickelt wurde. Es handelt sich um rein übungsorientiertes („drill & practice“) und ausschließlich PC-gestütztes Trainingsprogramm, dessen 64 Übungen mit insgesamt über 500 Aufgabenvarianten die Bereiche Visuomotorik, Auffassung, Reaktion, Vigilanz, Merkfähigkeit, Sachwissen sowie sprachliche/intellektuelle/berufsnahe Fähigkeiten abdecken. Die Zusammenstellung und Reihenfolge der Aufgabenbearbeitung sowie die Dauer des Trainings bleiben dem Therapeuten nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten überlassen.

- Im Bereich der sozial-kognitiven Remediation kann das „Training der Affektdekodierung“ (TAD) (Frommann, Streit, & Wölwer, 2003) als Beispiel für einen etwas fokussierteren Behandlungsansatz genannt werden. Das TAD zielt primär eine Verbesserung der Emotions-erkennung an, adressiert aber auch andere sozial-kognitive Leistungen wie Theory of Mind, Empathie und soziale Wahrnehmung. Es nutzt sowohl PC- als auch Tisch-Aufgaben und beinhaltet sowohl übungsorientiert-restaurative („drill & practice“) als auch mit kompensatorisch-strategieorientierte Elemente („drill & strategy“). In 12 Sitzungen werden über einen Zeitraum von sechs Wochen in jeweils geschlossenen Kleingruppen (zwei Patienten und ein Therapeut) Emotionen und ihre prototypischen Ausdrucksmerkmale behandelt und in den Kontext sozialer Situation gestellt. Durch gemeinsames Arbeiten der Teilnehmer soll die soziale Interaktion der Teilnehmer untereinander und durch Zwischensitzungsübungen der Alltagstransfer gefördert werden.

3. Effektivität kognitiver Remediation

Effektivitätsnachweise liegen für die einzelnen kognitiven Remediationsprogramme in quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlichem Maße vor. So ist das in Deutschland seit vielen Jahren weit verbreitete CogPack vergleichsweise selten und nur mit kleinen Fallzahlen systematisch evaluiert worden und zeigte dabei eher kleine Effekte (d = .10 - .40) auf einzelne kognitive Funktionen (Popov et al., 2011; Rauchensteiner et al., 2011; Sartory, Zorn, Groetzinger, & Windgassen, 2005). Das IPT wurde deutlich häufiger und umfangreicher evaluiert - eine Metaanalyse über 36 Studien zeigt für das IPT stärkere Verbesserung von basal- und sozial-kognitiven Prozessen gegenüber entsprechenden „Placebo“-Vergleichsbedingungen mit kleinen bis mittleren Effektstärken (d = .35 - .40), aber nur kleine Vorteile gegenüber den Vergleichsbedingungen bzgl. des psychosozialen Funktionsniveaus (Roder, Mueller, & Schmidt, 2011). Auch erste Studienergebnisse zur Effektivität der INT bestätigen dessen leistungssteigernde Wirkung auf kognitive Prozesse mit kleinen bis mittleren Effektstärken am Therapieende (d = .32 - .43), während im Follow-Up nur noch kleine Effekte verblieben (d = .02 - .24) (Mueller, Schmidt, & Roder, 2015). Für das TAD zeigten sich in verschiedenen Studien mit aktiver (basal-kognitive Remediation), passiver („Treatment As Usual“) oder Wartekontrolle reliable Verbesserungen im primären Zielbereich der mimischen Affekterkennung mit jeweils großen Effektstärken (d > 1.0) (Drusch, Stroth, Kamp, Frommann, & Wölwer, 2014; Luckhaus, Frommann, Stroth, Brinkmeyer, & Wolwer, 2013; Wölwer et al., 2005). Diese Effekte überdauerten das Therapieende für mindestens acht Wochen (Luckhaus et al., 2013), generalisierten auf andere sozial-kognitive Prozesse (Wölwer & Frommann, 2011) und zeigten sich auch in Verbesserungen der sozialen Kompetenz, im globalen psychosozialen Funktionsniveau (Wölwer &

(Wölwer & Frommann, 2011) und der subjektiven Lebensqualität (Sachs et al., 2012).
Die für den deutschen Sprachraum genannten Beispielprogramme spiegeln mit diesen Ergebnissen nahezu prototypisch die Befundlage aus verfahrensübergreifenden Metaanalysen wider: Für vorwiegend basal-kognitive Remediationsprogramme zeigen Metaanalysen auf der Basis von mittlerweile 40 Studien Verbesserungen der trainierten Prozesse sowohl am Therapieende als auch in Follow-Up Untersuchungen mit mindestens kleinen bis mittleren Effektstärken in aggregierten Leistungsmaßen (Summenscores: d = .43 - .45) und kognitiven Einzelfunktionen (z.B. d = .57 für Planen und Problemlösen) sowie moderate Transfereffekte auf globale Maße des psychosozialen Funktionsniveaus (d = .37-.42) (Kurtz & Sartory, 2010; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011). Solche Effekte der kognitiven Remediation sind vorwiegend spezifisch und beruhen nicht nur auf Placeboeffekten des Trainings (Radhakrishnan, Kiluk, & Tsai, 2015). Ein Vergleich mit neueren Metaanalysen, die sich ausschließlich auf sozial-kognitive Remediationsprogramme beziehen, legt nahe, dass diese in ihrer primären Wirkung auf die angezielten sozial-kognitiven Prozesse größere Effektstärken erzielen (d = 0.7 für Theory of Mind, d = 0.84 für Affektdekodierung, d = 1.29 für Soziale Wahrnehmung) (Kurtz, Gagen, Rocha, Machado, & Penn, 2016) und auch einen stärkeren Generalisierungseffekt auf die soziale Funktionsfähigkeit haben (d = .78) (Kurtz & Richardson, 2012). Die Datenbasis für diese Effekte ist je nach betrachtetem Zielbereich mit 3-13 Studien jedoch vergleichsweise gering, so dass bei der Interpretation noch Vorsicht geboten ist.

Post-hoc-Analysen zeigen, dass Generalisierungseffekte auf die soziale Funktionsfähigkeit vor allem beim Einsatz strategieorientierter Remediationsansätze erzielt werden (Wykes et al., 2011). Da strategieorientierte Remediationsansätze in sozial-kognitiven häufiger als in basal-kognitiven Programmen verwendet werden, mag dies – neben der oben erwähnten engeren konzeptuellen und empirischen Beziehung zwischen sozial-kognitiven Prozessen und dem sozialen Funktionsniveau – zu den stärkeren Generalisierungseffekten von sozial-kognitiven Remediationsprogrammen beigetragen haben. Erste Studien weisen zudem darauf hin, dass die kognitive Remediation im Vergleich zur Standardbehandlung auch die gesundheitlichen und sozialen Kosten der Erkrankung reduzieren kann (Reeder et al., 2014): insbesondere in den ersten Jahren der Erkrankung trägt kognitive Remediation zu höheren Raten an Beschäftigung oder selbständigem Wohnen bei den Betroffenen bei (Vita, Barlati, Bellani, & Brambilla, 2014).

Trotz dieser insgesamt positiven Befundlage wird die Evidenz in aktuellen Behandlungsleitlinien für die Schizophrenie als noch nicht gesichert bewertet. So enthält die deutsche S3-Leitlinie lediglich eine Empfehlung mit dem Evidenzgrad C (Gaebel, Falkai, Weinmann, & Wobrock, 2006), während die Leitlinien in Großbri-

tannien (NICE, 2010) und den USA (PORT) (Dixon et al., 2010) noch keine Empfehlung für kognitive Remediation bei Schizophrenie aussprechen, vorwiegend weil restriktivere Kriterien für den Einschluss von Studien in die Evidenzrecherchen und restriktivere Ergebnisbewertungen angelegt werden. Zudem werden die Heterogenität der Remediationsprogramme und der Effektivitätsnachweise sowie die häufig nur kleinen Stichproben und fehlenden Daten zur Dauerhaftigkeit der Effekte bemängelt.

4. Perspektiven kognitiver Remediation

Die bisherige Befundlage auf dem noch vergleichsweise jungen Forschungsfeld zur Effektivität kognitiver Remediation ist insgesamt als recht vielversprechend zu bewerten. Einer der notwendigen nächsten Schritte in der Weiterentwicklung der Programme ist die Identifikation der wesentlichen Wirkfaktoren, welche in der Folge sicher auch eine Abnahme der Heterogenität der Interventionen nach sich ziehen würde. Vordringlich ist in diesem Zusammenhang eine Steigerung der dauerhaften Generalisierungseffekte auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit der Betroffenen im Alltag – der letztendlichen Zielsetzung kognitiver Remediation (Kurtz & Sartory, 2010). Erfolgversprechende Wege dorthin könnten zum einen die zukünftig stärkere Beachtung derjenigen Therapiecharakteristika sein, die in post-hoc-Auswertungen bisheriger Studien als mutmaßlich wirkungsfördernd identifiziert wurden (Medalia & Choi, 2009; Wykes & Spaulding, 2011). Solche Analysen legen nahe, dass kognitive Remediationsprogramme besonders ausgeprägte Effekte erzielen, wenn generell motivationsfördernde Techniken verwendet werden, die zum einem die Erfolgserwartung der Patienten (z.B. durch fehlervermeidendes Lernen, individuelle Anpassung der Aufgabenschwierigkeit an das Leistungsvermögen der Patienten, Definition sequentieller Zwischenziele, Wiederholung der Instruktionen und Ziele durch Selbstverbalisation) und zum anderen die Aufgabenwertigkeit für den Patienten steigern (z.B. durch Verbindung mit persönlichen Zielsetzungen und zum alltäglichen Leben sowie durch die Ermöglichung eines selbstbestimmten Therapieverlauf) (Medalia & Choi, 2009; Wykes & Spaulding, 2011). Keines der bisher entwickelten Programme beachtet diese Aspekte in vollem Umfang.

