

Menschenrechte für Menschen mit psychischen Behinderungen



Fachtagung Gemeindepsychiatrie am 14. November 2013
Wissenschaftspark Gelsenkirchen

Gemeinsam für ein soziales Nordrhein-Westfalen



Chancen der neuen S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen



ulm university universität uulm

Thomas Becker, Uta Gühne*, Katrin Arnold und Steffi Riedel-Heller*
Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie II, Universität Ulm, BKH Günzburg und *Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Public Health, Universität Leipzig

Gliederung

1. Allgemeines zur S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“
2. Evidenz und Empfehlungen zu multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer teambasierter Behandlung
3. Evidenz und Empfehlungen zu arbeitsrehabilitativen Maßnahmen
 - Hintergrund: soziale Exklusion psychisch Kranker, Bedeutung von Arbeit
 - Exkurs: Einrichtungen und Dienste der Arbeitsrehabilitation in Deutschland
4. Evidenz und Empfehlungen zu Künstlerischen Therapien
5. Überblick über alle Leitlinien-Empfehlungen
6. Implementierung
7. Desiderate für die Forschung
8. Was kann die Leitliniengruppe tun?

Das Besondere an der vorliegenden Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ist ihr diagnoseübergreifender Ansatz. Zielgruppe der Leitlinie sind Menschen mit schweren psychischen Störungen. Jedem praktisch Tätigen ist diese Gruppe von Patienten mit besonderen Hilfebedarfen deutlich vor Augen.

Die Leitlinie ordnet sich in das Leitlinienprogramm der AWMF ein und basiert auf der Methodik der Erarbeitung von S3-Leitlinien. Sie gibt Empfehlungen zu psychosozialen Interventionen, die hauptsächlich darauf abzielen, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen zu verbessern, in ihrem sozialen Umfeld weitestgehend selbstständig zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Dabei werden sowohl Interventionen auf der Systemebene (z. B. aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams, Arbeitsrehabilitation) als auch »Einzelinterventionen«, die an verschiedenen Stellen des Versorgungssystems verortet sind (z. B. Psychoedukation) behandelt. Daneben werden Grundlagen psychosozialer Ansätze und Interventionen (z. B. Recovery-Orientierung und Empowerment) sowie Perspektiven der Selbsthilfe aufgezeigt. Spezifische Aspekte psychosozialer Interventionen an verschiedenen Schnittstellen wie Migration, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sowie bei der Behandlung und Versorgung älterer Menschen, werden berücksichtigt. Schließlich wird die Frage der Implementierung der einzelnen Interventionen im deutschen Versorgungssystem diskutiert.

ISBN 978-3-642-30269-5



9 783642 302695

► springer.com



DGPPN



S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien
bei schweren psychischen Erkrankungen

= Initiator & Herausgeber

DGPPN

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen



S3-Praxisleitlinien
in Psychiatrie
& Psychotherapie



 Springer



Der Mensch im Mittelpunkt.

Fortschritte in der Psychiatrischen Versorgung.
Dokumentation des Werkstattgesprächs am 19.04.2012

Bielefeld 2013
ISBN 978-3-88139-194-8

1. Psychosoziale Versorgungsansätze – Evidenz und offene Fragen

Einführung

In der multimodalen und umfassenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind neben der medikamentösen und psychotherapeutischen Interventionen ein integraler Bestandteil neben der Psychotherapie. Das Spektrum der breit gefächerten und heterogenen Querschnittsthemen (Milieutherapie, Empowerment, Recovery, Selbsthilfegruppen) umfasst auch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Ansätze. Therapeutische Interventionen zielen auf die Einbeziehung des sozialen Umfelds, die aktive Rolle der Patientin beziehungsweise des Patienten und ihre beziehungsweise seine sozialen Interaktionen zu ändern, um die Teilhabe an einem integrierten Leben zu verbessern. Selbstbefähigung und Handlungskompetenz stehen als Defizite und Symptome.

Welche der vielfältigen psychosozialen Interventionsmöglichkeiten zum Einsatz kommen, ist eine Frage, für deren Beantwortung Leitlinien genutzt werden. In der Entwicklung der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit psychischen Erkrankungen“, die im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse (DGPPN) nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet wurde (DGPPN 2012).

Juli 2009 Kick-off-
Veranstaltung

November 2012
Erscheinen
der Leitlinie

Fertigstellung in 2013 geplant:
Patienten-Leitlinie



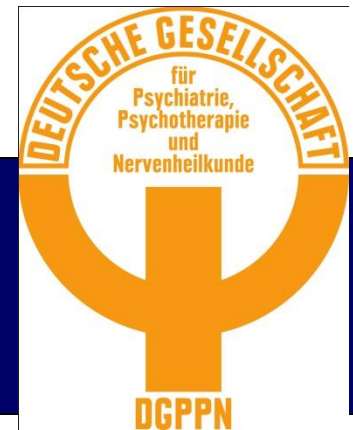
Januar 2011
letztes von 7
Konsensus-
treffen

Mai 2013 Internet-
präsenz unter dem
Dach der DGPPN

2017 geplante
Aktualisierung
der Leitlinie

Weitere relevante Leitlinien, deren Herausgeber bzw. Mitherausgeber die DGPPN ist:

- **S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen**
DGBS und DGPPN (2012)
- **S3 Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression**
DGPPN, BÄK, KBV, AWMF 2010
- **S3 Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz**
DGPPN, DGN 2010
- **S3 Behandlungsleitlinie Schizophrenie**
DGPPN 2006
- **S2 Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie**
DGPPN 2010
- **S2 Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen**
DGPPN 2009
- **S1 Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien**
DGPPN 2005



ZUSAMMENSETZUNG DES LEITLINIENGREMIUMS



Methodische Aspekte der Leitlinienentwicklung

	Für den Anwenderkreis repräsentative Entwicklergruppe	Systematische Evidenzbasierung (Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur)	Strukturierte Konsensusfindung (Formale Technik)
S1 Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	nein	nein	nein
S2k Konsensbasierte Leitlinie	ja	nein	ja
S2e Evidenzbasierte Leitlinie	nein	ja	nein
S3 Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	ja	ja	ja



**Was ist das Besondere an dieser
Leitlinie?**

Die Zielgruppe:

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI)

- Schizophrene, schizoaffektive Störungen, bipolare affektive Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen
- Erkrankungsdauer > 10 Jahre
- signifikante Effekte auf klinische und soziales Funktionsniveau



1. Diagnose- übergreifender Ansatz



Es werden eine Reihe von teilweise sehr heterogenen Interventionen unter diesem Begriff zusammengefasst.

Das Behandlungsspektrum psychischer Störungen

Somatische Therapiever- fahren

- (Direkte)
Beeinflussung
psychopatho-
logischer
Symptome
- individuums-
zentriert

Sozio- therapeutische Interventionen

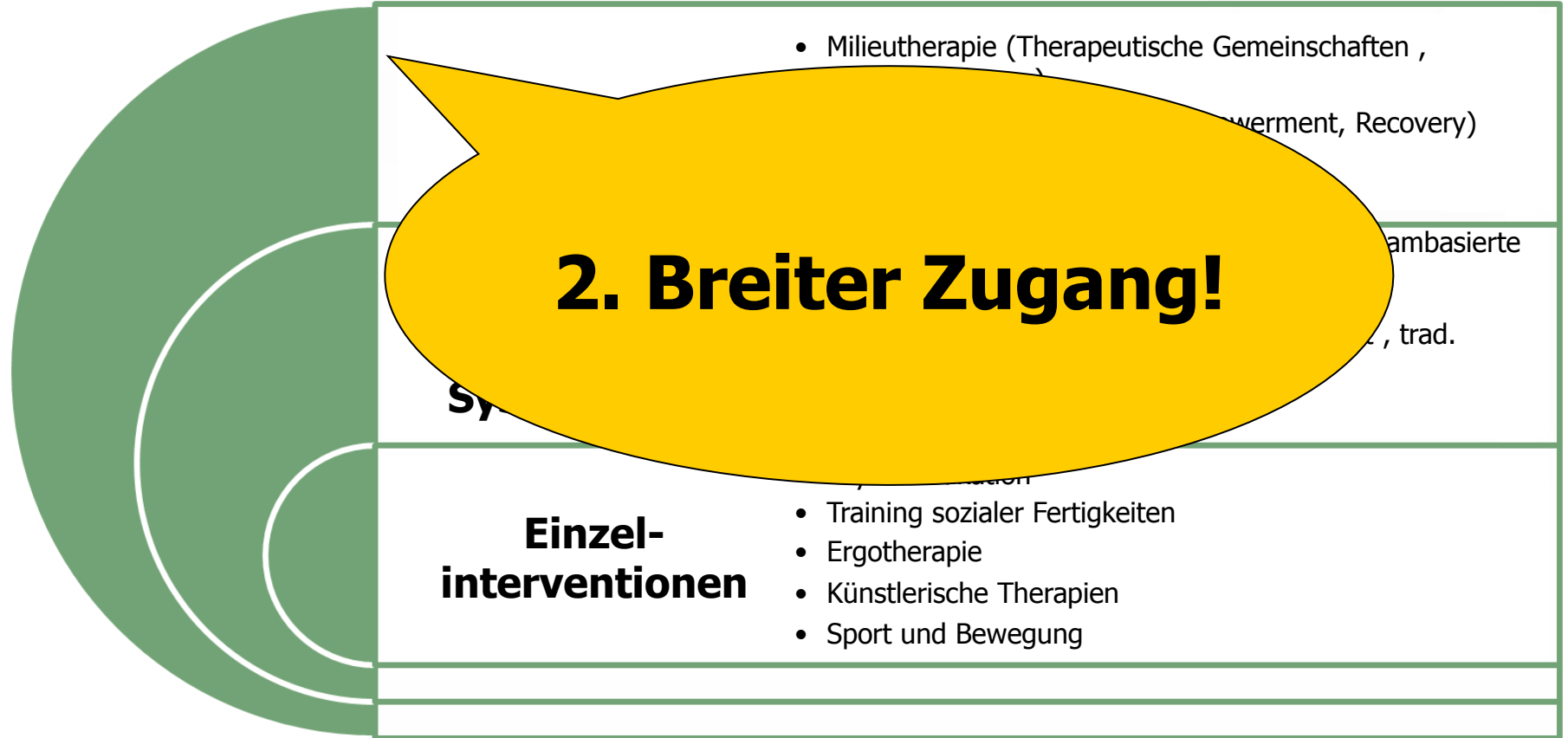
- Verbesserung
individueller
Möglichkeiten, in
der Gemeinschaft
zu leben
- Einbezug des
sozialen Umfeld

Psycho- therapeutische Verfahren

- Beeinflussung
dysfunktionaler
emotionaler,
kognitiver u. Ver-
haltensmuster
- individuums-
zentriert

Empathie, Akzeptanz
Behandlung begleitender somatischer Erkrankungen

Psychosoziale Interventionen



Psychosoziale Interventionen

Querschnitts- themen

- Milieutherapie (Therapeutische Gemeinschaften , Milieugestaltung)
- Therapeutische Beziehung (Empowerment, Recovery)
- Recovery
- Selbsthilfe und verwandte Konzepte
- Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandl...

Intervent
auf
Systeme

Einzel
intervention

Besonderheit 3:
Adressierung grundlegender
Aspekte psychosozialen Handelns

Besonderheit 4: Schnittstellen in der psychiatrischen Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen

- **Die Bedeutung eines Migrationshintergrundes für die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen**
- **Psychosoziale Therapien bei Kindern und Jugendlichen**
- **Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter**



Besonderheit 5: Verankerung der einzelnen Interventionen im deutschen Versorgungssystem (Matrixkapitel)



- Sozialrechtliche Rahmenbedingungen
- Sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation in den verschiedenen Settings (ambulant, teilstationär, stationär)
- Integrierte Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinde
- Vernetzung und Kooperation

Wie entstehen Leitlinien?

Wie entstehen Leitlinien?

**Entscheidungen:
Wahl der Therapie
Evidenz?**

Define Clinical Problem



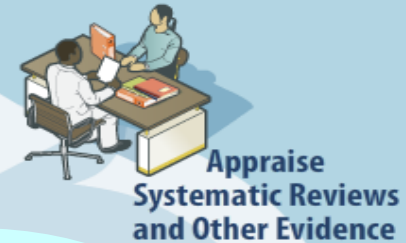
Assemble
Multidisciplinary
Team

**Systematische
Literatur-
übersichten**



Identify, Assess, and
Synthesize Evidence

Produce Systematic
Review Report



Appraise
Systematic Reviews
and Other Evidence

**Leitlinien-
Entwicklung:
Empfehlungen**

Assemble Guideline
Development
Group



Incorporate Expert Opinion
and Patient Preferences
and Characteristics



Produce Clinical
Practice Guideline



Use Guidance to
Make Better
Informed Decisions

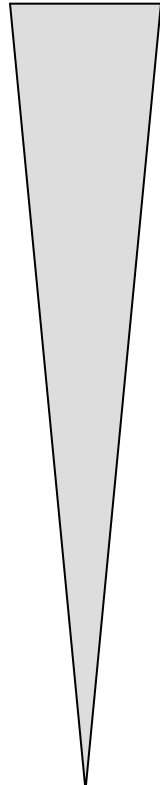


Improved health
outcomes and
quality of care



Evidenz und Empfehlung

Definition der Quellen	Empfehlungsgrad	Beschreibung
Metaanalysen, hochwertige randomisierte kontrollierte Studien	A „soll“-Empfehlung	mind. eine RCT von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf Empfehlung bezieht
Kontrollierte Studien ohne Randomisierung, Beobachtungsstudien	B „sollte“-Empfehlung	gut durchgeführte klinische Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung, möglicherweise Extrapolation
Expertenmeinung	O „kann“-Empfehlung	direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden, ruht auf Expertenmeinungen, klin. Erfahrungen
Klinischer Konsensus - punkt	KKP	als gute klin. Praxis im Konsens der LL-Gruppe empfohlen, wo keine wissenschaftliche Evidenz



Von der Evidenz zur Empfehlung

Evidenz

hoch

Metaanalysen
hochwertiger RCT

moderat

kontroll. Studien
Beobachtungsstudien

schwach/ sehr schwach

Expertenmeinung

Empfehlung

A „soll“

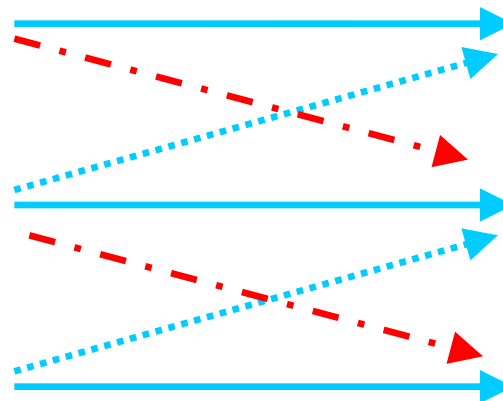
starke Empfehlung ↑↑

B „sollte“

Empfehlung ↑

C „kann“

Empfehlung offen ⇔

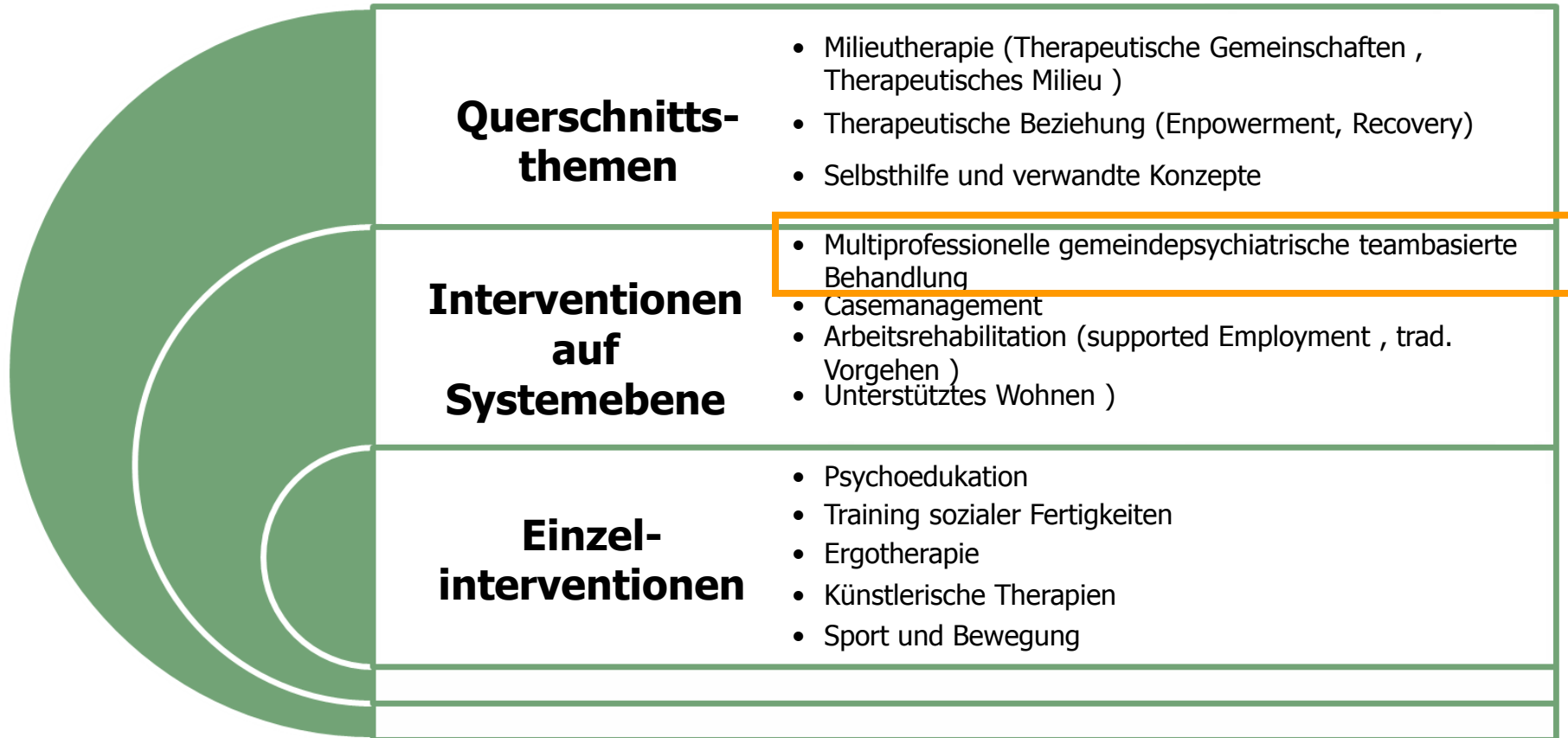


KKP – klin.
Konsensuspunkt

Kriterien für „up/down grading“:

