

Evidenzbasierte Psychotherapie in der Psychiatrie – Wunsch und Wirklichkeit

Stefan Klingberg

Berlin, 26.06.2014



EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN

Vieles wünscht sich der Mensch, und doch bedarf er nur wenig.

Johann Wolfgang Goethe (1749 - 1832),

Gliederung

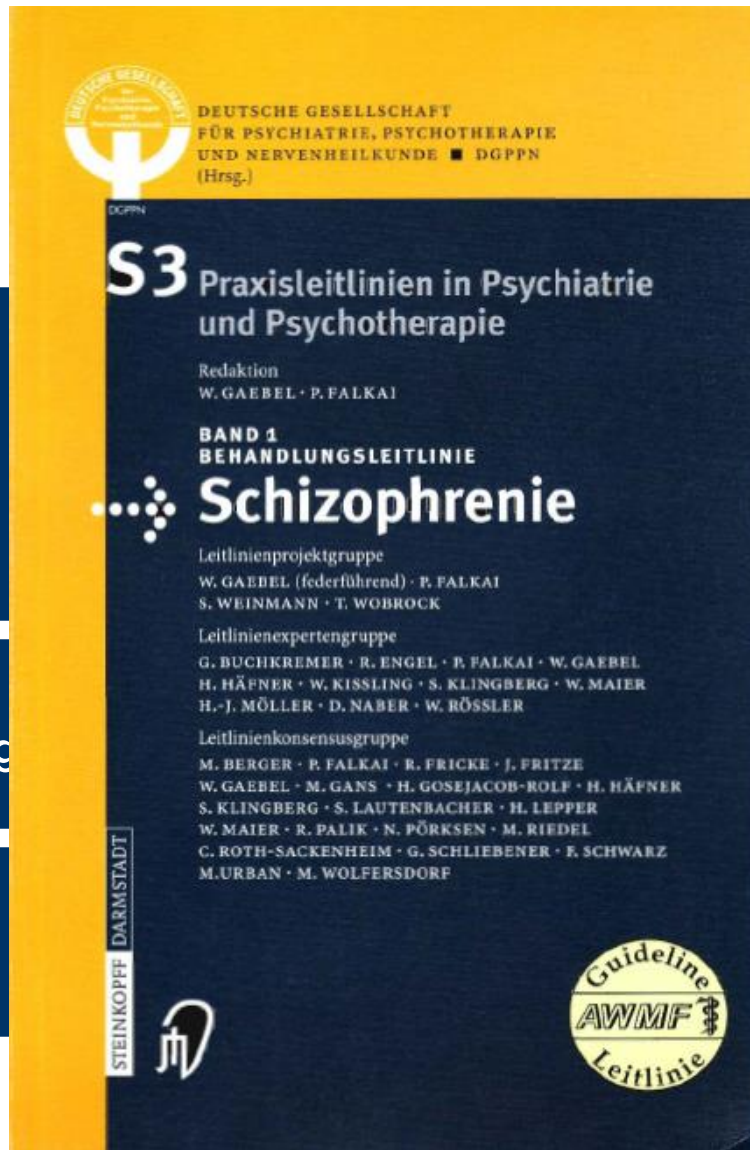
- Evidenzbasierte Leitlinien bei verschiedenen, schweren psychischen Störungen
- Psychotherapeutische Komplexprogramme in in psychiatrischen Krankenhäusern
- Eindrücke zur Versorgungsrealität
- Entspricht die Versorgungsrealität den Ansprüchen der Evidenzbasierten Medizin?

Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei schizophrenen Störungen

Rückfall-
verhütung

Funktionelle
Verbesserung

Symptom-
reduktion



Stabile Phase

Rückfallverhütung

Medikation

Training sozialer Fertigkeiten und kognitive

Symptomreduktion positiver Symptome

NICE-Guideline „Schizophrenia“ - Übersicht

Interventionsstrategie	Evidenzbasis	Zielkriterien ¹	Behandlungsphase	
			Akut	Langzeit
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	19 RCT ² : KVT vs. TAU ³ 14 RCT: KVT vs AK ⁴	Positiv-Symptomatik		
		Negativ-Symptomatik		
		Rückfallverhütung		
Familienintervention (FI)	26 RCT: FI vs. TAU 8 RCT: FI vs. AK	Symptomreduktion		
		Rückfallverhütung		
„Arts-Therapy“ (AT)	6 RCT: AT vs. Kontrolle	Negativ-Symptomatik		
Psychoedukation (PE)	8 RCT: PE vs. TAU 8 RCT: PE vs. AK	Alle Zielkriterien		
Psychodynamische Therapie (PT)	0 RCT			
Kognitive Remediation (KR)	10 RCT: KR vs. TAU 9 RCT: KR vs. AK	Kognitive Leistungsdefizite		
		Soziales Funktionsniveau		
Training sozialer Fertigkeiten (TSF)	10 RCT: TSF vs. TAU 10 RCT: TSF vs. AK	Negativ-Symptomatik		
		Alle anderen Zielkriterien		
Supportive Therapie (ST)	17 RCT: ST vs. AK	Alle Zielkriterien		
„Adherence Therapy“ (AdT)	5 RCT: AdT vs. Kontrolle	Alle Zielkriterien		

Update Nice Guideline (2014)

First Episode

- Offer oral antipsychotic medication in conjunction with family intervention and individual cognitive behavioural therapy. (New recommendation.) [Based on low to high quality evidence from randomised controlled trials]

Subsequent acute episodes of psychosis or schizophrenia

- Offer oral antipsychotic medication in conjunction with a psychological intervention. (New recommendation.) [Based on low to high quality evidence from randomised controlled trials]
- Offer
 - Cognitive behavioural therapy to all people with psychosis or schizophrenia
 - Family intervention to all families of people with psychosis or schizophrenia who live with or are in close contact with the service user.