Ein weiterer Weg zur Effektivitätssteigerung könnte die Augmentation kognitiver Remediation durch andere Therapieansätze wie eine zusätzliche Gabe von kognitionsfördernder Medikation („cognitive enhancers“), eine zusätzliche Neuromodulation (v.a. transcranielle Gleichstromstimulation), eine zusätzliche Sporttherapie oder eine Kombination mit psychiatrischen Rehabilitations- oder psychotherapeutischen Maßnahmen wie Arbeitsrehabilitation oder sozialem Kompetenztraining sein (Cella, Reeder, & Wykes, 2015). Die bisherigen Ergebnisse bezüglich einer Kombination von kognitiver Remediation und potentiell kognitionsfördernden Medikamenten fallen jedoch eher enttäuschend aus (Cacciot-

ti-Saija et al., 2014; Cain et al., 2014; Davis et al., 2014; Michalopoulou et al., 2015). Auch für die Kombination mit Neuromodulation oder mit Ausdauersport gibt es bisher nur proof-of-concept-Studien, aber noch nicht genügend aussagekräftige Studien, um mögliche additive oder synergistische Wirkungen zuverlässig beurteilen zu können (Cella et al., 2015). Für eine Steigerung der Effektivität kognitiver Remediation bei Kombination mit psychiatrischen Rehabilitationsmaßnahmen wie Arbeitsrehabilitation („supported employment") oder sozialem Kompetenztraining liegen dagegen schon einige Hinweise vor (Bell, Choi, Dyer, & Wexler, 2014; Medalia & Saperstein, 2013; Wykes & Spaulding, 2011). Insbesondere die Kombination kognitiver Remediation mit sozialem Kompetenztraining erscheint diesbezüglich vielversprechend und wurde kürzlich erstmals in einer experimentellen Studie als den jeweiligen Einzelkomponenten – hier: basalkognitive Remediation mit anschießendem soziales Fertigkeitstraining - überlegen in Bezug auf eine Steigerung der psychosozialen Funktionsfähigkeit nachgewiesen (Bowie, McGurk, Mausbach, Patterson, & Harvey, 2012). Vergleichbar wird in Deutschland derzeit in einer umfangreichen multizentrischen, randomisierten klinischen Studie die Effektivität eines "Integrierten Therapieprogramms sozialer Kognitionen und sozialverhaltensbezogener Fertigkeiten (ISST)" mit Förderung durch das Ministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des neuen Forschungsverbunds ESPRIT („Enhancing Schizophrenia Prevention and Recovery through Innovative Treatments") untersucht.

Sollten sich in solchen Studien die bisherigen positiven Effekte auf das psychosoziale Funktionsniveau bestätigen und gar noch steigern lassen, dürfte (insbesondere sozial-) kognitive Remediation zukünftig zum festen Bestandteil von Therapieplänen für schizophren Erkrankte werden.

Acknowledgement

Dieses Manuskript ist eine aktualisierte und erweiterte Fassung der in der Literaturliste unter Wölwer & Lowe (2015) genannten Publikation.

Literaturverzeichnis

Bell, M. D., Choi, K.-H., Dyer, C., & Wexler, B. E. (2014). Benefits of cognitive remediation and supported employment for schizophrenia patients with poor community functioning. , 469-475.

Bortolato, B., Miskowiak, K. W., Kohler, C. A., Vieta, E., & Carvalho, A. F. (2015). Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses. [Review]. *Journal of* Neuropsychiatric Disease and Treatmentt, *11*, 3111-3125.

Bowie, C. R., McGurk, S. R., Mausbach, B., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2012). Combined cognitive remediation and functional skills training for schizophrenia: effects on cognition, functional competence, and real-world behavior. American Journal of Psychiatry, *169*(7).

Cacciotti-Saija, C., Langdon, R., Ward, P. B., Hickie, I. B., Scott, E. M., Naismith, S. L., . . . Guastella, A. J. (2014). A double-blind randomized controlled trial of oxytocin nasal spray and social cognition training for young people with early psychosis. Schizophrenia Bulletin, 41, 483-493.

Cain, C. K., McCue, M., Bello, I., Creedon, T., Tang, D.-i., Laska, E., & Goff, D. C. (2014). d-Cycloserine augmentation of cognitive remediation in schizophrenia. Schizophrenia Research, *153*(1), 177-183.

Corrigan, P. W., Reinke, R. R., Landsberger, S. A., Charate, A., & Toombs, G. A. (2003). The effects of atypical antipsychotic medications on psychosocial outcomes. Schizophrenia Reearchs, 63(1-2), 97-101.

Couture, S., Penn, D. L., & Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. Schizophrenia Bulletin, 32, 44-63.

Davis, M. C., Green, M. F., Lee, J., Horan, W. P., Senturk, D., Clarke, A. D., & Marder, S. R. (2014). Oxytocin-augmented social cognitive skills training in schizophrenia. Neuropsychopharmacology, 39(9), 2070-2077.

Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., . . . Schizophrenia Patient Outcomes Research, T. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. Schizophrenia Bulletin, 36(1), 48-70.

Drusch, K., Stroth, S., Kamp, D., Frommann, N., & Wölwer, W. (2014).Effekts of Training of Affect Recognition on the recognition and visual exploration of emotional faces in schizophrenia. Schizophrenia Research, 159(2), 485-490.

Fett, A. K., Viechtbauer, W., Dominguez, M. D., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. Neuroschience and Biobehavioral Reviews, 35, 573-588.

Frommann, N., Streit, M., & Wölwer, W. (2003). Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program. Psychiatry Research, 117(3), 281-284.

Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., . . . McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. Archives of General Psychiatry, 69(3), 220-229.

Gaebel, W., Falkai, P., Weinmann, S., & Wobrock, T. (2006). Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Green, M. F., & Nuechterlein, K. H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? Schizophrenia Bulletin, 25(2), 309.

Harvey, P. D., & Bellack, A. S. (2009). Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: is functional remission a viable concept? Schizophrenia Bulletin , 35(2), 300-306.

Kroken, R. A., Loberg, E. M., Dronen, T., Gruner, R., Hugdahl, K., Kompus, K., . . . Johnsen, E. (2014). A critical review of

pro-cognitive drug targets in psychosis: convergence on myelination and inflammation. Frontiers in Psychiatry, 5, 11.

Kucharska-Pietura, K., & Mortimer, A. (2013). Can antipsychotics improve social cognition in patients with schizophrenia? CNS Drugs, 27(5), 335-343.

Kurtz, M. M., Gagen, E., Rocha, N. B., Machado, S., & Penn, D. L. (2016). Comprehensive treatments for social cognitive deficits in schizophrenia: A critical review and effect-size analysis of controlled studies. [Review]. Clinical Psychology Review 43, 80-89.

Kurtz, M. M., & Richardson, C. L. (2012). Social Cognitive Training for Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation of Controlled Research. Schizophrenia Bulletin 38, 1092-1104.

Kurtz, M. M., & Sartory, G. (2010). Treatment Approaches with a Special Focus on Neurocognition: Overview and Empirical Results. In V. Roder & A. Medalia (Eds.), Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment (pp. 37 - 49). Basel: Karger.

Luckhaus, C., Frommann, N., Stroth, S., Brinkmeyer, J., & Wolwer, W. (2013). Training of affect recognition in schizophrenia patients with violent offences: Behavioral treatment effects and electrophysiological correlates. Social Neuroscience, 8 (5), 505-514.

Marker, K. R. (1999). COGPACK(R) Version 5.96. Ladenburg, Germany PB - marker software.

Medalia, A., & Choi, J. (2009). Cognitive Remediation in Schizophrenia. Neuropsychology Review, 19(3), 353-364.

Medalia, A., & Saperstein, A. M. (2013). Does cognitive remediation for schizophrenia improve functional outcomes? Current Opinion in Psychiatry, 26(2), 151-157.

Michalopoulou, P. G., Lewis, S. n. W., Drake, R. J., Reichenberg, A., Emsley, R., Kalpakidou, A. K., . . . Pandina, G. (2015). Modafinil combined with cognitive training: pharmacological augmentation of cognitive training in schizophrenia. European Neuropsychopharmacology, 25(8), 1178–1189.

Mueller, D. R., Schmidt, S. J., & Roder, V. (2015). One-Year Randomized Controlled Trial and Follow-Up of Integrated Neurocognitive Therapy for Schizophrenia Outpatients. Schizophrenia Bulletin, 41(3), 604-616.

NICE. (2010). National Institute for Health & Clinical Excellence: Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). London: National Institute for Clinical Excellence.

Paquin, K., Wilson, A. L., Cellard, C., Lecomte, T., & Potvin, S. (2014). A systematic review on improving cognition in schizophrenia: which is the more commonly used type of training, practice or strategy learning? BMC Psychiatry, 14, 139.

Popov, T., Jordanov, T., Rockstroh, B., Elbert, T., Merzenich, M. M., & Miller, G. A. (2011). Specific cognitive training normalizes auditory sensory gating in schizophrenia: a randomized trial. Biological Psy-

chiatry, 69(5), 465-471.

Radhakrishnan, R., Kiluk, B. D., & Tsai, J. (2015). A Meta-analytic Review of Non-specific Effects in Randomized Controlled Trials of Cognitive Remediation for Schizophrenia. Psychiatric Quarterly, 1-6.

Rauchensteiner, S., Kawohl, W., Ozgurdal, S., Littmann, E., Gudlowski, Y., Witthaus, H., . . . Juckel, G. (2011). Test-performance after cognitive training in persons at risk mental state of schizophrenia and patients with schizophrenia. Psychiatry Research, 185(3), 334-339.

Reeder, C., Harris, V., Pickles, A., Patel, A., Cella, M., & Wykes, T. (2014). Does change in cognitive function predict change in costs of care for people with a schizophrenia diagnosis following cognitive remediation therapy? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. Schizophrenia Bulletin, 40(6), 1472-1481.

Reichenberg, A. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. Dialogues in Clinical Neuroscience, 12(3), 383-392.

Roder, Mueller, D. R., & Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. Schizophrenia Bulletin, 37(suppl 2), 71-79.

Roder, V., Brenner, H., & Kienzle, N. (2008). Integriertes psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten (IPT) (Vol. 6). Bern: Beltz.

Roder, V., Müller, D. R., Schmidt, S., & Lächler, M. (2013). INT - Integrierte neurokognitive Therapie bei schizophren Erkrankten. Berlin, Heidelberg: Springer-Medizin.

Sachs, G., Winklbaur, B., Jagsch, R., Lasser, I., Kryspin-Exner, I., Frommann, N., & Wölwer, W. (2012). Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia - Impact on functional outcome. Schizophrenia Research, 138, 262-267.

Sartory, G., Zorn, C., Groetzinger, G., & Windgassen, K. (2005). Computerized cognitive remediation improves verbal learning and processing speed in schizophrenia. Schizophrenia Research, 75 (2), 219-223.

Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in Domains of Social Cognition in Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence. Schizophrenia Bulletin, 39, 979-992.

Vita, A., Barlati, S., Bellani, M., & Brambilla, P. (2014). Cognitive remediation in schizophrenia: background, techniques, evidence of efficacy and perspectives. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 23 (1), 21-25.

Volz, H. P., Reischies, F., & Riedel, M. (2010). Kognitive Störungen bei schizophrenen Patienten. Nervenarzt, 81(1), 39-54.