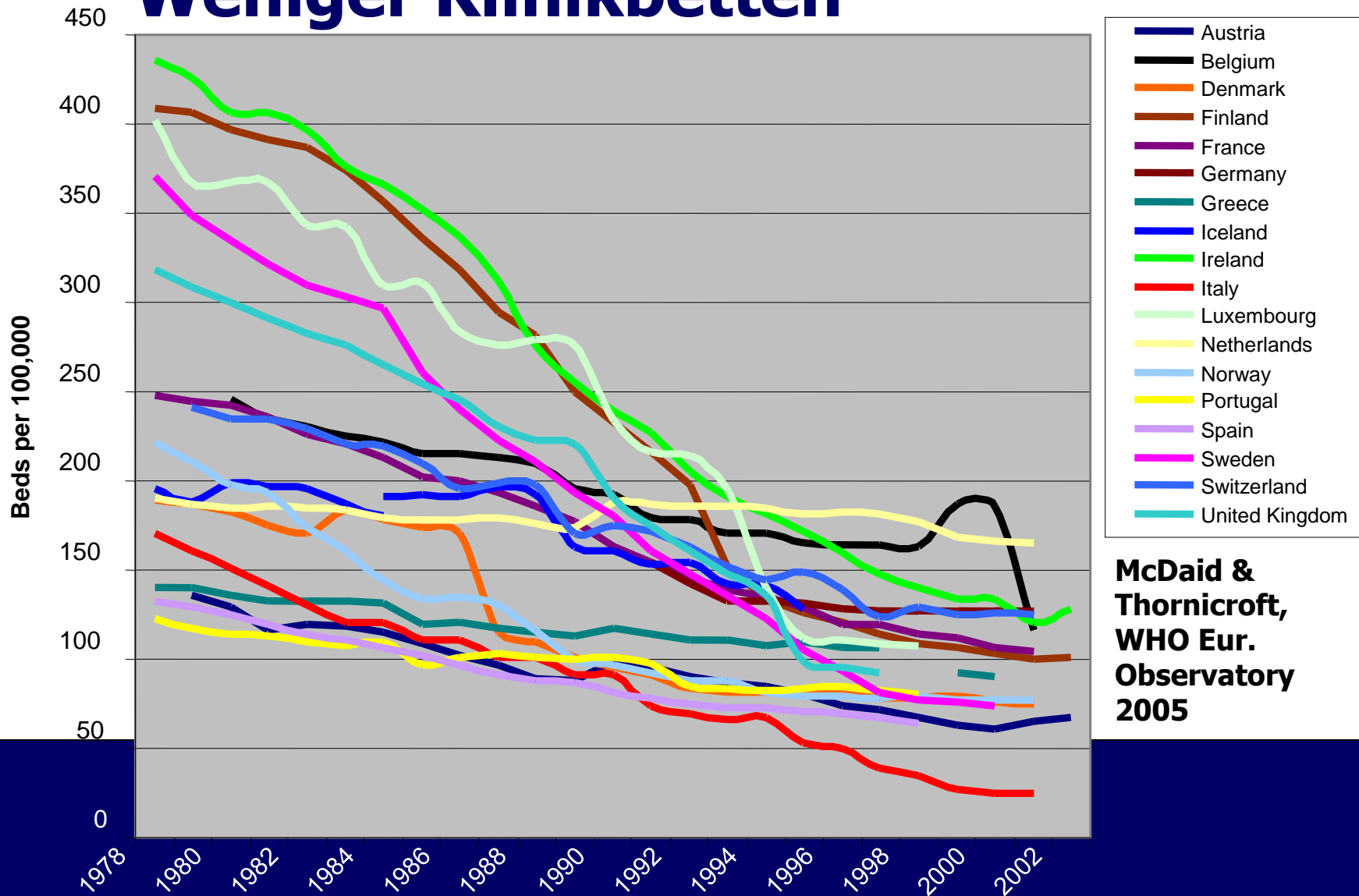
- Konsistenz der Studienergebnisse
- Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken
- Nutzen-Risiko-Verhältnis
- Ethische Verpflichtungen
- Patientenpräferenzen
- Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit

Psychosoziale Interventionen



**Beispiel:
Multiprofessionelle
gemeindepsychiatrische
teambasierte Behandlung –
ist sie wirksam?**

Weniger Klinikbetten



**McDaid &
Thorncroft,
WHO Eur.
Observatory
2005**

Multiprofessionelle gemeinde- psychiatrische teambasierte Behandlung

1) Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

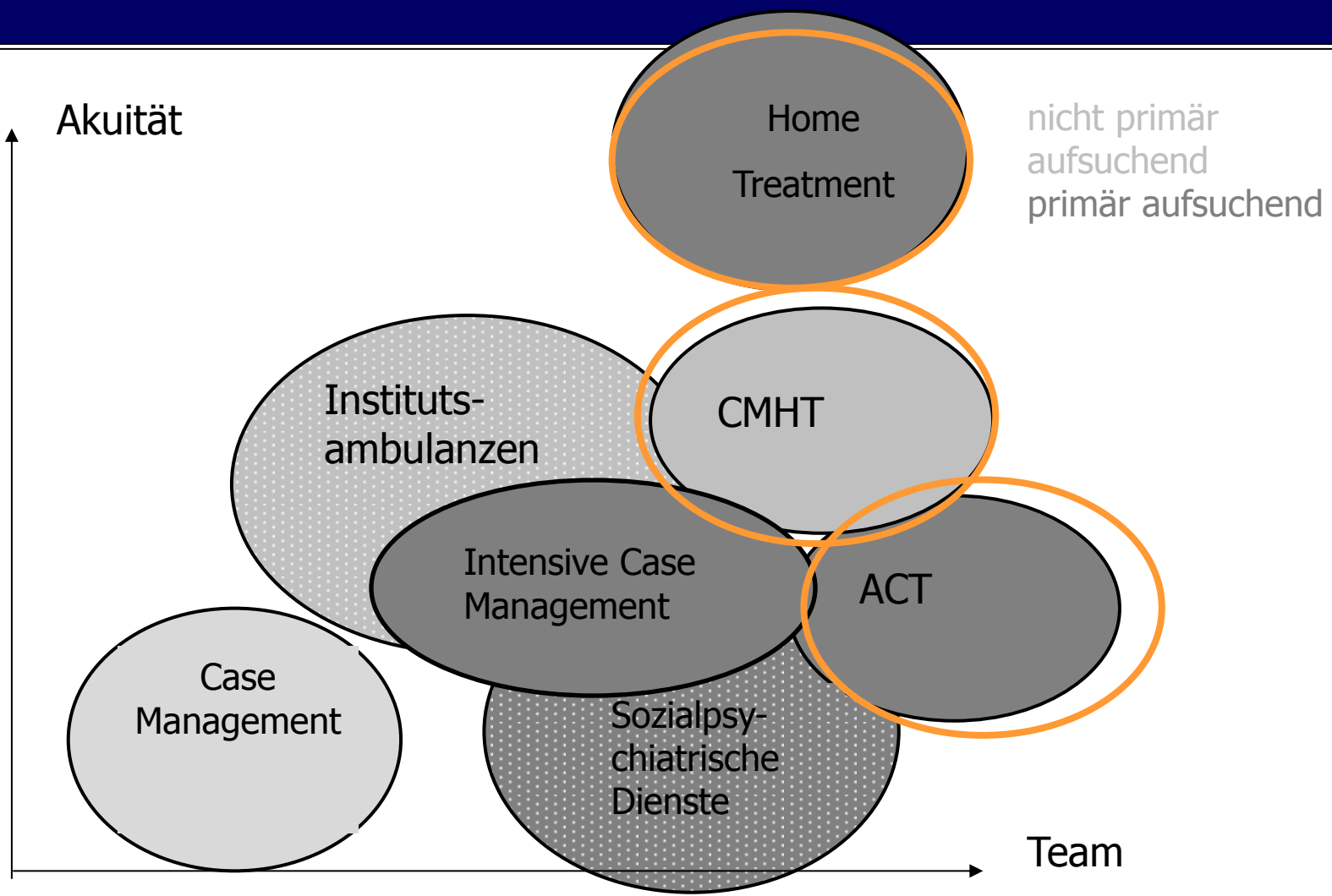
(Community Mental Health Teams = CMHT)

2) Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung

(Assertive Community Treatment = ACT)

3) Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

(Home Treatment)



(CMHT: Community Mental Health Team, ACT: Assertive Community Treatment)

Ambulante gemeindepsychiatrische Ansätze (nach Becker 2008)

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (Community Mental Health Teams)

- **seit Mitte der 1990er Jahre in Großbritannien weit verbreitet**
- **multidisziplinäre gemeindeorientierte Behandlungsteams**
- **Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in einem definierten Einzugsgebiet**
- **Behandlung erfolgt überwiegend in „Komm-Struktur“**
- **über längere Zeiträume in verschiedenen KH-Phasen**
- **Diagnostik & Übernahme aller ärztlichen, pflegerischen, psychosozialen und therapeutischen Behandlungsansätze**
- **Organisation von Hilfeplankonferenzen**

	Metaanalyse Cochrane Review	Metaanalyse NICE-LL Schizophrenie
	Malone 2007	NICE 2009
Krankheitsassoziierte Merkmale		
↓ Sterbefälle	~	~ ²
↓ Symptomschwere	+ ¹	+ ²
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ stationäre Aufnahmen	++	+ ²
↓ stationäre Behandlungszeiten	~ ¹	k.A.
↓ Behandlungsabbrüche	~	~ ²
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion		
↑ soziale Funktionen	~ ¹	+ ²
↑ Beschäftigungssituation	k.A.	k.A.
↓ Polizeikontakte	-	k.A.
Zufriedenheit		
↑ Patientenzufriedenheit	++	k.A.
↑ Angehörigenzufriedenheit	k.A.	k.A.
Kosteneffektivität		
↑ Kosteneffektivität	++ ¹	k.A.

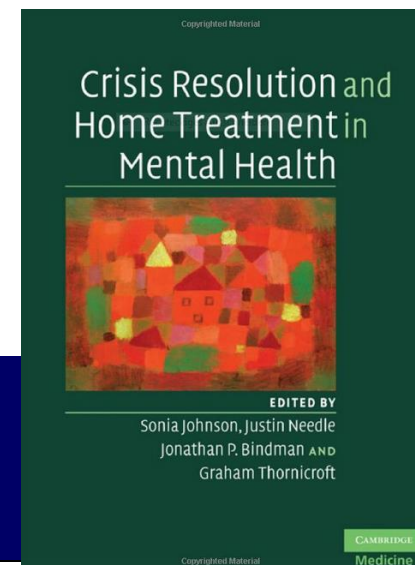
Effekte von multi-professioneller gemeindepsychiatrischer Behandlung auf verschiedene Zielparameter

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder verzerrte Daten
 ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 k.A.: keine Angaben zu diesem Kriterium
 ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung
 1: Daten basieren auf Einzelstudie; 2: Evidenz unzureichend

Evidenz zu CMHT stammt ausschließlich aus Großbritannien (1 Review + MA aus NICE / 0 RCT)

Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)

- **häusliche Behandlung einer akuten Krankheitsepisode durch spezialisiertes Team**
- **ärztlich-psychiatrische Kompetenz integriert**
- **in USA rund um die Uhr, in Deutschland - soweit HT verfügbar - nicht rund um die Uhr**
- **fester Bestandteil: Hausbesuche (home treatment)**
- **Ziel: Vermeidung einer Krankenhausbehandlung**
- **flexible Kommunikation mit Netzwerk des Patienten**
- **Gabe von Medikamenten und Supervision der Einnahme sollte möglich sein**



Vorteile gegenüber einer vollstationären Akutbehandlung:

- Geringeres Einschneiden in das Alltagsleben der Betroffenen und deren Angehörigen
- Möglichkeit einer umfassenderen Abklärung von Ressourcen und Problemen der Betroffenen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld
- Flexiblere Anpassung des Behandlungsplanes an wechselnde Bedürfnisse
- Setting ist insbesondere für psychosoziale Interventionen geeignet (z.B. Einbezug des sozialen Netzwerkes)
- Das Wissen des Erkrankten, nicht notwendigerweise in eine Klinik eingewiesen zu werden, erleichtert diesem, seine Krankheitssymptome früher zu äußern
- Geringere Stigmatisierung

(Brenner et al. 2000, Dean & Gadd 1990)

	Metaanalyse Cochrane Review	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie	Randomisierte kontrollierte Studie
	Joy 2006	NICE 2009	Johnson 2005 McCrone 2009
Krankheitsassoziierte Merkmale			
↓ Sterbefälle	~	~	~
↓ Symptomschwere	+	+	+
↑ Allgemeinzustand	~	+	k.A.
Behandlungsassoziierte Merkmale			
↓ stationäre Aufnahmen in akuter Phase	k.A.	++	++
↓ stationäre Wiederaufnahmeraten	++	~	++ ¹
↓ stationäre Behandlungszeiten	k.A.	++	++
↓ Behandlungsabbrüche	++	++	k.A.
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion			
↑ Beschäftigungssituation	~	k.A.	k.A.
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten	~	k.A.	~
Zufriedenheit und erlebte Belastungen			
↓ erlebte Belastungen, Angehörige	++	k.A.	k.A.
↑ Patientenzufriedenheit	++	++	+
↑ Angehörigenzufriedenheit	++	k.A.	k.A.
Kosteneffektivität			
↑ Kosteneffektivität	+	++	++


Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home treatment)

++: signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe
~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen
k.A.: keine Angaben zu dieser Zielgröße
↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

Beispiel: Home-Treatment in Bayrisch Schwaben

**Mobiles Krisenteam
(Home Treatment)**


Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik / Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm



Bezirkskrankenhaus Günzburg

Bezirk Schwaben

Akademisches Krankenhaus
der Universität Ulm



- Start: Herbst 2005
- Angebot für Menschen mit akuten psychischen Krankheitsepisoden ab 18 J., die üblicherweise auf eine stationäre Behandlung angewiesen wären
- Multiprofessionelles mobiles Krisenteam (Ärzte, Pflege & Sozialpädagogin)
- Verfügbarkeit an 7 Tagen über 24 Stunden unter Einbezug der Struktur der Gesamtklinik & „Krisenbett“
 - Hausbesuche, Telefonate, tägliche Übergaben, mind. wöchentliche Fallbesprechungen
 - Diagnostik, Psychotherapie, Psychoedukation, Pharmakotherapie, Unterstützung durch Pflege und Sozialarbeiter (z.B. Hilfe bei Einnahme der Medikamente, Tagesstrukturierung)



Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung („Home Treatment“)

Comparison of „Home Treatment“ with Traditional Inpatient Treatment in a Mental Hospital in Rural Southern Germany

Autoren Isolde Munz, Miriam Ott, Henriette Jahn, Annett Rauscher, Markus Jäger, Reinhold Kilian, Karel Frasch
Institut Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg (Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. T. Becker)

Schlüsselwörter

- Home Treatment
- stationäre Behandlung
- Psychopathologie
- psychosoziales Funktionsniveau

Keywords

- home treatment
- inpatient treatment
- psychopathology
- psychosocial functioning

Zusammenfassung

Anliegen Untersuchung der Wirksamkeit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung („Home Treatment“; HT) im Vergleich zur traditionell-stationären Versorgung.

Methode Im Rahmen eines prospektiven Forschungsprojekts wurden die Daten von 60 im HT und 18 stationär behandelten Patienten hinsichtlich psychopathologischer Symptomatik, globa-

lem Funktionsniveau und Krankheitsschwere zum Aufnahme- und Entlasszeitpunkt verglichen. **Ergebnisse** HT erwies sich als über eine ganze Reihe psychiatrischer Diagnosen hinweg machbare und ähnlich wirksame Behandlungsalternative, wie die traditionell-stationäre Versorgung. **Schlussfolgerung** Bei potenziell geeigneten Patienten kann statt einer üblichen stationären Behandlung ein HT erwogen werden.

Einleitung

Entwicklung, Begriffsbestimmung, Wirkung

Vor dem Hintergrund der Deinstitutionalisierungsbewegung entwickelten sich in den 70er-Jahren verschiedene Modelle gemeindenaher außerstationärer Versorgungsmöglichkeiten u. a. mit dem Ziel, langfristige Klinikaufenthalte und dadurch bedingte Chronifizierungen zu vermeiden. Der gemeindenahen psychiatrischen Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, dem sog. „Home Treatment“ (HT), kam dabei besondere Bedeutung zu. Dabei ist HT klar von anderen gemeindenahen psychiatrischen Behandlungsangeboten abzugrenzen [1]. Demnach ist nur dann von HT zu sprechen, wenn diese als Akutbehandlung angewandt und von einem multiprofessionellen Behandlungsteam durchgeführt wird [1]. HT bietet nicht nur dem Patienten und seinen Angehörigen die Möglichkeit, die Lebensgewohnheiten weitestgehend aufrechtzuerhalten, sondern gibt dem Behandlungsteam gleichzeitig Gelegenheit, Einblick in das Leben des Patienten vor Ort zu gewinnen, seine Defizite und Ressourcen gezielt zu erfassen und darauf basierend mit ihm gemeinsam einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen. Gerade diese enge Zusammenarbeit scheint bei Patienten und Angehörigen aufgrund der häufigeren und engeren Kontakte zum Be-

handlungsteam recht beliebt zu sein [2]. Ferner erleichtert das Wissen, nicht notwendigerweise in eine Klinik eingewiesen zu werden, dem Erkrankten, seine Krankheitssymptome früher zu äußern [2]. Durch eine HT-Behandlung scheint häufig nicht nur eine Verbesserung der Behandlungszufriedenheit und Kooperationsbereitschaft des Patienten zu gelingen, sie scheint vielmehr auch einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität zu haben. Perkins und Burns zufolge sei es besonders wichtig, die Patienten in ihrem realen Lebenskontext zu erleben, da oftmals die Kompetenzen und Fertigkeiten im klinischen Setting überschätzt, aber auch unterschätzt würden [3]. Die praktische Hilfe z. B. bei finanziellen Angelegenheiten, Arbeitssuche, Beschäftigung und Wohnen ist eine weitere zentrale Komponente des HT, da besonders Menschen mit kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen Unterstützung bei der Entwicklung und dem Erhalt ihrer sozialen Rolle benötigen.

Indikationsstellung

HT umfasst primär die meisten akuten psychischen Erkrankungen, unabhängig von Diagnose, Schwere oder Verlauf. Unterschiedliche Studien zeigen jedoch, dass HT scheinbar nicht für alle gleichermaßen geeignet ist und es eine Vielfalt von Faktoren gibt, die die Aufnahme ins HT beeinflussen können [2, 4, 5]. Die Übernahme des Ein-

Heruntergeladen von: Universität Leipzig. Urheberrechtlich geschützt.



