

2 Prävention, Diagnostik und Therapie

Bennet Huebbe, Lara Luisa Wolff, Andrea Wißemann, Fiona Hoffmann
und Valeria Weber

2.1 Prävention und Früherkennung

Bei der Prävention und Früherkennung wird zwischen universellen (Allgemeinbevölkerung), selektiven (Menschen mit Risikofaktoren) und indizierten (Menschen mit Risikosymptomen) Ansätzen unterschieden (DGPPN e.V. 2019). Ziele und Maßnahmen potenzieller Interventionsmaßnahmen hängen vom Krankheitsstadium, bzw. der Ausprägung bestimmter Risikofaktoren ab. Grundsätzlich gilt als übergeordnetes Ziel, den Ausbruch einer manifestierten Schizophrenie zu verhindern oder zu verzögern, bestehende Symptome und Funktionseinschränkungen zu verringern und eine potenziell bestehende Beeinträchtigung der sozialen Funktionen zu verhindern bzw. zu verbessern (Leopold et al. 2020).

2.1.1 Indizierte Prävention und Prognose

Im Sinne einer effektiven Früherkennung gilt es, Faktoren zu identifizieren, die eine klinische Hochrisikopopulation beschreiben, um Personen so früh wie möglich mit einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung zu erreichen. Idealerweise können Betroffene schon vor dem Eintreten der Positivsymptomatik erkannt und behandelt werden. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Stärke der negativen Symptome und abgeschwächte psychotische Symptome bei Hochrisikopatienten den Übergang in ein psychotisches Krankheitsstadium vorhersagen können. Im prodromalen Stadium besteht jedoch häufig die Schwierigkeit, Risikosymptome von Komorbiditäten zu differenzieren. Zur Früherkennung können je nach Krankheitsstadium ver-

schiedene Prognoseinstrumente eingesetzt werden (s. Kap. 2.2). Semistrukturierte Interviews haben in verschiedenen Studien eine exzellente Prognosekraft bewiesen. Diese Prognoseinstrumente haben aufgrund ihrer hohen Sensitivität allerdings keine Validität außerhalb eines klinischen Hochrisikosamples und eignen sich somit nicht zum Screening der Allgemeinbevölkerung (Fusar-Poli et al. 2020). Mithilfe des Schizophrenia Proneness Instruments, des Structured Interview and Scale for Prodromal Symptoms und des Comprehensive Assessment of At-Risk Mental-States können prädiktive Symptome erkannt werden. Diese umfassen z.B. Gedankenblockaden, -inferenzen, und -drängen sowie Störungen der Diskriminierung von Vorstellungen und Wahrnehmungen, Subjektzentrismus, Derealisation, Störungen der expressiven und rezeptiven Sprache, veränderte Größen- und Farbwahrnehmung sowie Geräuschintensität (s. Tab. 3) (Trimmel et al. 2023). Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer manifesten psychotischen Störung innerhalb eines Jahres liegt bei Vorliegen einer solchen Symptomatik bei bis zu 40% und ist ein Vielfaches höher als die 12-Monatsinzidenz der Schizophrenie in der Allgemeinbevölkerung (Mossaheb u. Amminger 2011).

Neben der Früherkennung vor den ersten psychotischen Symptomen ist es wichtig, die DUP so kurz wie möglich zu halten. In Deutschland bleiben manifestierte Psychosen im Durchschnitt ein Jahr lang unbehandelt (Leopold et al. 2020). Die DUP ist für den weiteren Krankheitsverlauf von entscheidender Bedeutung, da eine frühe Behandlung irreversible Schäden des Gehirns verhindern kann, die in der Entwicklungskaskade der Schizophrenie die Recovery (s. Kap. 2.3.1) unwahrscheinlicher machen würden. Eine Behandlung in der frühen Akutphase der Schizophrenie kann helfen, die Funktionsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten und soziale Desintegration zu verhindern. Eine frühere Behandlung steigert außerdem die Wahrscheinlichkeit einer Remission um das Dreifache, verbessert die allgemeine Lebensqualität und erhöht die Wahrscheinlichkeit des Ansprechens auf Antipsychotika (Brasso et al. 2021; Howes u. Murray 2014; Lambert et al. 2019; Leopold et al. 2020).

Wichtig für die Prävention ist auch der lückenlose Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie, da sich die ersten Krankheitssymp-

Tab. 3 „ultra-high-risk“-Konzept
Quelle: Trimmel et al. (2023)

Attenuated Psychotic Symptoms (APS) – abgeschwächte psychotische Symptome	
<ul style="list-style-type: none">■ ungewöhnliche Denkinhalte■ Misstrauen■ Halluzinationen■ Denkerfahrenheit	mind. 1 Symptom, mehrfach innerhalb einer Woche ohne Überschreitung der Schwelle zur manifest psychotischen Symptomatik
Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS) – transiente, selbstlimitierende manifest psychotische Symptome	
<ul style="list-style-type: none">■ Wahn■ Halluzinationen■ formale Denkstörungen	mind. 1 Symptom, für die maximale Dauer einer Woche mit spontanem Rückgang
genetischer Risikofaktor (Schizotype Persönlichkeitsstörung ODER Familienanamnese psychotischer Störung bei erstgradig Verwandten) UND Verschlechterung im psychosozialen Funktionsniveau	

tome häufig in der späten Adoleszenz (15–17 Jahre) bzw. im frühen Erwachsenenalter (18–21 Jahre) ausbilden. Aktuelle Formen der Transitionspsychiatrie als Behandlungskonzept verstehen sich als ein gemeinsamer Bereich für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 25 Jahren, indem die Betroffenen beim Erwachsenwerden begleitet werden sollen. Es soll die Möglichkeit geschaffen werden, Entwicklungsaufgaben auch nach dem 18. Lebensjahr erfolgreich abzuschließen, anstatt ausschließlich einzelne Krankheitsepisoden und -bilder zu behandeln oder die Betroffenen ganz aus der Versorgung zu entlassen. Aufgrund der besonderen Bedeutung, die der Adoleszenzphase bei der Ausbildung von psychischen Krankheiten zukommt (s. Kap. 3.1) und der komplexen Entwicklungsaufgaben in diesem Alter, versteht sich die Transitionspsychiatrie auch als Präventionspsychiatrie (Schrank 2022).

2.1.2 Präventive Interventionen

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine frühzeitige Intervention bei Hochrisikopatienten sowohl bei der Verhinderung der Akutphase als auch bei der Milderung positiver Symptome sehr wirksam sein kann. Dabei scheint die Wahl der Therapie nicht ausschlaggebend zu sein. Es gibt zwar Hinweise darauf, dass die kognitive Verhaltenstherapie (s. Kap. 2.4.2) besonders effektiv sein kann (Fusar-Poli et al. 2020), Studien weisen jedoch auch darauf hin, dass andere therapeutische, psychosoziale und pharmakologische Intervention ähnlich wirksam sein können (Busch-Geertsema et al. 2019; Fusar-Poli et al. 2020; Mei et al. 2021). Eine Metaanalyse von randomisierten kontrollierten Studien mit Hochrisikopatienten zeigt, dass das Risiko einer Psychose 12 Monate nach Beginn einer präventiven Psychotherapie um die Hälfte reduziert ist. Da der Effekt nach 24 Monaten nachlässt, geht man zurzeit davon aus, dass präventive Interventionen den Krankheitsbeginn v.a. hinauszögern, jedoch nicht unbedingt verhindern können. Gleichzeitig zeigt sich, dass Betroffene, die in Früherkennungszentren behandelt werden, eine deutliche kürzere DUP aufweisen, als Betroffene, die erst nach dem Krankheitsbeginn klinische Hilfe in Anspruch nehmen (11 Tage vs. 1 Jahr) (Fusar-Poli et al. 2017). Laut der S3-Leitlinie sollen multidimensionale Hilfen aus Psychopharmaka, spezialisierter Psychotherapie, Familientherapie und psychosozialer Intervention zur Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt als Präventionsmaßnahmen angewendet werden. Wichtig für präventive Interventionen sind auch die Berücksichtigung des jungen Alters der Betroffenen, des Wunsches nach Autonomie, möglicher Ängste sowie der Aufbau einer Beziehungsebene und Sicherheit, insbesondere beim Erstkontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem (Leopold et al. 2020). Gerade die Sicherung der Selbstständigkeit durch die Integration in den Arbeitsmarkt ist bei den oft jung erkrankten Betroffenen von besonderer Bedeutung. Dies kann durch sogenannte Individual Placement and Support (IPS)-Angebote (s. Kap. 2.6.3 und 3.6.6) sichergestellt werden.

