



Tagungsbericht

LVR Fokustagung 2016

Update Schizophrenie – Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik, Behandlung und psychosozialer Versorgung von Menschen mit Schizophrenie

LVR-Klinik Langenfeld, 18. Februar 2016, 9:30-17 Uhr

In seiner **Begrüßung** hob **W. Gaebel (Düsseldorf)**, der auch als Moderator durch die Veranstaltung führte, die Bedeutung der Gruppe der Schizophrenien als schwere psychische Störungen hervor, die zu einer erheblichen Einschränkung der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität der Betroffenen führt. Soziale Folgen und die direkten und indirekten Kosten der Erkrankung, der Verlust an Lebensjahren durch Suizide und die somatische Komorbidität tragen zu den Belastungen erheblich bei. Nicht zuletzt deshalb habe der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, die Schizophrenie als Modell für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu nutzen. Gaebel wies darauf hin, dass selbst in Europa noch erhebliche Behandlungslücken bestünden und etwa 20% aller Betroffenen keine Behandlung erhielten.

Im anschließenden Vortrag zum Thema „Diagnostik und Klassifikation der Schizophrenie in ICD-11“ zeigte **W. Gaebel (Düsseldorf)** die historische Entwicklung der Konzeption der Schizophrenien von Kraepelin, Bleuler und Schneider bis zu den heutigen operationalisierten Klassifikationssystemen auf. Im Vordergrund der gegenwärtigen Entwicklung der revidierten Klassifikationskriterien der Schizophrenien in ICD-11 stehen die Abgrenzung von anderen primären psychotischen Störungen, die verminderte Betonung der Schneider'schen Erstrangsymptome, sowie die Einführung neuer Verlaufs- und Symptomspezifikatoren. Gegenwärtig finden Internet-basierte und klinische Feldstudien zur Erprobung der revidierten Klassifikationskriterien statt, an deren Entwicklung die Düsseldorfer Arbeitsgruppe um W. Gaebel maßgeblich beteiligt war und ist. Gaebel wies auf die Partizipationsmöglichkeiten für Interessierte im Rahmen des globalen Expertennetzwerks der WHO sowie bei der Kommentierung des im Internet erhältlichen Beta-Draft der ICD-11 hin. Der Revisionsprozess wird wahrscheinlich 2018 abgeschlossen sein.

P. Falkai (München) berichtete über „Neues zur Ätiopathogenese der Schizophrenie“. Falkai geht von der Grundüberlegung aus, dass es für die verschiedenen klinischen Symptomausprägungen und Verlaufstypen der Schizophrenien unterschiedliche ätiopathogenetische Prinzipien gibt, deren gemeinsamer Nenner differenzierte Störungen von Hirnfunktionen sind. Genetische Risikofaktoren werden gegenwärtig auf ihre Korrelation mit neuropsychologischen Funktionen wie dem Gedächtnis und anderen kognitiven Domänen untersucht, wobei auch durch genetische Befunde beim Menschen geleitete Tiermodelle zum Einsatz kommen, z.B. zum Transcription Factor 4, der in genomweiten Assoziationsstudien mit der Schizophrenie assoziiert war. Falkai zeigte Beispiele für Interaktionen von genetischen und Umgebungsfaktoren wie sozialem Stress in der Ätiopathogenese der Schizophrenien auf und leitete daraus neue Therapieverfahren ab, die gegenwärtig in klinischer Erprobung sind. Dazu zählen beispielsweise aerobe Trainingsverfahren oder neurophysiologische Stimulationsmethoden wie die repetitive transkranielle Magnetstimulation.