Home Treatment erwies sich über verschiedene psychiatrische Diagnosen hinweg als machbar und hinsichtlich der Wirksamkeit vergleichbar mit einer traditionell-stationären Versorgung

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1248591>
 Psychiat Prax
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dr. med. Karel Frasch
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am BKH Günzburg
 Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
 89312 Günzburg
 karel.frasch@bkh-guenzburg.de

(Primär) aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung

(Assertive Community Treatment = ACT)

- **multidisziplinäres ambulantes Behandlungsteam (z.B. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegepersonal, Ergotherapeuten)**
- **gemeinsame Verantwortung des Teams**
- **hohe Betreuungsintensität auch zu Hause**
- **7 Tage 24 Stunden Verfügbarkeit**
- **Zuständigkeit für medizinische *und* soziale Versorgung**
- **Kontakt zum Patienten auch während stationäre Episoden**
- **Einbeziehung des sozialen Netzes**



Assertive
Community
Treatment

of Persons with
Severe Mental
Illness

Evidenz – viele Studien.....

Evidenz:	A) Systematische Reviews und Metaanalysen	B) aktuelle randomisierte kontrollierte Studien
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="382 529 852 611">-Marshall & Lockwood 1998: <i>Einschluss von 26 Studien</i><li data-bbox="382 618 900 739">-Metaanalyse der NICE Leitlinie "Schizophrenie" 2009: <i>Einschluss von 22 Studien</i><li data-bbox="382 746 813 828">-Ziguras & Stuart 2000: <i>Einschluss von 35 Studien</i><li data-bbox="382 835 794 916">-Zygmunt 2002 : <i>Einschluss von 7 Studien</i><li data-bbox="382 923 794 1005">-Nelson 2007: <i>Einschluss von 8 Studien</i><li data-bbox="382 1012 803 1093">-Coldwell & Bender 2007: <i>Einschluss von 6 Studien</i><li data-bbox="382 1100 813 1182">-Drake 2008: <i>Einschluss von 22 Studien</i><li data-bbox="382 1189 794 1270">-Cleary 2008: <i>Einschluss von 5 Studien</i>	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="1120 529 1363 561">-Harrison 2002<li data-bbox="1120 572 1348 604">-Killapsy 2006<li data-bbox="1120 615 1335 646">-Macias 2006<li data-bbox="1120 658 1437 689">-Schonebaum 2006<li data-bbox="1120 701 1296 732">-Gold 2006<li data-bbox="1120 743 1344 775">-Sytema 2007

	Effekte von ACT gegenüber		
	herkömmlicher Versorgung (k=17 Studien)	Krankenhaus-basierter Rehabilitation (k=3 Studien)	Case Management (k=6 Studien)
Krankheitsassoziierte Merkmale			
↓ der Sterbefälle	~	~	~
↓ der Symptomschwere	~	~	~
Behandlungsassoziierte Merkmale			
↓ stationäre Behandlungen	++	++	k.A.
↓ stationäre Behandlungszeiten	++	++	k.A.
↓ Behandlungsabbrüche	++	~	k.A.
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion			
↑ sozialer Funktionen	~	~	~
↑ Beschäftigungssituation	++	++	~
↓ von Obdachlosigkeit	++	++	++
↓ Straffälliges Verhalten/Inhaftierung	~	++	~
Zufriedenheit & Lebensqualität			
↑ der Behandlungszufriedenheit	++	~	++
↑ der Lebensqualität	~	~	~
Kosteneffektivität			
↑ Kosteneffektivität	k.A.	k.A.	k.A.

Effekte von aufsuchender gemeinde-psychiatrischer Behandlung auf verschiedene Zielparameter (Marshall 1998)

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe
 ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen
 -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 k.A.: keine Angaben zu diesem Outcome-Kriterium bzw. Evidenz nicht ausreichend
 ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

Evidenz:

A) Systematische Reviews und Metaanalysen

-Marshall & Lockwood 1998:

Einschluss von 26 Studien

-Metaanalyse der NICE Leitlinie

“Schizophrenie” 2009:

Einschluss von 22 Studien

-Ziguras & Stuart 2000:

Einschluss von 35 Studien

-Zygmunt 2002 :

Einschluss von 7 Studien

-Nelson 2007:

Einschluss von 8 Studien

-Coldwell & Bender 2007:

Einschluss von 6 Studien

-Drake 2008:

Einschluss von 22 Studien

-Cleary 2008:

Einschluss von 5 Studien

B) aktuelle randomisierte kontrollierte Studien

-Harrison 2002

-Killapsy 2006

-Macias 2006

-Schonebaum 2006

-Gold 2006

-Sytema 2007

EFFEKTE AUS JÜNGEREN EINZELSTUDIEN

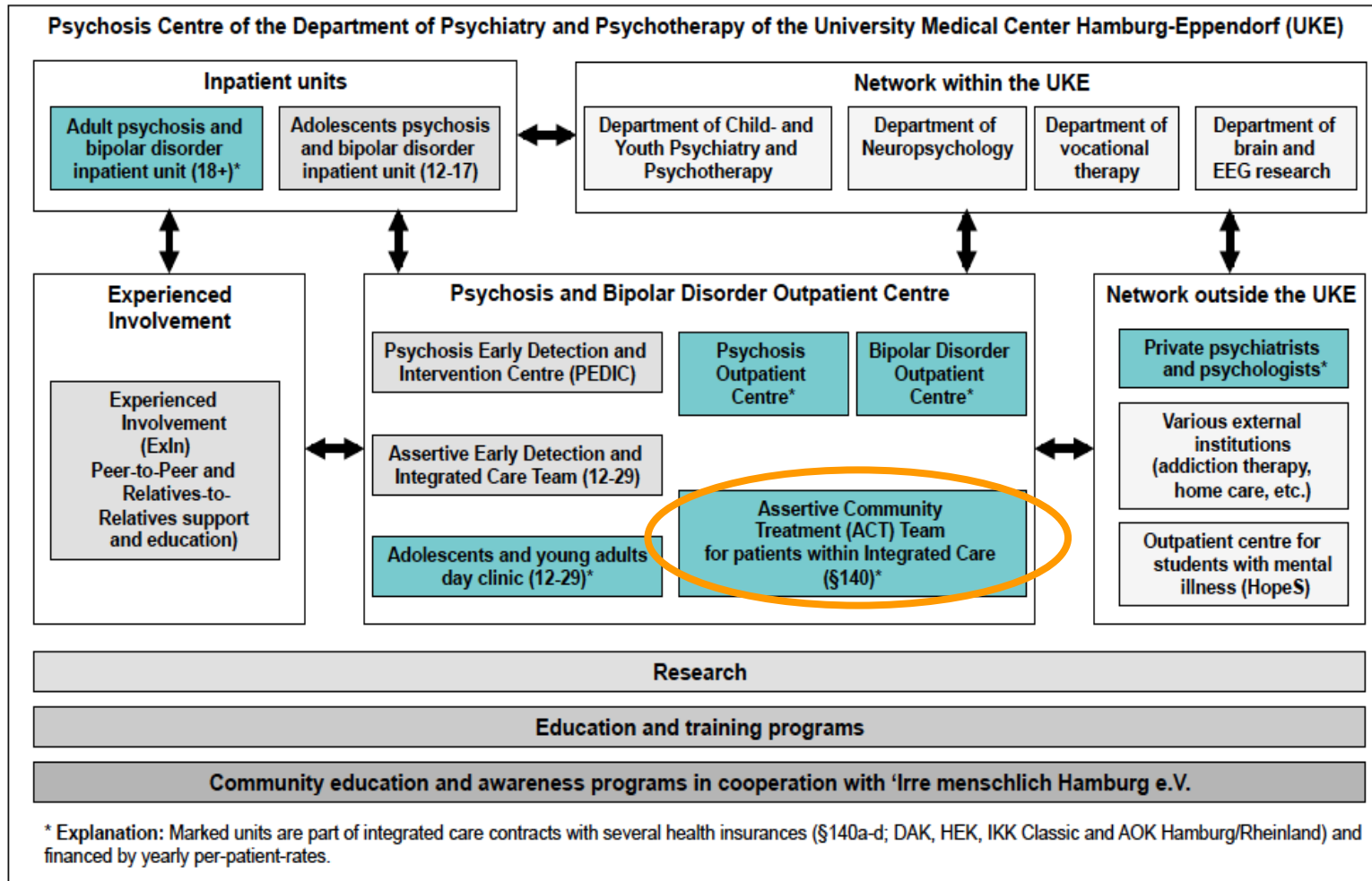
Zielgrößen	Harrison-Read et al., 2002	Killapsy et al., 2006	Macias et al., 2006	Schonebaum et al., 2006	Gold et al., 2006	Sytema et al., 2007
Kontakterhalt zwischen Patienten & Helfern	k.A.	++	++	k.A.	k.A.	++
↓ von stationären Behandlungszeiten	~	~	k.A.	k.A.	k.A.	~
↓ der Symptomschwere	~	~	k.A.	k.A.	~	~
↓ von Obdachlosigkeit	k.A.	~	k.A.	k.A.	k.A.	~
↑ der Lebensqualität	~	~	k.A.	k.A.	~	~
↑ der Behandlungszufriedenheit	k.A.	+	+	+	+	+
↑ sozialer Funktionen	~	~	~	~	~	~
Straffälliges Verhalten/Inhaftierung	k.A.	~	~	~	~	.A.
Substanzmissbrauch	k.A.	~	~	~	~	~
Kosteneffektivität	~	~	~	~	~	.A.
Arbeitsbezogene Verbesserungen	k.A.	~	~	~	~	.A.

neuere Studien zeigen weniger deutliche Vorteile des ACT im Vergleich zur Standardbehandlung

Warum? - Burns et al. 2007, Harvey et al. 2011

- weil Kontrollbedingung TAU „zu gut“
- weil Manualtreue bzw. Umsetzung „zu schlecht“
- weil Effekte bezogen auf die Reduktion von stationären Behandlungszeiten dann am höchsten waren, wenn die Betroffenen stationäre Angebote im Vorfeld in hoher Intensität nutzten

Beispiel: Psychosen-Zentrum am UKE



Objective: The ACCESS trial examined the 12-month effectiveness of continuous therapeutic assertive community treatment (ACT) as part of integrated care compared to standard care in a catchment area comparison design in patients with schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release.

Method: Two catchment areas in Hamburg, Germany, with similar population size and health care structures were assigned to offer 12-month ACT as part of integrated care ($n = 64$) or standard care ($n = 56$) to 120 patients with first- or multiple-episode schizophrenia spectrum disorders (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders criteria); multiple-episode patients were restricted to those with a history of relapse due to medication nonadherence. The primary outcome was time to service disengagement. Secondary outcomes comprised medication nonadherence, improvements of symptoms, functioning, quality of life, satisfaction with care from patients' and relatives' perspectives, and service use data. The study was conducted from April 2005 to December 2008.

Results: 17 of 120 patients (14.2%) disengaged with service, 4 patients (6.3%) in the ACT and 13 patients (23.2%) in the standard care group. The mean Kaplan-Meier estimated time in service was 50.7 weeks in the ACT group (95% CI, 49.1–52.0) and 44.1 weeks in the standard care group (95% CI, 40.1–48.1). This difference was statistically significant ($P = .0035$). Mixed models repeated measures indicated larger improvements for ACT compared to standard care regarding symptoms ($P < .01$), illness severity ($P < .001$), global functioning ($P < .05$), quality of life ($P < .05$), and client satisfaction as perceived by patients and family (both $P < .05$). Logistic regression analyses revealed that ACT was associated with a higher likelihood of being employed/occupied ($P = .001$), of living independently ($P = .007$), and of being adherent with medication ($P < .001$) and a lower likelihood of persistent substance misuse ($P = .027$).

Conclusions: Compared to standard care, intensive therapeutic ACT as part of integrated care could improve 1-year outcome. Future studies need to address in which settings these improvements can be sustained.

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)

Martin Lambert, MD; Thomas Bock, PhD; Daniel Schöttle, MD; Dietmar Golks, PhD; Klara Meister, PhD; Liz Rietschel, PhD; Alexandra Bussopulos, MD; Marietta Frieling; Michael Schödlbauer, PhD; Marc Burlon, MD; Christian G. Huber, MD; Gunda Ohm, MD; Manoshi Pakrasi, MD; Michael Sadre Chirazi-Stark, MD; Dieter Naber, MD; and Benno G. Schimmelmann, MD

J Clin Psychiatry 2010;71(10):1313-1323

10.4088/JCP.09m05113yel

Copyright 2010 Physicians Postgraduate Press, Inc.

Empfehlungen 1-3

Gemeindepsychiatrische teambasierte multiprofessionelle ambulante Behandlung **in definierten Regionen** soll zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung etabliert werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung **wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend** behandeln.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

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

Empfehlungen 4-6

Ein **aufsuchender Ansatz** soll v.a. dann zur Verfügung stehen, wenn **Behandlungsabbrüche** drohen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Insbesondere soll die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung für die Versorgung von **wohnungslosen Menschen** mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

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

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Zusammenfassung Evidenz & Forschungsdesiderate

- RCTs und systematische Reviews → sehr hochwertige internationale Evidenz zu multiprofessionellen teambasierten gemeindepsychiatrischen Ansätzen (Evidenzebene 1a)
- Nachweis positiver Effekte auf zentrale Ergebnisparameter
- Konzepte im deutschen Versorgungskontext bislang nicht in der in den internationalen Studien evaluierten Form implementiert
- Übertragbarkeit der Evidenz auf deutschen Versorgungskontext noch fraglich
- Notwendigkeit der Durchführung kontrollierter Studien zu den in Deutschland umgesetzten Formen multiprofessioneller gemeindepsychiatrisch-teambasierter Behandlung

ZUR UMSETZUNG DER AUFSUCHENDEN BEHANDLUNG IM HÄUSLICHEN UMFELD IN DEUTSCHLAND

Die Verbreitung **mobiler Behandlungsangebote** für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland steckt in den Anfängen. Bekannt sind einige lokale Angebote, die sich mehr oder weniger an der beschriebenen Versorgungsform orientieren und durch die sog. **Integrierte Versorgung** begünstigt werden.



OPTIMIERUNG DER VERSORGUNG

Integrierte Versorgung

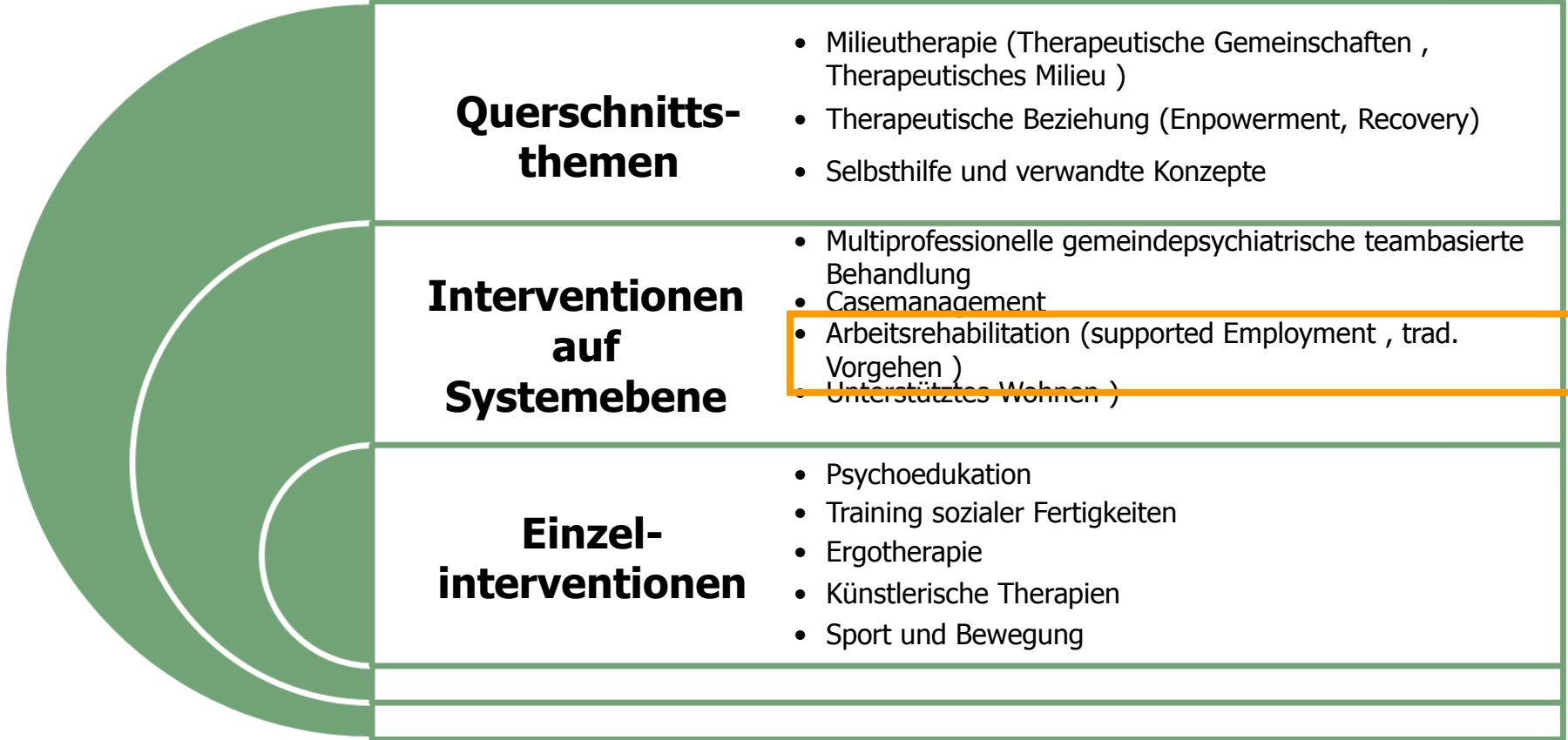
Bei der Integrierten Versorgung werden Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert und in sektorenübergreifend beziehungsweise fachübergreifend vernetzten Strukturen versorgt. Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken und andere zur Versorgung der Versicherten berechnete Leistungserbringer können kooperieren und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch. Hierzu schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern entsprechende Verträge.