2.2 Diagnosestellung einer Schizophrenie

Laut aktueller S3-Leitlinie können Hausärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde und für Neurologie sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten an der Diagnostik einer Schizophrenie beteiligt sein (DGPPN e.V. 2019). Bei weiterführenden körperlichen und neurologischen Untersuchungen sind

die jeweiligen Spezialisten für die besonderen Untersuchungen ebenfalls Teil des multiprofessionellen Diagnostikteams.

Bis heute gibt es keine neurobiologischen Parameter, die ausschließlich schizophreniespezifisch gelten; auch allein schizophreniespezifische, pathophysiologische Symptome sind bislang nicht bekannt, sodass die Diagnostik insgesamt auf einem pathophysiologischen Befund, der Verlaufsbeobachtung und der organischen Ausschlussdiagnostik beruht (Adorjan u. Falkai 2019). Grundsätzlich handelt es sich bei der Diagnosestellung also um einen Prozess. Es wird empfohlen, regelmäßig eine Neubewertung der Diagnose durchzuführen. Spätestens, wenn sich neue Informationen über den Betroffenen und seine Symptome ergeben, muss die Diagnose überprüft und unter Umständen revidiert oder angepasst werden (Lehmann et al. 2004).

Operationalisierbare Kriterien sollen die Grundlage für die Diagnose einer Schizophrenie darstellen (DGPPN e.V. 2019). Dabei sind bei einer Vollausspragung der Symptome folgende Funktionen gestört:

1. Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Inhaltliches und formales Denken
3. Ich-Funktion
4. Wahrnehmung
5. Intentionalität und Antrieb
6. Affektivität und Psychomotorik.

Die Störungen der Funktionen zwei bis vier werden der Positivsymptomatik zugeordnet, Störungen der Funktionen fünf und sechs der Negativsymptomatik und Störungen der erst gelisteten Gruppe sind den kognitiven Dysfunktionen zugeordnet (DGPPN e.V. 2019).

Nach der ICD-10-GM liegen folgende Leitsymptome vor, die auch in der S3-Leitlinie für die Diagnosestellung empfohlen werden:

1. „Gedankenlautwerden, -einklang, -entzug, -ausbreitung
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bezüglich Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn)
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen oder -einschiebungen in den Gedankenfluss
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypen, Negativismus oder Stupor
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt“ (DGPPN e.V. 2019).

Um eine Diagnose stellen zu können, muss aus den Gruppen eins bis vier mindestens ein eindeutiges Symptom (bei nicht eindeutigen Symptomen besser zwei oder mehr) oder mindestens zwei Symptome aus den Gruppen fünf bis acht fast ständig für mindestens einen Monat auftreten. Liegt eine eindeutige Gehirnerkrankung oder eine Intoxikation vor oder befinden sich Betroffene gerade in einem Entzug, sollte die Diagnose zu diesem Zeitpunkt nicht gestellt werden. Die durchzuführende Anamnese beinhaltet biographische (z.B. Krankheitsfälle in der Familie) und soziale Aspek-

te, aber auch den Konsum von zentralnervös wirksamen Substanzen. In einer strukturierten Befunderhebung werden die psychopathologischen Leitsymptome erhoben (DGPPN e.V. 2019). Auch eine somatische Anamnese wird durchgeführt und die Psychomotorik untersucht. Dabei werden (durch psychische Vorgänge hervorgerufene) Störungen des Bewegungsapparats, z.B. extrapyramidale Symptome, Katatonie und geringere psychosomatische Aktivität, erhoben. Zusätzlich werden weitere Symptombereiche wie Komorbiditäten, Suizidalität, Krankheitseinsicht und vegetative Symptome erfragt und untersucht (DGPPN e.V. 2019; Molina et al. 2020).

2.2.1 Befundinstrumente

Der diagnostizierende Arzt führt eine umfassende Anamnese und körperliche Untersuchung durch (DGPPN e.V. 2019). Auch Angehörige und Kontaktpersonen können in die Anamnese einbezogen werden (Lehmann et al. 2004; Gaebel u. Wölwer 2010). Um die Diagnostik zu unterstützen, können verschiedene Befundinstrumente herangezogen werden, mit denen die Ausprägung einzelner Symptome und der Gesamtzustand des Betroffenen ermittelt werden können. Bei den folgenden Tests liegt der Fokus auf jenen mit Relevanz für die klinische Praxis. Zur Erhebung der psychotischen Symptome kann die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Lehmann et al. 2004; Ventura et al. 1993), für die auch eine deutsche Version vorliegt, genutzt werden. Zur Feststellung von positiven und negativen Symptomen kann die Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) genutzt werden (Kay et al. 1987; Lehmann et al. 2004; Moritz et al. 2023). Zur Unterstützung werden nicht-erkrankungsspezifische Skalen wie die Clinical Global Impression (CGI) Severity (Schweregrad) und Improvement (Verbesserung der Symptome) (Busner u. Targum 2007; Leucht 2014) und die Schizophrenie-spezifische CGI (Leucht 2014) genutzt. Zur Erhebung der kognitiven Symptome wurden für die klinische Praxis der Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry, das Brief Neurocognitive Assessment und das Brief Cognitive Assessment Tool for Schizophrenia entwickelt. Interviewbasierte Instrumente wie die Schizophrenia Cognition Rating Scale und die kognitionsspezifische CGI in der Schizophrenie können die Auswirkungen der kognitiven Symptome auf die Funktionsfähigkeit bemessen (Vita et al. 2022). Darüber hinaus wurde von der MATRICS-Initiative anhand eines Expertenkonsens eine umfangreiche Testbatterie entwickelt, die sieben Domänen der Kognition, inklusive sozialer Kognition, enthält (Vita et al. 2022). Diese MATRICS Consensus Cognitive Batterie zielt auf die Nutzung in klinischen Studien ab. Des Weiteren können verschiedene Testbatterien zur Messung psychomotorischer Fähigkeiten eingesetzt werden (Kamei et al. 2021). Neben den fragebogenbasierten Instrumenten können bildgebende Verfahren wie Magnetresonanztomografie die Diagnostik unterstützen (s. Kap. 3.3) (Adorjan u. Falkai 2019). Zur Abgrenzung von anderen psychischen Störungen kann ein strukturiertes Interview herangezogen werden. Beim Auftreten von psychopathologischen Symptomen hilft ein Entscheidungsalgorithmus in der aktuellen S3-Leitlinie dabei, eine Schizophrenie von anderen Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik zu differenzieren (DGPPN e.V. 2019).