Im folgenden Beitrag von **S. Ruhrmann (Köln)** ging es um „Prävention und Frühintervention bei Schizophrenie .- Aktuelle Erkenntnisse und Konsequenzen für die Praxis“. Ruhrmann zeigte, wie die Prodromalphase (aus der mit sehr großer Sicherheit eine Schizophrenie folgt) von einem „Ultra-high-Risiko“ (mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Schizophrenie) und „Vorläufersyndromen“ (mit erst nach vielen Jahren erhöhter Eintrittswahrscheinlichkeit einer Schizophrenie) unterschieden werden. Während damit das Risiko einer Schizophrenie bereits relativ gut eingeschätzt werden kann, fehlt es noch an etablierten Therapieverfahren. Gegenwärtige klinische Studien sollen diese Frage klären, wobei als eine der neuen Substanzen N-Azetylcystein aufgrund seiner neuroprotektiven Eigenschaften in Kombination mit einer multimodalen psychosozialen Intervention untersucht wird. Für die klinische Praxis empfahl Ruhrmann ausgehend von den aktuellen Empfehlungen im Rahmen des „Guidance“-Projekts der European Psychiatric Association, klinische Risikoberatungen in erster Linie in spezialisierten Früherkennungszentren durchzuführen.

C. Schmidt-Kraepelin (Düsseldorf) berichtete über die „Systematische Evaluation von Pharmakotherapiestudien in der Schizophrenie-Therapie – Was ist evidenzbasiert gesichert?“. Schmidt-Kraepelin stellte die Ansprechrate, die Wirkung auf nicht-psychotische Symptome, und die Art und Häufigkeit von Nebenwirkungen als Determinanten der Evaluation von Psychopharmaka dar. Neue metaanalytische Verfahren seien in der Lage, auch mehrere neue antipsychotische Substanzen zu vergleichen. Clozapin stellte sich bei solchen Meta-Analysen als antipsychotisch wirksamste Substanz dar. Im übrigen war die Wirksamkeits-Differenzierung nicht auf die klassische Unterscheidung zwischen Erst- und Zweitgenerations-Antipsychotika zu reduzieren. Auch zeigten sich große Unterschiede zwischen den antipsychotischen Substanzen im Nebenwirkungsspektrum. Neue Herausforderungen sind der Einbezug von nicht Symptom-bezogenen Ergebniskriterien wie beispielsweise die Wirkung auf kognitive Symptome, und die Durchführung von Langzeitstudien. Auch sind ältere Substanzen wie Perphenazin nach neuen klinischen Studienkriterien noch nicht evaluiert. Ein wichtiger Punkt war die Beobachtung einer zunehmenden Plazebo-Response-Rate in klinischen Studien, deren Ursache noch unklar ist.

„Psychotherapie bei Schizophrenie – was hilft wirklich?“ war das Vortragsthema von **S. Klingberg (Tübingen)**. Ähnlich wie bei der Psychopharmaka-Therapie stehen Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe und funktionelle Verbesserung im Vordergrund klinischer Studien. Auch wenn die Evidenzgrundlage nicht so breit wie in der Pharmakotherapie ist, ist eine evidenzbasierte Psychotherapie der Schizophrenie möglich, da klinisch Studien belastbare Ergebnisse insbesondere für die Psychoedukation und die kognitiv-behaviorale Therapie erbracht haben. Dennoch fehlen Forschungsförderungsmittel zum weiteren Ausbau dieser Studiengrundlage. Sowohl die neueren Leitlinien als auch die Psychotherapie-Richtlinie tragen diesen Fortschritten in der klinischen Psychotherapie-Forschung mittlerweile Rechnung und haben ihre Empfehlungen zur Psychotherapie bei Schizophrenien aktualisiert und erweitert. Klingberg fasste seine Ausführungen dahingehend zusammen, dass er darauf hinwies, dass nur das, was für Betroffene verfügbar sei, auch helfen könne. Klingberg postulierte, es gebe in diesem Bereich eher ein Implementierungs- als ein Evidenzproblem.

