Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
PD Dr. med. Georg Schomerus
Dr. rer. med. Uta Gühne
Prof. Dr. med. Thomas Becker

Schwer psychisch Kranke mit psychosozialen Therapien besser versorgen

Eine aktuelle DGPPN-S3-Leitline gibt Impulse für die Versorgung und Versorgungsforschung

Zusammenfassung

Obgleich Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen heute gemeindenah behandelt werden, partizipieren sie unzureichend am Erkenntnisfortschritt im Bereich der psychosozialen Therapien. Der Beitrag gibt eine Übersicht zur Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit psychosozialer Interventionen und den Empfehlungen, wie sie in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erstmals für den deutschen Sprachraum systematisiert und zusammengefasst werden. Auf dieser Grundlage wird ausgelotet, wie Versorgungsforschung die Implementierung der Leitlinie unterstützen und begleiten kann und welche Impulse von der Leitlinie ausgehen, um die Versorgung schwer psychisch Kranker zu verbessern.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, psychosoziale Therapien, S3-Leitlinie, schwere psychische Erkrankungen

Schwer psychisch Kranke stellen eine wichtige Gruppe in der Versorgung psychisch Kranker dar. Die eklatanten Versorgungsmissstände leiteten vor 40 Jahren die Psychiatrie-Enquete ein, und tatsächlich werden die meisten dieser Patienten heute multiprofessionell und gemeindenah versorgt. Dennoch partizipieren schwer psychisch Kranke nicht oder unzureichend am gegenwärtigen enormen Wissenszuwachs im Feld der psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten. Anspruch auf ein Klinikbett, auf die Behandlung durch einen Facharzt und Zugang zu allen verfügbaren psychopharmakologischen Substanzen sind wichtig, aber nicht hinreichend für die Behandlung schwer psychisch Kranker (Kilian 2014). Der Zugang zu evidenzbasierten ambulanten psychosozialen Behandlungsformen, wie zum Beispiel der Akutbehandlung zu Hause [Home-Treatment], der familienbezogenen Psychoedukation oder der unterstützten Beschäftigung [supported employment], hängt bis heute von mehr oder weniger zufälligen Konstellationen von Laien, Politikern, Betroffenen, psychiatrischen Experten und Aktivitäten von Kommunen, freien Trägern oder anderen Akteuren ab (Kilian 2014). Doch gerade die psychosozialen Therapien sind neben den somatischen Behandlungen (z.B. Psychopharmaka) und den psychotherapeutischen Interventionen eine wichtige und zentrale Säule in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten. Sie zielen hauptsächlich darauf ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern und Inklusion zu ermöglichen.

>> Deshalb hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) die evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" auf den Weg gebracht. Die Leitlinie weist drei Besonderheiten auf:

(1) die Leitlinie ist diagnose-übergreifend,
(2) legt eine Systematik der sehr heterogenen psychosozialen Interventionen vor und
(3) verortet diese Interventionen im Rahmen eines Matrixkapitels im deutschen Versorgungssystem und zeigt gleichzeitig Beispiele guter Praxis auf.

Das macht sie zu einem deutschsprachigen Standardwerk. Die Leitlinie soll die Versorgungspraxis für Menschen mit schweren psychischen Krankheiten verbessern (DGPPN 2013).

Wer ist genau gemeint? Der Arbeitsalltag vieler in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung Tätigen wird von dieser Patientengruppe, also von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bestimmt. Es geht diagnoseübergreifend um Menschen, die längere Zeit durch psychische Symptome beeinträchtigt sind, deutliche Einschränkungen des sozialen Funktionsniveaus erleben und das Hilfesystem intensiv in Anspruch nehmen (Ruggeri et al. 2000). Dabei können die Betroffenen an unterschiedlichen psychischen Störungen erkrankt sein (Schizophrenie und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, schwere affektive Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen oder schwere Angst- und Zwangsstörungen).