2.3 Therapieziele und -prinzipien

Grundsätzlich sollte die Therapie auf evidenzbasierten Verfahren oder Verfahrenskombinationen beruhen und an die Betroffenen individuell angepasst sein. Dabei sollten die Therapeuten/Ärzte gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen dialogisch und partizipativ über die Therapie entscheiden. Die Therapieeinleitung und Behandlungskoordination sollten auf Basis der Vorerfahrungen, Wünsche und Präferenzen der Betroffenen stattfinden; auch der Wunsch nach bzw. die Möglichkeit der Einbeziehung von Vertrauenspersonen sollte mit den Betroffenen gemeinsam diskutiert werden. Die Voraussetzung dafür ist eine Beziehung zwischen Betroffenen und Therapeuten, die von Empathie, Wertschätzung und Kooperation geprägt ist (DGPPN e.V. 2019; Hasan et al. 2020).

Gemäß S3-Leitlinie soll die Therapie der Schizophrenie multiprofessionell und mehrdimensional, unter Berücksichtigung der jeweiligen Krankheitsphase erfolgen. In den Gesamtbehandlungsplan, in dem die Therapieziele und -maßnahmen festgehalten werden, sollten auch die Koordination aller Behandlungsinstitutionen und die Kooperation mit nicht-professionellen Unterstützungsangeboten integriert werden (DGPPN e.V. 2019). Es wird außerdem gefordert, integrative Versorgungsstrukturen unter Einbindung öffentlicher Akteure aufzubauen, um im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe die soziale Reintegration zu verbessern (Adorjan u. Falkai 2019).

Das allgemeine Ziel der Therapie ist ein von Krankheitssymptomen weitestgehend freier Mensch, der fähig zur selbstbestimmten Lebensführung und zu einer informierten Nutzen-Risiko-Bewertung der ihm zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen ist. Individuelle Ziele wie die soziale und berufliche Integration und die Fähigkeit, Lebensziele zu erreichen, um die Lebensqualität zu verbessern, sollten ebenfalls berücksichtigt werden (DGPPN e.V. 2019). Diese funktionenzentrierte Zielsetzung beinhaltet, dass eine Heilung bzw. vollständige Genesung der Erkrankung nicht möglich ist, da die Therapie die Pathophysiologie nicht zu verändern, sondern nur die Symptome zu lindern vermag (Adorjan u. Falkai 2019).

Zunächst sollte ein Ansprechen auf die Therapie, dann ein Rückgang der Symptome (Remission) und letztlich die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit erreicht werden (Leucht 2014).

Aus den Phasen der Therapie lassen sich die Akutbehandlung, die Langzeitbehandlung inkl. der Rezidivprophylaxe und die tertiären Präventions- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen ableiten. Die Therapie in der Akutphase zielt auf den Beziehungsaufbau zwischen Therapeuten und Betroffenen, die Aufklärung, erste Symptomverbesserung und das Vermeiden von sozialen Folgen sowie die Motivation zur Selbsthilfe ab. Diese Ziele sollten in der postakuten Stabilisierungsphase weiter vertieft werden. Zusätzlich sollte der Fokus auf die Therapieadhärenz, die Rezidiv- und Suizidprophylaxe und die soziale Reintegration gelegt werden, wobei zunehmend die Angehörigen und weitere Bezugspersonen einbezogen werden sollten. Außerdem sollten individuelle Coping-Strategien entwickelt werden. In der stabilen (partiellen) Remissionsphase sollten die erreichten Ziele sowie die Suizid- und Rezidivprophylaxe aufrechterhalten werden; dazu kommen vermehrt die soziale und berufliche Reintegration zur Steigerung der Teilhabe und der Lebensqualität der Betroffenen (DGPPN e.V. 2019).

2.3.1 Recovery-Ansatz

Die Recovery ist als ein mindestens zweijähriger Zeitraum aus Symptommremission, erhaltener Berufstätigkeit, Selbständigkeit und sozialer Integration definiert (Lieberman et al. 2002). Der Recovery-Ansatz integriert neue Erkenntnisse aus der Diagnostik, Genetik, Therapie und sozialer Reintegration zu einem ganzheitlichen Zusammenspiel. Dieser Ansatz zeichnet sich durch transdiagnostische Aspekte aus, die zu einer besseren Einordnung der Ursachen für psychische Erkrankungen führen, sowie longitudinale Aspekte, die eine Vergleichbarkeit der Patientengruppen aufgrund pathophysiologischer Ähnlichkeiten begünstigen (Adorjan u. Falkai 2019; Leucht 2014). Eine präzise und frühzeitige Diagnostik zählt zu den Voraussetzungen für eine gezielte Therapie und damit für die Möglichkeit einer Recovery. Dies kann durch die Verknüpfung pathophysiologischer Merkmale mit den zugrundeliegenden biologischen Funktionen ermöglicht werden (Adorjan u. Falkai 2019; Moussiopoulou et al. 2022; Lehmann et al. 2004; Bzdok u. Meyer-Lindenberg 2018). Dies ist v.a. der Ansatz der Präzisionspsychiatrie, die mit Unterstützung maschinellen Lernens versucht, aus Merkmalen möglichst vieler Krankheitsdimensionen Muster zu erkennen und damit die Diagnostik zu präzisieren (Bzdok u. Meyer-Lindenberg 2018). Die Forschung zu genetischen und neurobiologischen Grundlagen bildet ebenfalls einen Pfeiler des Recovery-Ansatzes (Adorjan u. Falkai 2019; Howes u. Murray 2014).

Auch die Therapie ist von entscheidender Bedeutung, um die Recovery zu begünstigen. Für Correll (2020) steht insbesondere eine patientenfokussierte Behandlung im Zentrum. Diese sieht eine kollaborative Entscheidungsfindung zwischen Ärzten und Therapeuten und Betroffenen vor, dessen Ziel es sein sollte, die Betroffenen selbständig zu positiven Entscheidungen zu führen. Positive Entscheidungen sind demnach solche, die die Wahrscheinlichkeit der Recovery erhöhen. Hierbei ist es wichtig, dass die Betroffenen als Experten ihrer eigenen Erfahrungen wahrgenommen werden, und von den Ärzten und Therapeuten zu einer informierten Risiko-Nutzen Abwägung in der Behandlung befähigt werden. Im Rahmen dessen versucht der Recovery-Ansatz, die individuelle Lebensqualität als Messwert der Genesung zu berücksichtigen (Correll 2020). Zwar gibt es standardisierte Instrumente zur Messung der Lebensqualität von Betroffenen mit Schizophrenie, oft bestehen jedoch Diskrepanzen in der Definition von Lebensqualität zwischen Betroffenen und Versorgenden und häufig wird die Lebensqualität nicht routinemäßig im Verlauf der Behandlung erhoben (Wietfeld et al. 2019).

Essenziell und der erste Schritt für die Recovery ist eine langfristige Remission der psychotischen Symptomatik, um weitere Behandlungsmöglichkeiten zu erschließen. Antipsychotische Medikamente als Teil der multimodalen Therapie unterstützen die Recovery, indem sie lindernd auf die Positivsymptomatik wirken (Adorjan u. Falkai 2019; DGPPN e.V. 2019). Im Sinne der Recovery ist es von besonderer Bedeutung, die Betroffenen zur selbstbestimmten medikamentösen Behandlungsadhärenz zu führen, um Rückfälle zu verhindern. Diese sollten vermieden werden, um einerseits neuroanatomische Schäden, wie z.B. den Abbau der grauen Substanz im Gehirn zu verhindern und andererseits die Wirksamkeit der Antipsychotika zu erhalten (Correll 2020). Bei Nichtansprechen auf konventionelle Behandlungen sind auch innovative Therapien wie die Neuromodulation ein wichtiger Bestandteil des Recovery-Ansatzes (Onitsuka et al. 2022). Auch die Milieuthherapie oder -gestaltung gewinnt für die Behandlung der Schizophrenie an Bedeutung. Milieutherapien werden zunehmend als

wichtig erachtet, da das therapeutische Umfeld einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Betroffenen und damit auch auf den Behandlungserfolg hat. In der Milieuthherapie soll eine sichere Atmosphäre auf einer abgegrenzten Station hergestellt werden, die durch therapeutische Interaktion und kollaborative Aufmerksamkeit geprägt ist und so eine auf den Behandlungserfolg optimal abgestimmte Umgebung geschaffen wird (Belsiyal et al. 2022).

