## Einführung zum Thema

Nervenarzt 2012 · 83:823-824 DOI 10.1007/s00115-011-3467-4 Online publiziert: 13. Juni 2012 © Springer-Verlag 2012

## S.G. Riedel-Heller<sup>1</sup> · T. Becker<sup>2</sup>

- <sup>1</sup> Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig
- <sup>2</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm

# S3-Leitline *Psychosoziale* Therapien bei schweren psychischen Störungen

Als einzige S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) hat diese Leitlinie einen diagnoseübergreifenden Ansatz. Zielgruppe sind Menschen mit schweren psychischen Störungen. Allen in der Psychiatrie Tätigen ist diese Patientengruppe 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 [5].

## >>> Das Besondere dieser Leitlinie ist ihr diagnoseübergreifender Ansatz

Eine weitere Besonderheit ist der breite Ansatz der Leitlinie. Wenn wir von psychosozialen Therapien sprechen, verbirgt sich dahinter eine ganze Reihe sehr unterschiedlicher Interventionen. Es wurde versucht, diese heterogenen Interventionen zu systematisieren. Einen Bereich bilden sog. Systeminterventionen, bei denen es darum geht, Versorgungsangebote in einer bestimmten Art und Weise zu organisieren und bereitzustellen. Das sind meist komplexe Interventionen, wie z. B. die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, das Case-Management oder die Arbeitsrehabilitation. Einen weiteren Bereich stellen sog. Einzelinterventionen dar, wie z. B. die Psychoedukation oder die künstlerischen Therapien. Diese können in verschiedenen Settings (ambulanter Bereich, Tagesklinik, Station) Anwendung finden. Die Evidenz zu diesen Interventionen wurde systematisch recherchiert, Empfehlungen wurden abgeleitet.

Aber das ist nicht alles: Die Autoren der Leitlinie, die Experten- und die Konsensusgruppe fanden es wichtig, grundlegende Aspekte psychosozialen Handelns zu adressieren. Deshalb wurden sog. Querschnittsthemen, wie z. B. die therapeutische Beziehung, die Milieutherapie und "recovery" aufgenommen. Die Leitlinie nimmt zu diesen grundlegenden Aspekten Stellung, wenngleich eine systematische Literaturrecherche in diesem Bereich unzureichende Ergebnisse lieferte und Empfehlungen nur als klinische Konsenspunkte ausgesprochen werden konnten. Zusätzlich fanden Konzepte wie Selbsthilfe, Selbstmanagement und Peer-Beratung Beachtung. Da Versorgung nicht im luftleeren Raum stattfindet, wird dem deutschen Versorgungssystem ein eigenes Kapitel gewidmet und es werden die psychosozialen Interventionen dort verortet (Matrixkapitel). Drei sog. Schnittstellenkapitel schlagen Brücken zu den psychosozialen Therapien bei Kindern und Jugendlichen, zu alten, insbesondere demenzkranken Menschen und erörtern die Besonderheiten der Arbeit mit schwer psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund.

Damit wird die Leitlinie zu einem Standardwerk in deutscher Sprache, das weit über die systematische Recherche einzelner Interventionen und Systeminterventionen hinausgeht und die Multiprofessionalität dieses Feldes spiegelt. Das erweist sich als Stärke für diejenigen, die an Hintergrundinformation interessiert sind.

## Versorgungsforschung im psychosozialen Feld – quo vadis?

Gleichzeitig bietet die vorgelegte Leitlinie eine exzellente Möglichkeit, weiße Flecken auf der Landkarte der psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Störungen zu identifizieren und damit Anregungen für Versorgungsforschung in diesem Bereich zu geben. Diese Anregungen beziehen sich zum einen auf Themen, bei denen Forschungslücken bestehen. Andererseits wird deutlich, was die aktuellen methodischen Herausforderungen für hochwertige Versorgungsforschung sind [3, 4]. 10 Punkte sollen genannt werden:

- 1. klare Forschungsfragen und rigorose Designs;
- 2. die tradierte Versorgungspraxis muss auf den Prüfstand;
- 3. interne und externe Validität ausbalancieren;
- 4. die Komponenten komplexer Interventionen besser beschreiben (Was wird genau angeboten? Durch wen? Mit welcher Qualifikation, in welcher Intensität und Dauer?);
- Kontrollbedingungen besser beschreiben;