➔ <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html>



➔ <http://integrierte-versorgung.psychenet.de/> hält neben wertvollen Informationen zu Projekten der Integrierten Versorgung für psychische Erkrankungen eine Landkarte mit relevanten Angeboten bereit

Psychosoziale Interventionen



**Beispiel:
Arbeitsrehabilitation
bei schweren psychischen Störungen –
ist sie wirksam?**

Hintergrund:

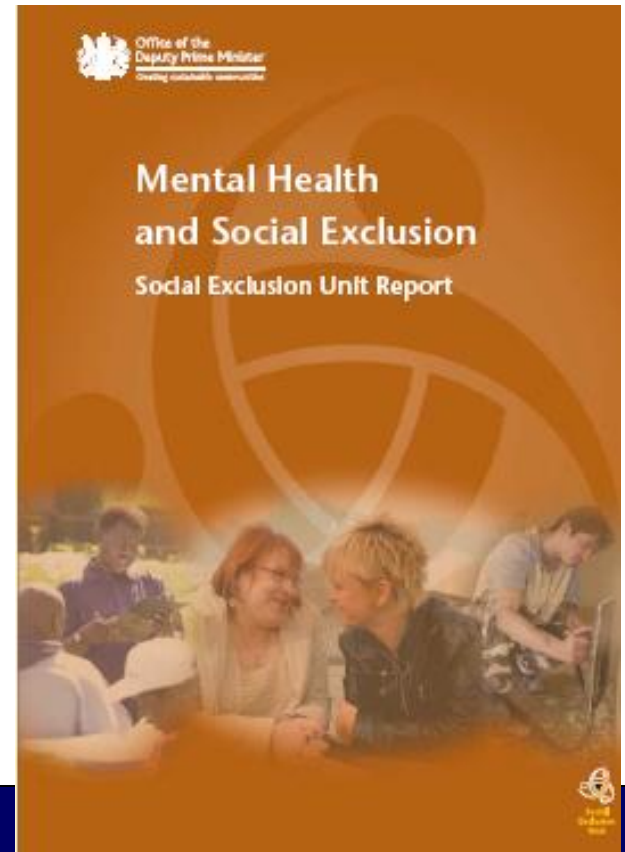
**Soziale Exklusion psychisch Kranker,
Bedeutung von Arbeit und
Beschäftigung**

Psychische Erkrankung und soziale Exklusion

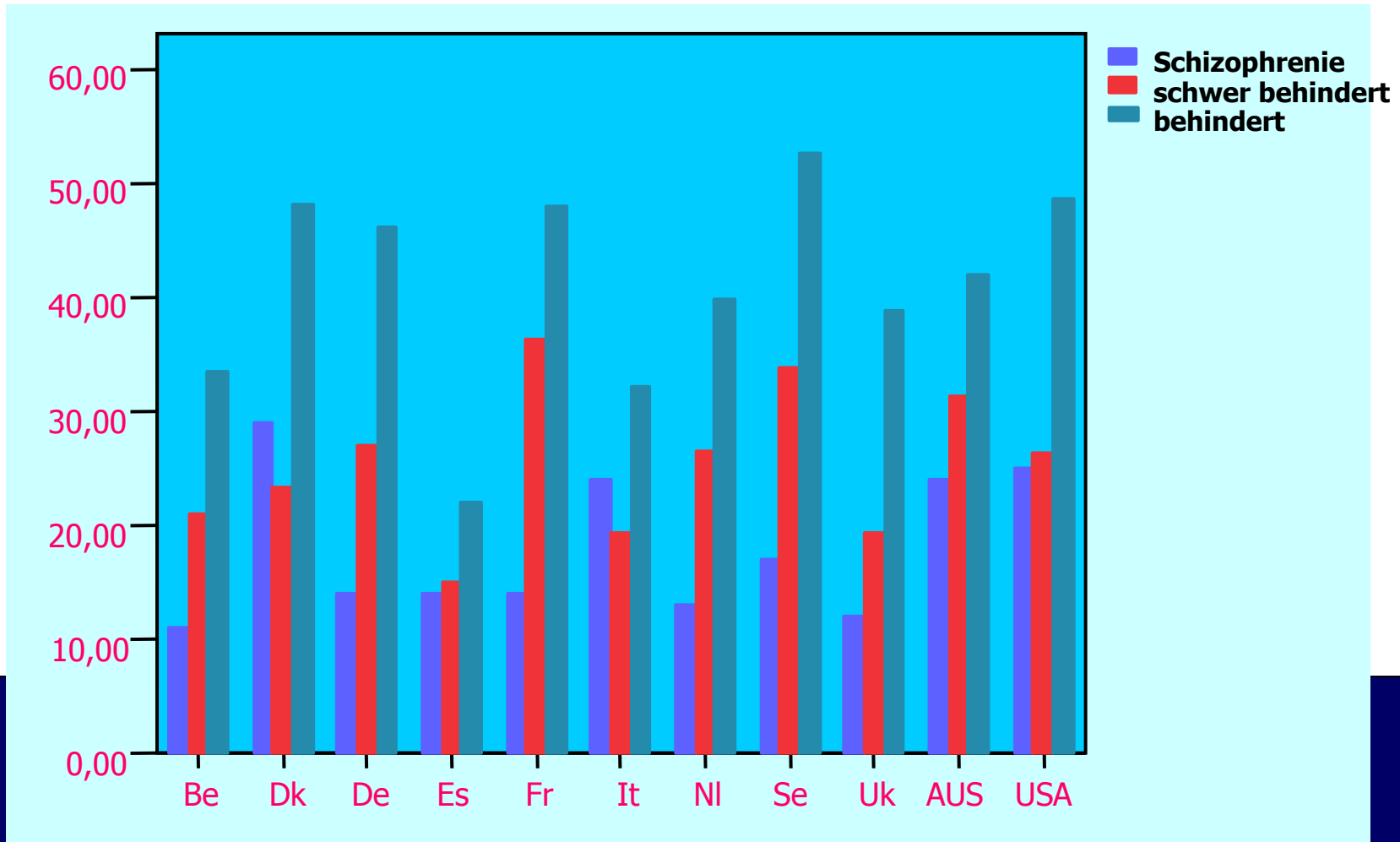
Benachteiligung psychisch Kranker in vielen gesellschaftlichen Bereichen, bes. im Bereich Arbeit:

„Adults with mental health problems are one of the most excluded groups in society (employed 24%, job loss risk x2, substantial debt x3, divorce x3, persons in care: 40% contact only to those in care)

Although many want to work, fewer than a quarter actually do – the lowest employment rate for any of the main groups of disabled people.“



Beschäftigungsraten von Schizophreniepatienten im Ländervergleich



Marwaha & Johnson 2003; Eurostat

Arbeitssituation chronisch psychisch kranker Menschen in Deutschland

- 16,5% Langzeitarbeitslose
- 12% Sozialhilfeempfänger
- 13,9% Frührentner
- 43% aus dem Erwerbsleben ausgeschieden

Hoffmann 2004

→ Die Zahlen signalisieren Handlungsbedarf, da Arbeit wichtige Funktionen hat, die weit über die reine ökonomische Absicherung hinausgehen:

„Work is a critical element in the recovery of people with mental illness. It offers more than a paycheck; it boosts self-esteem and provides a sense of purpose and accomplishment“ (Rogers 1995)

Klassische Studie zu den Effekten von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit

Maria Jahoda, Paul Lazarsfeld, Hans Zeisel: Die Arbeitslosen von Marienthal (1933)

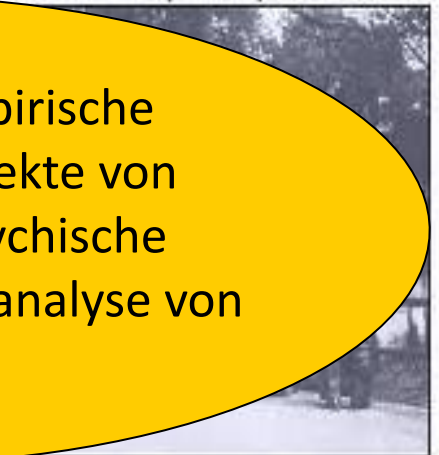
- Untersuchung der psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit
- Berücksichtigung von Zeitverwendung, sozialen Beziehungen, Identitätsgefühl
- Identifikation von 4 Reaktions-Typen:

- die Ungebrochenen
- die Resignierten
- die Verzweifelten
- die Apathischen

zahlreiche weitere empirische Belege für negative Effekte von Arbeitslosigkeit auf psychische Gesundheit (z.B. Metaanalyse von Paul & Moser 2009)



Die Arbeitslosen von Marienthal (1933)



Arbeitsrehabilitation

- Strategien: „*first train then place*“ vs. „*first place then train*“
 - Berufsvorbereitendes Training und/oder übergangsweise Beschäftigung unter beschützten Bedingungen vor Rückkehr in ersten Arbeitsmarkt
 - „*Pre-vocational Training*“ (PVT)
 - traditioneller Ansatz, in D stark verbreitet, Beispiel RPK
- rasche Platzierung auf Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes; dort Unterstützung durch spezialisierte Dienste (Job-Coach); zeitlich nicht limitiert
- „*Supported Employment*“ (SE)
 - neuerer Ansatz, in 1980er Jahren in den USA entstanden

Situation der Arbeitsrehabilitation in Deutschland

- Maßnahmen in Deutschland mehrheitlich in Tradition von „first train then place“
- zunehmend Mischformen mit Elementen von SE (z.B. virtuelle Arbeitsplätze von WfbM: Klient verbleibt im Werkstatt-Status, arbeitet aber unterstützt auf ausgelagertem Arbeitsplatz des 1. Arbeitsmarktes)
- seit ca. 15 Jahren in Deutschland regional unterschiedliche Umsetzungen unterstützter Beschäftigung ähnlich SE, aber nicht flächendeckend
- Anfang 2009 wurden mit § 38a des SGB IX zur „Unterstützten Beschäftigung“ Leistungen für behinderte Menschen nach einem SE ähnlichen Prinzip rechtlich normiert

Exkurs: Einrichtungen und Dienste der Arbeitsrehabilitation in Deutschland

Arbeitstherapie

- arbeitstherapeutische Maßnahmen stehen oftmals am Beginn der rehabilitativen Versorgung (Start- und Verteilerfunktion)
- Angebot richtet sich an psychisch erkrankte Menschen, die noch gering belastbar sind
- zumeist liegt Fokus auf Förderung von Grundarbeitsfertigkeiten (z.B. Konzentrationsfähigkeit, Durchhaltevermögen)
- vor allem in stationärer psychiatrischer Behandlung seit Jahrzehnten fester Bestandteil
- zunehmend auch im ambulanten Bereich etabliert

Exkurs: Einrichtungen und Dienste der Arbeitsrehabilitation in Deutschland

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

- Stellen im Spektrum der Einrichtungen die niedrigsten Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitanden
- gegliedert in *Berufsbildungsbereich*, der den Teilnehmern eine angemessene berufliche Bildung ermöglichen soll, sowie *Arbeitsbereich*, der im Anschluss an die Berufsbildung eine unbefristete Beschäftigung zu einem leistungsgemäßen Entgelt sichert
- zum Angebot gehören oft auch betreute, ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- Anzahl der Einrichtungen in Deutschland: >600

Verlaufsstudie von Reker et al 1998: Starke Tendenz des Verbleibes in WfbM. Nur 4% gelingt Übergang auf Allgemeinen Arbeitsmarkt.

Exkurs: Einrichtungen und Dienste der Arbeitsrehabilitation in Deutschland

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)

- Möglichst gemeindenahe Einrichtungen
- Umfassende Hilfen und Förderung in den Bereichen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation
- Leistungen der beruflichen Rehabilitation: berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsfindung, Arbeitserprobung), Arbeitstraining
- Ziel: weitgehende berufliche und soziale Integration
- Anzahl der Einrichtungen in Deutschland: 49

BAG RPK – Katamnese 2005 – Erfolgsquote: 17% (Allg. Arbeitsmarkt)

Exkurs: Einrichtungen und Dienste der Arbeitsrehabilitation in Deutschland

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

- BTZ nur an wenigen Orten vorhanden
- Speziell für psychisch behinderte Menschen konzipiert, die bereits über eine Ausbildung bzw. Berufserfahrung verfügen
- Leistungen: Information und Beratung, Orientierung, Qualifizierung, Wiedereingliederung, Hilfen beim Start
- Ziel: Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive und Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt durch Trainingsmaßnahmen
- Zugang zu Maßnahmen setzt **hohes Maß an Stabilität und Belastbarkeit** voraus
- Anzahl der Einrichtungen in Deutschland: 14

BTZ Gütersloh – Statistik 2004 – Erfolgsquote: 43% (Allg. Arbeitsmarkt)

Exkurs: Einrichtungen und Dienste der Arbeitsrehabilitation in Deutschland

Berufsförderungswerke (BFW)

- Außerbetriebliche und überregional aufnehmende Einrichtungen zur Aus- und Weiterbildung von erwachsenen behinderten Menschen mit Berufserfahrung
- Öffnung für Menschen mit psychischer Behinderung seit Mitte 80er-Jahre
- Jedes Berufsförderungswerk bietet ausgewählte Palette an Berufsfeldern an -> im Einzelfall ist es möglich, dass ein best. Berufswunsch nur in einem weit entfernten BFW realisierbar ist -> Wohnmöglichkeiten gegeben
- Zugang zu Maßnahmen setzt **hohes Maß an Stabilität und Belastbarkeit** voraus
- **Anzahl der Einrichtungen in Deutschland: 24**

Exkurs: Einrichtungen und Dienste der Arbeitsrehabilitation in Deutschland

Berufsbildungswerke (BBW)

- Außerbetriebliche und überregional aufnehmende Einrichtungen, die der erstmaligen Ausbildung jugendlicher Behinderter dienen
- Öffnung für psychisch behinderte Jugendliche seit Mitte 80er-Jahre
- Leistungen: berufsvorbereitende Maßnahmen, Berufsausbildung
- Wohnortnähe in der Regel nicht gegeben
- Zugang zu Maßnahmen setzt **hohes Maß an Stabilität und Belastbarkeit** voraus
- **Anzahl der Einrichtungen in Deutschland, die (auch) psychisch Kranke aufnehmen: 25**

Exkurs: Einrichtungen und Dienste der Arbeitsrehabilitation in Deutschland

Integrationsämter:

- Früher: Hauptfürsorgestellen
- Förderung der Teilhabe *schwerbehinderter* Menschen am Arbeitsleben
- Leistungen: Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs- und Bildungsmaßnahmen; begleitende Hilfen im Arbeitsleben

Integrationsfachdienste:

- Dienste Dritter -> im Auftrag der Arbeitsämter, Integrationsämter oder Rehabilitationsträger tätig
- Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben
- Leistungen: Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes, Vermittlung und begleitende Hilfen
- Inzwischen flächendeckendes Netz: in jedem Arbeitsamtbezirk (BA) ein Integrationsfachdienst

Exkurs: Einrichtungen und Dienste der Arbeitsrehabilitation in Deutschland

Integrationsprojekte:

- Rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen (Integrationsunternehmen) oder unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe (Integrationsbetriebe)
- Bieten Arbeitsplätze des Allgemeinen Arbeitsmarktes für schwerbehinderte Menschen
- Gestaltung von Arbeitszeit, Arbeitsklima und Arbeitsorganisation an die Bedürfnisse der Nutzer angepasst
- Teilweise Möglichkeit zur Belastungserprobung, berufliche Rehabilitations- und Qualifizierungsmaßnahmen, Ausbildung

FAF 2002: 356 Integrationsprojekte in D, durchschnittlich beschäftigt: sozialversichert (mBeh) 13,2; sozialversichert (oBeh) 12,3; <15 Std. (mBeh) 2,3; <15 Std. (oBeh) 3,7; Spektrum: industrielle Fertigung, Dienstleistungen, Handel, Handwerk, Hotel, Gaststättengewerbe, Multimedia- und IT-Firmen

ÜBERSICHT: IDENTIFIZIERTE EVIDENZ

Systematische Reviews und Metaanalysen

- Crowther 2001: Einschluss von 18 Studien
- Twamley 2003: Einschluss von 11 Studien
- Bond 2008: Einschluss von 11 Studien
- Campbell 2009: Einschluss von 4 Studien
- Metaanalyse der NICE-Leitlinie Schizophrenie 2009: Einschluss von 20 Studien

Einzelstudien

Randomisierte kontrollierte Studien

- Cook und Leff 2005
- McGurk 2007
- Howard 2010
- Burns 2009
- Schonebaum 2006

Kontrollierte Studien zu beschütztem Arbeiten und Berufsausbildung (ab 1990)

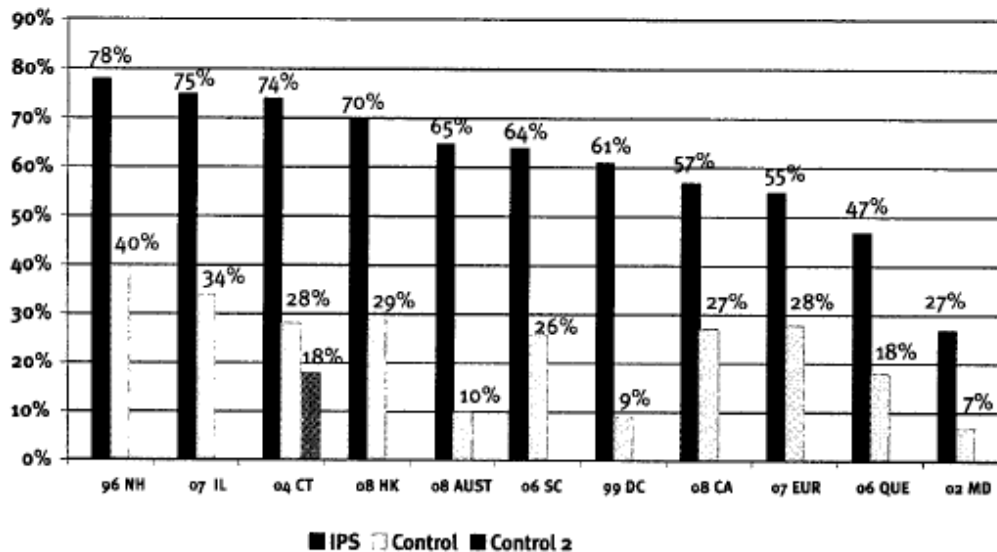
- Bond und Resnick 2001
- Rüesch 2004
- Holzner 1998
- Watzke 2009

Randomisierte kontrollierte Studie zu Arbeitstherapie (ab 1990)

- Längle 2006

Bsp. Review von Bond 2008: Einschluss von 11 RCTs aus USA, Kanada, Australien, China und Europa

FIGURE 1—COMPETITIVE EMPLOYMENT RATES IN 11 RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS OF INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT



→ Durchschnittliche Beschäftigungsrate auf dem 1. Arbeitsmarkt für SE-Teilnehmer in allen Studien höher als für Kontrollgruppenteilnehmer

Bsp. Review von Bond 2008: Einschluss von 11 RCTs aus USA, Kanada, Australien, China und Europa

TABLE 2—PERCENTAGE OF PARTICIPANTS EMPLOYED IN A COMPETITIVE JOB 20 HOURS OR MORE A WEEK IN 4 IPS STUDIES (BASED ON TOTAL SAMPLES)

Study	IPS	Controls
96 NH	34 (46.6%)	15 (22.4%)
99 DC	34 (45.9%)	4 (5.3%)
07 IL	43 (46.7%)	22 (23.1%)
04 CT	23 (33.8%)	12 (8.8%)
Total	134 (43.6%)	53 (14.2%)

→ Prozentsatz der SE-Studienteilnehmer mit mind. 20 Wochenstunden in kompetitiver Beschäftigung gegenüber Vergleichsgruppe signifikant höher

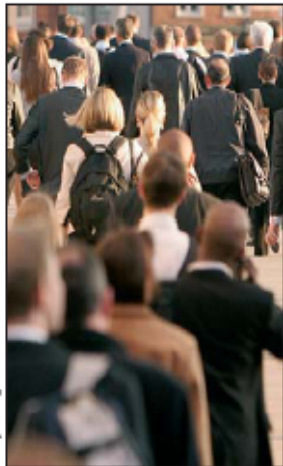
Supported Employment: Evidenz aus Europa:

EQOLISE-Studie

The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial

Tom Burns, Jocelyn Catty, Thomas Becker, Robert E Drake, Angelo Fioritti, Martin Knapp, Christoph Lauber, Wulf Rössler, Toma Tomov, Jooske van Busschbach, Sarah White, Durk Wiersma, for the EQOLISE Group*

Supported employment for people with severe mental illness



Getty Images

See [Articles](#) page 1146

All countries can do more to improve the employment of people with severe mental illness, and facilitating access to the competitive labour market offers one way to achieve this goal. In today's *Lancet*,¹ Tom Burns and colleagues report a randomised trial in six European countries of supported employment (an evidence-based job-placement programme) versus the typical and dominant alternative vocational rehabilitation service available locally for people with severe mental illness. The investigators looked at competitive employment and clinical outcomes. Supported employment programmes

cultural, health, welfare, and labour-market contexts.