Recovery scheint für viele Betroffene bislang ein schwer erreichbares Ziel. Eine über 50 Jahre angelegte Metaanalyse zeigt, dass die Recovery-Rate bei nur 13% lag (Jääskeläinen et al. 2013). Die Analyse identifizierte 50 Studien mit Ergebnissen zu verschiedenen Outcomeparametern bei Betroffenen mit Schizophrenie. Daten aus den Studien wurden gepoolt und eine Proportion der Betroffenen gebildet, welche die Definition der Recovery von den Autoren, bestehend aus einer mindestens zweijährigen Remission und sozialer Funktionsfähigkeit, erfüllen. Hoffnung besteht, dass durch die oben beschriebenen Fortschritte in der Forschung zur Früherkennung und in der Behandlung, die Recovery-Rate erhöht werden kann (Correll 2020). Huxley et al. (2021) haben eine neuere Metaanalyse zu Recovery im 21. Jahrhundert vorgelegt. Hier ist die Recovery-Rate insgesamt deutlich höher und nach einer ersten Episode mit ca. 57% höher als nach darauffolgenden Episoden (ca. 38%), was die Notwendigkeit einer früheren Diagnose und Behandlung unterstreicht. Jedoch wird die Heterogenität in der Operationalisierung von Outcomes in den verschiedenen Studien bemängelt, was robuste Rückschlüsse auf tatsächliche Recovery-Raten erschwert (Huxley et al. 2021).

2.4 Therapieoptionen

Grundsätzlich sollte in der Therapie von Menschen mit Schizophrenie ein multimodales Konzept verfolgt werden, bei dem eine psychopharmakologische Behandlung mit anderen Optionen wie der Psychotherapie kombiniert wird (DGPPN e.V. 2019; Adorjan u. Falkai 2019; Moritz et al. 2023). Die Behandlungsoptionen Psychopharmaka und Psychotherapie gelten als sich ergänzende Strategien und werden für alle betroffenen Personen empfohlen, wobei eine antipsychotische Medikation oft die Voraussetzung für den Beginn der Psychotherapie ist, da sie die psychomotorischen und v.a. Positivsymptome lindert (Hasan et al. 2020; Moritz et al. 2023). Als weitere Therapiemöglichkeiten stehen u.a. Ergo-, Physio-, Körper-, Sport-, somatische und künstlerische Therapien, Familieninterventionen sowie das Training sozialer Fertigkeiten und kognitiver Fähigkeiten zur Verfügung. Dabei kommen nicht immer alle Therapiemaßnahmen zum Einsatz. Sie sollten partizipativ ausgewählt und im Gesamtbehandlungsplan festgehalten werden (DGPPN e.V. 2019).

2.4.1 Pharmakotherapie und somatische Behandlungsverfahren

Voraussetzung für eine medikamentöse Behandlung der Schizophrenie ist die Durchführung einer Labordiagnostik, eines Elektrokardiogramms und der Ausschluss einer Schwangerschaft. Außerdem sollen die Betroffenen über die kurz- und langfristigen (Neben-)Wirkungen in verständlicher Sprache aufgeklärt und in die Entscheidung für oder gegen die psychopharmakologische Behandlung partizipativ eingebunden werden. Bei der Entscheidung werden neben den Präferenzen der Betroffenen und den Vor- und Nachteilen für das individuelle Zielsymptom auch Vorerfahrungen wie

potenzielle Unverträglichkeiten, soziodemografische Merkmale, Komorbiditäten und wirkstoffspezifische Kontraindikationen berücksichtigt (DGPPN e.V. 2019). Aus der aktuellen Evidenz und dem allgemeinen Konsens ergibt sich, dass die antipsychotische Medikation allein für die Therapie nicht ausreicht, allerdings kann für einen Therapieerfolg auch nicht darauf verzichtet werden (Hasan et al. 2020).

Fast 30 antipsychotisch wirkende Medikamente sind derzeit in Deutschland zugelassen (DGPPN e.V. 2019). Für die Behandlung von Schizophrenie kamen im Jahr 2010 Risperidon, Olanzapin und Quetiapin am häufigsten zum Einsatz (IGES Institut 2014). Antipsychotika werden je nach Ausprägung der extrapyramidalmotorischen Symptome als Nebenwirkungen in erste und zweite Generation differenziert, wobei Letztere mit weniger Nebenwirkungen einhergeht (DGPPN e.V. 2019).

Antipsychotika binden sich mit unterschiedlicher Affinität an Dopamin-, Glutamat- und Serotoninrezeptoren in verschiedenen Hirnregionen (DGPPN e.V. 2019; Adorjan u. Falkai 2019). Da alle Antipsychotika an dopaminerge Rezeptoren im mesolimbischen System binden, wirken sie besonders gut auf Positivsymptome. Im Gegensatz zur Positivsymptomatik liegen für die Behandlung primärer (d.h. Kernsymptome) und nicht infolge von Positivsymptomen, Nebenwirkungen oder Umwelteinflüssen) Negativsymptome kaum überzeugende pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten vor (DGPPN e.V. 2019), wobei in einigen Studien von einer Wirksamkeit von Clozapin, Olanzapin, Risperidon, Amisulprid, Cariprazin und Quetiapin auf Negativsymptome berichtet wird (Fleischhacker et al. 2019; Moritz et al. 2023). Die Wirkung der Antipsychotika auf kognitive Symptome wird derzeit noch diskutiert, da zwar in Studien positive Effekte berichtet werden (Baldez et al. 2021), diese Effekte jedoch nicht unbedingt allein auf die Verbesserung der Kognition zurückzuführen sind. Das Abklingen psychotischen Erlebens durch antipsychotische Medikamente könnte ebenfalls einen Einfluss haben, ebenso wie die Gabe von Anticholinergika zur Unterdrückung motorischer Nebenwirkungen, die einschränkend auf kognitive Funktionen wirken können (DGPPN e.V. 2019).

Antipsychotika können oral als Tablette, Dragée oder Saft, intravenös oder intramuskulär verabreicht werden; demnach unterscheidet sich auch die Zeit bis zur initialen, beruhigenden, und ggf. sedierenden Wirkung. Die tatsächliche antipsychotische Wirkung setzt nach mehreren Tagen oder Wochen ein und ist demnach von der initialen Wirkung zu unterscheiden. Empfohlen wird die orale und damit am wenigsten invasive Verabreichungsform, auch wenn die Evidenz für eine unterschiedliche Wirksamkeit bisher nicht vorliegt (DGPPN e.V. 2019). Hinweise auf eine bessere Wirksamkeit in Bezug auf Rückfälle liegen für langwirkende (intravenös oder intramuskulär) gegenüber oral verabreichten Medikamenten vor (Porcelli et al. 2016). Es wird jeweils die niedrigste mögliche Dosierung gewählt, die geringe Nebenwirkungen, aber dennoch eine hinreichend gute Wirkung aufweist. Im Laufe der Therapie sollte die Dosierung regelmäßig überprüft und unter Umständen an die jeweilige Erkrankungsphase angepasst werden, wobei auch berücksichtigt werden sollte, ob es sich um eine Ersterkrankung oder ein Rezidiv handelt (DGPPN e.V. 2019).

