

Integrierte Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen

...im psychiatrischen Krankenhaus

VNR: 2760602021093120009

Dr. med. Rainer Holzbach, Dr. med. Matthias Bender

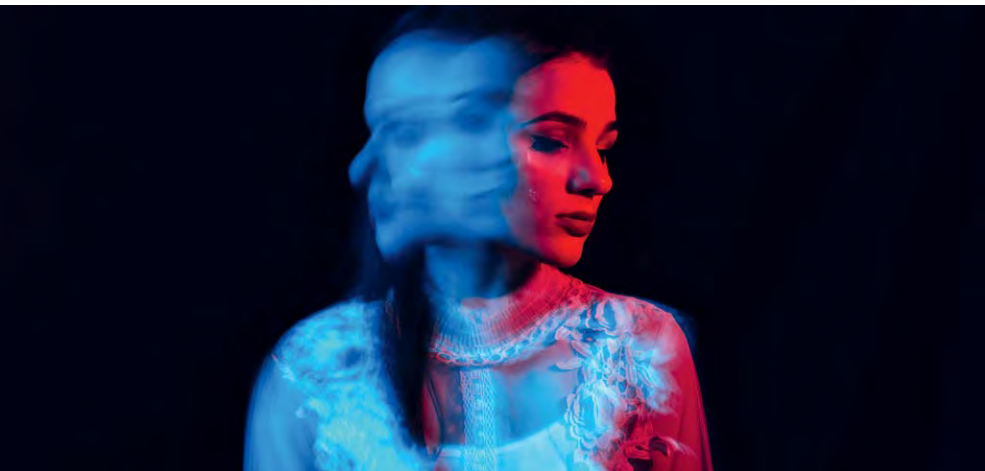


Foto: © alexkoral – stock.adobe.com

Einleitung

Psychotische Störungen gehen mit charakteristischen Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln sowie der Wahrnehmung einher. Zu ihnen gehören die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, deren Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus häufig integriert erfolgt und auf die dieser Artikel den Schwerpunkt legt: die Schizophrenien mit ihren verschiedenen Prägnanztypen (paranoid-halluzinatorische, hebephrene, katatone, zönesthetische Form und die Schizophrenia simplex), die schizoaffektiven und anhaltend wahnhaften Störungen, aber auch die akuten psychotischen Erkrankungen.

Differenzialdiagnostisch sind hiervon die sogenannten symptomatischen oder exogenen Psychosen zu unterscheiden, die aufgrund einer Schädigung bzw. Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung entstehen und meist mit einem deliranten klinischen Bild dominieren. Auch substanzbedingte psychotische Störungen werden hierunter subsumiert, unter anderem auch das Delirium tremens bei dem Alkoholentzugssyndrom. Psychotische Störungen gehö-

ren nach den affektiven und Suchterkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen in psychiatrischen Kliniken und führen auch häufig zu Behinderung mit erheblichen Folgen für die Betroffenen, weshalb sie im psychiatrischen Versorgungssystem eine große Rolle spielen.

Lebenszeitprävalenz und Erstmanifestation

Die Lebenszeitprävalenz von schizophrenen Erkrankungen beträgt weltweit zwischen 0,6 und 1,6 Prozent, das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ca. 1,4:1,0. Die Erstmanifestation der Erkrankung liegt meist früh zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, 65 % der Betroffenen erkranken bereits vor dem 30. Lebensjahr, Männer zeigen dabei einen ca. sechs Jahre früheren Erkrankungsgipfel. Die Lebenserwartung von an Schizophrenie Erkrankten ist um etwa 15–25 Jahre geringer als in der Allgemeinbevölkerung. Als Grund hierfür werden Lifestyle-Faktoren wie ein ungesunder Lebensstil, ein verändertes Gesundheitsverhalten mit geringer Nutzung des Gesundheitswesens, häufig gefördert durch Antriebsschwäche und sozialen Rückzug im Sinn der Negativsymp-

tomatik, häufige somatische Komorbiditäten, Nebenwirkungen von Medikamenten sowie die Suizidmortalität gesehen. So ist bei an Schizophrenie Erkrankten die Prävalenz von kardiovaskulären, pulmonalen, metabolischen, gastrointestinalen sowie endokrinologischen Erkrankungen erhöht [11].

Symptome

Nach ICD-10 und DSM-V, den gängigen internationalen Klassifikationssystemen, werden als psychotische Störungen Erkrankungen mit bestimmten Symptommustern zusammengefasst. Legt man das Positiv-Negativ-Konzept zugrunde, so gehören zu den Positivsymptomen Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen und Illusionen, Wahnsymptome mit bizarren Wahninhalten und Ich-Störungen (Perforation der Grenzen zwischen dem Ich und der Umwelt mit Symptomen wie Gedankeneingebung oder -entzug; dem Erleben des von außen Gemachten). Zu den Negativsymptomen zählen bspw. Verarmung von Sprache, Mimik, Gestik und Antrieb sowie sozialer Rückzug.

Vor allem chronisch verlaufende schizophrene Erkrankungen gehen häufig mit kognitiven Defiziten, wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, einher. Als charakteristisch gelten Störungen in den Exekutivfunktionen, zu denen unter anderem plan- und zielorientiertes Verhalten mit Koordinieren und Sequenzieren von Handlungen, Informationsverarbeitung, Arbeitsgedächtnis, verbales und visuelles Lernen sowie Impulskontrolle und Emotionsregulation gehören.

Häufig soziale Behinderung als Folge

Während im Rahmen von Akutbehandlungen psychotischer Erkrankungen im

Krankenhaus häufig die Therapie von Positivsymptomen im Vordergrund steht, bestimmen bei chronischen Verlaufsformen vorwiegend Negativsymptome sowie kognitive Defizite die Prognose der Erkrankung im Hinblick auf berufliche und gesellschaftliche Teilhabe. Weiterhin sind ein frühes Erkrankungsalter, männliches Geschlecht, eine geringe Therapieadhärenz, eine hohe Anzahl vorausgegangener psychotischer Exazerbationen sowie geringe Therapierespons als Risikofaktoren für ungünstige Verläufe mit erheblichen sozialen Folgen zu sehen [7].