Was versteht man unter psychosozialen Interventionen? Psychosoziale Therapien umfassen eine Reihe von sehr unterschiedlichen Interventionen, die in der Leitlinie systematisiert werden. Einen Bereich bilden dabei sogenannte Systeminterventionen, bei denen es darum geht, Versorgungsangebote in einer bestimmten Art und Weise zu organisieren und bereitzustellen. Das sind meist komplexe Interventionen wie z.B. die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, das Case-Management oder die Arbeitsrehabilitation. Gerade im Bereich komplexer Versorgungsinterventionen gibt es einen enormen Wissenszuwachs und qualitativ hochwertige Evidenz. Einen weiteren Bereich stellen sogenannte Einzelinterventionen dar, wie z.B. die Psychoedukation oder die künstlerischen Therapien. Diese können in verschiedenen Settings (ambulanter Bereich, Tagesklinik, Station) Anwendung finden. Zudem werden grundlegende Aspekte psychosozialen Handelns adressiert (therapeutische Beziehung, die Milieutherapie und Recovery) und Konzepte wie Selbsthilfe, Selbstmanagement und Peer-Beratung finden Berücksichtigung.

Überblick zu Evidenz und Empfehlungen

Einen Überblick zu den wichtigsten Empfehlungsbereichen, der Evidenz und den entsprechenden Empfehlungsstärken gibt Tab. 1. Die beste Evidenz liegt bisher für die multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen und teambasierten Behandlungsansätze sowie für die Psychoedukation unter Einbezug der Angehörigen und das Training sozialer Fertigkeiten vor (Tab. 1).

In einer Fülle von qualitativ hochwertigen Studien und Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass gemeindepsychiatrische teamorientierte Ansätze, wie die der „community mental health teams", „home treatment"-Teams und „assertive community treatment"-Teams gegenüber herkömmlicher gemeindebasierter Behandlung ohne ein multiprofessionelles Team stationäre Behandlungen und Behandlungszeiten sowie Behandlungsabbrüche reduzieren und die Behandlungs-

Psychosoziale Therapien: Evidenz und Empfehlungen					
	Interventionen	**Empfehlungsstärke**			**Evidenz**
		A[1]	B[2]	0[3]	
Interventionen auf Systemebene	Multiprof. gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung	x			Ia
	Case Management		x		Ia
	Arbeitsrehabilitation		x		Ia-Ib
	Unterstütztes Wohnen			x	III
Einzelfallbezogene Interventionen	Training sozialer Fertigkeiten	x			Ia
	Psychoedukation und Angehörigenarbeit	x			Ia
	Psychoedukation (allein patientenorientiert)		x		Ia
	Ergotherapie		x		Ib
	Künstlerische Therapien		x		Ib
	Sport & Bewegung		x		Ib-IIa

Tab. 1: Legende: 1 = Soll-Empfehlung: Die meisten Patienten sollten diese Intervention in einer spezifischen Situation erhalten und würden sich dafür entscheiden. 2 = Sollte-Empfehlung: Ein Teil der Patienten sollte diese Intervention erhalten, nachdem Vor- und Nachteile und andere Alternativen gemeinsam erörtert wurden. 3 = Kann-Empfehlung: Es gibt unzureichende Evidenz, um eine Empfehlung abzugeben, oder die Nachteile und Vorteile sind vergleichbar. 4: Evidenzebenen: Ia: Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (RCT) oder einer einzelnen großen RCT mit eindeutigem Ergebnis, Ib: Evidenz aus mindestens einer kleineren RCT oder einer Metaanalyse von weniger als 3 RCTs, IIa: Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, kontrollierten nichtrandomisierten Studie, IIb: Evidenz aus mindestens einer methodisch guten, quasi-experimentellen Studie, III: Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen deskriptiven Studien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallserien.

zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen verbessern können (Murphy et al. 2012; Malone et al. 2007; Dieterich et al. 2010). Merkmale sozialer Inklusion insbesondere in den Bereichen Wohnen und Arbeit können durch eine langfristige Begleitung der Betroffenen durch eine aufsuchende und nachgehende multiprofessionelle Behandlung („assertive community treatment") deutlich positiv beeinflusst werden (Dieterich et al. 2010). Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams bildet neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses vor allem die gemeinsame Verantwortung des Teams für die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Betroffenen, um so die Behandlungskontinuität zu sichern. Im Bereich der Arbeitsrehabilitation gibt es zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien und systematische Übersichtsarbeiten, die eine Überlegenheit des „supported employment"-Ansatzes (unterstützte Beschäftigung) gegenüber einer Standardbehandlung und auch dem „pre-vocational training" (vorbereitendes Arbeitstraining beispielsweise in Rehabilitationseinrichtungen) aufzeigen (Bond et al. 2008). Die meisten Studien wurden in den USA durchgeführt und die Generalisierbarkeit für deutsche Wirtschaftsbedingungen wurde in Frage gestellt. Seit dem Erscheinen der Leitlinie hat sich die Evidenz erweitert: Inzwischen gibt es eine aktuelle Studie aus der Schweiz, die „supported employment" auch unter westeuropäischen Wirtschaftsbedingungen im Vergleich mit klassischen Zugängen beruflicher Rehabilitation eindeutig favorisiert (Hoffmann et al. 2012).