These can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.

[Based on low to moderate quality evidence from randomised controlled trials]

Kuipers, E., Yesufu-Udechuku, A., Taylor, C., & Kendall, T. (2014). Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal*, 348, g1173. doi: 10.1136/bmj.g1173

Unipolare Depression – NVL/S3-Leitlinie

3-40 Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.	A
3-41 Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.	A
3-47 Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.	A
Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung	
3-48 Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.	A

Bipolare Störung – S3 Leitlinie

Statement	Empfehlungsgrad
Therapie-Manie26 Es gibt bislang keine empirischen Belege, dass eine spezifische Psychotherapie oder eine Psychoedukation bei der Behandlung einer akuten manischen Episode wirkt.	Statement

Empfehlung	Empfehlungsgrad
Therapie-Depression29 Zur Behandlung akuter depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Empirische Belege liegen für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Familien-fokussierte Behandlung (FFT) und die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT) vor.	B

Empfehlung	Empfehlungsgrad
Therapie-Prophylaxe33 Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung von depressiven Episoden einer Bipolaren Störung sollte eine ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation angeboten werden.	B

Empfehlung	Empfehlungsgrad
Therapie-Prophylaxe34 Wenn im Vordergrund eine rezidiv-prophylaktische Behandlung depressiver Episoden einer Bipolaren Störung steht, dann sollte eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie angeboten werden.	B

Zwangsstörung – S3 Leitlinie

Wirksamkeit im Vergleich zu Kontrollbedingungen

(Kapitel 4.2.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-1 Patienten mit einer Zwangsstörung soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.	A

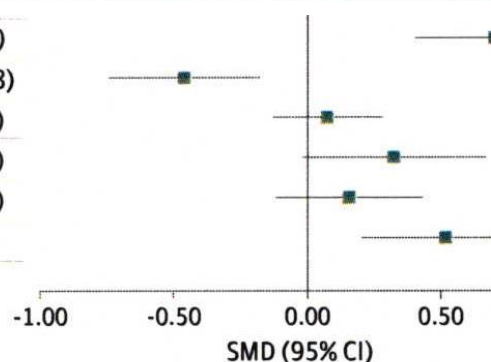
Alkoholabhängigkeit – S2 Leitlinie

- Motivierende Gesprächsführung (A)
- Kognitive Verhaltenstherapie (A)
- Soziales Kompetenztraining (A)
- Psychoedukation (C)
- Psychodynamische Psychotherapie (B)
- Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (C)
- Familientherapie (A)

Additive Effekte von Psychotherapie bei verschiedenen Störungen

Pharmacotherapy and Psychotherapy in Adults

Major depressive disorder, relapse (n = 231) ⁶⁴	-0.71 (-0.40 to 1.01)
Dysthymic disorder (n = 874) ⁴⁹	-0.47 (-0.75 to -0.18)
Panic disorder (n = 375) ⁶⁸	0.08 (-0.13 to 0.28)
Generalized anxiety disorder (NI) ⁶⁶	0.33 (-0.02 to 0.67)
Social phobia (n = 208) ⁶⁸	0.15 (-0.12 to 0.43)
Bulimia (n = 237) ⁶⁵	0.52 (0.20 to 0.84)



„effective medication and psychotherapy are available for most psychiatric disorders“

„their combination was often superior“

Figure 3. Comparison of Effect Sizes in Meta-analyses of Alone vs Combined Pharmacotherapy or Psychotherapy

Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L., & et al. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112

Helfen die Leitlinien für die Strukturierung stationärer Versorgung?

- Der Weg von konkreten Versorgungsmodellen über randomisierte klinische Studien und Meta-Analysen zur Leitlinienempfehlung ist sehr weit.
- Stellungnahmen zu Rahmenbedingungen sowie erforderlicher Frequenz und Intensität von Psychotherapie sind selten.
- Leitlinien helfen daher bislang nur begrenzt für die Gestaltung von stationär-psychiatrischen Versorgungskonzepten.

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Empfehlung 6

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

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia. Abstimmung erfolgte am 09.03.2010 → Ergebnis: starker Konsens

Empfehlung 9

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia. Abstimmung erfolgte am 09.03.2010 → Ergebnis: Konsens

Diese Empfehlungen implizieren eine erhebliche Veränderung der Versorgungsstrukturen.

Gliederung

- Evidenzbasierte Leitlinien bei verschiedenen, schweren psychischen Störungen
- Psychotherapeutische Komplexprogramme in in psychiatrischen Krankenhäusern
- Eindrücke zur Versorgungsrealität
- Entspricht die Versorgungsrealität den Ansprüchen der Evidenzbasierten Medizin?

Strukturierte, psychotherapeutische Komplexbehandlung

- Affektive Störungen
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
 - Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
- Borderline Persönlichkeitsstörungen
 - Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
- Schizophrenie
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
- Zwangsstörung
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
- Alkoholabhängigkeit mit Komorbidität
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