Wilk, C. M., Gold, J. M., Humber, K., Dickerson, F., Fenton, W. S., & Buchanan, R. W. (2004). Brief cognitive assessment in schizophrenia: normative data for the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status. Schizophrenia Research, 70(2-3), 175-186.

Wölwer, W., Combs, D. R., Frommann, N., & Penn, D. L. (2010). Treatment approa-

ches with a special focus on social cognition: overview and empirical results. In V. Roder & A. Medalia (Eds.), Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment (pp. 61-78). Basel: Karger.

Wölwer, W., & Drusch, K. (2011). Neuropsychologie der Schizophrenie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 59, 115-122.

Wölwer, W., & Frommann, N. (2011). Social-Cognitive Remediation in Schizophrenia: Generalization of Effects of the Training of Affect Recognition (TAR). Schizophrenia Bulletin, 37(2), 63-70.

Wölwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., Piaszek, A., Streit, M., & Gaebel, W. (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program. Schizophrenia Research, 80(2-3), 295-303.

Wölwer, W., & Lowe, A. (2015). Kognitive Remediation in der Schizophreniebehandlung: Stellenwert und aktueller Stand. Neuroaktuell, 29 (5), 34-37.

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. American Journal of Psychiatry, 168(5), 472-485.

Wykes, T., & Spaulding, W. D. (2011). Thinking About the Future Cognitive Remediation Therapy - What Works and Could We Do Better? Schizophrenia Bulletin, 37(2), 80-90.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Wolfgang Wölwer
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
LVR Klinikum Düsseldorf,
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
Email: woelwer@uni-duesseldorf.de
Tel: +49 211 – 922 2002
Fax: +49 211 – 922 2020

Aufsuchende integrierte psychiatrische Behandlung im Kreis Steinfurt[1]

Frank Röhr

Einleitung

Anfang 2010 wurde in der LWL-Klinik Lengerich eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe gebildet, deren Ziel es war, im gemeindespsychiatrischen Verbund ein Behandlungskonzept für Patienten zu entwickeln, die bisher weder von stationärer noch von teilstationärer Behandlung profitiert hatten und die im ambulanten System bisher nicht ausreichend versorgt werden konnten. Als zwei wesentliche Kriterien für die anzunehmende ‚Versorgungslücke' bei schwer psychisch erkrankten Menschen erwiesen sich eine hohe Rehospitalisierungsrate und häufige Zwangseinweisungen. Oft kam es bei dieser Patientengruppe aufgrund sozialunverträglicher Verhaltensauffälligkeiten zu einer weiteren Exklusion, z.B. in Form der Kündigung des Wohnheimplatzes, was einen dringenden Handlungsbedarf aufzeigte.

Im Kreis Steinfurt, einem ländlichen Flächenkreis (1792qkm, 435.000 Einwohnern), konnten etwa 800 Menschen der Diagnosegruppen F20-F25 identifiziert werden, die als chronisch (und immer wieder akut) erkrankt zu bezeichnen sind. Davon waren 51 Patienten 2010 mehr als 90 Tage in stationärer Behandlung. Es war zu mehr als 5 stationären Wiederaufnahmen innerhalb von 2 Jahren gekommen. Merkmale dieser Gruppe von Patienten waren ein schlechtes kognitives und psychosoziales Funktionsniveau, Krankheitsverleugnung, schlechte Therapietreue, bizarre Verhaltensauffälligkeiten verbunden mit Aggressivität und Unangepasstheit, häufiger Konsum von Suchtmitteln, manchmal auch Delinquenz.

Behandlungskonzept

In Anlehnung an die S3-Leitlinien (DGPPN) und basierend auf internationalen und nationalen positiven Erfahrungen mit ‚Home Treatment (HT)' und ‚Assertive Community Treatment (ACT)' entschied sich die Klinik, den besonders schwer erkrankten Patienten eine teambasierte aufsuchende Behandlung im direkten Lebensumfeld anzubieten. Das Team sollte eine Akutbehandlung leisten können (HT), gleichzeitig aber auch zu einer langfristigen, stabilisierenden und rehabilitativen Behandlung in der Lage sein (ACT). Ausdrückliches Ziel für das Team war es, eine unnötige stationäre Wiederaufnahme zu verhindern. Die Behandlungen wurden für rund 2 Jahre konzipiert, wobei es im Einzelfall offen bleiben sollte, dem Patienten auch eine Langzeittherapie anzubieten. Da keine zeitnahe Gegenfinanzierung anzunehmen war, sollten zunächst etwa 15 Pati-

1) Artikel auf der Basis eines Vortrages anlässlich des Jahreskongresses der gfts am 5. und 6.11.2015 in Dortmund

enten behandelt werden. Es galt auch zu prüfen, ob eine aufsuchende Behandlung so schwer erkrankter Patienten überhaupt eine Therapieverbesserung darstellt.

Bis Ende 2010 wurde unter oberärztlicher Leitung ein Behandlungsteam zusammengestellt und geschult. Dabei war es besonders wichtig, dass alle Mitarbeiter (neben fachlicher Kompetenz) ein besonderes Interesse mitbrachten, aufsuchend und in hohem Maß eigenverantwortlich zu arbeiten. Das Team (mit Stellenanteil) bestand aus Oberarzt (1/3), Fachärztin (1/2), Psychotherapeutin (1/2), Sozialarbeiterin (1/3), Pflegedienst (2) und Sekretariat (1/3).

Angegliedert wurde das Team an die allgemeinpsychiatrisch-psychotherapeutische Schizophrenie-Schwerpunktstation, deren Mitarbeiter die Patienten kannten und das HT-Team unterstützen (24/7 Krisentelefon, Urlaubsvertretungen, Bereitstellung eines stationären Krisenplatzes, Bereitstellung spezieller Therapieangebote wie z.B. Psychoedukationsgruppe, MKT-Gruppe).
Der Begriff ‚Home Treatment' wurde von den Patienten schnell als ‚Markenzeichen' für ihre spezielle Behandlungsform übernommen und geschätzt, weshalb wir ihn letztlich übernahmen.

Aufgenommen in das HT wurden Patienten zwischen 18 und 65 Jahren mit Diagnosen aus dem Bereich F20-F25, die innerhalb eines 30km Abstandes von der Klinik planten zu wohnen oder bereits wohnten. Wesentliches Kriterium war es, dass sie bisher von ‚konventioneller' Therapie oder Rehabilitation nicht profitiert hatten. Alle Patienten wünschten ausdrücklich das HT und unterschrieben nach 2-3 Therapieplanungsgesprächen einen entsprechenden Behandlungsvertrag. Alle Patienten benannten einen Angehörigen, gesetzliche Betreuung oder ein Mitglied des HT-Teams als Case-Manager.

Behandlungserfolge

Was ein intensives HT leisten kann, soll ein kurzes Fallbeispiel darstellen. Herr B., ein junger Patient mit paranoider Psychose und Komorbidität einer polyvalenten Suchterkrankung (Tab. 1, Pat.1), war zwischen 2003 und dem Beginn des HT im Januar 2011, 24 Mal in stationärer Behandlung der LWL-Klinik. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer pro Jahr betrug dabei 151 Tage (min. 10 Tage, max. 240 Tage). Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme scheiterte wegen Fortführens des Substanzkonsums, genauso mehrere Versuche ambulant betreuten Wohnens (ABW) und später zwei Heimaufenthalte. Zuletzt war Herr B. obdachlos, lebte sozial isoliert. Er erhielt eine medikamentöse Polypharmazie bestehend aus 3 Neuroleptika, Lorazepam und Zolpidem. Psychopathologisch im Vordergrund standen paranoide Ängste, schwere Antriebsstörungen und schwere Störungen im Bereich der exekutiven kognitiven Funktionen. Über die Zwischenstation einer Krisenwohnung des ABW-Anbieters gelang es ihm mittels anfangs täglicher, teils auch mehrfacher

Behandlung durch das HT-Team, bald eine eigene Wohnung zu finden. Bis Ende 2013 waren lediglich zwei kurze stationäre Kriseninterventionen mit insgesamt 7 Tagen Behandlungsdauer notwendig. Die Medikation konnte reduziert werden. Therapeutisch wurde konsequent verstärkend und supportiv mit ihm gearbeitet, durchgängig wurden Strategien des MKT angewendet. Mit Verbesserung der Psychopathologie und seiner Selbstmanagementfähigkeiten konnte die Intensität der Unterstützung durch das HT-Team entsprechend verringert werden. Seit Mitte 2014 ist Herr B. Patient der PIA. Die Weiterbehandlung erfolgte kontinuierlich durch seinen Therapeuten des HT. Er hat mittlerweile eine Lebensgefährtin, hat wieder Kontakte zur Primärfamilie. Stationäre Wiederaufnahmen waren nicht mehr notwendig.

Die Daten zur Rehospitalisierungsrate der ersten, seit 2011 behandelten 14 HT-Patienten (Tab.1) weisen vorsichtig optimistisch in diese Richtung. Bei der Hälfte der Patienten konnte die aufsuchende Behandlung inzwischen in eine ‚reguläre' PIA-Behandlung umgewandelt werden. Ein Patient erwies sich als so ausgeprägt psychotisch fragil und eingeschränkt in seinen Alltagskompetenzen, dass er dauerhaft über HT begleitet werden muss. Bei ihm kam es zu einem schweren Psychoserezidiv mit Fremdgefährdung, sodass er 2013 für 29 Tage stationär behandelt werden musste. In anderen, vergleichbaren psychotischen Episoden waren allerdings mehr als doppelt so lange stationäre Aufenthalte notwendig. Bei 4 der Patienten beendeten wir wegen Undurchführbarkeit die aufsuchende Behandlung. Bei ihnen war bereits die Medikamententreue so schlecht, dass eine Fortführung von HT lediglich die weitere Chronifizierung bewirkt hätte. Die Patienten bekamen das Angebot über die PIA weiterbehandelt zu werden. Später wurde eine geschlossen stationäre Unterbringung nötig. Durchaus erfolgreich verlief

Statistik Januar 2012					
Nr.	ÄD	PD	TD	andere	
1	108	221	35	48	
2	103	485	226	101	
3	148	1828	519	188	
4	295	403	117	81	
5	55	30	166	93	
6	44	145	99	93	
7	290	469	45	70	
8	88	35	55	32	
9	110	99	156	109	
10	137	461	140	81	
11	0	0	0	0	
12	209	254	0	66	
13	88	183	89	54	
Summe	1675	4613	1647	1016	**8951**
Mittelwert	**129**	**355**	**127**	**78**	
Mittelwert in h	2,15	5,91	2,11	1,30	
Max	295,00	1828,00	519,00	188,00	
Min	0,00	0,00	0,00	0,00	
Median	108	221	99	81	

Tab. 1: *Ressourcen / Arbeitszeit in Minuten. ÄD – Ärztlicher Dienst PD – Pflegerischer Dienst TD – Therapeutischer Dienst*

das HT einer Patientin, die nach 2 Jahren ohne stationäre Wiederaufnahme in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme gehen konnte.
Die Ergebnisse einer Evaluation des Home Treatment-Projekts durch Nienaber, J.Behrens, 2013 im Rahmen einer Master-Thesis / Studiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft weisen gesamt auf eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit der aufsuchenden Behandlung hin. Auch eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen durch HT konnte gezeigt werden.