In the USA, most researchers and policymakers describe competitive employment in terms of jobs open to anyone, located in typical business environments, and staffed by workers recruited on the basis of qualifications, not disabilities.⁵ In Burns and colleagues' study, most jobs obtained by study participants were in unskilled or support positions (eg, warehouse or catering work). The primary study outcome was the number of participants who worked for at least 1 day over the 18-month intervention period: for those who might not have worked in decades,

Supported Employment: Evidenz aus Europa

EQOLISE-Studie:

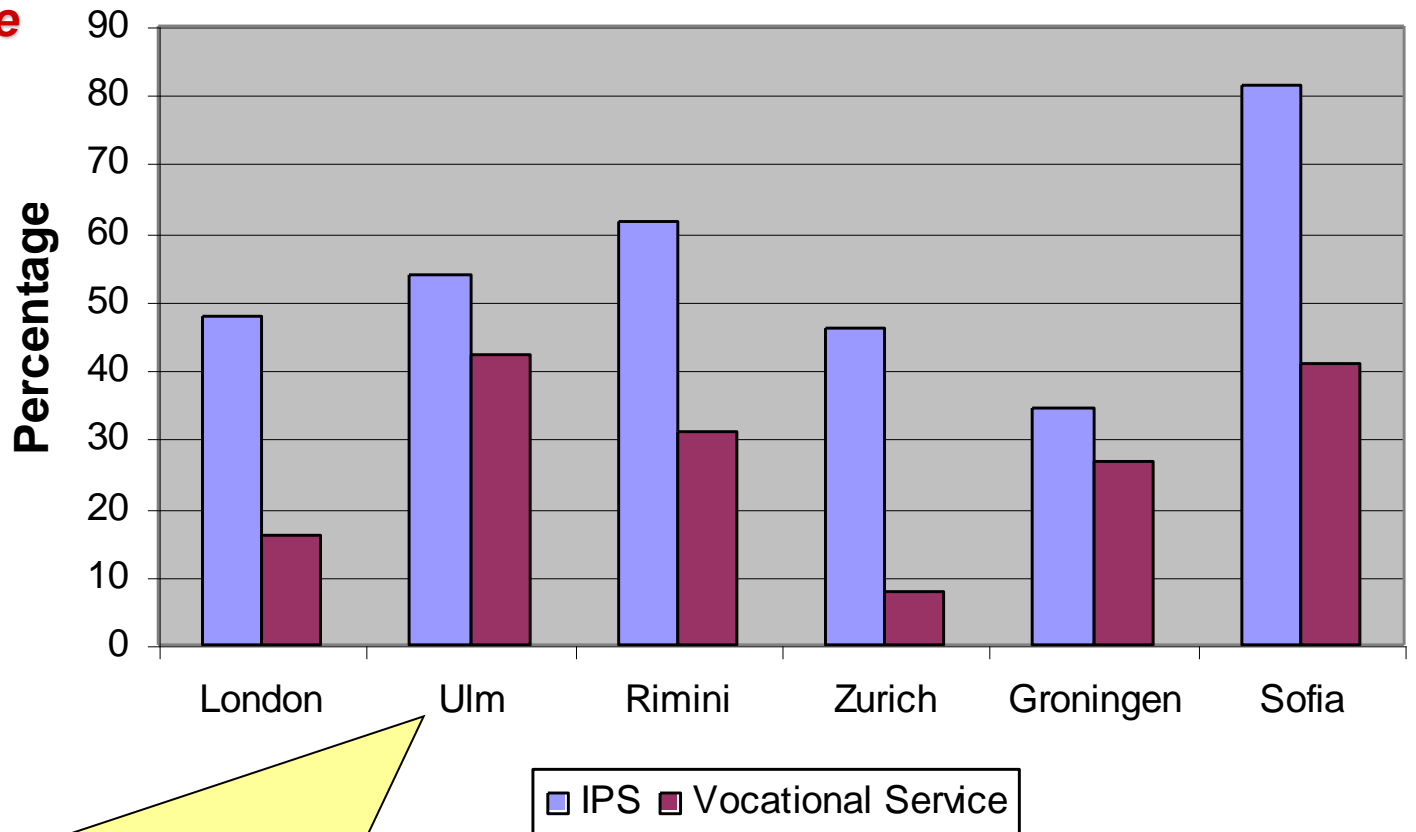
Enhancing the Quality Of Life and Independence of persons disabled by severe mental illness through Supported Employment

Design und Methode:

- RCT in sechs europäische Zentren: UK: London (Koordinierendes Zentrum), Deutschland: Ulm, Italien: Rimini, Schweiz: Zürich, Niederlande: Groningen, Bulgarien: Sofia
- 'place and train' (IPS) vs. 'train and place'
- Patienten mit Psychose mit Arbeitslosigkeit ≥ 1 Jahr
- N=300, 50 pro Zentrum
- Erhebungszeitpunkte Baseline, 6, 12 and 18 Monate
- Primäres Outcome-Kriterium: Beschäftigung auf 1. Arbeitsmarkt für mind. 1 Tag

Supported Employment: Evidenz aus Europa

EQOLISE-Studie



In Gesamtstichprobe EQOLISE zwar signifikante Überlegenheit von SE Teilnehmern bzgl. Integrationsraten auf 1. Arbeitsmarkt, keine Signifikanz jedoch in deutscher und niederländischer Substichprobe

Supported Employment: Evidenz aus Europa

EQOLISE-Studie

Difference between IPS and Vocational Services – vocational and hospitalisation outcomes					
Outcome	IPS	Vocational	Difference	95% CI	p-value
Worked for one day at least	85 (54.5%)	43 (27.6%)	26.9%	(16.4%, 37.4%)	<0.001
Number of hours worked ^a	428.8 (706.8%)	119.1% (311.9%)	308.7%	(189.22%, 434.17%)	
Number of days employed ^a	130.3 (174.1%)	30.5 (80.1%)	99.8%	(70.71%, 129.27%)	
Job tenure (days) ^a	213.6 (159.4%)	108.4 (112.0%)	104.9%	(56.03%, 155.04)	
Drop-out from service	20 (12.8%)	70 (44.9%)	-32.1%	(-41.5%, - 22.7%)	<0.001
Hospitalized	28 (20.1%)	42 (31.3%)	-11.2%	(-21.5%, - 0.90%)	0.034
Percentage of time spent in hospital	4.6 (13.6%)	8.9 (20.1%)	-4.3%	(-8.40%, - 0.59%)	

Gesamtevidenz für Supported Employment

	Reviews					RCTs		
	Crowther 2001 (Cochrane Rev.)	NICE LL Schiz. 2009	Twamley 2003	Bond 2008	Campbell 2009	Cook 2005	Burns 2009	Howard 2010
- Beschäftigungsraten auf 1. Arbeitsmarkt	++	++	++	++	++	++		+
↑ Wochen/Jahr in Arbeit				++	++			
↑ Ø monatl. Arbeitszeit	++	++		++		++		~
↑ Ø monatl. Verdienst	++					++		~
↓ Zeitdauer bis zum 1. Job				+				
↑ Dauer d. Arb.verhältnisse				~	++			~
↑ Arbeitszufriedenheit								~
↓ KH-Einweisungen			~				+	
↑ Selbstwertgefühl								~
↑ Lebensqualität								~
↑ Bedarfserfüllung								~
↑ allg. Funktionsniveau								
↓ psychiatr. Symptome								
↓ Kosten der Intervention								
↓ medizin. Gesamtkosten	widersprüchl.	+						

• in internationalen Studien bzgl. arbeitsbezogener Parameter starke Überlegenheit von Supported Employment gegenüber „traditionellen“ *first train then place*- Ansätzen
 • aber in **Deutschland** noch kein Effektivitätsnachweis von SE auf der Ebene kontrollierter Studien

Neue Evidenz für Supported Employment: Das Berner Job-Coach-Model

Acta Psychiatrica Scandinavica

Acta Psychiatr Scand 2012; 125: 157–167
All rights reserved
DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01780.x

Sons A/S
ACTRICA
ANAVICA

A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment

Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Kupper Z. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment.

Acta Psychiatr Scand 2012; 125: 157–167

H. Hoffmann¹, D. Jäckel¹, S. Glauser¹, Z. Kupper²

¹Public Mental, Health Research Unit, University Hospital of Psychiatry, Bern, Switzerland and

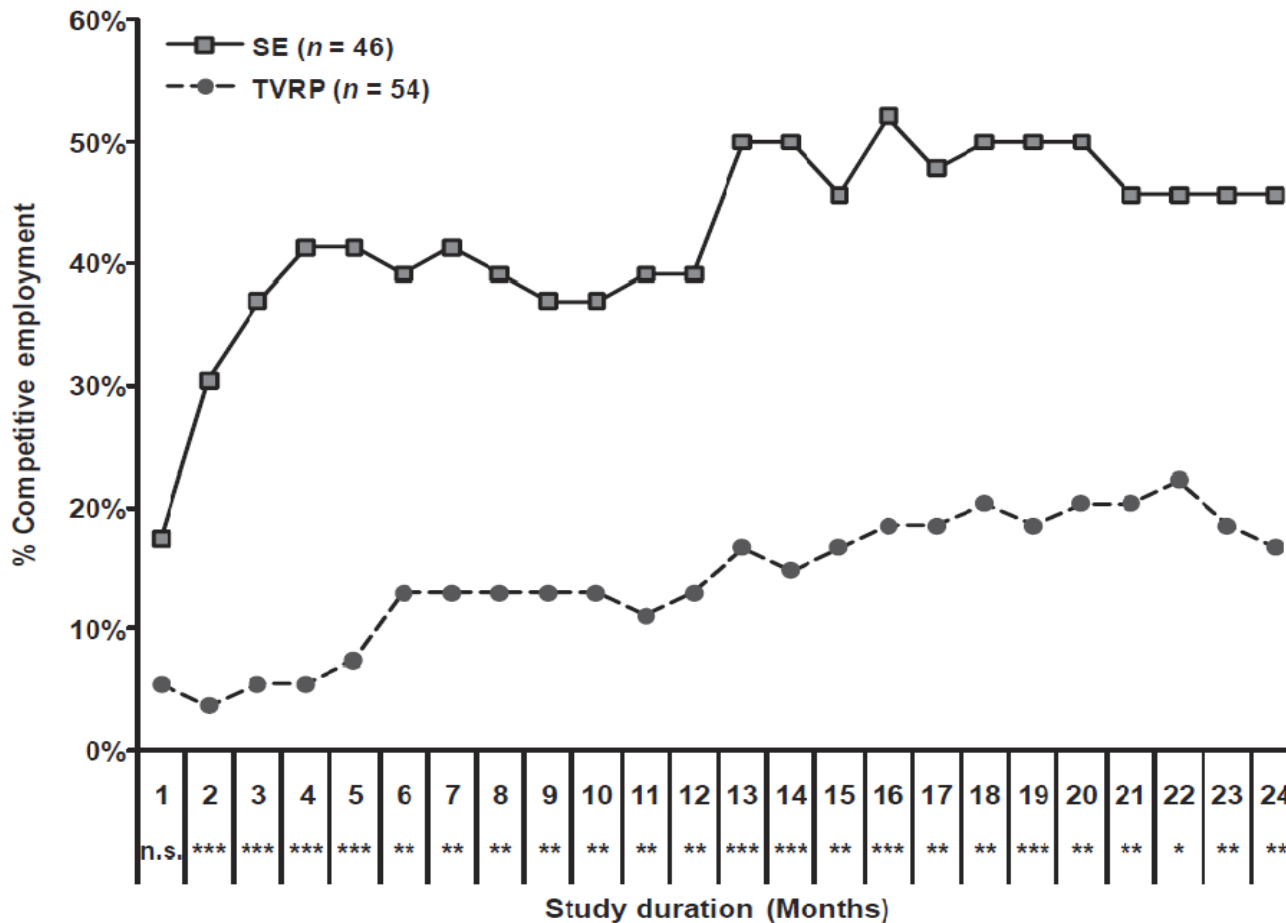
²Department of Psychotherapy, University Hospital of Psychiatry, Bern, Switzerland

Objective: As randomised controlled trials indicated the superiority of supported employment (SE), we still have too little evidence that SE is more effective than traditional vocational rehabilitation programmes (TVR) in Western European countries with highly developed social security and welfare systems, sophisticated rehabilitation programmes and high thresholds to the open labour market. The aim of this study is to prove the efficacy of SE in Switzerland.

„Wenn eine LL erscheint, ist sie veraltet“

Neue Evidenz für Supported Employment: Das Berner Job-Coach-Model

Beschäftigungsraten pro Monat, SE vs. TVRP (trad. vocational rehabilitation program)



- Ab dem zweiten Monat des follow-up-Zeitraums sign. höhere Beschäftigungsraten in SE-Gruppe
- Beschäftigungsraten im 2. Jahr: 48,2% (SE) vs. 18,5 % (TVR)

*p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001

Evidenz für Pre-vocational Training

PVT zeigt durchaus Wirksamkeitsnachweise, wenn **Standardbehandlung** die Kontrollintervention ist:

- ++ ↑ **Beschäftigungsraten** in irgendeiner Form von Beschäftigung (1 Review, 1 kontrollierte Studie)
- ++ ↑ **durchschnittlicher monatlicher Verdienst** (1 Review)
- ++ ↑ **Funktionsniveau** (1 kontrollierte Studie)
- ++ ↑ **psychisches Wohlbefinden** (2 kontrollierte Studien)
- ++ ↑ **Zufriedenheit mit Finanzen und Freizeit** (1 kontrollierte Studie)

Wirksamkeit von PVT lässt sich steigern, wenn die Intervention

- bezahlt wird (1 RCT)
- mit einer psychologischen Intervention kombiniert wird (1 RCT)
- rasch in übergangsweise Beschäftigung überleitet (1 RCT)

Empfehlungen zu Arbeitsrehabilitation (1)

Zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die eine **Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt anstreben**, sollten Programme mit einer **raschen Platzierung direkt auf einen Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes und unterstützendem Training (Supported Employment)** genutzt und ausgebaut werden.

Empfehlungsgrad: B; Evidenzebene: Ia

Zur Förderung der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben sollten **auch Angebote** vorgehalten werden, die **nach dem Prinzip „erst trainieren, dann platzieren“** vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch Kranker unverzichtbar, für die eine Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt (noch) kein realistisches Ziel darstellt. **Finanzielle Anreize** erhöhen die Wirksamkeit entsprechender Angebote. Die **Kombination** der Angebote mit Interventionen, die auf Motivationssteigerung abzielen, oder ein **rasches Überleiten** der Programmteilnehmer in bezahlte übergangsweise Beschäftigung erhöht ebenfalls die Wirksamkeit.

Empfehlungsgrad: B; Evidenzebene: Ib

Empfehlungen zu Arbeitsrehabilitation (2)

Die berufliche Rehabilitation sollte noch **stärker darauf ausgerichtet werden**, den **Arbeitsplatzverlust zu vermeiden**. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezugs entsprechender Dienste bzw. Hilfen.

Empfehlungsgrad: KKP

Das **Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung** ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von enormer Wichtigkeit. Daher sollten **reguläre betriebliche und sonstige Ausbildungsangebote** wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: KKP

**Beispiel:
Künstlerische Therapien
bei schweren psychischen Störungen –
sind sie wirksam?**

Klinische Fragestellung

Welche Evidenz gibt es für die Wirksamkeit von künstlerischen Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen?

- **Kunsttherapie**
- **Musiktherapie**
- **Dramatherapie**
- **Tanztherapie**



Therapieform	Literatur	Inkludierte RCTs	N (Stichprobe)	Diagnosen (ICD 10)	Setting
Musiktherapie	Gold 2005*	Yang 1998	72	F2	stationär
		Maratos 2004	81	F2	stationär
		Tang 1994	76	F2	stationär
		Ulrich 2005/2007	37	F1/F2/F3	stationär
	Maratos 2008*	Radulovic 1997**	60	F3	stationär
Kunsttherapie	Ruddy & Milnes 2005*	Green 1987	47	F2/F3/F4	ambulant
		Richardson 2007	90	F2	ambulant
Dramatherapie	Ruddy & Dent-Brown 2007*	Nitsun 1974	24	F2	stationär
		Gutride 1973	87	F2/F3/F6	stationär
		Whetstone 1986	15	Chronische psychische Störungen	stationär
		Qu 2000	60	F2	stationär
		Zhou 2002	24	F2	stationär
Tanztherapie	Xia & Grant 2009*	Röhricht 2006	45	F2	ambulant

* Cochrane-Reviews, ** 1 Studie selektiert

Therapieform	Literatur	Inkludierte RCTs	N (Stichprobe)	Diagnosen (ICD 10)	Setting
Musiktherapie	Gold 2005*	Yang 1998	72	F2	stationär
		Maratos 2004	81	F2	stationär
		Tang 1994	76	F2	stationär
		Ulrich 2005/2007	37	F1/F2/F3	stationär
		Radulovic 1997	60	F3	stationär
Kunsttherapie	Ruddy & Milnes 2005*	Green 1987	47	F2/F3/F4	ambulant
		Richardson 2007	90	F2	ambulant
Dramatherapie	Ruddy & Dent-Brown 2007*	Nitsun 1974	24	F2	stationär
		Gutride 1973	87	F2/F3/F6	stationär
		Whetstone 1986	15	Chronische psychische Störungen	stationär
		Qu 2000	60	F2	stationär
		Zhou 2002	24	F2	stationär
Tanztherapie	Xia & Grant 2009*	Röhricht 2006	45	F2	ambulant

**Metaanalyse
der NICE-
Leitlinie:**

* Cochrane-Reviews

Therapie form	Literatur	Inkludierte RCTs	Stichprobe N	Setting
Musik-therapie	Gold 2005	Yang 1998	72	stationär
		Maratos 2004	81	stationär
		Tang 1994	76	stationär
		Ulrich 2005/2007	37	stationär
		Radulovic 1997	60	stationär
	NICE 2009	Talwar 2006	81	stationär
Kunst-therapie	Ruddy & Milnes 2005	Green 1987	47	<i>ambulant</i>
		Richardson 2007	90	<i>ambulant</i>
Drama-therapie	Ruddy & Dent-Brown 2007	Nitsun 1974	24	stationär
		Gutride 1973	87	stationär
		Whetstone 1986	15	stationär
		Qu 2000	60	stationär
		Zhou 2002	24	stationär
Tanz-therapie	Xia & Grant 2009	Röhricht 2006	45	<i>ambulant</i>

**Metaanalyse
der NICE-
Leitlinie:**



Evidenz

	Künstlerische Therapien	Musiktherapie	Kunsttherapie	Dramatherapie	Tanztherapie
	Metaanalyse NICE-LL 2009 k=6	Gold 2005 k=4	Ruddy & Milnes 2005 k=2	Ruddy & Dent-Brown 2007 k=5	Xia & Grant 2009 k=1
Krankheitsassoziierte Merkmale					
↓ Symptomschwere (allgemein)	~	~ ¹ /++ ¹	k.A.	k.A.	
•Negativsymptomatik	++	++	++ ¹		++
•Positivsymptomatik	~		k.A.		~
↑ Allgemeinbefinden	k.A.	++ ¹	k.A.	k.A.	k.A.
Behandlungsassoziierte Merkmale					
↓ Behandlungsabbrüche	~	~	~	~ ¹	~
↑ Behandlungszufriedenheit	~ ¹	~ ¹	k.A.	k.A.	~
Soziale Funktionen und Lebensqualität					
↑ soziale Funktionen	~ ¹	++ ¹	~ ¹	k.A.	k.A.
↑ Lebensqualität	~ ¹	~ ¹	~ ¹	k.A.	~
↑ Selbstbewusstsein	k.A.	k.A.	k.A.	++ ¹	k.A.
↓ Minderwertigkeitsgefühle	k.A.	k.A.	k.A.	++ ¹	k.A.