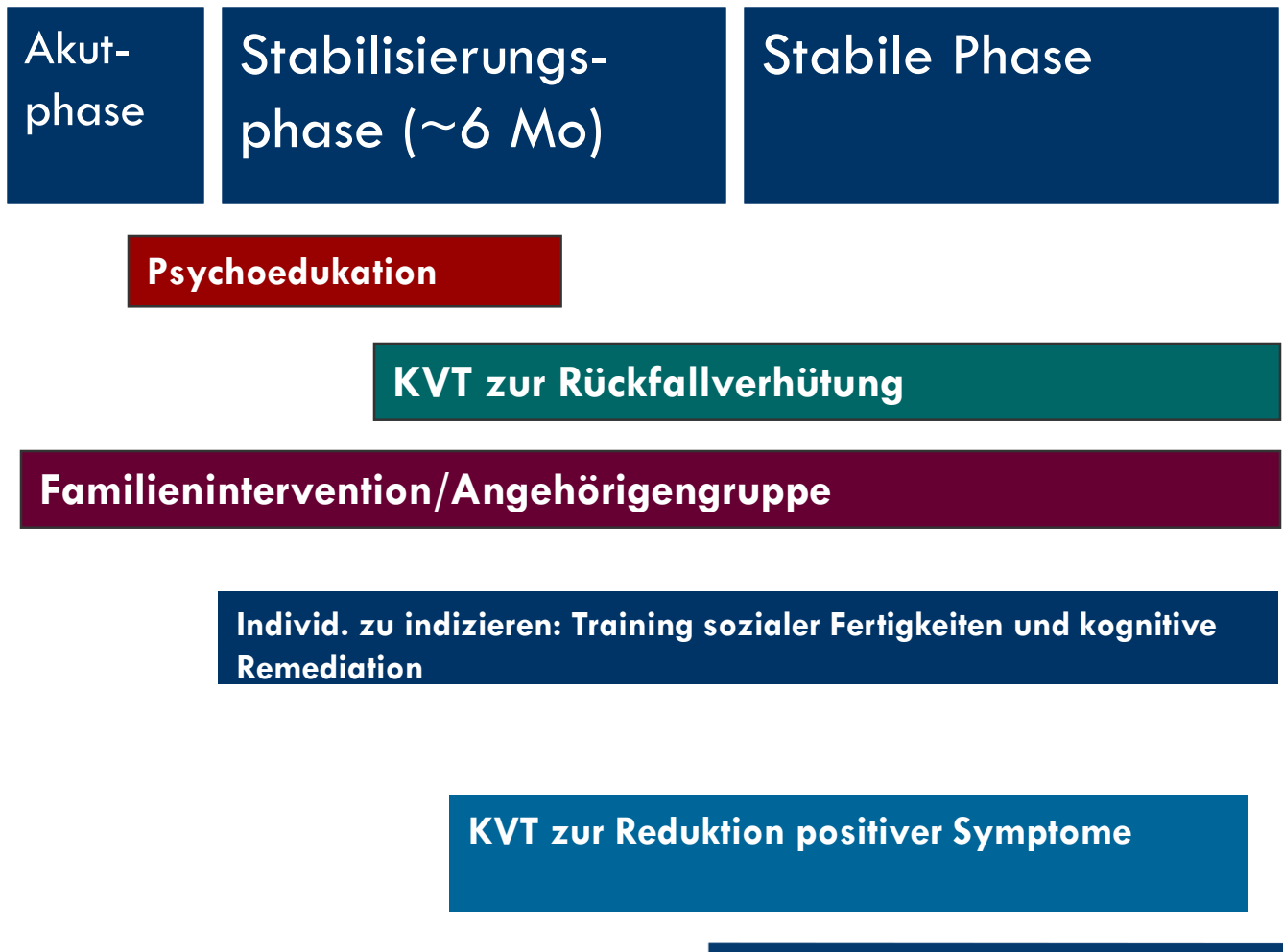
Formale Merkmale psychotherapeutischer Komplexprogramme

- Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie als standardisierter Behandlungsbestandteil: 2-4 Sitzungen /Woche
- Individualisierung der Behandlung in Einzelgesprächen: 1-2 Sitzungen/Woche.
- Nutzung des stationären Settings mit vielen Kurzkontakten
- Integration aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
- Starke Abhängigkeit von Personalressourcen und durchschnittlichen Behandlungsdauern.
- Kritisch: aufwändige Verfahren wie Expositionsbehandlungen

Aufwand für psychotherapeutische Komplexprogramme

- Erforderliche Kontaktzeiten
 - 1-2 Einzelgespräche (25 min): 50 min
 - 4 Gruppenpsychotherapiesitzungen (50min): 200 min
 - Familiengespräche (14-tägig, 50 min): 25 min
 - Täglich Kurzkontakte (5 min): 25 min
 - Summe: 300 min/5 Zeitstunden
- Interdisziplinäre Fallbesprechung/Supervision
 - 30 min /Woche
- Organisation: Termine, Räume, Material...
- Dokumentation: *gefühlte Unendlichkeit*
- Einzelgespräche als Stellschraube bei Personalengpässen/Krankheit/Urlaub...

Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei schizophrenen Störungen



Psychotherapeutische Behandlung schizophrener Störungen – Tübinger Behandlungsprogramm

Behandlungsphase	Dauer	Patienten	Angehörige
Stat. Akutbehandlung	Nach Bedarf		
Stationäre Stabilisierungsphase	Konzipiert auf 8 Wochen – Abweichung möglich, z.B. TK oder Nachstationäre Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelgespräche (1/Woche) • Psychoedukation (16x) • Sozial-emotionales Training (16x, Kommunikation, Emotionswahrnehmung in standardisierten Situationen) • Sozialtherapeutische Gruppe (8x, Fertigkeitentraining zu Arbeit, Wohnen, Freizeit) 	<p>Zu Beginn und Ende: Familien-gespräch</p> <p>Angehörigengruppe (4x, analog zu Psychoedukation der Patienten)</p>
Ambulante Behandlung	1 Jahr	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie mit Problemlöse-training für individuelle Situationen	Angebot der Teilnahme an einer offenen Angehörigengruppe