Chronisch verlaufende psychotische Erkrankungen führen zu einer hohen Krankheitslast durch vorzeitigen Tod und Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens. Sie gehen in hohem Maße mit sozialer Behinderung einher. 25 Jahre nach Beginn der Erkrankung zeigen ca. 49 % der Probanden eine reine Negativsymptomatik, ca. 34 % eine Positiv- und Negativsymptomatik sowie 7 % reine produktive Beschwerden. Lediglich 7 % sind symptomfrei [13].

Ein Großteil der Betroffenen ist langfristig auf psychosoziale Hilfen angewiesen. Diese beinhalten unter anderem Angebote in Werkstätten für Behinderte, Tagesstätten sowie Fachleistungsstunden im Rahmen des betreuten Wohnens. Ein Teil der Betroffenen ist nicht mehr zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage und auf Angebote des stationären Wohnens angewiesen.

Verbesserung der Prognose

Zur Verbesserung der Prognose psychotischer und vor allem schizophrener Erkrankungen ist deswegen von Bedeutung, dass, begleitet von psychoedukativen Interventionen unter Einbeziehung der Angehörigen, medikamentöse und psychotherapeutische durch psychosoziale und rehabilitative Angebote ergänzt werden und die Versorgung der Betroffenen nach Möglichkeit integriert erfolgt. Insbesondere ist hier anzustreben, dass stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote des psychiatrischen Krankenhauses gut untereinander und mit den Angeboten des komplementären Hilfesystems vernetzt werden.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Integrierte Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen im psychiatrischen Krankenhaus“ von Dr. med. Rainer Holzbach und Dr. med. Matthias Bender finden Sie nachfolgend abgedruckt und auch im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25.

Februar 2021 bis 24. August 2021 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben des Autors sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Laufzeit geändert: Alle CME-Fortbildungen sind jetzt nur noch sechs Monate lang zu bearbeiten.

Ziel sollte hier, wie auch in der Psychoedukation, stets sein, die Fähigkeiten der Patienten für Selbstbefähigung, Eigeninitiative und aktive Krankheitsbewältigung im Sinne von „Empowerment“ zu stärken und diese aktiv in die Entscheidungsfindung für die Art und den Umfang ihrer Behandlung miteinzubeziehen („shared decision making“ als Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung). Im Sinne des „Recovery-Gedanken“ sollte hierbei nicht allein die Symptomreduktion eine Rolle spielen, sondern vor allem die Überwindung von persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen der Erkrankung. Maßnahmen zu einer verbesserten Teilhabe, wie rehabilitative Angebote, sind daher individuell auf die Patienten und deren Situation sowie Ziele abzustimmen.

Früherkennung von Risikogruppen und Frühintervention

Ein besonderes Augenmerk gilt der Früherkennung von Risikopersonen bzgl. psychotischer Störungen, wobei den schizophrenen Erkrankungen aufgrund deren häufig chronischen und ungünstigen Verlaufs eine besondere Bedeutung zukommt. Zu den Risikopersonen gehören bspw. solche mit einer genetischen Vulnerabilität für schizophrene Erkrankungen (wie Angehörige 1. und 2. Grades von an Schizophrenie erkrankten Personen). Aber auch Personen mit abgeschwächten oder vorübergehenden psychotischen Symptomen

im Sinne von psychosenahen Prodromalsymptomen gehören zur Risikopopulation.

Bei alleiniger Betrachtung von attenuierten Positivsymptomen fanden sich Übergangsraten in eine psychotische Erkrankung von 15 % nach zwölf, 20 % nach 24 und 23 % nach 36 Monaten [6, 16]. Die ersten Symptome für eine psychotische Entwicklung sind jedoch häufig unspezifisch und können deshalb nicht zu einer Vorhersage herangezogen werden (wie bspw. Nervosität, Depressivität, Ängste, kognitive Defizite, Leistungseinbruch, sozialer Rückzug). In der „ABC-Schizophrenie-Studie“ von Häfner und weiteren internationalen Studien zum Frühverlauf von Schizophrenie konnte gezeigt werden, dass vor dem ersten Behandlungskontakt mindestens ein Jahr psychotische Symptome und im Mittel fünf Jahre nicht-psychotische Prodromalsymptome vorausgehen. Vor diesem Hintergrund sind verbesserte Präventionsmöglichkeiten zu nutzen.

Insbesondere ist hierfür eine Aufklärung über die Erkrankung, Risiko- und Prodromalsymptome in Schulen, den sozialen Medien und im Internet von Bedeutung, verbunden mit entsprechenden Kontakt- und Hilfsangeboten. Denn je früher die Schizophrenie erkannt und behandelt wird, desto besser ist deren Prognose. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden in Deutschland seit den 1990er-Jahren an verschiedenen Orten Früherkennungs- und Präventionszentren etabliert [4], die

über Frühsymptome aufklären und systematische Diagnostik zur Risikoabschätzung durchführen [8]. Das Früherkennungs- und Therapiezentrum FETZ an der Universitätsklinik Köln, 1997 eröffnet, war beispielsweise das erste seiner Art in Deutschland.