Ressourcen

Wie erwartet, war der Personalaufwand im Vorfeld nur schwer zu kalkulieren und hing stark von der jeweiligen Psychopathologie der Patienten ab. Mit dem Ziel, die Behandlung auch in der akuten Krankheitsphase zuhause durchzuführen, bedurfte es deshalb eines möglichst ‚flexiblen' Dienstplans aller Beteiligten. In stabilen Phasen hingegen ließen sich die Behandlungen gut planen.
Bei Betrachtung des Ressourcenaufwands muss bedacht werden, dass mit Projektstart des HT 2011 relativ zeitnah, nur sehr schwer erkrankte Patienten rekrutiert wurden, die teils noch akut psychotisch waren. Zudem war es der Anspruch des Teams, diese Patienten auch in schweren Krisen und bei hohen Widerständen ambulant zu behandeln und Erfahrungen zu sammeln, wo die Grenzen aufsuchender Behandlung anzusiedeln sind. So ergab sich im ersten Jahr ein Ressourcenaufwand pro Patient incl. der Basisressourcen (Verwaltung, zwei PKW) von rund 18.000 Euro.In Bezug auf diese Klientel errechneten wir einen Ressourcenaufwand allein für die stationäre Behandlung von 23.000 Euro jährlich.

Patienten (N = 14	stat. Behandlungstage ges. 2013 und 2014	Behandlungstreue (Med. / Reha)
1	7 Tage	++/-- jetzt PIA
2	29 Tage	+ / ++ (HT auf Dauer)
3	-	++/++ E in med. Reha
4	-	++/++ jetzt PIA
5	-	--/-- HT unmöglich (Heimunterbringung)
6	-	--/-- HT unmöglich (Heimunterbringung)
7	-	+ /++ E in med. Reha, jetzt PIA
8	-	++/+ jetzt PIA
9	-	++/++ jetzt PIA
10	23 Tage	+/- HT unmöglich (Heimunterbringung)
11	-	+/- HT unmöglich (Suizidversuch, Heimunterbringung)
12	-	++/++jetzt PIA
13	-	+/- Kündigung durch Pat. nach 2 Jahren
14	-	++/+ jetzt PIA

Tab. 2: *Rehospitalisierungsrate / weiterer Verlauf*

Tab. 2 (siehe Seite 30) bildet hingegen einen moderaten Behandlungsmonat dieser Patienten ohne relevante psychotische Krisen ab. Die Patienten waren in fortgeschrittener Behandlung, ‚sicher' zuhause angekommen. Die mit Nr. 11 gekennzeichnete Patientin war z.B. soweit remittiert und belastungsstabil, dass ihr ein mehrwöchiger Urlaub in der Türkei möglich wurde. Die Daten weisen ganz allgemein darauf hin, welch besondere Bedeutung die psychiatrische Fachpflege im Bereich des HT hat, gerade bei strukturell schwachen und auf tägliche konkrete Begleitung angewiesenen Patienten (z.B. Pat. Nr.3). Der gleiche Patient benötigte hingegen gleichzeitig in hohem Maß psychotherapeutischen Zuspruchs (rund 8,5 Stunden). Die Daten zeigen, dass es offensichtlich sehr individuelle Bedürfnisse der Patienten zu beachten gilt, z.B. benötigten Pat. Nr. 4 und Nr. 7 im Januar jeweils rund 5 Stunden ärztlicher Kontakte, während der psychotherapeutische Dienst mit rund 1 Stunde eher in den Hintergrund trat, die Pflege moderat gegenüber den Durchschnittsansprüchen tätig werden musste. Grund bei beiden Patienten waren psychopathologische Verschlechterungen, die aber mittels Medikationsoptimierung und ärztlicher Beratung aufzufangen waren. Die Daten zeigen sehr deutlich, warum eine Betreuung allein mit den Möglichkeiten einer PIA bei langjährig chronifizierten Psychosepatienten mit häufigen Rezidiven nicht funktionieren kann. Es wird aber auch deutlich, dass HT nach einer ca. 6-8monatigen kontinuierlichen Behandlung wirkt und durchaus für die Kostenträger bezahlbar erscheint. Wir gehen, eine einigermaßen gegebene psychische Stabilität vorausgesetzt, von etwa 9700 Euro Behandlungskosten pro Jahr aus.

Partner

Das Home Treatment konnte im Gemeindepsychiatrischen Verbund des Kreises Steinfurt mittlerweile gut implementiert werden und wird häufig nachgefragt. Die Befragung von Patienten anlässlich einer Visitation der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG-GPV) 2015 ergab den sehr deutlichen Wunsch der Betroffenen nach einer Ausweitung von HT. Die wichtigsten Kooperationspartner für die HT-Patienten in der Reihenfolge der tatsächlichen Kooperationsintensität ist in Abb.1 zusammenfasst. In Bezug auf die gemeinsame Netzwerkarbeit hat sich ergeben, dass Therapieevaluation und Therapieplanung grundsätzlich zusammen mit den Patienten und Akteuren des Helfersystems stattfinden, möglichst in der Wohnung der Patienten.

Ambulant Betreutes Wohnen (bei 100% der Patienten)
Angehörige
Zuverdienst / Werkstatt
Ambulante psychiatrische Pflege (Medikamentenvergabe)
Hausärzte
gesetzliche Betreuer
Klinik und PIA
Niedergelassene Psychotherapeuten (bei 2 Patienten)

Abb. 1: *Kooperationspartner in der Reihenfolge tatsächlicher Kooperationsintensität*

Zusammenfassung/ Ausblick

Ziel muss es bleiben, die Versorgungs-

lücke zwischen stationärer bzw. teilstationärer Therapie und PIA-Fähigkeit für schwer und chronisch psychotisch erkrankte Menschen zu schließen. Unsere Erfahrungen mit dem Home Treatment zeigen eindeutig, dass es wirkt und stationäre Behandlungen damit weitgehend verhindert werden können, Heimunterbringungen in etwa der Hälfte der Fälle.
Bezogen auf ländliche Versorgungsgebiete gilt es einen Aufbau von ‚Home Treatment – Stützpunkten' zu fördern, um lange Anfahrzeiten zu den Patienten zu vermeiden.
Wünschenswert wäre ein ‚flexibler Einsatz' von Home Treatment, z.B. für die ersten 2-3 Monate nach stationärer Entlassung, wenn die PIA-Behandlung noch nicht ausreicht. HT für ‚zwischendurch' könnte als Krisenmanagement eingesetzt werden, um stationäre Aufnahmen zu verhindern.

Korrespondenzadresse des Autors

Dr. Frank Röhr. Oberarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,
Leiter der Institutsambulanz (PIA) / Forensische Ambulanz / Home Treatment
LWL-Klinik Lengerich, Parkallee 10, 49525 Lengerich
Tel. 05481 / 12-301
E-Mail: frank.roehr@lwl.org

Woran orientiert sich eine Pharmakotherapie im neuen Entgeldsystem?[1]

Thomas Aubel

Das pauschalierende Entgeldsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist ein in Deutschland angewandtes Patientenklassifikationssystem, das auf Grundlage einer tagesbezogenen Kostenkalkulation in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise Art und Anzahl der behandelten Krankenhausfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzen soll.

Die Kritik an dem System wird folgendermaßen dargestellt:
Die gesetzten Anreize drohen zu einer gravierenden Verschlechterung der Versorgung psychisch Kranker im stationären Rahmen zu führen, vor allem die Schwerkranken scheinen Nachteile zu haben, weswegen der Schweregrad der Erkrankung differenzierter als bisher abgebildet werden sollte. Es besteht die Befürchtung, dass Akut- und Pflichtversorger von psychisch Erkrankten schlechter in der Budgetierung abschneiden. Das ambulante System kann nicht auffangen, was stationär abgebaut werden soll. Die Psych-PV wird ungültig und so entfällt die Personalgrundlage. Die verweildauerabhängige Vergütung, die z.T. mit unplausibel hohen Vergütungsstunden eingeht, setzt viele Anreize, die Patienten vorzeitig zu entlassen und innerhalb der Fallzusammenführungskraftfrist (z.Zt. 21 Tage demnächst 6 Tage) auch nicht wieder aufzunehmen. Der Vorrang der Ökonomie vor dem eigentlich Notwendigen spielt eine immer größere Rolle. Es findet keine gesonderte Vergütung für Kliniken statt, die der Pflichtversorgung obliegen und es gibt keine Ansätze zur Überwindung der sektoralen Finanzierung (stationär, teilstationär oder ambulant).

Es ist daraus zu erkennen, dass das ursprünglich kommunizierte Ziel der besseren Leistungstransparenz, ein vermehrtes Therapieangebot einer gerechteren Leistungsverteilung nicht mehr zu erkennen ist. Vorteile zur Psych-PV-Einteilung sind bisher auch nicht zu erkennen. Das eigentliche Ziel war immer rein die Liegezeitverkürzung, die daraus resultierende „blutige Entlassung“ der Patienten mit längeren Liegezeiten, insbesondere im Bereich der affektiven Störung und der Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Die wirkliche Verkürzung der mittleren Liegezeiten bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektiven Störungen wird „das Ziel der Reform“ sein.

Wie könnte dann eine an dem PEPP-System orientierte Pharmakotherapie aussehen?

- Unterstützung der Verkürzung der Liegezeit,
- Optimierung der Vergütungsschwellen (6 Tage)

SCHIZOPHRENIE
Mitteilungsorgan der ***gfts***
Jahrgang 32 (2016)

1) Artikel auf der Basis eines Vortrages anlässlich des Jahreskongresses der gfts am 5. und 6.11.2015 in Dortmund

- Unterstützung der Leistungsoptimierung
- Verbesserung des Überleitungsmanagement und insbesondere
- Verhinderung der Wiederaufnahme (Fallzusammenführung/Verkettung) innerhalb von 21/6 Tagen

Auf der anderen Seite soll in der Akutbehandlung in erster Linie die 1:1-Überwachung durchgeführt werden, weil diese möglicherweise lukrativ ist, sollte evtl. eine akute intensive Pharmakotherapie nicht zu früh einsetzen.