Rückfallverhütung in der Routineversorgung

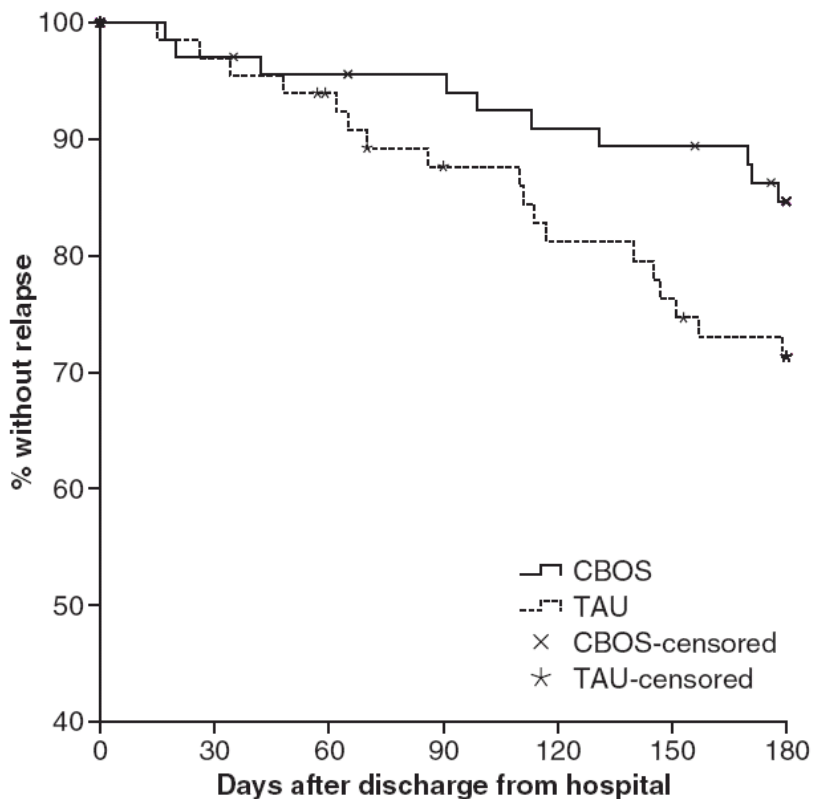


Fig. 2. Time to first relapse (primary endpoint) in cognitive behaviourally oriented service (CBOS) and treatment as usual (TAU) groups (main analysis). Note: log rank test (one-tailed): $\chi^2 = 3.38$; $P = 0.033$; CBOS $n = 84$ (16 censored cases at the beginning of the analysis, five cases censored during the interval); TAU $n = 85$ (19 + 5 censored cases).

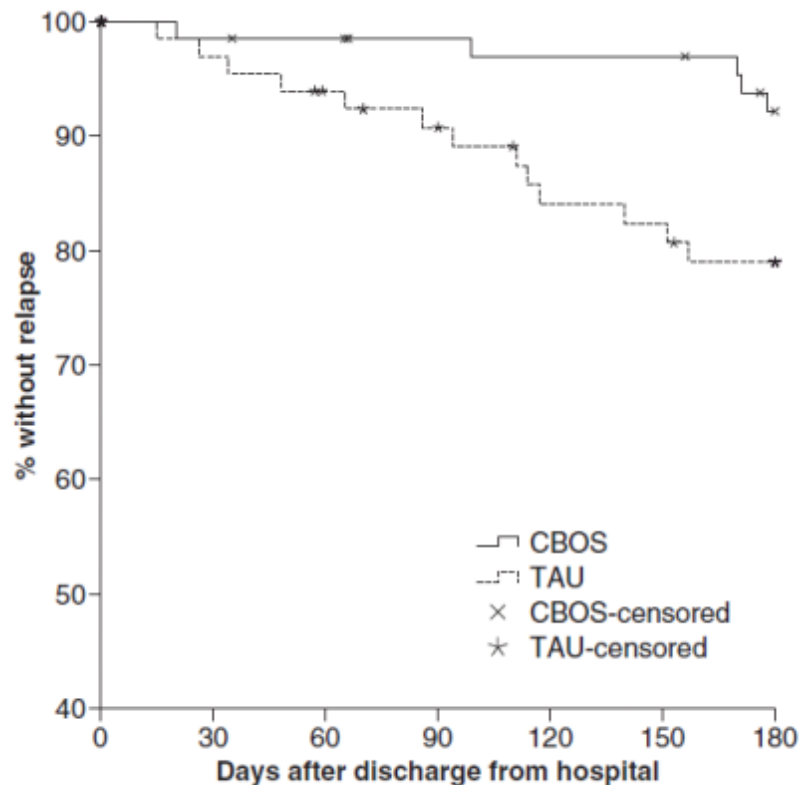
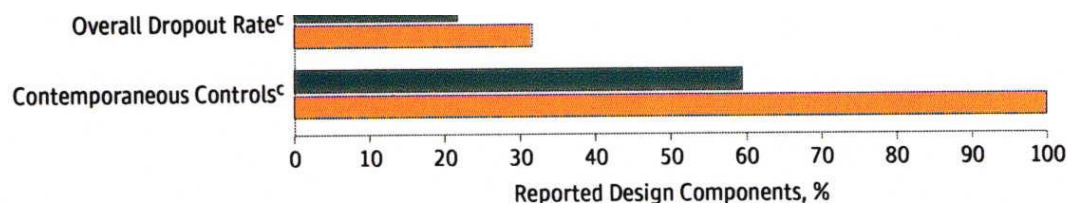


Fig. 3. Time to first exacerbation of negative symptoms in

Klingberg et al. 2009, Acta Psych Scand

Vergleich von methodologischen Aspekten von Pharmako- und Psychotherapiestudien



Percentage of individual studies within the meta-analyses with appropriate components of design. The randomization and allocation methods were not described in 60% and 87% of psychotherapy trials and 86% and 94% of pharmacotherapy trials, respectively; therefore, they were coded as *unclear*, which was grouped with studies that were not randomized. Contemporaneous

therapy in contrast to wait list or no treatment. Statistical significance was examined with χ^2 tests for all parameters except overall dropout rates, which were compared with the Mann-Whitney test.