Bei erhöhtem Psychoserisiko sollten zur Verhinderung der ersten psychotischen

Episode modulare und komplexpsychiatrische Interventionen zum Einsatz kommen, wobei hierfür Familieninterventionen, kognitive Verhaltenstherapie und psychoedukative Maßnahmen am besten evaluiert sind [16]. Bei Vitos Kurhessen wird zum Beispiel eine niederschwellige Sprechstunde hierfür in Kassel und in Bad Emstal angeboten.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote in psychiatrischen Kliniken

Menschen mit psychotischen Erkrankungen sollten nicht nur medikamentös, sondern auch psychoedukativ und psychotherapeutisch behandelt sowie vor allem bei chronischen Verlaufsformen, wie bei den schizophrenen Erkrankungen, psychosozial bei ihrer Lebensbewältigung unterstützt werden. Insbesondere der psychotherapeutischen Behandlung von Psychosen kam in jüngerer Zeit eine zunehmende Bedeutung zu. Die Behandlung kann, je nach Schweregrad der Erkrankung und Interventionsbedarf, stationär bzw. stationsäquivalent, teilstationär oder ambulant erfolgen. Bei schweren Krankheitsverläufen kann nach abgeschlossener stationärer Behandlung zur weiteren Stabilisierung und Verbesserung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe eine tagesklinische (teilstationäre) Behandlung erforderlich werden.

Fachpsychiatrische Diagnostik

Bei der Erstmanifestation von psychotischen Erkrankungen ist eine frühzeitige fachpsychiatrisch eingeleitete Diagnostik von entscheidender Bedeutung.

► Kommen Betroffene mit einer psychotischen Erkrankung in die psychiatrische Klinik, so gilt es zunächst, mögliche organische bzw. substanzspezifische Einflussfaktoren festzustellen oder auszuschließen.

► Im Rahmen einer ausführlichen Eigen- und Fremdanamnese werden genetische Risikofaktoren erkannt sowie aktuell und in der Vergangenheit wirksame Stressoren identifiziert.

► Eine ausführliche körperliche internistische und neurologische Untersuchung sowie eine Baseline-Diagnostik (Erhebung von basalen Laborparametern, Drogenscreening, kraniale Bildgebung) sind im Rahmen des diagnostischen und differentialdiagnostischen Prozesses indiziert.

► Eine vertiefende organische Diagnostik unter Einschluss einer Liquoruntersuchung erfolgt vor allem dann, wenn die Erkrankung früh und akut verläuft sowie mit neurologischen und neuropsychiatrischen Auffälligkeiten (wie epileptischen Anfällen, Bewusstseinsstörungen, einer deliran-

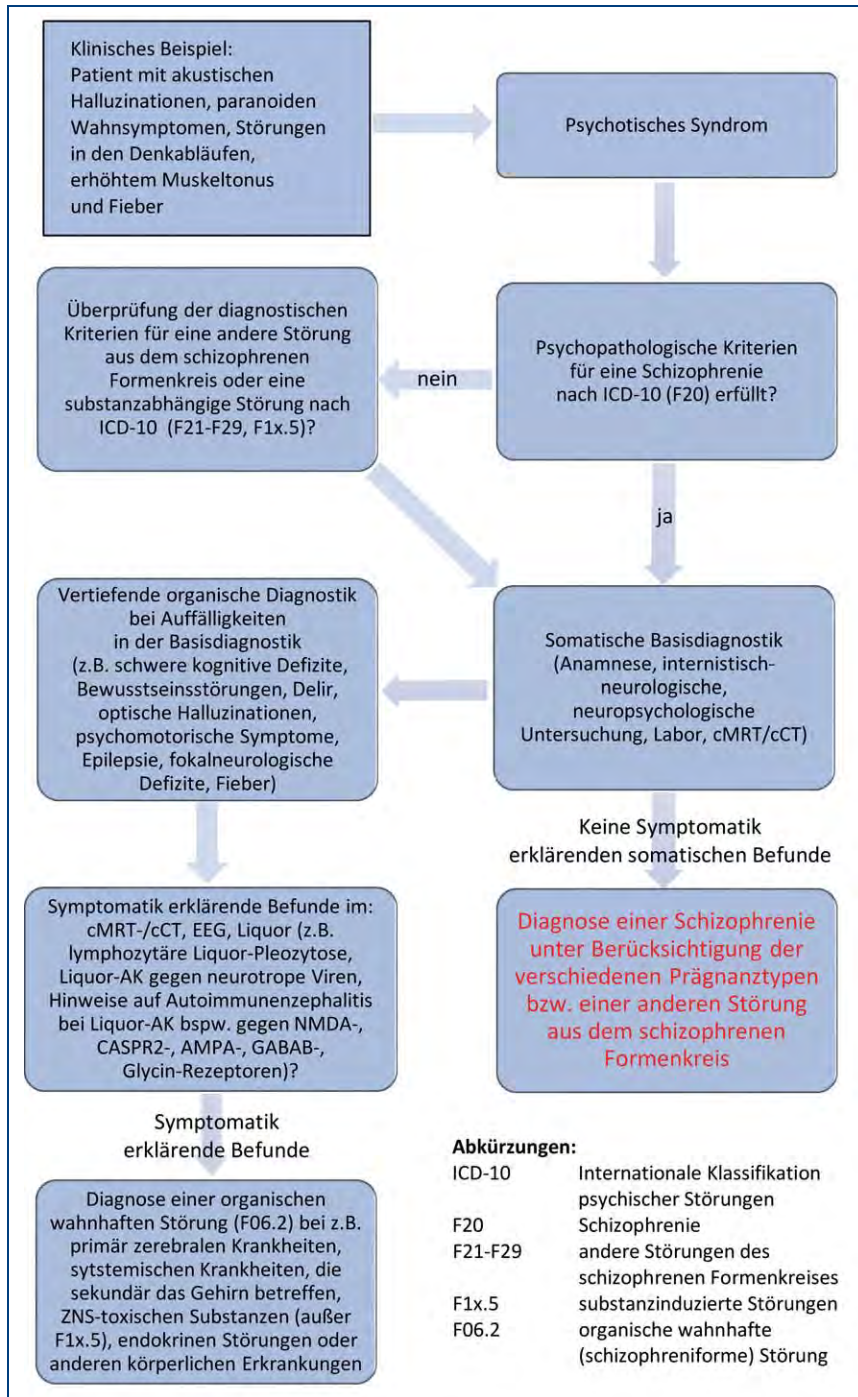


Abb. 1: Differenzialdiagnostik Schizophrenie an einem klinischen Beispiel.

ten Symptomatik, psychomotorischen/katatonen Symptomen) und/oder Infekzeichen assoziiert ist, siehe Abb. 1. Auf diese Weise können bspw. Autoimmunenzephalitiden, die ursächlich für eine psychotische Symptomatik verantwortlich sein können, erkannt bzw. ausgeschlossen werden.