Behandlungszeitraum und Intensität werden in Zukunft zunehmend durch das Medizincontrolling gesteuert werden. Therapieentscheidungen im Akutbereich sind ggf. nur noch alle 6 Std. bis zur nächsten Dokumentation von Zusatzleistungen erkennbar.

Oder ist ein schnellerer Einsatz von z.B. Depot-Medikamenten möglicherweise die sicherste Rückfallprophylaxe?
Hat eine klassische Depot-Medikation einen schnelleren Wirkeintritt und niedrigere Frührelapsdaten?
Oder ist eine Hochdosistherapie, wie wir sie früher kannten, die aber z.B. noch in Italien durchgeführt wird, zur schnelleren Entlassbarkeit trotz Nebenwirkungen notwendig?
Oder ist auch eine Kombinationstherapie mit z.B. Benzodiazepinen über einen längeren Zeitraum erforderlich, um einen Rückfallrisiko innerhalb von 21/6 Tagen zu verhindern?
Wie ist die Versorgung nach dem stationären Aufenthalt?
Ist die Tagesklinik möglicherweise zur Therapieoptimierung kurzfristig erforderlich?
Oder die Tagesstätte für psychisch Kranke als alternative Form?

In der Psychiatrie gibt es im Vergleich zu operativen Fächern (z.B. Hüft-OP.) keine Routinerehabilitation.
Wo wäre der Nutzen in der Psychiatrie in der Liegezeitverkürzung bzgl. Remission? Wer macht eine hochfrequente Rehabilitation und Wiedereingliederung?
Gibt es überhaupt Daten, Zahlen, Fakten bzgl. langfristiger Stabilisierung nach Kurzintervention?
All dies sind Fragen, wie eine Akuttherapie und eine Langzeittherapie unter der Bedingung des PEPP-Systems zu erfolgen hat. Der differenzierte Einsatz der Antipsychotika mit einer bestmöglichen Wirkung bei möglichst wenig Nebenwirkungen ist immer noch hehres Ziel unserer Behandlung und das Ziel der Langzeittherapie ist individuell abhängig vom Nutzen-/Risikoprofil. Der differenzierte Einsatz der Antipsychotika richtet sich bei sehr ähnlicher Wirksamkeit eher nach dem Nebenwirkungsprofil bzw. der Akut- oder Langzeitverträglichkeit, d.h. die schnellstmögliche Wirkung bei möglichst wenig Nebenwirkungen und eben halt die Vermeidung von Rezidiven und die Systemkontrolle.

Welche Prädiktoren/Entscheidungshilfen stehen uns zur Verfügung? (Abb 1 Seite 35)
In der Übersichtsarbeit von Stefan Leucht (Leucht s. et all Fortschritt neuro.psychiatr. 2013,Seite 81 E1-E13) wird

Thomas Aubel

- Bekanntes gutes Ansprechen auf ein Antipsychotikum als positiver Prediktor für erneut gutes Ansprechen
- Frühes Ansprechen in den ersten 2 Wochen
- Bekannte Nebenwirkungen bei früherer Behandlung
- Nebenwirkungsprofil und individuelle Patientencharakterstika (Diabetes, Herzerkrankungen, etc.)
- Bei Langzeittherapie und geplantem Depot vorherige Response und Verträglichkeit der oralen Medikation welche in Depotform erhältlich ist
- Berücksichtigung der Patientenpreferenz ("shared decision")

Abb. 1: *Prädiktoren/Entscheidungshilfen für die Medikamentenwahl (nach LEUCHT S et al 2013)*

als Prädiktor das bekannte gute Ansprechen auf ein Antipsychotikum als positiver Prädiktor für ein erneutes Ansprechen gesehen. Des Weiteren insbesondere das frühe Ansprechen in den ersten zwei Wochen, die Nebenwirkungen aus früheren Behandlungen, das Nebenwirkungsprofil und individuelle Patientencharakteristika wie z.B. Diabetes, kardiale Erkrankungen etc. bei Langzeittherapie und geplanten Depot, die vorherige Disposition und Verträglichkeit der Oralmedikation, welche in Depotform erhältlich ist und insbesondere natürlich die Berücksichtigung der Patientenpräferenz im Sinne eines shared decision making.

Welche akutwirksamen Antipsychotika stehen uns zur Verfügung und wie sie sind sie untereinander in ihrer Wirksamkeit vergleichbar? (siehe Abb. 2).

Und wie sieht es mit den Nebenwirkungen aus (siehe Abb. 3 Seite 36).

Insbesondere die Abbrüche wegen Nebenwirkungen stellen eine Einschränkung des Einsatzes der Antipsychotika dar (siehe Abb. 3 Seite 36).

Eine besondere Herausforderung stellt die Früherkrankungsphase dar.

Typisches Alter bei Erstdiagnose liegt zwischen dem 20. und 28. Lebensjahr. Die kritische Phase ist der Einstieg in

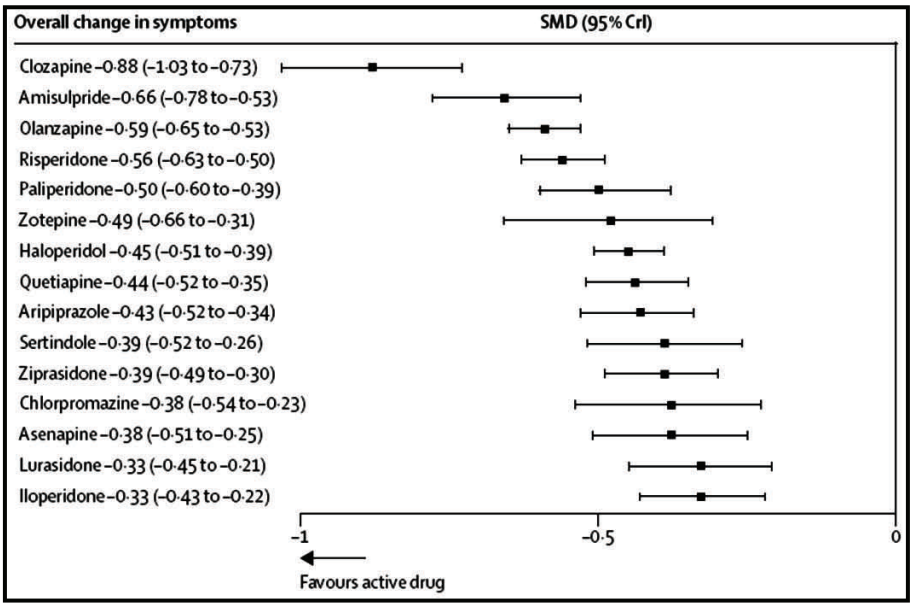


Abb. 2*: Wirksamkeit versus Placebo (nach Leucht et al 2013)*

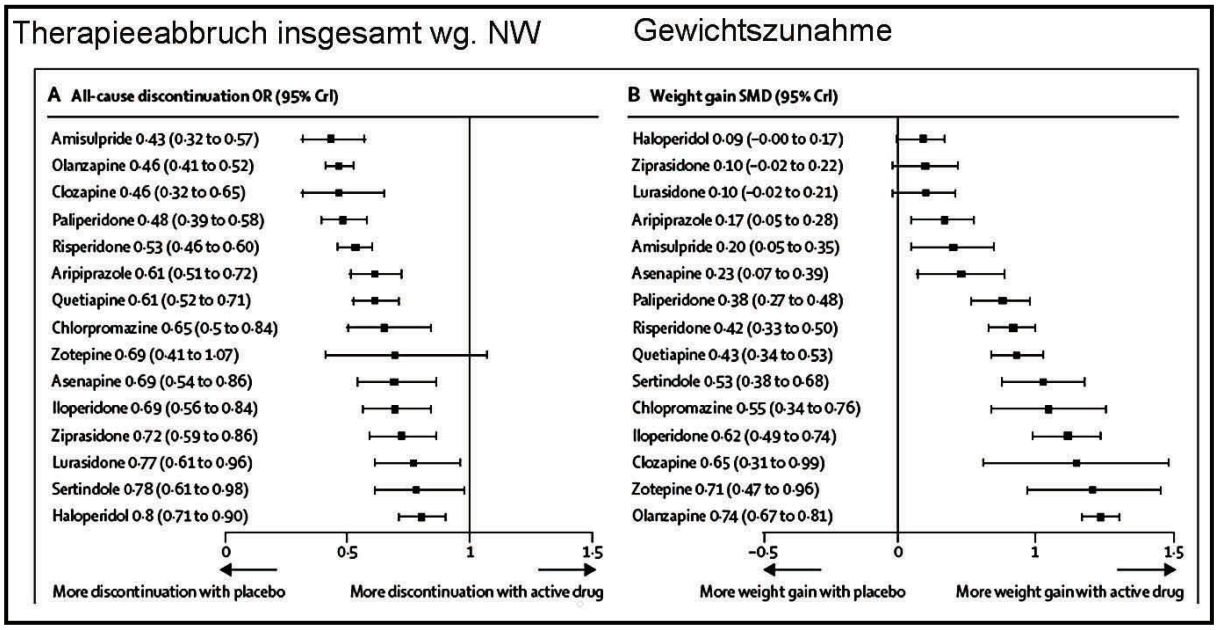


Abb. 3: *Nebenwirkungen versus Placebo (nach Leucht et al 2013)*

den Beruf, Ende des Studiums mit verstärkter Prüfungsbelastung oder z.B. in einer Partnerschaft. Insbesondere ist in dieser Phase häufig eine fehlende Krankheitseinsicht vorhanden.

Ziel der Behandlung ist der Erhalt kognitiver Fähigkeiten und des psychosozialen Funktionsniveau. Eine richtige, gut verträgliche Medikation ist die entscheidende Weichenstellung für Krankheitsverlauf und Zukunft des Patienten. Insbesondere die Rückfallraten bei Ersterkrankung nach Absetzen sind extrem hoch. Die mangelnde Adhärenz zeigt weitreichende medizinische Auswirkungen (siehe Abb. 5 Seite 37). Auf der anderen Seite kann durch eine Depotmedikation die Adhärenz signifikant beeinflusst werden (siehe Abb. 6).