^a $P = .08$.

^b $P = .36$.

^c $P < .001$

Versorgungsrelevante Psychotherapieforschung ist massiv unterfinanziert

- Pharmaforschung wird über den Medikamentenpreis subventioniert
- Psychotherapieforschung ist auf öffentliche Forschungsförderung angewiesen
- Strukturen für eine kontinuierliche Forschungsförderung fehlen.

Gliederung

- Evidenzbasierte Leitlinien bei verschiedenen, schweren psychischen Störungen
- Psychotherapeutische Komplexprogramme in in psychiatrischen Krankenhäusern
- Eindrücke zur Versorgungsrealität
- Entspricht die Versorgungsrealität den Ansprüchen der Evidenzbasierten Medizin?

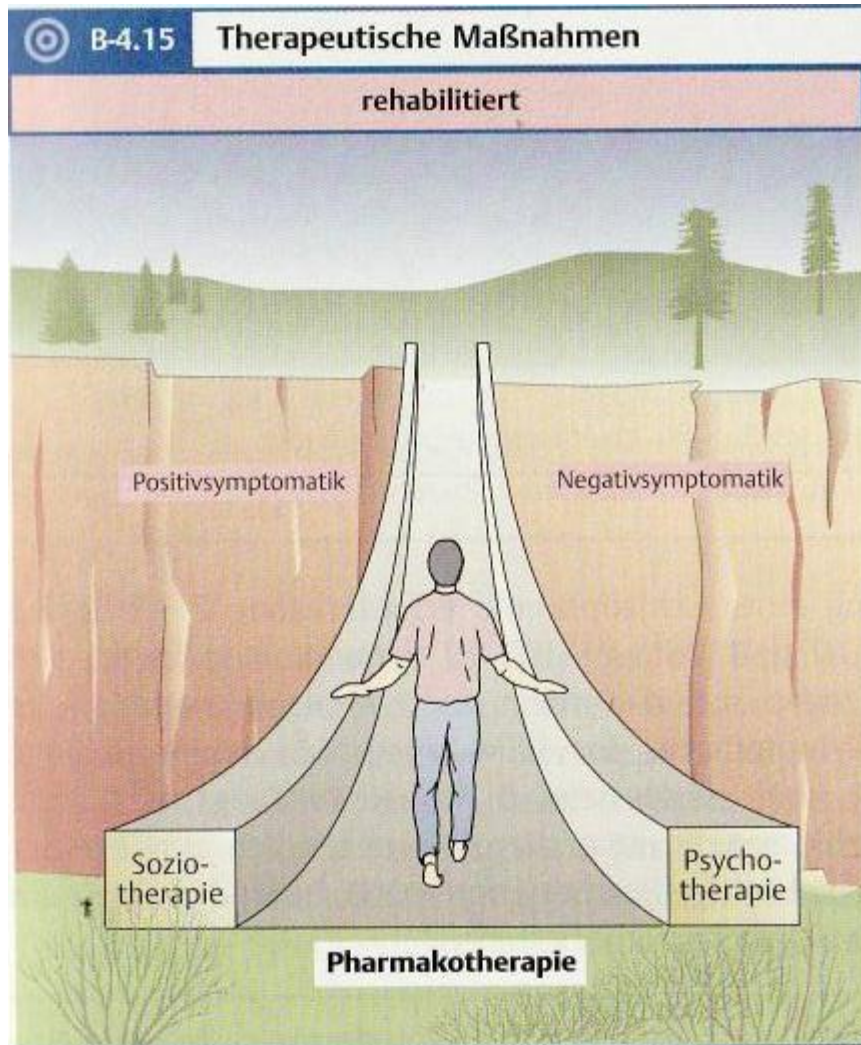
Eindrücke zur Versorgungsrealität

- Mir sind keine systematisch erhobenen Informationen über den einzelfallbezogenen Umfang psychotherapeutischer Versorgung im stationär-psychiatrischen Kontext bekannt.
- Aus den bisherigen Informationen zum PEPP: die Schwelle für eine psychotherapeutische Komplexbehandlung scheint nur selten überschritten zu werden.

Wirklichkeit der stationären psychotherapeutischen Versorgung bei Schizophrenien?

- Rummel-Kluge et al. (2006): Befragung von Kliniken
 - nur 21% der stationär behandelten Patienten und 2% der Angehörigen können an Psychoedukation teilnehmen.
- BPtK-Studie (2014):
 - 60% der Antwortenden halten die Intensität der Psychotherapie bei Patienten mit Schizophrenien für unzureichend.

Das Leitbild der psychiatrischen Behandlung von Psychosen?



- Antipsychotika seien
- unverzichtbar für Rehabilitation, Positiv- und Negativsymptomatik
 - die Basis für jede andere Therapie
 - Psychotherapie ist optional
 - Der Weg ist weit
 - Es droht ein Abgrund

Aus: Möller, Laux, Deister, Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart 2005

Psychosen-Psychotherapie in Patienteninformationen: ein Beispiel

◆ Wie verläuft die Behandlung?