► Auf medikamentenassoziierte Faktoren sollte stets geachtet werden. Bspw. können Medikamente, wie L-Dopa, Dopaminagonisten, Immunsuppressiva, Opioide, Anticholinergika, Antiinfektiva und Hormonpräparate (wie L-Thyroxin) psychotische Symptome induzieren [7].

► Liegt eine körperliche Erkrankung zugrunde oder gibt es Hinweise auf den Einfluss von exogenen Faktoren auf die psychotischen Symptome, wie beispielsweise Einfluss von Medikamenten bzw. Drogen, so ist eine entsprechende, ursachenbezogene Behandlung einzuleiten.

► Bei akuten psychotischen Episoden ohne nachweisbares somatisches Korrelat ist eine der Symptomatik entsprechende multimodale Therapie einzuleiten. Häufig ist eine medikamentöse antipsychotische Behandlung erforderlich, für die aufgrund ihres günstigeren Nebenwirkungsprofils vorzugsweise Antipsychotika der zweiten Generation verordnet werden sollten. Antipsychotika der ersten Generation sind jedoch vergleichbar wirksam. Stimmungsstabilisierer wie Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin haben für die Behandlung von psychotischen Symptomen keine hinreichende Evidenz. Grundsätzlich ist eine Vollremission der Erkrankung anzustreben.

Stationäre Behandlung

Die stationäre Behandlung psychotischer Erkrankungen in einem psychiatrischen Krankenhaus zielt auf eine Symptomreduktion schwerer Krankheitsmanifestationen ab, wobei komplextherapeutische und multiprofessionelle Angebote zum Einsatz kommen. Insbesondere sind hier auch Bedingungen zur Reduktion von Zwang zu schaffen, wie bspw. eine patientenorientierte Gestaltung von psychiatrischen Stationen im Hinblick auf die Wahrung der Intimsphäre, möglichen Ausgang sowie Aufenthalt im Freien [17]. In den Kliniken werden zusätzlich spezielle Rahmenbedingungen zur Konfliktprävention

(wie „safewards“, „shared decision making“, „Prinzip der offenen Tür“) vorgehalten und sind systematische Deeskalationstrainings (bspw. „ProDeMa“, „Outcome“) etabliert.

In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, mit einwilligungsfähigen Patienten für den Fall von psychotischen Krisen, in denen die freie Willensbildung eingeschränkt ist, einen Krisenplan zu vereinbaren: Hierbei notieren die Patienten gemeinsam mit ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt, welchen Medikamenten sie zustimmen und welche Maßnahmen sich früher im Rahmen von Krisen als hilfreich erwiesen haben.

Bei Erstmanifestation als auch im Falle wiederkehrender Krankheitsmanifestationen bzw. eines chronischen Krankheitsverlaufs ist eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich, die bei entsprechender Krankheitsschwere häufig in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der Kliniken erfolgt.

Begleitende Therapien und Psychoedukation

Neben einer leitlinienorientierten medikamentösen Behandlung akuter und chronischer Psychosen stehen in den psychiatrischen Kliniken in sämtlichen Behandlungssektoren therapeutische Basistherapien zur Verfügung (wie Ergo-, Kunst- und Bewegungstherapie) sowie psychoedukative und psychotherapeutische Angebote. Ergänzt werden diese häufig durch ein Training sozialer Kompetenzen, wie bspw. dem sozialen Kompetenzprogramm von Bellack et al. (2004), das im Gruppensetting durchgeführt wird und verschiedene Module umfasst, die sich auf diverse Lebensbereiche wie Gestaltung der Freizeit und Kommunikationsfertigkeiten, aber auch auf den Umgang mit Symptomen und Medikamentenmanagement beziehen. Weitere Angebote umfassen Entspannungs- und Stressbewältigungstraining sowie kognitive Trainingsmodule. Der Psychoedukation kommt in den psychiatrischen Kliniken als auch dem ambulanten Sektor bei der evidenzbasierten Behandlung von akuten und chronisch verlaufenden Psychosen eine besondere Bedeutung zu [1, 2].

Die bifokale Psychoedukation, das heißt systematische Interventionen bei den Patienten und parallel deren Angehörigen,

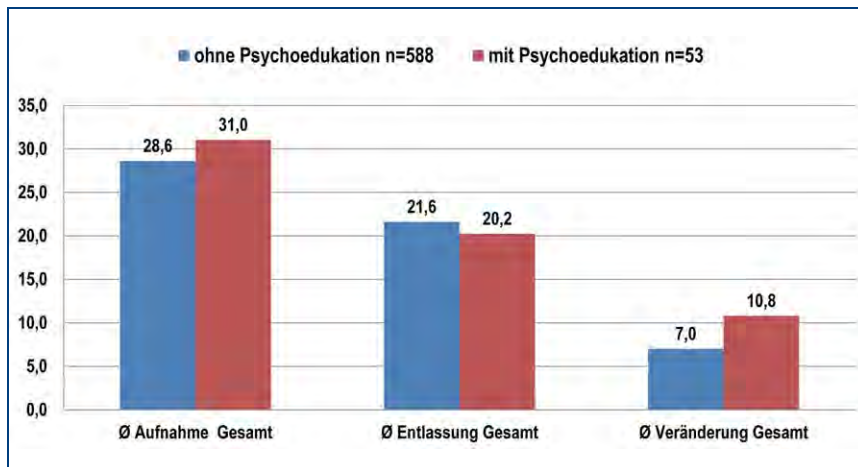
zeigt die größten Effekte auf die Reduktion der Rezidivrate, die stationären Wiederaufnahmen und die stationären Verweildauern. Sie dient der Vermittlung von Wissen über die Erkrankung, der Förderung des Krankheitsverständnisses sowie der Krankheitsbewältigung. Es erfolgt hierbei unter anderem eine Aufklärung über die Diagnose und das entsprechende Störungsmodell, über die Behandlung, Prodromalsymptome und Verhaltensregeln bei psychischen Krisensituationen sowie über das Hilfesystem.