Zur Wirksamkeit von Psychoedukation liegt eine große Anzahl an Studien, u.a. auch aus Deutschland stammend, vor. Überzeugende Effekte für schwer psychisch Kranke lassen sich vor allem für psychoedukative Behandlungsansätze unter Einbezug der Familienangehörigen finden. So zeigen sich in Systematischen Reviews und Metaanalysen ausnahmslos reduzierte Rückfallrisiken und eine damit verbundene geringere Wahrscheinlichkeit stationärer Wiederaufnahmeraten (Pharoah et al. 2010; Pitschel-Walz et al. 2001). Daneben lassen sich Hinweise auf eine verringerte Symptomausprägung, verbesserte Medikamentencompliance sowie ein höheres soziales Funktionsniveau finden. Familienorientierte psychoedukative Interventionen zeigen zudem positive Auswirkungen auf den Wissenserwerb und das Belastungserleben bei den Angehörigen und tragen zu einem verbesserten Familienklima bei. Auch ein Training sozialer Fertigkeiten, bisher in erster Linie bei Menschen mit schizophrener Störung untersucht, zeigt deutliche Effekte auf verbesserte soziale Fertigkeiten sowie auf eine höhere Wahrscheinlichkeit einer größeren sozialen Anpassung (Gühne et al. 2012). Für andere Interventionen ließ sich weit weniger Evidenz identifizieren oder methodische Schwächen lassen derzeit eine starke Empfehlung nicht zu. Im Bereich der Künstlerischen Therapien beispielsweise existiert bisher eine überschaubare Anzahl randomisierter kontrollierter Studien auf der Basis überwiegend kleiner Stichproben. Die Beobachtungszeiträume sind oft kurz, die Interventionsansätze heterogen, z. T. fehlen aktive Kontrollinterventionen. Eine zuverlässige Aussage zur Wirksamkeit Künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen scheint deshalb verfrüht. Die bisher vorliegenden Ergebnisse geben jedoch nahezu einheitlich Hinweise darauf, dass die zusätzliche Anwendung verschiedener Ansätze Künstlerischer Therapien (Musik-, Kunst-, Drama- und Tanztherapie) neben einer herkömmlichen Behandlung die Negativsymptomatik bei schizophrenen Erkrankungen reduzieren kann (Mössler et al. 2011; Ruddy/Milnes 2005).

Weiteren Forschungsbedarf gibt es in den Bereichen Künstlerischer Therapien, Ergotherapie und Ansätzen der Sport- und Bewegungstherapien. Aber auch im Bereich des Unterstützten Wohnens kann auf Basis wissenschaftlicher Evidenz gegenwärtig keine Aussage dazu getroffen werden, welche Form des Wohnens für welchen Patienten besonders geeignet ist. Sicher ist allerdings, dass eine Dauerhospitalisierung mit negativen Effekten verbunden ist (Kallert et al. 2007), (vgl. Tab. 1).