Für die Praxis sind die Vorteile des frühen Einsatzes von modernen Depotpräparaten, folgende:

Bereits nach der Diagnosestellung sollte

- Typisches Alter bei Erstdiagnose liegt zwischen 20 und 28 Jahre
- Kritische Phase – ist der Einstieg in den Beruf,Ende des Studiums mit vermehrter Prüfungsbelastung
- oder z.B. Ende einer Partnerschaft
- Fehlende Krankheitseinsicht ist häufig vorhanden
- Ziel der Behandlung ist der Erhalt kognitiver Fähigkeiten und des psychosozialen Funktionsniveaus
- Die richtige gut verträgliche Medikation ist die entscheidende Weichenstellung für Krankheitsverlauf und Zukunft des Patienten

Abb. 4: *Herausforderung frühe Krankheitsphase*

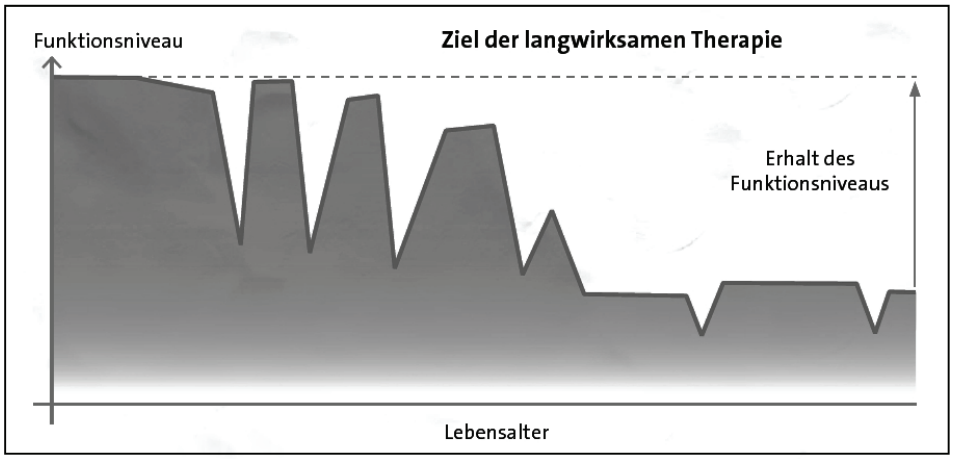
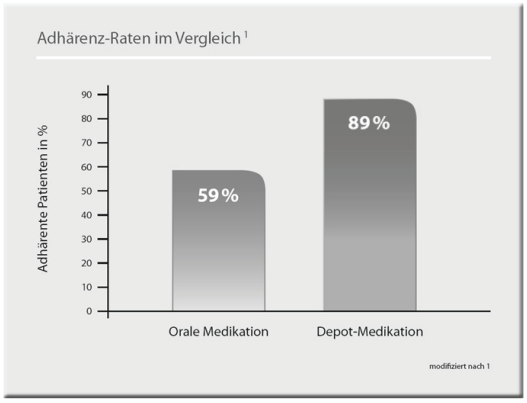


Abb. 5: *Funktionsfähigkeit im typischen Krankheitsverlauf (nach Lieberman 1996 , 2007)*

man die Gestaltung der Langzeittherapie planen. Man sollte über die Nebenwirkungen aufklären, da diese häufig zum Absetzen der antipsychotischen Medikation führen. Was daraus folgt, ist eine Verschlechterung der Prognose und oft auch ein sozialer Abstieg. Man kann heutzutage mit modernen nebenwirkungsarmen und langwirksamen Präparaten vorbeugen und damit eine Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentengabe erreichen. Häufig wird diese von dem Patienten gut akzeptiert und man erhofft sich, dass dadurch weitere Rezidive verhindert werden können.

Zusammengefasst ist festzustellen, dass bei einer „peppigen" Pharmakotherapie der Faktor Zeit wichtig ist, weil wir eine rasche Symptomkontrolle benötigen, was allerdings leider nicht die Heilung/Remission als Hauptkriterium hat. Auf der anderen Seite brauchen wir eine gute Verträglichkeit, da die Umstellung (Zeitverlust) in kurzem Zeitraum notwendig ist.



- Mit einer Depot-Medikation wird eine signifikant höhere Adhärenz-Rate erzielt als mit oraler Medikation[1]
- Patienten sind von der täglichen Tabletteneinnahme befreit
- Die Depot-Medikation steht für ein klares, einfaches Therapieschema mit hoher Behandlungsakzeptanz[2,3]

Abb. 6: *Die Medikation beeinflusst signifikant die Adhärenz (1) Weiden P J et al 2009, (2) Moritz S et al 2009, (3) DNP Report 12/2009*

Von dem Patienten wird eine hohe Akzeptanz gefordert, was wiederum die Compliance steigert. Die verschiedenen Darreichungsformen incl. Depots erleichtern uns die Übergänge von der Akut- in die Langzeitbehandlung und wir erhoffen uns dadurch eine höhere Effektivität und schnellere Wirkung.

Auf der anderen Seite ist aber natürlich festzustellen, dass die therapeutische Bindung zum Patienten immer noch das entscheidende Kriterium ist, was uns auch im Zeitalter von PEPP nicht davon abhalten sollte, dies im Rahmen unserer Behandlung intensiv zu ermöglichen.

Korrespondenzadresse des Autors

Dr.Thomas Aubel
Stellv. Direktor/leitender Oberarzt
Kliniken Essen-Mitte
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosoamtik und Suchtmedizin
Henricistr. 92
45136 Essen
Email: t.aubel@kliniken-essen-mitte.de

Die Versorgungssituation für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen

Arno Deister

Einleitung

Menschen mit langwierigen und chronischen psychischen Erkrankungen sollten im Fokus eines umfassenden und zukunftsfähigen Versorgungssystems in Deutschland stehen. Allerdings bringt es eine Vielzahl von Einschränkungen mit sich, dass dieser Anspruch nicht durchgehend verwirklicht werden kann bzw. verwirklicht wird (Deister und Wilms 2014). Insbesondere die hochgradige Fragmentierung des Gesundheitssystems und dessen Finanzierung führen immer wieder zu Brüchen in der Kontinuität der Behandlung und der Kontinuität der Beziehung. Insgesamt hat sich die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten jedoch deutlich verbessert. Betrug die durchschnittliche Verweildauer in einer Psychiatrischen Klinik 1975 noch etwa 250 Tage pro Fall, so ist diese Dauer im Jahr 2015 auf durchschnittlich 23 Tage zurückgegangen. Im Jahr der Psychiatrie-Enquete 1975 befanden sich noch fast die Hälfte aller Patienten länger als fünf Jahre durchgehend in einem Krankenhaus. Vergleichbar lange Verweildauern kommen heute praktisch nicht mehr vor.

Nach einer Einschätzung von Asmus Finzen ist die „Geschichte der jüngeren Psychiatrie die Geschichte eines dramatischen Wandels der Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen. Es ist die Geschichte der Entwicklung von der Verwahrung der Kranken als Leitprinzip zur Behandlung und Rehabilitation und zur Reintegration in die Gemeinschaft der Gesunden als vorrangigen Therapiezielen“ (Finzen, Erlebte Erinnerungen).

Bedeutung chronisch psychischer Erkrankungen

Eine chronische psychische Erkrankung ist zweifellos ein komplexes Geschehen. Die individuellen Verläufe sind in der Regel nicht wirklich vorhersehbar. Die sozialen Netzwerke von Menschen mit chronischen Erkrankungen sind meist klein und wenig tragfähig. Nach langer Erkrankung umfassen sie oft nur noch ebenfalls betroffene Menschen und professionelle Helfer. Die schwächsten unter den chronisch Kranken sind die langfristig hospitalisierten Patienten. Chronisch psychisch Kranke sind chronisch körperlich Kranken formalrechtlich gleichgestellt. In der Praxis werden sie jedoch trotzdem häufig benachteiligt.

Psychische Erkrankungen weisen insgesamt eine beachtliche Häufigkeit und Belastung des sozialen Systems auf. Etwa 11 % aller im Gesundheitswesen entstehenden Kosten (2014: 314 Milliarden

€) werden für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgegeben.
Nach aktuell gültigen Definitionen (DGPPN 2012) handelt es sich bei Menschen mit chronischen Erkrankungen um Menschen, die über längere Zeit, d.h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen, die mit erheblichen Ausfällen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind. In der Psychiatrie sind dies insbesondere Patienten mit schizophrenen und schweren affektiven Störungen, schweren Persönlichkeitsstörungen, sowie Patienten mit schweren Angst- und Zwangsstörungen.

Im Bereich des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen - und hier insbesondere für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen - beschäftigen wir uns aktuell besonders mit folgenden Fragen:

- Individualisierung und Flexibilisierung der Behandlung
- Einsatz integrativer Versorgungsformen
- Verminderung von Stigmatisierung
- Möglichkeiten der sekundären und tertiären Prävention
- Recovery-Orientierung und Empowerment
- Überwindung der Fragmentierung des Gesundheitssystems
- Aufsuchende Behandlung
- Adäquate Finanzierung
- Wissenschaftliche Evidenz der Interventionen.

Schizophrene Störungen als ein Beispiel für chronische psychische Erkrankungen

Bei schizophrenen Störungen handelt es sich insgesamt um relativ häufige Erkrankungen. 0,7-1,4% der 15- bis 65-jährigen in Deutschland erkranken irgendwann in ihrem Leben einmal an einer schizophrenen Störung. 68% der Betroffenen hatten in den letzten zwölf Monaten Kontakt zum Versorgungssystem. Nach der ersten Krankheitsepisode sind nur noch 30% der betroffenen Menschen in den Arbeitsmarkt integriert. Bezüglich der langfristigen Beeinträchtigung nimmt die Schizophrenie in der Gruppe der 15- bis 44-jährigen weltweit die dritte Stelle unter allen Erkrankungen ein (DGPPN 2005).

Nur wenige der von einer schizophrenen Psychose betroffenen Menschen bleiben langfristig ohne krankheitsbedingte Einschränkungen im psychosozialen Bereich. Die individuellen Behandlungskosten sind in hohem Maße von der jeweils behandelnden Institution abhängig. Dabei entstehen für eine intensive rehabilitative Behandlung sowie eine Behandlung im stationären Krankenhausbereich die jeweils höchsten jährlichen Behandlungskosten. Diese betragen durchschnittlich 30.000 - 40.000 € pro Jahr. Im Sinne eines biopsychosozialen Modells der Entstehung schizophrener Störungen kommt dem Zusammenwirken von

Vulnerabilität (Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken), Stressfaktoren (Situationen, die zum Ausbruch der Erkrankung führen), und Copingstrategien (Umgang mit der Erkrankung und Bewältigungsstrategien) die höchste Bedeutung in der Ätiopathogenese zu.