Das von Hartmut Berger und Hans Gunia entwickelte Konzept „psychoedukative Familienintervention“ (PEFI) setzt auf die multiple Familientherapie. In diesem für die Behandlung von schizophrenen Patienten positiv evaluierten Verfahren sind mehrere Familien in einer Gruppe vereint. In einem interaktiven Gruppenprozess finden neben der Vermittlung wichtiger Inhalte über die Erkrankung und das Hilfesystem ein Kommunikationstraining im Rollenspiel sowie ein Problemlösetraining statt.

Die Arbeit mit Angehörigen, auch in der trialogischen Zusammenarbeit zum Beispiel in Psychoseseminaren [3], sowie die Einbeziehung von Psychoseerfahrenen in die Behandlung (Ex-In-Genesungsbegleiter) stellen ebenfalls wichtige Bestandteile bei der Behandlung der Patienten in den psychiatrischen Kliniken dar.

Psychotherapeutische Verfahren im Einzel- und Gruppensetting im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich spielen in der Behandlung von akuten und chronischen Psychosen erkrankten Menschen eine immer größere Rolle, sind mittlerweile im KV-Bereich abrechenbare Leistungen und sollten allen Patienten mit oder ohne zusätzlicher antipsychotischer Medikation angeboten werden.

Der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) engagiert sich hierfür als Zusammenschluss unterschiedlicher psychotherapeutischer Schulen: Die psychoanalytisch orientierte Psychosentherapie hat eine lange Tradition in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen. Neben der Psychoedukation haben sich Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bewährt, die in den vergangenen Jahren in zahlreichen Validierungsstudien ihre Effi-



P1: Wahn
 P2: Konzeptuelle Desorganisation
 P3: Halluzinationen
 G5: Manierismen und Körperhaltung
 G9: Ungewöhnliche Gedankeninhalte

N1: Verflachter Affekt
 N4: Passiver/apathischer sozialer Rückzug
 N6: Mangel an Spontanität sowie flüssiger Konversation

Abb. 2: Psychoedukation – Einzel- und Gruppentherapie (F2), Auswertung nach Summenscore PANSS-8: Acht Items zur Erfassung von Positivsymptomen (P1–P3), Negativsymptomen (N1, N4, N6) und generelle Psychopathologie (G5, G9) der KPP, Vitos Kurhessen.

zienz belegt haben: Neben dem Beziehungsaufbau sowie Entwicklung eines „entlastenden“ individuellen Störungsmodells mit Entpathologisierung der Erkrankung werden in der KVT mit den Patienten individuelle Therapieziele erarbeitet. Im Verlauf der Therapie können optional Wahnhinhalte sowie Stimmenhören bearbeitet und „Bewältigungsstrategien“ erarbeitet werden. Hierfür stehen spezielle Interventionen aus der kognitiven Verhaltenstherapie zu Verfügung (wie ABC-Technik, Erarbeitung alternativer Erklärungen etc.) [9, 12]. Ein besonderer Fokus liegt häufig im Aufbau des Selbstwertgefühls, in einer Verbesserung der Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeit, des Stressmanagements sowie im Aufbau angenehmer Aktivitäten und einer Tagesstruktur, um vor allem auch Negativsymptomen therapeutisch zu begegnen.

Neuer Ansatz: Metakognitives Training

Ein relativ neuer Ansatz zur Behandlung psychotischer Symptome beinhaltet das „metakognitive Training“, das aus mehreren Behandlungsmodulen besteht und in einem Gruppentherapieprogramm auf bei schizophrenen Patienten beeinträchtigte kognitive Prozesse und Denkstile fokus-

siert, wobei in einer spielerischen und interaktiven Art und Weise an zahlreichen Beispielen das „Denken über das Denken“ gefördert werden soll [15].

Schwerpunkte zur Förderung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe sind die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation mit Angeboten des „supported employments“ sowie schulische, akademische und betriebliche Ausbildungsangebote (S3-Leitlinie Schizophrenie). Die Kliniken übernehmen eine wichtige Funktion bei der Vorbereitung, Beantragung und Einleitung solcher Maßnahmen.

E-Mental-Health-Angebote, wie bspw. Videosprechstunden, Arbeit mit „Online-Tagebüchern“, App-basierte Übungen, bspw. zur Bewältigung von kognitiven Verzerrungen und Antriebsstörungen, können das therapeutische Angebot sinnvoll ergänzen.

Integrierte Versorgung bei chronisch verlaufenden psychotischen Erkrankungen im Krankenhaus

Bei der Behandlung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen sind die Behandlungsangebote der Klinik eng mitei-

einander vernetzt und nicht auf die einzelnen Behandlungssektoren beschränkt. Zusätzlich ist, insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen, eine enge Kooperation mit komplementären Leistungserbringern (bspw. psychosozialen Zentren, Anbietern des betreuten Wohnens, sozialpsychiatrischem Dienst) anzustreben, da der Teilhabe von an chronischen Psychosen erkrankten Menschen im Hinblick auf die Lebensqualität sowie Lebenszufriedenheit eine besondere Bedeutung zukommt und insofern eine enge Abstimmung zwischen den an der Versorgung beteiligten Institutionen erforderlich ist. Integrierte Versorgungskonzepte zielen auf sektorenübergreifende, interdisziplinäre und facharztübergreifende Versorgungsnetze ab, sind in Deutschland für den psychiatrischen Bereich bisher jedoch nur begrenzt umgesetzt [14].