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

+: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

-: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

k.A.: keine Angaben zu diesem Outcome-Kriterium

↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

1: Ergebnisse beziehen sich auf Einzeldaten

Evidenz

	Künstlerische Therapien	Musiktherapie	Kunsttherapie	Dramatherapie	Tanztherapie
	Metaanalyse NICE-LL 2009 k=6	Gold 2005 k=4	Ruddy & Milnes 2005 k=2	Ruddy & Dent-Brown 2007 k=5	Xia & Grant 2009 k=1
Krankheitsassoziierte Merkmale					
↓ Symptomschwere (allgemein)	~	~ ¹ /++ ¹	k.A.	k.A.	
•Negativsymptomatik	++	++	++ ¹		++
•Positivsymptomatik	~		k.A.		~
↑ Allgemeinbefinden	k.A.	1	k.A.	k.A.	k.A.
Behandlungsassoziierte Merkmale					
↓ Behandlungsabbrüche	~	~	~	~ ¹	~
↑ Behandlungszufriedenheit				k.A.	~
Soziale Funktionen und					
↑ soziale Funktionen				k.A.	k.A.
↑ Lebensqualität				k.A.	~
↑ Selbstbewusstsein				++ ¹	k.A.
↓ Minderwertigkeitsgefühle				++ ¹	k.A.

Am Ende der Behandlung (k=5) sowie nach 6 Monaten (k=2) sign. Reduktion der Negativsymptomatik in EG gegenüber herkömmlicher Behandlung allein

Am Ende der Behandlung signifikanter Vorteil für Musiktherapie gegenüber herkömmlicher Behandlung allein (k=3)

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 +: tendenzielle Überlegenheit in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 ~: Ergebnisse vergleichbar in Experimentalgruppe und Kontrollgruppe
 -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 k.A.: keine Angaben zu diesem Merkmal
 ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung
 1: Ergebnisse beziehen sich auf Einzeldaten

gruppe gegenüber Kontrollgruppe

Zusammenfassung der Evidenz

Übereinstimmende Evidenz

- Reduktion der Negativsymptomatik (Ib)

Bisher vereinzelte Evidenz

- Verbesserung von Allgemeinbefinden und sozialen Funktionen (Ib)
- Stärkung von Selbstbewusstsein und Reduktion von Minderwertigkeitsgefühlen (Ib)

Bisher keine Evidenz


- Reduktion der Positivsymptomatik
- Erhöhung von LQ und Behandlungszufriedenheit

Empfehlung



**Künstlerische Therapien sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen insbesondere zur Verbesserung von Negativsymptomen angeboten werden.
Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ib**

Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.

Therapieform	Literatur	Inkludierte RCTs	N (Stichprobe)	Diagnosen (ICD 10)	Setting
Musiktherapie	Gold 2005* 	Yang 1998	72	F2	stationär
		Maratos 2004***	81	F2	stationär
		Tang 1994	76	F2	stationär
		Ulrich 2005/2007	37	F1/F2/F3	stationär
	NEUE Übersicht: Mössler 2011*	Ceccato 2009	67	F2	Stationär & ambulant
		He 2005	60	F2	stationär
		Li 2007	60	F2	stationär
		Talwar 2006	81	F2	stationär
		Wen 2005	30	F2	stationär

Signifikante positive Effekte auf:

- Verbesserung des Allgemeinbefindens**
- Reduktion von Negativsymptomen, depressiven Symptomen, Angst**
- Verbesserung sozialer Funktionen**

bei ausreichend langer Behandlungsdauer (mind. 20 Stunden)

* Cochrane-Reviews, ** Ergebnis aus einer Studie, *** s. Talwar 2006

NEUE EVIDENZ

	Patienten	Behandlung	Ergebnisse
Kunsttherapie MATISSE Crawford 2012	N=417 Schizophrenie Ambulantes Setting	12 Monate 1. 1x wöchentliche Kunsttherapie (Gruppe) + SC 2. 1x wöchentliche Gruppe „soziale Aktivitäten“ + SC 3. SC allein	2-Jahres-follow- up: keine signifikanten Vorteile durch Kunsttherapie: <ul style="list-style-type: none">▪ soziales Funktionsniveau▪ positive und negative Symptome▪ Kosten- effektivität



SC standard care

Musiktherapie

- Breitere Evidenzbasis
- Stärkung der Befunde hinsichtlich positiver Effekte v.a. Negativ- und depressive Symptomatik

Kunsttherapie

- Keine positiven Effekte in MATISSE-Studie
- Befundlage dadurch verschlechtert

andere Ansätze Künstlerischer Therapien

- weitere RCTs erforderlich

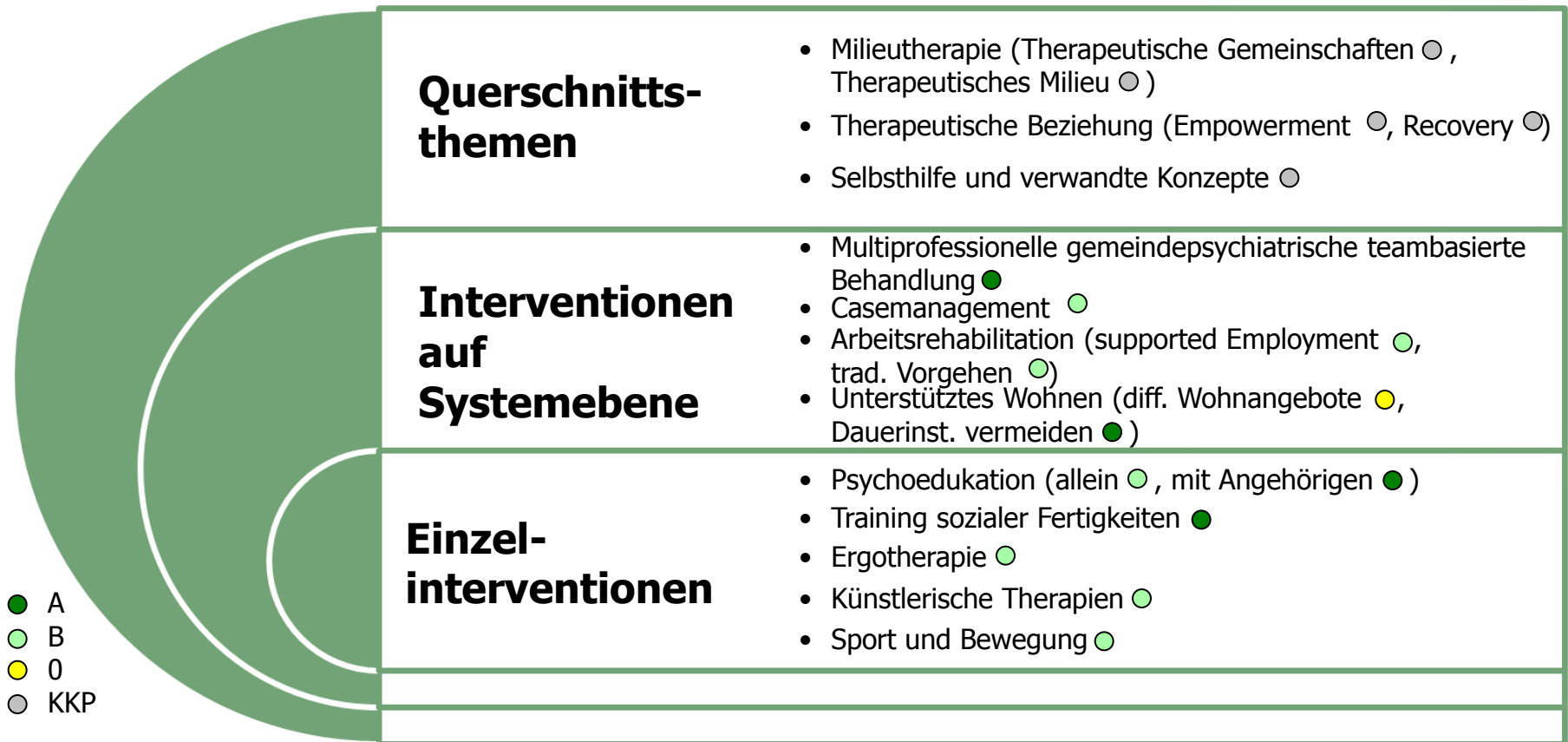
Trend: in Aktualisierung der S3 Leitlinie Ansätze separat betrachten

ÜBERSICHT: EVIDENZLEVEL UND EMPFEHLUNGSTÄRKEN ZU EINZELINTERVENTIONEN

	<p>Training sozialer Fertigkeiten</p>		<p>Ergotherapie</p>	
<p>Psycho- edukation</p>		<p>Künstlerische Therapien</p>		<p>Sport- und Bewegungs- therapie</p>
<p>Reiche Evidenz (Ia) Empfehlungsstärke A für PE mit Angehörigen</p>	<p>Reiche Evidenz (Ia) Empfehlungsstärke A</p>	<p>Mäßige Evidenz (Ib) Empfehlungsstärke B</p>	<p>Mäßige Evidenz (Ib) Empfehlungsstärke B</p>	<p>Maßige bis schwache Evidenz (Ib-III) Empfehlungsstärke B-0</p>

Im Bereich der Einzelinterventionen liegt hier noch großer Forschungsbedarf vor

Überblick über alle Empfehlungen



A=„Soll“-Empfehlung (Metaanalysen, hochwertige RCTs)

B=„Sollte“-Empfehlung (kontrollierte Studien ohne Randomisierung, quasi-exp. Studien)

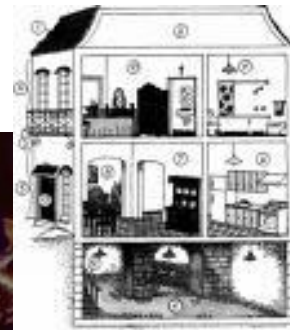
C=„Kann“-Empfehlung (unzureichende Evidenz, Expertenmeinungen, Klin. Erfahrungen)

KKP=Klinischer Konsensuspunkt (Empfehlung auf der Basis von Konsens)

Zusammenfassung Evidenz

- **Gute Evidenzgrundlagen zu einer Reihe von psychosozialen Therapien**
- **Psychosoziale Therapien wichtiger Baustein einer modernen psychiatrischen Versorgung – S3-Leitlinie**

Schwer psychisch Kranke brauchen mehr als Medikamente (und Psychotherapie)!





Implementierung: Der lange Weg in die Praxis?





Entscheidend für den Erfolg einer Leitlinie ist die Evidenz-Basis, die praktische Handhabbarkeit und die Implementierung.

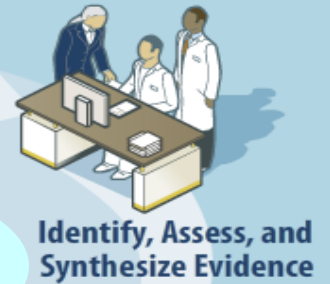
Wie entstehen Leitlinien?

Entscheidungen:
Wahl der Therapie
Evidenz?

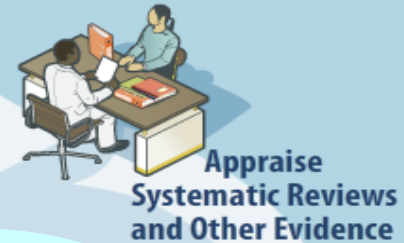
Define Clinical
Problem



Systematische
Literatur-
übersichten



Produce Systematic
Review Report



Leitlinien
Entwickelt
(Empfehlungen)

Assemble Guideline
Development
Group

Produce Clinical
Practice Guideline

Incorporate Expert Opinion
and Patient Preferences
and Characteristics

Die Qualität der
Versorgung
verbessern

Use Guidance to
Make Better
Informed Decisions



Der (lange) Weg vom Wissen in die Praxis I

Historisches Beispiel

**Vasco da Gama segelte ums Kap der guten Hoffnung 1497
100 von 160 Seeleuten starben an Skorbut**

Der erste "trial":

**1601, Kapitän James Lancaster segelte England nach Indien mit 4
Schiffen**

- 1 Schiff, 3 Teelöffel Zitronensaft pro Tag
Kein einziger war auf der halben Strecke gestorben**
- 3 Schiffe , kein Zitronensaft-Supplement
40% starben auf halber Strecke**

Der (lange) Weg vom Wissen in die Praxis I

Historisches Beispiel

Was passierte bei der British Navy?

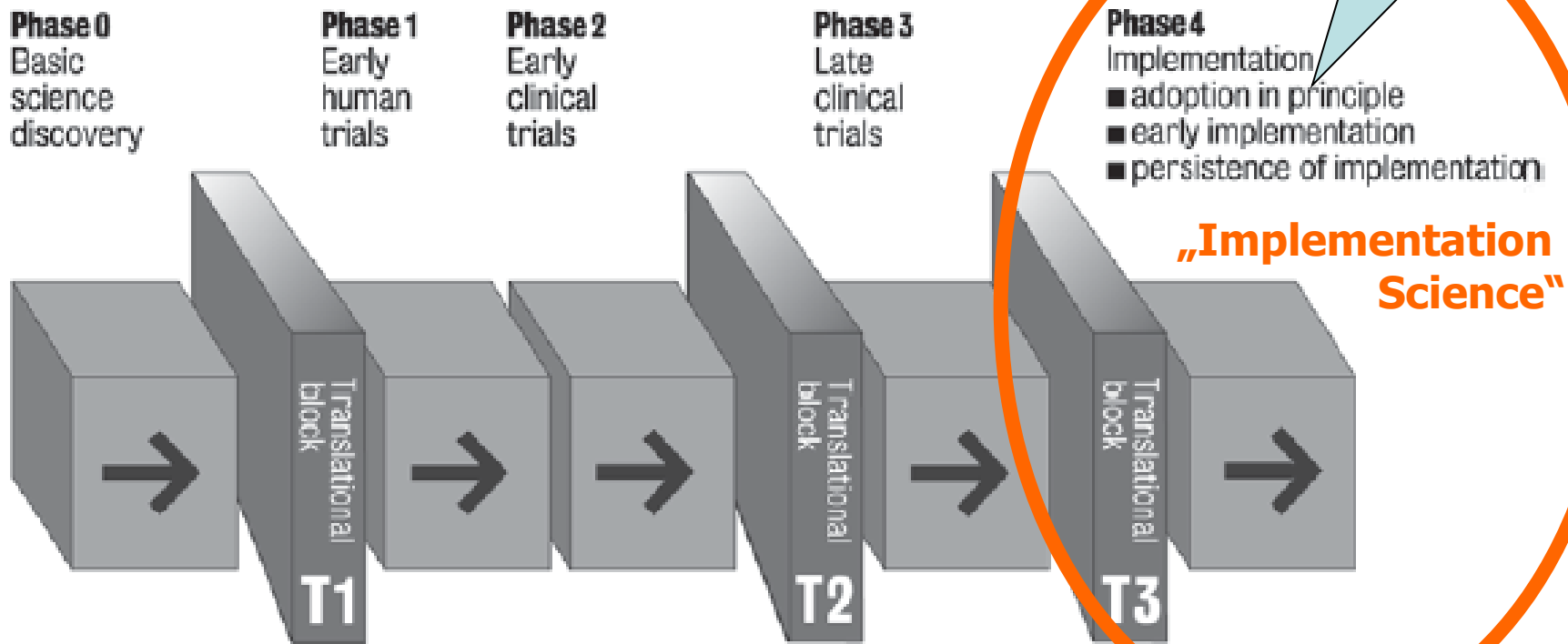
Nichts.

Trial wurde 146 Jahre später wiederholt (James Lind, 1747)

**British Navy veränderte weitere 48 Jahre nichts.
d.h. Keinen praktischen Impact auf die Segelflotte
der British Navy für weitere 264 Jahre.**

Der Weg vom Wissen in die Praxis Translationale Medizin

„Veränderung....
- es soll etwas
anders gemacht
werden“



Der Effekt der Implementierung psychiatrischer Leitlinien auf die Versorger (Psychiater, Allgemeinärzte) und die Versorgungsergebnisse

Acta Psychiatr Scand 2007; 115: 426-433
All rights reserved
DOI: 10.1111/j.1600-0447.2007.01016.x

Copyright © 2007 The Authors
Journal Compilation © 2007 Blackwell Munksgaard
ACTA PSYCHIATRICA
SCANDINAVICA

Review

Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review

Weinmann S, Koesters M, Becker T. Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review.

S. Weinmann, M. Koesters,
T. Becker

Department of Psychiatry II, University of Ulm, BKH
Guentzburg, Germany

Objective: To identify evidence from comparative studies on the effect of psychiatric guideline implementation on provider performance and patient outcome. Effects of different implementation strategies were reviewed.

Method: Articles published between 1966 and March 2006 were searched through electronic databases and hand search. A systematic review of comparative studies of structured implementation of specific psychiatric guidelines was performed. Rates of guideline adherence, provider performance data, illness detection and diagnostic accuracy rates were extracted in addition to patient relevant outcome data.

Results: Eighteen studies (nine randomized-controlled trials, six non-randomized-controlled studies and three quasiexperimental before-and-after studies) were identified. Effects on provider performance, patient outcome were moderate and temporary in most cases. Studies with positive outcomes used complex multifaceted interventions or specific psychological methods to implement guidelines.