## Einführung zum Thema

- 6. Patienten in Studien einschließen, die klinisch oder epidemiologisch repräsentativ sind;
- 7. standardisierte Messinstrumente verwenden und lege artis übersetzen;
- 8. gesundheitsökonomische Perspektiven mitdenken:
- 9. neue Outcome-Parameter definieren (früher: verkürzte stationäre Behandlungszeiten - heute: soziale Inklusion?) und
- 10. Patientenperspektive einbeziehen.

Hochwertige randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind Kernbausteine der Evidenzgenerierung [2]. Daran besteht kein Zweifel. Einzelne Bereiche des psychosozialen Handlungsfeldes lassen sich jedoch nicht im Rahmen von RCTs untersuchen. Das trifft z. B. für die eingangs genannten Grundlagen psychosozialen Handelns zu. Auch der Bereich der Selbsthilfe lässt sich naturgemäß nicht randomisiert untersuchen. Es erhebt sich die Frage, ob nicht auch qualitative Arbeiten in bestimmten Bereichen Eingang in Leitlinien finden sollten. Historisch gesehen, waren qualitative Studien (z. B. Goffmans Studie "Asyle", 1969) für die Psychiatrie wegweisend [1, 6].

## Was erwartet Sie konkret in diesem Heft?

Das vorliegende Schwerpunktheft zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Störungen ist keine verkürzte Leitlinie. Wir haben einige Interventionen ausgewählt und dazu die Evidenz und die abgeleiteten Empfehlungen dargestellt. Andere Beiträge gehen einen Schritt weiter. Stefan Weinmann et al. fragen in ihrem Betrag "Teambasierte Gemeindepsychiatrie. Bedeutung von Kontextfaktoren und Übertragung der Studienevidenz" nach der Umsetzbarkeit im deutschen Versorgungssystem. Mario Pfannmatter und Ulrich Junghahn vertiefen das Thema in eine andere Richtung. Sie sehen, dass bei der Konzeption und Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen oft das "Wie" der Versorgung im Vordergrund stand und weniger das "Was". Zukünftig muss mehr Augenmerk auf die therapeutischen Module, Ingredienzien oder Komponenten gerichtet werden; Pfammatter und Junghan nehmen in diesem Zusammenhang evidenzbasierte Psychotherapieansätze bei einigen schweren psychischen Störungen in den Blick. In einem weiteren Beitrag vertieft Reinhold Kilian die gesundheitsökonomische Perspektive gemeindepsychiatrischer Interventionen. Die Hoffnung ist, dass der Themenschwerpunkt ein differenziertes Licht auf die in der S3-Leitlinie "Psychosoziale Therapien" behandelten Evidenz- und Praxisthemen wirft und dass die Leitlinie selbst ihren Platz neben den störungsbezogenen DGPPN-Leitlinien findet.

S.G. Riedel-Heller



T. Becker

### Korrespondenzadresse



Prof. Dr. S.G. Riedel-Heller Institut für Sozialmedizin. Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig Steffi.Riedel-Heller@ medizin.uni-leipzig.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihren Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Literatur

- 1. Goffman E (1961) Asylum: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Doubleday, New York
- 2. Pfennig A, Holter G (2011) Evidence-based medicine is gold standard for medical guidelines. Psychiatr Prax 38:218-220
- 3. Priebe S, Slade M (2002) Evidence in mental health care. Brunner-Routledge, Hove

- 4. Priebe S, Slade M (2002) Evidence in the twentyfirst century: the way forward. In: Priebe S, Slade M (Hrsg) Evidence in mental health care. Brunner-Routledge, Hove, S 229-234
- 5. Ruggeri M. Leese M. Thornicroft G et al (2000) Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry 177:149-155
- 6. Sikorski C, Glaesmer H, Bramesfeld A (2010) Quantität versus Qualität - Zum Stand der Methodendebatte in der Versorgungsforschung. Psychiatr Prax 37:322-328