W. Rössler (Zürich) stellte in seinem Vortrag die „Rehabilitation bei Schizophrenie – Aktuelle Studien und neue Entwicklungen“ vor. Rössler wies auf die Notwendigkeit der individuell indizierten und dem aktuellen klinischen Zustand der Betroffenen angepassten Rehabilitation in den Bereichen Beziehungen, Arbeit, Erfüllung sozialer Rollen und der Reduktion der Belastung der Angehörigen hin. Professionelle Hilfe sei erforderlich, um Betroffenen das Erreichen dieser Ziele zu ermöglichen, woraus sich der nutzergesteuerte „Recovery“-Prozess ergebe. Rössler betonte, dass sich die Lebensziele der von einer Schizophrenie Betroffenen nicht von denen von nicht Betroffenen unterscheiden. Als besonderes Therapieverfahren zur Erreichung einer möglichst hohen Rate an Beschäftigung im normalen Arbeitsmarkt stellte Rössler Schweizer Studienergebnisse mit frühberenteten Schizophrenie-Betroffenen vor, bei denen sogenannte „Supported Employment“-Verfahren sehr gute Erfolge zeigten. Neben diesem Verfahren stellte Rössler die Vielfalt der in der Rehabilitationsbehandlung verfügbaren Therapieverfahren vor, sodass heute der individualisierten Verfahrensauswahl eine entscheidende Bedeutung in der Rehabilitationsbehandlung zukommt.

Der folgende Beitrag von **E. Gouzoulis-Mayfrank (Köln)** beschäftigte sich mit der „Komorbidität von Sucht und Schizophrenie“. Epidemiologische Untersuchungen weisen seit vielen Jahren auf diese Komorbidität hin, wobei im Laufe ihres Lebens fast die Hälfte der Schizophrenie-Patientinnen und –Patienten davon betroffen sind. Offen ist noch die Frage der Kausalitätsbeziehungen dieser Assoziation. Klar sind die negativen Konsequenzen für den klinischen Verlauf mit Neigung zu Chronifizierung der Schizophrenie bei Komorbidität mit Suchterkrankungen. Gouzoulis-Mayfrank berichtete von neuen integrierten Behandlungskonzepten, die u.a. auch in der Kölner LVR-Klinik entwickelt werden, und die gute kurzfristige klinische Erfolge zeigen. Hier sind künftig vermehrt Evaluationsuntersuchungen zur Implementierung in der klinischen Routineversorgung sowie Langzeituntersuchungen erforderlich.

Die Fragen der „Besonderheiten der Diagnostik und Therapie der Schizophrenie bei Kindern und Jugendlichen“ thematisierte **F. Schultze-Lutter (Bern)**. Etwa 10% aller primären psychotischen Erkrankungen manifestieren sich vor dem 18. Lebensjahr, etwa 1-3% sogar vor dem 13. Lebensjahr.

Prognostisch besonders ungünstig ist ein langer unbehandelter Verlauf. Schultze-Lutter diskutierte den diagnostischen Stellenwert von psychotischen Symptomen im Kindes- und Jugendalter und betonte, dass diese in den meisten Fällen vorübergehender Natur seien und ihnen kein Krankheitswert zukomme. Die Bewertung muss revidiert werden, wenn die Symptome chronifizieren oder mit Funktionseinschränkungen einhergehen. Auffallend war die geringe Anzahl klinischer Studien zur Wirksamkeit therapeutischer Interventionen in dieser Altersgruppe, sodass hier weitere Studien erforderlich sind. Dennoch konnten bereits aufgrund der bisherigen Studienergebnisse Empfehlungen zum Einsatz psychotherapeutischer Verfahren entwickelt werden.