Im psychosozialen Behandlungsbereich werden eine Vielzahl von unterschiedlichen Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen angeboten, die in Deutschland in unterschiedlichen Büchern des Sozialgesetzbuches verankert sind. Die wesentlichen dieser Sozialgesetzbücher sind:

- Arbeitsförderung (SGB III)
- Krankenversicherung (SGB V)
- Rentenversicherung (SGB VI)
- Unfallversicherung (SGB VII)
- Teilhabe (SGB IX)
- Pflegeversicherung (SGB XI) und
- Wiedereingliederung (SGB XII)

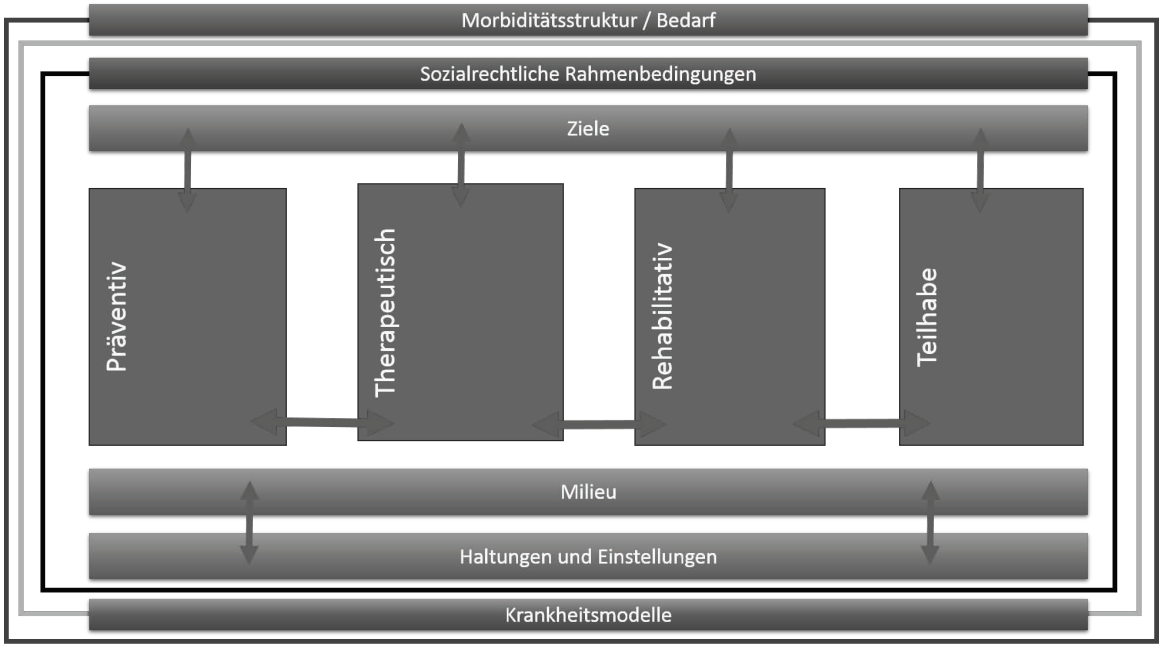
Das Versorgungssystem

Das Versorgungssystem für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen in Deutschland ist gegliedert in strukturell und finanziell unterschiedliche Bereiche. Im idealen Fall entsteht dadurch ein aufeinander bezogenes und vernetztes Behandlungsangebot, das die individuellen Bedürfnisse und Anforderungen der betroffenen Patientinnen und Patienten erfüllt. Die Abb. 1 stellt die grundlegende Struktur des Systems dar.

Strukturelle Aspekte

Aktuell unterteilen sich die therapeutischen Aspekte strukturell in verschiedene Formen des Behandlungssettings: Vollstationär, stationsersetzend, teilstationär, ambulant in der Klinik, ambulant aufsuchend und ambulant in der Praxis.

Abb. 1: *Struktur des Versorgungssystems*



Arno Deister

Die stationäre und teilstationäre Behandlung erfolgt in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken bzw. psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken. In Deutschland gibt es für Erwachsene etwa 450 Kliniken für Akut-Psychiatrie bzw. – Psychotherapie. Stationsersetzende bzw. stationsäquivalente Behandlung geschieht in der Regel in Form von Home-Treatment durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam im gewohnten Lebensumfeld der Patienten. Die ambulante Behandlung erfolgt entweder in der Praxis von niedergelassenen Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzten oder bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen auch durch Psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken. Die Übergänge zwischen den einzelnen Behandlungsformen sind nicht selten durch unterschiedliche Finanzierungshöhe bzw. unterschiedliche Kostenträger erschwert. Häufig kommt es dabei zu inhaltlichen oder organisatorischen Brüchen in der Behandlungskontinuität. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft in der Regel das Vorliegen der Voraussetzungen für die Behandlung im jeweiligen Behandlungssetting.

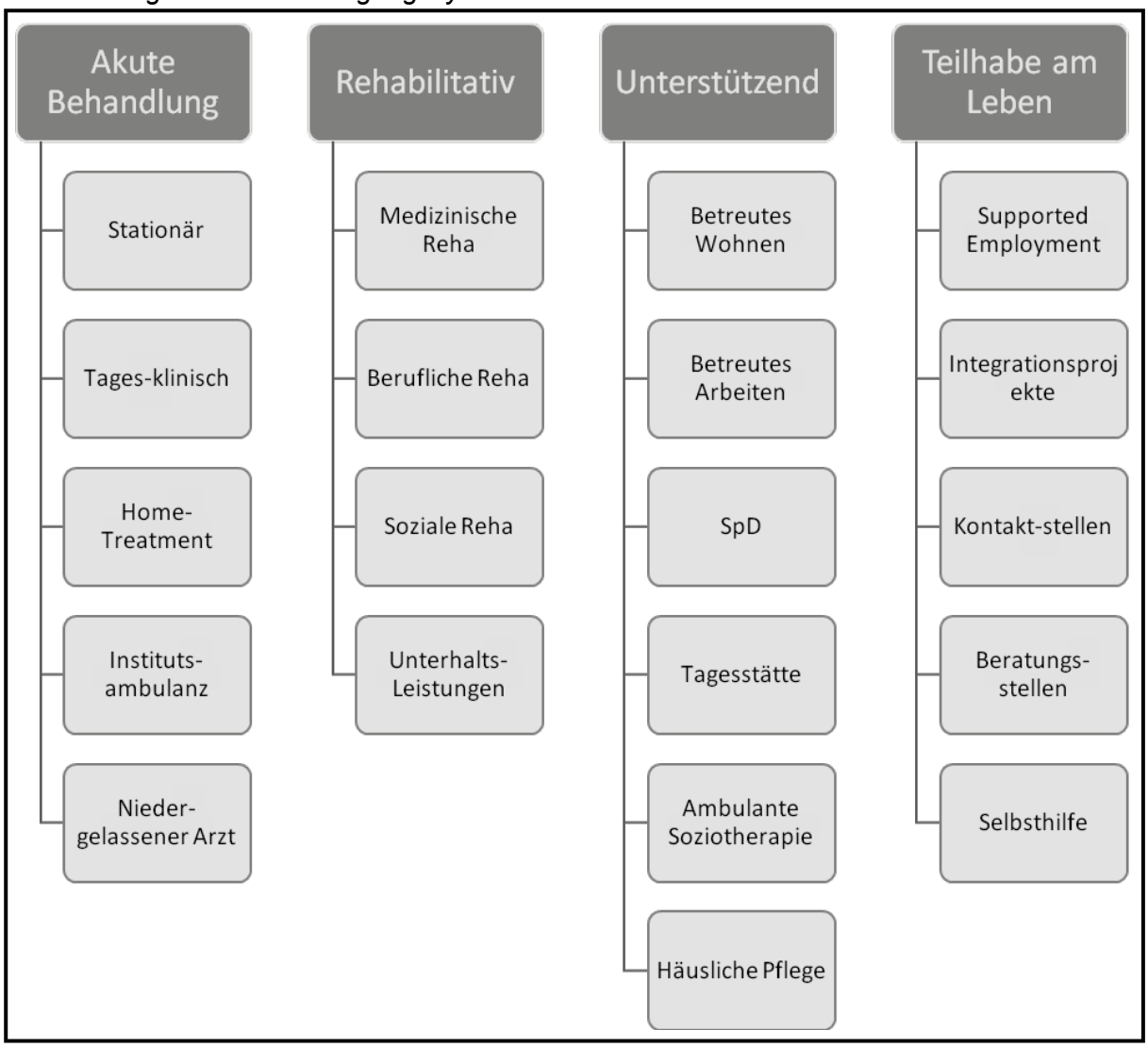
Rehabilitative Behandlung erfolgt in Form der Medizinischen Rehabilitation, der Beruflichen Rehabilitation, der Sozialen Rehabilitation und durch Unterhaltssichernde Leistungen. Speziell auf die Rehabilitation ausgerichtete stationäre Behandlungseinrichtungen sind in Deutschland nicht flächendeckend vorhanden. Viele rehabilitative Maßnahmen erfolgen bereits in den Kliniken, die auch die Behandlung der akuten Krankheitsphase durchgeführt haben. Ansonsten sind in diesem Bereich vernetzte teilstationär-ambulante Versorgungsformen vorhanden, die über ein breites Behandlungs- und Unterstützungsangebot verfügen. Dazu gehören z.B. Angebote des betreuten Wohnens, des betreuten Arbeitens, die Sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter, Tagesstätten, Maßnahmen der ambulanten Soziotherapie oder der häuslichen Pflege. Besondere Bedeutung haben die Maßnahmen, die die Teilhabe am Leben aktiv unterstützen. Dazu gehören in erster Linie Angebote der unterstützten Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt (Supported Employment), Integrationsprojekte, Psychosoziale Beratungsstellen und Angebote der Selbsthilfe. Abb. 2 (siehe Seite 44) zeigt einen Überblick über die vorhandenen Angebote im Versorgungssystem.

Therapeutische Aspekte

Die Behandlung erfolgt je nach bestehender Symptomatik und an der jeweiligen Krankheitsphase ausgerichtet medikamentös (psychopharmakologisch), psychotherapeutisch und mit psychosozialen Therapieangeboten. Gerade im Bereich der störungsspezifischen Psychotherapie und der psychosozialen Therapieverfahren haben sich in den letzten Jahren neue und interessante Entwicklungen ergeben.

Entsprechend den gültigen Leitlinien ist es das Ziel der Behandlung, dass es zu einer möglichst weitgehenden Reduktion der Symptomatik kommt und dabei die

Abb. 2: *Angebote im Versorgungssystem*



Fähigkeit zur Teilhabe am Leben erhalten bzw. wiederhergestellt wird. Übergeordnetes Ziel sozialpsychiatrischer Interventionen in der Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störung ist es, den therapeutischen Prozess zu begleiten und die Selbstbefähigung (Empowerment) zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben zu fördern (Hoffmann und Jäckel 2015).

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und in ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können (DGPPN 2005).

