

## **Indikation Schizophrenie in der Psychotherapie- Richtlinie**

Fragen des Unterausschusses Psychotherapie zu berufs-  
rechtlichen Regelungen vom 17. April 2013

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer  
vom 15.05.2013**

- I. Gibt es berufsrechtliche Gründe, die einer primären psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, mit schizotypen und wahnhaften Störungen durch Psychologische Psychotherapeuten bzw. bei Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entgegenstehen oder diese einschränken? Wenn ja, welche sind das? Wenn nein, bitte Erläuterung dazu. Ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – ungeachtet der Frage des Vorliegens einer hierfür erforderlichen Evidenzlage – dementsprechend bereits aus berufsrechtlichen Gründen daran gehindert, in seiner Psychotherapie-Richtlinie die dort bislang als Sekundärindikation aufgeführte und auf die Behandlungsgegenstände der Begleit-, Folge- und Residualsymptomatik beschränkte Schizophrenie künftig als Primärindikation der Psychotherapie auszuweisen?**

Die berufsrechtlichen Regelungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stehen einer sogenannten primären psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung weder entgegen noch schränken sie diese ein.

Das Psychotherapeutengesetz definiert in § 1 Absatz 3 Satz 1 das „Fachgebiet“ der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wie folgt:

*„Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (§ 1 Absatz 3 Satz 1 PsychThG).*

Bei den Diagnosen des Unterkapitels F2 der ICD-10 „F20-29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“ handelt es sich um Störungen mit Krankheitswert. Unbestritten ist es in der internationalen Wissenschaft, dass es sich bei der Diagnosegruppe der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störun-

gen, einschließlich der schizoaffektiven Störungen, um Erkrankungen handelt, bei denen Psychotherapie indiziert ist.

Entsprechend finden sich in den nationalen und internationalen Leitlinien zur Versorgung von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie einschlägige Empfehlungen für eine psychotherapeutische Behandlung. Beispielhaft sei an dieser Stelle auf die evidenzbasierte NICE-Guideline „Schizophrenia“ hingewiesen, welche international als die methodisch hochwertigste Leitlinie in diesem Bereich anerkannt ist. Die NICE-Leitlinie empfiehlt dabei Psychotherapie mit dem höchsten Empfehlungsgrad (NICE, 2009). Als zentrale Empfehlungen dieser Leitlinie zur Psychotherapie bei Schizophrenie sind hier zu nennen:

**Empfehlung 1.3.4.1**

*“Offer cognitive behavioural therapy (CBT) to all people with schizophrenia. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.”*

**Empfehlung 1.4.3.1**

*“Offer CBT to assist in promoting recovery in people with persisting positive and negative symptoms and for people in remission.”*

**Empfehlung 1.3.4.2**

*“Offer family intervention to all families of people with schizophrenia who live with or are in close contact with the service user. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.”*

Die britische NICE-Guideline empfiehlt demnach die Kognitive Verhaltenstherapie sowie die Familieninterventionen uneingeschränkt für die Routineversorgung; dies gilt für alle Patienten bzw. Familien von Patienten mit Schizophrenie und kann bereits in der akuten Phase begonnen werden. Für die Kognitive Verhaltenstherapie wird dabei explizit ausgeführt, dass sie für die Behandlung persistierender Positiv- und Negativsymptomatik (sowie zur Rückfallprophylaxe) und damit für die Behandlung der Kernsymptomatik der Schizophrenie eingesetzt werden soll.

Auch die ältere, derzeit in Aktualisierung befindliche S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Leitlinie der American Psychiatric Association (APA) empfehlen in vergleichbarer Weise eine psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Schizophrenie für die Routineversorgung (DGPPN, 2006; APA, 2004).

Die Leitlinienempfehlungen basieren dabei auf systematische Analysen der methodisch hochwertigen Evidenz insbesondere aus randomisiert-kontrollierten Studien, einer differenzierten Evidenzbewertung sowie einem strukturierten Konsensprozess in den jeweiligen Leitlinienentwicklungsgruppen.

Die Ergebnisse der systematischen Evidenzrecherche sind insbesondere in der Volltextfassung der NICE-Guideline umfassend sowie transparent dargelegt und stimmen mit den zentralen Ergebnissen aus anderen systematischen Reviews und Metaanalysen überein (Jones et al., 2004; Pharoah et al., 2006; Pilling et al., 2002; Wykes et al., 2008). Dabei ist auch der Nutzen psychotherapeutischer Interventionen für die Behandlung der Kernsymptomatik schizophrener Erkrankungen umfangreich belegt und wurde jüngst erneut in der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten POSITIVE-Studie bestätigt (Klingberg et al., 2011).