J. Muysers (Langenfeld) berichtete über „Forensische Aspekte der Schizophrenie-Therapie“. Bei steigenden Fallzahlen in der Forensik sei die Zahl der Entweichungen rückläufig. 92% aller in der Forensik Behandelten seien Männer. Bei Vorliegen einer Schizophrenie komme es häufig zu einem früheren Delinquenzbeginn, auch komme es häufig bei Ausbruch der Erkrankung zu Delinquenz, aber auch im weiteren Verlauf. Die Behandlungsdauer in der Forensik liege bei 3-5 Jahren, die Sozialprognose sei bei Schizophrenie-Erkrankten forensischen Patienten gut. Ungünstige prognostische Faktoren seien u.a. Substanzmissbrauch, ein geringes Alter bei Erstdelinquenz und das Vorliegen kognitiver Einschränkungen. Zur Prävention wies Muysers auf Modellversuche u.a. am LVR-Klinikum Düsseldorf und an der LVR-Klinik Essen hin. Gegenwärtig werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Behandlung in der Forensik überarbeitet, eine noch offene Frage sei die adäquate Unterbringung bei Entlassungen aus der Forensik beim Auftreten unverhältnismäßig langer Behandlungsdauern im Vergleich zu Haftstrafen, wodurch bisweilen ein zu frühzeitige Entlassung aus der forensischen Therapie aus juristischen Gründen erforderlich werde.

Über den „Update der S3-Leitlinie Schizophrenie –Aktueller Stand“ berichtete **I. Großimlinghaus (Düsseldorf)**. Der Prozess dient der Aktualisierung der aus dem Jahre 2006 stammenden Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Die Revision wird unter Moderation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften durchgeführt und ein besonderer Aspekt ist, dass gleichzeitig im Rahmen der Revision eine Nationale Versorgungsleitlinie Schizophrenie erstellt wird. Nach Etablierung der erforderlichen Steuerungs- und Expertengruppen unter Beteiligung aller notwendigen Akteure, u.a. auch Betroffene und Angehörige von Betroffenen, ist der Prozess mittlerweile im Stadium der Evidenzsichtung und –bewertung. Aufgrund der Vielzahl der seit 2006 erschienenen Studien ist dies einer der zentralen, aber auch arbeitsintensiven und daher langwierigen Schritte. Nach Vorlage erster Vorschläge durch die Expertengruppen werden in einem strukturierten Konsensprozess die definitiven Leitlinienempfehlungen entwickelt.

S. Thewes (Köln) stellte die „Bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit einer chronischen Schizophrenie – Ein neues modulares Versorgungsmodell“ vor. Dieses Versorgungsmodell wird im Rahmen eines Modellvorhabens nach §64b SGB V seit 1.1.2016 am LVR-Klinikum Düsseldorf in Kooperation mit der AOK Hamburg/Rheinland implementiert und soll für alle psychischen Erkrankungen umgesetzt werden. Thewes stellte sowohl die klinischen, aber auch die auf die Entwicklung eines alternativen Entgeltmodells ausgerichteten Projektziele vor. Hierbei steht die

Verbesserung der Versorgungsqualität im Vordergrund. Wesentliche Elemente des Versorgungsmodells sind eine zentrale Fallsteuerung, ein die traditionellen Grenzen von ambulanter und stationärer Versorgung überschreitendes System von Diagnostik- und Behandlungsmodulen, die Einrichtung eines quaternahen ambulanten Behandlungszentrums sowie die Entwicklung eines neuen Vergütungsmodells.

In seiner Verabschiedung stellte **W. Gaebel (Düsseldorf)** die Schizophrenien zusammenfassend als komplexe Erkrankungen dar, für die eine Vielzahl von wirksamen Therapieverfahren zur Verfügung stehen, die individuell bedarfsadaptiert genutzt werden müssen. Für eine Optimierung der Versorgung sind neue Versorgungs- und Entgeltmodelle erforderlich sowie die dazugehörigen Qualitätsindikatoren, die der LVR derzeit entwickelt und implementieren wird. Neben der wissenschaftlichen Evidenz muss auch die wirtschaftliche Evidenz erbracht werden, dass es besser ist zu behandeln als nicht zu behandeln. Es sei eine Aufgabe, auch Politikern die Einstellung zu vermitteln, dass Behandlung sogar Kosten spart. Gaebel dankte abschließend den Referentinnen und Referenten, den Besucherinnen und Besuchern sowie allen, die im Organisations- und Vorbereitungsteam zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen haben.