Implementierung und Impulse für die Versorgungsforschung

Bekanntmachung der Leitlinie bei Anwendern und Nutzern: Es liegt auf der Hand, dass die Verbreitung des Wissens an die beabsichtigte Zielgruppe durch geeignete Maßnahmen und deren Verfügbarkeit eine Voraussetzung für weitere Handlungsschritte ist. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" liegt deshalb als Buch (DGPPN 2013a) und als Open-Access im Internet als Lang- und Kurzversion vor. Zusätzlich wurden Open-Access-Fortbildungsmaterialen zu allen Kapiteln der Leitlinie mit Power-Point-Folien zum Download erarbeitet (DGPPN 2013b). Daneben wurden die Inhalte der Leitlinie in zahlreichen Fachjournalen und auf nationalen und internationalen Kongressen und Arbeitstagungen verbreitet. Obgleich die Bekanntmachung notwendig ist, wissen wir, dass dies allein wenig bewirkt. Ein zentraler Schritt erscheint uns deshalb in der Herausgabe einer Patienten- und Angehörigenversion unter Mitarbeit von Nutzern als Buch (Gühne et al. 2014) und als freie e-Version (DGPPN 2013b). Ergänzt wird die Patientenleitlinie durch eine Ultrakurz- bzw. Wartezimmerversion, für welche ein umfangreiches Disseminationskonzept erarbeitet wurde.

Wirksame Interventionen in die Versorgungspraxis überführen:

Literatur

Ajzen, I. (1991): The Theory of Planned Behavior. In: Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991; 50: 179-211

Barbui, C./Girlanda, F./Ay, E./Cipriani, A./Becker, T./ Koesters, M. (2014): Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. In: Cochrane Database Systematic Reviews 2014, Issue 1: CD009780

Bond, G./Drake, R/Becker, D. (2008): An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. In: Psychiatric Rehabilitation Journal 2008, 4: 280-290

Bramesfeld, A./Schäfer, I./Stengler, K./Schomerus, G. (2014): Impulse für die Versorgungsforschung: Was folgt auf die DGPPN S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien? In: Psychiatrische Praxis 2014, 41: 65-67

DGPPN (Hrsg.) (2013a): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Heidelberg: Springer

DGPPN (2013b): http://www.dgppn.de/dgppn/struktur/referate/versorgung0/s3-leitlinie-psychosoziale-therapien-bei-schweren-psychischen-erkrankungen.html (abgerufen am 30.04.14)

Dieterich, M./Irving, C.B./Park, B./Marshall, M. (2010): Intensive case management for severe mental illness. In: Cochrane Database Systematic Reviews 2010, Issue 10: CD007906

Gühne, U./Weinmann, S./Arnold, K./Becker, T./Riedel-Heller, S. (2012): Das Training sozialer Fertigkeiten bei schweren psychischen Erkrankungen - ist es wirksam? Eine systematische Übersicht. In: Psychiatrische Praxis 2012, 39: 371-380

Gühne, U./Fricke, R./Schliebener, G./Becker, T./Riedel-Heller, S.G. (2014): PatientenLeitlinie für Betroffene und Angehörige. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer

Hoffmann, H./Jäckel, D./Glauser, S./et al. (2012): A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 2012, 125: 157-167

Kallert, T.W./Leisse, M./Winiecki, P. (2007): Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. In: Journal of Public Health 2007, 15, 1: 29-42

Kilian, R. (2014): Integrierte Versorgung unter gemeindepsychiatrischer Steuerung – Pro & Kontra. In: Psychiatrische Praxis 2014, 41, 4: 182-183

Lambert, M./Bock, T./Schöttle, D./Golks, D./Meister, K./Rietschel, L./Bussopulos, A./Frieling, M./Schödlbauer, M./Burlon, M./Huber, C.G./Ohm, G./Pakrasi, M./Chirazi-Stark, S./Naber, D./Schimmelmann, G.B. (2010): Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care: A 12-Month Trial in Patients With First- and Multiple-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). In: Journal of Clinical Psychiatry 2010, 71: 1313-1323

Malone, D./Marriott, S./Newton-Howes, G/Simmonds, S./Tyrer, P. (2007): Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3: CD000270

Mössler, K./Chen, X./Heldal, T.O./Gold, C. (2011): Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12: CD004025

Munz, I./Ott, M./Jahn, H./Rauscher, A./Jäger, M./Kilian, R./Frasch, K. (2011): Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung („Home Treatment"). In: Psychiatrische Praxis 2011, 38: 123-128

Murphy, S./Irving, C.B./Adams, C.E./Driver R. (2012): Crisis intervention for people with severe mental illnesses. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5: CD001087

Nothacker, M./Muche-Borowski, C./Kopp, I./Selbmann, H.K./Neugebauer, E.A. (2013): Leitlinien – Attraktivität, Implementierung und Evaluation. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2013, 107: 164-169

Pharoah, F./Mari, J./Rathbone, J./Wong, W. (2010): Family intervention for schizophrenia. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue12: CD000088