**Eine Einschränkung der Indikation der psychotischen Erkrankungen in § 22 Absatz 2 Ziffer 4 Psychotherapie-Richtlinie auf die psychische Begleit-, Folge- und Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen, wie derzeit in der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen, ist daher aus fachlicher Sicht nicht zu rechtfertigen.**

Die sich aus dem Psychotherapeutengesetz ergebenden „Fachbereichsgrenzen“ schließen somit die psychotherapeutische Behandlung der Diagnosegruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen mit ein. Das gelegentlich vorgetragene Argument, im Psychotherapeutengesetz finde sich keine Bestimmung, die explizit die Vermittlung, den Erwerb und Nachweis eingehender

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zum Zwecke der Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung regele, ändert nichts an der Tatsache, dass die Diagnostik und Behandlung dieser Diagnosegruppe, wie auch bei anderen psychischen Erkrankungen, z. B. den unipolaren Depressionen, Angststörungen oder Essstörungen, zum festen Kernbestandteil des „Fachgebiets“ der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gehören.

Auch aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PsychTh-APrV) geht in § 1 Absatz 2 hervor, dass das Ausbildungsziel mit Blick auf das Krankheitsspektrum, das Inhalt der Ausbildung ist, dynamisch formuliert ist und vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen mit einschließen:

*„Die Ausbildung hat den Ausbildungsteilnehmern insbesondere die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die erforderlich sind, **um***

**1. in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, und**

**2. bei der Therapie psychischer Ursachen, Begleitscheinungen und Folgen von körperlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung der ärztlich erhobenen Befunde zum körperlichen Status und der sozialen Lage des Patienten**

*auf den **wissenschaftlichen, geistigen und ethischen Grundlagen der Psychotherapie eigenverantwortlich und selbständig handeln zu können** (Ausbildungsziel)“*

(Hervorhebung durch Verfasser).

Darüber hinaus sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Psychotherapie-Richtlinie in den Absätzen 1 und 2 des § 22 „Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie“ keine Unterscheidung in Primärindikationen und Sekundärindikationen vornimmt. In diesem Sinne beinhaltet die Verortung einer Erkrankung unter Absatz 1 oder 2 des § 22 Psychotherapie-Richtlinie keine Aussage darüber, ob bei diesen Patienten vorrangig eine psychotherapeutische oder eine

medikamentöse bzw. eine andere somatische Behandlung oder eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie durchgeführt bzw. angeboten werden sollte. Auch Aussagen darüber, ob eine Behandlung im Rahmen bestimmter multiprofessioneller Kooperationsstrukturen durchgeführt werden sollte, lassen sich aus den Vorgaben des § 22 Psychotherapie-Richtlinie nicht ableiten. So ist auch bei den unter § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikationen nicht grundsätzlich eine alleinige Psychotherapie indiziert, sondern es ist entsprechend dem Verlauf und Schweregrad der jeweiligen psychischen Erkrankung, den psychischen und somatischen Komorbiditäten sowie den daraus resultierenden Beeinträchtigungen zu prüfen, ob bei dem jeweiligen Patienten eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie bzw. eine multiprofessionelle Behandlung angezeigt ist. Bei Patienten mit einer schweren unipolaren depressiven Störung soll beispielsweise gemäß den Empfehlungen der NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden. Die Aufteilung der Indikationen in § 22 Psychotherapie-Richtlinie in die Indikationen des Absatzes 1 bzw. des Absatzes 2 ist daher nicht geeignet Aussagen darüber abzuleiten, bei welchen Indikationen eine multiprofessionelle Behandlung erforderlich und bei welchen Indikationen eine alleinige Psychotherapie ausreichend ist.

Vielmehr beinhaltet § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie für die dort verorteten Erkrankungen als Indikationen für die Anwendung von Psychotherapie spezifische Einschränkungen, die den betroffenen Patienten trotz einer vorhandenen Indikation den Zugang zur ambulanten Psychotherapie erschweren kann und im Antrags- und Genehmigungsverfahren erhebliche Interpretationsspielräume eröffnet. Für alle in § 22 Absatz 2 Ziffern 1a bis 4 Psychotherapie-Richtlinie genannten Indikationen bestehen die Einschränkungen zum einen in der Vorgabe einer vorherigen oder parallelen somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen und zum anderen in dem Erfordernis eines wesentlichen pathogenetischen Anteils psychischer Faktoren an der Krankheit oder deren Auswirkungen.