Conclusion: There is insufficient high-quality evidence to draw firm conclusions on the effects of implementation of specific psychiatric guidelines.

Summations

- Despite an increasing number of psychiatric guidelines, implementation studies of such guidelines. Some of these studies show modest and temporary effects of guideline implementation on the process of care and patient outcome.

Wenig Evidenz zu Implementierung, nur 18 publizierte Studien!!

- 9 RCT,
- 6 nicht-randomisierte kontrollierte Studien
- 3 Prä-Post-Studien



Welche Methoden kamen zur Leitlinienimplementierung zum Einsatz?

Klassifikation:

- 1. Laufende Qualitätsverbesserung**
- 2. Akademische Vermittlung**
- 3. Verbreitung von Schulungsmaterial**
- 4. Marketingtechniken**
- 5. Audit und Feedback**
- 6. Interventionen, die die Patienten mit einbeziehen**
- 7. Erinnerungshilfen**

Ergebnisse – Leitlinien in der Psychiatrie: Implementierung

- **Verteilung von Leitlinien (Dissimination) bewirkt wenig**
- **Erfolgreiche Projekte nutzen komplexe Interventionen auf mehreren Ebenen oder spezifische psychologische Methoden, um Anwendungsbarrieren zu beheben**

Weinmann et al. 2007

Beispiel aus Deutschland: Implementierung S3-Schizophrenie-Leitlinie

Implementation of a Schizophrenia Practice Guideline: Clinical Results

Stefan Weinmann, M.D., Dr.P.H.; Susanne Hoerger; Monika Erath;
Reinhold Kilian, Dr.P.H.; Wolfgang Gaebel, M.D.; and Thomas Becker, M.D.

Received Nov. 4, 2007; accepted Apr. 15, 2008. From the Department of Psychiatry and Psychotherapy II, University of Ulm, Ulm (Drs. Weinmann, Kilian, and Becker and Mss. Hoerger and Erath) and

- Quality-circle-based intensive guideline implementation program, 4 inpatient wards, 151 patients with schizophrenia or schizoaffective disorder (ICD-10) before (N=77) and after (N=74) guideline implementation
- After guideline implementation, rate of antipsychotic monotherapy at discharge increased from 39.5% to 67.6% (p=.021), incidence of EPS decreased from 26.3% to 7.0% (p=.038)

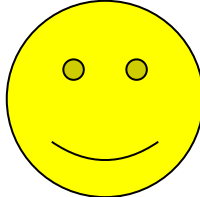
tients with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder (according to ICD-10 criteria) were assessed in 4 psychiatric wards before (N = 77) and after (N = 74) guideline implementation. Treatment process and patient outcome were assessed at admission and discharge using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and predefined process measures. A propensity score model adjusted for baseline

Corresponding author and reprints: Stefan Weinmann, M.D., Department of Psychiatry and Psychotherapy II, University of Ulm, Ludwig-Heilmeyer-Str 2, D-89312 Guezburg, Germany (e-mail: Stefan.Weinmann@gmx.de).

In the last 2 decades, guideline development and evaluation methods have been significantly improved, resulting in a considerable number of evidence-



Was weiß man aus anderen Bereichen zum Erreichen von Veränderung (Leitlinienkonformität)

effektiv	ab und zu effektiv	selten effektiv
Besuch von Peers vor Ort	Prüfung und Rückmeldung	Schriftliche Verbreitung von LL
Erinnerungshilfen (manuell / elektronisch)	Einbindung lokaler Meinungsführer	Passive Fortbildung (z.B. Vorträge)
Interaktive Fortbildung im Qualitätszirkel	Lokale Konsensusprozesse	
Kombinierte Strategie	← Patientenbeteiligung	

Gross et al. Med Care 39:85-92 (2001); Bero et al. BMJ 314:465-68 (1998)
 Grol, Grimshaw Lancet 362:1225-30 (2003)

Der Weg vom Wissen in die Praxis

Translationale Medizin

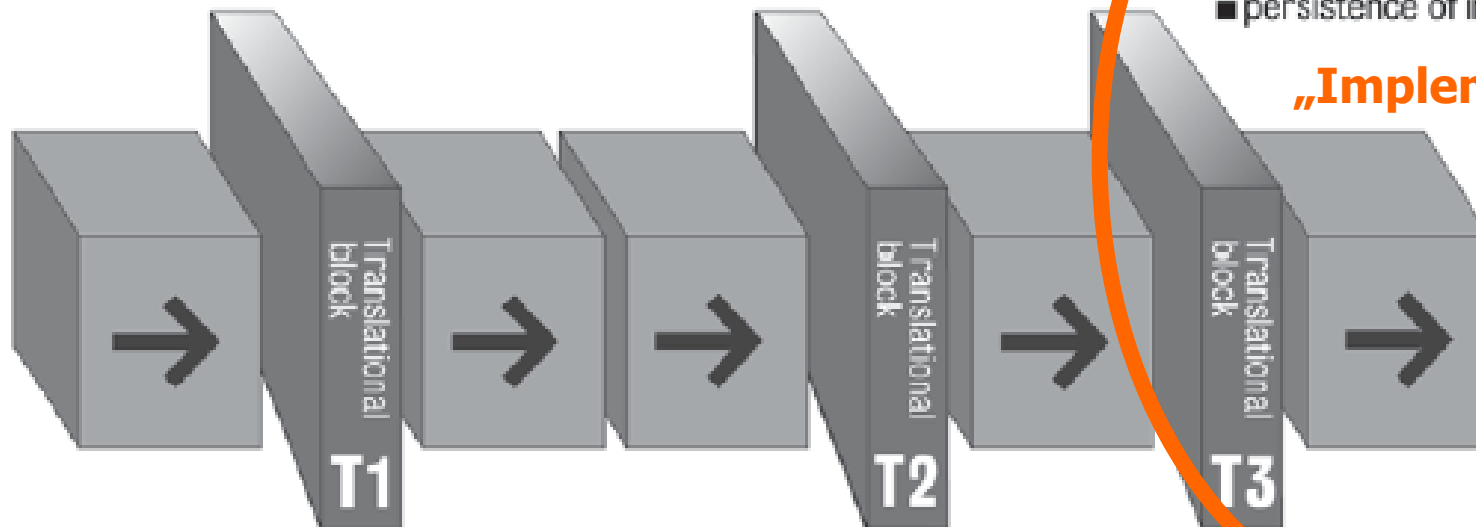
Phase 0
Basic
science
discovery

Phase 1
Early
human
trials

Phase 2
Early
clinical
trials

Phase 3
Late
clinical
trials

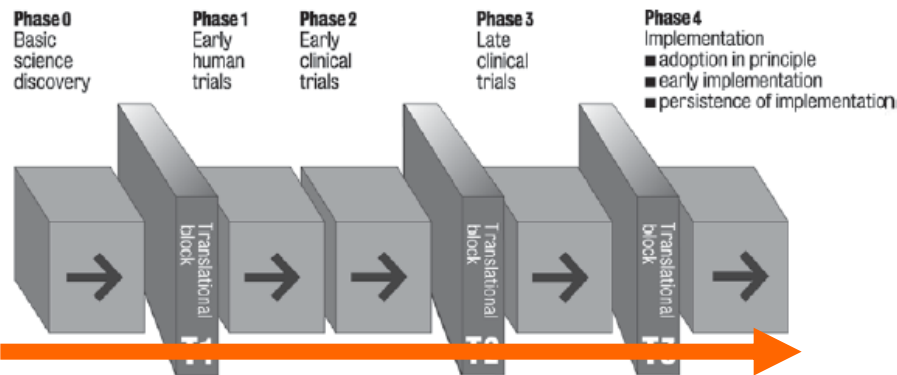
Phase 4
Implementation
■ adoption in principle
■ early implementation
■ persistence of implementation



**„Implementation
Science“**

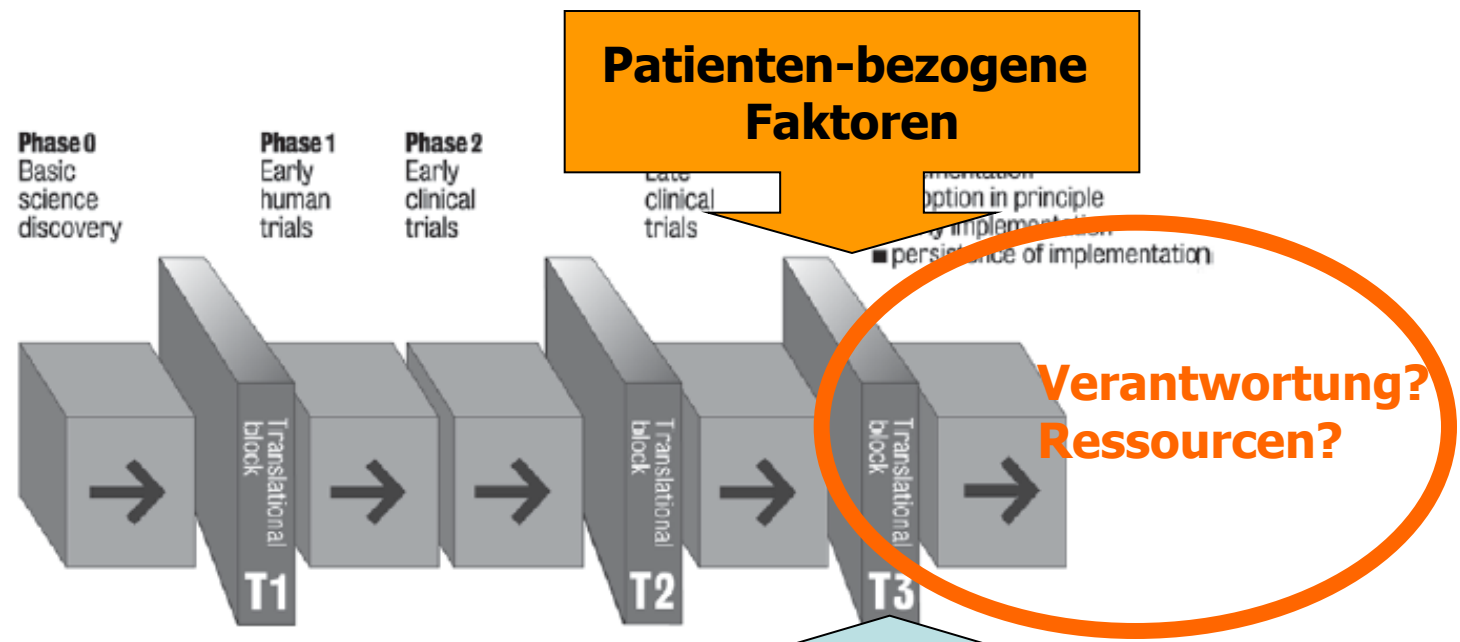
Implementation science

- zentrale Rolle im Kontinuum der translationalen Medizin
- Man ist sich einig, dass dieser Weg beschleunigt werden muss
- In der psychiatrischen Forschung und in der Versorgungsforschung in der Psychiatrie stehen wir hier erst am Anfang



An welchen Stellen greift dieses Konzept zu kurz?

Wissenschaftler → Praktiker



- Steuerungswirkung des Versorgungssystems
- Öffentlichkeit

Zwischenfazit

- **Evidenz, Erfahrung und ethische Gesichtspunkte fließen in Leitlinien ein**
- **Leitlinien können und sollen klinisch Praxis verbessern**
Die praktische Anwendung neuer Evidenz, die Implementierung von
- **Leitlinien kann die Qualität der Patientenversorgung und der Behandlungsergebnis verbessern**
- **Die Implementierung von Leitlinien ist nicht trivial, besonders für komplexe psychosoziale Interventionen** (aber: vieles ist möglich)
- **Hier steckt man im Bereich der psychiatrischen Versorgungsforschung erst in den Kinderschuhen: „Implementation science“ – viele Fragen offen**

**Psychosoziale Therapien bei schweren
psychischen Störungen:
Desiderate
für die Forschung**

Forschungslücken?

**Entscheidungen:
Wahl der Therapie
Evidenz?**

Define Clinical Problem



**Systematische
Literatur-
übersichten**



Produce Systematic Review Report



Appraise Systematic Reviews and Other Evidence



**Leitlinien
Entwickelt
(Empfehlungen)**

Assemble Guideline Development Group



Incorporate Expert Opinion and Patient Preferences and Characteristics



Produce Clinical Practice Guideline



Use Guidance to Make Better Informed Decisions



Improved health outcomes and quality of care

„Weiße Flecken auf der Landkarte“ zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen

Querschnittsthemen

- Milieuthherapie (Therapeutische Gemeinschaften ○ , Therapeutisches Milieu ○)
- Therapeutische Beziehung (Empowerment ○ , Recovery ○)
- Selbsthilfe und verwandte Konzepte ○

Interventionen auf Systemebene

- Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung ●
- Casemanagement ●
- ▶ Arbeitsrehabilitation (supported Employment ● , trad. Vorgehen ●)
- ▶ Unterstütztes Wohnen (diff. Wohnangebote ● , Dauerinst. vermeiden ●)

Einzelinterventionen

- Psychoedukation (allein ● , mit Angehörigen ●)
- Training sozialer Fertigkeiten ●
- ▶ Ergotherapie ●
- ▶ Künstlerische Therapien ●
- ▶ Sport und Bewegung ●

- A
- B
- 0
- KKP



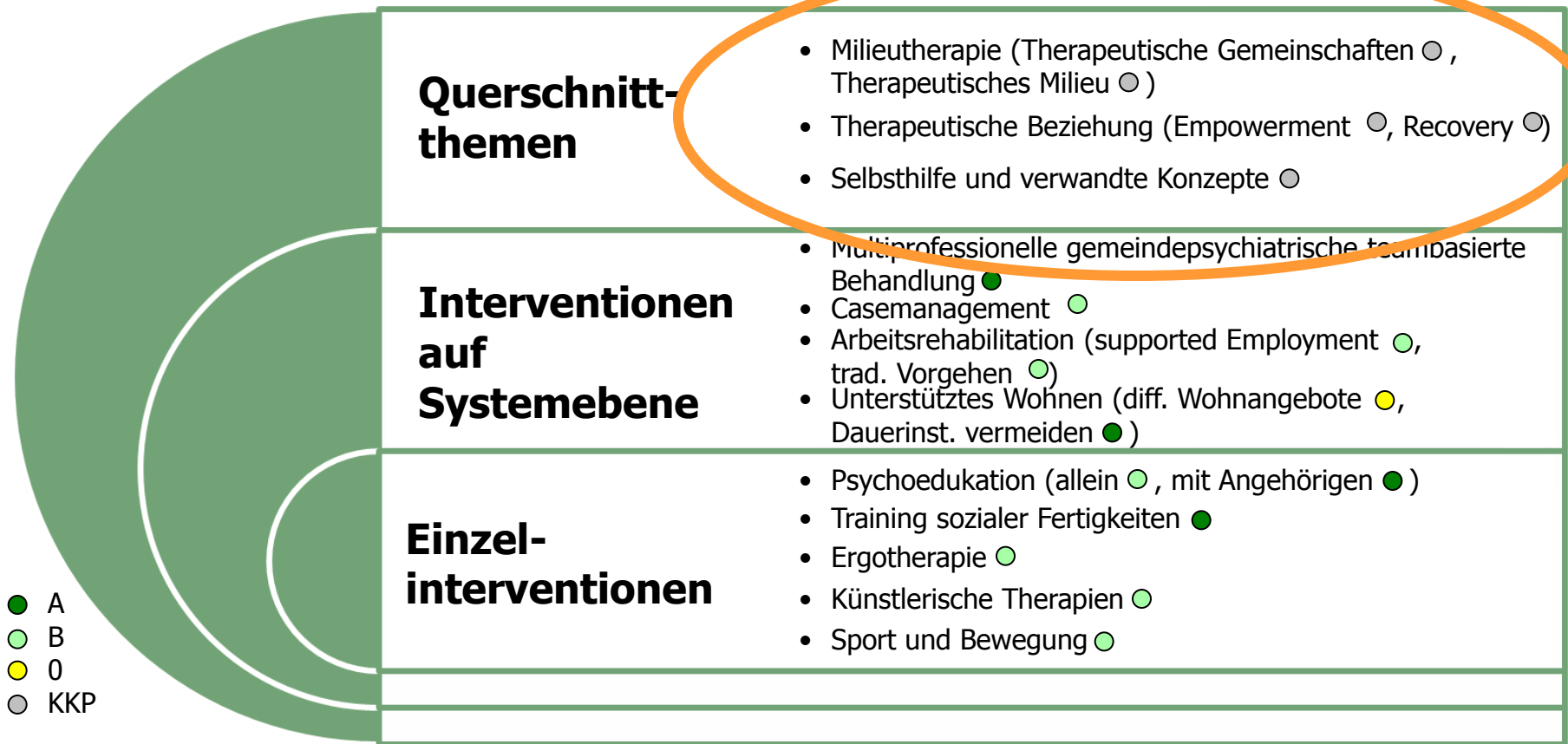
Desiderate für die Forschung

- Versorgungsforschung für psychosoziale Einzelinterventionen und komplexe (System-) Interventionen braucht hochwertige experimentelle Designs
- Psychosoziale Grundlagen (Empowerment, Recovery-Orientierung) – qualitative Forschung? – wie in Leitlinie zu berücksichtigen?
- Was sind die (heutigen) Outcome-Parameter, an denen wir uns messen lassen?

9 Herausforderungen für die psychiatrische Versorgungsforschung:

- 1. Klare Forschungsfragen, rigorose Designs**
- 2. Tradierte Versorgungspraxis auf den Prüfstand**
- 3. Die Komponenten von komplexen Interventionen besser beschreiben**
- 4. Kontrollbedingung besser beschreiben (TAU)**
- 5. Patientengruppen besser beschreiben (SMI)**
- 6. Standardisierte Messinstrumente verwenden**
- 7. Gesundheitsökonomische Perspektive mitdenken**
- 8. "Neue" Outcomes definieren**
- 9. Patientenperspektive einbeziehen**

Rolle von qualitativer Forschung?



- in der psychiatrischen Versorgungsforschung
- in Leitlinien ???

Was kann die Leitliniengruppe tun?

- **Dissemination der Ergebnisse/ „Die Patientenversion“**

- **Versorgungsforschung stärken**

 - (1) **Relevanz von „Implementation Science“ deutlich machen, Ressourcenallokation? – Implementierungsprojekte?**

 - Definition von Qualitätsindikatoren (Struktur-, Prozess-, Ergebnis-)**

 - (2) **Impulse für die Versorgungsforschung geben**

 - **Wo gibt es Nachholbedarf?** („weiße Flecken“ auf der Landkarte psychosozialer Forschung: Wohnen, aber auch: Ergotherapie, künstlerische Therapien, Sport & Bewegung, Trialogische Ansätze und Peer-to-Peer-Ansätze, Selbsthilfe)

 - **Woran lassen wir uns messen?** Outcome-Parameter von gestern und heute

AKTIVITÄTEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER IMPLEMENTIERUNG

Leitlinien



Patienten- und AngehörigenLeitlinie der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

unter Mitarbeit von Vertretern des Bundesverbandes der Psychiatrie-
Erfahrenen e.V. und des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch
Kranker e.V./Familien-Selbsthilfe Psychiatrie

Patienten- und Angehörigen Leitlinie der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Die einzelnen Interventionen werden mit den dazugehörigen Empfehlungen **knapp** und **übersichtlich** präsentiert.