Pitschel-Walz, G./Leucht, S./Bäuml, J./Kissling, W./Engel R.R. (2001): The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. In: Schizophrenia Bulletin 2001, 27: 73-92

Ruddy, R./Milnes, D. (2005): Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4: CD003728

Ruggeri, M./Leese, M./Thornicroft, G./Bisoffi, G./Tansella, M. (2000): Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. In: British Journal of Psychiatry, 177: 149-155

Steinhart, I./Wienberg, G. (2014): Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. In: Psychiatrische Praxis 2014, 41: 179-181

Thornicroft, G./Lempp, H./Tansella, M. (2011): The place of implementation science in the translational medicine continuum. In: Psychological Medicine 2011, 41, 10: 2015-2021

Implementierungsmaßnahmen sollten mit einer systematischen Kontrastierung der aktuellen Versorgungslage mit den Leitlinienempfehlungen („translational gap" oder der Evidenz-Praxis-Lücke) beginnen. Ausgangspunkt muss dabei der schwer psychisch Kranke sein. Dabei stehen nach Bramesfeld et al. folgende drei Fragen im Mittelpunkt (Bramesfeld et al. 2014):

(1) Welche psychosozialen Therapien werden von Klienten gegenwärtig in Anspruch genommen? Psychosoziale Versorgung ist in der Gemeinde angelegt und funktioniert auch nur in der Kooperation regionaler Leistungserbringer. Die Region ist deshalb wichtige Untersuchungseinheit für drei Größen:

(a) die regionalen Versorgungsstrukturen (z.B. Wer bietet psychosoziale Hilfen in der Region an?)

(b) die Prozesse (z.B. Was erhalten schwer psychisch Kranke tatsächlich an psychosozialer Versorgung? Haben schwer psychisch Kranke flächendeckend die Möglichkeit, von einzelnen wirksamen Interventionen wie der Psychoedukation oder dem Training sozialer Fertigkeiten zu profitieren? Wie ist der Zugang zu innovativen Behandlungsansätzen wie der Akutbehandlung zu Hause (home treatment) oder den konsequent aufsuchend arbeiteten Diensten („assertive community treatment") gewährleistet?)

(c) die Ergebnisse (relevante Endpunkte und damit Parameter der Ergebnisqualität psychosozialer Versorgung umfassen objektive Kriterien z.B. Heimeinweisung, Berentung, Aufnahme einer Arbeit, Krankenhauseinweisungen sowie subjektive Kriterien wie z.B. die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder Recovery). Diese Fragen sind Ausgangspunkt für weiterführende Implementierungsmaßnahmen. So sind z.B. innovative Behandlungsmodelle gegenwärtig nur an wenigen Orten etabliert. Beispielhaft benannt seien hier Home-Treatment-Teams in Frankfurt, Krefeld, Günzburg und andernorts oder das Assertive-Community-Treatment-Team für die Versorgung psychotischer Patienten am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Munz et al. 2011; Lambert et al. 2010).

(2) Was sind die Charakteristika von Klienten, die psychosoziale Versorgung in Anspruch nehmen? Dabei sind Fragen der Unter-, Über- und Fehlversorgung zu adressieren. Wer nimmt zu welchem Zeitpunkt und in welcher Intensität Versorgungsleistungen in Anspruch? Welche Barrieren existieren bei Nichtinanspruchnahme? Wie lassen sich wechselnde Bedarfe zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsverlauf bedienen?

(3) Welche Strukturen und Prozesse fördern eine Implementierung der Leitlinie, wo sind Barrieren? Hier können Regionen, in denen es gut gelingt die Leitlinie zu implementieren, mit Regionen vergleichen werden, in denen dies weniger gut gelingt. Chancen und Barrieren einer flächendeckenden Implementierung gilt es genauer herauszuarbeiten. Darüber hinaus muss erfragt werden, welche Einstellungen und Haltungen der Behandler und Nutzer zu einer leitliniengerechten psychosozialen Therapie führen. Hier stehen verhaltenstheoretische Modelle zur Verfügung (Ajzen 1991), die Chancen und Barrieren für Einstellungsänderungen aufzeigen.