Hierbei ist zu beachten, dass § 1 Absatz 3 Satz 2 PsychThG für die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorschreibt, dass im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung eine somatische Abklärung herbeizuführen ist. In der Psychotherapie-Richtlinie ist hierzu in § 24 das Konsiliarverfahren explizit geregelt. Der Konsiliarbericht soll dabei nach § 24 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Psychotherapie-Richtlinie u. a. auch Angaben zu einer ggfs. notwendigen psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Abklärung beinhalten. Somit regelt die Psychotherapie-Richtlinie, dass keine psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgen kann, ohne dass vor Beginn der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie ein Konsiliararzt eine persönliche Untersuchung des Patienten durchgeführt und die aus seiner Sicht ggfs. zusätzlich erforderlichen ärztlichen Untersuchungen und fachärztlichen Abklärungsbedarfe im Konsiliarbericht niedergelegt hat.

Bei einem breiteren Verständnis von „somatisch ärztlicher Behandlung“ könnte das entsprechende Kriterium des § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie somit bereits allein aufgrund der konsiliarärztlichen Untersuchung als erfüllt betrachtet werden und wäre als einschränkendes Kriterium in § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie obsolet. Läge diesem Kriterium jedoch ein engeres Verständnis des Begriffs zugrunde und zielte auf eine somatisch ärztliche Therapie – somit insbesondere auf eine medikamentöse Therapie – ab, wäre diese Einschränkung schon aus rechtlichen Gründen als problematisch zu werten. Dies hätte zur Folge, dass einem Patient eine wirksame Behandlung (Psychotherapie) vorenthalten werden kann, wenn er nicht zuvor schon eine somatische/medikamentöse Therapie begonnen bzw. durchgeführt hat, obwohl in den einschlägigen Leitlinien für die beiden Therapieoptionen keine Rangreihe im Sinne von First-line- und Second-line-Therapie definiert wird.

Auch das zweite einschränkende Kriterium in § 22 Absatz 2 Satz 1 Psychotherapie-Richtlinie, das Erfordernis eines wesentlichen pathogenetischen Anteils psychischer Faktoren an der Krankheit oder deren Auswirkungen als Voraussetzung für die Anwendung der Psychotherapie bei den genannten Indikationen, er-

scheint zum einen auslegungsfähig und damit nur schwer überprüfbar und zum anderen fachlich nicht ausreichend untermauert. So gibt es nach unserer Kenntnis keine empirische Evidenz dafür, dass die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung der Schizophrenie in Abhängigkeit vom Grad des pathogenetischen Einflusses psychischer Faktoren auf die Krankheit und deren Auswirkungen variiert. Damit wäre eine Einschränkung auf diejenigen Patienten, bei denen psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Einfluss auf die Krankheit und deren Auswirkungen haben, fachlich nicht zu rechtfertigen.

**II. Wen sehen Sie aufgrund der derzeitigen Regelungen der Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsordnung berufsrechtlich qualifiziert für die Behandlung der Schizophrenie als Primärindikation an? Sind approbierte psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dazu ausgebildet, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen zu diagnostizieren und mit den anerkannten Psychotherapieverfahren (primär-) zu behandeln, oder bedürfte es im Falle einer solchen den Anwendungsbereich der Richtlinienverfahren der Psychotherapie erweiternden Änderung einer Erweiterung der Aus- oder Weiterbildungsinhalte?**

Auf Grund der derzeitigen Regelungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind diese berufsrechtlich und fachlich qualifiziert, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen zu diagnostizieren und mit den anerkannten Psychotherapieverfahren zu behandeln. Mit der Erweiterung des Anwendungsbereichs der Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie durch den Wegfall der Beschränkung der genannten Indikation auf die Begleit-, Folge- und Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen und den Wegfall der Maßgabe einer vorangehenden oder parallelen somatisch ärztlichen Behandlung bedarf es aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) keiner Erweiterung der Ausbildungs- oder Weiterbildungsinhalte. Vielmehr ist grundsätzlich losgelöst von den bestehenden sozialrechtlichen Regelungen gemäß § 1 Absatz 2 Psych-APrV in den Ausbildungen zum Psychologischen Psychothera-

peuten bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sicherzustellen, dass die maßgeblichen berufsrechtlichen Vorgaben umgesetzt werden, nach denen die Ausbildung den Ausbildungsteilnehmern insbesondere die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln hat, die erforderlich sind, um