In der Regel werden Antipsychotika in Monotherapie empfohlen; bei unzureichender Wirkung, wirkstoffimmanenten Vorteilen oder Komorbiditäten bieten sich jedoch Wirkstoffkombinationen an, welche in der klinischen Praxis häufig genutzt werden (DGPPN e.V. 2019; Hasan et al. 2020). Hierbei wird zwischen antipsychotischer Kombinationstherapie, bei der mehrere Antipsychotika zur Kombination von Einzelsubstanzen mit bestimmten Rezeptorprofilen gleichzeitig zum Einsatz kommen, und

Augmentationsbehandlung, bei der Antipsychotika mit anderen Substanzgruppen (z.B. Antidepressiva) kombiniert werden, unterschieden. Weitere Medikamentengruppen, die bei Betroffenen mit Schizophrenie ebenfalls zum Einsatz kommen können, sind z.B. Benzodiazepine zur Behandlung von Angst und Positivsymptomen, Medikamente zur Stabilisierung der Stimmung, Antidepressiva sowie Anticholinergika und Beta-Rezeptor-Antagonisten zur Behandlung von Nebenwirkungen (DGPPN e.V. 2019).

Wenn eindeutig eine Behandlungsresistenz vorliegt, wird empfohlen, nicht-invasive Stimulationsverfahren wie Elektrokonvulsionstherapie als Augmentation oder repetitive transkranielle Magnetstimulation in Betracht zu ziehen, bei denen gezielt bestimmte Bereiche des Gehirns, teilweise unter Narkose, elektrischen Reizen ausgesetzt werden, um eine neuronale Stimulation auszulösen (DGPPN e.V. 2019). Diese Therapiemöglichkeiten, wie auch beispielsweise Antidepressiva, kommen jedoch nur bei bestimmten zusätzlichen Indikationen wie Depressionen, oder Unverträglichkeiten bzw. Resistenzen gegen ein Medikament infrage (Hasan et al. 2020).

Im Verlauf der Therapie sollte die Wirksamkeit der Therapiemaßnahmen gemessen werden. Hierzu bieten sich Instrumente zur Erhebung der Symptome an (s. Kap. 2.2.1). Als minimales und gutes Ansprechen auf die Therapie wurde eine Verbesserung um 20 bzw. 50% definiert (Leucht 2014). Die Remission wird anhand der Andreasen-Kriterien ermittelt: Diese können u.a. auf die PANSS und die BPRS angewendet werden und bestehen aus bestimmten Symptomen, die in den jeweiligen Skalen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten mit höchstens „mild“ eingestuft werden dürfen. In der PANSS handelt es sich beispielsweise um die Items zu Wahn, konzeptioneller Desorganisation, Halluzinationen, Manierismen, ungewöhnlichen Denkinhalten, verflachtem Affekt, sozialem Rückzug und Mangel an Spontanität (Andreasen et al. 2005).

2.4.2 Psychotherapie

Im Rahmen der Psychotherapie bei Schizophrenie werden v.a. die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen häufig genannt (DGPPN e.V. 2019; Hasan et al. 2020; Moritz et al. 2023). Der Schwerpunkt dieser Therapie liegt auf kognitiven Ansätzen zur Verringerung der Positiv- und Negativsymptomatik, wobei auch Konzepte wie das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell (s. Kap. 1.3.7) oder das Expressed-Emotions-Konzept (Berücksichtigung der Familie und des Familienklimas) eingebunden werden. Bei der kognitiven Verhaltenstherapie findet eine kognitive Umstrukturierung statt, in der die Betroffenen ihre symptombezogenen Gedanken, Gefühle und Verhalten beobachten und alternative Coping-Strategien zur Symptombewältigung erlernen. Entsprechende Maßnahmen sind die Erarbeitung des Krankheitsmodells und die Möglichkeiten der Veränderung, Psychoedukation, Aufbau von Aktivitäten und Erlernen von Entspannungstechniken sowie Rollenspiele (DGPPN e.V. 2019; Moritz et al. 2023). Insbesondere die Psychoedukation als Teil der Verhaltenstherapie sollte in der Gruppe und unter Einbezug der Angehörigen stattfinden, da sie sonst keinen Effekt auf die Rezidivprophylaxe zeigt (DGPPN e.V. 2019).

Die kognitive Verhaltenstherapie und metakognitives Gruppentraining für Psychosen bilden den Grundstein des metakognitiven Trainings. Hierbei werden „menschliche (Fehl-)Annahmen bezüglich (eigener) kognitiver Prozesse und deren Reflexion sowie

der Umgang mit kognitiven Defiziten und Verzerrungen“ (vgl. Moritz et al. 2023, S. 3) thematisiert. Den Betroffenen werden die (krankheitsbedingten) Denkprozesse und die Möglichkeiten der Veränderung verdeutlicht (Moritz et al. 2023). Metakognitives Training wird zur Verringerung von Positivsymptomen empfohlen (DGPPN e.V. 2019). In die psychotherapeutische Behandlung der Betroffenen sollten Angehörige im Rahmen einer Familienintervention eingebunden werden, da sie nicht nur langfristig die wichtigste soziale Unterstützung der Betroffenen bilden, sondern selbst u.a. durch hohe emotionale Belastung mitbetroffen sind (DGPPN e.V. 2019). Die therapeutische Begleitung von Angehörigen, hin zu einem gelasseneren, distanzierteren Umgang mit der Erkrankung und weniger starken Gefühlsäußerungen kann das Rückfallrisiko deutlich reduzieren (Hell u. Schüpbach 2004).

Durch das Training sozialer Fähigkeiten der Betroffenen sollen außerdem stressbedingte Belastungen verringert und so der Verlauf der Erkrankung verbessert werden. Während der Therapie werden soziale Kapazitäten wie verbale und nonverbale Fähigkeiten ausgeweitet und Schwierigkeiten in sozialen Situationen antizipiert (DGPPN e.V. 2019).

Zur Wiederherstellung der kognitiven Fähigkeiten eignen sich kognitive Remediationsprogramme (Tripathi et al. 2018; Hasan et al. 2020). Das Training umfasst neurokognitive Aspekte wie Aufmerksamkeit, Erinnerungsvermögen, Verarbeitungsschwindigkeit, Abstraktion sowie sozialkognitive Aspekte in den fünf Domänen emotionale Verarbeitung, soziale Wahrnehmung, soziales Wissen, Attributionsverzerrung und Theory of Mind. Dabei können entweder die defizitären kognitiven Funktionen trainiert oder diese Bereiche umgangen werden, indem andere kognitive Funktionen kompensatorisch besonders gestärkt werden (Tripathi et al. 2018).

Als spezielle Therapieprogramme haben sich in Deutschland das Integrierte Psychologische Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten (IPT) und die Integrative Neurokognitive Therapie (INT) etabliert. IPT ist ein gruppenbasiertes Programm der kognitiven Verhaltenstherapie, in dem über einen Zeitraum von drei Monaten in fünf Unterprogrammen die Bereiche Neurokognition und soziale Interaktion sequenziell trainiert werden. In der INT wird IPT mit kognitivem Training kombiniert (Moritz et al. 2023).

Außerdem wird für Betroffene mit Schizophrenie die psychodynamische und psychoanalytische Therapie, die sich mit unbewussten Prozessen und (Gegen-)Übertragung befasst, angeboten und empfohlen (DGPPN e.V. 2019).