Psychotherapie wird erwähnt als Kunstfehler, sonst nicht

bestimmten Gehirnteilen zu normalisieren. Der Versuch einer psychotherapeutischen Aufarbeitung der Lebensgeschichte in solchen akuten Krankheitsphasen ist dagegen nicht nur nicht hilfreich, sondern wäre sogar geradezu als Kunstfehler zu betrachten. Bei fehlender Krankheitseinsicht und gleichzeitig vorhandener Selbst- oder Fremdgefährdung muss in manchen Fällen sogar eine unfreiwillige Behandlung (die sogenannte Unterbringung) erfolgen. Wann und wie das erfolgen kann und welche Rechte der Betroffenen dabei gewahrt werden müssen, ist gesetzlich genau geregelt.

Wenn eine akute Krankheitsphase abgeklungen ist, werden meistens Medikamente zum Schutz vor Rückfällen weiter benötigt. Wegen möglicher Nebenwirkungen sind die Auswahl und die Dosierung der Medikamente sehr wichtig. Deshalb spielt eine regelmäßige und vertrauensvolle Behandlung bei einem fachkompetenten

Psychotherapeutische Interventionen erscheinen beliebig

Hilfen hinzukommen. Das können Informationen zu Krankheit und Behandlung sein, Konzentrationstraining, Suchtberatung, Beschäftigungstherapie, Arbeitstraining, Familiengespräche, Selbsthilfegruppen oder Hilfe in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeitgestaltung. Es geht darum, so viel Hilfe wie nötig zu erhalten und so viel Selbständigkeit wie möglich zu behalten. Dabei kommen zahlreiche spezialisierte Berufsgruppen ins Spiel, die in der Region im Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenarbeiten. Das Ziel ist dabei, möglichst wohnortnah die bestmögliche Unterstützung auf dem aktuellsten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu geben.

Aus der Patienteninformation eines süddeutschen psychiatrischen Krankenhausverbundes

IV-Vertrag AOK Rheinland/Hamburg 2010

- Präambel:
 - „soll ... eine leitliniengerechte ambulante Langzeitbehandlung sichergestellt“ werden
 - „kommt dabei der psychoedukativen Intervention als essentieller Bestandteil der Therapie eine wesentliche Rolle zu“
- Versorgungselemente
 - Psychoedukation
 - Shared decision making
 - Adhärenzförderung
 - Strukturierte Therapiezielplanung
- Ausschließlich beteiligt: Fachärzte für Psychiatrie
- Leistungsbeschreibung Psychoedukation
 - „Gruppenedukation“: 4 x 20 €
 - Erarbeitung und follow-up von Frühwarnzeichen: 4X 5 €

Berliner Studie zur ambulanten Versorgung von Patienten mit psychotischen Störungen

Fachgruppen	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	
	absolut	%
Psychologische/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	162	0,3
Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	21	0,04
Nervenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	26.527	47,2
sonstige Fachgruppen (z. B. Innere Medizin, Allgemeinärzte, Orthopädie, Augenärzte)	29.479	52,4
GESAMT	56.189	100,0

- Psychotherapeuten sind kaum an der ambulanten Versorgung psychotischer Patienten beteiligt.
- In der psychiatrischen Praxis steht für Psychotherapie kaum Zeit zur Verfügung

Görgen & Engler (2005) Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin

Zugangswege zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung

Zugangswege	Anzahl	in %
Selbstmeldung (ohne formale Überweisung)	80	23,1
Empfehlung von Bezugspersonen (u.a. Angehörige/Freunde/Bekannte/Kollegen)	35	10,1
psychiatrische Krankenhäuser	38	11,0
Institutsambulanzen	7	2,0
Sozialpsychiatrischer Dienst/Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	12	3,5
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin)	136	39,3
Allgemeinpraxen und andere Facharztpraxen	15	4,3
andere Psychologische Psychotherapeuten	11	3,2
Zugangsweg unbekannt	2	0,6
andere Zugangswege: z.B. Familienberatungsstelle, Krankenkasse, Wohnheim	10	2,9
GESAMT	346	100,0

Tab. 20: Zugangswege der behandelten Patienten mit einer ICD-10 F2 Diagnose (Mehrfachnennungen) (Anzahl der Therapeuten = 115)

Qualität der Kooperationen

Einschätzung der Kooperation mit ...	überwiegend zufrieden stellend in %	verbesserungsbedürftig in %	Handlungsbedarf in %
psychiatrischen Krankenhäuser (n=123)	47,2	52,8	32,5
Institutsambulanzen (n=63)	74,6	25,4	22,2
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin) (n=158)	77,2	22,8	16,5
Allgemeinpraxen und anderen Facharztpraxen (n=85)	55,3	44,7	18,8
Sozialpsychiatrischen Diensten, Gesundheitsamt (n=82)	58,5	41,5	15,9
Betreutes Wohnen/Wohneinrichtungen (n=22)	72,7	27,3	13,6

Tab. 23: *Einschätzung der Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern sowie Handlungsbedarfe*

Schlussfolgerung: Kooperationsstrukturen sind entscheidend

[Vorstand](#)[Beirat](#)[Satzung](#)[Gründungsveranstaltung](#)[Gründungsmitglieder](#)[Vereine und Organisationen](#)[Spenden](#)[Mitglied werden](#)[Presseschau](#)[Pressekontakt](#)

Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.

Wer wir sind

Wir sind ein Zusammenschluss aus allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen. Unser gemeinsames Ziel ist, dass Psychotherapie in der Behandlung von Menschen mit Psychosen zu einem selbstverständlichen Angebot wird. Mit psychotherapeutischer Behandlung können die mit einer Psychose verbundenen Probleme häufig besser verstanden und bewältigt werden.

Im Dachverband sind die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren gleichberechtigt vertreten. Dazu gehören psychodynamische, systemische und verhaltenstherapeutische Verfahren. Sie sind für unterschiedliche PatientInnen in unterschiedlichen Situationen und Lebenskontexten jeweils auf ihre Weise hilfreich und sinnvoll.