Bei der Behandlung schwerer und chronisch verlaufender psychotischer Erkrankungen nimmt die Institutsambulanz psychiatrischer Kliniken (PIA) in Abstimmung mit den stationären/teilstationären Behandlungsbereichen eine bedeutende Rolle ein. Im Sinne der Beziehungskontinuität begleiten die ärztlichen, pflegerischen und psychologischen Mitarbeiter sowie die Sozialarbeiter der Ambulanzen die Betroffenen über viele Jahre und stehen mit anderen Mitarbeitern des Hilfesystems eng in Kontakt. Stationäre sowie tagesklinische Behandlungen erfolgen in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Behandlern der PIA.

Teilstationäre Behandlungen finden häufig integriert im stationären Setting im Anschluss an eine stationäre Behandlung statt, um so die Behandlungs- und Beziehungskontinuität zu dem therapeutischen Team zu gewährleisten. Dieses Ziel verfolgen auch sektorenübergreifende Therapiestationen, auf denen sowohl stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen integriert stattfinden. Die Patienten behalten ihre Behandler unabhängig von den Behandlungssektoren (stationär/teilstationär, ambulant) bei. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, (fach-)ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungs-

teams [10]. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Behandlung.

Seit dem 1. Januar 2018 können Kliniken die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115 d SGB V anbieten. Neben der „Behandlung zuhause“ sind im Rahmen von StÄB auch Teile des therapeutischen Angebots in den Kliniken nutzbar. Im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGBV, wie dem Hanauer Modell zur optimierten Versorgung in der Psychiatrie, finden stationsäquivalente, (teil-)stationäre und ambulante Behandlungen integriert auf den Stationen statt. Die akut ambulanten Patienten kommen tagsüber in die Klinik und werden über „Home Treatment“ zuhause versorgt.

Zukünftig könnte eine abgestufte ambulante Behandlung die erhebliche Versorgungslücke zwischen der ambulanten Regelbehandlung und der (teil-)stationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung schließen [5].

Evaluation

Zur Gewährleistung und Messung der Qualität bei der (teil-)stationären Behandlung psychisch erkrankter Menschen haben bereits einige psychiatrische Kliniken Qualitätsindikatoren etabliert. Dies sind Instrumente zur Datenerfassung, mit deren Hilfe Ausprägungsgrade bestimmter Symptome und Krankheiten eingeschätzt werden. Dies erfolgt über vordefinierte

Outcome-Kriterien. Beschrieben und gemessen wird mit Hilfe der Qualitätsindikatoren der Schweregrad der Krankheit bei einem Patienten. Dies erfolgt jeweils bei Aufnahme und bei Entlassung des Patienten. Die Ergebnisse zu beiden Zeitpunkten werden später miteinander verglichen. Mit Hilfe dieser und weiterer demografischer Daten wird es möglich, ein Ergebnis der psychiatrischen Behandlung darzustellen und eine Aussage darüber zu treffen, ob sich der Krankheitsverlauf bei einem Patienten verbessert oder verschlechtert hat.

Nicht nur das Behandlungsergebnis steht im Fokus der Betrachtung, sondern auch die therapeutische Maßnahme selbst. Diese Art der Qualitätsmessung und -sicherung gewinnt mit der Zunahme vielfältiger medizinischer Therapieansätze in der Psychiatrie immer mehr an Bedeutung. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss, die gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzgeber fordern eine Qualitätssicherung der erbrachten psychiatrisch-medizinischen Leistungen.

Vitos, Hessens größter Anbieter für die Behandlung psychisch kranker Menschen, untersucht auf diese Weise bereits seit 2014 die Qualität von Behandlungen in den psychiatrischen Kliniken bei jährlich über 30.000 voll- und teilstationären Fällen. Mit der Auswertung dieser Fälle hinsichtlich der Veränderung der Krankheitschwere hat Vitos somit einen Baustein in der schwierigen Beurteilung der Behandlungsqualität in der stationären Versor-

gungspsychiatrie implementiert und fördert die Transparenz im Leistungs-geschehen.

Bei der Behandlung an akuten und chronischen Psychosen erkrankter Menschen mit Diagnosen aus dem schizophränen Formenkreis kommen Qualitätsindikatoren zum Einsatz, die eine Erfassung der Symptome bzw. der Krankheitsschwere zu Beginn und nach der Behandlung, also eine Prä-Post-Erfassung, erlauben. Die klinisch auswertbare Datenerhebung erfolgt bei Vitos mit Hilfe der Instrumente: Clinical Global Impression Scale (CGI), der Global Assessment Scale of Functioning (GAF) und einer Kurzfassung der „Positive and Negative Symptom Scale“ (PANSS-8), siehe Abb. 3. Untersucht werden insbesondere auch die Wirksamkeit bestimmter Verfahren in der Behandlung von an Psychosen erkrankten Menschen, wie der Psychoedukation, siehe Abb. 2. Im Rahmen innerbetrieblicher Fortbildungen werden alle ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter jährlich in der Anwendung der Qualitätsindikatoren geschult.