2.4.3 Ergo-, Physio- und Körperbezogene Therapien

Neben den pharmakologischen und psychotherapeutischen Angeboten können Ergo-, Physio- und Körpertherapien dabei helfen, dass Betroffene Aktivitäten des täglichen Lebens wie die Selbstversorgung bewältigen sowie am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Dabei sind die Handlungen und ihre Auswirkungen auf die Betroffenen und das Umfeld sowie die entstehenden Wechselwirkungen besonders relevant. Sport- und Bewegungstherapien unterstützen die Betroffenen bei der Veränderung ihres krankheitsbedingt oft sedentären Lebensstils, hin zu einem aktiveren Leben zur Verbesserung der somatischen Gesundheit (DGPPN e.V. 2019). Studien haben gezeigt, dass Sport und v.a. Ausdauertraining eine wirksame Ergänzung zur konventionellen Psychotherapie darstellen kann, insbesondere durch die positive Wirkung

auf kognitive und Negativsymptome (Falkai et al. 2023). Außerdem besteht die Möglichkeit der Anwendung von Kunst-, Musik- oder Theatertherapie, die den Fokus auf das innere Erleben der Betroffenen legen. Diese Therapieformen sowie die Bewegungstherapien sind in Abhängigkeit von den körperlichen Voraussetzungen und den individuellen Präferenzen der Betroffenen anzubieten (DGPPN e.V. 2019). Zusätzlich ist die Ergotherapie ein sozialtherapeutisches Verfahren, das angewendet werden kann und zum Ziel hat, Betroffene bei alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen und sie zur selbständigen Bewältigung des Alltags und der Selbstversorgung im Beruf und der Freizeit zu befähigen. Maßnahmen der Ergotherapie sind u.a. die Beratung, handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten, beschäftigungs- und arbeitsbezogene Maßnahmen sowie kognitive Trainings und Skilltraining. So kommt der Ergotherapie eine wichtige Rolle im Erhalt der kognitiven Fähigkeiten zu (Siepelmeyer-Müller 2024).

2.5 Therapiesettings

Therapeutische Settings sind äußere Gegebenheiten, die therapeutische Arbeit mitbestimmen. Grundsätzlich wird zwischen ambulanten und stationären Settings sowie teilstationär und komplementär stationär und ambulant unterschieden (s. Abb. 6). Innerhalb der Settings gibt es jeweils unterschiedliche Einrichtungen, die maßgeblich vom Setting geprägt sind. Die Wahl des Settings bei der Behandlung der Schizophrenie hängt wesentlich von den unterschiedlichen Bedürfnissen und Therapiezielen in den verschiedenen Krankheitsphasen ab (s. Kap. 2.3). Die Behand-

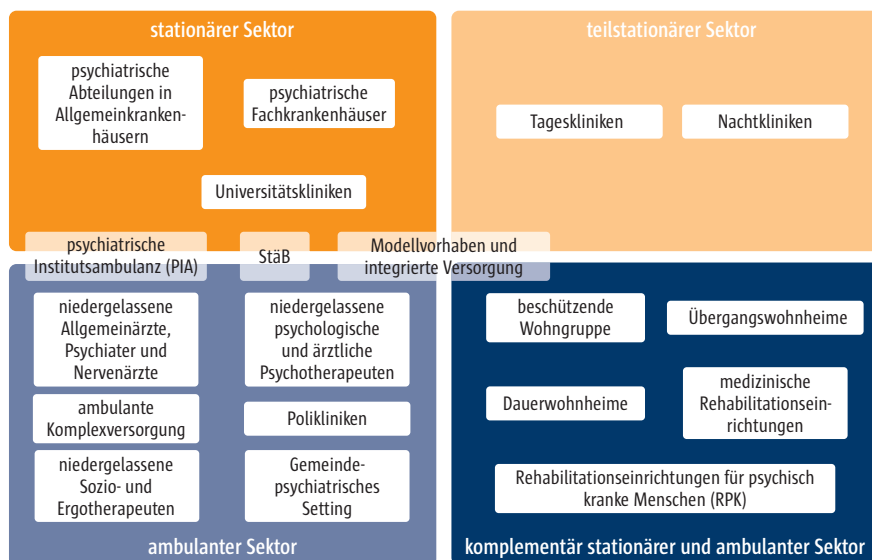


Abb. 6 Einrichtungen der verschiedenen Therapiesettings; PIA = Psychiatrische Institutsambulanz, StäB = Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung, RPK = Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen
Quelle: IGES (eigene Darstellung) nach Bramesfeld (2023), DGPPN e.V. (2019).

lung in der Akutphase findet in der Regel stationär statt, die postakute Stabilisierungs- sowie die Stabilisierungs- und Remissionsphase können ambulant oder teilstationär behandelt werden. In letztgenannter Phase kann die Aufnahme in eine betreute und beschützende Wohngruppe sinnvoll sein (Gaebel u. Wölwer 2010).

Die stationäre Versorgung wird v. a. durch psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern erbracht. Die Allgemeinkrankenhäuser bieten gegenüber den Fachkrankenhäusern den Vorteil, dass sie eine flächendeckendere wohnortnahe stationäre Behandlung ermöglichen. Grundsätzlich sollte die stationäre Behandlung nur unter bestimmten Voraussetzungen erfolgen, z.B. eine erfolglose ambulante Therapie in der Vergangenheit, eine unzureichende Stabilität des sozialen Netzwerks der Betroffenen, die Notwendigkeit einer komplexen Behandlung aufgrund von Komorbiditäten oder Selbst- bzw. Fremdgefährdung (DGPPN e.V. 2019). Zudem besteht die Möglichkeit der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) als ambulante Therapie im häuslichen Umfeld durch ein multidisziplinäres Team, äquivalent zu einer vollstationären Behandlung (Bramesfeld 2023). Mit der StäB soll die psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch multiprofessionelle, mobile Behandlungsteams mit den Inhalten, der Flexibilität und der Komplexität, die einer vollstationären Behandlung äquivalent sind, ermöglicht werden. Die StäB kann durch psychiatrische Krankenhäuser sowie durch Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung umgesetzt werden (CKV-SV 2023b). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit einer StäB, wenn das häusliche Umfeld aufgrund z.B. der Einwilligung von Mitbewohnern, als geeignet erscheint, wenn keine schwere Suchterkrankung vorliegt, und Fremd- oder Selbstgefährdung ausgeschlossen sind. Weitere Ausschlusskriterien für die Aufnahme einer StäB sind ein Unterbringungsbeschluss, Kindeswohl- oder Unfallgefährdung oder eine zu große Distanz des Wohnorts zur StäB-Zentrale. Die StäB-Teams bestehen aus Mitarbeitenden des ärztlichen Dienstes, Pflegedienstes, Sozialdienstes, psychologischen Dienstes, Spezialtherapeuten und vereinzelt Genesungsbegleitenden und Teamassistenten, die Betroffene während der Regelarbeitszeit aufsuchen und mit Rufbereitschaft im Bedarfsfall zur Verfügung stehen (Klocke et al. 2022).

In Tageskliniken werden Betroffene tagsüber an Wochentagen von einem interdisziplinären Team in Anlehnung an die stationäre psychiatrische Versorgung behandelt. Nachtkliniken bieten den Betroffenen nachts den Schutz einer überwachten Umgebung, wenn es ihnen aufgrund der Erkrankung oder des sozialen Milieus nicht möglich ist, Zuhause zu übernachten. Tagsüber können sie einer (beruflichen) Tätigkeit nachgehen (DGPPN e.V. 2019).

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sollen als Bindeglied zwischen stationärem und ambulantem Sektor fungieren. Sie sind an Kliniken angegliedert und erbringen ambulante Leistungen, v. a. für Betroffene mit schweren und komplexen Krankheitsverläufen und in Regionen, in denen die ambulanten vertragsärztlichen Angebote nur unzureichend sind (DGPPN e.V. 2019; Bramesfeld 2023). In PIAs werden die Betroffenen multidisziplinär und u.U. aufsuchend versorgt (Bramesfeld 2023). Sie helfen den Betroffenen beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung (DGPPN e.V. 2019).

Im Allgemeinen wird die ambulante Versorgung von niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten, von Allgemeinärzten und Polikliniken übernommen. Auch niedergelassene

Ergo-, und Soziotherapeuten gehören zu der ambulanten Versorgung von Betroffenen der Schizophrenie (Bramesfeld 2023).