Wir halten einen Austausch zwischen den Psychotherapieverfahren für konstruktiv. Im Dialog können Ähnlichkeiten und Unterschiede benannt werden. Davon können alle profitieren.

Was wir tun

- Mit regelmäßigen Kongressen ermöglichen wir den Austausch verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsmethoden. Wir unterstützen die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, die mit Menschen mit Psychosen arbeiten. Wir integrieren Betroffene und Angehörige mit ihren Sichtweisen und Erfahrungen.
- Wir entwickeln Modelle für eine verbesserte Ausbildung der Therapeuten in Psychosen-Psychotherapie.
- Wir wenden uns mit Informationen, konkreten Vorschlägen und Forderungen an (Fach-)Öffentlichkeit, Politik und Kostenträger.
- Wir entwickeln Modelle der Vernetzung und Kooperation, damit Therapeuten die notwendige Unterstützung erhalten, um psychotische PatientInnen mit mehr Sicherheit, Engagement und Freude behandeln zu können.
- Wir sorgen dafür, dass in bestehenden und neuen Modellen der Versorgung für Menschen mit Psychosen psychotherapeutische Verfahren einen hohen Stellenwert bekommen.

Gliederung

- Evidenzbasierte Leitlinien bei verschiedenen, schweren psychischen Störungen
- Psychotherapeutische Komplexprogramme in in psychiatrischen Krankenhäusern
- Eindrücke zur Versorgungsrealität
- Entspricht die Versorgungsrealität den Ansprüchen der Evidenzbasierten Medizin?

Evidenzbasierte Medizin

- Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.
- Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.

Wir haben kein Evidenzproblem: Psychotherapie ist ein nachgewiesener wirksamer Bestandteil der Behandlung schwerer psychischer Störungen und wird in Leitlinien eindeutig empfohlen

Entspricht die Versorgungsrealität den Ansprüchen der Evidenzbasierten Medizin?

- Aufgrund fehlender Daten zur Versorgungsrealität ist diese Frage nicht sicher zu beantworten.
- Auf der Basis der S3-Leitlinien wurden zu nahezu allen relevanten Störungen psychotherapeutische Komplexprogramme für die stationäre Behandlung entwickelt
- Diese Programme erfordern den Einsatz von ausreichenden Personalressourcen.
- Indirekte Hinweise sprechen dafür, dass der in Leitlinien formulierte Anspruch in den gegebenen Rahmenbedingungen oft nicht eingelöst werden kann.
- => wir haben ein Implementierungsproblem

Nachdenkliche Fragen zum Schluss

- Werden unsere S3-Leitlinien nicht hinreichend umgesetzt, weil
 - sie zu wenig präzise sind?
 - die finanziellen Ressourcen nicht reichen?
 - relevante Interessen nicht berücksichtigt werden?
 - die Empfehlungen nicht wirklich akzeptiert werden?
 - Institutionen Änderungsresistent sind?
- Brauchen wir
 - Bessere Leitlinien?
 - Inhaltliches Umdenken?
 - Mehr Geld im stationären Sektor?
 - Eine andere Verteilung des Geldes im stationären Sektor?

*Danke für's
Zuhören!*

*Danke für's
Zuhören!*

Leitlinien

- Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.
- Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (möglichst unter Einbeziehung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar.
- Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

Wenn das alles stimmt, wie kommt es, dass wir ein Implementierungsproblem haben?

Psychotherapie-Richtlinien

§ 22: Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie

Maßnahmen: BPTK und DDPP haben sich an den GBA gewandt und eine Überprüfung der Psychotherapie-Richtlinien in diesem Punkt angeregt.

4. Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

=> Die Diagnose „Schizophrenie“ begründet die Psychotherapieindikation. Die Einschränkungen von § 22 (2) sind nicht gerechtfertigt.

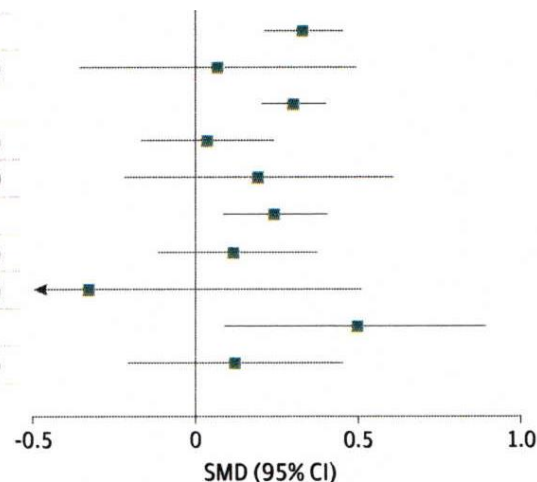
- „kognitive Modelle“ = psychische Faktoren sind wissenschaftlich etabliert
- Wirksamkeit ist für die Kernsymptomatik und die Rückfallverhütung nachgewiesen
- Selbst bei Ablehnung der Medikation ist Psychotherapie eine Option

-
- Was in den Leitlinien steht sollte auch umgesetzt werden.
 - Stimmt das? Ist das durch die bestehenden Strukturen gedeckt?
 - Wir haben kein Evidenzproblem, sondern ein Implementierungsproblem

Wissenschaft/ Berufsrecht/ Sozialrecht

Evidenzbasis	Randomisierte Klinische Studien Meta-Analysen		
Gremium	Leitlinien-AG und Fachgesellschaften	Gemeinsamer Bundesausschuss	Wiss. Beirat Psychotherapie
Dokument	Evidenzbasierte Leitlinie	Psychotherapie- Richtlinie	Gutachten/Stellung nahmen
Relevanz	??? Versorgung allg.	Ambulante Psychotherapie	Ausbildung Psychol. Psychotherapeuten