1. in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, und
2. bei der Therapie psychischer Ursachen, Begleiterscheinungen und Folgen von körperlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung der ärztlich erhobenen Befunde zum körperlichen Status und der sozialen Lage des Patienten

auf den wissenschaftlichen, geistigen und ethischen Grundlagen der Psychotherapie eigenverantwortlich und selbständig handeln zu können (Ausbildungsziel).

Darüber hinaus geht die BPTK davon aus, dass auch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie aufgrund der Vorgaben in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern berufsrechtlich für die psychotherapeutische Behandlung der Schizophrenie qualifiziert sind. Die entsprechende fachliche Einschätzung, auch hinsichtlich des möglichen Anpassungsbedarfs in den Weiterbildungsordnungen im Falle einer Aufhebung der Einschränkungen bei der Indikation „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“, möchten wir jedoch zuständigkeitshalber der ebenfalls in das Stellungnahmeverfahren einbezogenen Bundesärztekammer überlassen.

### **III. Bedürfte es einer Zusatzqualifikation, die der G-BA in seinen Richtlinien regeln sollte?**

Für die Behandlung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Unterkapitel F2 des ICD-10 „Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen“ bedarf es keiner Zusatzqualifikation, die der G-BA in seinen Richtlinien regeln sollte, da die Vermittlung der hierfür erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten bereits Bestandteil der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist.

Darüber hinaus existiert weder im psychotherapeutischen noch im ärztlichen Weiterbildungsrecht eine Zusatzweiterbildung, die sich auf die Diagnostik und Behandlung von Patienten dieser Diagnosegruppen beziehen würde. Selbst von Seiten der relevanten psychotherapeutischen Fachgesellschaften werden keine curricularen Fortbildungen angeboten, die über ein entsprechendes Fortbildungszertifikat dem G-BA einen Anknüpfungspunkt für eine Regelung der Qualifikationsvoraussetzungen für die Leistungserbringung in diesem Bereich bieten könnten. Vielmehr kommen hier hinsichtlich möglicher wissenschaftlicher Weiterentwicklungen, wie bei anderen psychischen Erkrankungen, auch die allgemeinen Berufspflichten und die berufsrechtlichen Fortbildungspflichten der relevanten Heilberufe zum Tragen. Danach sind Psychotherapeuten verpflichtet, die professionelle Qualität ihres Handelns unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu sichern und weiterzuentwickeln (§ 3 Absatz 6 Musterberufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) bzw. entsprechend der Fortbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern ihre beruflichen Fähigkeiten zu erhalten und weiterzuentwickeln (§ 15 Musterberufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Psychotherapeuten sind daher auch bei der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie oder anderen psychotischen Erkrankungen gehalten, die professionelle Qualität ihres Handels zu sichern und ihre beruflichen Fähigkeiten über kontinuierliche Fortbildungen so weiterzuentwickeln, dass sie ihre Behandlungen jeweils auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens erbringen können.

## Literatur

- American Psychiatric Association. (2004). Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 2004; 161 Suppl.1:1.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde. (2006). *Behandlungsleitlinie Schizophrenie*, Redaktion: Gaebel, W., Falkai, P. Darmstadt: Steinkopff.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung*, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009.
- Jones, C./Cormac, I./Silveira da Mota Neto, J. I. & Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (4).
- Klingberg, S./Wittorf, A./Meisner, C./Wolwer, W./Wiedemann, G./Herrlich, J./Bechdolf, A./Muller, B./Sartory, G./Wagner, M. & Buchkremer, G. (2011). Cognitive behavioral therapy versus supportive therapy for persistent positive symptoms in psychotic disorders: Major results of the POSITIVE study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Conference: 3rd European Conference on Schizophrenia Research: Facts and Visions Berlin Germany. 261 (pp S13).
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. National Clinical Practice Guideline Number 82. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Pharoah, F./Mari, J./Rathbone, J. & Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (4):CD000088.
- Pilling, S./Bebbington, P./Kuipers, E. et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32; 763–782.
- Wykes, T./Steel, C./Everitt, B. & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull*, May;34(3): 523-37.