Eine besondere Barriere stellen auch aktuelle Rahmenbedingungen im deutschen fragmentierten System der Organisation und Finanzierung von sozialen- und Gesundheitsleistungen dar (Bramesfeld et al. 2014; Kilian 2014), die sich insbesondere bei der Implementierung komplexer, multiprofessioneller und sektorübergreifender (ambulant vs. stationär, Finanzierung durch verschiedene Leistungsträger) hinderlich auswirken. Beispiele guter Praxis zur Etablierung solcher innovativer Behandlungsmodelle im Rahmen integrativer Versorgungsmodelle zeigen, dass einiges auch unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen möglich ist, obgleich die Neufassung der §§ 140ff. des SGB V die Fragmentierung nicht auflöst. Attraktive Zukunftsvisionen zur fachlich begründeten Gestaltung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung wie das funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Ver-

sorgung müssen verstärkt in die Diskussion gebracht werden (Steinhart/Wienberg 2014).

Die Implementierung von Leitlinien ist nicht trivial, besonders für komplexe psychosoziale Interventionen. Obgleich Konsens besteht, dass die Translation von Evidenz in die Versorgungspraxis beschleunigt werden muss, resümieren Thornicroft et al. (2011), dass eine Implementierungsforschung („Implementation science") in der Psychiatrie noch in den Kinderschuhen steckt. Dies unterstreicht ein aktuelles Cochrane Review, das Studien zur Wirksamkeit von Leitlinien-Implementierungsstrategien in der psychiatrischen Versorgung unter die Lupe nahm, dabei nur wenige Studien einschließen konnte und keine gültigen Schlussfolgerungen erlaubte (Barbui et al. 2014). Mit den gleichen Anstrengungen und Förderungen wie Grundlagenforschung in klinische Forschung umgesetzt wird, müssen die Erkenntnisse der klinischen Forschung in die Versorgungspraxis implementiert werden, um letztlich die Versorgung der Patienten zu verbessern. Für diesen letzten und sehr wesentlichen Schritt in der Translationskette ist die Versorgungsforschung unabdingbar. Die Versorgungsforschung muss die Implementierung von Leitlinien, in denen Evidenz gesammelt und in Empfehlungen gegossen wird, evaluativ begleiten und unterstützen (Nothacker et al. 2013). Für schwer psychisch Kranke und deren Partizipation am Wissensfortschritt und einer evidenzbasierten Versorgung trägt unsere Gesellschaft eine besondere Verantwortung. <<

Autorenerklärung

Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, PD Dr. Georg Schomerus und Dr. Uta Gühne sind am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig tätig, Prof. Dr. Thomas Becker an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg. Alle Autoren sind an der Entwicklung und Verbreitung der im Beitrag behandelten DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen" beteiligt.

Improving mental health care for severe mentally ill patients

A recent DGPPN-S3-guideline on psychosocial interventions facilitates mental health service research

Although people with severe and persistent mental illness are generally treated in the community, most of them do not benefit from the latest evidence-based treatment strategies in the area of psychosocial interventions as these are not routinely available. The paper compiles the evidence regarding the effectiveness of psychosocial interventions and the recommendations outlined by the S3 guideline „Psychosocial interventions in severe mental illness" of the German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics (DGPPN). Based on this knowledge, perspectives for future mental health service research are developed in order to support and evaluate implementation strategies to improve mental health care for this severely impaired patient group.

Keywords

Health service research, psychosocial interventions, S3 guidelines, severe mental illness

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
ist Psychiaterin und Gesundheitswissenschaftlerin und gegenwärtig als Direktorin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig tätig. Forschungsschwerpunkte liegen an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Public Health.
Kontakt: Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de



PD Dr. med. Georg Schomerus
ist Psychiater und Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald im Helios Hanseklinikum Stralsund. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Stigma- und Einstellungsforschung und der Forschung zur Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen.
Kontakt: georg.schomerus@uni-greifswald.de



Dr. rer. med. Uta Gühne
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und war an der Erstellung der DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen beteiligt.

Kontakt: Uta.Guehne@medizin.uni-leipzig.de



Prof. Dr. med. Thomas Becker
ist Psychiater und Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen die Sozialpsychiatrie und die Versorgungsforschung insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Störungen. Er ist maßgeblich an der Entwicklung und Verbreitung der DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen" beteiligt.
Kontakt: t.becker@uni-ulm.de