Schizophrenia CBT (n = 2131) ⁷⁴	0.33 (0.21 to 0.45)
Schizophrenia PDT (n = 90) ⁵⁹	0.07 (-0.34 to 0.49)
Depressive disorder (n = 2036) ⁷⁰	0.31 (0.20 to 0.40)
Dysthymic disorder (n = 541) ⁴⁹	0.04 (-0.17 to 0.24)
Bipolar disorder (n = 487) ⁵⁷	0.19 (-0.21 to 0.60)
Panic disorder (n = 746) ^{72,75}	0.24 (0.08 to 0.40)
Social phobia (n = 256) ⁶⁸	0.12 (-0.13 to 0.36)
Posttraumatic stress disorder (n = 23) ⁷³	-0.33 (-1.17 to 0.51)
Bulimia (n = 141) ⁶⁵	0.49 (0.09 to 0.89)
Opioid dependence (n = 232) ⁶⁹	0.12 (0.45 to -0.21)



The outcome in all studies was reduction of overall symptoms. Italicized standardized mean differences (SMDs) were estimated from odds ratios. CBT indicates cognitive-behavioral therapy; PDT, psychodynamic therapy. ^aFor panic disorder, the effect size is the mean of 2 meta-analyses.^{72,75}

disorder⁷³ and psychodynamic therapy for schizophrenia,⁵⁹ showed a trend in favor of combination therapy, which was statistically significant in 7 studies. The combination was better when psycho-

182 individual psychotherapy trials were significantly lower (62 and 89) than those of the 511 individual pharmacotherapy trials (117 and 191) ($U = 63\ 036; P < .001$).

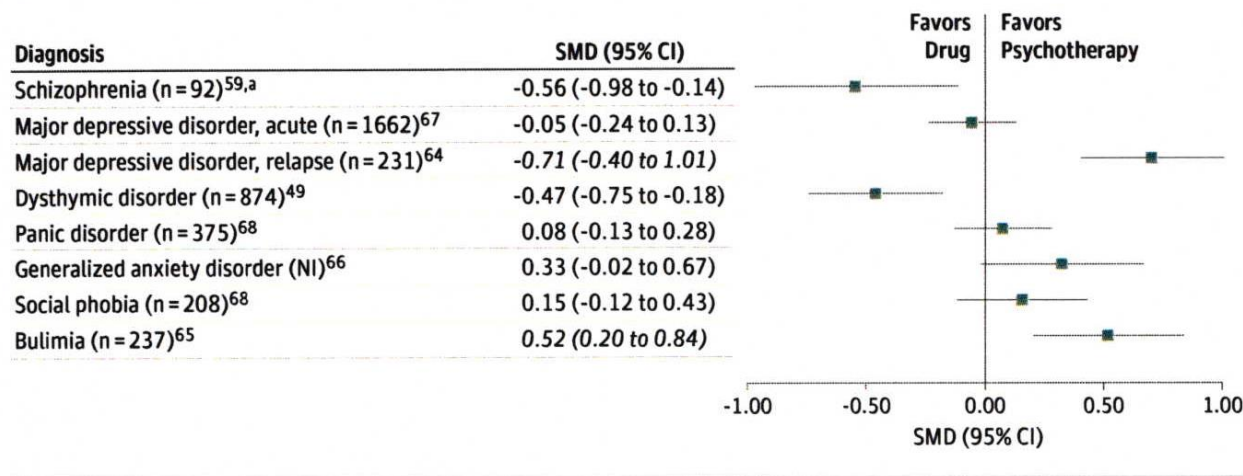
Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L., & et al. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112

-
- Unser Versorgungssystem weist wenig Steuerungsmöglichkeiten zur Leitlinienimplementierung auf.
 - „Evidence based psychotherapy“ ist zwar formuliert, aber nicht implementiert
 - Wozu brauchen wir Leitlinien, wenn sich keiner dafür interessiert?
 - Auch in den neuen IV-Verträgen spielen die Leitlinien offenkundig eine nachrangige Rolle.
 - Hier besteht Handlungsbedarf.

Gesamtbehandlungsplan

- (94) Good Clinical Practice.
- Die Erarbeitung eines Gesamtbehandlungsplans, der die medizinische und psychiatrische Intervention einschließlich Medikation, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Maßnahmen umfasst, und für Krisenintervention bei drohenden Rückfällen Vorsorge trifft, ist erforderlich. Im Rahmen dieses Plans sind die Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern zu berücksichtigen und für die Rehabilitation des Kranken Vorkehrungen zu treffen.
- Quelle: S3-Leitlinie Schizophrenie

Figure 2. Comparison of Effect Sizes in Meta-analyses of Direct Comparisons of Pharmacotherapy and Psychotherapy



The outcome in all studies was reduction of overall symptoms except for relapse prevention in depression. Italicized standardized mean differences (SMDs) were estimated from odds ratios. NI indicates not indicated.
^aDrug vs psychodynamic psychotherapy.

Figure 3. Comparison of Effect Sizes in Meta-analyses of Alone vs Combined Pharmacotherapy or Psychotherapy

Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L., & et al. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112

Maßnahmen: Beiträge kommentieren und richtig stellen

	Pharmakotherapie	Soziotherapie	Psychotherapie
org. Psychosyndrome	+++	++	+
Psychosen	+++	++	+

Diese Bedeutung der Psychotherapie bei Psychosen ist hier nicht zeitgemäß dargestellt. Wie kann die Kenntnis der Leitlinien bei Fachkollegen verbessert werden?

Ab
me
sch