Dr. med. Rainer Holzbach

Stellv. Klinikdirektor
Vitos Klinikum
Kurhessen,
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie,
Bad Emstal



Dr. med. Matthias Bender

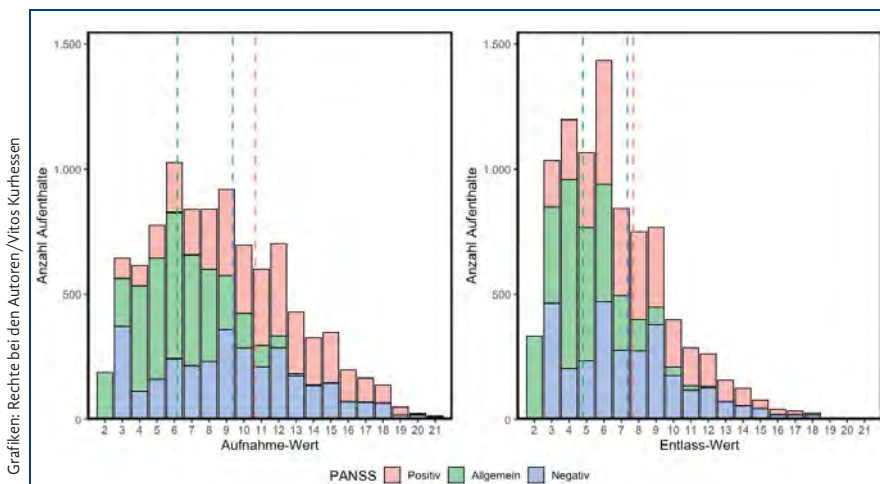
Klinikdirektor Vitos
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
(KPP) Kassel,
Bad Emstal, Hofgeismar
und Melsungen,



Fotos: Vitos Kurhessen

Ärztlicher Direktor
Vitos Klinikum Kurhessen, Kassel

Kontakt via E-Mail:
rainer.holzbach@vitos-kurhessen.de



Grafiken: Rechte bei den Autoren/Vitos Kurhessen

Abb. 3: Patienten der Vitos KPP in Hessen mit Psychosen aus dem schizophränen Formenkreis (F2) in 2019.

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Multiple Choice-Fragen:

Integrierte Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen...

VNR: 2760602021093120009 (nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Antwort trifft nicht zu?

Die reduzierte Lebenserwartung von an Schizophrenie erkrankten Menschen ist vor allem abhängig von...

- 1) ...Lifestyle-Faktoren.
- 2) ...der Ablehnung somatischer Diagnostik und Behandlung.
- 3) ...der Art der antipsychotischen Medikation (AP der 1. und 2. Generation).
- 4) ...dem Suchtmittelgebrauch.
- 5) ...der Negativsymptomatik.

2. Welche Antwort trifft nicht zu?

Die Prognose schizophrener Erkrankungen hängt vor allem ab von...

- 1) ...der Therapieadhärenz der Betroffenen.
- 2) ...der Anzahl psychotischer Exazerbationen.
- 3) ...dem Geschlecht und Alter bei Erstmanifestation.
- 4) ...kognitiven Defiziten und Negativsymptomen.
- 5) ...der initialen Ausprägung der Positivsymptomatik bei psychotischen Krisen.

3. Welche Antwort trifft nicht zu?

Bei der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Menschen besteht ein Wirksamkeitsnachweis insbesondere für folgende Therapien und Interventionen:

- 1) Psychoedukation für Betroffene und Angehörige (bifokale PE).
- 2) Kognitive Verhaltenstherapie.
- 3) Antipsychotika der 1. und 2. Generation.
- 4) Familieninterventionen.
- 5) Stimmungsstabilisierer, wie Lithium und Carbamazepin.

4. Welche Antwort trifft zu?

25 Jahre nach der Erstmanifestation der Erkrankung...

- 1) ...sind 50 % der Betroffenen beschwerdefrei.
- 2) ...ist die berufliche und soziale Teilhabe insbesondere abhängig von den Positivsymptomen.
- 3) ...haben weniger als 20 % der Betroffenen eine reine Negativsymptomatik.
- 4) ...leiden weniger als 10 % an reinen produktiven Beschwerden (Positivsymptomen).
- 5) ...ist nur ein kleiner Teil auf psychosoziale Hilfen angewiesen.

5. Welche Antwort trifft nicht zu?

Psychoedukation hat das Ziel,...

- 1) ...Selbstbefähigung, Eigeninitiative und aktive Krankheitsbewältigung zu stärken.
- 2) ...über negative Effekte von Medikamenten aufzuklären.
- 3) ...die Abgrenzung der Patienten gegenüber den Angehörigen im Sinne der Selbstbestimmung zu fördern.
- 4) ...über Prodromalsymptome aufzuklären.
- 5) ...die Fähigkeit der Patienten zur partizipativen Entscheidungsfindung im Hinblick auf den Behandlungsprozess zu stärken.

6. Welche Aussage trifft im Sinne der Primär- und Sekundärprävention zu?

- 1) Eine frühzeitige Erkennung von Risikopersonen im Hinblick auf schizophrene Erkrankungen ist obsolet, da sich dies stigmatisierend auf die Betroffenen auswirkt.
- 2) Für die Prognose schizophrener Erkrankungen sind möglichst frühzeitige therapeutische Interventionen entscheidend.
- 3) Die Primär- und Sekundärintervention bezieht sich vorwiegend auf die Negativsymptomatik.
- 4) Eine Aufklärung über psychische Erkrankungen in Schulen und den sozia-

len Medien ist wenig sinnvoll, da die Wirksamkeit früher Interventionen nicht ausreichend evaluiert ist.

- 5) Zu den Risikopersonen gehören lediglich Personen mit positiver Familienanamnese im Hinblick auf psychotische Erkrankungen.

7. Welche Antwort trifft zu?

Die kognitive Verhaltenstherapie in der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Personen...

- 1) ...ist gegenüber psychodynamischen Therapieverfahren weniger wirksam, da sie die Entstehungsbedingungen psychotischer Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtigt.
- 2) ...sollte nur angewandt werden, wenn die Betroffenen eine medikamentöse Behandlung ablehnen.
- 3) ...ist das Verfahren der Wahl bei akuten psychotischen Krisen.
- 4) ...sollte nur in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung erfolgen.
- 5) ...zielt auf eine Behandlung von Positiv- und Negativsymptomen sowie auf eine Verbesserung der Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten sowie auf eine Selbstwertstabilisierung ab.