Zur Erreichung dieser Ziele sind bestimmte Grundprinzipien der Behandlung unverzichtbar. Zu den grundsätzlichen Rahmenbedingungen gehören in erster Linie die bewusste und gestaltete Beziehung zwischen Behandler und Patient, die personen- und bedürfnisorientierte Ausrichtung der Behandlung, verlässliche Information und Aufklärung, Nähe zum Wohnort und zum Alltag, die Kombination und Vernetzung der verschiedenen Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten sowie spezifische Therapieansätze für verschiedene Behandlungs- und Erkrankungsphasen.

Wesentliche Haltungen und Einstellungen im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sind die Berücksichtigung der Autonomie der Patienten, das Streben nach partizipativer Entscheidungsfindung, Empathie und Respekt im Kontakt mit den Menschen und dabei die Berücksichtigung der Ziele der Konvention für Menschen mit Behinderung der Vereinten Nation (DGPPN 2012).

Ein wesentlicher therapeutischer Aspekt besteht in der Förderung der Selbstbefähigung und der Eigeninitiative der Patienten. Die Patienten sollen in der Lage sein, eigene Wünsche und Ziele festzulegen und Entscheidungen zu treffen; der Selbstwert soll gestärkt werden. Diese Ziele des „Empowerment“ müssen durchgehend ein Maßstab des Handelns sein.

Alle Maßnahmen müssen im Rahmen eines milieutherapeutisch gestalteten Umfeldes stattfinden. Dabei versteht man unter „Milieutherapie“ alle „gezielt therapeutisch eingesetzten Veränderungen von Umweltfaktoren (z.B. bauliche Gegebenheiten und Organisationsstrukturen) sowie von zwischenmenschlichen Umgebungsfaktoren“ (DGPPN 2012). In Notfallsituationen hat Milieutherapie eine eher strukturierende Funktion, in akuten Krankheitsstadien wirkt sie ausgleichend, in rehabilitativen Krankheitsphasen aktivierend.

Ein weiterer wesentlicher Ansatz gerade bei psychischen Erkrankungen ist die gezielte Prävention. Dabei bedeutet primäre Prävention das Verhindern einer Erkrankung, sekundäre Prävention besteht in Maßnahmen zur Früherkennung und zur Verhinderung des Krankheitsausbruchs und die tertiäre Prävention hat die Verhinderung von Verschlechterungen bzw. die Wiedergewinnung von früheren Fertigkeiten zum Ziel. Im aktuell bestehenden Versorgungssystem ist die primäre Prävention von psychischen Erkrankungen nicht flächendeckend umgesetzt und auch nicht ausreichend finanziert. Die sekundäre und die tertiäre Prävention sind oft nicht ausreichend mit anderen therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen vernetzt.

Innovative und neue Behandlungsformen

Innovative und neue Behandlungsformen sind in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass sie durch eine gegenüber der Regelversorgung verbesserte Vernetzung und/oder eine Setting-übergreifende (stationär, teilstationär, ambulant) bzw. Sektoren-übergreifende Versorgung Vorteile in Bezug auf die Flexibilität und die Individualität der Behandlung bringen und damit oft in der Lage sind, auch längerfristig unter Bei-

behaltung der Beziehungskonstanz therapeutische und rehabilitative Angebote machen zu können.
Die aktuell möglichen neuen Versorgungsformen sind

- Modellprojekte nach §64b SGB V (Regionale Budgets)
- Angebote der integrierten Versorgung (§§ 140a ff SGB V)
- Ambulante Psychosoziale Netzwerke
- Hausarztverträge
- Disease-Management-Programme

Als *Regionale Budgets* werden Modellprojekte bezeichnet, die auf der Grundlage eines pauschalen Jahresbudgets alle durch ein Krankenhaus zu erbringenden stationären, teilstationären, stationsersetzenden und ambulanten Leistungen für die Patienten einer Region, die an einer psychischen Störung leiden, miteinander verbinden. In Deutschland gibt es aktuell 20 Modellprojekte in Regionen mit etwa 3,5 Millionen Einwohnern. Im Rahmen dieser Modellprojekte ist die Auszahlung der Budgetpauschale an das Erreichen eines Budgetziels gekoppelt. Um das Budgetziel zu erreichen, muss die Klinik jährlich näherungsweise so viele Personen behandeln wie im Jahr vor Einführung des Modells. Dabei ist es gleich, ob die Personen vollstationär, teilstationär oder ambulant behandelt werden. Jeder Patient wird - unabhängig davon, ob er einmal oder mehrmals im Jahr behandelt wird - nur einmal als Person gezählt. Besteht bei einem Patienten mehrmals im Jahr der Bedarf für eine stationäre oder institutsambulante Behandlung, muss dieser Bedarf auch gedeckt werden (Deister 2011, Deister und Wilms 2014, Deister et al. 2010). Die bestehenden Modellprojekte haben zeigen können, dass im Laufe des Projektes eine massive Verschiebung von stationären hin zu teilstationären und insbesondere zu ambulanten Leistungen erfolgt. Bei gleichem Behandlungsergebnis befinden sich die Patienten sehr viel kürzer in stationärer Behandlung. Die wissenschaftliche Begleitforschung konnte zeigen, dass durch ein solches Vorgehen die soziale Integration in die Gesellschaft langfristig deutlich verbessert wird (Roick et al. 2005, König et al. 2010).
Im Rahmen von Modellen der Integrierten Versorgung nach §140a ff SGB V werden ebenfalls sektorenübergreifende und langfristige Behandlung in einem Netzwerk von Anbietern in der Region unterstützt (Wilms et al. 2012).
Wesentliche Instrumente von integrativen Versorgungsprojekten sind das Home-Treatment (HT) und das Therapeutische Assertive Community Treatment (ACT). Home-Treatment bietet in der Regel psychiatrische Akutbehandlung an. Behandelt werden Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen, bei denen die Indikation für die akutstationäre Behandlung gegeben ist und meist auch Menschen im Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus. Home Treatment ist ein multidisziplinäres Behandlungsangebot mit möglichst geringer Mitarbeiterfluktuation. Angestrebt werden schnelle, häusliche Kriseninterventionen, die Berücksichtigung klinischer und psychosozialer Aspekte sowie die flexible Kommunikation mit dem Patienten und seinem Netzwerk. Medikamentengabe und Supervision der Ein-

nahme zu Hause, die kontinuierliche Betreuung bis zum Ende der Krise und die Gewährleistung einer kontinuierlichen Nachbetreuung gehören zum HT-Angebot, angestrebt ist eine Reduzierung stationärer Behandlungsepisoden und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen der behandelten Patienten. Die bisherigen Erfahrungen damit sprechen - in Übereinstimmung mit der internationalen Evidenz - dafür, dass Home Treatment über verschiedene Diagnosen hinweg eine gute und effektive Alternative zur stationären Behandlung darstellt. Es ergeben sich Hinweise darauf, dass regelmäßige Behandlungen zu Hause mit einer geringeren Anzahl von Krankenhaustagen verbunden sind (Wilms et al. 2012). Assertive Community Treatment (ACT) bedeutet, dass eine langfristige und hochintensive Behandlung von einem multidisziplinären Team (vorwiegend) im häuslichen Umfeld erfolgt. Damit wird die voll- und teilstationäre Behandlung auf ein vertretbares Minimum reduziert und finanzielle Ressourcen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert. Die Therapieplanung erfolgt gemeinsam mit dem Patienten und wenn immer möglich auch zusammen mit den Angehörigen.

Die Behandlung in modellhaften Projekten erfolgt in der Regel im Rahmen einer „Recovery-Orientierung“ (Amering und Schmolke 2011). Recovery beschreibt einen Prozess, durch den die Betroffenen die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung überwinden und zurück zu einem erfüllten Leben finden sollen. Recovery meint Teilhabe in und an der Gesellschaft trotz Erkrankung und damit soziale Inklusion.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden neben den oben genannten Ansätzen insbesondere auch Methoden des Case-Managements (sektorenübergreifende Verbindung präventiver, diagnostischer, therapeutischer und rehabilitative Ansätze) sowie Netzwerkgespräche (Methode des systemischen Arbeitens) eingesetzt. Das Prinzip des „Offenen Dialogs“ unterstützt diese Ansätze. Dabei werden die Familie und das soziale Netz der Patienten konsequent in den Behandlungsprozess mit einbezogen. Im Offenen Dialog ist jede einzelne Stimme wichtig, insbesondere die des Patienten selbst. In wertschätzender Atmosphäre werden Beziehungen und Bedürfnisse geklärt und damit gesundheitsfördernde Bedingungen in der häuslichen Umgebung geschaffen (Seikkula et al. 2001).

Fazit

Chronische psychische Erkrankungen sind sowohl epidemiologisch als auch gesundheitsökonomisch von enormer Bedeutung für das Gesundheitssystem in Deutschland. Es gibt bereits jetzt umfassende Angebote zur Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen. Diese Angebote sind jedoch häufig dadurch belastet, dass sowohl die Strukturen als auch die therapeutischen Ansätze stark fragmentiert sind und es häufig zu Unterbrechungen in der Behandlungs-Kontinuität kommt. Seit einigen Jahren werden zunehmend mehr Versorgungsangebote entwickelt, die sektorenüber-

greifend arbeiten und damit stärker vernetzte und integrierte Versorgungsformen schaffen können. Dadurch verlagert sich der Behandlungsschwerpunkt vom stationären in den teilstationären, ambulanten und gemeindenahen Bereich.

Literatur

Amering M, Schmolke M (2011) Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. Köln, Psychiatrie-Verlag.

Deister A (2011) Vom Fall zum Menschen. Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatriebudget. Das Gesundheitswesen 73,63-66.

Deister A, Wilms B (2014) Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Psychiatrie-Verlag, Köln.

Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster H (2010) Veränderungen der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. In: Psychiatr Prax 30, 335-342.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN; Hrsg.) (2005) S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN; Hrsg.) (2012) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer, Berlin.

Finzen A: Erlebte Psychiatrie-Geschichte. Bd. II. Online unter http://finzen.de/monographien.html (letzter Zugriff am 17.07.2016).

Hoffmann H, Jäckel D (2015) Frührehabilitation – ein Stiefkind der Psychiatrie. Psychiatr Prax. 42:235–236.

König H et al. (2010) Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen. Psychiatr Prax 37, 34-42.

Roick C et al. (2005) Das regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. Psychiatr Prax 32, 177-184.

Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J (2001) Open Dialogue in Psychosis. In: J Construct Psychol 14, 47-265.

Wilms B, Becker T, Lambert M, Deister A (2012) Modelle für eine zukunftsfähige psychiatrische Versorgung. Die Psychiatrie 9, 4-13.

Korrespondenzadresse des Autors:
Prof. Dr. med. Arno Deister
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinikum Itzehoe
Robert-Koch-Str. 2, D-25524 Itzehoe
04821/772 2801
a.deister@kh-itzehoe.de; adeister.de