In jedem Kapitel finden sich **wichtige Adressen** und **weiterführende Links**.

Einzelinterventionen

Ergotherapie

Empfehlungsstärke: ☆☆

Was bedeutet Ergotherapie?

Die Ergotherapie gehört zu den ältesten Behandlungsformen psychischer Erkrankungen. Der Begriff stammt aus dem Griechischen und meint: Gesundung durch Handeln und Arbeiten. Ergotherapie soll dem Patienten helfen, durch Krankheit verlorene Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltagsleben wiederherzustellen bzw. zu erhöhen. Dazu gehören wichtige Bereiche wie die der Selbstversorgung und Haushaltsführung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, Fähigkeit zur Berufsausübung beziehungsweise Weiterführen der Ausbildung sowie Freizeitaktivitäten. Dabei wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, das heißt, es geht nicht nur um das Schulen bestimmter Bewegungsabläufe, sondern der Mensch als Ganzes wird einbezogen. Die Schwerpunkte der Behandlung orientieren sich an der jeweiligen Situation der Patienten.

Kann Ergotherapie empfohlen werden?

Einige Studien belegen die Wirksamkeit von Ergotherapie in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und sollten deshalb im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden ☆☆.

Wo findet Ergotherapie statt und wie erhält man Zugang?

Ergotherapie wird in teil- und vollstationären Behandlungsbereichen (Krankenhaus, Rehabilitationskliniken) als Teil des komplexen Behandlungsumfanges angeboten. Darüber hinaus wird Ergotherapie auch in Praxen, Gemeindepsychiatrischen Zentren und Wohneinrichtungen durchgeführt. Ergotherapie kann auch in der realen Lebenswelt stattfinden, z.B. in Form eines Einkaufstrainings. Ergotherapie kann im ambulanten Sektor von allen niedergelassenen Ärzten verordnet werden. Pro Verordnung muss der Patient in der Regel eine Zuzahlung von 10 % selbst tragen. Die erste Verordnung umfasst üblicherweise zehn Behandlungseinheiten. Eine Therapieeinheit dauert zwischen 30 und 60 Minuten. Ergotherapie findet als Einzel-, Paar- oder Gruppentherapie statt.

Adressen und weiterführende Links:

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) mit Informationen zur Therapeutensuche
www.dve.info/patienten.html

Alle Themen auf einen Blick (5)

Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Einzelinterventionen

- Ergotherapie ☆☆
- Künstlerische Therapien ☆☆
- Psychoedukation (mit Einbezug von Angehörigen) ☆☆☆
- Training sozialer Kompetenzen ☆☆☆
- Sport- und Bewegungstherapie ☆☆

Systeminterventionen

- Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung (Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams, Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, aufsuchende Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams) ☆☆☆
- Case Management ☆☆
- Arbeitsrehabilitation ☆☆
- Wohnangebote ☆

Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige

Wegweiser durch das Behandlungs- und Versorgungssystem

Was Angehörige wissen sollten

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

Wo finden Sie weiterführende Information? (6)

Derzeit sind 2 Versionen der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verfügbar:

- Ausführliche Langversion mit kompletten Quellenangaben
- Patientenversion mit Wegweiserfunktion durch das Behandlungs- und Versorgungssystem

Beide Versionen sind im Internet unter folgendem Link frei zugänglich:

<http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinie.n.html>

Hinweis

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über angemessene Vorgehensweisen bei medizinischen Problemstellungen. Sie lassen den Behandlern einen Entscheidungsspielraum, von denen in begründeten Einzelfällen auch abgewichen werden kann. Jeder Patient bringt seine eigene Krankengeschichte, eigene Voraussetzungen und Wünsche mit, die bei der Wahl der Behandlungsform(en) Berücksichtigung finden.

Patienteninformation

Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (1)

Platzhalter für Bild

Herausgeber:

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

**Patienten- und Angehörigen Leitlinie der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen –
Wartezimmerversion in verschiedenen Sprachen geplant**

Gesundheit fängt im Kopf an.

Über die DGPPN

- › Aufgaben
- › Präsident
- › Vorstand
- › Beirat
- › Referate
- › Geschäftsstelle
- › Geschichte
- › Kooperationen

- › Schwerpunkte
- › Karriere und Perspektiven
- › Junge Akademie
- › Ehrungen und Preise
- › Publikationen
- › Veranstaltungen
- › Presse
- › Mitglied werden

Startseite › Über die DGPPN › Referate

drucken empfehlen

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Einführung

Das Besondere an dieser Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ist ihr diagnoseübergreifender Ansatz. Zielgruppe der Leitlinie sind Menschen mit schweren psychischen Störungen. Jedem praktisch Tätigen ist diese Gruppe von Patienten mit besonderen Hilfebedarfen deutlich vor Augen: Es geht um Menschen, die längere Zeit durch Symptome beeinträchtigt sind, deutliche Einschränkungen des sozialen Funktionsniveaus erleben und das Hilfesystem intensiv in Anspruch nehmen.

Die Leitlinie ordnet sich in das Leitlinienprogramm der AWMF ein und basiert auf der Methodik der Erarbeitung von S3-Leitlinien. Sie gibt Empfehlungen zu psychosozialen Interventionen, welche hauptsächlich darauf abzielen, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen zu verbessern, in ihrem sozialen Umfeld weitestgehend selbstständig zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Dabei werden sowohl komplexe Interventionen auf der Systemebene (z.B. aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams, Arbeitsrehabilitation) als auch sog. Einzelinterventionen, welche an verschiedenen Stellen des Versorgungssystems verortet sind (z.B. Psychoedukation) behandelt. Daneben werden Grundlagen psychosozialer Ansätze und Interventionen (z.B. Recovery-Orientierung und Empowerment) sowie Perspektiven der Selbsthilfe aufgezeigt. Spezifische Aspekte psychosozialer Interventionen an verschiedenen Schnittstellen wie Migration, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie sowie bei der Behandlung und Versorgung älterer Menschen, werden berücksichtigt. Schließlich werden Fragen der Implementierung der einzelnen Interventionen im deutschen Versorgungssystem diskutiert und Beispiele guter Praxis aufgezeigt.

Ihre Ansprechpartnerin

stellv. Leiterin

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

Email: [Steffi.Riedel-Heller\[at\]medizin.uni-leipzig.de](mailto:Steffi.Riedel-Heller[at]medizin.uni-leipzig.de)



Tipps und Infos

Die Leitlinie und den Leitlinienreport finden Sie unter [Publikationen](#)

Eine Patienten- und Angehörigenversion der Leitlinie wird in Kürze zur Verfügung stehen.

Gesundheit fängt im Kopf an.

Über die DGPPN

- › Aufgaben
- › Präsident
- › Vorstand
- › Beirat
- › Referate
- › Geschäftsstelle
- › Geschichte
- › Kooperationen

- › Schwerpunkte
- › Karriere und Perspektiven
- › Junge Akademie
- › Ehrungen und Preise
- › Publikationen
- › Veranstaltungen
- › Presse
- › Mitglied werden

Unter folgender Gliederung finden Sie relevante Publikationen und PowerPoint-Präsentationen zum Download.

Evidenz Psychosozialer Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Gliederung:

- | | |
|--|------------|
| I. Grundlagen psychosozialer Interventionen: Therapeutische Beziehung, Milieuthherapie, Grundsätzliche Aspekte | anzeigen ▼ |
| II. Systeminterventionen | anzeigen ▼ |
| III. Einzelinterventionen | anzeigen ▼ |
| IV. Selbsthilfe und verwandte Konzepte | anzeigen ▼ |
| V. Weitere Publikationen zur Leitlinie | anzeigen ▼ |

Partnerin



Sie

er
zur

Über die DGPPN

› Aufgaben

› Präsident

› Vorstand

› Beirat

› Referate

› Geschäftsstelle

› Geschichte

› Kooperationen

› Schwerpunkte

› Karriere und Perspektiven

› Junge Akademie

› Ehrungen und Preise

› Publikationen

› Veranstaltungen

› Presse

› Mitglied werden

Gliederung:

I. Grundlagen psychosozialer Interventionen: Therapeutische Beziehung, Milieuthherapie, Grundsätzliche Aspekte

anzeigen ▼

II. Systeminterventionen

schließen ▲

■ Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung

📄 Teambasierte Gemeindepsychiatrie. Bedeutung von Kontextfaktoren und Übertragbarkeit der Studienevidenz; Nervenarzt 2012 [PDF; 253 KB]

📄 Gesundheitsökonomische Evaluation gemeindepsychiatrischer Interventionen; Nervenarzt 2012 [PDF; 277 KB]

- Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

📄 Vortrag_Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams [PDF; 653 KB]

- Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

📄 Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland; Psychiatrische Praxis 2011 [PDF; 130 KB]

📄 Vortrag: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld [PDF; 1 MB]

- Aufsuchende (nachgehende) Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

📄 Vortrag_aufsuchende (nachgehende) Behandlung([PDF; 981 KB]

■ Case Management

📄 Vortrag Case Management [PDF; 926 KB]

■ Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

📄 Vortrag Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben [PDF; 1,1 MB]

📄 Was macht Supported Employment so überlegen? H.Hoffmann, Die Psychiatrie 2013 [PDF; 4,8 MB]

📄 Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit. P. Brieger, H. Hoffmann; Nervenarzt 2012 [PDF; 256 KB]

■ Wohnangebote für psychisch kranke Menschen

📄 Vortrag_Wohnangebote [PDF; 735 KB]

aft

Psychotherapie,
Nervenheilkunde

🖨️ drucken 💬 empfehlen

Ihre Ansprechpartnerin

stellv. Leiterin

Prof. Dr. med. Steffi G.
Riedel-Heller

Email: Steffi.Riedel-
Heller[at]medizin.uni-
leipzig.de



Tipps und Infos

Die Leitlinie und den Leitlinienreport finden Sie unter [Publikationen](#)

Eine Patienten- und Angehörigenversion der Leitlinie wird in Kürze zur Verfügung stehen.

Beiträge für die kontinuierliche Fortbildung (CME)



Neue DGPPN-S3-Leitlinie

Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Thomas Becker¹, Katrin Arnold¹, Günzburg, Uta Göhne², Steffi G. Riedel-Heller², Leipzig

Psychosoziale Therapien bilden einen zentralen Bestandteil moderner multimodaler Therapiekonzepte für die Behandlung psychischer Störungen. Die neue S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ gibt auf Basis der besten verfügbaren Evidenz und vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems Empfehlungen zur psychosozialen Behandlung der in der Versorgungsrealität bedeutsamen Gruppe der Menschen mit schweren psychischen Störungen.

Die Reihe der S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie der DGPPN ist im Jahr 2012 durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ ergänzt worden [1]. Diese Leitlinie ersetzt die Behandlungsleitlinie „Psychosoziale Therapien“ aus dem Jahr 2005 [2]. Besonderheiten der neuen Praxisleitlinie sind einerseits die

Zielgruppe und andererseits eine weite Definition des Spektrums psychosozialer Therapien. Die Leitlinie bezieht sich auf die Zielgruppe von Menschen mit sogenannten schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness). Gemeint sind Patienten mit schizophrenen, schizoauffektiven und anderen psychotischen Störungen, mit bipolaren affektiven Störungen, schweren depressiven und Persönlichkeitsstörungen, einer Erkrankungsdauer von mindestens zwei Jahren und erheblichen Auswirkungen auf Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau [3]. Diese Zielgruppe ist in der psychia-

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg
²Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health ISAP, Universität Leipzig

November 2012 · 83:8
 DOI 10.1007/s00115-012-0710-0
 Online publiziert: 24. Juli 2012
 © Springer-Verlag 2012

November 2012
 DOI 10.1007/s00115-012-0710-0
 Online publiziert
 © Springer-Verlag

Schlüsselwörter
 psychosoziale
 Interventionen
 schwere
 psychische
 Erkrankungen
 Versorgung

Keywords
 psychosocial
 interventions
 severe
 mental illness
 health services

eingereicht
 akzeptiert

Stichwörter
 DOI http://
 10.1007/s00115-012-0710-0
 Psychoter
 62: 425–442
 © Georg Thieme
 Stuttgart 2012
 ISSN 0933-7331

Korrespondenz
 Prof. Dr. Dr. Dr.
 Direktorin
 Sozialmedizin
 und Public
 Health
 Universität
 Philipp-Rov
 04103 Leipzig
 stefan.welkmann@uni-leipzig.de

November 2012
 DOI 10.1007/s00115-012-0710-0
 Online publiziert
 © Springer-Verlag

4/2013 – 43. Jahrgang

sozialpsychiatrische Informationen

Sonderdruck

Das Training sozialer Fertigkeiten bei schweren psychischen Erkrankungen – Ist es wirksam? Eine systematische Übersicht

Social Skills Training in Severe Mental Illness – Is it Effective?
 A Systematic Review

Autoren

Uta Gähne¹, Stefan Welkmann², Katrin Arno³, Thomas Endler³, Steffi Wedel-Heller³

Institute

¹Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universitätsklinik Leipzig
²Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Berlin
³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universitätsklinik am Bezirkskrankenhaus Götting

Schlüsselwörter

schwere psychische
 Störungen
 Training sozialer Fertigkeiten
 psychosoziale Interventionen
 Wirksamkeit
 Evidenz

Keywords

severe mental illness
 social skills training
 psychosocial treatment
 efficacy
 evidence

Einleitung

Schwere und chronische psychische Erkrankungen sind häufig mit Beeinträchtigungen sozialer Fertigkeiten verbunden, die wiederum den Erkrankungsverlauf und die Lebensqualität zusätzlich negativ beeinflussen. Es kommt oft zu Behinderungen in verschiedenen Lebensbereichen. So können die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen in Familie, Freizeit und beruflichen Bezügen erschwert sein.

Soziale Fertigkeiten umfassen eine Vielzahl von Verhaltensweisen, die sich nonverbalen (z. B. Blickkontakt, Gestik, Körperhaltung) und paraverbalen Verhalten (z. B. Lautstärke, Tonfall, Sprechgeschwindigkeit) zuordnen lassen sowie an verbale Inhalte (z. B. Nachricht, Angemessenheit der Selbstöffnung) und interaktionelle Aspekte (z. B. Einsatz von sozialen Verstärkern wie dem aktiven Zuhören) gebunden sind. Darüber hinaus spielen kognitive Fertigkeiten wie Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis und eine adäquate Wahrnehmung sozial relevanter Parameter eine wichtige Rolle. Erst das entsprechende Zusammenspiel der einzelnen Verhaltensweisen führt zu einer gelungenen Interaktion [1].

Trainingsansätze zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten nutzen überwiegend verhaltenstherapeutische Prinzipien und Techniken [2]. Ziel ist

die Fertigkeiten sowie einer verbesserten sozialen Anpassung der Betroffenen hin. Weniger eindringend sind die Effekte auf andere Zielgrößen.

Schlussfolgerungen: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten ein Training sozialer Fertigkeiten erhalten, das bei Vorliegen kognitiver Defizite durch kognitive Übungsstrategien ergänzt werden sollte. Erforderlich sind Techniken, die den Transfer in den Alltag unterstützen.

die Patienten darin zu unterstützen, eigene Gefühle und Erwartungen im Rahmen sozialer Situationen und der Beziehungsgestaltung wahrzunehmen und angemessen zu adressieren. Die Patienten sollen dahingehend angeleitet werden, auf der Basis gut funktionierender zwischenmenschlicher Beziehungen eigene Ziele, berechnete Interessen sowie formulierte Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf ein unabhängiges Leben zu verfolgen [2]. **Tab. 1** gibt einen Überblick über typische Trainingsmodule von Interventionen zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten.

In der Literatur lassen sich 3 Formen des Trainings sozialer Fertigkeiten unterscheiden: ein Basis-, ein soziales Problemlöse- und ein sozialkognitives Modell [3, 4]. Darüber hinaus existieren zahlreiche Variationen und Adaptationen [2]. Im Rahmen des Basismodells werden anfangs komplexe soziale Fertigkeiten in originäre Einzelschritte oder -komponenten zerlegt, korrigierendes Lernen durch verschiedene Techniken, z. B. durch Rollenspiele, angestrebt und deren Anwendung in alltäglichen Situationen erprobt. Das Modell des sozialen Problemlösens fokussiert auf eine Verbesserung von Beeinträchtigungen innerhalb der Informationsverarbeitung. Dabei werden 3 Phasen des interpersonellen Kommunikationsprozesses betrachtet:

Künstlerisch gegenwärtig sein in der schon mitgedar. Gleich Therapien! lungempfind Information dand Beitrag fasst d Wirksame plan bei M chischen St die darauf gen der S3- Therapien! ran psychis rita, Psychokunde (DGI) rate für die

Künstler: Hintergru

Künstleris Deutsches psychiatris: Vielfalt künstlerischer Ansätze

Künstleris: rezeptformierten Therapien

Psychiat
 Veri

Der Beitrag stellt die Praxis weit verbreiteter sozialer Interventionen für Patienten dar. Der Schwerpunkt liegt auf psychosozialen Interventionen für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. Welche Empfehlungen die Leitlinie „Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Störungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie enthält, wird diskutiert.

Psychosoziale Interventionen

Psychosoziale Interventionen sind neben den somatischen und psychopharmakologischen Interventionen eine wichtige Säule der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen. Sie zielen auf die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten ab und umfassen eine Vielzahl von Interventionen, die in verschiedenen Settings (ambulante oder stationäre

Es gibt eine Reihe von Interventionen, die sich einzeln oder in Kombination anwenden lassen. Die meisten dieser Interventionen zielen auf die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten ab. Die Wirksamkeit dieser Interventionen ist in der Regel gut belegt. Die meisten dieser Interventionen zielen auf die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten ab. Die Wirksamkeit dieser Interventionen ist in der Regel gut belegt.

Schl

Alk
 ge
 Bi
 Wi
 sch
 St

Keyw

ho
 co
 ha
 off
 sev

Bibli

DOI
 10.1007/s00115-012-0710-0
 Offin
 4. Jan
 Psych
 134-
 © Ge
 Stutg
 ISSN

Korre

Dr. re
 insid
 Arbeit
 Health
 Philip
 04103
 Uta.G
 leipzig

Gähne

... vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Thomas Becker, Günzburg/Ulm

Steffi Riedel-Heller, Leipzig

Stefan Weinmann, Berlin



Katrin Arnold, Günzburg

Esra-Sultan Ay, Günzburg

Uta Gühne, Leipzig