8. Welche Antwort trifft zu?

Für die Behandlung von schizophrenen Psychosen gilt:

- 1) Die stationäre Behandlung nimmt den größten Stellenwert im Hinblick auf die Prognose der Erkrankung ein, da sie insbesondere auf schwere Krankheitsverläufe ausgerichtet ist.
- 2) Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) ist eine aufsuchende Behandlung durch die psychiatrische Institutsambulanz zur Verbesserung ambulanter Behandlungsangebote in der ambulanten Regelversorgung.
- 3) Integrierte Versorgungskonzepte haben sich bei der Behandlung von an psychischen Erkrankungen leidenden

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“ (LÄKH)

Menschen aufgrund unzureichender Wirksamkeit nur wenig in Deutschland etabliert.

- 4) Eine sektorenübergreifende Behandlung ist besonders wirksam, da sie ein abgestuftes psychiatrisch-psychotherapeutisches Vorgehen im Hinblick auf Erkrankungsschwere und Interventionsbedarf ermöglicht und häufig auch eine Beziehungskontinuität zum Behandlungsteam gewährleistet.
- 5) Psychotherapeutische Interventionen sind vor allem in der Akutphase einer schizophrenen Erkrankung wirksam und anderen Therapieverfahren vorzuziehen.

9. Welche Antwort trifft nicht zu?

Insbesondere bei chronisch verlaufenden psychotischen Erkrankungen...

- 1) ...sollte eine Vernetzung der Behandlungsangebote der Klinik und eine enge Kooperation mit komple-

mentären Leistungserbringern erfolgen.

- 2) ...sollte auf eine verbesserte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und im Beruf fokussiert werden.
- 3) ...sollten die beruflichen Anforderungen an Betroffene immer niedrig gehalten werden, um psychotischen Exazerbationen vorzubeugen.
- 4) ...sollten rehabilitative Angebote individuell auf die Bedürfnisse der Patienten und deren Fähigkeiten abgestimmt werden.
- 5) ...sollten multimodale und multiprofessionelle Angebote durch die psychiatrischen Institutsambulanz vorgehalten werden.

10. Welche Antwort trifft nicht zu?

Bei der Behandlung von an akuten und chronischen Psychosen erkrankten Menschen...

- 1) ...sollte der Behandlungserfolg im Sinne eines prä-post-Vergleichs unter Einsatz von Qualitätsindikatoren erfasst werden.
- 2) ...kommen bei der Erfassung des Behandlungserfolgs vor allem Instrumente zur Beurteilung der Symptom-schwere, Funktionsbeeinträchtigung sowie der Positiv- und Negativsymptomatik zum Einsatz.
- 3) ...sorgen Qualitätsindikatoren für eine Transparenz im Leistungsgeschehen.
- 4) ...ist eine Überprüfung des Behandlungserfolgs anhand vordefinierter Outcome-Kriterien grundsätzlich nicht möglich.
- 5) ...hängt die Validität der Ergebnisse der angewandten Qualitätsindikatoren von regelmäßigen Schulungsmaßnahmen im Hinblick auf die Anwendung der eingesetzten Instrumente ab.

Literatur zum Artikel:

Integrierte Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen

...im psychiatrischen Krankenhaus

von Dr. med. Rainer Holzbach und Dr. med. Matthias Bender

- [1] Bäuml J, Behrendt B, Henningsen P, Pitschel-Walz G. (Hrsg.): Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin (2016).
- [2] Bender, M (2004): Spektrum und Konsens bei psychoedukativen Interventionen in der Behandlung schizophrener Erkrankter. In: Machleidt W, Garlipp P, Haltenhof H (Hrsg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart-New York, S. 173–181.
- [3] Bender M (2008): Individualisierung und triadische Dimension. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G (Hrsg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart-New York, S. 130–139.
- [4] Bühring, P (2018): Prävention psychischer Erkrankungen – Fokus auf die Risikogruppen. Deutsches Ärzteblatt 2018; 115 (43):A-1942/B-1623/C-1607.
- [5] Driessen, Koch-Stoecker (2019): Rahmenkonzept für eine Ambulante Intensivbehandlung in der PIA: AMBI Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen (BDK, ACKPA, LIPPs) mit Unterstützung von DGPPN e. V.
- [6] Fusar-Poli P., Bonoldi I., Yung AR et al.: Predicting psychosis: metaanalysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. Arch Gen Psychiatry 2012; 69: S. 220–229.
- [7] Gaebel, Hasan, Falkai: S3-Leitlinie Schizophrenie.
- [8] Hambrecht, Klosterkötter, Häfner: Früherkennung und Frühintervention schizophrener Störungen. Dtsch. Ärzteblatt 2002; 99(44): A-2936/B-2491/C-2334.
- [9] Kircher T, Mehl S, Leube DT: Kompendium der Psychotherapie, S. 185 ff., Springer Verlag (2019).
- [10] Längle G, Holzke M, Gottlob M: Psychisch Kranke zu Hause versorgen. Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung. Stuttgart, Kohlhammer 2019.
- [11] Lambert T, Velakoulis D, Pantelis C: Medical comorbidity in schizophrenia. Med J Aust 178 (Suppl): S. 67–70 (2003).
- [12] Lincoln T, Heibach E: Psychosen, Fortschritte der Psychotherapie. Band 67, Hogrefe (2017).
- [13] Maneros, Deister, Rode: Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen – eine vergleichende Langzeitstudie. Springer Verlag.
- [14] Moock J, Koch C, Kawoh W: Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. GGW Jg. 12, Heft 3, S. 24–34 (2012).
- [15] Moritz, Krieger, Veckenstedt: MKT+, individualisiertes Therapieprogramm für Menschen mit Psychose. Springer-Verlag, 2. Auflage (2017).
- [16] Müller H, Bechdolf A: Intervention bei hohem Psychoserisiko und ersten psychotischen Episoden. Der Neurologe & Psychiater 2020; 21 (1).
- [17] Steinert: S3-Leitlinie – Verhinderung von Zwang, Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2018.