Für eine niedrigschwellige, d.h. schnelle und unbürokratische Betreuung und Beratung zur Implementierung und Koordination von Behandlungen, übernehmen sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung. Sie sollen die Versorgung der psychisch Erkrankten in der jeweiligen Region sicherstellen, indem sie die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure, beispielsweise Institutsambulanzen und Soziotherapie, koordinieren. Die konkrete Zusammensetzung der Dienste und Einrichtungen, und somit der speziellen Kompetenzen, variiert jedoch, da sie auf Länderebene organisiert sind (Psychiatrienetz 2021).

Bei Betroffenen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf kommt außerdem eine Behandlung in gemeindepsychiatrischen Teams oder in der Ambulanten Komplexversorgung infrage.

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams unterstützen, indem sie die den Versorgungsbedarf erheben, Medikamente verschreiben und psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen anbieten, sowie durch Case Manager, die den Kontakt zu Betroffenen aufrechterhalten und die Versorgung koordinieren. Aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams bestehen mindestens aus Fachärzten und Pflegekräften mit Spezialisierung auf psychiatrische Erkrankungen, Psychotherapeuten sowie Sozialarbeitern. Diese betreuen Betroffene mit schweren und chronischen Erkrankungen v.a. im Rahmen von Hausbesuchen, um in interprofessioneller Zusammenarbeit Krankenhausaufenthalte und die Überweisung an andere Institutionen zu vermeiden (DGPPN e.V. 2019).

Die Ambulante Komplexversorgung ist ein Netzwerkzusammenschluss aus Ärzten und Psychotherapeuten, die mit Krankenhäusern, der ambulanten Pflege und der Soziotherapie kooperieren. Innerhalb des Netzwerkes gibt es für die Betroffenen eine feste Ansprechperson, die Behandlungspläne erstellt und Therapieschritte koordiniert. Behandlungspläne, Ziele und Maßnahmen werden in regelmäßigen Konferenzen besprochen. Ziel ist ein schneller Zugang zu einer kontinuierlichen und qualifizierten ambulanten Versorgung. Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn pro Quartal mindestens zwei Maßnahmen der Behandlung durch unterschiedliche Disziplinen nötig sind (KBV 2023a).

Weitere ambulante Settings bilden Früherkennungs- und Frühinterventionszentren, die eine niedrigschwellige Anlaufstelle für Jugendliche und junge Erwachsene bieten, aber auch aufsuchend tätig sein können. Hier werden den Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Diagnostik eines potenziell erhöhten Risikos für psychische Erkrankungen, eine Verlaufsbegleitung, Maßnahmen zur Verringerung der Symptome, die Kooperation mit behandelnden Ärzten und eine Unterstützung zur Verringerung von Substanzmittelgebrauch angeboten (DGPPN e.V. 2019).

Darüber hinaus stellen regionale Modellprojekte und Angebote der Besonderen Versorgung ein sektorenübergreifendes Angebot in Deutschland dar (s. Kap. 3.7.1 und 3.7.2) (DGPPN e.V. 2019; Bramesfeld 2023; Schmid et al. 2013). Derzeit ergänzen auch internetbasierte Therapien (insbesondere mit Aspekten der Psychoedukation und Symptomkontrolle) die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung (DGPPN e.V. 2019).

Rehabilitationsmaßnahmen können sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden. Bei etwa der Hälfte der Fälle werden rehabilitative Leistungen stationär er-

bracht (Bramesfeld 2023). Die ambulante Rehabilitation ist hinsichtlich der Wiedereingliederung der stationären, v.a. bei langer Aufenthaltsdauer, vorzuziehen (DGPPN e.V. 2019). Für die medizinische Rehabilitation stehen entsprechende Einrichtungen zur Verfügung, ergänzend existieren Rehabilitationseinrichtungen für psychische kranke Menschen (RPK). Die soziale Rehabilitation findet mehrheitlich im ambulanten Setting oder in Wohnheimen (Übergangs- oder Dauerwohnheime) als Kombination ambulanter und stationärer Leistungen statt (Bramesfeld 2023). Für die soziale und berufliche Rehabilitation werden insbesondere spezialisierte Einrichtungen und Netzwerke empfohlen, die auf eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit, eine Überwindung von Aktivitätseinschränkungen und die Verbesserung der Teilhabe abzielen (DGPPN e.V. 2019). Hervorzuhebende Versorgungsaspekte in der stationären oder ambulanten Betreuung sind die Forensik, die Pflege und die Rehabilitation, die im Folgenden (weiter) erläutert werden (s. Kap. 2.6 und 3.6).

2.6 Besondere Versorgungsaspekte

2.6.1 Forensische Psychiatrie und Maßregelvollzug

Die forensische Psychiatrie beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Straftaten und der psychischen Verfassung der daran beteiligten Menschen (Charité – Universitätsmedizin Berlin 2024). Im Maßregelvollzug werden Betroffene, die aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung eine rechtswidrige Tat begangen haben, in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt untergebracht und dort stationär behandelt (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2024). Die Ziele sind hierbei die Besserung und Sicherung der Betroffenen sowie anschließend deren Resozialisierung (DGPPN e.V. 2023a). Der Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Delinquenz wird immer wieder diskutiert und scheint bis heute in Bezug auf den tatsächlichen Zusammenhang und mögliche Mechanismen der Krankheit, die zur eventuellen Delinquenz führen, nicht abschließend geklärt (Kalus 2011). Sicher scheint, dass Betroffene mit Schizophrenie ein erhöhtes Verurteilungsrisiko haben und einen relevanten Teil der Betroffenen im europäischen Maßregelvollzug ausmachen. Zum Eigen- und Fremdschutz und nicht zuletzt zur Bekämpfung von mit Gewalt einhergehender Stigmatisierung ist es notwendig, gewalttätiges Verhalten im Zusammenhang mit der Schizophrenie zu verstehen und zu verhindern. In der Praxis sollte bei Betroffenen mit Schizophrenie bereits zu Behandlungsbeginn auf Warnsignale für aggressives Verhalten geachtet werden. Hochrisikopatienten können z.B. an frühen Verhaltensauffälligkeiten, der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens oder der Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung erkannt werden (Hodgins u. Müller-Isberner 2014). Bei forensisch behandelten Betroffenen der Schizophrenie lassen sich auch Unterschiede in der vorausgegangenen Behandlung erkennen. So kann eine forensische Behandlung oft in Zusammenhang mit geringer vorausgegangener Einbindung in das Versorgungsnetzwerk, geringer medikamentöser Adhärenz und mehr Zwangsbehandlungen stehen (Kruse et al. 2013).

2.6.2 Pflege

Betroffene mit Schizophrenie können häufig Schwierigkeiten mit der Bewältigung ihres Alltags haben. Hier setzt die psychiatrische Pflege an, indem sie Ressourcen und Strategien zur Lebensbewältigung aufbaut (Samuel et al. 2018). Psychiatrische Pflege kann vollstationär, teilstationär, ambulant, vor- und nachstationär sowie stationsäquivalent erfolgen. Sie unterstützt und befähigt Betroffene, die ihre Selbstpflege und ihre Alltagsbewältigung nicht nach ihren Bedürfnissen gestalten können. Dazu gehört der Umgang mit Krankheitsfolgen und Therapieanforderungen sowie die Unterstützung bei Krisen (Verbändedialog Psychiatrische Pflege 2019). Psychiatrische Pflege soll basierend auf persönlichen Ressourcen der Betroffenen sowie gemeinsamer Zielsetzung, die zu pflegenden Personen stärken und „empowern“ und Wachstum, Entwicklung und Recovery fördern (Gühne et al. 2019).

Pflegefachpersonen im ambulanten Bereich unterstützen beim Umgang mit Auswirkungen der Schizophrenie im Lebensalltag und bei der Bewältigung von Krisen; die Balance zwischen Bedürfnissen der Betroffenen und den gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien haltend. Im Vergleich zur stationären Pflege sind die Pflegefachpersonen somit im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen tätig (Buneta 2023).

Bei einem stationären Aufenthalt von Betroffenen mit Schizophrenie sind Pflegefachpersonen insbesondere für die Organisation des Aufenthalts, der Gestaltung des Milieus, der Fürsorge für Alltagsangelegenheiten und für die Koordination von Aktivitäten in der Gruppe bedeutsam. Zusätzlich führen sie oftmals weitere, mit Zusatzqualifikationen assoziierte Maßnahmen durch. Pflegefachpersonen haben für die Betroffenen mit Schizophrenie einen hohen Stellenwert für den Erhalt von Normalität während der stationären Versorgung, da pflegerische Bereiche häufig bewusst von anderen Therapien getrennt gehalten werden und sie so das „reale menschliche Gegenüber“ verkörpern, indem sie Schutz, Sicherheit und positive Erfahrungen vermitteln, eine emotionale Entlastung und das Ausprobieren neuer Verhaltensweisen ermöglichen sowie bei der Krisenbewältigung unterstützen (Dörflinger 2023).

Im Rahmen des Sozialgesetzbuch (SGB) V haben Versicherte (pflegebedürftige Personen mit den Pflegegraden 1–5 und Personen ohne Pflegebedürftigkeit) Anspruch auf ambulante pflegerische Versorgung für bis zu vier Wochen je Krankheitsfall (mit Ausnahmen, bei entsprechender Feststellung durch den Medizinischen Dienst), sofern keine im Haushalt lebende Person dies übernehmen kann (Trost 2023). Die ambulante psychiatrische Pflege nach SGB V soll daher insgesamt den Klinikaufenthalt vermeiden oder verkürzen und/oder die Therapie und Behandlung sicherstellen (Trost 2023). Die häusliche Krankenpflege (HKP) umfasst nach § 37 SGB V im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung, die Versicherte ergänzend zur ärztlichen Behandlung in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder an einem geeigneten Ort, z.B. in betreuten Wohnformen, in Anspruch nehmen können (KBV 2024; Trost 2023; Buneta 2023). Eine spezialisierte Form der HKP ist die psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) (G-BA 2022b). Pflegefachkräfte unterstützen psychisch kranke Menschen, die aufgrund einer Krankheitsphase oder einer belastenden Lebenssituation Hilfe benötigen. Ziel der pHKP ist es, das Selbsthilfepotenzial der Betroffenen zu fördern, krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen zu verringern und die Alltagsbewältigung zu erleichtern. Durch die Förderung des Bewusstseins für die Krankheit, den Aufbau von Beziehungen sowie die Unterstützung in Krisensituationen, sollen Krankenhausaufenthalte verkürzt

oder ganz vermieden werden (Gühne et al. 2022). Zusätzlich beinhalten die Leistungen der pHKP das Training von Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu anderen. Die pHKP richtet sich nach bestimmten Diagnosen und Fähigkeitsstörungen (KBV 2020). Wird bei Betroffenen mit Schizophrenie Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) festgestellt, können weitere psychiatrische Pflegeleistungen (Geld-, Sach- und Dienstleistungen für ambulante bzw. stationäre Versorgung) gemäß SGB XI in Anspruch genommen werden, wobei sich der Umfang der Pflegeleistungen an der Schwere der Beeinträchtigungen orientiert (Trost 2023). Seit 2017 umfasst der Pflegebedürftigkeitsbegriff sowohl die physischen als auch die psychiatrischen Einschränkungen der Betroffenen und eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit erfolgt anhand von fünf Pflegegraden (BARMER 2023).

2.6.3 Rehabilitation

Die Rehabilitation dient dem Wiedererwerb körperlicher und psychischer Funktionsfähigkeit sowie sozialer Fertigkeiten, sodass Kompetenzen und Autonomie in allen relevanten Lebensbereichen erlangt werden und langfristig erhalten bleiben. Zur Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen bei Betroffenen mit Schizophrenie gibt es im deutschen Versorgungskontext bisher wenige Studienergebnisse.

Es wird zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation unterschieden. In der medizinischen Rehabilitation soll eine seelische und körperliche Stabilisierung erlangt werden, um die weitere Bewältigung der Erkrankung und eine eigenständige Lebensführung zu fördern. Maßnahmen sind, wie auch in der Akutbehandlung, pharmakologische, psychotherapeutische und -soziale Therapien (DGPPN e.V. 2019).

Im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung spielt die kognitive Remediation (s. Kap. 2.4.2) in der medizinischen Rehabilitation eine besondere Rolle, da die kognitiven Fähigkeiten für das Ausüben eines Berufes von großer Relevanz sind. In der beruflichen Rehabilitation steht die Wiederherstellung und der Erhalt der Erwerbsfähigkeit bzw. die Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt im Vordergrund (DGPPN e.V. 2019). Dazu bestehen u.a. zwei gegensätzliche Strategien: das Pre-vocational Training und Supported Employment. Bei Ersterem werden die Rehabilitanden vor Beginn einer Arbeitstätigkeit auf das Berufsleben vorbereitet. Nach diesem geschützten Training können sie voll oder stufenweise in ein Arbeitsverhältnis eintreten. Diese Form der beruflichen Reintegration ist in Deutschland bisher weit verbreitet. Beim Supported Employment kehren Betroffene ohne besondere Vorbereitung an einen Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarkts zurück oder beginnen ein Arbeitsverhältnis, jedoch mit unterstützender Begleitung durch Jobcoaches. Diese Form der Wiedereingliederung scheint ersten Studien zufolge wirksamer zu sein als das Pre-vocational Training; insbesondere durch begleitende kognitive Remediation kann die Wirkung noch verstärkt werden (DGPPN e.V. 2019; Adorjan u. Falkai 2019). Die bestuntersuchte Form des Supported Employment ist die manualisierte Version, das IPS. Das IPS ist konzipiert als Systemintervention, mit acht Grundprinzipien und mit dem übergeordneten Verständnis, niemanden von einer Tätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt auszuschließen. Zu den Prinzipien gehören die Wahlfreiheit der Betroffenen, langfristige Betreuung, integrierte klinische Leistungen, Beratung zu

Sozialversicherungsleistungen und ggf. finanzielle Unterstützung, unmittelbare Platzierung und Erschließung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen durch umfangreiche Vernetzung (Stengler et al. 2021).

Eine Kombination der medizinischen und beruflichen Rehabilitation wird als Komplexleistung in der Rehabilitation für psychisch Kranke angeboten (Bramesfeld 2023). In der S3-Leitlinie wird empfohlen, die Präferenzen der Betroffenen, z.B. hinsichtlich des Zeitpunkts, bei der Entscheidung für eine der beiden Strategien zur beruflichen Wiedereingliederung zu beachten (DGPPN e.V. 2019). Bei der Umsetzung von Supported Employment müssen die länderspezifischen Sozialgesetzgebungen und die den Arbeitsmarkt betreffenden Bedingungen berücksichtigt werden (Adorjan u. Falkai 2019).

Die soziale Rehabilitation dient mithilfe von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dem Ziel, Betroffenen eine ihren Vorstellungen entsprechende Integration in die Gemeinschaft zu ermöglichen. Hierbei erhalten sie in den Bereichen Wohnen und Aktivitäten im Alltag Unterstützung, z.B. in Form von betreutem Wohnen und Tagesstätten für psychisch kranke Menschen. Ziel des Supported Housing (äquivalent zum Supported Employment in der beruflichen Rehabilitation) ist das selbstbestimmte Wohnen als Teil der Gemeinde, mit aufsuchender Unterstützung (DGPPN e.V. 2019).